

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

2ème AVENANT¹ AU DEUXIEME CONTRAT D'ADMINISTRATION 2006-2008

**ENTRE L'ETAT
ET L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-
INVALIDITE (INAMI)**

-

ANNEE 2009

¹ Le premier avenant au 2ème contrat d'administration a été conclu en 2007.

TABLE DES MATIERES

1. <u>AMELIORER LA GESTION DES DONNEES – ELABORER DES ETUDES</u>	7
ARTICLE 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA)	7
ARTICLE 9. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides	8
ARTICLE 10. Évaluation de l'impact financier d'une mesure prise dans le secteur des indemnités	9
ARTICLE 11. Pharmanet	10
ARTICLE N1. Développement de connaissances en matière d'incapacité de travail primaire : statistiques et études	12
ARTICLE 15. Responsabilisation des O.A. par rapport à leurs frais d'administration	13
ARTICLE N2. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé	14
ARTICLE N3. Coordination de l'étude sur la performance du système de soins de santé belge	15
2. <u>MODERNISER LA GESTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES</u>	17
ARTICLE 16. Exploitation de la banque de données relative à la « Reprise partielle d'activités autorisée»	17
ARTICLE 17. Dossier d'invalidité électronique	18
ARTICLE 20. Réforme du secteur des implants	19
ARTICLE 21. « My CareNet »	21
ARTICLE 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux	22
ARTICLE N4. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international	23
ARTICLE N5. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées	25
ARTICLE N6. Création de l'asbl e-Care	27
ARTICLE N7. Soutien des trajets de soins	28
ARTICLE N8. Montants de référence	32
ARTICLE N9. Observatoire de la mobilité des patients	33
ARTICLE N10. Nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leurs activités en officine publique	35
ARTICLE N11. Développement d'un statut OMNIO plus simple et plus accessible	36
3. <u>OPTIMISER ET RENFORCER LES MISSIONS D'EVALUATION ET DE CONTROLE & L'APPROCHE EN MATIERE DE FRAUDE SOCIALE</u>	39
ARTICLE 24. Audit et conseil en mutualités	39
ARTICLE 25. Évaluation médicale	41
ARTICLE 26. Code-barres unique	42
ARTICLE 27. Incapacité de travail primaire – Profils des médecins-conseils	43
ARTICLE 28. Flowdos	44
ARTICLE N12. Renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation	45
ARTICLE N13. Programme fraude sociale	46
4. <u>AMELIORER LE SOUTIEN AUX ORGANES</u>	51
ARTICLE 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général	51
ARTICLE 32. Rapports financiers pour la Commission de remboursement des médicaments	52
5. <u>RENFORCER LA COMMUNICATION EXTERNE</u>	53
ARTICLE 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM	53
ARTICLE 37a. Optimisation de l'accueil téléphonique	53
ARTICLE 37b. Module "Médecins" disponible via le site Internet de l'INAMI	55
6. <u>BONNE GOUVERNANCE</u>	56
ARTICLE 38a. Audit interne	56
ARTICLE 38b. Contrôle interne : projets BPM	57
ARTICLE 39. Comptabilité analytique	58
ARTICLE N14. Contrôle interne : développement et professionnalisation de l'évaluation et de la gestion des performances	59
ARTICLE N15. Gestion des plaintes	60
7. <u>DEVELOPPEMENT DURABLE</u>	63
ARTICLE N16. Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable	63
8. <u>SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE</u>	65

DISPOSITIONS PRELIMINAIRES

En exécution de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale et en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions ;

et

vu le contrat d'administration 2006-2008 entre l'Etat belge et l'INAMI tel que publié au Moniteur belge le 22 septembre 2006 ;

vu l'avenant 2007 au contrat d'administration 2006-2008 entre l'Etat belge et l'INAMI;

vu l'avis positif des organisations syndicales donné le 08 septembre 2008 lors de la réunion du Comité de concertation de base de l'INAMI ;

vu l'accord du Comité général de gestion de l'INAMI du 15 septembre 2008.

il a été convenu ce qui suit, pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009
et ce, entre :

- l'Etat belge, représenté par :

Laurette Onkelinx
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Inge Vervotte
Ministre de la Fonction publique
et des Entreprises publiques

Melchior Wathelet
Secrétaire d'Etat en charge du
budget et de la politique
familiale

et

- l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, représenté par :

Yolande Avontroodt
Présidente du Comité général de gestion

Johan De Cock
Administrateur général

Benoît Collin
Administrateur général adjoint

- les représentants désignés par le Comité général de gestion :

Bernadette Adnet

Eddy Van Lancker

Marcel Savoye

Ivo Van Damme

Patrick Verertbruggen

Jean Hermesse

Ce 2ème avenant au contrat d'administration 2006-2008 contient :

- La poursuite d'un certain nombre de projets issus du texte de base et pour lesquels de nouveaux engagements ont été formulés. Le rapport annuel 2007 (réunion de concertation du 07 avril 2008) et le rapport semestriel 2008 (réunion de concertation du 15 septembre 2008) relatifs à l'état d'avancement du contrat d'administration sont à la base de la formulation des engagements des projets existants ;
- Un certain nombre de nouveaux projets dont l'INAMI souhaite le lancement en 2009 et pour lesquels des engagements concrets pourront être réalisés cette année.

Ci-après, la liste des engagements répartis par domaines stratégiques :

1. AMELIORER LA GESTION DES DONNEES – ELABORER DES ETUDES

ARTICLE 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA)

Ce projet est la reconduction de l'art. 6 du contrat d'administration 2002-2004 et de son avenant 2005 ainsi que de l'art. 08 du contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Pour rappel, l'Institut reçoit annuellement des organismes assureurs des données concernant les séjours hospitaliers anonymisés, appelées données SHA.

L'objectif de ce projet est de poursuivre le respect des engagements issus des contrats d'administration précédents : diminuer les délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables tout en assurant la qualité, l'exhaustivité et la fiabilité des données SHA.

Enfin, soulignons que d'importants efforts ont été consentis afin de diminuer les délais de validation des données SHA mais aussi du couplage SHA-RCM.

L'objectif de ce projet dans le cadre du présent avenant est de poursuivre le respect des résultats-engagements issus des contrats d'administration 2002-2004 (+ avenant 2005) et 2006-2008 :

- Diminution des délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables. A la lecture du tableau de bord ci-dessous, il importe de constater que ce délai n'a cessé de diminuer depuis 2002.

Temps écoulé entre la date de réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative et la mise à disposition du fichier SHA.

Edition	Année	nbre mois (objectif)	nbre mois (réalisé)
Edition 6 (séjours 1998)	2000	10	4,3
Edition 7 (séjours 1999)	2001	10	3,8
Edition 8 (séjours 2000)	2002	9	3,3
Edition 9 (séjours 2001)	2003	9	3,4
Edition 10 (séjours 2002)	2004	6	1,0
Edition 11 (séjours 2003)	2005	6	1,0
Edition 12 (séjours 2004)	2006	3	2,7
Edition 13 (séjours 2005)	2007	3	1,6
Edition 14 (séjours 2006)	2008	3	ind

Ces efforts ne sont pas sans conséquence lorsque nous savons à que point la mise en œuvre ou l'évaluation d'autres projets sont liés à la mise à disposition de ces fichiers. Nous songeons notamment aux articles N6 (montants de référence) et 35 (forfaits médicaments en hôpitaux).

Liste des actions-engagements

1. Dresser à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité des données SHA (édition 15, séjours 2007). Date-limite: Dans un délai de 3 mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative.

Liste des résultats-engagements

1. Rendre disponibles, entre autres auprès de la Cellule technique INAMI – SPF Santé publique, des données SHA validées dans un délai de 3 mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative.

ARTICLE 9. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite de l'article 9 du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Comme mentionné dans le texte de base du Contrat d'administration, ce projet vise à informer l'ensemble des acteurs de l'assurance indemnité des raisons qui sous-tendent les développements constatés au niveau de l'évolution du nombre d'invalides. Durant la période 2006-2008, ce projet a fait l'objet d'une note annuelle, laquelle décrit ce qu'implique concrètement l'évolution du nombre d'invalides, en présentant quelques constatations, et expose certains facteurs permettant d'expliquer cette évolution (cf. notes CI n^{os} 2007/25 et 2007/102). Cette note devra être actualisée en 2009.

Liste des actions-engagements

1. Actualisation de la note relative aux facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides, pour le Comité de gestion et l'autorité de tutelle. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 10. Évaluation de l'impact financier d'une mesure prise dans le secteur des indemnités

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite de l'article 10 du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Comme mentionné dans le texte de base du Contrat d'administration, le Service des indemnités souhaite, par cet objectif, informer correctement l'autorité de tutelle et le Comité de gestion de l'incidence financière des mesures prises dans le cadre de l'assurance indemnités. Cette incidence financière doit être comparée à l'estimation établie afin de pouvoir évaluer la qualité des estimations budgétaires. L'autorité de tutelle peut de ce fait non seulement confronter les conséquences des décisions prises aux objectifs initiaux, mais également définir une stratégie à suivre, compte tenu d'un cadre budgétaire préalablement chiffré.

Durant la période 2006-2008, ce projet a fait l'objet d'une note annuelle (cf. notes CI n^{os} 2007/30 et 2008/02) qui décrit l'incidence financière des mesures prises pendant l'année X-1. En 2009, cette note devra également être actualisée en ce qui concerne les mesures financières prises en 2008.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger une note sur l'incidence financière des mesures prises en 2008 dans le secteur des indemnités, pour le Comité de gestion et l'autorité de tutelle. Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE 11. Pharmanet

Les engagements de cet objectif s'inscrivent dans la continuité de ceux du contrat d'administration 2002-2004 et de son avenant 2005 ainsi que du contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Depuis 1996, les offices de tarification transmettent au Service des soins de santé de l'INAMI, par l'intermédiaire des organismes assureurs, des données statistiques relatives au médicament. Ce réseau d'informations répond au nom de Pharmanet et porte exclusivement sur la prescription des médicaments remboursables dans le cadre de la médecine ambulatoire.

Si Pharmanet permet une évaluation du comportement de l'ensemble des médecins en matière de prescription des médicaments (tableaux de bord pharmaceutiques macro), il permet également à chaque médecin d'évaluer son propre comportement: en ce sens, Pharmanet vise donc à peser sur le développement de la prescription rationnelle sans s'immiscer dans ses traductions cliniques.

Cette double évaluation (générale et individuelle) est rendue possible par l'analyse d'informations statistiques qui permettent de savoir: quel médicament est prescrit à quel moment, par qui, à une personne de quel âge, de quel sexe, de quelle catégorie d'assuré, et affilié à quel organisme assureur.

