Assemblée générale 21/11/2017

1 Chapitre 1 : Introduction

Début 2016, en collaboration avec l'INAMI et l'Institut Scientifique de la Santé publique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié un rapport sur les soins de santé belges. La bonne nouvelle, c'est que pas moins de 78 % des Belges se sentent en bonne santé et sont plutôt contents du système de santé belge. La mauvaise nouvelle que de nombreux points pourraient être améliorés — et qu'on a besoin en urgence de plus d'argent.

Je souligne chaque année que notre système de santé fait face à des défis majeurs. Le vieillissement, qui est certes le résultat d'une espérance de vie plus élevée, implique aussi que les personnes doivent plus longtemps faire appel aux soins de santé. En outre, dans notre pays, ces dernières décennies, de plus en plus de compétences ont été transférées aux Communautés.

Nous sommes aussi confrontés à une pénurie de gériatres, psychiatres et pédiatres, entre autres. Je plaide dès lors pour que les médecins soient préparés à leur choix de pratique future pendant leur formation et non à la fin de celle-ci.

Ne perdons pas de vue les dimensions européenne et internationale. Nous devons tenir compte de plus en plus de règles européennes qui risquent de compromettre gravement la solidarité. J'ai continué à développer cette position dans mon livre qui paraîtra prochainement : « *Is Europa sociaal ?* ». Il me suffit d'indiquer les protestations des mutualités contre les traités commerciaux internationaux avec les États-Unis et le Canada et la signature de lettres ouvertes d'organisations environnementales pour une législation européenne plus sévère autour des perturbateurs endocriniens. N'oublions pas que, dans cette matière, l'Europe met en jeu la santé publique de 508 millions d'habitants ! C'est l'Europe qui doit être là pour ses citoyens et non l'inverse !

En mars de cette année, il a semblé que le Président de la Commission Jean-Claude Juncker avait enfin compris le message de la société civile — et aussi celui de beaucoup de voix eurosceptiques presque partout dans l'UE, pour ainsi dire — selon lequel il règne une difficulté de faire des économies et qu'il avait amorcé un virage social — même s'il s'est avéré être plutôt tiède dans son « *State of the Union* ».

La présentation du Pilier européen des droits sociaux lors de laquelle la Commission a encore confirmé que la mise en place d'une Europe plus sociale et plus honnête était une priorité absolue pour elle était naturellement positive. Ces droits sociaux ne sont d'ailleurs pas si neufs, car ils ont déjà été repris dans les trois chartes européennes précédentes !

Les résultats sur le terrain sont tout aussi importants, si pas plus importants. Début 2017, on n'en voyait pas encore beaucoup et nous avons dû avertir pour la énième fois que le climat ambiant d'économies à l'aveugle menace les fondements de nos soins de santé. Toutes sortes d'idées ont été passées en revue pour enjoliver le budget au détriment de la santé des personnes. Notre système de soins de santé, et son financement, doivent être soutenus par une vision mûrement réfléchie et ne doivent pas être le dindon de la farce qui vient ouvrir sa bourse lorsque les temps sont durs.

Le 28/11/2016, toutes les mutualités belges et la ministre Maggie De Block ont signé le Pacte d'avenir pour les mutualités. Ce pacte d'avenir était le fruit d'une longue collaboration intermutualiste de plusieurs années dans lequel les mutualités s'engageaient notamment de faire de la prévention une priorité absolue de leurs services. Si nous ne voulons pas que ce pacte soit balayé d'un revers de la main, nous devons préserver notre politique sociale d'une logique comptable aveugle.

Ce Pacte d'avenir comporte encore de nombreux points positifs. Par exemple, la politique de santé doit prendre pour point de départ les besoins du patient. Les mutualités avec un effectif de membres réduit se verraient enfin attribuer une place dans tous les organes politiques de l'INAMI. Wait and see.

Le Pacte d'avenir modifiera en profondeur le fonctionnement des mutualités, notamment par l'attribution de toutes sortes de nouvelles tâches. Ainsi, la fonction de paiement au guichet sera remplacée par des circuits de paiement électroniques. D'ailleurs, à partir de 2018, les « certificats du médecin » traditionnels disparaîtront. Cela ne signifie cependant pas que les guichets doivent fermer, car la fonction de coach santé pour les membres — l'accompagnement des personnes dans le monde toujours plus complexe des soins de santé et le contact permanent avec les membres — prend de l'importance. C'est certainement le cas à la lumière du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de malades chroniques.

En tant que Mutualités Libérales, nous participons depuis plusieurs années déjà à cette évolution, même sans le Pacte d'avenir. Nous sont sérieusement conscientes de notre responsabilité dans l'intérêt des patients et nous souhaitons dès lors collaborer pleinement à l'exécution de ce pacte. Or, nous devons obtenir les moyens nécessaires à l'exécution de nos tâches. La politique du gouvernement fédéral va cependant dans une tout autre direction, car il a décidé d'imposer aux mutualités des efforts d'austérité à hauteur de 120 millions d'euros pendant la législature actuelle, sans garantie que des mesures d'économie supplémentaires ne s'y grefferont pas.

À cause de cette évolution qui avait d'ailleurs déjà commencé sous la précédente législature, l'exécution des tâches existantes et nouvelles est gravement menacée. À cela s'ajoutent encore de nouvelles missions héritées de la 6^{e} réforme de l'État au niveau des entités fédérées, pour lesquelles les moyens sont trop insuffisants.

Les mutualités demandent par conséquent que le gouvernement assure de son côté la stabilité budgétaire nécessaire dans le secteur et qu'il ne farfouille plus dans les frais d'administration.

Un autre dossier important qui fait partie du Pacte d'avenir est l'agrandissement d'échelle : moyennant quelques exceptions bien définies, le nombre minimum de membres qu'une mutualité doit compter est passé de 15 000 à 75 000 : au sein de notre propre union nationale, cela doit par conséquent conduire à différentes fusions.

Dans le Pacte d'avenir, est également repris le principe selon lequel les mutualités doivent plus se préoccuper de leur tâche principale : l'accompagnement et le coaching des membres dans le cadre de leur santé. C'est pourquoi la ministre plaide pour une révision de l'assurance maladie complémentaire, à laquelle les membres doivent obligatoirement s'affilier.

Le Pacte d'avenir prévoit que le secteur se régule de lui-même. Actuellement, un processus de réflexion intermutualiste est en cours, mais n'est pas encore finalisé. Un cadre de référence sera établi avec des critères à partir desquels les services proposés seront mis à l'épreuve. Ainsi, un service ne peut pas être en contradiction avec la réglementation pour l'assurance obligatoire ou avec les principes de l'*evidence-based*. Le lien avec la santé est en tout cas un must !

Une fois que le cadre de référence sera approuvé par la ministre, les services des mutualités seront adaptés à ce dernier. Concrètement, cela signifie déjà que certains services ne seront plus proposés, par exemple, une intervention pour le bien-être et le sauna, l'octroi de chèques de cure…

L'accent devra également être mis sur la proposition d'un trajet de santé, dans lequel tant des éléments d'information, de prévention qu'un accompagnement sur tous les aspects de la santé seront prévus. Actuellement, il existe déjà de tels trajets dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (par ex., le trajet diabète). Un trajet de grossesse pourrait en être un exemple.

Avec la régionalisation, il est possible qu'un certain nombre de services, encore organisés nationalement actuellement, soient décentralisés, ce qui permettra que l'offre corresponde mieux à la situation locale. C'est pourquoi deux nouvelles SM pourront être fondées.

Nous devons cependant souligner que cela ne signifie pas que tous les services qui existent actuellement seront supprimés. Une intervention pour l'optique, une offre dans le cadre des soins à domicile, la garde d'enfants malades, ne sont que quelques exemples de services qui seront certainement maintenus.

Les Mutualités Libérales ont toujours plaidé pour que les services complémentaires correspondent davantage à notre activité principale. Nous trouvons par conséquent positif que certaines anomalies disparaissent. Cela ne pourra qu'être bénéfique à la qualité, d'une part, et au service au membre, d'autre part.

Toutefois, nous demandons tout de même la liberté nécessaire pour les organiser. Nous souhaitons par conséquent une concertation constructive avec le gouvernement et refusons les dictats imposés unilatéralement. Une concurrence est importante, dans une certaine mesure, afin de ne pas empêcher toute initiative de qualité et innovante.

N'oublions pas non plus que les services complémentaires visent principalement à combler les lacunes de l'assurance maladie obligatoire. Et bien sûr, il y en a pas mal !

Début mai 2017, on a appris que de nombreuses personnes vont acheter des médicaments aux Pays-Bas parce qu'ils sont jusqu'à cinq fois plus chers en Belgique. Ce tourisme médicamenteux est l'évidence que quelque chose ne tourne pas rond dans notre système. Il appartient tout de même à notre assurance maladie de fournir les médicaments les moins chers aux patients.

Les importantes différences de prix pour les mêmes médicaments entre pays voisins montrent que le système tel que nous le connaissons à l'heure actuelle pose problème. Pareilles lignes de rupture ne sont pas tenables sur un marché européen unifié.

Il est vrai que des mesures visant à contenir les prix des médicaments sont prises depuis plus de dix ans. Les autorités encouragent la prescription de génériques (moins chers) de médicaments. Mais cela ne suffit pas étant donné que même pour un générique, l'écart de prix entre la Belgique et les Pays-Bas peut encore rester considérable.

Outre la problématique des prix, il faut également prêter attention à la prescription et l'utilisation de médicaments. Notre pays figure parmi les meilleurs dans ce domaine.

Il est grand temps de négocier davantage sur le plan international les remboursements des médicaments onéreux, et donc de ne pas s'arrêter au niveau national, et d'exiger la transparence totale des prix du secteur pharmaceutique. Maggie De Block a déjà pris des initiatives pour effectuer la fixation d'un prix et l'évaluation des technologies de santé (Health Technology Assessment) avec les Pays-Bas, le Luxembourg et l'Autriche.

La ML plaide pour que tous les acteurs du secteur de la santé fassent preuve de bonne volonté pour défendre pleinement les intérêts du patient dans cette question et compte également sur le secteur pharmaceutique à cet égard..

Les suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles dans les hôpitaux sont un autre point. Depuis des dizaines d'années, brider les suppléments d'honoraires constitue un point sensible dans nos soins de santé et appartient à une problématique plus large qu'est celle du financement de nos hôpitaux.

Beaucoup de travail a déjà été abattu avec succès en la matière au sein du Comité intermutualiste national (CIN) et d'autres organes de concertation. Nous retiendrons, par exemple, que les suppléments d'honoraires pour les chambres communes ont été supprimés depuis 2013. Les mutualités doivent poursuivre leur collaboration en vue de maintenir les factures d'hôpital raisonnables et abordables financièrement. Voici de possibles mesures structurelles :

- un remboursement correct des prestations médicales et une révision de la nomenclature en ce sens ;
- un modèle de financement transparent en faveur des hôpitaux ;
- un taux de conventionnement aussi élevé que possible des prestataires de soins.

Par ailleurs, de nombreux obstacles entravent l'objectif d'une facture d'hôpital juste et transparente pour le patient. Il s'est ainsi déjà révélé que des membres d'une mutualité ont dû débourser davantage que des membres d'autres mutualités pour exactement les mêmes soins reçus. Cette question traîne depuis pas moins de 6 ans et la priorité doit lui être accordée.

La ML se réjouit que l'idée d'investir plus dans le remboursement des lunettes, des appareils auditifs et des prothèses dentaires commence à faire son chemin. Depuis des années, nous abordons ces points sensibles de notre assurance maladie.

Les choses pour lesquelles nous intervenons en compensation par le biais de l'assurance complémentaire sont les « besoins insatisfaits » : le coût des lunettes et de certains soins oculaires, des appareils auditifs et des prothèses dentaires qui sont souvent chers pour le patient moyen. L'intervention des mutualités ne suffit pas pour réfréner les coûts. Nous demandons par conséquent depuis longtemps d'investir dans leur remboursement par le biais de l'assurance obligatoire. Ils sont en effet un pan très vulnérable dans notre système de soins à l'heure actuelle.

Un autre symptôme est la popularité des assurances soins dentaires (facultatives). Les soins dentaires complexes (comme l'orthodontie et les couronnes et ponts) sont très chers et ne sont malheureusement pas couverts par l'assurance maladie obligatoire. Grâce à une assurance dentaire de la mutualité, les frais restent gérables, mais la possibilité de rembourser ces soins dentaires par le biais de l'assurance maladie obligatoire doit certainement être creusée.

Un problème supplémentaire est que plus d'un dentiste sur trois n'est pas conventionné et ne respecte donc pas les accords tarifaires avec les mutualités, avec toutes les conséquences que cela entraîne pour les patients. Les Mutualités Libérales souhaitent par conséquent rappeler à toutes les parties concernées qu'un débat sur les frais élevés des soins de santé est incomplet sans aborder la question du faible taux de conventionnement chez les dentistes. Nous plaidons, quoi qu'il en soit, en faveur de la transparence envers les patients et les OA.

Une lacune sur laquelle nous attirons l'attention depuis des années déjà et qui est d'ailleurs confirmée dans le rapport du KCE de début 2016 est le non-remboursement des soins de santé mentale, tandis qu'il s'agit pourtant du défi du 21e siècle.

Les soins de santé mentale sont, sans aucun doute, un des principaux défis de notre système de santé au 21e siècle. Les problèmes psychologiques latents et non traités (angoisse, dépression, stress, insomnies, etc.) pèsent non seulement sur la qualité de vie du patient, mais aussi sur la société dans son ensemble. Nous devons toujours faire face au grand nombre de décès par suicide et également à un haut taux d'hospitalisation involontaire dans les unités psychiatriques des hôpitaux. Les deux indicateurs démontrent une accessibilité insuffisante des centres ambulatoires de soins de santé mentale.

Dans l'accord estival 2017, le gouvernement fédéral a décidé de rembourser l'aide psychologique par le biais de l'assurance maladie obligatoire. Elle ne prévoit cependant qu'un budget d'à peine 22,5 millions d'euros à cette fin, ce qui est absolument insuffisant : quand on sait que quelque 4 % des Belges font appel à un psychologue, cela revient à une intervention d'à peine 50 euros par personne, soit le coût d'une consultation.

Certaines choses ne sont pas encore clarifiées. À combien s'élève le ticket modérateur ? Combien de séances couvre le remboursement ? Y a-t-il un montant plafond ? Des groupes cibles seront-ils déterminés ?

Les Mutualités Libérales acclament naturellement le remboursement de l'assurance obligatoire, mais ne souhaitent pas attendre pour se retrousser les manches. Elles ont d'ailleurs une longue expérience dans le domaine, car elles ont lancé un accompagnement psychologique gratuit pour leurs membres en 2002.

Via le nouveau service Psy-Go!, chaque membre de la ML depuis le 1/7/2017 a droit annuellement à six séances téléphoniques ou de chat gratuites avec un psychologue. L'aide psychologique accessible a en effet un effet préventif important pour prévenir les problèmes psychiques plus graves.

En tant que mutualité, nous avons d'ailleurs demandé instamment plus de moyens pour la prévention en général et il est par conséquent regrettable que la PES ne compte pas dans le nouveau système d'évaluation pour les frais d'administration variables.

Un point pour lequel nous devrons œuvrer en permanence en tant que mutualité est la fourniture d'informations aux membres — et cela fait bien partie des processus clés. De nombreuses personnes ignorent souvent leurs droits et manquent par conséquent certains avantages.

L'année dernière, la LVPH, notre association néerlandophone pour les personnes handicapées a organisé, il est vrai uniquement au niveau flamand, une enquête sur la connaissance de l'assurance soins flamande et le financement qui suit la personne.

En ce qui concerne la connaissance de l'Assurance soins flamande, il s'est avéré que seul un tiers savait qu'elle était destinée aux soins non médicaux. Une personne sur cinq a affirmé ne pas le savoir, un pourcentage qui monte à plus d'un quart chez les 70 ans et plus qui sont pourtant le principal groupe-cible.

La connaissance du financement qui suit la personne est également très faible : 64 % n'en avaient jamais entendu et à peine 4 % des personnes étaient au courant.

Lorsque nous avons expliqué en bref ce que signifiait le dénommé « rugzakje van Vandeurzen » — un budget alloué à une personne handicapée pour acheter elle-même ses soins — la position était extraordinairement bonne : près de 90 % des personnes ont trouvé l'idée bonne à très bonne.

Nous ne pouvons par conséquent pas le souligner assez : nos soins de santé, notre sécurité sociale et notre protection sociale complémentaire du côté flamand et du côté francophone concernent tout le monde. Outre l'obligation d'information des mutualités et du gouvernement même, cela devrait obligatoirement être repris dans les leçons de l'enseignement. Un citoyen informé est en effet un citoyen qui a du ressort et les jeunes d'aujourd'hui devront porter la société de demain, en ce compris les défis.

Je donne maintenant un aperçu de notre fonctionnement 2016 – 2017 pour ensuite examiner les sujets principaux pour cette année et l'avenir proche.

2 Chapitre 2 : Aperçu de 2016 et 2017

A. Mutualités Libérales

- **Services informatiques et soutien des utilisateurs**

En ce qui concerne l'avenir proche, l'accès à nos banques de données de production doit être finalisé en 2017 et on réfléchit à des solutions pour permettre les différentes mutualités libérales d'employer le cadastre des QUERIES qui leur sera mis à disposition par l'Union nationale. Ce cadastre doit naturellement évoluer en fonction des besoins des mutualités et de nos membres.

Le projet « scanning » devient petit à petit une réalité de terrain : plusieurs mutualités ont décidé de « scanner » certains types de documents. Les choix des documents à traiter sont évidemment des éléments décidés au sein même des mutualités et reflètent les objectifs que celles-ci ont fixés : gestion moderne d'archives, premiers pas vers la « force probante » des documents électroniques, visualisation électronique de certains dossiers en vue des fusions potentielles au 01.01.2019, etc.

Ensuite, l'Union nationale doit être impliquée dans la problématique du scanning pour rendre possible une visualisation pour les mutualités des productions des services centralisés.

Les services centralisés de l'Union nationale scannent également plusieurs éléments de leurs productions respectives. Ils complètent ainsi les éléments visualisables au sein du dossier unique de l'affilié… autant d'éléments importants alimentant en informations pertinentes tous les gestionnaires des sites mutualistes.

En 2017, les grandes phases opérationnelles qui commenceront lors de l'entrée en vigueur du projet « e-Attest » le 1/1/2018 ont été préparées. Ce projet consiste en la digitalisation (transmission électronique des données au départ du cabinet du médecin généraliste vers l'organisme assureur après vérifications des droits du patient) de l'attestation de soins donnés par le « médecin généraliste ».

Les conséquences seront nombreuses et bousculeront les profils de nombre de points de contact mutualiste : diminution drastique du nombre de contacts avec l'affilié, innovations dans les modes de communication, etc., seront les défis de demain.

Nous devrons également nous perfectionner dans l'aspect « contact client » et mise à disposition d'outils de suivi pour ces nouveaux processus.

Ce projet n'est d'ailleurs qu'une première étape vers la digitalisation des certificats médicaux : tous les autres groupes professionnels suivront bientôt, avec les spécialistes, les dentistes et les kinésithérapeutes en premier lieu. Cette digitalisation se composera de deux couches essentielles : e-attest et e-fac. La première couvre toutes les fonctionnalités de paiement au membre — la mutualité paie le membre immédiatement sur son compte bancaire — et la deuxième englobe les fonctionnalités du régime du tiers payant, dans lequel la mutualité paie elle-même le prestataire directement.

Le service d'aide aux utilisateurs mis en place pendant l'été 2015 reprend trois tâches importantes :

- l'assistance des utilisateurs du système. Cela se fait via Planon, par e-mail ou par téléphone. Les collaborateurs du service sont en contact direct avec le service IT de l'union nationale 300 ;
- la rédaction de guides d'utilisateur, guides-opérateurs, rapports et autres fichiers pertinents (qui sont placés sur sharepoint) et la formation des utilisateurs ;
- la participation à des groupes de travail et l'analyse du fonctionnement dans le cadre de la gouvernance 300/400.

Pour le service, quatre collaborateurs ont été engagés, disposant des domaines d'activités respectifs :

- service social et Protection sociale flamande ;
- soins de santé ;
- services complémentaires et front office ;
- indemnités et service médical.

Le nouveau mode de fonctionnement ne modifie cependant en aucune façon l'ensemble des tâches des services.

Les tickets Planon doivent passer par l'Union nationale pour établir une banque de données de connaissance dans les différents domaines.

- **Service prévention**

Concernant le service de prévention, les principaux thèmes de 2016 sont :

- les élections sociales du 10/05/2016. Le nouveau Comité de prévention et de protection au travail était installé trois jours plus tard.
- la réalisation d'une analyse de risque globale par le service externe de prévention et de protection au travail (Attentia).
- la suppression de l'examen médical obligatoire lorsqu'on engage du personnel administratif (travailleurs sur écran).

À l'avenir, on insistera davantage sur le bien-être psychosocial et l'ergonomie si bien que les collaborateurs puissent travailler plus longtemps et plus sainement. Une politique de prévention sera intégrée à la politique générale.