L'évaluation de la prescription se fait dans le cadre du Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments (CEM) dans un but purement informatif. Des données sont ainsi mises à disposition du public via le site internet de l'INAMI: tableaux de bord pharmaceutiques publiés tous les ans, info-spot (sujet ponctuel) tous les trimestres, données chronologiques globales via un moteur de recherche, données par groupe de prescripteurs tous les ans. Le volet individuel de l'exploitation des données (transmission de leurs données personnelles aux prescripteurs) se fait dans le cadre du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ).

Les données de Pharmanet sont également exploitées dans le cadre:

- des besoins internes à caractère budgétaire: estimation de l'impact de certaines mesures, calcul des dépenses de l'assurance pour les médicaments de type x, etc.;
- du support aux travaux de la Commission de remboursement des médicaments (CRM): données mises à disposition des experts et des membres du secrétariat;
- du support aux travaux pour l'application uniforme de la législation dans tout le pays menés au sein du Conseil général;
- de la transmission de données à des tiers ayant introduit une demande jugée recevable par le CEM dans le cadre de travaux scientifiques ou didactiques.

Pour rappel également, étant donné que de nouveaux critères sont disponibles (identifiant anonymisé du patient,...), la richesse des informations à tirer des données « Pharmanet piste unique » est plus grande

L'intégration des petits risques des indépendants à partir du 1^{er} janvier 2008 rendra plus exacte et plus facile l'interprétation des données Pharmanet en termes de fréquence des traitements. Cette meilleure couverture introduit cependant une rupture dans les séries (accroissement d'environ 5,5%) dont il faudra tenir compte dans les comparaisons chronologiques.

Liste des actions-engagements

1. Publier trimestriellement sur le site web de l'INAMI un sujet ponctuel relatif à l'exploitation des données Pharmanet. Dates-limite: les 31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre 2009
2. Mettre à disposition les données 2007 par groupe de prescripteurs sur le site web de l'INAMI. Date-limite: le 30 juin 2009
3. Rédiger un rapport d'analyse globale du contenu des nouvelles données Pharmanet : répartition de la consommation dans les groupes thérapeutiques par sexe, âge, statut social,... ainsi que le coût des médicaments pour les bénéficiaires, les prestataires et l'assurance soins de santé. Date-limite: le 31 décembre 2009
4. Rédiger un rapport annuel budgétaire interne: panorama des mesures budgétaires dans le domaine du médicament dans le secteur ambulatoire; impacts budgétaires et méthodologies suivies. Date-limite: le 31 décembre 2009
5. Publier les tableaux de bord pharmaceutiques 2007 sur le site web de l'INAMI. Date-limite: le 31 décembre 2009
6. Intervenir auprès des organismes assureurs en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité: déposer au Comité de l'assurance et envoyer à chaque OA un rapport de synthèse sur les délais et la qualité (type d'erreurs, récurrence, ..) des données Pharmanet. Date-limite: le 31 décembre 2009
7. Rédiger, à l'attention des instances concernées, un document relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement. Ce texte sera synthétique (rapide à rédiger et à lire) et consacré à l'actualité. Les sujets abordés pourraient être par exemple:
 - les principaux groupes de médicaments responsables de la croissance des dépenses (dans le trimestre en cours, dans l'année en cours, etc.),
 - l'évolution (dépenses-volume-nombre de patients) de certains groupes spécifiques selon la nécessité de l'actualité (ex.: les statines),
 - classement des conditionnements ayant les dépenses les plus élevées,
 - évolution des génériques,
 - etc. (sujets à la demande).Dates-limite: Ce document sera réalisé dans le mois suivant la réception et la validation des données complètes du trimestre.

ARTICLE N1. Développement de connaissances en matière d'incapacité de travail primaire : statistiques et études

Le présent article comprend deux nouvelles actions-engagements qui constituent une extension d'un projet (article 14) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'article 14 du Contrat d'administration 2006-2008 visait à développer des indicateurs en incapacité de travail primaire (ITP) devant permettre au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) d'effectuer des contrôles ciblés et de qualité (cf. article 27 du Contrat d'administration 2006-2008). Concrètement, il y avait lieu d'établir des statistiques, notamment du nombre de jours ITP communiqués par les OA au niveau de l'alliance. Les résultats de ces statistiques sont communiqués au SECM qui peut comparer les données à celles contenues dans ses propres fichiers d'incapacité de travail. Il est proposé d'intégrer dans l'Avenant deux actions-engagements basées sur l'article 14.

Une première action-engagement concerne l'amélioration de l'exploitation des statistiques ITP par l'élaboration et la mise à disposition d'un rapport décrivant de manière synthétique les résultats des statistiques et comprenant un aperçu de l'évolution statistique dans le temps. Ce rapport sera joint aux données statistiques transmises au SECM et n'a pour but que de décrire les évolutions effectives, sans pour autant chercher des variables explicatives.

Une deuxième action-engagement résulte de deux ambitions du Service des indemnités à plus long terme :

- individualisation des données comptables relatives à l'incapacité de travail primaire ;
- réalisation d'une étude sur les facteurs explicatifs à l'origine de l'évolution du nombre de cas et de journées indemnisables en incapacité de travail primaire.

Ces ambitions ne sont pas réalisables à court terme vu les effectifs actuels du Service. L'élaboration d'un projet d'étude préparera en quelque sorte l'étude explicative en 2009. Dans le projet d'étude, les questions suivantes seront examinées :

- Quel sera l'objectif de l'étude des facteurs explicatifs de l'évolution de l'incapacité de travail primaire ? Quels éléments et quelles variables explicatives sont susceptibles d'être examinés dans cette étude ? Concernant le Service des indemnités, pensons d'emblée à l'évolution démographique, à l'évolution socio-économique, etc.
- Quelles données sont déjà disponibles à l'INAMI pour réaliser cette étude ? Et quelles données ou sources de données supplémentaires (banques de données internes ou externes, données des OA, etc.) sont nécessaires pour réaliser cette étude et individualiser les données relatives à l'incapacité de travail primaire ? Des entretiens de prospection seront déjà menés en 2009 avec les Unions nationales pour voir quelles informations supplémentaires

elles pourraient éventuellement fournir et dans quels délais. En fonction des possibilités, un délai réaliste pourra être fixé pour la réalisation de cette étude.

- Quels sont les efforts supplémentaires à fournir au niveau informatique et du personnel pour pouvoir honorer les engagements ? En fonction des possibilités, un délai réaliste pourra être fixé pour la réalisation de cette étude.

Liste des actions – engagements

1. Rédaction d'un rapport de synthèse sur l'évolution statistique de l'ITP (partie descriptive). Date-limite: 31 décembre 2009.
2. Élaboration d'un projet d'étude des facteurs explicatifs de l'évolution de l'incapacité de travail primaire. Date-limite: 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- Le délai de communication des fichiers par les OA ainsi que la qualité des fichiers constituent un risque externe pour la réalisation de l'action-engagement 1.

ARTICLE 15. Responsabilisation des O.A. par rapport à leurs frais d'administration

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite de l'article 15 du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. par rapport au montant de leurs frais d'administration, l'INAMI doit transmettre chaque année des informations à l'Office de contrôle des mutualités. Sur la base de ces données, l'Office de contrôle évalue les prestations de gestion des O.A. et des moyens financiers sont ôtés d'une partie de l'enveloppe attribuée (la partie variable des frais d'administration) lorsque des manquements sont constatés et en fonction de l'importance de ces manquements.

En 2006-2008, l'INAMI a veillé à :

- définir les données pertinentes concernant les critères d'évaluation prévus dans l'A.R. du 28.8.2002 ;
- communiquer dans les délais les données nécessaires à l'Office de contrôle. Pour ce faire, un tableau de bord a été établi et doit être actualisé chaque année ;
- se concerter régulièrement avec l'Office de contrôle ;
- évaluer en interne le système actuel :
 - quelle est la charge de travail du système actuel ?
 - le système a-t-il une incidence sur le bon fonctionnement des O.A. ?
 - quelles sont les éventuelles propositions de réforme du système actuel ?

En 2009, il faudra principalement prêter attention :

- à l'opérationnalisation des conclusions de l'évaluation interne effectuée ;

- à l'intensification de la concertation avec l'Office de contrôle des mutualités ;
- au maintien du principe de communication préalable des données aux O.A. ; et ce, avant le transfert des données à l'Office de contrôle. Cela permettra d'améliorer la qualité des données, d'éviter d'inutiles discussions par la suite et contribuera surtout à accélérer la procédure ;
- à un enrichissement des données dans l'A.R. actuel. Notons entre autres à ce propos une comparaison des données comptables et des données de trésorerie, afin d'améliorer la qualité de ces dernières.

Liste des actions-engagement

1. Transmettre les données dans les délais à l'Office de contrôle et actualiser le tableau de bord (données effectivement transmises concernant l'année 2008, et délais de transmission). Date-limite: 31 mars 2009.

ARTICLE N2. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Ce projet permettra de réaliser des analyses sérieuses et fiables basées sur des données régionales relatives aux dépenses en soins de santé. Le fait de disposer de données régionales et d'analyses de ces données apportera une plus-value dans le cadre du processus décisionnel en matière d'assurance maladie (en exécution de l'article 16, § 2, de la loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994). Il s'agit par exemple de l'identification de certaines prestations à haute variabilité et de la détection standardisée de dépenses qui s'écartent des moyennes.

Actuellement, les données régionales non standardisées mises à disposition sont des données de base brutes (coût et nombre de cas par bénéficiaire) par région, province et arrondissement. Ces données figurent également dans les rapports d'audit (cf. article 13 du deuxième CA).

Par ce projet, le Service des soins de santé veut :

- élaborer une méthodologie d'analyse standardisée des données de base (degré de détail, regroupement des dépenses, recommandations pour le développement de cartes géographiques), compte tenu des catégories spécifiques des effectifs. Certains facteurs pourront ainsi être neutralisés, ce qui rendra les analyses régionales plus fiables. Cette méthode vise une interprétation plus précise des variations régionales ;
- développer la standardisation des données disponibles relatives aux dépenses des 18 derniers mois.

Dès que cette méthodologie sera en place, un rapport actualisé sera périodiquement rédigé sur les données de l'année t, à la fin du dernier trimestre de l'année t+2. Pour

le premier rapport (données de 2006), la rédaction est prévue pour la fin du premier trimestre 2009. Les données du rapport seront complétées par des commentaires et des interprétations.

Le KCE sera prié de donner du feed-back sur la méthode développée.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé. Date-limite: 31 mars 2009.

ARTICLE N3. Coordination de l'étude sur la performance du système de soins de santé belge

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

La nécessité d'une meilleure coordination de l'information sur la performance de notre système de soins de santé est devenue apparente en Belgique vu notamment les initiatives internationales et les échanges de rapports annuels en la matière (e.a. OCDE, OMS). La nécessité d'une réflexion plus systématique sur ces résultats belges se fait également sentir, entre autres sur la base d'une perspective comparative internationale.

C'est la raison pour laquelle des représentants du SPF Sécurité sociale, du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'Institut scientifique de la Santé publique (ISP) et du Centre fédéral d'expertise (KCE) ont formulé une proposition commune en 2007. Il est notamment prévu de rédiger un rapport annuel sur la performance de notre système de soins de santé, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays. Ce rapport doit être rédigé de façon coordonnée. Il y a lieu en effet d'associer dans ce processus tous les acteurs compétents au niveau fédéral et fédéré. L'initiative proposée a d'emblée été accueillie favorablement par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, début 2008.

On entend par « performance du système de soins de santé » l'ensemble des interventions effectuées dans le cadre de problèmes spécifiques de santé ou de problèmes sociaux y associés. L'éventail des interventions comprend la prévention, le diagnostic, les dimensions curative et palliative et concerne les activités suivantes : surveillance ou monitoring, protection et amélioration de la santé, prévention de maladies et évaluation du système. Une bonne gestion du système des soins de santé nécessite une entente sur l'utilisation des normes de performance, une bonne collecte de données, un bon échange de données ainsi que des initiatives politiques cohérentes pour améliorer la performance du système et installer un système de monitoring et de rapport.

La rédaction du premier rapport d'étude (« rapport zéro ») sera préparée en 2008. La préparation de ce rapport comprend entre autres la fixation des objectifs de l'étude, la détermination de la méthodologie à suivre, l'approche au niveau de la communication et du rapport, etc. C'est en 2009 que l'étude sera alors effectivement réalisée. Le KCE et l'ISP sont responsables de l'étude même alors que l'INAMI est essentiellement responsable de la coordination administrative de l'étude.

Les actions-engagements mentionnées dans cet Avenant 2009 concernent, d'une part, un rapport intermédiaire au ministre des Affaires sociales sur l'état d'avancement de l'étude et, d'autre part, la communication au ministre du « rapport zéro » finalisé.

Liste des actions-engagements

1. Communication d'un rapport sur l'état d'avancement au ministre des Affaires sociales. Date-limite: 30 juin 2009.
2. Communication du premier rapport annuel sur la performance du système des soins de santé belge (« rapport zéro ») au ministre des Affaires sociales. Date-limite: 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- L'INAMI a une responsabilité de coordination pour cette action-engagement. L'étude même est réalisée par le KCE et l'ISP.

2. MODERNISER LA GESTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

ARTICLE 16. Exploitation de la banque de données relative à la « Reprise partielle d'activités autorisée »

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite d'un projet (article 16) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'article 16 du Contrat d'administration 2006-2008 avait pour but d'informatiser le transfert des données concernant la « reprise partielle de travail autorisée par le médecin-conseil » et, sur la base de ce transfert, de constituer et d'alimenter une base de données commune qui réponde aux besoins du SECM et du SI.

Conformément au planning actuel établi par toutes les parties concernées, le flux électronique pourra être mis en production à partir du 1^{er} janvier 2009. Dès ce moment, tous les nouveaux dossiers/toutes les nouvelles décisions seront intégré(e)s dans la banque de données via le flux électronique. Les dossiers actifs avant la mise en production (dossiers historiques) seront – si le planning actuel est respecté par les unions nationales – progressivement intégrés dans la banque de données en 2009 afin que l'ensemble des dossiers relatifs à la « reprise partielle d'activités autorisée par le médecin-conseil » puissent au final être intégrés dans la banque de données.

La suppression du flux papier était également prévue dans le cadre de la réalisation de l'article 16 du Contrat d'administration 2006-2008. Cette suppression ne pourra être opérée que si toutes les unions nationales peuvent fournir suffisamment de données de qualité via le nouveau flux électronique. En fonction de la qualité des données fournies par les OA, le support papier pourra être supprimé pour la fin 2009.

Le nouveau flux nous permet déjà de réaliser des statistiques détaillées sur la reprise partielle du travail. Même s'il ne sera possible d'établir des statistiques pertinentes que lorsque toutes les données auront été intégrées dans la banque de données, il sera cependant déjà possible en 2009 d'entamer les travaux relatifs au contenu et à la programmation technique de ces statistiques.

La réalisation du projet dépendant assez fort de la collaboration des OA, nous avons décidé de ne pas formuler d'actions-engagements concernant la suppression du flux papier ou concernant l'intégration des dossiers historiques. Une action-engagement sera toutefois formulée dans le présent article concernant la préparation du projet quant à son contenu et à ses aspects techniques afin de générer des statistiques relatives à la reprise partielle du travail. Cette action-engagement porte plus précisément sur 2 volets :

- Déterminer quelles statistiques seront générées sur la base des données de la banque de données (volet contenu) ;
- Programmer ces statistiques (volet technique).

Liste des actions-engagements

1. Développer (volets contenu et technique) un système qui doit permettre de générer des statistiques détaillées concernant la 'reprise partielle du travail'.
Date-limite: 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- Le projet est tributaire de la collaboration externe des OA pour la réalisation de la suppression du flux papier, l'intégration des dossiers historiques dans la banque de données électronique et la livraison de statistiques détaillées.

ARTICLE 17. Dossier d'invalidité électronique

Ce projet s'inscrit dans la continuité de l'article au même intitulé repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Actuellement, 70.000 dossiers sur 240.000 sont entièrement intégrés dans le système d'edid (dossier d'invalidité électronique). L'intégralité des dossiers des assurés de trois petits OA (200, 400 et 600 soit environ 12 % des dossiers d'invalidité) sont implémentés en edid. L'extension du projet edid à l'ensemble des fiches primaires de tous les OA (assurés n'ayant pas encore un dossier d'invalidité) a été réalisée, ainsi que l'intégration des indépendants dans le nouveau système (avec historique du dossier). Actuellement, tous les médecins habituellement présents (+/- 20) utilisent le programme edid en commission restreinte, ce qui permet la prise de 1000 à 2000 'décisions électroniques' par semaine. Notons aussi que le feedback de ces médecins semble assez favorable quant à l'utilisation de l'application edid et au progrès amené par les dernières versions du logiciel. Actuellement, plus de 50% des décisions médicales sont prises en edid.

Par ailleurs, sur base du tableau de bord de traitement des dossiers d'invalidité, nous pouvons constater une amélioration du délai de traitement des dossiers d'invalidité, tant pour les 'primaires' que pour les 'prolongations'.

Concernant le passage (scannage) de l'ensemble des dossiers d'assurés reconnus actuellement en invalidité ('dossiers actifs') en edid, un plan d'action relatif au « roll-out scanning e-dossiers » a été arrêté et devrait être opérationnel à partir du 1er janvier 2009 et prendra fin en septembre 2011.

Les avantages du passage total en edid sont nombreux :

- l'ensemble des dossiers sont traités d'une manière uniforme
- limitation des manipulations physiques – suppression des espaces de stockage
- suppression du coût du mainframe
- modules statistiques et tableaux de bord homogènes.

Il faut donc souligner qu'une grande partie du projet consistera en 2009 au scannage en masse de l'ensemble des dossiers-papier actifs. La réalisation de cette partie du projet implique un soutien par une firme externe vu le volume à scanner.

En vue de la réalisation de l'étude d'une possibilité de flux de documents électroniques de et vers les OA (prévue, dans le contrat d'administration 2006-2008, pour le 1er octobre 2008), un groupe de travail composé de membres des OA et de l'INAMI a déjà tenu plusieurs réunions techniques. Au niveau des flux sortants, un accord a été obtenu avec les OA afin de lancer un 'prototypage' des notifications des décisions directement via edid (File Transfert Protocol/FTP en transition et Carenet à terme). Des tests ont eu lieu avec quelques OA-pilotes. Même si l'idée est de faire évoluer les OA, et en concertation avec ceux-ci, vers le transfert via Carenet, nous nous devons de tenir compte du degré de maturité et de développement informatique de chaque union nationale. Autrement dit, pendant un certain délai (encore à fixer), les notifications des décisions pourraient être transmises selon les deux canaux existants : FTP ou Carenet. Au niveau des flux entrants (les fiches), les discussions doivent encore avoir lieu et la réalisation d'une étude de faisabilité s'impose dans un premier temps.

Autrement dit, en 2009, et en concertation avec les organismes assureurs, il y aura donc lieu de réaliser une étude pour définir les conditions et les modalités en vue de procéder à une transmission des documents électroniques provenant des organismes assureurs (input) et de généraliser la transmission électronique des décisions aux organismes assureurs (output).

Liste des actions - engagements

1. Scannage de masse : Mise en œuvre du plan d'action concernant le « roll-out du scanning e-dossiers » et permettant ainsi le traitement en edid, d'ici 2011, de l'ensemble des 'dossiers-papier actifs' c'est-à-dire des dossiers relatifs à des assurés reconnus actuellement en invalidité. Date-limite : 30 janvier 2009
2. Output : Prototypage des notifications vers les OA directement via edid avec un ou des OA- pilotes. Date-limite: 31 décembre 2009
3. Input : Réalisation d'une étude définissant les conditions et modalités en vue de procéder à la transmission par voie électronique des documents provenant des O.A. Cette étude sera effectuée lors de réunions de concertation avec les OA. Date-limite : 31 décembre 2009

Facteurs d'environnement

- Collaboration des OA, en particulier des médecins-conseil

ARTICLE 20. Réforme du secteur des implants

Le présent article est une adaptation du projet (article 20) inscrit dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Les engagements mentionnés ci-dessous comportent une adaptation de la date-limite des engagements 3 et 4 actuels (soit les engagements de l'Avenant 2007). L'engagement 3 est lié au volet 1 (partie b) et l'engagement 4 au volet 2, comme mentionné dans l'Avenant 2007.

Le volet 1, partie b, concerne la nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, et la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ». Cette commission a été mise en place dans le cadre du deuxième CA. La procédure de remboursement était prévue pour 2009, et plus précisément la présentation du projet de texte relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement (volet 1, partie b), la date-limite étant la date de la première réunion du Comité de l'assurance en 2009. Il a été demandé dans le rapport semestriel de 2008 d'ajuster la date-limite de cet engagement, la procédure de notification devant courir pendant 1 an (à compter de sa mise en production) pour disposer d'une 1^{re} version de la liste des produits notifiés. La nouvelle procédure de remboursement doit également être prête à ce moment-là. L'engagement 3 stipule désormais que le projet d'AR relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement doit être présenté au Comité de l'assurance au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la procédure de notification.