En 2017, quelques actions ont été entreprises pour répondre à certaines obligations légales :

- l'exécution d'une analyse de risque incendie ; les résultats de cela sont soumis aux membres du Comité ;
- la réalisation d'un registre premiers secours concernant les premiers secours qui sont portés aux travailleurs victimes d'un accident ou qui sont pris d'un malaise ;

- la rédaction du document d'identification à l'attention des membres de Comité. Ce document doit refléter clairement la désignation du conseiller en prévention, son emploi du temps, ses tâches et missions, les moyens mis en place par l'employeur et la relation avec le service externe de prévention et de protection au travail.

• Effectif de membres

Le 30/6/2016, nous comptions 552 752 membres, dont 402 926 titulaires et 149 826 personnes à charge.

Le 30/6/2017, ce chiffre a baissé jusqu'à 546 757 membres, dont 400 536 titulaires et 146 221 personnes à charge. Cela représentait une chute de 1,10 % par rapport à 30/06/2016.

Par rapport à la même date en 2016, les mutualités 409 et 414 ont perdu le plus grand nombre de membres et les mutualités 407 et 418, le plus petit nombre.

Une nuance s'impose toutefois : la perte de membres n'est évidemment pas exclusivement due à la reconversion (problèmes informatiques), mais tout autant au handicap structurel auquel sont confrontées depuis des années les Mutualités Libérales, à savoir l'âge relativement avancé de son effectif. La perte des membres est principalement due aux :

- mutations. Il y a eu 18 634 mutations vers d'autres mutualités, surtout les MC, les MS et les MLibres, mais 9.187 vers une mutualité libérale. Beaucoup de ces mutations ne sont pas dues à l'insatisfaction, mais à un changement dans la situation familiale, comme le mariage ou la cohabitation ;
- décès
- personnes à charge passées titulaires auprès d'un autre OA
- dossiers clôturés en raison de deux années sans droit

À remarquer que le nombre de membres qui ne sont pas en règle a augmenté d'un millier par rapport aux années précédentes. Nous ne recevons aucuns frais d'administration pour ces membres.

• Personnel

L'Union nationale comptait 139 membres du personnel au 31/12/2016, dont 69 hommes et 70 femmes (au 31/12/2015 : 142, dont 66 hommes et 76 femmes).

Mi-octobre, il y avait encore 139 membres du personnel en service, 9 engagements et autant de personnes ont quitté l'union. Plus d'un tiers de ces départs sont dus à la retraite.

Actuellement, il y a 123,3 équivalents temps plein en service. 69,77 % du personnel actuel appartiennent au registre néerlandophone et les 30,23 % appartiennent au registre francophone.

Bien que les possibilités d'entrer dans le régime de chômage avec complément d'entreprise s'amenuisent drastiquement, nous dénombrions encore dix prépensionnés fin 2016, un nombre qui se réduit toujours plus à mesure que les intéressés approchent de l'âge de la pension. Actuellement, il y a encore 7 membres du personnel qui bénéficient du régime de chômage avec complément d'entreprise.

Concernant la nouvelle Commission paritaire 337, les travaux ont été dans une impasse depuis le mois de mai 2015. Il y a finalement eu une percée en décembre 2016 et les premières CCT ont été conclues. Elles sont d'application sur tous les travailleurs, y compris les mutualités. Ces CCT donnent aux mutualités plus de liberté au niveau de l'entreprise (Crédit-temps et fin de carrière). Les mutualités restent exclues des autres CCT conclues au sein de la commission paritaire 337. Actuellement, la discussion est en cours entre les mutualités ou elles veulent être reprises dans le domaine d'application des futures CCT.

- **Service juridique**

En 2016-2017, le service juridique a défendu les affaires suivantes :

- la récupération des montants indus dans le cadre des soins de santé et indemnités ;
- les contestations contre les décisions des médecins-conseils dans le cadre des indemnités ;
- la récupération dans le cadre des dossiers de fraude des prestataires ;
- la récupération des paiements dans le cadre de notre droit de subrogation ;
- la défense des membres dans le cadre des dossiers qui sont transmis au Fonds des accidents médicaux (FAM).

En 2018, l'accent sera mis sur deux points importants :

- la collaboration entre les OA et l'INAMI dans le cadre de la récupération des montants indus suite à la fraude par les prestataires ;
- la collaboration entre les OA et le FAM en ce qui concerne les arriérés du FAM.

- **Tarification centrale**

En ce qui concerne la tarification centrale, le passage aux flux MyCarenet se poursuit.

Le plus gros changement pour le service en 2016 était la facturation en ligne dans le cadre du régime du tiers payant social et du traitement du dossier médical global électronique.

Il s'agissait ici de la facturation électronique par les médecins généralistes et de l'e-DMG (DMG électronique par les médecins). Ce développement a connu une utilisation croissante en 2017.

Entre-temps, nous avons connu en 2017 le lancement de la facturation électronique des (médecins) spécialistes.

La facturation électronique par les dentistes et kinésithérapeutes n'est pas encore à l'ordre du jour, les tests nécessaires ont déjà était effectués et le lancement serait prévu en 2018.

Il y a par ailleurs les nombreuses réunions sur l'attestation en ligne, le circuit électronique qui devra remplacer « le certificat du médecin » en 2018.

- **Service financier**

Le service financier, en collaboration avec le service de contrôle interne, traite actuellement les sujets importants suivants :

- la sixième réforme de l'État par le biais d'un groupe de travail financier ;
- le rapport analytique de la structure des coûts ;
- la constatation des frais d'administration et leur répartition entre les Unions nationales.

- **Service d'audit interne**

Le service d'audit interne exécute certaines missions spéciales pour l'Office de contrôle des mutualités en collaboration avec notre révisorat Deloitte et différentes missions sur la base d'une analyse de risques.

En outre, le service a exécuté les tâches suivantes en 2016-2017 :

- la rédaction de quatre modes d'emploi pour familiariser les comptables aux nouveaux logiciels, à savoir pense-bête, cheminement des comptes, contrôle des interfaces et réalisation d'un inventaire ;
- un audit général de la gestion administrative et financière de la mutualité de Liège et, à la demande du Conseil d'administration, également de l'ASBL patrimoniale ;
- collaboration avec la mutualité 403 pour la rédaction d'un fichier Excel qui permet le suivi et le traitement de certains mouvements sur les comptes d'attente ;
- la rédaction et le suivi d'un plan de redressement pour la mutualité de Liège ;
- la participation au nouveau groupe de travail « Audit et contrôle » du CIN.

- **Service économat**

Pour le service économat, les nouveaux projets en 2016-2017 sont :

1. Informatique :
   - l'installation Windows 10
   - la migration des serveurs fichiers ;
   - la migration Agresso (logiciel comptable) ;
   - le remplacement des switchs « end of life » pour l'union nationale et les mutualités ;
   - l'adaptation d'Easytime-Easypay et du contrôle d'accès.

2. Rue Blanche
   - la reprise des tâches du syndicat ;
   - l'installation des bureaux de la Caisse de soins ;
   - le suivi des travaux d'adaptation dans le cadre du permis environnemental (2016).

3. Économat :

   - le soutien pour la rédaction des adjudications publiques (partie OA 400 au sein des contrats-cadres avec l'OA300) ;
   - l'impression et l'envoi des feuilles de renseignements par la firme Joos ;
   - l'impression de documents de quittances et de vignettes pharmacien.

• Service communication

Les actions de communication et marketing qui se sont multipliées visaient plus que jamais l'année dernière les jeunes diplômés et les jeunes ménages. La Mutualité Libérale veut se présenter à ces personnes, qui se trouvent à un moment clé de leur vie, comme un partenaire serviable et fiable sur le long terme de leur santé, et non pas purement comme une organisation de paiement. Nous poursuivrons cet élan pour l'année 2018.

En 2018, les actions de marketing se concentreront surtout, avec entre autres plus de propagande, sur la publicité de Psy-Go !, le nouveau service pour l'accompagnement psychologique à distance des ML.

La promotion du guichet en ligne constitue également une priorité. Nous pourrons ainsi étendre la numérisation de nos services, qui va de pair avec l'utilisation des médias sociaux et l'optimalisation continue de notre site web..

Un groupe de travail s'attelle à rendre le site web plus convivial pour 2018, en collaboration avec nos mutualités.

• Hôpital Plus

Pour la SMA Hôpital Plus, les principaux événements en 2016 étaient :

- les difficultés suite à la migration le 1/1/2015 vers le logiciel de l'Union nationale des Mutualités Socialistes (UNMS), ont pour ainsi dire été presque totalement réglées en 2016 ;
- le 1/1/2016, le traitement manuel de la nouvelle assurance soins dentaires Denta Plus qui avait commencé le 1/1/2015 a été arrêté et la SMA Hôpital Plus a pu achever la nouvelle assurance dans le nouveau logiciel ;
- dans le deuxième semestre 2016, il y a eu une élection mutualiste pour la recomposition de l'assemblée générale et du conseil d'administration de la SMA. Suite à cela, le comité de surveillance, un organe statutaire a aussi reçu une nouvelle composition. En application de la réglementation Fit and proper, tous les candidats au conseil d'administration devaient fournir un dossier Fit and proper complet de sorte à pouvoir évaluer leur expertise collégiale et leur fiabilité professionnelle.
- l'application de la réglementation MiFID est devenue la documentation MiFID, avec entre autres, la fourniture d'informations détaillées aux assurés existants et candidats ; avec entres autres des informations sur les produits, des fiches produits et une analyse des besoins.

- l'introduction de Solvabilité II le 1/1/2016 avec les trois piliers. Sur les années de transition 2014 et 2015, des rapports Solvabilité II ont déjà été rédigés et transmis à l'OCM, à savoir sur la situation au 31/12/2014, 30/9/2015 et 31/12/2015.

2015 était la dernière année transitoire direction Solvabilité II : cette directive européenne est entrée en vigueur le 01/01/2016. La loi du 13/03/2016 traduit cette directive en droit belge. Son application dans les statuts de la SMA, l'organisation, les lignes politiques et le fonctionnement a été réalisée en 2016, comme prévu. Cela a demandé une révision complète de la partie gouvernance des statuts, qui ont été mis totalement en adéquation avec la règle européenne de Solvabilité II. Après la clôture au 31/12/2016 selon les règles comptables belges (BGAAP), Hôpital Plus doit désormais publier annuellement, en tant qu'entreprise d'assurances, un rapport sur sa solvabilité et sa position financière (*Solvency and Financial Condition Report – SFCR*) et rédiger un RSR (*Regular Supervisory Report*) pour le surveillant.

L'exercice 2016 a été clôturé avec un résultat de 7 668 678 €, dont 2 361 861 € de recettes financières. 1 800 000 € de ces recettes découlent d'un arbitrage avec ING.

Nous terminons 2016 avec 122 298 assurés. En comparaison avec le 31 décembre 2015, le nombre d'assurés n'évolue que faiblement. C'est la conséquence d'un apurement des contrats à clôturer suite à un défaut de paiement de très longue durée. À partir du 1/1/2017, cela ne doit plus être suivi manuellement, mais le logiciel est utilisé pour les rappels automatiques avec une mise en demeure par recommandé, suivie d'un courrier de confirmation de la résiliation pour défaut de paiement persistant. De cette façon, il y a un suivi automatique continu et efficace des paiements de primes.

En 2017 et 2018, nous travaillerons d'arrache-pied sur l'augmentation du taux de participation qui doit atteindre plus de 20 %. Il faudra aussi s'attaquer au *general computer controls* (GGC) pour que la SMA Hôpital Plus puisse comprendre suffisamment le logiciel utilisé et ses sécurités.

En 2016, l'équipe centrale d'HPLUS s'est vue renforcée d'un juriste et d'un comptable supplémentaires.

Ensuite, l'Union nationale a mis sur pied une cellule d'assurance mixte qui réfléchit sur l'offre de produits et la position concurrentielle de nos assurances facultatives. Du travail préliminaire est également réalisé en fonction d'une offre optimale. Les premières étapes dans l'étude d'un nouveau produit d'assurance pour les frais ambulatoires ont été parcourues.

Nous avons enfin tout intérêt de mettre sur le marché nos produits d'une manière plus que jamais commerciale par le biais, à la rigueur, de campagnes de grande envergure avec des affiches, des annonces à la radio et à la télévision. Fin septembre 2017, nous avons lancé une action commerciale spécifiquement dirigée sur Denta Plus.

En 2017, on a continué à mettre en œuvre les formations pour les personnes en contact avec le public (PCP) et pour les responsables de la distribution (RDD). En outre, la SMA a également dispensé des formations et tenu des meetings informatifs dans certaines mutualités.

En 2017, une étude a été réalisée et un rapport actuariel autour de l'exonération de prime pour les enfants jusqu'à un certain âge a été rédigé et le conseil d'administration a donné son accord pour réaliser une étude sur le plan du contenu et financier pour l'organisation d'une nouvelle assurance pour les soins ambulatoires, également à soutenir par un rapport actuariel.

L'assurance soins dentaires « Denta Plus » que les Mutualités Libérales offrent depuis le 1/1/2015 est en pleine ascension. Au 31/12/2015, il y avait 3900 affiliés. Au 31/12/2016, ce nombre avait déjà doublé pour atteindre environ 7800 membres et début octobre 2017, nous comptions 10 234 assurés : une augmentation de 31 % sur 9 mois.

- **Bâtiments**

En 2017, un nouveau système de contrôle d'accès a été installé, ce qui fait que désormais l'enregistrement du temps et le contrôle d'accès sont traités par un seul et même badge. Étant donné qu'il y a déjà eu quelques problèmes il y a quelque temps avec la porte d'entrée du bâtiment dans l'Union nationale, il a été décidé de la remplacer. Au 1er et 2e étages, les ampoules TL ont été remplacées par un éclairage LED économique et durable.

Pour le bâtiment sis rue Blanche, une étude de stabilité a été réalisée par un bureau d'ingénieurs. Cette dernière a indiqué que le bâtiment était approprié à un usage de bureau normal ; mais les armoires d'archives lourdes et l'archivage sont impossibles.

B. Mutualités

- **Budget frais d'administration – fixes et variables**

Suite au contexte budgétaire qui reste difficile, les OA ont été obligés d'économiser en 2015 ensemble 20 millions d'euros sur leurs frais d'administration tels qu'ils découlent de l'application de la formule paramétrique. C'est pourquoi le montant pour les cinq unions nationales pour 2015 s'élevait à 1 070 millions €.

Pour 2015, pour l'UNML, le montant maximum à attribuer est de 68,616 millions d'euros, dont 61,754 millions d'euros fixes et 6,861 millions d'euros de frais d'administration variables.

Le montant maximum à attribuer pour les frais d'administration variables s'élevait à 6,861 millions d'euros pour l'UNML.

En 2016, les économies ont augmenté pour atteindre 50 millions d'euros : cela revient à près de 10 % des frais d'administration des OA.

Le montant total des frais d'administration pour les cinq unions nationales a diminué pour atteindre 1.054 millions d'euros en 2016 et 1.053 millions d'euros en 2017 ; pour 2018 les chiffres ne sont pas encore connus.

Pour 2016, pour l'UNML, le montant maximum à attribuer est de 67,014 millions d'euros, dont 60,313 millions d'euros fixes et 6,701 millions d'euros de frais d'administration variables.

Pour 2017 et 2018, les économies s'élèvent à chaque fois à 25 millions d'euros.

Le montant total des frais d'administration pour les cinq unions nationales revient donc à 1 053,130 millions d'euros. L'UNML en recevra au maximum 66,187 millions d'euros dont 59,568 millions d'euros fixes et 6,618 millions variables.

	2015	**2016**	**2017**	**2018**
5 UN	**1 070,012 M€**	**1 054,007 M€**	**1 053,130 M€**	???
UNML (max.)	68,616 M€	67,014 M€	66,187 M€	
FIXES — 90 % *(max.)*	61,754 M€	60,313 M€	59,568 M€	
VAR. 10 % *(max.)*	6,861 M€	6,701 M€	6,618 M€	
Extra indép. (5 UN)	11,41 M€	11,41 M€	11,41 M€	
Extra indép. (UNML)	0,833 M€	0,828 M€	0,822 M€	

- **Frais d'administration : évaluation des performances de gestion**

Le nouveau système d'évaluation

En ce qui concerne les frais d'administration variables, les dix critères d'évaluation avec lesquels les performances de gestion des OA étaient évaluées jusqu'en 2015 ont été remplacés par **sept processus clés** qui reflètent le fonctionnement de l'OA à un niveau global .

Par processus clé, il y a des domaines (qui peuvent changer d'une année à l'autre) et dans chaque domaine, il y a des indicateurs.

Cela permet une plus grande flexibilité pour prévoir l'évaluation d'autres domaines et indicateurs. L'INAMI et l'OCM déterminent chacun certains domaines dans ces processus clés : un processus clé n'appartient donc pas toujours au domaine exclusif de l'INAMI ou de l'OCM.

Chaque année, l'INAMI ou l'OCM peuvent mettre l'accent sur un certain domaine — ou adapter ces domaines. Lorsque dans une année suivante, l'accent est mis sur un autre domaine, cela ne signifie cependant pas que les autres domaines ne seront plus évalués : le nouveau système renforce l'évaluation chaque année, de sorte qu'il est de plus en plus difficile de satisfaire aux conditions, certainement pour les plus petits OA.

Évaluation UNML sur 2016

Il y a dans un premier temps la constatation que l'évaluation 2016 est nouvelle. Jusqu'à l'année d'évaluation 2015 comprise, la performance de gestion des OA a été mesurée sur la base de 10 critères d'évaluation. À partir de l'année d'évaluation 2016, elle a été évaluée sur la base de 7 processus-clés.

Par processus-clé, il y a des domaines (qui peuvent changer d'une année à l'autre) et dans chaque domaine, il y a des indicateurs.

Pour l'évaluation 2016, une somme de 5 736 014,26 nous a été attribuée sur une somme maximale de frais d'administration variables de 6 787 196,38, soit un pourcentage de 84,55 %. En 2015, un montant de 6 848 486,75 euros nous a encore été attribué sur une somme maximale de 6 944 914,82 euros, soit un pourcentage de 98,61 %.

À noter que les nouvelles clés dans tout le secteur ont conduit à une importante diminution des montants attribués.

En ce sens, une réunion spéciale se tiendra d'ailleurs fin de cette année à l'OCM afin d'évaluer l'application des nouvelles clés avec l'INAMI.

Nous avons également introduit une réclamation le 12 octobre 2017 contre un certain nombre de mauvaises constatations de l'INAMI.

À noter que la part des frais d'administration variables qui s'élève actuellement à 10 % sera augmentée de 2,5 % chaque année pendant 4 ans pour arriver à 20 % en 2022.

Pour 4 des 7 processus clés, nous obtenons plus de 96 % à l'évaluation, ce qui est un bon score :

- Processus 1 : informations aux assurés sociaux : procédure de plainte : 96,34 % ;
- Processus 2 : attribution correcte des droits : 96,04 % ;
- Processus 5 : audit interne et contrôle : 96,64 % ;
- Processus 7 : gestion comptable : 96,27 %.

Les domaines d'évaluation comme la PES et la participation à des études, dans lesquels nous obtenions 100 % chaque année, n'existent en effet plus ou ont perdu beaucoup de poids.

Les principaux problèmes se trouvent dans 3 processus clés :

- Processus 3 : « l'exécution correcte, uniforme et dans les délais fixés des paiements des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités » (poids de 20 %) où nous avons obtenu un score de 66,03 %, soit une perte de 461 000 € ;
- Processus 4 : « la détection et la récupération des prestations et des montants à récupérer sur base des articles 136 et 164 » (poids de 10 %) où nous avons obtenu un score de 52,36 %, soit une perte de 323 000 € ;
- Processus 6 : « la collaboration avec l'INAMI notamment en vue de l'exécution du contrat d'administration et la participation à des études » (poids de 10 %) où nous avons obtenu un score de 83 %, soit une perte de 115 000 €.

Évaluation pour 2018

Pour l'année d'évaluation 2018, l'INAMI établit les domaines et les indicateurs pour 5 processus clés .

Ce sont surtout les évaluations dans le processus clé 1 (les informations aux assurés sociaux) qui ont été modifiées. C'était auparavant traité par l'OCM (gestion des plaintes), mais l'INAMI a désormais sélectionné les domaines.

Ces domaines sont :

- Contrôle thématique activité autorisée (art. 230)
- Campagne d'information antibiotiques
- Actualisation Atlas AIM.

Il y a un nouveau domaine dans le processus 2 (assurabilité) : Contrôle thématique personnes à charge SS.

Il y a deux nouveaux domaines dans le processus 3 (paiement prestations) : le contrôle thématique sur les activités autorisées en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité et le remboursement correct des prestations selon la réglementation.

Aucun nouveau domaine n'a été sélectionné pour le processus 4 (détection récupérations).

Il y a deux nouveaux domaines dans le processus 6 (collaboration avec l'INAMI) : les médicaments orphelins et MyCarenet.

L'OCM a déterminé 12 domaines pour les processus clés 3 à 7 inclus ; il est exclusivement compétent pour les processus clés 5 (audit et contrôle) et 7 (gestion comptable).

Pour le processus 3 :

- la circulation rapide des moyens de paiement ;
- le paiement rapide des tiers payants.

Pour le processus 4 :

- la détection et la récupération des paiements indus ;
- la détection et la récupération des paiements subrogatoires.

Pour le processus 5 :

- le respect des différentes dispositions du règlement pris en exécution de l'article 31 de la loi du 6 août 1990 ;
- le respect des modalités particulières de remboursement des prestations ;
- la mise en œuvre des contrôles de validité définis à la nomenclature des soins de santé en regard d'une catégorie de prestations — Thème de l'année sous-revue.

Pour le processus 6 : la participation active à des études réalisées en vue de déterminer une politique en matière de santé.

Les remèdes

Il y a une série de mesures, en fonction des manquements constatés, nécessaires en fonction de leur cause.

Tout d'abord, la charge de travail supplémentaire au sein de l'union nationale et des mutualités qui est inhérente à n'importe quelle migration pour apprendre à travailler avec les nouveaux programmes. Cela signifie parfois une adaptation dans l'organisation du travail. Il a également été constaté que la 300 n'a pas toujours communiqué des informations suffisantes ou cohérentes.

En outre, il s'agit de la première année d'évaluation basée sur les chiffres dans une période dans laquelle nous étions totalement dans l'environnement 300.

En comparaison avec la 300, il faut également souligner le fait que leurs mutualités disposent de leurs propres hardware et programmes. Elles disposent également d'informations via datawarehouse. Il serait souhaitable que la 400 puisse bénéficier de ses propres tableaux de bord pour pouvoir suivre la performance dans les divers domaines.

Les mesures à prendre sont par conséquent internes (instructions de l'union nationale aux mutualités) et externes : correspondance avec les instances de contrôle (OCM/INAMI) et demandes à notre fournisseur de logiciel (300).

Le service financier de l'Union nationale a rappelé les instructions nécessaires aux mutualités pour la remise dans les délais des documents comptables.

Les problèmes sont traités (continuent à l'être) au sein des plateformes, notamment pour les indemnités où se posent la plupart des problèmes. L'objectif est de préparer, au sein du groupe de travail, des instructions qui pourront être communiquées aux mutualités. Ainsi, une instruction sera faite concernant l'article 195, pour ne placer que les dossiers dont on est sûr sur la liste.

Le service financier de l'Union nationale dresse un inventaire des problèmes encore en suspens dans la comptabilité pour assurer l'envoi dans les temps des documents comptables.
Un courrier a été adressé à l'OCM en date du 12/10/2017 leur demandant plus d'informations détaillées et une explication des critères d'évaluation de sorte à savoir comment nous sommes évalués précisément.
Un inventaire de tous les problèmes auxquels nous sommes confrontés dans leur application est fourni à l'UN 300 en date du 27/10/2017.
Ainsi, des adaptations dans les programmes doivent être demandées à l'occasion des constatations dans les groupes de travail, entre autres des adaptations au niveau des indemnités.

Un problème structurel se pose pour les soins de santé où l'application est dépassée et où il y a un besoin de contrôles a priori adéquats. La méthode de travail actuelle de tout payer en premier lieu et de rejeter ensuite engendre du travail supplémentaire dans les divers services.

- **Audits sur le fonctionnement des mutualités**

Début 2017, la Cour des comptes a publié un premier audit sur la fixation des frais d'administration des mutualités. La Cour des comptes y a reconnu que :

« À partir de 2005, le gouvernement s'est systématiquement écarté de la trajectoire de croissance fixée par la loi, avant tout pour des raisons budgétaires (au total, les cinq unions nationales ont reçu 234,5 millions d'euros de moins au cours de la période 2002-2016). Compte tenu de ces diminutions, l'enveloppe est passée de 732,1 millions d'euros en 2002 à 1 050,2 millions d'euros en 2016 (+43,45 %). Si la formule des paramètres avait été appliquée telle quelle depuis 2002, l'enveloppe aurait atteint 1 310,45 millions d'euros en 2016 ».

En réalité, le montant ne s'élevait qu'à 1 050,2 millions d'euros, ce qui est revenu à une diminution réelle de 49,2 millions, soit -1,85 % par rapport à 2015.

La Cour des comptes est parvenue à trois conclusions importantes dans son audit.

Tout d'abord, les variables utilisées dans la formule des paramètres pour déterminer l'intervention annuelle dans les frais d'administration manquent de pertinence et ne constituent pas non plus une base adéquate pour évaluer les besoins des mutualités. Ainsi, le financement par le biais de l'enveloppe stimule insuffisamment les mutualités à utiliser les moyens de l'assurance maladie et invalidité de manière aussi efficiente que possible.

Une meilleure adéquation entre l'indemnisation et les besoins de financement des mutualités requiert, aux yeux de la Cour des comptes, des informations étayées concernant l'organisation des mutualités, leur structure des coûts et l'incidence, à court et à long terme, sur cette structure de coûts des évolutions sociétales pertinentes.

Bien que la Cour des comptes ne se prononce pas sur l'adéquation du montant absolu de l'enveloppe annuelle, elle affirme bien que les OA ont reçu 235,3 millions d'euros en trop entre 2002 et 2011 (soit 2,55 % des moyens octroyés).

La deuxième constatation est que concernant la formule de répartition de l'intervention dans les frais d'administration des mutualités, les échelles et coefficients prescrits pour corriger le nombre d'affiliés en raison d'économies d'échelle sont les mêmes depuis de nombreuses années.

L'efficacité du nouveau système d'évaluation sur la base des sept processus clés à partir de 2016 sera évaluée pour fin 2019 et il sera éventuellement à nouveau adapté.

En troisième lieu, la Cour des comptes reconnaît que les missions légales des mutualités seront adaptées dans le futur à l'évolution vers des fonds de santé et aux conséquences de la sixième réforme de l'État.

La Cour des comptes attire par ailleurs l'attention sur le manque d'informations publiées concernant le fonctionnement des mutualités. Ce constat vaut notamment pour les statuts, les comptes annuels et les rapports annuels. Les prescriptions dans ce sens seront donc complètement revues.

Nous lisons entre les lignes en tous points que l'évaluation deviendra de plus en plus sévère.

La Cour des comptes ne propose pas de nouvelle formule des paramètres elle-même : cela se fait dans un groupe de travail séparé du « CIN Finance ». Un des aspects qui se trouve sur la table est la question de l'UNMC pour des frais d'administration égaux par membre au lieu d'un pourcentage qui diminue à partir d'un certain nombre de membres.

- **Responsabilisation dépenses soins de santé**

Le 28/6/2017, la Cour des comptes a publié son deuxième audit, à savoir celui sur la responsabilité financière des mutualités. Au terme de son examen, la Cour estime qu'il ne peut pas être démontré que la responsabilité financière des mutualités constitue un instrument efficace pour maîtriser l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

Les mutualités ne peuvent influencer l'évolution des dépenses que de manière limitée. Plus d'un tiers de l'objectif budgétaire global échappe en effet à la concertation collective qu'elles ont avec les prestataires de soins, alors que cette concertation constitue justement un instrument collectif important pour maîtriser les dépenses.

Un lien entre les activités des mutualités et le résultat qui en découle (boni ou mali) ne peut pas être clairement établi. Un boni serait souvent plutôt le résultat d'une marge budgétaire au sein de l'objectif budgétaire global que des activités de maîtrise des dépenses des mutualités.

Les bonis des mutualités ont enfin aussi des conséquences sur la gestion de la trésorerie de l'INAMI et les gestions globales.

Le pacte d'avenir propose de remplacer le système actuel de responsabilité financière individuelle par une responsabilité financière collective. La Cour des comptes souligne néanmoins que le système actuel comporte déjà plusieurs caractéristiques d'une responsabilisation collective, principalement en raison du fait que la quotité de ressources d'une mutualité est liée à l'évolution des dépenses totales.

La Cour des comptes estime qu'un système de responsabilisation, tant individuelle que collective, ne peut s'avérer un instrument efficace et efficient pour maîtriser les dépenses que si l'objectif est défini clairement au préalable et qu'un cadre budgétaire pluriannuel est élaboré pour maîtriser les dépenses. En outre, les mutualités doivent disposer des instruments nécessaires pour influencer individuellement et/ou collectivement l'évolution des dépenses. Ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, elles n'ont guère

d'influence directe sur les dépenses du secteur des médicaments et il ne faut pas perdre de vue le rôle des autres parties (par exemple, les prestataires de soins) dans la maîtrise de ces dépenses.

Tout cela implique qu'il faille mettre un terme aux effets pervers du modèle actuel, comme les bonis et réserves illimités et les délais élevés. Il faudrait également examiner si l'efficience du système pourrait être améliorée en simplifiant la clé de répartition normative — actuellement, elle contient 152 paramètres — voire en la supprimant en cas de responsabilisation collective.

D'autres systèmes de responsabilisation ne seraient-ils pas plus adaptés pour maîtriser les dépenses de soins de santé ? Par analogie avec le pacte d'avenir conclu en 2015 avec le secteur des médicaments, il pourrait être examiné si des engagements similaires pouvaient être conclus à long terme avec d'autres secteurs. Dans ce cadre, tous les acteurs concernés (mutualités, prestataires de soins, gouvernement, partenaires sociaux) seraient responsabilisés de manière équilibrée en fonction d'objectifs à réaliser spécifiques au secteur.

S'il est décidé d'abandonner le système actuel de responsabilité financière ou d'introduire une responsabilisation financière collective, il faudra déterminer comment utiliser les réserves existantes provenant des bonis et des cotisations des affiliés.

Actuellement, on ne sait pas encore quand et comment une réforme de la responsabilisation aura précisément lieu.

- **Loi santé du 18/12/2016**

Dans le cadre de la stimulation d'une augmentation d'échelle dans le monde mutualiste, une possibilité supplémentaire de fusion entre des sociétés mutualistes (SM) offrant des assurances est prévue. Il s'agit d'une hypothèse qui avait été oubliée lors de la modification de la loi sur les mutualités du 6/8/1990 par la loi du 26/4/2010, à savoir d'une SM agréée le 31/12/1990 en vertu de la loi du 23/6/1894 (et organise au moins un service complémentaire pour au moins 5 000 membres) et une SM organisant des services complémentaires pour plusieurs mutualités auprès d'une même Union nationale et une SMA.

Ceci permettrait à l'Office de contrôle de donner son assentiment à partir du 30/11/2016 à titre exceptionnel, moyennant le respect des dispositions en la matière, afin que les premières fusions puissent entrer en vigueur déjà au 1/1/2017. Si la modification n'entrait en vigueur qu'à une date ultérieure, par exemple le 1/1/2017, une première fusion ne pourrait en effet entrer en vigueur qu'à partir du 1/1/2018.

Avec la mise en œuvre du semestre européen, le calendrier budgétaire européen auquel doivent se conformer tous les États, le calendrier budgétaire belge pour l'AOSSI est adapté. Le trajet commence dorénavant le 31 mai avec la livraison des estimations techniques sur la base des données de l'année dernière, pour terminer par la décision du Conseil général le 3^{e} lundi du mois.

- **Publication des statuts**

Dorénavant, chaque mutualité et chaque union nationale doit publier ses statuts tels qu'approuvés par le Conseil de l'Office de contrôle, à commencer par la version d'application à partir du 1/7/2016.

Les statuts doivent être publiés dans leur intégralité, en ce compris les annexes et le tableau avec les cotisations à payer pour les services complémentaires, mais en laissant tomber les dispositions refusées par le Conseil de l'Office de contrôle.

- **Pacte pluriannuel avec les OA**

Comme prévu dans l'accord de gouvernement fédéral, le 28/11/2016, tous les OA, l'OCM, l'INAMI et la ministre Maggie De Block ont signé le Pacte pluriannuel du gouvernement fédéral avec les OA, également appelé Pacte d'avenir.

Le Pacte d'avenir doit adapter le rôle spécifique et unique des OA aux nouveaux défis et besoins et déterminer comment ils se différencient de ceux des autres acteurs.

Dans le front-office ou lors du contact direct avec les assurés, les organismes assureurs peuvent se différencier, mais le gouvernement veut également gagner en efficacité en les laissant collaborer entre eux.

Le pacte se compose de deux parties. La première s'articule autour de six axes de modernisation, lesquels sont traduits en 56 actions-engagements. La seconde partie développe un cadre budgétaire stable et responsabilisant et comprend 10 actions-engagements. Dans le cadre du collège intermutualiste national, certains groupes de travail ad hoc ont été mis sur pied, qui se concertent à leur tour avec les autres acteurs, soit l'INAMI, l'Office de contrôle et la cellule politique au sein du Cabinet de la santé publique.

L'axe de modernisation 1 concerne les conseils et services aux membres ainsi que l'accompagnement santé des membres. L'objectif est de passer du simple organisme de paiement au coach en matière de santé.

Les OA ont proposé de travailler dans ce cadre autour des soins dentaires préventifs pour certains groupes cibles (MAF, âge), mais l'INAMI a décidé de mettre en avant le thème des antibiotiques pour 2018 et de retenir les soins dentaires préventifs pour 2019.

L'axe de modernisation 2 concerne la contribution au développement des connaissances et à la préparation stratégique pour la définition et l'exécution des objectifs en matière de soins de santé, en rendant les données et les connaissances disponibles et en adoptant un rôle responsable et actif dans les organes de l'assurance soins de santé et des soins de santé.

L'axe de modernisation 3 concerne le contrôle et l'efficacité. Cela concerne un usage optimalisé des rares moyens de l'assurance maladie par une exécution correcte de la réglementation avec des instruments modernes et responsabilisants et une justification transparente envers les autorités.

L'axe de modernisation 4 concerne le corps des médecins-conseils, à savoir, la collaboration à la modernisation et à la professionnalisation du rôle du médecin-conseil centré sur ses véritables tâches essentielles. Le statut est également modernisé.

L'axe de modernisation 5 concerne la modernisation de l'assurance complémentaire obligatoire et l'assainissement de l'offre actuelle.

Les interventions orientées santé ne doivent pas être en contradiction avec les principes de l'evidence-based medicine et de l'evidence-based practice. Les interventions via services sociaux visent la santé et/ou l'augmentation de l'autonomie personnelle des affiliés.

Au sein du CIN, un groupe de travail ad hoc qui a développé une proposition de cadre avec les critères auxquels les services complémentaires doivent satisfaire suite à l'action-engagement 34 a été mis sur pied. Cette proposition a été débattue au sein du Collège des Secrétaires de mutualité, qui en a fait rapport au Conseil d'administration.

La cartographie a été parcourue à partir de la liste des critères. Il est proposé de supprimer certains services, d'autres doivent être adaptés et rien ne doit changer pour la majorité d'entre eux.

La liste reprenant la cartographie a été transmise au cabinet qui doit décider s'il abonde dans le sens des critères proposés ; le cabinet doit également se prononcer sur certains critères autour desquels il n'existe pas de consensus, le ticket modérateur, l'intervention pour le sport et les interventions dans l'organisation de vacances. Cela n'a pas encore eu lieu jusqu'à présent et on ne peut pas attendre de conséquences concrètes.

L'action-engagement 35 vise la rédaction d'une liste de groupes cibles motivant la différentiation dans l'octroi des avantages (actuellement uniquement les personnes bénéficiant d'une intervention majorée).

L'axe de modernisation 6 traite de la capacité de gestion, bonne gouvernance et transparence, ce qui implique l'adaptation de l'organisation et du fonctionnement des mutualités et des mécanismes de surveillance et de justification en vue d'assurer la transparence et la bonne gouvernance.

Dans cet axe, il y a beaucoup d'actions-engagements importantes pour lesquels quelques groupes de travail intermutualistes ont été mis sur pied.

Ainsi, il y a le groupe de travail capacité de gestion qui discute de l'action-engagement 37 contenant les éléments suivants :

- Renforcement du rôle de coordination et de pilotage de l'Union nationale : accréditation du plus haut rang par l'Union nationale ;
- Fonctionnement plus efficace avec des organes affinés ;
- Augmentation du nombre minimum de membres pour atteindre 75 000 titulaires au 1er janvier 2020 avec la possibilité de conserver une mutualité par rôle linguistique et d'une dérogation par Union nationale ;
- La représentation de l'Union nationale dans le Conseil d'administration des mutualités n'a pas été retenue ;
- L'accord préalable de l'Union nationale pour la constitution d'une SM ou d'une SMA.

En application de l'action-engagement 41, en fonction de la loi sur les conflits d'intérêts, un mécanisme sera mis en place afin de garantir la transparence des intérêts de l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie et ainsi éviter tout (risque de) conflit d'intérêts. Un texte à ce sujet est en préparation.

L'action-engagement 42 implique une analyse concernant l'opportunité de définir différents types de liens avec des tiers et de vérifier si une simplification est possible. À cet effet, les différentes notions

utilisées et pour lesquelles il n'existe actuellement aucune description (par exemple le contrat de partenariat) sont définies.

L'action-engagement 43 veut des rapports transparents adressés aux assemblées générales des AO à l'aide d'un modèle fixe qui permet d'obtenir une image dynamique de l'assurance complémentaire et de tous ses liens transversaux.

L'action-engagement 44 porte sur l'épuration des listes de dispensateurs de soins agréés à partir de critères objectifs et transparents. Une attention particulière est accordée à la collaboration avec les structures médico-sociales, plus précisément sur les incompatibilités pour des personnes chargées de la gestion journalière ou qui occupent une fonction dirigeante dans une mutualité ou une institution médico-sociale.

L'action-engagement 45 veut plus de transparence au niveau du sponsoring (est repris dans la création d'un cadre de collaboration entre entités mutualistes et partenaires externes). Une attention particulière est prêtée au sponsoring d'activités et à l'organisation de campagnes durant la période de réserve pour les élections politiques. Cette période de réserve est également applicable au sponsoring d'activités et à l'organisation de campagnes par les unions nationales et leurs mutualités.

Le groupe de travail qui traite des actions-engagements 42 à 45 incluse a dressé un inventaire de tous les liens de collaboration possibles, les types de contrats autorisés et les avantages et les services qui peuvent découler de ces accords de collaboration vis-à-vis des membres. Les Mutualités Libres veulent autoriser toutes les conventions de collaboration. Les autres OA sont cependant contre, car cela peut signifier le contournement de l'interdiction d'offrir des services supplémentaires non liés à la santé.

Au sein du CIN finance, un groupe de travail a été mis sur pied pour traiter des actions-engagements 46 et 47. L'action-engagement 46 concerne la réalisation d'une vue d'ensemble complète et claire de la méthode d'imputation des coûts et la répartition entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire obligatoire. À cet effet, un manuel pour l'imputation des coûts et recettes à l'assurance obligatoire ou à l'assurance complémentaire est également disponible.

L'action-engagement 47 concerne la mise en œuvre d'un modèle de comptabilité analytique au plus tard pour l'exercice comptable 2018. Un plan par étapes sera établi à ce propos.

Le rapport analytique a été fondu dans une proposition intermutualiste. Cette proposition a fait l'objet d'une discussion avec l'Office de contrôle et la cellule politique de la Santé publique. Finalement, on est parvenu à un accord pour diviser le rapport T2 actuel qui doit être remis à l'INAMI en quatre domaines.

Il y a également un groupe de travail au sein du CIN Finance sur l'audit et le contrôle (les actions-engagements de 48 à 51 incluse). L'objectif serait de partir des circulaires existantes de l'OCM et d'une circulaire de la Banque Nationale.

Dispositions importantes dans le comité d'audit et le comité de risques à fonder :

- Au moins trois administrateurs de l'Union nationale n'assumant aucune responsabilité dans la gestion journalière de l'Union nationale ou de ses mutualités y siègent ;
- Il doit y avoir un administrateur indépendant dans chacun de ces organes.

L'objectif est d'éviter le double audit.

Un texte est en préparation et les différents OA le soumettront à leur réviseur.

La deuxième partie du Pacte d'avenir, la création d'un cadre budgétaire stable et responsabilisant contient 10 actions-engagements. Dans ce cadre, les groupes de travail suivants ont été mis sur pied :

Le groupe de travail action-engagement 58, établi par le CIN Finances, se penche sur la Formule des paramètres et la Clé de répartition des Frais d'administration entre les OA.

- Formule des paramètres :

  Objectif : viser un taux de croissance qui adapte l'ensemble des frais d'administration de manière objective, transparente et stable à l'évolution des frais de salaires et de fonctionnement et du volume de travail. Les paramètres actuels seraient remplacés par des variables qui reflètent davantage la charge de travail.

  Il a été proposé en la matière de tenir compte de l'évolution démographique et de l'évolution des salaires.

- Clé de répartition frais d'administration

  Objectif : l'adaptation de la clé de répartition des frais d'administration entre les OA doit mener à la modernisation de la répartition des moyens prévus entre les OA. L'objectif est d'obtenir une répartition transparente basée sur des critères objectifs qui excluent toute sélection de risques tout en étant axés sur l'amélioration de l'efficacité ainsi que la collaboration et qui sont en lien direct avec l'organisation et le volume du travail.

  La MC est ici clairement demandeuse de la suppression de la dégressivité dans la répartition (la MC a les frais d'administration moyens les plus bas de tous les OA étant donné qu'elle compte le plus de membres).

  Le groupe de travail estime qu'il faut prévoir une période transitoire de plusieurs années pour que l'effet et l'impact de la nouvelle clé de répartition soient étalés dans le temps.

Le groupe de travail action-engagement 66 est responsable de l'évaluation du système de responsabilité financière sur la base d'un rapport de la Cour des comptes (première moitié de 2017). On doit évaluer si la méthodologie actuelle et les variables utilisées aujourd'hui sont encore pertinentes.