Le volet 2 traite du système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables :

- a. Développement d'une application Internet
- b. Sur le plan juridique, rédaction des textes nécessaires concernant l'échange de données et élaboration des dispositions relatives à la protection de la vie privée
- c. Développement et gestion de la banque de données

Une adaptation de la date-limite nous semble nécessaire vu les retards occasionnés dans ce volet par des facteurs externes. Ces facteurs retardateurs avaient déjà été signalés dans le rapport annuel de 2007 relatif au 2^e contrat d'administration et dans le rapport semestriel de 2008. Concrètement, le développement de l'application ICT relative au système générique d'enregistrement des données médicales (les implants – défibrillateurs cardiaques – constituant un projet pilote) a été influencé par les facteurs environnementaux suivants :

1. le cadre légal pour l'enregistrement et l'échange des données électroniques et pour l'autorisation donnée par le patient
2. l'organisation des flux de données et des rôles respectifs de e-health et Carenet/MyCaret.

Ces points sensibles sont traités par le groupe de direction du programme e-Care, composé de représentants de l'INAMI, de la SMALS, du CIN et de la fondation contre le cancer.

En raison de la présence de ces facteurs externes, la date-limite du 31 décembre 2008 est reportée au 1^{er} juillet 2009.

Liste des actions-engagements

1. Soumettre au Comité de l'assurance le projet d'AR relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement. Date-limite : au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la procédure de notification.
2. Développer l'application Internet (noyau) de sorte que le dispensateur de soins puisse introduire les données dans le cadre de l'application de la nomenclature via un enregistrement en ligne et qu'il reçoive alors un accusé de réception (code). Ce code doit permettre aux organismes assureurs de vérifier les données de leurs bénéficiaires (volet 2). Date-limite : 1^{er} juillet 2009.

ARTICLE 21. « My CareNet »

Le présent article comporte un engagement prévu dans le cadre d'un projet (article 21) du Contrat d'administration 2006-2008, mais non encore réalisé du fait de circonstances externes.

Contexte

Le Contrat d'administration 2006-2008 prévoyait un projet (article 21) relatif à l'opérationnalisation de la mise à disposition de services à valeur ajoutée dans le cadre de l'application de l'assurance obligatoire (e.a. par « My CareNet » via BeHealth). Mi-2008, le cadre légal nécessaire a été créé pour permettre la mise en place de My CareNet, plus précisément en adaptant l'article 159bis de l'arrêté royal du 3.7.1996 (publication au M.B. : 24.6.2008).

Avant de procéder à l'opérationnalisation effective de My CareNet, l'infrastructure technique doit être développée au niveau du CIN. Pour la rédaction de l'Avenant 2009, nous sommes partis du principe que la phase de production pourrait être lancée durant le premier trimestre 2009. La date précise de mise en service de My CareNet est importante pour déterminer quand informer les acteurs concernés au sujet des nouvelles directives, par circulaire et via le site Internet de l'INAMI. Cet engagement, prévu dans le Contrat d'administration 2006-2008, n'a donc pas encore pu être réalisé en raison de facteurs externes. Conformément à l'action-engagement initiale, l'INAMI devait diffuser ces informations trois mois avant l'entrée en vigueur des nouvelles directives, soit trois mois avant la mise en production de l'infrastructure technique.

La mise en place d'un plan de communication et de directives officielles pour le premier groupe cible (les praticiens de l'art infirmier à domicile, services et indépendants) est déjà en préparation à l'INAMI, mais leur finalisation et leur communication dépendront donc de la mise en production effective de l'infrastructure technique de My CareNet. La responsabilité incombant au CIN, l'impact de l'INAMI est limité. Il en va de même pour l'organisation de l'accès technique à My CareNet. En principe, l'infrastructure technique pour l'accès à My CareNet doit être développée dans le cadre de e-Health. À l'heure actuelle, l'accès est encore organisé projet par projet pour quelques projets pilotes parmi les dispensateurs de soins à domicile. La situation ne sera cependant plus tenable si l'ensemble du secteur des soins infirmiers à domicile intègre My CareNet. Le développement

technique de e-Health a de ce fait une incidence non négligeable sur le projet My CareNet.

Liste des actions-engagements

1. Informer tous les acteurs concernés, par circulaire et via le site Internet, des nouvelles directives concrètes relatives à My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation...). Date-limite: 3 mois avant que l'infrastructure technique soit opérationnelle.

Facteurs d'environnement (condition suspensive)

- La réalisation de l'action-engagement dépend du développement de l'infrastructure technique au niveau du CIN.
- Les progrès techniques relatifs aux modalités d'accès aux applications via e-health ont une incidence non négligeable sur le projet My CareNet.

ARTICLE 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux

Ce projet reprend le dernier engagement déjà repris dans le contrat d'administration 2006-2008. En raison des multiples tâches au sein du service (soutien à la Multipartite, montants de référence,...), nous attirons toutefois l'attention sur le fait que nous souhaitons disposer de six mois, au lieu des trois prévus initialement dans le contrat, pour procéder à l'évaluation du système.

Contexte

Depuis le 1er juillet 2006, les hôpitaux aigus (comptant au moins un service C, D et/ou E) appliquent un système de remboursement forfaitaire de spécialités pharmaceutiques administrées, par séjour, quelle que soit la consommation réelle. La base de la forfaitisation figure dans cinq arrêtés royaux relatifs :

- au calcul des forfaits ;
- à la fixation de l'intervention de l'assurance, application au chapitre IV et critères de la liste d'exclusion ;
- à la réglementation en matière de quote-part personnelle ;
- à la fixation de la liste d'exclusion des codes ATC ;
- à la création d'un groupe de travail permanent au sein de la CRM (Commission de remboursement des médicaments).

La liste des spécialités pharmaceutiques précise quelles spécialités sont exclues de la forfaitisation. Ainsi en est-il notamment et à titre d'exemples d'une série de produits spécifiques exclus d'office (les médicaments orphelins, les cytostatiques, les immunoglobulines, l'albumine, les médicaments anti-SIDA). Les radio-isotopes sont également exclus. Cette liste peut être modifiée sur proposition du groupe de travail permanent.

Il est important de souligner que cette liste est mise à jour mensuellement et mise à disposition notamment via notre site web. Outre le calcul annuel du nouveau forfait

basé sur les données les plus récentes et l'analyse des dossiers de contestation introduits par certains hôpitaux, cette actualisation de la liste constitue donc une activité importante du service dans le cadre de ce dossier.

L'essentiel de ce projet devait et a déjà été réalisé en 2006 :

- Le 1^{er} engagement (31 mars 2006), à savoir la rédaction des projets d'arrêtés royaux liés à la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques remboursables dans les hôpitaux ;
- Les 2^{ème} et 3^{ème} engagements (30 avril 2006 et 31 mai 2006), à savoir les préparatifs nécessaires pour que le système soit opérationnel à partir du 1^{er} juillet 2006 (mise en place du nouveau système de facturation et communication aux organismes assureurs et aux hôpitaux du montant du forfait à facturer ainsi que de toutes les informations nécessaires relatives au calcul du forfait).

Lorsque les données couplées RCM-SHA concernant la première année de forfaitarisation (2006) seront disponibles au sein de la Cellule technique, c'est-à-dire début 2009 (SHA, édition 14), il conviendra (4^{ème} et dernier engagement), trois mois plus tard, de procéder à une évaluation de ce système de forfaitarisation et de déposer un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance). Ceci dit, le Service compte aussi se baser sur les documents PH (médicaments délivrés par l'officine hospitalière) afin d'évaluer l'impact de ce système de forfaitarisation.

Liste des actions-engagements

1. Lorsque les données couplées RCM-SHA concernant la première année de forfaitarisation seront disponibles au sein de la Cellule technique (début 2009), procéder à une évaluation de ce système de forfaitarisation et déposer un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance).
Date-limite: X+6 mois

ARTICLE N4. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international

Ce nouveau projet se poursuivra dans le cadre du 3^{ème} contrat d'administration 2010-2012.

Contexte

Ce projet a pour objectif d'informatiser et d'optimiser le traitement des dossiers d'invalidité dans le cadre international et donc d'en améliorer la qualité et les délais.

La section 'Conventions Internationales' du Service des Indemnités traite les demandes de pension d'invalidité introduites par des assurés ayant exercé une activité professionnelle en Belgique et à l'étranger.

Cette activité s'exerce dans le cadre légal suivant :

- les Règlements européens 1408/71 et 574/72 pour les assurés ayant travaillé en Belgique et dans un ou plusieurs états membres de la Communauté européenne. Un nouveau Règlement européen 883/04 doit entrer en vigueur courant 2010,
- des conventions bilatérales conclues entre la Belgique et un état tiers (les Etats-Unis, le Canada, le Maroc par exemple).

En collaboration avec les organismes assureurs et les organismes étrangers, la section :

- calcule les proratas de pension d'invalidité à charge de l'Assurance maladie invalidité belge,
- rédige et notifie les décisions aux assurés sociaux,
- effectue les règlements financiers (arrérages).

La section, occupant 19 personnes (17,30 ETP), gère environ 900 nouvelles demandes et réceptionne 10.000 courriers par an.

La section est engagée dans un processus de modernisation basé sur trois axes :

- amélioration du traitement des dossiers (simplifications administratives, développement d'outils de gestion des risques et de la qualité des activités dans le respect des dispositions de la Charte de l'Assuré social),
- développement d'un plan de formation et mise en place d'une gestion documentaire (systématisation d'un plan de formation pour les nouveaux agents, organisation de sessions d'information 'règlements européens', actualisation permanente des connaissances en cas de modification de la législation).
- développement d'un réseau de coordination avec les organismes assureurs (création d'une plateforme d'information pour répondre aux questions ponctuelles et assurer les formations dans le cadre du nouveau Règlement européen).

Une bio-analyse est actuellement en cours de rédaction dans le cadre du projet BPM (Business Process Management). La description 'To be' propose les améliorations suivantes dans le traitement des dossiers:

- rationalisation du workflow,
- mise en place d'échéanciers et de tableaux de bord,
- simplification, adaptation et uniformisation des lettres type,
- développement d'un outil statistique fiable.

Ces améliorations nécessitent la création d'un support informatique adapté. La section Conventions Internationales dispose actuellement d'un module de calcul isolé. Il conviendrait de le moderniser, de l'intégrer à edld (cfr l'article 17 du contrat d'administration 2006-2008 et du présent avenant 2009) et de lui adjoindre :

- en début de processus, un outil de gestion du courrier entrant,
- en fin de processus, un module de création du courrier sortant,
- un module statistique.