Ce rapport d'audit formera la base pour une proposition d'adaptation qui sera développée en concertation avec les mutualités. Il sera examiné de quelle manière et sous quelles conditions la responsabilisation individuelle peut évoluer vers une responsabilité collective, notamment afin d'éviter la sélection des risques et toute concurrence déloyale. La question est également de savoir ce qu'il adviendra des réserves du passé.

En outre, il est important que les organismes assureurs disposent de suffisamment d'instruments collectifs pour la gestion des dépenses.

Nous avons déjà constaté que la responsabilisation des OA a échoué et a été réduite à une opération purement comptable. Un manque d'instruments en est la raison.

L'actuel système n'apporte pas d'innovations dans la gestion des soins de santé. Les OA ne veulent pas seulement être exécuteurs, mais ils veulent aussi assurer une gestion efficace.

Une vraie responsabilisation suppose que les OA soient impliqués dans tous les secteurs : actuellement, ce n'est pas le cas pour les accords avec l'industrie pharmaceutique ou dans le règlement de financement des hôpitaux, où les OA n'ont qu'une compétence consultative.

Le Pacte d'avenir prévoir un agrandissement d'échelle des mutualités, ce qui fait que les fusions entre les mutualités libérales deviennent inévitables : le nombre minimum de membres passera de 15 000 à 75 000 à partir du 30/6/2019. Deux exceptions sont prévues là-dessus :

- Chaque Union nationale peut, moyennant accord de son Conseil d'administration, conserver une mutualité par région linguistique avec moins de 75 000 membres si elle n'a pas d'autre mutualité avec 75 000 membres dans cette région linguistique ;
- Si une union nationale compte plus de deux mutualités affiliées pour toutes les régions linguistiques ensemble, elle ne peut conserver qu'une seule mutualité avec moins de membres, abstraction faite de la première exception (le dénommé amendement Borsus).

Le paysage des Mutualités Libérales sera donc le suivant, selon l'état actuel de la situation :

- fusion des mutualités 401, 404, 415 et 417 ;
- la mutualité 407 compte suffisamment de membres pour rester indépendante ;
- fusion des mutualités 403 et 413 ;
- pas encore de décision sur la mutualité 414 ;
- la mutualité 409 demande une exception sur base de la région linguistique ;
- la mutualité 418 demande une exception sur la base de l'amendement Borsus.

Les deux exceptions doivent encore être approuvées par le Conseil d'administration de l'Union nationale.

Il faut encore attendre le contenu final de l'AR en la matière. La publication de cet AR est de toute façon encore attendue avant fin 2017.

La déclinaison du core business mutualiste en groupes de secteur spécifiques peut être mise en place : assurabilité, indemnités, services financiers, soins de santé…

C. Assurance indemnités

- **Généralités**

Dans le domaine des indemnités, les sujets suivants sont importants pour 2016 et 2017 :

1. Depuis le 01/01/2016, il faut inscrire sur chaque attestation d'incapacité de travail une date de fin présumée. Du coup, beaucoup plus de prolongations des périodes d'incapacité de travail interviennent, ce qui augmente le risque de déclaration tardive. Pour les prolongations, un autre délai de déclaration est valable que celui des premières déclarations d'incapacité de travail.

   Au début de l'incapacité de travail, le confidentiel doit être remis au médecin-conseil dans les 14 jours (ouvriers), 28 jours (employés et indépendants) ou 48 heures (chômeurs).

   Le délai de déclaration valable pour tous les assurés est de 48 heures en cas de prolongation. Malgré la grande campagne d'information des OA et de l'INAMI, environ 15 % des déclarations sont tardives (tant les premières déclarations que les prolongations). C'est la raison pour laquelle il a été décidé dans un premier temps d'introduire une levée de la sanction pour les prolongations pour la période du 01/01/2016 au 31/03/2016. Finalement, cette mesure a été prolongée jusqu'au 30/09/2016.

   Une marge de tolérance est appliquée depuis le 01/10/2016. Si l'assuré introduit sa déclaration de prolongation dans les cinq jours ouvrables après le délai légal (48 heures), aucune sanction ne lui sera imputée s'il est en retard pour la première fois dans cette période de maladie. Passé ce délai, donc à compter du sixième jour ouvrable, la sanction sera par contre applicable à partir du début de la prolongation. Cette mesure fera l'objet d'une évaluation après un an.

   L'INAMI est convaincu de l'importance d'une bonne information de la part de tous les acteurs (organismes assureurs, employeurs, organismes de paiement des allocations de chômage, caisses d'assurances sociales, organisations indépendantes…). Il faut encore la renforcer (information plus ciblée) à l'égard de groupes cibles spécifiques (à savoir les travailleurs intérimaires et indépendants) afin de parvenir à un résultat le meilleur possible.

   La BCSS examine actuellement si les médecins traitants pourraient à l'avenir effectuer la déclaration d'incapacité de travail par voie électronique. Cela pourrait résoudre les nombreuses déclarations tardives.

2. Depuis le 01/02/2016, les détenus n'ont plus droit aux indemnités, alors qu'ils pouvaient prétendre auparavant à l'ensemble des indemnités ou à la moitié selon qu'ils avaient ou non une personne à charge.

   Depuis cette même date, les personnes en détention préventive ont à nouveau droit aux indemnités complètes alors qu'auparavant, une distinction était établie en fonction de la situation du ménage.

   En raison de la publication tardive de cette mesure au Moniteur belge et de plusieurs imprécisions, l'application pratique de cette mesure a posé problème.

   Aucune décision n'a encore été arrêtée pour les travailleurs indépendants et les dispositions initiales restent provisoirement inchangées.

3. Modification de la détermination de la rémunération perdue

   Pour des raisons d'économies, une autre rémunération perdue sera prise en considération à partir du 01/01/2017 afin de calculer l'indemnité. Actuellement, la base du calcul des indemnités est la rémunération perdue du jour précédant le risque social.

   Il s'agira, à partir du 01/01/2017, de la rémunération perdue du dernier jour du deuxième trimestre précédant celui du risque en cas d'emploi stable. Les primes qui ne sont pas liées à des prestations et les heures supplémentaires représentant moins de 10 % de la rémunération totale ne seront plus prises en considération.

   Pour y parvenir, il faut aussi adapter la feuille de renseignements employeur à plusieurs endroits.

4. À partir du 01/01/2017, une travailleuse indépendante pourra prendre des demi-semaines de congé de maternité en plus de la période obligatoire des trois semaines. Étant donné que les programmes actuels des OA ne prévoient pas cette possibilité, il faudra procéder aux adaptations nécessaires pour rendre cela possible.

5. Concernant les dossiers d'indemnités internationaux (dossiers au pro rata) d'assurés belges, l'INAMI veut transférer à court terme aux OA la composition de la carrière (la rédaction du formulaire E205). À cette fin, les OA devraient avoir accès à ARGO et/ou à MyCareer. Il s'agit cependant d'une très lourde tâche pour laquelle les OA ne devraient bénéficier d'aucun moyen supplémentaire.

6. Le 1/5/2017, la prolongation du stage d'attente pour les indemnités d'incapacité de travail qui passera de six à douze mois est entrée en vigueur.

7. Dans le cadre du contrôle médical de l'incapacité de travail primaire et de l'invalidité, l'implémentation d'un échange électronique des données médicales, des propositions de reconnaissance d'invalidité (les anciennes fiches d'invalidité), et des décisions du CSCMI s'est poursuivie via IDES. Le profil des assurés au 1er jour du septième mois d'incapacité de travail avec, entre autres, l'encodage de la pathologie doit également être transmis via IDES. Les bons encodages et flux entreront en considération pour déterminer les frais d'administration variables. En outre, un « recontrôle ciblé » a été prévu, par lequel les médecins du Service indemnités entrent en contact sur la base d'une sélection de dossiers « 7e mois » de IDES, avec les médecins-conseils et évaluent également l'incapacité de travail primaire.
   La cellule de réintégration du Service indemnités a été élargie par un grand nombre de collaborateurs, et a repris en silence de nombreuses tâches des organismes assureurs dans le cadre de la réintégration.

• Réintégration sur le marché du travail

Un des points forts du gouvernement Michel I est de réintégrer les travailleurs en incapacité de travail sur le marché du travail dans la mesure du possible.

Les ministres De Block en Peeters ont chacun publié un AR au sujet des trajets de réintégration. Là où ils devraient se compléter, de nombreuses contradictions sont souvent constatées sur le terrain.

Ici, il faut se concentrer d'abord et surtout sur les possibilités de réintégration chez leur propre employeur, parce que le travailleur en incapacité de travail pourra généralement reprendre son travail d'origine à terme, le cas échéant après une reprise progressive, et cela dans un contexte professionnel qui lui est familier.

Ce trajet se compose de trois phases. D'abord, il y a le lancement du trajet de réintégration. L'initiative peut venir de l'employé même ou de son médecin traitant, médecin-conseil ou de l'employeur.

Dans une deuxième phase, le conseiller en prévention examinera à cet effet la possibilité de réintégration avec le travailleur concerné, son médecin traitant, le médecin-conseil de la mutualité, et éventuellement le conseiller en prévention aspects psychosociaux et les ergonomes du service de prévention.

Dans la phase 3, l'employeur et le travailleur devront examiner ensemble quelles sont les possibilités concrètes d'un travail adapté ou d'un autre travail dans l'entreprise. Une concertation sera également nécessaire avec le médecin-conseil de la mutualité concernant le travail autorisé ou la reprise progressive du travail dans le cadre de la législation relative à la maladie.

En outre, on a dûment tenu compte du cadre collectif, sous la forme d'une politique de réintégration qui doit être élaborée au niveau de l'entreprise.

Les personnes en incapacité de travail sans contrat de travail peuvent faire appel au trajet de réintégration axé sur la réintégration socioprofessionnelle que le médecin-conseil mène et au cours duquel il collabore e.a. avec les organismes régionaux pour l'emploi

Si le médecin-conseil estime qu'une personne sans contrat de travail peut reprendre un métier, le cas échéant, après une réadaptation ou une formation professionnelle, il procèdera d'abord à un examen médico-social. Il examinera, avec l'intéressé, les possibilités de remise au travail et établira un plan de réintégration, éventuellement en concertation avec le médecin traitant.

La personne en incapacité de travail aura aussi l'occasion de formuler des remarques concernant l'offre. Une fois un accord obtenu, une convention sera établie et signée par l'intéressé et par le médecin-conseil. Le médecin-conseil assurera un suivi du trajet de réintégration tous les trois mois.

De arbeidsongeschikten kunnen een re-integratietraject aanvragen vanaf :

- 1/1/2017 pour les incapacités de travail qui ont commencé à partir du 1/1/2016 ;
- 1/1/2018 pour les incapacités de travail qui ont commencé avant le 1/1/2016.

• Indépendants

Pour les indépendants, nous notons deux mesures positives : l'introduction du droit passerelle et l'octroi plus rapide des indemnités d'incapacité de travail.

1. Le 1/1/2017 a été introduit le droit passerelle pour les indépendants qui élargit l'assurance faillite déjà existante aux indépendants qui doivent arrêter, indépendamment de leur volonté, temporairement ou définitivement, l'exercice d'une activité pour des raisons économiques. Les situations suivantes sont prises en considération : une calamité naturelle, un incendie, la destruction des bâtiments à usage professionnel ou de l'outillage professionnel et une allergie, reconnue par le médecin-conseil et qui trouve son origine dans l'exercice de l'activité indépendante spécifique.

   Les travailleurs indépendants, les aidants ou les conjoints aidants concernés doivent se trouver en difficultés économiques, ce qui signifie qu'ils sont soit bénéficiaires d'un revenu d'intégration, soit qu'ils ont bénéficié d'une dispense de paiement des cotisations sociales pendant un certain temps, soit qu'ils ont des revenus inférieurs au seuil de 13 010,66 €.

La durée de la couverture est liée à la durée de la carrière en tant qu'indépendant (le droit passerelle peut être utilisé pendant maximum un an pour l'intégralité de la carrière en tant qu'indépendant).

Le droit passerelle donne droit à une indemnité de 1 168,73 € (avec charge de famille : 1 460,45 €) et le maintien des droits aux soins de santé.

2. Sur proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, et de son collègue ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME et, Denis Ducarme, les travailleurs indépendants recevront, à partir du 1/1/2018, déjà une indemnité après deux semaines de maladie plutôt qu'après un mois. Il ressort des prévisions que la mesure bénéficiera en 2018 à plus de 17 000 indépendants. Dans le régime actuel, pour éviter les problèmes financiers, certains indépendants ne prennent pas de congé maladie alors qu'ils en ont pourtant besoin.

D. Assurabilité

1. Depuis le 01/04/2016, l'octroi du droit aux prestations médicales aux travailleurs indépendants starters est subordonné au paiement effectif de la première cotisation sociale trimestrielle.

   Leurs droits ne leur sont donc octroyés qu'au premier jour du trimestre d'assujettissement au statut social, une fois que leur première cotisation trimestrielle a été payée ou s'ils en sont dispensés. Cette mesure concerne uniquement les travailleurs indépendants qui s'inscrivent ou se réinscrivent auprès d'une mutualité sur la base d'un début d'activité indépendante.

2. Une série d'adaptations au statut des travailleurs indépendants (Loi du 15/07/2016) prévoit :

   - une dispense de cotisation sociale pour la travailleuse indépendante qui interrompt son activité suite à son accouchement (à partir du 01/01/2017 pour les accouchements qui se sont déroulés à partir du 01/10/2016) ;
   - favoriser la conciliation entre la vie professionnelle et privée des travailleurs indépendants en octroyant une aide à la maternité, une indemnité d'adoption ou une indemnité pour l'interruption de l'activité professionnelle afin de s'occuper d'une autre personne ;
   - améliorer l'assurance maternité pour les travailleuses indépendantes :
     - par une prolongation du repos de maternité de 8 semaines (9 pour une naissance multiple) à 12 semaines (13 pour une naissance multiple). Cette prolongation ne concerne que la période facultative du repos de maternité. La période obligatoire est maintenue à trois semaines ;
     - en prolongeant de 21 à 36 semaines le délai dans lequel ce repos de maternité doit être pris ;
     - en offrant la possibilité à la travailleuse indépendante d'exercer à mi-temps son activité professionnelle normale pendant la période facultative de son repos de maternité. En l'occurrence, le montant forfaitaire de l'indemnité hebdomadaire est réduit de moitié (224,66 €) et la période facultative compte pour maximum 18 semaines du repos de maternité (soit 20 semaines dans le cas d'une naissance multiple). Cette possibilité existe aussi pour la prolongation du repos de maternité lié à l'hospitalisation de l'enfant.

3. Au niveau de la gestion des membres, les projets suivants seront en chantier en 2017-2018 :

   - Un nouveau contrôle systématique des résidents : il existait il est vrai jusqu'en 2014, mais a été arrêté à cause du projet forfaitisation qui n'est finalement jamais arrivé. Ce projet mettrait en place une cotisation forfaitaire qui augmenterait à mesure que la qualité de résident est utilisée ;
   - une signature électronique pour plusieurs documents : il deviendra possible, mais pas obligatoire de compléter et d'envoyer électroniquement aux OA des formulaires de mutation, d'inscription, etc. Le cadre législatif est maintenant prêt. Quelques OA y travaillent et pour les Mutualités Libérales, la phase de programmation est encore en cours.
   - la modernisation des bons de cotisation : actuellement, les bons de cotisation sont créés par l'ONSS, l'INASTI ou les organismes de paiement des allocations de chômage. Ils ne souhaitent plus s'en occuper. Une alternative est à l'étude, mais rien de concret n'a cependant pu être dégagé ;

- l'intégration des internés placés dans l'assurance maladie obligatoire ;
- les cartes ISI+ seront produites par Zetes au lieu d'Oberthur.

4. Depuis 2014, il n'y a plus de nouvelles cartes SIS produites ou distribuées par les mutualités, bien que les cartes existantes soient restées valables encore un temps. En 2016, la date de validité des cartes SIS pas encore expirées a encore été prolongée une dernière fois d'un an jusqu'au 31/12/2016, après quoi elles ont définitivement perdu leur validité. Les fonctionnalités ont été reprises par un nouveau système sur la base de la carte d'identité électronique. En prolongeant la période transitoire, la fabrication des cartes ISI+ a pu être davantage répartie et une production massive a été évitée fin 2015. Les cartes ISI + ont été distribuées en priorité aux nouveaux bénéficiaires (nouveau-nés et nouveaux arrivants) et à ceux qui ne disposaient plus d'une carte SIS valable (en raison d'une perte, d'un vol ou de la fin de validité).

5. La réforme des pensions de survies qui a été exécutée le 1/1/2015 a été intégrée dans la réglementation des indemnités de maladie.

   Les personnes qui avaient droit à la pension de survie, ou à un avantage similaire, sont, à l'issue de cette période, dispensées du stage d'attente pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail.

8. Une dispense de stage en faveur de l'agent statutaire qui prend un congé sans solde pour convenance personnelle en vue d'exercer une activité salariée a été instituée. La dispense est valable pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail sous les conditions suivantes :

   - la personne doit acquérir dans la période de trente jours suivant le début de son congé sans solde pour convenance personnelle comme agent statutaire, la qualité de titulaire ;
   - elle doit avoir été employée pendant une période ininterrompue d'au moins six mois comme agent statutaire.

     Si elle a été employée pendant une période ininterrompue de moins de six mois en cette qualité, cette période est assimilée à une période qui est prise en compte pour le calcul du stage.

   Suite à un arrêté de la Cour européenne de justice du 21/5/2015, le nouveau règlement est entré en vigueur avec effet rétroactif à la même date que pour les risques qui débutent à partir de cette date.

9. À partir du 1/4/2017, une déclaration Dimona doit être appliquée aux travailleurs qui prestent maximum 25 jours ouvrables par année calendrier chez un ou plusieurs employeurs.

   Concrètement, il s'agit de prestations auprès de différents services publics ou d'organisations reconnues par les pouvoirs publics dans le domaine de l'initiation sportive, de la formation socioculturelle, des camps de vacances, des manifestions sportives, etc.

   Auparavant, ces occupations spécifiques ne devaient pas être déclarées auprès de l'ONSS, mais la nouvelle réglementation facilite entre autres la lutte contre la fraude sociale.

10. Depuis le 1/1/2017, il y a un statut social et fiscal en vigueur pour « l'étudiant-entrepreneur » : les jeunes jusqu'à 25 ans qui combinent une activité indépendante avec des études qui constituent leur activité principale.

    Les étudiants-indépendants bénéficient d'un r*égime plus avantageux de cotisation* que les indépendants à titre principal. En revanche, ils ne bénéficient ni de l'assurance maternité ni de l'assurance indemnités, cependant, les périodes pendant lesquelles ils paient une cotisation en tant

qu'étudiants-indépendants entrent en ligne de compte pour l'accomplissement du *stage d'attente* dans le cadre de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité en faveur des indépendants et des conjoints aidants.

Pour les assujettis qui sont assimilés à des indépendants à titre complémentaire et bénéficiaient de ce régime avant le 1/1/2017, le nouveau régime ne peut produire d'effet qu'à compter du premier trimestre 2017 pour autant qu'une *nouvelle demande* soit effectuée et que les informations nécessaires soient fournies.

E. Soins de santé

- **Loi-programme du 25/12/2016**

La Loi-programme du 25/12/2016 contient diverses choses importantes pour l'assurance maladie et les soins de santé.

À partir du 1/1/2017, les montants plafonds dans le cadre du MAF sont indexés de 2 % chaque année si l'indice pivot a été dépassé au cours de l'année précédente : depuis l'introduction du MAF en 2002, ces montants n'ont en effet pas encore été adaptés.

Deux modifications relatives à la prescription bon marché ont également été effectuées le 1/1/2017.

D'une part, le pourcentage minimal pour la prescription bon marché pour les médecins généralistes est augmenté de 50 % à 60 % vu la disponibilité croissante des alternatives « bon marché » pour des traitements existants. Cette modification sera soutenue par une campagne de feedback individuel pour les médecins généralistes.

D'autre part, la définition d'un médicament « bon marché » sera adaptée. Le groupe des médicaments les moins chers est constitué de la spécialité dont la base de remboursement par unité d'utilisation est la plus basse et qui est effectivement disponible, et des spécialités disponibles dont la base de remboursement par unité d'utilisation n'est pas élevée de plus de 5 % que la plus basse. Si 3 spécialités ne se trouvent pas dans la fourchette de 5 %, le médicament le moins cher, le deuxième et le troisième médicament le moins cher sont considérés comme bon marché, à condition que la différence de prix avec le médicament le moins cher ne dépasse pas 20 %.

Une troisième mesure importante concerne le traitement financier des dénommées « conventions-articles 81 ». Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est remboursée sur la base d'une convention conclue par le demandeur avec l'INAMI en échange de mesures compensatoires (une dénommée convention-article 81), les dépenses y afférentes sont inscrites depuis 2017 dans les dépenses pour les spécialités pharmaceutiques.

Cela signifie qu'à partir de 2017, lors de l'établissement de l'objectif budgétaire partiel, il sera tenu compte des remboursements des conventions-article 81.