Liste des actions - engagements

1. Développer un réseau de coordination avec les organismes assureurs. Date-limite : 30 juin 2009
2. Création d'un échancier et de tableaux de bord en vue de pouvoir évaluer, à partir de 2010, la qualité, la fiabilité et les délais de traitement des dossiers. Date-limite : 31 décembre 2009

Facteurs d'environnement

- Collaboration des organismes assureurs dans le cadre du réseau de coordination

ARTICLE N5. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

À la Conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2005, un protocole d'accord a été conclu pour la troisième fois entre l'Autorité fédérale et les Communautés et Régions dans le cadre de la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées. Ce troisième protocole d'accord (1.10.2005 – 1.10.2010) stimule le développement de formes de soins alternatifs et de soutien. En concertation avec l'Autorité fédérale, les Communautés et Régions doivent, sur la période couverte par le troisième protocole d'accord, consacrer 20 % des ressources disponibles à la création de formes de soins alternatifs et de soutien.

Par analogie avec les projets thérapeutiques dans le secteur de la santé mentale, les autorités publiques ont préféré que les acteurs sur le terrain formulent eux-mêmes des projets de soins alternatifs et des projets de soutien plutôt que de les imposer elles-mêmes. Le 28 juillet 2008, le Comité de l'assurance a approuvé un projet d'arrêté royal en exécution de l'article 56 de la loi AMI. Dans ce projet d'arrêté royal sont notamment prévus : la procédure de sélection, le rapport et l'échange de données prévus ainsi que le mode de financement des projets.

Outre un projet d'arrêté royal, le Comité de l'assurance a également approuvé un certain nombre de propositions pour la réalisation concrète du projet d'arrêté royal. Ces propositions concernent entre autres la formulation d'objectifs et la fixation de critères formels relatifs au contenu auxquels doivent répondre les projets, la description de l'intervention, les éléments devant figurer dans un Convention avec le Comité de l'assurance, le planning jusqu'en 2015 et le financement progressif des projets.

Il est difficile d'évaluer l'incidence administrative de l'arrêté royal car celle-ci dépend en effet du nombre de projets qui sera introduit. L'exécution de l'arrêté royal génère entre autres les tâches administratives suivantes pour l'INAMI :

- chaque proposition de projet devra être examinée sur la base des critères formulés dans l'arrêté royal. Des jurys devant encore être composés au sein de l'INAMI se chargeront de les examiner.
- Pour chaque projet sélectionné, il y a lieu d'établir un Convention personnalisée qui devra être approuvée par le Comité de l'assurance.
- Pour chaque projet sélectionné, il y a lieu de prévoir un accompagnement et un suivi. L'accompagnement et le suivi sont assurés par des rapports intermédiaires qui donneront lieu à une adaptation de l'intervention et à d'autres mesures de correction.
- En collaboration avec l'équipe universitaire, établir un document contenant des propositions de projets. Les idées concernant le renouvellement de soins pourront être traduites en un ensemble structuré (lois, décrets, réglementation,...).

Toutes ces étapes seront réalisées en étroite collaboration avec tous les partenaires via un groupe de travail du Comité de l'assurance spécialement créé à cet effet.

Un premier appel aux projets sera lancé en octobre 2008. Au cours du premier trimestre de 2009, ces projets seront évalués par des jurys au sein de l'INAMI. Une proposition de sélection et de répartition en deux phases d'exécution sera soumise au Comité de l'assurance.

Liste des actions-engagements

1. Soumettre une proposition de projets sélectionnés (en deux phases) au Comité de l'assurance. Date-limite: 30 juin 2009.
2. Rédiger un premier rapport de suivi à l'intention du Comité de l'assurance. Date-limite: 31 décembre 2009.

Facteurs d'environnement (condition suspensive)

- Le projet d'arrêté royal qui a été approuvé par le Comité de l'assurance le 28 juillet 2008 suit la procédure d'avis et d'approbation requise. La liste des actions-engagements a par conséquent été établie sous réserve de l'approbation de l'arrêté royal et de sa publication au Moniteur belge.
- Comme stipulé à l'article 24 du projet d'arrêté royal, les Conventions ne pourront être conclus qu'après approbation par le Comité de l'assurance, sur proposition de son groupe de travail, de la liste des données à enregistrer et des instruments à éventuellement utiliser.

ARTICLE N6. Création de l'asbl e-Care

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le projet de loi portant **création et organisation de la plateforme e-Health**, en tant qu'institution publique de sécurité sociale, a été approuvé par le Sénat. Cette plateforme e-Health est un système sécurisé pour l'échange de données entre tous les partenaires intéressés des soins de santé (dispensateurs de soins, établissements de soins, mutualités, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, l'INAMI et les services publics des régions et communautés). Elle permettra à tous ces partenaires d'échanger des informations de façon sécurisée et dans le respect de la protection de la vie privée (ex. échange électronique de données de dossiers médicaux entre dispensateurs de soins et patients, introduction de demandes électroniques pour obtenir un accord du médecin-conseil en vue de dispenser certains soins, prescription électronique de médicaments,...).

L'objectif d'e-Health est d'améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité du patient en permettant l'échange organisé d'informations pertinentes sur le patient et les soins dispensés. E-Health présente également l'avantage de contribuer à la simplification des formalités administratives pour les patients, les dispensateurs de soins et les établissements de soins. Enfin, e-Health permettra également de soutenir la préparation et l'évaluation de la politique de santé en décortiquant les informations émanant d'études et d'analyses.

Le même projet de loi prévoit la création de l'**asbl e-Care** par l'INAMI et l'État, sur la base du mandat qui leur a été conféré pour ce faire et en collaboration avec les mutualités et les organisations de dispensateurs et d'établissements de soins.

Par analogie avec le registre cancer, une association sera mise en place au sein de laquelle divers acteurs pourront, de façon organisée et structurée, se mettre d'accord sur la collecte, le traitement et la mise à disposition de données cliniques déterminées. Il s'agit en l'occurrence de la gouvernance concrète de certains flux de données à l'aide d'une structure générique et flexible. Concrètement, des accords seront passés concernant la fixation des modalités et la définition des flux de données et des utilisateurs, etc. Naturellement, lors de l'élaboration du projet, toutes les règles et législations en matière de protection de la vie privée seront respectées.

Toutes les parties prenantes sont représentées dans cette association, à savoir :

- l'État belge,
- l'INAMI,
- les organismes assureurs,
- les organisations représentatives des établissements de soins,
- les organisations représentatives des médecins,
- d'autres organisations représentatives de dispensateurs de soins,
- ainsi qu'un représentant de la plateforme e-Health.

L'asbl e-Care peut être chargée de :

- l'organisation des flux de données électroniques pour la collecte, le traitement et la mise à disposition de certaines données cliniques relatives aux prestations prises en considération pour l'intervention par l'assurance SSI ;
- l'organisation de registres relatifs à différents domaines cliniques ;
- l'obtention et la mise à disposition de données codées et anonymes au Centre fédéral d'expertise et aux institutions et associations scientifiques, en vue de la réalisation d'études scientifiques.

L'association même ne dispose pas de son propre système informatique et ne peut par conséquent pas assurer elle-même de tâches opérationnelles. Pour l'organisation concrète des flux de données électroniques et des registres, l'asbl pourra faire appel aux services d'un ou plusieurs de ses membres (comme la plateforme MyCarenet des mutualités) ou aux services de la plateforme e-Health.

L'asbl trouve sa principale source de financement dans une dotation annuelle inscrite au budget du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, ainsi que dans un montant annuel à charge des frais d'administration de l'INAMI et dans les revenus tirés de certains services.

Dans l'avenant, l'INAMI souhaite prendre comme engagement pour 2009 la réalisation concrète de la création de l'asbl e-Care (fixer les statuts et prévoir l'encadrement logistique et les moyens RH nécessaires).

Liste des actions-engagements

1. Rédiger le document constitutif (statuts,...) de l'asbl e-Care. Date-limite: 31 mars 2009.
2. Mettre à disposition les moyens logistiques et RH pour rendre e-Care opérationnel. Date-limite: 31 mars 2009.

Facteurs d'environnement

- Participation de tous les acteurs concernés.

ARTICLE N7. Soutien des trajets de soins

Le présent article se rapporte à un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Les trajets de soins visent à obtenir une meilleure collaboration des médecins s'occupant d'un patient ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins qui lui sont dispensés. Il s'agit de parvenir à un meilleur échange de données entre les dispensateurs de soins (médecins généralistes, médecins spécialistes et autres professionnels de la santé) et ce, pour des groupes de patients nécessitant des soins complexes. Autrement dit, les soins dispensés au patient doivent être suivis et coordonnés.

Le patient est surtout encouragé par le fait que la plupart des consultations lui seront intégralement remboursées. D'autres avantages peuvent également être octroyés à des groupes spécifiques de patients. Le médecin généraliste et le médecin spécialiste concluent un accord de partenariat et reçoivent des honoraires forfaitaires.

Pour soutenir ces trajets, on prévoit aussi le développement d'une collaboration multidisciplinaire locale et régionale dans laquelle le cercle de médecins généralistes joue un rôle central, ainsi que la création de modules adaptés dans le dossier médical électronique.

Le patient, le médecin généraliste, le réseau multidisciplinaire et le médecin spécialiste - qui communiquent tous entre eux -, se voient attribuer un rôle déterminé en fonction d'objectifs bien définis. Ce rôle peut différer en fonction de l'affection concernée.

Au sein des trajets de soins, des procédures sont proposées, dérivées des recommandations de bonne pratique. Ces procédures mettent l'accent sur les soins dispensés en ambulatoire et tentent de freiner spécifiquement les facteurs se rapportant à l'évolution et à l'aggravation de la maladie. Ces procédures permettent aussi une adaptation du traitement et un suivi multidisciplinaire. L'approche multidisciplinaire donne la possibilité d'utiliser les compétences les plus appropriées au type d'intervention.

Les médecins généralistes, les spécialistes et les patients sont liés par un contrat dans lequel figurent les droits et les obligations de chacun. Les organismes assureurs contribuent à l'application de ces droits, par exemple en payant les honoraires forfaitaires et en prolongeant le trajet de soins.

Les tâches du médecin généraliste :

1. Assurer la coordination.
2. Identifier le patient dans le projet, l'informer et le prendre en charge.
3. Remettre aux OA la convention conclue par les trois parties.
4. Gérer le DMG du patient.
5. Échanger des données avec le médecin spécialiste.
6. Rédiger un plan de soins individuel et multidisciplinaire et en assurer le suivi.
7. Développer et communiquer des données épidémiologiques et des données relatives à l'évaluation de la qualité.

Les tâches du médecin spécialiste :

1. Assurer le suivi du patient.
2. Échanger des données.
3. Collaborer avec le médecin généraliste, être disponible pour le médecin généraliste et le coacher.
4. Conclure un accord de partenariat avec le réseau multidisciplinaire local.