Cela vaut également pour les OA, à savoir pour le calcul des avances, la clôture provisoire des comptes et la responsabilité financière, puisqu'ils reprennent toutes les dépenses pour ces conventions-article 81 dans leur comptabilité, y compris la partie des dépenses qui est ensuite reversée à l'INAMI.

Pour l'exercice 2016, pour les recettes des conventions-article 81, une correction a été effectuée concernant la clôture provisoire des comptes et la responsabilité financière.

Un régime similaire est rendu possible pour les implants et ceci avec effet rétroactif à partir de 2016.

- **Informatisation**

Dans le domaine de l'informatisation, on travaille à l'exécution du plan d'action e-Santé 2015-2019. Pour la plateforme eHealth, le troisième contrat d'administration a entretemps déjà été approuvé. Dans le cadre du guichet digital, le développement banque de données CoBRHA pour les acteurs de la santé s'est poursuivi.

Un autre aspect d'un tel guichet digital, cette fois en ce qui concerne la relation entre les mutualités et leurs membres, est la possibilité d'échanger électroniquement des documents.

Les médecins ont la possibilité de prescrire des médicaments électroniquement, sans utiliser le formulaire papier. Les médecins généralistes reçoivent également une intervention financière annuelle s'ils utilisent la télématique et la gestion électronique des dossiers médicaux (DMI).

1. Le 21/4/2016, le Gouvernement a approuvé le troisième contrat d'administration de la plateforme eHealth pour la période 2016-2018. Dans ce contrat, toute une série d'objectifs quantifiés sont fixés en matière d'efficacité et de qualité de la plateforme eHealth et des méthodes pour leur respect et leur suivi. Cela s'inscrit entre autres partie dans le développement d'une vision et d'une stratégie en matière d'e-santé et la gestion et la coordination des aspects liés aux TIC de l'échange de données dans le cadre des dossiers électroniques de patients et des prescriptions médicales électroniques.

   Le contrat d'administration régit également la collaboration à des projets transversaux dans lesquels les institutions publiques de sécurité sociale s'engagent à collaborer aux programmes en matière de simplification administrative, de lutte contre la pauvreté et contre la fraude sociale.

   Une attention spécifique sera en outre portée à l'application du phénomène d'« handistreaming » dans lequel l'intégration des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie sociale est favorisée de manière transversale.

   Les institutions publiques de sécurité sociale s'engagent à entretenir la participation active aux Réseaux fédéraux d'Orientation client et de Gestion des plaines, ce qui implique un rapport annuel de la gestion des plaintes, et pour 2016, l'optimisation de l'accueil et du catalogue des produits et des services. Elles doivent également faire des propositions concrètes au Gouvernement fédéral pour l'actualisation de la Charte de l'assuré social.

2. La plateforme e-Health comporte aussi un guichet digital unique destiné aux acteurs de la santé. Le 29/6/2015, la Conférence interministérielle en a fixé les principes. Ce guichet sera la porte d'entrée aux portails des administrations, existants ou en cours de développement, qui offrent différents services aux prestataires de soins.

3. Un autre service de la plateforme e-Health est la banque de données « CoBRHA » (*Common Base Registry for HealthCare Actor*) pour les institutions et les métiers de soins de santé qui devient « CoBRHA+ ». CoBRHA+ doit à terme devenir la plateforme centrale pour l'échange de données entre les institutions publiques qui sont compétentes pour l'agrément des acteurs des soins de santé en Belgique. On y retrouve la définition d'acteur dans les soins de santé, ce que ce dernier peut faire et quelles sont ses responsabilités.

   Le Protocole d'accord du 21/3/2016 entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et les Régions prévoit que les différentes administrations peuvent partager les données relatives des acteurs de la santé qui sont nécessaires à l'exécution de leurs tâches respectives, de sorte qu'ils ne doivent les réclamer qu'une seule fois (le principe « only once ») et ne doivent pas constituer de nouvelles banques de données.

   Ce protocole d'accord vaut pour les données et les procédures liées aux hôpitaux, aux MRPA et MRS, aux services d'ambulance, aux prestataires de soins et pharmaciens individuels.

4. Le Comité de l'assurance a fixé les modalités pratiques selon lesquels les bénéficiaires peuvent remplir le formulaire d'inscription et de mutation de manière électronique et le transmettre à leur mutualité, cela dans le cadre du développement d'un guichet électronique.

   Pour les autres formulaires dans l'assurance maladie, le choix du rythme de développement revient à chaque OA. Il choisit également la technologie qu'il souhaite utiliser et mettre à disposition de ses assurés. Il doit cependant toujours informer préalablement l'agent dirigeant du service des soins de santé.

   L'INAMI a publié sur son site web la liste, par OA, des formulaires disponibles.

   Les autres formulaires, tant dans le secteur des soins médicaux que dans celui des indemnités, qui devraient entrer en considération plus tard, sont par exemple, les déclarations relatives aux revenus des personnes à charge ou dans le cadre de l'intervention majorée.

   Il n'y a cependant pas d'obligation pour l'assuré d'utiliser le formulaire électronique.

   Les nouvelles règles ne sont valables que pour les formulaires qui sont remplis et transmis par l'assuré à l'OA, mais pas pour la communication électronique aux bénéficiaires.

5. Le Comité de l'assurance a fixé les modalités pratiques pour l'utilisation de la prescription de médicaments électronique à partir du 1/1/2017, tant au sein qu'à l'extérieur des hôpitaux. Les prescriptions en dehors de l'hôpital sont vérifiées et pourvues d'une datation via le système Recip-e.

   Le prescripteur imprime une « preuve de prescription électronique » et la remet au patient qui peut la fournir au pharmacien.

   Conformément à l'autorisation du Comité sectoriel santé et sécurité sociale, l'officine pharmaceutique et l'office de tarification auquel elle est affiliée peuvent accéder aux prescriptions électroniques exécutées par l'officine pharmaceutique pendant la durée de conservation prévue par ou en vertu de la loi.

6. Comme prévu dans l'accord de gouvernement 2014 et dans le contrat d'administration de l'INAMI 2016-2018, la « loi du 11/8/2017 portant des dispositions diverses en matière de santé » installe au sein de l'agence intermutualiste (AIM) une plateforme de données « NewAttest » avec toutes les données des OA relatives aux soins de santé. L'AIM doit mettre à disposition de l'INAMI cette banque de données exhaustive de façon permanente et par le biais d'un accès sécurisé. L'objectif est que l'INAMI puisse disposer rapidement de toutes les données en vue de la gestion des dépenses, de l'organisation de soins efficaces et de la lutte contre la fraude sociale.

7. En flandre, la *Vlaams Agentschap voor Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zor*g (Agence flamande pour la coopération en matière de partage de données entre acteurs des soins) a été lancée le 1/12/2016. Elle doit régler le partage des données électroniques entre les acteurs des soins dans la partie néerlandophone du pays. Via un réseau pour le partage digital des données, les prestataires de soins doivent pouvoir échanger entre eux les données d'un utilisateur de soins à condition qu'ils aient marqué leur accord.

   Le réseau flamand utilise les services de base qui sont offerts par eHealth en collaboration avec le *Vlaamse Dienstenintegrator*. C'est important pour pouvoir réaliser à terme les objectifs dans le cadre des octrois automatiques des droits, par exemple lorsqu'un certain degré de dépendance aux soins donne lieu à une intervention.

Les stakeholders — les mutualités, les structures, les prestataires de soins, etc. — jouent un rôle central là-dedans.

8. Afin d'offrir une protection sociale plus efficace aux citoyens et un allègement des charges administratives, l'Union européenne prévoit l'obligation d'échanger par voie électronique les données de sécurité sociale.

   Cette décision, qui concerne près de 10 000 institutions en Europe, s'établira à travers le système EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) : un réseau électronique européen sécurisé connectant les institutions de la sécurité sociale.

- ## Régime du tiers payant

Dans le cadre du régime du tiers payant, les attestations papier de soins donnés seront progressivement remplacées par **une facturation électronique des prestataires de soins aux OA via MyCarenet (projet eFac).**

La vérification de l'identité est réalisée par la lecture électronique d'un document d'identité valable ou du numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) à l'aide d'une vignette pourvue d'un code-barres.

Le transfert électronique des données des prestataires aux OA dans le cadre du régime du tiers payant (RTP) est progressivement introduit secteur par secteur. C'est une possibilité pour les médecins généralistes depuis le 01/07/2015.

D'après un rapport de l'INAMI, tous les médecins généralistes n'appliquent pas le RTP pour les personnes qui devraient en bénéficier, en conséquence de quoi un patient sur sept aux bas revenus paye de trop.

C'est également possible pour les laboratoires de biologie clinique depuis le 01/05/2016. Cela deviendra une obligation à partir du 01/05/2018. Les prestations ambulatoires d'infirmiers suivent à partir du 01/10/2017 (AR encore à paraître).

La possibilité de facturer électroniquement est aujourd'hui élargie à d'autres secteurs. À terme, elle sera complétée par le remplacement de l'attestation de soins donnés par une facturation électronique hors régime du tiers payant (projet eAttest).

En cas d'utilisation d'attestations électroniques de soins donnés, le transfert global et systématique de l'information sera prévu avec effet rétroactif à partir du 01/07/2015 de l'INAMI au SPF Finances pour vérifier les revenus indiqués par les prestataires, et s'ils agissent pour leur propre compte ou le compte de tiers.

Le régime du tiers payant est appliqué moyennant la vérification de l'identité du bénéficiaire au moment de la prestation.

Lorsque les données seront transmises aux OA via MyCarenet, la vérification de l'identité deviendra bientôt obligatoire par lecture électronique d'un document d'identité valable ou du NISS à l'aide d'une vignette à code-barres. Le Comité de l'assurance a fixé les principes généraux de la lecture électronique, mais l'obligation de lecture sera progressivement introduite secteur par secteur.

La lecture électronique est obligatoire depuis le 01/10/2017 pour les prestations ambulatoires des infirmiers, à savoir le timing avancé dans le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017.

Le règlement comprend un volet générique pour tous les secteurs pour lesquels la lecture électronique deviendra obligatoire, ainsi que plusieurs spécificités au secteur infirmiers.

Les modalités pratiques qui vaudront pour tous les secteurs concernent :

- les règles standards/les dispositions communes : la vérification des documents d'identité, leur lecture et l'enregistrement des données ;
- les dérogations et situations de force majeure acceptées :
- les objectifs en matière de lecture électronique

  Les mutualités enregistrent l'information relative à la lecture électronique, c.-à-d. l'introduction électronique ou bien manuelle de données et les données concernant l'utilisation de la vignette.

  Les mutualités doivent établir des profils à partir de ces enregistrements qui pourront également être utilisés à des fins de vérification.

À partir du 15/10/2017, les trois catégories existantes ont mieux été traduites dans la réglementation du régime du tiers payant. Il s'agit du régime du tiers payant obligatoire, facultatif et interdit. De plus, les modifications de fond suivantes ont été apportées.

- plus aucune obligation de vérifier l'identité du patient par le médecin généraliste lors d'une prolongation administrative ou automatique d'un dossier médical global ;
- il sera défini par AR pour quelles prestations de soins de santé l'application du régime du tiers payant sera obligatoire ;
- une interdiction des prestations logopédiques en lien scolaire ;
- une procédure pour annoncer les modalités en matière de régime du tiers payant facultatif ;
- pour les prestataires sans commission de convention ou d'accord, les modalités en matière de régime du tiers payant facultatif seront fixées par le Comité de l'assurance ;
- un élargissement du cas d'exception pour le patient palliatif à tous les patients palliatifs, et non pas uniquement ceux ayant un forfait palliatif ;
- un engagement des audiciens, opticiens, bandagistes et orthopédistes d'appliquer le régime du tiers payant si le patient le demande.

• Dossier médical global (DMG)

1. Comme le prévoit l'Accord national médico-mutualiste du 22/12/2015, le dossier médical global (DMG) continuera à être développé comme élément central dans la bonne pratique du médecin généraliste. Au vu des moyens limités, cela s'adressera dans un premier temps uniquement aux patients bénéficiant du statut de malade chronique dans la catégorie d'âge 45-74 ans. Pour ces personnes, le médecin généraliste reçoit une augmentation du DMG jusqu'à 55 euros.
2. Le module de prévention est intégré au DMG avec effet rétroactif le 01/01/2016. Ce module contient plusieurs données sur le mode de vie du patient (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool). Par ailleurs, le médecin doit tenir à jour plusieurs paramètres sur les mesures préventives adoptées, comme les données sur les possibles maladies cardiovasculaires, le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de

l'utérus, les vaccinations (diphtérie, tétanos, grippe et pneumocoque), les dosages biologiques, le dépistage de la dépression et les soins bucco-dentaires.

3. La loi santé du 18/12/2016 va encore un cran plus loin et rend l'attribution d'honoraires pour la gestion du DMG dépendante de la gestion informatisée ou non des dossiers médicaux (DMI) par le médecin généraliste.

   Les médecins généralistes agréés à partir du 01/01/2017 devront immédiatement répondre à ces conditions ; les autres ont encore jusqu'en 2021.

   Une première série de conditions concernent l'activité effective du médecin généraliste, à savoir l'inscription à un service de garde organisé et l'exercice réel de l'activité dans le cadre de l'AOSSI (avoir enregistré un montant minimum de 25 000 euros de remboursements de prestations de médecine généraliste dans l'année de la prime ou exercer la médecine forfaitaire).

   Une deuxième série porte sur l'utilisation effective de la télématique et du DMI à l'aide de logiciels approuvés par le secteur médico-mutualiste. Pour l'année de la prime 2016, le médecin généraliste doit avoir atteint certains seuils d'utilisation pour les services Recip-e et MyCarenet.

   Le montant de base s'élève à 3 400 € pour 2016, à majorer si le médecin généraliste répond à des conditions supplémentaires.

   Pour l'année 2017 et les années suivantes, les critères et les seuils seront d'abord définis après analyse des données d'utilisation réelles se rapportant à 2016, lesquelles seront disponibles début juillet 2017.

- **Prestataires**

1. Dû à la sixième réforme de l'État, les communautés sont compétentes pour l'agrément des professions de soins de santé, dans le respect des conditions d'agrément déterminées par le fédéral.

   Pour la Communauté flamande, l'agrément au niveau communautaire des médecins spécialistes et des médecins généralistes est réalisé depuis le 01/04/2017. Pour tous les titres professionnels de niveau 2 et 3, une commission d'agrément distincte est mise en place au sein de l'agence Zorg en Gezondheid. Les praticiens de l'art dentaire, les détenteurs d'un titre professionnel particulier ont suivi deux mois plus tard.

   De même en Flandre, à partir du 01/06/2017, deux nouvelles chambres ont été créées à la Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers : une pour les médecins spécialistes et les généralistes et l'autre pour les dentistes et spécialistes de l'art dentaire, qui rendent des avis sur des réserves à propos des agréments, en remplacement de la procédure professionnelle auprès d'un conseil fédéral. La Commission se compose ensuite d'une chambre pour les structures bien-être et une autre pour les structures santé.

   Depuis le 01/07/2017, les sages-femmes en Flandre doivent demander l'agrément de leur titre professionnel auprès de l'agence Zorg en Gezondheid qui prend une décision après avis de la Commission d'agrément.

Le ministre peut déterminer les règles plus détaillées pour le contrôle à condition que la sage-femme reste informée par une formation permanente des développements dans les domaines de l'exercice professionnel.

2. Pour les compétences restantes en matière de soutien des soins de santé de première ligne, c.-à-d. les SISD (Services intégrés de soins à domicile) et les équipes multidisciplinaires de soins palliatifs (MBE), la Flandre travaille actuellement sur une réorganisation totale des structures qui soutiennent la première ligne.

3. Le 22/12/2016, la nouvelle procédure d'agrément pour la Communauté française est entrée en vigueur autorisant les infirmiers à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière et fixant la procédure d'enregistrement comme aide-soignant, en remplacement de la réglementation fédérale.

   Au ministère de la Communauté française, une Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier a été mise sur pied, composée de plusieurs sections.

   La Commission remet au ministre un avis sur l'octroi ou le retrait d'un titre professionnel et sur l'enregistrement d'aide-soignant et sur l'agrément de manière générale et elle exerce également un contrôle vis-à-vis de chaque praticien de l'art infirmier concerné.

4. Courant 2017, 120 médecins généralistes ont participé à un projet pilote qui permettra de faire appel gratuitement, par vidéoconférence, à des médiateurs interculturels pour les aider dans 20 langues différentes à franchir les barrières culturelles ou de langue avec leurs patients.

   Avec ce projet, la ministre Maggie De Block entend rendre notre première ligne de soins plus accessible pour les patients les plus vulnérables de notre société.

- **Soins de santé mentale**

1. La loi du 04/04/2014 pose un cadre juridique autour des professions des soins de santé mentale, mais plusieurs problèmes se sont rapidement posés qui ont rendu inapplicable cette loi qui aurait dû entrer en vigueur le 01/09/2016.

   L'un des principaux problèmes était que la psychothérapie était réglementée en dehors de la loi du 10/05/2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (l'ancien AR n° 78), ce qui rendait l'exécution de cette loi très complexe.

   Avec la loi du 10/07/2016, la ministre De Block a par contre ancré la psychothérapie dans la loi du 10/05/2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, lui attribuant ainsi les mêmes garanties de qualité et mesures de protection que les autres professions des soins de santé.

   Le système d'agrément de titres professionnels n'est pas applicable aux praticiens de la psychothérapie : la psychothérapie n'est pas une profession en soi, mais plutôt une forme de traitement qui peut être exercée par des personnes disposant déjà d'un titre professionnel bien déterminé et de l'agrément correspondant. Cela signifie qu'elle ne peut être pratiquée que par un médecin, un psychologue clinicien ou un orthopédagogue clinicien.

   L'importance des bases scientifiques et la complexité de l'évaluation de la pratique psychothérapeutique exigent que la formation de base soit au minimum de niveau master.

Compte tenu du fait que la psychothérapie dépasse le niveau de base des soins de santé psychologiques et qu'elle constitue une forme de thérapie spécialisée pour le traitement de problèmes psychiques complexes, une formation complémentaire est requise pour l'exercice de celle-ci.

De plus, les praticiens de la psychothérapie doivent suivre des formations continues pour rester informés des évolutions dans leur domaine et pouvoir continuer à offrir un traitement de bonne qualité.

Le projet prévoit cependant de très larges droits acquis pour les praticiens de la psychothérapie actuellement en place, de même que pour les étudiants qui souhaitent exercer la psychothérapie.

On distingue les personnes qui suivent ou qui ont suivi une formation leur donnant droit au titre professionnel dans le domaine des soins de santé (titre LEPSS) et celles qui suivent ou ont suivi une formation leur donnant droit à un titre professionnel en dehors du domaine des soins de santé (pas de titre LEPSS).

Il est prévu une régularisation de toutes les personnes qui actuellement exercent déjà la psychothérapie ou suivent une formation en vue d'exercer ensuite la psychothérapie et la possibilité aussi d'autoriser d'autres titres LEPSS à la profession.

Les conditions permettant aux professions non-LEPSS de bénéficier de droits acquis pour l'exercice de la psychothérapie, reflètent celles des professions LEPSS, à la différence que les professions non-LEPSS peuvent uniquement exercer la psychothérapie de manière non autonome dans un cadre interdisciplinaire, sous la supervision d'un praticien autonome de la psychothérapie.

Les professions dites de support en soins de santé mentale (à savoir les assistants de médecins, les psychologues, les orthopédagogues et autres praticiens professionnels qui, en vertu de droits acquis, peuvent exercer la psychothérapie de manière autonome) peuvent toujours pratiquer des actes relevant des soins de santé mentale, mais uniquement sur prescription et sous supervision.

La loi met l'accent sur le besoin de collaboration interdisciplinaire entre les professions des soins de santé mentale et la psychothérapie en tant que forme particulière de traitement, et les autres professions des soins de santé.

Elle prévoit aussi explicitement que les médecins sont autorisés à exercer la psychologie clinique et l'orthopédagogie clinique. L'actuelle formation des médecins accorde d'ailleurs de plus en plus d'attention à l'aspect psychosocial.

Le rôle des médecins sans expertise complémentaire en soins de santé mentale se limite à la dispensation d'actes relevant du domaine du conseil et d'autres formes primaires de soutien psychologique.

Si le besoin de soins du patient dépasse ce niveau, le médecin devra renvoyer le patient vers un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, ou un praticien de la psychothérapie.

En ce qui concerne les conseils consultatifs, la structure tripartite initialement prévue avec un Conseil fédéral de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique, un Conseil fédéral de la psychothérapie et un Conseil de la santé mentale comme organe coupole a été ramenée à un seul conseil consultatif, le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale. Les trois groupes professionnels y sont représentés : les psychologues cliniques (16 membres), les orthopédagogues cliniques (4 membres) et les médecins (8 membres).

2. Le 27/10/2016, plusieurs psychothérapeutes ont demandé à la **Cour constitutionnelle** l'annulation des conditions de formation pour pouvoir exercer la psychothérapie, les cas où les personnes qui ne sont pas des praticiens professionnels peuvent également exercer la psychothérapie et l'aide par « les professions de support en soins de santé mentale ».

   La Cour a uniquement reconnu que l'introduction le 01/09/2016 de ces nouvelles exigences sans délai d'adaptation pour ceux qui exerçaient la psychothérapie auparavant leur permettant de se mettre en règle, a de graves conséquences pour les praticiens concernés et leurs patients. Par conséquent, les personnes concernées peuvent continuer à pratiquer sans devoir satisfaire aux exigences de cette loi.

3. L'article 107 de la loi sur les hôpitaux du 10/07/2008 stipule que le gouvernement peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes. Les hôpitaux peuvent dès lors entamer de façon flexible une partie de leur budget afin de répondre aux cinq fonctions thématiques, en collaboration avec d'autres acteurs des soins au sein d'un champ d'opération convenu par eux-mêmes.

   - Fonction 1 : promotion SS, prévention, détection et intervention anticipées ;
   - Fonction 2 : équipes de traitement mobiles qui se déplacent où se trouve le demandeur de soins ;
   - Fonction 3 : équipes de réhabilitation psychosociale ;
   - Fonction 4 : unités SS résidentielles spécialisées intensives ;
   - Fonction 5 : formes d'habitation et formules d'hébergement spécifiques.

   Les lits peuvent être (temporairement) mis hors d'usage pour que des équipes multidisciplinaires mobiles puissent être composées avec les moyens prévus pour cette offre santé mentale résidentielle.

   En concertation avec les Communautés et les Régions, on travaille sur un élargissement des projets 'article 107' pour arriver à une couverture totale du territoire belge.

   Les ministres de la santé compétents ont approuvé trois projets : dans les régions Aalst/Dendermonde/Sint-Niklaas, Mechelen-Duffel et Luxembourg.

4. Le gouvernement a établi les critères d'agrément pour les associations professionnelles de psychologues cliniciens, d'orthopédagogues cliniciens ou de médecins appartenant ou non à une spécialité médicale spécifique.

   Pour être désignée comme représentative, l'association professionnelle doit satisfaire aux conditions suivantes :

   - adopter la forme juridique d'une union professionnelle ou d'une ASBL ;
   - avoir statutairement pour but de défendre les intérêts professionnels de tous les praticiens intéressés, ainsi que de veiller à la qualité de l'exercice de la psychologie clinique, l'orthopédagogie clinique ou l'art médical ;

- compter au minimum 50 membres avec une expérience pratique d'au moins 2 années dans leur domaine ;
- s'engager à mettre à disposition du SPF Santé publique la liste de leurs membres et de leurs statuts.

La désignation en tant qu'association professionnelle représentative est accordée par le ministre de la Santé publique pour une période (renouvelable) de six ans.

Par la voie d'un avis publié au Moniteur belge, le ministre de la Santé publique fait appel à candidatures aux associations professionnelles.

5. En raison de la sixième réforme de l'État, la Communauté flamande pilote et subventionne complètement les Plates-formes de concertation Soins de santé mentale (OP GG) en Flandre depuis le 01/01/2015. Les OP ont obtenu en 2015 un accord de deux ans faisant poursuivre et étendant leurs activités existantes (surtout la collaboration avec les réseaux de reformation de la santé mentale autour des adultes, des enfants et adolescents et des personnes internées).

   Pour 2017 et 2018, les nouveaux accords avec les OP GG mettent davantage l'accent sur la Flandre. Un nouveau financement est également développé. Dans ce cadre, le gouvernement flamand abroge en principe l'AR relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Il joint aussi immédiatement son approbation à l'accord avec chaque plate-forme de concertation soins de santé mentale et à l'arrêté de subvention en la matière.

6. L'ampleur de la nécessité de bons soins de santé mentale se traduit par le fait que le nombre de personnes qui restent chez elles plus d'un an en raison de problèmes mentaux a presque doublé en dix ans. Un meilleur accompagnement doit enrayer l'épidémie de burn-out.

   Les problèmes mentaux sont de loin la cause principale pour laquelle les travailleurs salariés ou indépendants restent en incapacité de longue durée. Fin 2016, l'INAMI recensait 133 760 personnes qui restaient chez elles plus d'un an avec des troubles mentaux, allant de troubles de l'alimentation et de la personnalité à des dépressions et burn-outs.

   De même, le nombre de malades de longue durée pour des douleurs musculaires et articulaires, comme les douleurs lombaires, a doublé en dix ans pour passer à 118 500 personnes. Selon Lode Godderis, professeur à la KU Leuven spécialisé dans le travail et la santé, ce groupe reste également à domicile pour des problèmes mentaux, car les maux de dos comprennent également une partie mentale, des douleurs qui ne sont pas uniquement physiques. En fait, plus de la moitié des malades de longue durée sont sujets à des problèmes de santé mentale.

   Le nombre de malades de longue durée augmente systématiquement en raison du vieillissement. Les problèmes mentaux sont la catégorie la plus représentée. Selon Godderis, cela est lié au fait que le processus de rétablissement mental peut rapidement durer plusieurs mois.

   Inge Neyens, psychologue du travail au Centrum voor Zorgonderzoek de la KU Leuven, souligne l'importance pour le patient des médecins généralistes pour discuter des problèmes mentaux : une bonne communication permet de détecter les premiers symptômes et de diriger le patient vers l'aide la plus adaptée. Les troubles du sommeil, l'épuisement mental et le stress sont les maux que rapportent le plus souvent les travailleurs chez leur médecin. Ensuite viennent les conflits avec les collègues, les problèmes de concentration et les burn-outs.

La ministre De Block reconnaît que l'augmentation de malades de longue durée et de troubles mentaux est un grand problème qui requiert des mesures structurelles. Le trajet de réinsertion introduit fin de l'année passée suscite dès lors beaucoup d'attentes. En accord avec les médecins, employeurs et travailleurs, un travail adapté est proposé aux personnes en incapacité de travail encore capables de travailler.

- **Hôpitaux**

1. Concernant les hôpitaux, le budget des frais de fonctionnement s'élevait à 7 460,3 millions d'euros en 2016, après une augmentation en juillet. Il s'agit d'une diminution de 704,4 millions d'euros par rapport à 2015 en raison du transfert des compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'État.

   Après un nouveau calcul en juin, le budget pour 2017 a été revu à la hausse 7 673,3 millions d'euros.

2. Les autorités fédérales veulent parvenir à un tout nouveau paysage où les principaux partenaires seront les réseaux hospitaliers et plus les hôpitaux individuellement. Les hôpitaux doivent collaborer de façon plus structurelle, de manière à mieux se répartir les activités et à coordonner les soins : les formes légales de collaboration et de structures de gouvernance actuelles ne suffisent plus.

   La ministre De Block souhaite faire davantage appel à la chirurgie de jour dans le cadre de la réforme des hôpitaux. Elle est sûre et plus coût-efficace que le séjour hospitalier classique. À cet effet, le système actuel de financement sera remplacé par un système unique et transparent qui favorise financièrement la chirurgie de jour et les hôpitaux de jour bénéficieront d'une plus grande autonomie.

   À l'avenir, les traitements chirurgicaux de cancers complexes (du pancréas, de l'œsophage, du poumon) ne pourront être autorisés que dans certaines institutions spécialisées. Aujourd'hui, ce sont 68 hôpitaux qui pratiquent la chirurgie complexe du cancer du pancréas, et 61 pour le cancer de l'œsophage. La moitié d'entre eux voit passer moins de 4 patients par année, ce qui n'est pas tenable. Des 68 centres actuels, il n'en resterait plus que 2 à 13 en fonction des choix politiques.

   De plus, la KCE prévoit dans l'examen de la nécessité de capacité des hôpitaux généraux en 2025 une forte diminution de la durée moyenne d'une hospitalisation. Entre 2003 et 2014, elle a déjà diminué pour passer de 8,26 jours à 6,99 jours en moyenne, mais d'ici 2025, elle devrait encore diminuer jusqu'à 5,94 jours. Les patients seront hospitalisés beaucoup moins longtemps pour les affections de l'appareil locomoteur.

3. En vue de cette réforme, un moratoire général sur les reconversions de lits d'hôpitaux, de services, de sections, de fonctions et de programmes de soins a été imposé. En principe, le moratoire général doit pouvoir être levé après environ deux ans et viendra à échéance à la fin de la législature actuelle.

   Si nécessaire, des dérogations peuvent être définies par type d'hôpital et par type de service dans ces types d'hôpital. Le blocage peut également être levé au niveau de l'hôpital ou national, ce qui permet des reconversions internes au sein de l'hôpital (rationalisations) ou des transferts entre hôpitaux.

4. Une étape suivante dans la reconversion du secteur hospitalier était le renouvellement de toute la procédure de programmation en prévoyant notamment un fondement scientifique, afin d'engager les moyens le plus efficacement possible et de démanteler une offre inefficace. Dû au vieillissement de la population et plus précisément à l'augmentation des pathologies chroniques et de la multipathologie, on a bien moins besoin de « cure » que de « care », comme c'est toujours le cas actuellement.

5. De son côté, le gouvernement flamand veut également une offre de soins qui correspond mieux aux besoins du citoyen et qui peut répondre aux demandes de soins (inégales). Il travaille à cet effet sur un cadre cohérent et simplifié d'agrément et de subside.

   Pour ces raisons, l'obtention d'une autorisation de planning, l'agrément et l'indication de services ou de programmes comme centre de référence en Flandre peut dépendre de la disposition préalable d'un planning en matière de stratégie des soins thématique approuvé.

   Le ministre peut sélectionner les thèmes pour lesquels c'est nécessaire et composer un comité d'accompagnement par thème. En attendant, on peut déjà travailler à partir de ces principes pour les programmes de soins autour des maladies rares, soins de l'accident vasculaire cérébral et pédiatrie, où l'offre de soins à agréer correspond mieux aux besoins de soins spécifiques.

6. À la suite de la sixième réforme de l'État, la Wallonie a instauré à partir 01/03/2017 un nouveau système de soutien au financement des infrastructures hospitalières et de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital.

   Les hôpitaux peuvent désormais facturer un prix d'hébergement via les mutualités pour les séjours des patients.

F. Vision CIN

En juin 2016, le CIN a publié sa vision sur la politique de santé jusque 2030 à la lumière des grands défis sociaux auxquels fait face le secteur.

Le texte formule cinq objectifs à long terme et cinq priorités à court terme.

Les objectifs à long terme sont :

- Définition d'une politique de santé publique dépassant le secteur des soins de santé : health in all policies et développement d'objectifs de santé ;
- Une recherche permanente de qualité, orientée résultat ;
- Reconfigurer l'organisation des soins pour adapter l'offre aux besoins ;
- Améliorer l'accès par la solidarité ;
- Par l'efficience, dégager des moyens pour l'avenir.

Les cinq priorités à court terme proposées par les OA pour réaliser cette vision à long terme sont :

- Définition d'une politique de santé publique dépassant le secteur des soins de santé ;
- Une recherche permanente de qualité, orientée résultat ;
- Reconfigurer l'organisation des soins pour adapter l'offre aux besoins ;
- Améliorer l'accès par la solidarité ;
- Par l'efficience, dégager des moyens pour l'avenir.

G. Frais de fonctionnement de l'Office de contrôle

Les OA sont responsables du paiement des frais de fonctionnement de l'Office de contrôle. Cela se fait sur la base de deux clés de répartition qui ont chacune un poids de 50 %. La première clé de répartition est établie sur la base de l'effectif des membres, la deuxième est le montant par mille des cotisations des membres aux services complémentaires pendant l'avant-dernière année qui précède celle à laquelle les frais de fonctionnement se rapportent.

Le montant à payer par les OA en 2016 pour la couverture des frais de fonctionnement de l'Office de contrôle s'élève à 2 250 000 euros (même qu'en 2015). La part qui revient à l'UNML est de 5,8265 % (2015 : 5,8075 %).

Le montant par mille des cotisations des membres aux services complémentaires s'élève à 3,464 (2015 : 3,135) avec un montant minimum forfaitaire de 5 581,53 euros (2015 : 4 597,70 euros).

Les paramètres et les montants ne sont pas encore définis pour 2017.

3 Chapitre 3 : Thèmes actuels

A. Budget 2016

À partir de 2016, une norme de croissance réelle de 1,5 % est en vigueur, au-dessus du montant qui correspond au surcoût dans l'année budgétaire de l'indexation des salaires, des interventions de l'assurance, des tarifs et des prix. Les années précédentes, la norme de croissance légale, qui, dans la pratique, n'était déjà plus utilisée, était encore de 3 %. La norme de 1,5 % a été fixée jusqu'en 2019 inclus : une promesse du gouvernement actuel.

Pour l'année 2016, le montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente est en outre d'abord diminué de l'impact du financement des investissements dans l'infrastructure et les services médico-techniques des hôpitaux parce que ces compétences ont été transférées aux communautés dans le cadre de la 6e réforme de l'État (diminution de 486,70 millions d'euros).

Le 21/12/2015, le Conseil général a fixé l'objectif budgétaire des soins de santé pour 2016 à 23 812,6 millions d'euros et pour 408,3 millions d'euros d'économies.

La masse d'index 2016 à hauteur de 82 544 milliers d'euros a été reprise dans l'ensemble des efforts supplémentaires imposé aux soins de santé.

Pour éviter l'indexation dans l'AOSSI de montants qui ne sont pas soumis au mécanisme de l'indice pivot, ces montants n'ont pu être indexés en 2016 non plus. Il s'agit d'honoraires, d'interventions, de tickets modérateurs, de plafonds des tickets modérateurs et de prix.

D'autre part, suite à l'introduction de l'indice santé lissé par la loi du 23 avril 2015 concernant la promotion de l'emploi, deux séries d'indices ont vu le jour pour l'application de l'indice pivot, auxquelles deux modes de calcul distincts sont appliqués (dont, en outre, le domaine d'application temporel ne se recoupe pas totalement). Il est dès lors opportun que tous les montants dans l'AOSSI qui suivent le mécanisme de l'indice pivot de la loi du 1er mars 1977 soient également liés à l'indice santé lissé à partir du 1er janvier 2016.

D'autres économies concernaient entre autres les médicaments, les honoraires des médecins, des dentistes, des praticiens de l'art infirmier et des kinésithérapeutes et le gel du budget pour les postes de garde de médecine générale.

Contre ces économies, seuls 164,3 millions d'euros étaient prévus pour de nouvelles initiatives, dont :

- 4 millions d'euros pour l'*oncofreezing* (le remboursement de la congélation de spermatozoïdes, d'ovules et de tissus ovariens de jeunes patients atteints du cancer, étant donné que la chimiothérapie les rend stériles).
- Soins de santé mentale — double diagnostic : 4,68 millions d'euros en vue de permettre aux hôpitaux psychiatriques spécialisés de recruter du personnel supplémentaire pour mieux prendre en charge et accompagner les patients avec un « double diagnostic » de handicap mental et de problématique psychique.
- 1,17 million d'euros pour les transgenres afin de rembourser en partie le traitement (hormonal), mais aussi pour les soins de santé mentale et le traitement.

- Accord médico-mutualiste : 25 millions d'euros pour améliorer, entre autres, l'accessibilité financière des soins ou encore pour des techniques de traitement nouvelles et innovantes, mais aussi « evidence-based ».
- 10 millions d'euros pour les besoins les plus urgents des professions paramédicales : surtout relever le salaire des sages-femmes.
- 40, 2 millions d'euros pour harmoniser les logiciels des mutualités.

La facture pour le patient s'allègera de 18 millions d'euros.

Au Conseil général de l'INAMI, les syndicats et les mutualités avaient rejeté la proposition budgétaire 2016 parce que la norme de croissance était trop basse : une manœuvre jamais vue, qui ne s'est pas encore souvent produite dans l'histoire.

La ministre Maggie De Block a sommé les mutualités, les hôpitaux et les spécialistes de lutter contre l'usage abusif des produits et des services médicaux.

B. Budget 2017

Le 03/10/2016, le Comité de l'assurance a approuvé la proposition budgétaire du CIN pour les soins de santé pour un total de 24 627 millions d'euros. Ce montant comprenait une norme de croissance de 1,5 % comme prévue légalement et une série d'économies à hauteur de 663 millions d'euros.

De ces 663 millions d'euros, 300 doivent venir des économies sur les médicaments, entre autres en encourageant la prescription en DCI.

Deux semaines plus tard, au Conseil général de l'INAMI, le gouvernement est arrivé avec une nouvelle proposition de seulement 24 256 millions d'euros avec beaucoup d'autres économies plus étendues qu'initialement prévues avec une croissance réelle d'à peine 0,5 % au lieu de la norme de croissance — déjà bien trop basse — de 1,5 %. La proposition gouvernementale prévoyait 902 millions d'euros d'économies, en conséquence de quoi l'indexation des honoraires des prestataires ne s'élève en 2017 qu'à 1/3 de ce qui était initialement promis.

Toutes les mutualités belges ont rejeté le budget des soins de santé 2017, comme un signal lancé au gouvernement que les économies vont beaucoup trop loin : un tiers des trois milliards d'économies prévues se font sur le dos de la sécurité sociale, des patients, des prestataires et des allocataires sociaux. Une norme de croissance aussi limitée ne permettra pas de dégager de marge pour investir dans l'avenir et conduire une politique de santé offrant des réponses innovantes aux nouveaux besoins de la population.

Les économies du gouvernement devraient être reportées directement sur le dos des patients, soit par des suppléments et hausses de tarifs, soit par une réduction de la qualité des soins consécutive à des réductions d'emploi et donc d'encadrement.

Comme nous l'avons dit déjà dans la vision du CIN, nous devons radicalement changer de cap. Nous devons quitter les budgets historiques et la pensée en silos. Il faut partir des besoins des patients tels que la psychothérapie, les soins chroniques… Ensemble, nous devons bâtir un système de soins de santé en phase avec les besoins présents et futurs de notre société.

Les mutualités mettent en garde : en imposant un paquet d'économies de plus de 902 millions d'euros, ce gouvernement accélère encore la dérive vers une médecine à deux vitesses. C'est un recul social jamais vu depuis 10 ans.

Au final, le gouvernement a quand même maintenu la première proposition.

Afin de réaliser les économies prévues de 902 millions d'euros sur les soins de santé, la masse globale de l'indice santé 2017, qui s'élève à 368 812 milliers d'euros, sera réduite de 247 135 milliers d'euros.

La masse restante de l'indice ne sera donc plus que de 121 677 milliers d'euros (0,83 %) pour 2017. On s'écarte donc du mécanisme d'indexation légalement déterminé.

Les budgets de l'assurance indemnités pour 2017 s'élèvent à 7 907,23 euros pour le régime général et à 464,21 millions d'euros pour les travailleurs indépendants.

C. Budget 2018

Le 09/10/2017, le Conseil général a approuvé la proposition budgétaire du Comité de l'assurance pour les soins de santé pour un montant total de 25 449,59 millions d'euros. Ce montant comprend 237,9 millions d'euros d'économies, surtout chez les médecins, dans les médicaments et les implants. On part d'une norme de croissance de 1,5 % appliquée qui laisse peu de possibilités de mettre en place de nouvelles initiatives pour répondre aux enjeux actuels et futurs auxquels les soins de santé doivent faire face : vieillissement de la population, développement des maladies chroniques et complexes, plus grande nécessité de multidisciplinarité. Ces besoins ont été évalués par le Bureau fédéral du Plan à un taux de croissance supérieur à la norme de croissance légale.

Les prestataires ont obtenu la garantie d'une indexation des honoraires de 1,68 % et il a été promis aux mutualités que les économies ne toucheraient pas les patients : les accords tarifaires à conclure n'affecteraient pas l'accessibilité financière ni la qualité des soins.

Toutefois, 22,5 millions d'euros ont été alloués pour permettre le remboursement des psychologues cliniciens. 15 millions d'euros ont été libérés et ajoutés pour intégrer les internés dans l'AOSSI, et 100 millions d'euros au total sont prévus sur plusieurs années si un accord social est conclu.

Les médecins doivent réaliser des économies de 6 millions d'euros en plus des efforts déjà convenus au sein de la médico-mut de 29,9 millions d'euros.

Il est demandé un effort de 8 millions d'euros au secteur des implants et des dispositifs médicaux dans les accords beMedTech.

Les principales adaptations concernent le secteur des médicaments pour un montant de 188 millions d'euros, comme le prévoit le pacte conclu avec le gouvernement fédéral.

Pour les autres secteurs (hôpitaux, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), il faut trouver 6 millions d'économies.

D. Accord national médico-mutualiste 2016-2017

1. Dans le cadre budgétaire strict pour 2016, un nouvel Accord national médico-mutualiste a été conclu le 21/12/2015 pour 2016 et 2017.

   Cet accord s'articule autour de cinq objectifs centraux qui s'inscrivent dans une vision à long terme sur la manière dont notre système de soins de santé doit s'adapter aux défis du futur :

   - la confirmation du rôle central du médecin généraliste pour la prévention, le traitement et l'orientation du patient ;
   - une approche intégrée des soins pour les maladies chroniques et l'incapacité de travail ;
   - l'organisation de la continuité des soins, étant entendu que les postes de garde de médecins généralistes, les services des urgences et autres modes de soins doivent permettre de mettre sur pied un fonctionnement global et efficient ;
   - les soins efficaces doivent créer une marge pour des techniques nouvelles et innovantes et faciliter les efforts en vue de réaliser les objectifs de santé ;
   - l'accessibilité des soins et la transparence financière.