Les obligations du patient :

1. Participer activement à la perception de sa maladie, à son traitement et à son suivi.

2. Donner son accord pour l'échange d'informations entre le spécialiste et le médecin généraliste. Donner son accord pour l'emploi de ces informations à des fins épidémiologiques.
3. S'engager à consulter son médecin spécialiste au début du trajet de soins et au cours des deuxième et troisième années du trajet de soins.

Les tâches du réseau multidisciplinaire local :

1. Soutenir le trajet de soins, en tant que système, plus spécifiquement en créant et en gérant un réseau dans lequel les rôles respectifs sont clairement définis et joués par chacun des acteurs dans son domaine.
2. Soutenir le "rôle de coordination" du médecin généraliste.
3. Promouvoir la communication entre tous les partenaires, y compris l'information au patient.
4. Appuyer la compilation de données.
5. Assurer l'éducation du patient.
6. Étudier les priorités de santé locales.
7. Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins au niveau local.

Les tâches des organismes assureurs :

1. Assurer la communication globale aux membres.
2. Effectuer le paiement justifié des honoraires forfaitaires pendant l'initiation et la prolongation du trajet de soins.
3. Veiller à ce que les droits du patient soient respectés (par exemple au niveau du ticket modérateur et du remboursement des prestations spécifiques)

En résumé, l'approche concrète du projet "trajets de soins" est axée sur les thèmes suivants :

1. L'enregistrement uniforme des données médicales et administratives du patient.
2. L'utilisation de ces données pour le suivi de chaque patient (aussi pour le dépistage des patients à risque) et pour l'évaluation de l'approche effectuée par le médecin.
3. La mise à disposition des données aux autres dispensateurs de soins (rapports, accès aux dossiers,...).
4. L'utilisation des données (anonymisées) afin de pouvoir évaluer les trajets de soins conformément à la politique. Il s'agit d'une évaluation scientifique du trajet pour laquelle la médico-mut déterminera quelles données devront être communiquées par type de trajet de soins.
5. L'amélioration de l'efficacité administrative (élaboration de documents sur la base de toutes les données adéquates disponibles).

La Commission nationale médico-mutualiste a marqué son accord sur la concrétisation du trajet de soins pour les patients souffrant du diabète de type 2 et pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. Il s'agit d'environ 72000 patients diabétiques et de 6000 patients souffrant d'insuffisance rénale. Pour pouvoir bénéficier d'un trajet de soins, le patient doit remplir les critères médicaux déterminés par la médico-mut.

Le succès de ce projet dépendra de trois conditions : une informatisation pointue, une équipe multidisciplinaire locale et un plan de communication. Dans l'Avenant 2009, nous souhaitons nous consacrer principalement au développement d'un solide plan de communication, à la réalisation d'une série d'objectifs de communication opérationnelle et à la conclusion de conventions avec quelques réseaux multidisciplinaires locaux. Le plan de communication vise à convaincre les partenaires de l'importance des trajets de soins pour le patient afin d'obtenir une bonne collaboration et leur plein appui.

En ce qui concerne le volet communication, l'INAMI créera un groupe de communication et un centre de communication internes. Concrètement, ils seront chargés, entre autres, des actions suivantes :

- Récolter les courriels et y répondre.
- Transformer les courriels en information utile au groupe de communication.
- Évaluer les besoins sur le terrain au niveau de la communication et du matériel didactique.
- Créer du matériel didactique, donner des références.
- Dresser des listes des coordonnées de médecins spécialistes.
- Rassembler les offres de structures et les candidatures de personnes pouvant assurer le processus de communication local.
- Organiser des réunions locales.
- Gérer les paiements.
- Et faire rapport à la médico-mut.

Une plateforme "peers" (groupe de travail composé d'acteurs sur le terrain, de cercles, de GLEM, des SISD, du RML, de spécialistes) sera créée qui devra promouvoir la communication et la formation au niveau local.

3 documents de communication seront également rédigés :

- Un document concernant le trajet de soins destiné aux médecins généralistes, aux spécialistes et aux cercles de médecins généralistes. Dans ce document, il sera essentiel de communiquer que le trajet de soins du diabète sera la première phase fondamentale d'un processus de changement total des soins de santé dispensés aux patients atteints d'affections chroniques.
- Un document qui se rapportera surtout aux réseaux multidisciplinaires locaux et qui sera destiné aux dispensateurs de soins de première ligne ; il sera envoyé aux cercles de médecins généralistes, aux spécialistes et aux SISD.
- L'information du patient, une partie en sera assurée par l'INAMI, l'autre par les organismes assureurs et par les associations du diabète néerlandophones et francophones.

Du matériel didactique sera créé et, par ailleurs, l'organisation sera soutenue par la boîte aux lettres électronique, les réunions d'information payantes organisées par les RML, par les figures-clés Domus, la SSMG et les diabétologues.

Notons par ailleurs l'investissement dans une politique de communication scientifique et organisationnelle par vidéo. Sur le site web de l'INAMI, il sera possible de visionner certaines réunions "peer to peer", des interviews de personnes-clés et

quelques exposés consacrés à l'explication des aspects organisationnels et scientifiques du trajet de soins.

Des sessions de formation seront également organisées pour les personnes qui souhaitent organiser des réunions d'information locales, les animateurs des GLEM, les membres des organisations scientifiques, les membres des cercles, les membres des réseaux multidisciplinaires locaux et les médecins intéressés.

Enfin, le plan de communication des organismes assureurs sera chronologiquement intégré de sorte que les médecins et les patients soient en phase.

Liste des actions-engagements

1. 3 mois après la signature de l'arrêté royal par le Roi (=X), l'INAMI réalisera les actions-engagements suivants :
 - a. Rédaction d'une brochure d'information générale
 - b. Rédaction d'une brochure spécifique au sujet du diabète
 - c. Rédaction d'une brochure spécifique au sujet de l'insuffisance rénale.
 - d. Rédaction d'une brochure spécifique au sujet des réseaux multidisciplinaires.
 - e. Développement d'un site web avec, entre autres, les FAQ (questions fréquemment posées).

Date-limite : X+3 mois.
2. Conclusion de conventions avec quelques réseaux multidisciplinaires locaux (rédaction de textes, négociations, gestion des conventions) et ce, 3 mois après l'approbation par le Comité de l'assurance de la nouvelle version (adaptée) du projet de texte des conventions (=X). Date-limite : X+3 mois.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des associations de médecins, des cercles de médecins généralistes et des hôpitaux.

ARTICLE N8. Montants de référence

Ce projet d'actualité est nouveau n'était pas repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le système des montants de référence est prévu depuis 2002 à l'art. 56ter de la loi AMI du 14 juillet 1994 mais n'a jamais été effectivement mis en œuvre.

Ce projet s'inscrit dans l'accord de gouvernement du 18 mars 2008 qui prévoit, parmi ses 13 priorités en matière de Santé Publique, que « le Gouvernement poursuivra ses efforts en vue de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale, à condition néanmoins de revoir le système des montants de référence. »

Autrement dit, il s'agit donc de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale et de revoir, pour mieux atteindre cet objectif, le système des montants de référence actuellement existant.

De manière très schématique, ce système consiste à imposer aux hôpitaux généraux des normes, des montants de références par pathologie retenue. En cas de dépassements (comparaison entre le montant de référence et la dépense réelle), les hôpitaux seraient pénalisés et invités à effectuer un remboursement à l'INAMI. Les calculs de ces montants de référence, fort complexes, sont réalisés annuellement par la cellule technique sur base desquels l'INAMI calcule ensuite les montants à rembourser. Ces données sont alors envoyées à chaque établissement hospitalier.

Dans le cadre de la loi-santé approuvée en Conseil des Ministres du 22 juillet 2008 (section XIV), un certain nombre d'amendements, élaborés notamment sur la base d'une étude évaluative du KCE et préalablement approuvés en Multipartite, ont été apportés à ce système. Ceci dit, l'INAMI ne pourra mettre en œuvre ce système des montants de référence qu'à partir du moment où cette loi-santé sera publiée au Moniteur belge.

Soulignons enfin que ce projet concerne deux volets : appliquer le système ainsi révisé à partir des séjours 2009 et mettre en œuvre effectivement le système actuel tel que modifié à partir des séjours 2006 (système 2006).

Ce projet consiste donc en la mise en œuvre du système amendé des montants de référence, notamment en adressant à chaque hôpital général une note relative au degré d'application / de respect du système des montants de référence et aux calculs des montants éventuellement à rembourser.

Liste des actions - engagements

1. Organiser une journée d'information sur ce système à l'attention des hôpitaux (modalités d'application,...). Date-limite : 6 mois au plus tard après publication de la loi-santé au M.B.

Facteurs d'environnement

- Publication au Moniteur belge de la loi-santé permettant la mise en œuvre du système des montants de référence

ARTICLE N9. Observatoire de la mobilité des patients

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le 4 juin 2007, la « Loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients » a été approuvée (Publication MB : 25.7.2007). Cette loi prévoit entre autres la création d'un Observatoire de la mobilité des patients auprès du Conseil général de l'INAMI. Cet Observatoire sera composé d'une représentation des acteurs suivants : les partenaires sociaux, les organismes assureurs, les dispensateurs de soins, le SPF Santé publique, le SPF Sécurité sociale et les IPSS, l'INAMI, et les

ministres régionaux ou communautaires qui ont la Santé publique dans leurs attributions.

Les missions de l'Observatoire, arrêtées dans la loi du 4 juin 2007, sont les suivantes :

- collecter les données relatives à la mobilité des patients, plus précisément le nombre de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge qui sont traités dans des hôpitaux belges, le traitement qu'ils y reçoivent, leur pays d'origine ;
- collecter en permanence les données relatives aux délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'un organisme assureur belge ;
- faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers ;
- développer et offrir l'expertise nécessaire pour la fixation des prix des traitements qui seront proposés par les hôpitaux sur le marché étranger ;
- conseiller le gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge.

Dans le cadre de ces missions, des flux d'informations et de rapports sont prévus de et vers l'Observatoire.

La loi du 4 juin 2007 doit être portée à exécution par un arrêté délibéré en Conseil des ministres. Les modalités d'exécution concernent entre autres : le subventionnement de l'Observatoire, la représentation des communautés, les conditions et les modalités de communication des données enregistrées à l'Observatoire, certaines conditions et modalités à l'égard des hôpitaux, etc.

Le texte initial de la loi du 4 juin 2007 prévoyait que cette dernière devait entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2008, sur la base d'un AR contenant les modalités d'exécution nécessaires. Cette date d'entrée en vigueur de la loi a été modifiée dans la Loi programme du 8 juin 2008 et reportée au 1^{er} juillet 2009 au plus tard.

L'action-engagement prévue dans le présent article de l'Avenant 2009 concerne la préparation par l'INAMI de ces modalités d'exécution. En fonction de ces modalités d'exécution précises, une analyse devra également être faite de l'incidence organisationnelle et administrative au niveau de l'INAMI.

Liste des actions-engagements

1. Réaliser une analyse de l'incidence organisationnelle et administrative des modalités d'exécution et des flux de données à organiser dans le cadre de la création de l'Observatoire de la mobilité des patients. Date-limite: 30 juin 2009.

ARTICLE N10. Nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leurs activités en officine publique

Ce nouveau projet est particulièrement d'actualité pour 2009 puisqu'il doit entrer en vigueur en 2010.

Contexte

Ce projet figure dans l'accord de gouvernement du 18 mars 2008.

Objectif du nouveau système

Instauration d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens en exécution de l'article 35^{octies} de la loi AMI et des directives de bonne pratique pharmaceutique telles qu'établies par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. L'objectif du présent article est d'accorder une place plus importante au pharmacien qui délivre pour son rôle de « passeur » d'informations aux patients, et de lui octroyer à cette fin une rémunération adaptée. Jusqu'à présent, la marge du pharmacien était liée au prix de vente maximum de produits de marque au public. Mais le plafonnement de la marge du pharmacien à un certain montant et l'augmentation incessante du prix des produits de marque ont entraîné une érosion de sa rémunération.

La réforme du système de rémunération poursuit donc un double objectif : économique d'une part en vue de stopper l'érosion de la marge, et lié d'autre part à la reconnaissance accrue de soins pharmaceutiques de qualité tels que ceux dispensés aux patients par les pharmaciens (utilisation correcte, compliance thérapeutique). Cette rémunération s'intègre dans une nouvelle base de remboursement des médicaments autorisés (produits de marque).

L'objectif est de tendre à une neutralité budgétaire sur le plan macro-économique pour les pharmaciens, les bénéficiaires et l'assurance obligatoire.

Fonctionnement du nouveau système

La nouvelle base de remboursement comporte :

- Le prix ex-usine
- La marge de distribution pour le commerce de gros
- Une marge économique réduite pour le pharmacien, sans plafond
- Les éléments précités sont déterminés par le SPF Économie
- Des honoraires fixes pour le pharmacien pour chaque conditionnement délivré
- Des honoraires uniquement accordés en cas de délivrance d'un médicament du chapitre IV et en cas de délivrance d'un médicament générique dans le système de remboursement de référence ou en dehors de ce système.
- TVA de 6 %

Les honoraires liés au chapitre IV et à la délivrance d'un médicament générique sont uniquement accordés dans le cadre du régime du tiers payant.

Exécution du nouveau système.

Différentes mesures devront être prises :

- Adaptation de la réglementation du SPF Économie
- Développement et application des nouveaux algorithmes dans le module de calcul des médicaments autorisés
- Publication de la liste des médicaments autorisés et des nouvelles bases de remboursement
- Application de l'algorithme pour le calcul de l'intervention personnelle
- Adaptation de la réglementation en vigueur
- Suivi des nouveaux honoraires dans le cadre budgétaire
- Indexation des honoraires si des moyens financiers sont disponibles

Liste des actions - engagements

1. Mettre en œuvre le nouveau système de rémunération des pharmaciens en officine publique et procéder à toutes les adaptations nécessaires à cette fin (base de données, cadre réglementaire,..). Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des OA et des représentants des pharmaciens en Commission de convention
- Publication à temps des arrêtés nécessaires à la mise en oeuvre de ce système

ARTICLE N11. Développement d'un statut OMNIO plus simple et plus accessible

Le présent article comprend un nouveau projet qui n'était pas intégré dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

À l'instar du maximum à facturer et du forfait de soins chroniques, le statut OMNIO vise à limiter le coût des maladies (chroniques) à supporter par des individus et des familles. Depuis le 1^{er} juillet 2007, le statut OMNIO donne droit à un meilleur remboursement de frais médicaux (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, hospitalisation, ...) pour des ménages à faible revenu. La quote-part personnelle à payer pour ces prestations (ticket modérateur) est nettement moins élevée.

La notion de ménage correspond au ménage composé et enregistré au registre national au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle la demande a été introduite. Il s'agit de personnes (une ou plusieurs) officiellement domiciliées à la même adresse, qu'elles aient des liens familiaux entre elles ou non. La situation du ménage est revue chaque année.

Les revenus pris en considération sont les revenus bruts imposables (tels que fixés dans la réglementation relative à l'intervention majorée) de l'année précédente. Les revenus pris en considération lors du calcul OMNIO sont :

- les revenus professionnels
- les revenus mobiliers et immobiliers (y compris le revenu cadastral de la résidence familiale)
- les revenus de remplacement (p.ex. allocations de chômage, indemnités d'incapacité de travail et de maternité, ...)
- et tous les autres revenus bruts imposables, belges ou étrangers, même si ces derniers sont exonérés de taxe en Belgique.

Le tableau ci-dessous présente, par trimestre, l'évolution du nombre de bénéficiaires du statut OMNIO.

Situation au	Nombre de bénéficiaires du statut OMNIO par trimestre
1.7.2008	155.360
1.4.2008	147.508
1.1.2008	112.419
1.10.2007	91.671
1.7.2007	47.169

Le nombre de bénéficiaires est nettement moins élevé que le nombre estimé. Seul un peu plus d'un sixième du groupe cible est atteint après 1 an. Il n'est pas encore clair si l'effet visé dans le cadre d'une meilleure accessibilité aux soins a été suffisamment atteint.

Cette problématique a déjà fait l'objet de nombreuses concertations et discussions au cours des derniers mois à l'INAMI au sujet de possibles simplifications tout en prêtant une attention à un éventuel octroi automatique du statut OMNIO. L'INAMI a également introduit un sujet d'étude auprès du Centre d'expertise fédéral en avril de cette année. Le but de l'étude est d'expliquer ou de mieux comprendre :

- le nombre nettement moins élevé de bénéficiaires par rapport au nombre estimé
- la mesure dans laquelle des personnes financièrement vulnérables ayant des dépenses de santé sont déjà atteintes par le statut OMNIO
- d'éventuelles indications selon lesquelles les bénéficiaires OMNIO vivent principalement dans des ménages ayant des dépenses plus importantes en matière de santé
- la mesure dans laquelle des groupes cibles spécifiques sont atteints (chômeurs, familles monoparentales, familles avec enfants, indépendants,),
- d'éventuelles différences entre les OA quant à l'intégration du statut OMNIO auprès de leurs titulaires par rapport à l'attente selon le profil de risque des OA
- un lien entre les coûts épisodiques (par exemple une hospitalisation) et l'intégration du statut OMNIO.

L'étude du Centre d'expertise fédéral examinera également si d'éventuels liens peuvent être établis entre le MAF, le statut OMNIO et le forfait de soins chroniques en ce qui concerne les groupes cibles effectivement atteints et l'efficacité de la couverture. Une compréhension de ces liens et de la prévisibilité du droit au statut OMNIO, du droit au

maximum à facturer, et inversement, peut éventuellement fournir des éléments de simplification administrative et d'amélioration de l'accès aux droits.

Par ailleurs, le fait de mieux comprendre l'efficacité des moyens déployés afin de protéger au mieux ceux qui en ont le plus besoin est particulièrement pertinent.

En 2009, dans le cadre de la simplification du statut OMNIO et de son accessibilité, l'INAMI souhaite mettre l'accent sur les points suivants :

1. une collaboration intense avec le Centre d'expertise fédéral dans le cadre du sujet d'étude introduit ;
2. en concertation avec les OA, l'INAMI établira une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel. Les aspects suivants seront certainement abordés : le type de revenus pris en considération, la composition du ménage et la période qui sert de référence pour les revenus. Ces problèmes seront ensuite abordés lors des discussions avec le SPF Finances, les instances politiques et le ministre ;
3. l'INAMI se concertera également avec les OA au sujet d'améliorations ponctuelles possibles et d'un éventuel octroi automatique du statut OMNIO pour certains groupes cibles.

La liste des actions-engagements:

1. Établir une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel. Date-limite: 30 juin 2009.

Facteurs externes

- Collaboration du SPF Finances, de la BCSS, du CIN et d'autres SPF concernés (e.a. SPF Sécurité sociale).

3. OPTIMISER ET RENFORCER LES MISSIONS D’EVALUATION ET DE CONTROLE & L’APPROCHE EN MATIERE DE FRAUDE SOCIALE

ARTICLE 24. Audit et conseil en mutualités

Ce projet consiste en la poursuite des engagements du contrat d’administration 2006-2008 et en l’affinement d’une méthodologie des contrôles déjà expérimentée, notamment lors des opérations réalisées dans le cadre de l’article 12 du premier contrat d’administration et ce, de manière à s’orienter de façon décisive vers des procédures d’analyse et « d’audit ».

Contexte

Le contrôle en mutualités est une activité centrale pour le SCA. Les inspecteurs sociaux vérifient la bonne application de la réglementation soins de santé et indemnités par les mutualités en y effectuant des contrôles sur le terrain. S’ils constatent des erreurs (par exemple, montants remboursés en trop ou en trop peu), ils rédigent un rapport et l’adressent au service central du SCA qui, après vérification, notifie les erreurs à la mutualité.

Plus concrètement, le projet vise à :

- clarifier et objectiver (notamment par le biais des tableaux et rapports synthétiques) tant les résultats des contrôles que la manière dont ils sont réalisés;
- renforcer le rôle de prévention (feedback, conseil) du service au niveau des mutualités;
- améliorer la collaboration avec les autres services opérationnels de l’INAMI,
- optimiser les procédures de travail des inspecteurs, c’est-à-dire de mieux préparer, réaliser et évaluer les contrôles;
- mieux exploiter les données servant de base aux contrôles ciblés.

L’objectif de ce projet est donc de faire évoluer les missions du service de contrôle selon deux orientations :

- l’affinement d’une méthodologie des contrôles permettant une analyse globale des processus et la détection de l’origine des erreurs constatées;
- le développement du rôle de recommandation tant à l’égard des organismes assureurs que des organes de gestion de l’INAMI et des services internes dont la mission est de créer la réglementation.

Les rapports des contrôles thématiques effectués mettront en évidence les erreurs constatées au niveau de l’application de la réglementation (typologie, nombre et fréquence, causes, analyse des risques, etc.) mais surtout les recommandations émises par les inspecteurs aux responsables des mutualités afin d’éviter l’apparition d’erreurs similaires d’une part et aux responsables des services réglementation des services des soins de santé et des indemnités de l’INAMI afin d’examiner s’il n’y

aurait par exemple pas lieu de rédiger et d'envoyer une circulaire interprétative aux OA d'autre part.