   Les moyens pour les nouvelles initiatives sont limités et s'élèvent seulement à 25 millions d'euros. Les médecins ont consenti à des efforts importants dès lors qu'il n'y avait pas de marge pour l'indexation des honoraires en 2016.

   Par ailleurs, l'accord comporte plusieurs mesures positives pour le patient :

   - Les suppléments d'honoraires pour certaines prestations spécifiques seront interdits. Ainsi, dès l'année prochaine, les médecins ne pourront plus facturer aux patients hospitalisés en chambre individuelle des suppléments d'honoraires sur les prestations de biologie clinique, en anatomopathologie et en génétique.
   - Dans le courant de l'année prochaine, les médecins s'engagent à fournir au patient un devis en cas d'hospitalisation en chambre individuelle ou de traitements coûteux hors hôpital. L'estimation vaut comme un engagement à l'égard du patient.
   - Un budget de 2,4 millions d'euros sera dégagé pour une meilleure accessibilité financière des malades chroniques aux soins de santé en supprimant, pour ce groupe, tous les seuils d'accès aux soins de première ligne.
   - D'autres mesures favorables au patient ont été prises, comme l'extension du dossier médical global et des moyens supplémentaires pour le dossier médical informatisé. Les acteurs dans les soins de santé veilleront à mieux collaborer et tracer des trajets de soins pour le traitement et l'accompagnement des malades chroniques. Les postes de garde de médecine générale et les services d'urgence des hôpitaux seront mieux coordonnés.

   C'est la première fois que médecins et mutualités abordent ensemble la question de la facturation des suppléments d'honoraires lors d'un séjour hospitalier en chambre particulière. Ils s'engagent à œuvrer pour un financement alternatif, offrant aux patients une plus grande sécurité tarifaire.

   Les deux parties sont absolument en faveur d'un financement correct des hôpitaux et des médecins, mais dans le même temps, elles insistent pour que cela se fasse en toute transparence pour le patient.

2. Le 12/01/2017, l'Association belge des syndicats médicaux (ABSYM) menaçait de résilier l'accord médico-mutualiste pour 2016-2017 en raison des économies drastiques.

   L'une d'entre elles pour 2017 était le saut d'index sur les honoraires des médecins : normalement, ils auraient dû être indexés de 2,51 %, mais cette indexation a été ramenée à 0,83 %. L'ABSYM a conseillé aux médecins d'appliquer au minimum l'index de 2,51 %.

   L'association de médecins Alliance Avenir des Médecins n'a pas adhéré aux protestations des syndicats médicaux, car cela risque de déboucher sur une longue bataille juridique qui pourrait ne pas trouver d'issue.

   Les OA regrettent que le patient doive payer la note. Bien qu'ils n'étaient pas non plus d'accord avec le saut d'index, ils veulent continuer à dialoguer.

3. Le 27/03/2017, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un accord pour la période du 27 mars au 31 décembre 2017.

   Le nouvel accord prévoit que les dispositions de l'accord du 22 décembre 2015 qui ne sont pas modifiées, demeurent applicables jusqu'au 31 décembre 2017.

   Le statut social est acquis pour l'ensemble de l'année 2017 chez les médecins qui ont adhéré intégralement ou partiellement à l'accord du 22 décembre 2015 ainsi qu'au présent accord.

   Les règles existantes restent en vigueur pour les médecins qui refusent d'adhérer et pour les autres médecins réputés d'office avoir adhéré.

E. Accords dentistes

Chez les dentistes aussi le mécontentement était palpable : selon la Vlaamse Beroepsvereniging voor Tandartsen (VTB), 40 % des 9 404 dentistes flamands ne tiennent pas compte de ces tarifs. Par contre, 60 % s'y tiennent pendant les heures de bureau.

L'accord tarifaire pour 2015 et 2016 expirait fin décembre 2016, alors que les négociations quelques semaines plus tôt sur les nouveaux tarifs ont pris une mauvaise tournure, en conséquence de quoi les dentistes conventionnés ont pu demander ce qu'ils voulaient à partir du 01/01/2017.

Bien qu'il y avait un accord pour une augmentation des tarifs de 1,6 %, les dentistes voulaient augmenter leurs honoraires de 5 % parce que les prix des produits et d'appareils dentaires, le travail en laboratoire et les coûts fixes augmentent également. De plus, les tarifs n'ont pas été adaptés à l'inflation pendant des années, ce qui fait que le nombre de dentistes qui se déconventionnent se multiplie.

D'abord, le 12/04/2017, les dentistes et les mutualités ont conclu un nouvel accord pour la période du 01/05/2017 au 31/12/2018 inclus. Cet accord comprend une révision de certaines prestations dans les moyens disponibles. En 2017, les tickets modérateurs restent inchangés. En 2018, ils sont légèrement augmentés.

L'objectif budgétaire partiel de 2017 pour le secteur à 951 652 milliers d'euros y compris une masse d'index d'un montant de 9 031 milliers d'euros (à savoir 0,83%). Le secteur doit faire un effort d'un montant de 18 281 milliers d'euros sur base annuelle.

Au total, un montant de 25 296 milliers d'euros peut être utilisé, d'une part pour des mesures spécifiques pour certains groupes cibles, et d'autre part, pour une indexation sélective des honoraires, établis pour les coûts des matériels.

Le montant de l'honoraire forfaitaire d'accréditation est de 2 834,75 euros pour l'année 2017.

La CNDM participera à une analyse de performance de la santé buccale belge. Dans cette perspective, elle fixe plusieurs objectifs de santé prioritaires au niveau de l'accessibilité des soins, de l'amélioration de la santé buccale chez les jeunes, les jeunes adultes et les bénéficiaires préférentiels, du partage de données électronique et de l'harmonisation de l'offre locale de soins par rapport au besoin de soins.

Les nouveaux services de Mycarenet pour les dentistes sont respectivement disponibles depuis le 01/01/2017 en matière de consultation des tarifs et du droit DMG du patient. Deux mois plus tard, il était possible de facturer par voie électronique. L'une des prochaines étapes de l'informatisation du secteur dentaire est la suite de la facturation électronique (eAttest).

Les OA se sont engagés à harmoniser les documents administratifs dans le cadre des assurances complémentaires d'ici le 01/10/2017.

Ils s'étaient aussi engagés à adapter la problématique de la réassurance des tickets modérateurs aux principes du trajet de soins buccaux dans le cadre du pacte d'avenir.

Malgré l'accord, il s'est avéré en juin 2017 que quatre dentistes sur dix ne respectent plus les tarifs imposés, car ils les estiment trop bas. Accord après accord, le nombre de dentistes individuels adhérents diminue parce que le matériel devient de plus ou plus cher et les honoraires n'augmentent pas ou quasiment pas.

Début octobre 2017, la dento-mut a dressé l'inventaire des problèmes dans le secteur. 50 % des prestations dentaires ne sont pas couverts par l'assurance maladie, une grande partie de la population n'a pas accès aux soins dentaires curatifs et préventifs, la nomenclature ne couvre pas suffisamment ou pas du tout le coût du matériel, les couronnes, les bridges et prothèses. Ces raisons expliquent l'augmentation du taux de dentistes non conventionnés, passant de 10 % à 38,7 % entre 2007 et 2017, avec un taux à plus de 50 % dans certains arrondissements en Flandre. En Wallonie, les taux de dentistes non conventionnés sont plus faibles, mais on observe toutefois des écarts importants (entre l'arrondissement de Liège avec 21,7 % et la province du Brabant wallon avec 45,5 %).

Nous approchons donc dangereusement du seuil en dessous duquel l'accord n'est plus valable.

F. Problèmes chez les kinésithérapeutes

Chez les kinésithérapeutes aussi l'insécurité tarifaire a duré jusque fin février 2017. Ils veulent facturer 25 € (au lieu de 22,26 €) pour un traitement au cabinet et 27 € (au lieu de 22,65 €) pour une visite à domicile, mais les fonds faisaient défaut.

Le 27 février 2017, le Comité de l'assurance a approuvé une convention individuelle applicable pour toute l'année 2017.

La convention comporte les nouveaux éléments suivants :

- à partir du 1er avril 2017, un supplément pour les prestations au domicile du patient, remplaçant le système actuel des indemnités de déplacement. Le montant de ce supplément ne peut excéder 1,01 euro. Jusqu'au 31 mars inclus, les honoraires pour prestations à domicile de 2016 sont encore valables ;
- une prime de promotion de la qualité de 2 000 euros pour l'année 2015 si on remplit certaines conditions ;

- la question au Conseil technique de la kinésithérapie et à la Commission de convention kinésithérapeutes – OA d'élaborer des propositions de modifications de la nomenclature : une revalorisation de 25 % de la 1re séance pour les affections courantes (à partir du 01/09/2017) et la possibilité d'une 2e grande séance en soins intensifs et une prestation spécifique pour les adultes atteints d'une infirmité motrice cérébrale (à partir du 01/10/2017).

Le Comité de l'assurance reconnaît le bien-fondé de toute une série de revendications formulées par les kinésithérapeutes et s'engage dès lors à élaborer des solutions à certains problèmes du secteur suivant un calendrier précis.

G. INAMI : Cinquième contrat d'administration

Le gouvernement a signé le cinquième contrat d'administration avec l'INAMI. Les principaux points pour les mutualités sont les objectifs stratégiques via certains projets, scindés en plusieurs axes : usager, processus, moyen et innovation.

Axe usager :

- Assurer des soins de santé accessibles et abordables adaptés aux besoins de chaque groupe cible. Cela passe notamment par des soins de santé plus accessibles aux groupes de la population vulnérables et différentes réformes ;
- Renforcer et favoriser la réinsertion des personnes en incapacité de travail ;
- Garantir des soins intégrés et une collaboration multidisciplinaire comme norme pour les malades chroniques ;
- Réduire la charge administrative des dispensateurs de soins : développement de MyCarenet, application MyRIZIV et TARDIS & Qermid 2 (services en ligne d'introduction et de gestion des données médicales individuelles des patients) ;
- Lutter contre les gaspillages dans le secteur des soins de santé et les indemnités ;
- Garantir un accès rapide et adéquat aux nouvelles thérapies ;
- Miser sur un soutien proactif de la politique.

Axe processus :

- Harmoniser la réglementation des indemnités avec une attention particulière sur le renforcement et l'encouragement de la réinsertion des personnes en incapacité de travail et la simplification de la procédure décisionnelle des dossiers d'invalidité ;
- Optimaliser et informatiser les processus de gestion de dossiers individuels ;
- Mettre en œuvre les processus optimalisés et la nouvelle structure organisationnelle du contrôle médical ;
- Simplifier la procédure décisionnelle des dossiers d'invalidité ;

Axe moyen :

- Garantir l'intégrité, la qualité et la richesse des données et les rendre accessibles aux parties habilitées : optimaliser la collecte de données, intégrer davantage de sources d'information dans l'actuel système informatique, simplifier l'accès aux données et en améliorer la qualité ;
- Aligner le financement des hôpitaux sur la politique globale en matière de soins de santé ;
- Responsabiliser les acteurs sur le plan financier notamment en clarifiant et optimalisant la procédure du déroulement des projets art. 56 et audit de la gestion des traités internationaux ; évaluation de la responsabilisation des OA ;
- Renforcer le contrôle social dans l'assurance soins de santé et indemnités avec notamment le renforcement de la lutte contre la fraude sociale et la réforme interne du SECM ;

Axe innovation :

- Étendre et renforcer la gestion des connaissances dans les domaines des soins de santé et indemnités : entre autres poursuite du développement de la gestion des données ;
- Implémenter un cadre de travail durable pour le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et pour la recherche clinique ;
- Renforcer la collaboration et les synergies avec les acteurs européens et nationaux ;
- Aligner la nomenclature à la politique et le contexte actuel et la simplifier.

En ce qui concerne la responsabilisation financière des OA, l'INAMI dressera le rapport des résultats de la première année d'évaluation 2016 pour l'OCM pour le 31/03/2017 et le présentera au Comité général de gestion.

H. La réforme de l'État et son impact sur les mutualités libérales

Avec la sixième réforme de l'État, les compétences en matière de soins de longue durée, les « long term care », ont majoritairement été transférées aux entités fédérées, alors que l'aspect « cure » reste principalement au fédéral.

En vue de l'exécution des compétences qui ont été transférées aux régions, trois liens de collaboration intermutualistes ont été établis en 2014 au niveau régional : le VICO (Vlaams Intermutualistisch College) du côté flamand et le CIN Bruxelles et le CIN Wallonie du côté francophone.

- **Fédéral**

Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, les compétences en matière de maisons de repos pour personnes âgées, de maisons de repos et de soins, de services de gériatrie isolés , de rééducation, de parties de soins psychiatriques, de parties de soins à domicile et de la politique de prévention sont entièrement transférées aux entités fédérées, le tout étant estimé à un montant de quelque 4,6 milliards d'euros en 2017. Le budget fédéral total des soins de santé est de 24,5 milliards d'euros.

Afin d'assurer la reprise et la continuité des services des soins de santé dans le cadre de la sixième réforme de l'État, un protocole a été conclu le 15 mai 2014 entre le gouvernement fédéral et les communautés et régions.

Ce protocole comportait des délais différents pour les différentes compétences.

Pour la Flandre, le dernier transfert en date, le 01/01/2017, était le paiement de l'allocation d'aide aux personnes âgées (AAPA ; du SPF Sécurité sociale aux caisses de soins) et l'accompagnement au sevrage tabagique (de l'INAMI).

Le délai des matières les plus complexes, actuellement accomplies par l'INAMI avec l'intervention des mutualités, a été prolongé à fin 2018 attendu que leur transcription dans la législation et leur arrangement au niveau informatique et organisationnel a pris plus de temps que prévu :

- le financement des structures pour personnes âgées (MRS/MRPA et CSJ/CCS) ;
- les hôpitaux spécialisés dans la rééducation (services G et Sp isolés) et rééducation ambulatoire (conventions de rééducation) ;
- les aides à la mobilité ;
- les maisons de soins psychiatriques (MSP) et habitation protégée ;
- les services intégrés de soins à domicile (SISD) et équipes palliatives multidisciplinaires (EAM).

- **Flandre**

  La Flandre a décidé de ne pas morceler les compétences transférées au niveau des soins (de longue durée), des médicaments et de la rééducation, mais de les intégrer comme un tout dans la Protection sociale flamande (VSB) afin de mener une politique de santé plus cohérente, en complément de la sécurité sociale fédérale.

  De plus, le choix s'est porté sur un modèle d'assurance dans lequel le paiement d'une prime donne droit à des interventions financières et indemnités pour les soins, à l'instar du modèle de l'assurance soins. L'actuelle prime de l'assurance soins devient la prime Protection sociale flamande.

  Les parties de la VSB sont :

  - l'assurance soins existante ;
  - le budget d'assistance de base (BAB) pour personnes handicapées (depuis septembre 2016) ;
  - l'allocation d'aide aux personnes âgées (AAPA ; depuis janvier 2017) ;
  - le financement du placement dans un centre de soins et de logement (WZCFIN ; à partir de 2019) ;
  - aides non liées à l'âge et aides à la mobilité (à partir de 2019).

  Ces cinq piliers sont en perpétuel changement. D'autres futurs piliers sont :

  - le financement axé sur la demande de l'hébergement en habitation protégée et en maisons de soins psychiatriques ;
  - la rééducation ;

- financement et liaison au revenu concernant le système de cotisation propre dans les soins à domicile.

L'exécution de la VSB est confiée aux caisses de soins qui peuvent revêtir en Flandre la fonction de guichet unique pour tous les droits à l'intervention pour des soins.

Le Vlaams Zorgfonds se transforme en l'agence indépendante interne à responsabilité morale : l'Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming (AVSB).

Dans l'arrêté d'exécution du décret sur la VSB, l'accent est mis sur la continuité des services. Les piliers restants de la VSB de l'accord de gouvernement viendront compléter cet arrêté par après.

En exécution du décret VSB du 24/06/2016, le gouvernement flamand fixe les subventions des caisses de soins à partir du 01/01/2017. En tant que guichet unique, cela doit leur permettre d'accomplir les tâches prévues sur le budget d'assistance de base (BAB) pour personnes handicapées et l'allocation d'aide aux personnes âgées (AAPA), en plus de l'assurance soins déjà existante.

L'arrêté fait la distinction entre la subvention pour la prise en charge et la subvention pour le fonctionnement des caisses de soins. De même, une subvention est allouée aux caisses de soins pour le développement de l'ICT, applications eAAPA et eBAB.

- En ce qui concerne la subvention frais de fonctionnement pour l'affiliation à la Protection sociale flamande et la prise en charge par l'assurance soins, les caisses de soins reçoivent de l'AVSB une indemnité forfaitaire annuelle de 71 453 € si elles ont 20 000 membres et 400 dossiers en cours au 31 décembre de l'année précédente.
- L'AVSB paye aux caisses de soins reconnues une indemnité forfaitaire de 3 € par dossier pour une intervention dans les soins à domicile et de proximité toujours en cours le 31 décembre de l'année précédente et pour lesquels la caisse de soins a enregistré les données du ou des aidants proches de l'utilisateur. L'AVSB dispose d'un budget maximum de 200 000 € consacré à cette indemnité.
- L'AVSB dispose d'un budget de 1 750 000 à octroyer sous forme de subvention complémentaire aux caisses de soins reconnues pour 2016 pour les frais de fonctionnement exceptionnels liés au développement et à l'introduction des applications informatiques eBAB et eAAPA.
- Les caisses de soins bénéficient d'une indemnité de 75 € par indication établie (la détermination de la gravité et de la durée de l'autonomie réduite) pour la prise en charge de l'assurance soins à condition que cette indication soit effectuée par un indicateur mandaté rémunéré par la caisse de soins.

Au niveau des Mutualités Libérales, la caisse de soins a été centralisée à Bruxelles en 2017. En raison de l'absence de support business lors de la période transitoire, le suivi des questions business a été temporairement accompli par le service aide aux utilisateurs. En juillet 2017, un nouveau coordinateur VSB a été embauché ainsi que quatre nouveaux collaborateurs caisse de soins à Bruxelles.

À l'Union nationale, l'évolution des différents piliers de la VSB est suivie et élaborée par le service aide aux utilisateurs et via les groupes de travail VSB (300/400). Pour l'application pratique, la nouvelle application web VSBase a récemment été développée.

L'oncologue Dr Antoon Lambrecht a introduit le 03/03/2017, auprès de la Cour constitutionnelle, un recours en annulation de l'obligation d'affiliation de tous les résidents dans la région linguistique flamande à une caisse de soins à un âge qui reste encore à déterminer. Celui qui ne le fait pas est automatiquement affilié à la Vlaamse Zorgkas. Les habitants de la Région bruxelloise ont eux le choix de s'affilier ou non.

Le gouvernement flamand octroie avec effet rétroactif le 01/07/2016 une subvention aux équipes multidisciplinaires qui appliquent l'instrument de mesure des soins en guise de contrôle dans le cadre de la transition de l'aide aux utilisateurs du FAM (flexibel aanbod meerderjarigen) et des services d'accompagnement à domicile vers un budget personnalisé. Cet instrument est une série d'échelles, d'instructions et d'arbres de décision qui permet d'exprimer de manière univoque et objectivée en un nombre de paramètres la lourdeur des soins requis des personnes majeures handicapées. Il permet de mesurer les besoins de soutien nécessaire d'une personne handicapée. La subvention est de 340 € par application de l'instrument.

Le VAPH peut payer la subvention pour maximum 3 500 contrôles.

Il sélectionne une personne handicapée visée par l'instrument et s'accorde avec les équipes multidisciplinaires, qui disposent des évaluateurs certifiés, quelle équipe contrôlera quelle personne.

L'équipe multidisciplinaire prend contact avec le FAM pour les personnes handicapées majeures ou avec le service d'accompagnement à domicile qui aide la personne handicapée visée par l'instrument et l'applique avant de le communiquer au VAPH.

Le VAPH paye la subvention si les contrôles de l'instrument ont été effectués entre le 01/07/2016 et le 31/10/2016 inclus.

Dans sa politique de soins de santé préventifs, le gouvernement flamand prolonge de trois ans les contrats de gestion des cinq unions nationales, soit jusqu'au 31/12/2019. Elles sont reconnues comme organisations de terrain œuvrant pour l'aide aux mutualités affiliées au niveau de la santé préventive.

Le gouvernement flamand a mis à jour l'arrêté de constitution de l'agence indépendante interne 'Zorg en Gezondheid' à compter du 01/01/2016.

Tout d'abord, il a clarifié sa mission : collaborer avec toutes les parties intéressées pour de meilleurs soins et une meilleure santé :

- en encourageant les personnes à vivre sainement, en les protégeant des maladies contagieuses ou d'un environnement dangereux et en dépistant ou en prévenant des affections plus rapidement ;
- en favorisant la mise en place de soins de qualité par les structures et les prestataires de soins ;
- en produisant des données pertinentes et en les mettant à disposition en vue d'épauler la politique et la société.

L'ensemble des tâches a été actualisé si bien que toutes les nouvelles compétences qui sont accomplies par l'agence depuis la sixième réforme de l'État entrent aussi officiellement dans ces tâches.

Cela comprend aujourd'hui :

- la politique relative aux matières personnalisables au niveau de la santé, mais à l'exception des affaires comme les coûts d'investissement de l'infrastructure hospitalière, l'inspection médicale scolaire, etc. ;
- la politique du troisième âge, à l'exception de la fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées.

- **Wallonie**

À Bruxelles et en Wallonie, c'est toujours le SPF Sécurité sociale qui traite les dossiers AAPA et tout reste en l'état actuel des choses.

Du côté wallon, nous concentrons notre attention sur deux évolutions importantes : d'une part la mise en place de l'« Agence pour une Vie de Qualité » (AViQ), une plate-forme d'échange électronique des données de santé, et d'autre part, l'« Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles ».

L'AViQ

Les différents organes de gestion de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), qui a vu le jour le 1er janvier 2016, se réunissent et trouvent leur rythme.

Les OA sont représentés au sein de différents organes de gestion :

- le Conseil général : un mandat suppléant pour la ML ;
- le Comité de branche Bien-être et Santé : un mandat effectif et un mandat suppléant pour la ML ;
- le Comité de branche Handicap : un mandat suppléant pour la ML.

En 2017, l'AViQ a publié des appels à candidatures pour les différentes commissions appelées à démarrer prochainement. Les OA seront représentés dans chacune de ces commissions en tant que personnes morales. Le partage des mandats s'est décidé en intermutualiste au sein du CIN Wallonie. Il y a 6 commissions différentes :

- première ligne d'aide et de soins ;
- hôpitaux ;
- santé mentale ;
- accueil et hébergement des personnes âgées ;
- autonomie et grande dépendance (+ une commission technique) ;
- prévention et promotion de la santé.

Assurance autonomie, reconnaissance des OA et infrastructures hospitalières

En 2017, le Cabinet du ministre de la Santé et de l'Action sociale, Maxime Prévot, s'est surtout penché sur trois gros dossiers, toujours en concertation avec les OA :

1) L'assurance autonomie (AA) :

   L'assurance autonomie voulue par le ministre Prévot est fondée sur les principes de la sécurité sociale, c'est-à-dire qu'elle organise une protection sociale en cas de perte d'autonomie basée sur la solidarité par la perception d'une cotisation obligatoire de la population domiciliée en Wallonie et âgée de plus de 25 ans. Dès lors, l'AA donnera droit aux personnes en perte d'autonomie, sous certaines conditions dont un degré de dépendance toujours à définir, à un nombre d'heures de prestations en nature d'aide et de services non médicaux à domicile, jusqu'à concurrence d'un maximum par semaine et ce, à un tarif réduit.
   Prévue au départ uniquement pour les personnes à domicile, l'AA concerne finalement aussi les personnes en maison de repos, sous forme alors d'intervention dans la facture à l'institution.

   Initialement prévue au 1er janvier 2017, l'assurance autonomie n'a désormais plus de calendrier officiel vu les retards pris dans les travaux. En effet, de nombreuses questions restent encore sans réponse (seuils de dépendance, échelles d'évaluation, flux informatiques, facturation, maintien de l'allocation d'aide aux personnes âgées, etc.) et de nombreux départs s'enchaînent au sein du Cabinet Prévot. Les OA ont d'ailleurs informé le ministre et son Cabinet qu'ils gelaient leurs travaux liés au développement de la plate-forme informatique intermutualiste, ne sachant pas avancer, tant que des prises de position claires et des réponses ne seront apportées.

2) La reconnaissance des OA dans leurs nouvelles missions :

   L'objectif est de reconnaître les OA dans les nouvelles missions que leur confie la Région wallonne suite à la 6e réforme de l'État. Pour cela, le Cabinet Prévot et les OA ont travaillé sur un avant-projet de décret. La concertation Cabinet – OA sur les travaux concernant les arrêtés d'exécution sont au point mort actuellement. Pourtant les OA relancent fréquemment le Cabinet à ce sujet. En effet, tant que ce décret et ses arrêtés ne sont pas finalisés, il est impossible d'avancer dans les autres dossiers (infrastructures hospitalières, création de société mutualiste, etc.).

3) Le financement des infrastructures hospitalières :

   Ici aussi, un projet de décret et ses arrêtés d'exécution sont en cours de rédaction. Les OA sont également associés à ce travail. Suite à la 6e réforme de l'État, la Région wallonne est maintenant compétente pour le financement des infrastructures hospitalières et cela implique des changements à prévoir dans la facturation des hôpitaux.

L'actualité politique chamboule et retarde tout

Suite au divorce de la coalition PS – CDH en Wallonie survenu en juin 2017, tous ces travaux sont remis en question.

La nouvelle majorité lie maintenant le CDH au MR. Un nouveau ministre de la Santé et de l'Action sociale a été désigné cet été : il s'agit d'Alda Greoli (CDH), ancienne cheffe de Cabinet de Maxime Prévot et ancienne Secrétaire nationale des Mutualités Chrétiennes. Elle connaît donc bien les différents dossiers et le monde des mutualités.

Début octobre, même si nous savons que la ministre souhaite travailler dans la continuité des travaux déjà entamés, nous n'avons plus été convoqués au Cabinet pour continuer à avancer sur ces dossiers et n'avons aucune nouvelle. Ce qui n'aide pas à rattraper le retard déjà accumulé.

Seule la Commission informatique sur les infrastructures hospitalières (groupe de travail réunissant l'AViQ, les hôpitaux et les OA) continue de bien avancer et se réunit de manière régulière (tous les mois).

Communauté française : agrément pharmaciens hospitaliers

La nouvelle procédure relative à l'agrément du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier est entrée en vigueur le 29/03/2017 pour la Communauté française.

L'arrêté fixe la création de la Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers auprès de la communauté française et l'évolution de la procédure.

La procédure avait déjà été adaptée en 2016 pour la Communauté flamande.

- **Bruxelles : Iriscare**

À partir d'une date qui doit encore être fixée, un Office bicommunautaire de la santé, dénommé « Iriscare », sera créé pour la Région bruxelloise.

Iriscare est compétente dans les matières suivantes conformément aux règles et conditions spéciales établies par le contrat de gestion avec le Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM) :

- la politique de santé transférée aux Communautés, à l'exception :
    - de la politique hospitalière ;
    - de la politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux, sauf en ce qui concerne le financement de l'exploitation de ces institutions lié à des prestations aux individus ;
    - de l'organisation des soins de santé de première ligne et du soutien aux professions des soins de santé de première ligne, sauf en ce qui concerne le financement des mesures de première ligne lié à des prestations aux individus ;
    - de la PES et la médecine préventive, sauf en ce qui concerne le financement des mesures de prévention lié à des prestations aux individus ;
- la politique familiale, en ce compris toutes les formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants ;

- la politique des handicapés, en ce compris la formation, la reconversion et le recyclage professionnels des handicapés et les aides à la mobilité, à l'exception :
    - des règles et du financement, en ce compris les dossiers individuels, des allocations aux handicapés autres que l'allocation d'aide aux personnes âgées ;
    - des règles relatives à l'intervention financière pour la mise au travail de travailleurs handicapés, octroyée aux employeurs occupant des handicapés ;
- la politique du troisième âge à l'exception de la fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées ;
- les prestations familiales.

Iriscare n'est par contre pas compétente en ce qui concerne les infrastructures liées à ces matières et d'organisation des soins de santé de première ligne, mais le Collège réuni saisit l'Office d'une demande d'avis préalablement à toute décision en la matière.

Un Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes est également créé. Il se compose de trois représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des organisations représentatives des travailleurs indépendants, de trois représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, de neuf représentants des OA et de neuf représentants des prestataires.

Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes dispose d'un large ensemble de tâches, dont :

- déterminer les orientations de politique générale en matière de santé et d'aide aux personnes, établir le budget et contrôler l'exécution ;
- approuver les conventions et les conventions de revalidation ;
- attribuer aux OA les ressources financières nécessaires ;
- définir les modalités pratiques suivant lesquelles les OA introduisent et justifient leurs comptes.

Iriscare forme en son sein quatre commissions techniques dans chacune desquelles les OA sont représentés :

1. La Commission « Accueil et prise en charge des dépendances » est compétente en matière de maisons de repos et maisons de repos et de soins, d'allocation pour l'aide aux personnes âgées, de centres de court séjour et centres de soins de jour, d'aide à domicile, de coordination de l'aide et des soins à domicile et de l'assurance autonomie.
2. La Commission « Santé mentale » est compétente en matière de MSP, d'initiatives d'habitations protégées et de secteur ambulatoire de santé mentale.
3. La Commission « Prévention et première ligne de soins » est compétente en matière de services intégrés de soins à domicile, de soins palliatifs, à l'exclusion de la plate-forme soins palliatifs, de réseaux locaux multidisciplinaires, d'assuétudes et de mesures de prévention.
4. La Commission « Personnes handicapées » est compétente en matière de politique à l'égard de personnes handicapées, en ce compris les aides à la mobilité.

L'ordonnance fixe également la gestion d'Iriscare, le financement, le budget et les moyens, le personnel et le contrôle.

I. Réforme du financement de la sécurité sociale

Plusieurs grandes réformes, dont la sixième réforme de l'État, ont rendu nécessaire la refonte du financement de la sécurité sociale : elle a été finalement menée par la loi du 18/04/2017. Trois types d'intervention de l'État fédéral dans le financement de la sécurité sociale sont prévus :

- un financement alternatif (prélèvement sur certains revenus fiscaux) qui vise dans le régime de sécurité sociale des salariés à compenser la réduction des cotisations sociales ;
- une dotation d'équilibre transparente et responsabilisante dont le montant est fixé chaque année, par régime de sécurité sociale. Cette dotation n'est pas fixée de façon automatique, le montant est déterminé après prise en compte du facteur de responsabilisation ;
- l'intervention de l'État classique (dotation), dont le montant est fixe et indépendant de la conjoncture. Cette dotation pourra augmenter avec un coefficient de vieillissement. Ce mécanisme vise un financement durable des dépenses de solidarité.

La réforme concerne en particulier la simplification du financement alternatif.

La dotation d'équilibre est la clé de voûte de la réforme du financement de la sécurité sociale. Son montant versé à l'ONSS Gestion globale pour l'année 2017 était initialement fixé à 2 635 834 milliers d'euros, mais a été relevé plus tard à 3 217 129 milliers d'euros.

Pour les travailleurs indépendants, le montant initialement prévu de 15 305 milliers d'euros a été complètement supprimé.

Pour l'année 2017, les montants du financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé sont de 3 605 202 milliers d'euros pour l'ONSS Gestion globale et de 360 745 milliers d'euros pour le Fonds pour l'équilibre financier du statut social des travailleurs indépendants.

J. Europe

- **TTIP et CETA**

Toutes les mutualités belges ont tiré la sonnette d'alarme en 2015 et 2016 concernant les accords de libre-échange européens avec le Canada (CETA) et avec les États-Unis (TTIP).

Elles ont remis en question dans les deux cas le caractère démocratique de ces deux accords commerciaux. Certaines analyses de l'impact éventuel du CETA et du TTIP sur le système belge de l'assurance maladie solidaire et sur la santé des citoyens européens vont même jusqu'à se demander si ces accords commerciaux sont sains.

Les dangers possibles sur lesquels nous voulions d'abord des explications sont :

- une privatisation des soins de santé et des services sociaux ;
- une hausse des prix des médicaments ;
- une limitation du pouvoir dévolu aux États membres de suivre une politique propre en matière de soins de santé, de prévention et d'assurance maladie ;
- un relâchement des normes concernant les produits chimiques et la sécurité alimentaire.

Avec l'arrivée de Donald Trump à la présidence des États-Unis, le TTIP a été rangé au placard pour l'instant.

La date solennelle de la signature du CETA était 27 octobre 2016. Afin de dissiper toute opposition, la commission européenne publia deux semaines avant une « explication interprétative ». Ce document devait apporter plus de clarté sur le dossier CETA qui comprend 1 600 pages, dont le message implicite était : « Vous ne l'avez pas bien comprise ! ». Mais cette déclaration n'ôta nullement les doutes et trois points noirs subsistèrent.

Concernant le système juridictionnel des investissements (ICS), les mutualités se posent des questions sur l'esquive des tribunaux nationaux et craignent un évidement des compétences des autorités nationales en matière d'organisation de leur assurance maladie et soins de santé.

Un deuxième point noir du CETA est que les mutualités sont mises sur le même pied d'égalité que les assureurs commerciaux et relèvent donc du champ d'application du CETA, malgré leur mission d'intérêt général. Cela va en contradiction avec la reconnaissance juridique des activités des mutualités, tant dans la législation belge que la législation européenne.

Enfin, l'exclusion des services d'intérêt général n'est pas explicitement assurée, lesquels sont tout de même essentiels dans des secteurs tels que les soins de santé et la protection sociale. Faire la clarté sur cette question serait un must.

C'est pourquoi nous avons appelé, avec toutes les mutualités belges, à ne pas encore signer le CETA. Seul Paul Magnette, le ministre-président wallon, a répondu à cet appel en refusant dans un premier temps de signer le traité, car plusieurs accords environnementaux et sociaux étaient trop opaques et surtout en raison du fait de définir l'ICS comme procédure pour régler les éventuels contentieux.

Paul Magnette reçut finalement in extremis quelques explications et le dossier épineux de l'ICS a été retiré en l'écartant provisoirement de l'accord. Les obstacles ont été levés et les parlements wallon et bruxellois et ceux des communautés germanophones et francophones purent ratifier le texte.

Heureusement, les réserves des mutualités ont véritablement été dissipées en même temps : la vigilance paye !

Le traité CETA a finalement été signé le 30 octobre 2016 à Bruxelles par le président du Conseil européen Donald Tusk et le premier ministre canadien Justin Trudeau.

Malgré les commentaires virulents de certains politiciens, nous rejoignons Paul Magnette dans son refus d'offrir son approbation au CETA avant d'obtenir une idée claire de toutes les conséquences. D'où mon appel à tous les partenaires dans les soins de santé : ne soyons ni pessimistes ni optimistes, mais soyons réalistes. De là aussi mon appel à toutes les instances européennes : il est temps d'agir dans le secteur social !

- **Europe : coordination des régimes de la sécurité sociale**

En décembre 2016, la Commission européenne a proposé une révision de la réglementation de l'Union en matière de coordination des régimes de la sécurité sociale.

La nouvelle proposition veut faciliter la libre circulation des travailleurs, tout en renforçant les outils dont disposent les autorités nationales pour lutter contre les risques d'abus ou de fraude. La proposition actualise les règles de l'Union dans les domaines suivants :

- les prestations de chômage ;
- les prestations pour des soins de longue durée ;
- l'accès des citoyens (économiquement) non actifs à des prestations sociales ;
- la coordination de la sécurité sociale pour les travailleurs détachés.

La Commission propose de renforcer les règles administratives en matière de coordination de la sécurité sociale pour les travailleurs détachés. Elle entend faire en sorte que les autorités nationales disposent des outils nécessaires pour vérifier le statut de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale et établit des procédures plus claires en matière de coopération entre ces autorités des États membres afin de faire face aux pratiques potentiellement déloyales ou abusives.

- **Entreprises socio-économiques**

Alors que souffle un vent d'euroscepticisme et que le Brexit est lancé, la Commission européenne veut montrer que l'Europe est bien plus qu'une construction économique et a dorénavant l'intention de s'engager dans l'économie sociale. Cette économie comprend de nombreuses entreprises et ASBL ayant pour but social de répondre à certains besoins de la société qui ne sont pas pris en charge par les mécanismes classiques du marché.

L'une des nombreuses formes d'entreprises socio-économiques est les mutualités. L'AIM (Association Internationale de la Mutualité), notre organisation coupole, travaille depuis de nombreuses années sur une reconnaissance européenne des mutualités, travail vain s'il en est pour l'instant. Pareille reconnaissance doit assurer une protection du secteur face à la concurrence d'entreprises commerciales et lui permettre d'opérer par-delà les frontières.

Le gros problème, cependant, est que les mutualités diffèrent sensiblement les unes des autres dans presque tous les pays européens. Elles ne peuvent même pas être créées dans six États européens (en Lituanie, en Estonie, en République tchèque, en Slovaquie, en Islande et au Liechtenstein).

Fin 2013, le Parlement européen adopta une résolution après des années de travail préparatoire visant à élaborer un statut européen, mais la nouvelle Commission Juncker fit marche arrière.

Fin avril 2017, l'AIM a lancé un appel afin d'adopter une reconnaissance générale des entreprises socio-économiques au sein de l'UE pour qu'elles puissent mieux se développer et travailler au-delà des frontières.

C'est avec une grande satisfaction que nous constatons que la Commission Juncker veut cette fois s'engager dans cette voie. Son Groupe d'experts sur l'entrepreneuriat social (GECES) a entretemps formulé plusieurs recommandations qui devront être mises en œuvre par les organisations sociales elles-mêmes. L'AIM, et donc aussi les Mutualités Libérales, sont fin prêtes à apporter leur collaboration.

Plus particulièrement, nous appelons la Commission à trouver une solution à la reconnaissance européenne des mutualités. Si cela s'avère impossible au niveau de tous les États membres, nous proposons une collaboration plus étroite entre ceux qui sont favorables à l'économie sociale.

4 CONCLUSION

Depuis la signature du Pacte pluriannuel avec les OA fin 2016, nous vivons une période de profonds changements que ce soit dans les soins de santé, dans le monde mutualiste, mais aussi au sein des Mutualités Libérales.

27 ans après la loi actuelle sur les mutualités, qui marquait déjà à l'époque un changement par rapport à la loi de 1894, nous sommes à nouveau à un tournant. Nous l'abordons avec confiance et y travaillons sans relâche.

Un autre tournant en pleine sixième réforme de l'État. Le transfert des différentes compétences en matière de soins de santé a d'importantes répercussions sur les mutualités mêmes qui œuvrent au nord comme au sud du pays pour son exécution. En Flandre, d'importantes tâches sont confiées aux caisses de soins. En Wallonie et à Bruxelles, la réglementation est toujours en cours d'élaboration.

Sans évolution, pas de croissance. Sans changement, pas d'évolution. Sans audace, pas de changement. Il est temps d'agir !

Ces changements ne doivent pas nous faire perdre de vue l'objectif final : le patient occupe une place centrale dans les soins de santé, sans exception aucune. Les soins de santé sont une donnée pluraliste dans un espace accessible à tous.

En tant que mutualités, nous contribuons indubitablement aux nouvelles visions et aux développements innovants des soins de santé, mais des visions audacieuses n'ont de sens que si elles sont partagées.

Il nous faut également trouver le courage, pour tous nos services complémentaires, de se faire accompagner par un partenaire externe tant à l'union nationale qu'aux mutualités – à l'instar de notre effectif. En 1995, nous donnions une première impulsion avec le RUG.

Nous devons nous montrer plus propagandistes sur le marché vis-à-vis de nos produits. Il faut par conséquent libérer les budgets.

Efficacité, rationalisation et centralisation sont les défis de demain.

Geert Messiaen
Secrétaire général

21 novembre 2017

la santé est la plus belle possession,
la satisfaction est le plus grand trésor,
la confiance est le meilleur ami.

5 Contents

1 Chapitre 1 : Introduction 1
2 Chapitre 2 : Aperçu de 2016 et 2017 7
A. Mutualités Libérales 7
- Services informatiques et soutien des utilisateurs 7
- Service prévention 8
- Effectif de membres 9
- Personnel 9
- Service juridique 10
- Tarification centrale 10
- Service financier 11
- Service d'audit interne 11
- Service économat 11
- Service communication 12
- Hôpital Plus 12
- Bâtiments 14

B. Mutualités 15
- Budget frais d'administration – fixes et variables 15
- Frais d'administration : évaluation des performances de gestion 16

Le nouveau système d'évaluation 16
Évaluation UNML sur 2016 16
Évaluation pour 2018 17
Les remèdes 18

- Audits sur le fonctionnement des mutualités 19
- Responsabilisation dépenses soins de santé 20
- Loi santé du 18/12/2016 21
- Publication des statuts 22
- Pacte pluriannuel avec les OA 22

C. Assurance indemnités 27

- Généralités 27
- Réintégration sur le marché du travail 28
- Indépendants 29

D. Assurabilité 31

E. Soins de santé 34

- Loi-programme du 25/12/2016 34
- Informatisation 34
- Régime du tiers payant 37
- Dossier médical global (DMG) 38
- Prestataires 39
- Soins de santé mentale 40
- Hôpitaux 44

F. Vision CIN 46

G. Frais de fonctionnement de l'Office de contrôle 46

3 Chapitre 3 : Thèmes actuels 47

A. Budget 2016 47

B. Budget 2017 49

C. Budget 2018 50

D. Accord national médico-mutualiste 2016-2017 51

E. Accords dentistes 52

F. Problèmes chez les kinésithérapeutes 53

G. INAMI : Cinquième contrat d'administration 54

H. La réforme de l'État et son impact sur les mutualités libérales 55

- Fédéral 55
- Flandre 56
- Wallonie 59

L'AViQ 59

Assurance autonomie, reconnaissance des OA et infrastructures hospitalières 60

L'actualité politique chamboule et retarde tout 61

Communauté française : agrément pharmaciens hospitaliers 61

- Bruxelles : Iriscare 61

I. Réforme du financement de la sécurité sociale 63

J. Europe 64
- TTIP et CETA 64
- Europe : coordination des régimes de la sécurité sociale 65
- Entreprises socio-économiques 65

4 CONCLUSION 67

5 Contents 69