Soulignons enfin que le SCA souhaite développer davantage le ciblage des contrôles, afin d'en accentuer l'efficacité et de dégager du temps pour le suivi des recommandations qu'il formule. Il entend ainsi accroître l'efficacité de ses actions.

Pour ce faire, le Service mettra en place des indicateurs d'évaluation de la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par les OA. La volonté du SCA est ainsi d'objectiver au mieux la situation de performance des OA.

L'objectif des indicateurs de performance des OA est double :

- donner aux décideurs une bonne vue des résultats de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de la qualité de sa gestion,
- par la détection de situations erronées ou anormales, améliorer le diagnostic des dysfonctionnements de l'assurance, tant au niveau des OA qu'au sein de la réglementation, en vue de les corriger et de tendre vers un fonctionnement optimal de l'assurance.

Ces indicateurs devront fonctionner à deux niveaux :

- au niveau des unions nationales, qui sont les interlocuteurs légaux de l'INAMI ;
- au niveau des mutualités, qui sont les acteurs réels de la gestion de l'assurance pour la plupart de ses aspects.

Par ailleurs, les indicateurs envisagés à ce stade-ci seraient de deux types :

- des indicateurs du volume des activités des organismes assureurs (nombre de cas ayant telle caractéristique, montant total payé pour tel type de cas, etc.), qui donneront une image de la situation existante ;
- des indicateurs de la qualité des activités des OA, qui viseront à améliorer la situation existante.

2009 sera l'occasion d'élaborer mais aussi de tester ces indicateurs. Les tableaux de bord confectionnés auront donc trait aux thématiques des deux contrôles (soins de santé et indemnités) réalisés chaque année.

Liste des actions-engagements

1. Comme chaque année, il est prévu de réaliser:

- un contrôle thématique en indemnités;
- un contrôle thématique en soins de santé;
- le contrôle des listes de récupérations prises en considération pour la majoration des frais d'administration.

Date-limite: le 31 décembre 2009

2. Au terme de chaque opération de contrôle, faire rapport aux organes de gestion (Soins de santé et Indemnités) concernés ainsi qu'au Comité du SCA sur les résultats des contrôles.

Date-limite: x (date de fin des contrôles) + 5 mois

Facteurs d'environnement

- Accessibilité des inspecteurs aux programmes informatiques consultables en mutualités et aux banques de données (ONEM, INASTI, ...)
- Collaboration des OA pour l'obtention de flux de données fiables et l'élaboration de solutions aux dysfonctionnements constatés

ARTICLE 25. Évaluation médicale

Cet article concerne la poursuite des actions-engagements mentionnées dans l'article 25 et réalisées dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre de la loi AMI, l'INAMI - et plus particulièrement le SECM - souhaitent, via des projets d'évaluation, renforcer la lutte contre la surconsommation et l'attestation abusive de prestations. Une distinction peut être faite entre deux types d'évaluation médicale :

- d'une part, l'évaluation générale qui vise, pour chaque sujet d'évaluation donné, à refléter les schémas de consommation et de bonne utilisation des médicaments dans le secteur des soins de santé ;
- d'autre part, l'évaluation ciblée (détections) où le SECM évalue de manière ciblée l'ampleur et la généralisation de certains faits ou problèmes constatés.

Ces évaluations sont suivies de mesures d'impact ; il s'agit de mesures effectuées au terme de campagnes de feed-back (publication de rapports finaux, courriers individuels,...) pour en mesurer l'impact.

Des projets d'évaluation sont lancés dans le cas d'études préliminaires pertinentes. L'opportunité des propositions d'étude introduites est évaluée sur la base d'un certain nombre de critères (huit) :

- 1) la solidité de l'hypothèse de travail ;
- 2) personnel et ressources engagés en vue des résultats (un minimum d'input pour un maximum d'output) ;
- 3) pertinence par rapport à la « législation et réglementation » ou valeur ajoutée pour le travail d'enquête ;
- 4) caractère transversal de l'étude ;
- 5) l'impact attendu de l'étude (budget, modification de comportement) ;
- 6) actualité
- 7) le caractère innovateur de l'étude ;
- 8) faisabilité de l'étude.

Les infractions constatées lors d'enquêtes peuvent concerner tant l'aspect surconsommation que les aspects réalité et conformité.

En fonction du sujet, différentes sources de données dont dispose ou peut disposer l'INAMI sont consultées. Les principales sources sont les suivantes : données de profil du dispensateur-prescripteur, données SHA, piste unique Pharmanet, données de l'IMS-Health, cubes de données demandés auprès de l'Agence intermutualiste, données couplées RCM/RFM et les fichiers classiques authentifiés (art. 138 de la loi AMI). Les résultats d'analyses effectuées par d'autres instances (au sein d'autres services de l'INAMI ou les analyses externes) entrent également en ligne de compte. L'expérience nous apprend toutefois que dans un certain nombre de cas la communication des données dans les délais impartis ainsi que le contenu des données sont susceptibles d'être encore améliorés et que ceux-ci peuvent sérieusement entraver le déroulement d'un projet d'évaluation. Une proposition d'étude peut à l'origine sembler « prometteuse » mais après analyse, il se peut que - dans un certain nombre de cas - les aberrations constatées ne soient pas aussi nombreuses que prévues.

Dans le cadre de l'avenant, au moins deux nouveaux projets d'évaluation seront réalisés et au moins une mesure a posteriori comme déjà mentionné aussi dans le texte de base du deuxième contrat d'administration.

Liste des actions-engagements

1. Au moins deux nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure a posteriori (ou analyse d'impact) seront réalisés en 2009. Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE 26. Code-barres unique

Cet article comprend une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans le développement d'un projet (article 26) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 (article 26), un système a été développé pour améliorer le contrôle de la délivrance effective des médicaments dans le cadre de la bonne gestion des moyens financiers réservés au remboursement des médicaments. Ce système comprend une analyse distincte et une analyse comparative des fichiers des firmes pharmaceutiques d'une part, et des offices de tarification d'autre part.

L'analyse distincte des données des offices de tarification permet dans une certaine mesure déjà de vérifier, tant au niveau général qu'au niveau individuel, si les pharmaciens appliquent correctement le système du code-barres unique. Lorsque la qualité (tant au niveau du format que du contenu) des fichiers des firmes pharmaceutiques aura été améliorée, les fichiers des offices de tarification d'une part et des firmes pharmaceutiques d'autre part pourront être comparés convenablement de sorte que nous pourrions encore mieux observer l'application correcte du système des codes-barres uniques. Un trajet est actuellement développé en vue d'améliorer la qualité (cf. rapports semestriels et annuels du Contrat d'administration 2006-2008).

Cet avenant comprend une action-engagement ayant déjà été réalisée en 2007-2008, à savoir la rédaction d'un rapport sur l'analyse des fichiers des firmes pharmaceutiques et des offices de tarification.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport sur les résultats de l'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. Date-limite: 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- La qualité des analyses effectuées dépend notamment de la qualité des fichiers envoyés par les firmes pharmaceutiques et les offices de tarification.

ARTICLE 27. Incapacité de travail primaire – Profils des médecins-conseils

Cet article comprend un nouvel engagement dans le développement d'un projet (article 27) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre de la gestion du secteur des indemnités, la connaissance et l'analyse des données relatives à l'incapacité de travail primaire (ITP) constituent une source d'informations importante et utile. Ce projet a notamment pour but de contribuer à l'analyse d'un des facteurs pouvant influencer l'entrée en invalidité, à savoir le comportement du médecin-conseil en matière de contrôle dans le cadre de l'ITP.

Pour pouvoir contrôler correctement les médecins-conseils en la matière, le SECM doit pouvoir disposer de données complètes et fiables. Dans le cadre de l'article 27 du Contrat d'administration 2006-2008, un système a été développé permettant d'établir le profil des médecins-conseils. Ces profils sont établis sur la base de données que les O.A. transmettent tous les trois mois à l'INAMI. Le traitement de ces données permet d'établir un profil tenant compte de 15 paramètres concernant entre autres la charge de travail du médecin-conseil, le suivi des assurés pendant la période d'incapacité de travail primaire, la courbe de survie des incapacités de travail, le nombre de dossiers ITP débouchant sur une invalidité, le nombre de rechutes en incapacité de travail et le nombre de reprises de travail.

Dès le début de 2009, des analyses pourront être effectuées sur la base de ces 15 paramètres, tout d'abord concernant les dossiers ITP traités et bouclés en 2008. Un feed-back sera donné aux OA concernant les premiers profils établis en 2009. Sur la base des 15 indicateurs, les organismes assureurs pourront voir où leur profil s'écarte du profil médian et ils pourront y apporter les corrections nécessaires. Cet exercice effectué périodiquement permettra à l'INAMI de vérifier si les OA ont rectifié le tir et si les mesures correctrices produisent leur effet.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport par OA comprenant un profil des activités des médecins-conseils au niveau de la mutualité et des OA (en ce compris un feed-back aux OA). Date-limite: 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- L'exactitude des profils dépend notamment de la qualité et de la ponctualité des données transmises par les OA au SECM.

ARTICLE 28. Flowdos

Cet article comprend une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans un projet (article 28) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et de l'Avenant 2007 (article 28), un système a été développé pour la gestion et le suivi des dossiers d'enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) devant, à terme, couvrir toutes les dimensions et tous les stades des dossiers d'enquête.

Plus précisément, dans la période 2006-2008, un système a été mis en place permettant de produire des informations de gestion. Une première couche d'un système a également été développée pour la gestion des dossiers d'enquête. Cette première couche comprend un certain nombre de fonctionnalités relatives à la gestion structurée de dossiers, à la connexion à des bases de données existantes, des fonctionnalités de recherche et de rapport.

L'année 2009 est une année charnière pour Flowdos. Du côté ICT, ce système de gestion sera en effet davantage consolidé, les problèmes aigus (par exemple au niveau de la sécurité) seront résolus, d'éventuels « bugs » éliminés, etc. Les fonctionnalités mises en place, par exemple au niveau des rapports, seront également davantage développées. Du côté « business », l'année 2009 doit offrir à tous les utilisateurs la possibilité de se familiariser entièrement avec le système de gestion.

Outre cette période de consolidation sur les plans « business » et ICT, il est également prévu de rédiger une note conceptuelle d'ici fin 2009. Le « business » et l'ICT réfléchiront ensemble au contenu éventuel et à l'instauration progressive en phases des couches suivantes du système de gestion. Autrement dit : comment et quand les autres besoins « business » (ex. « workflows » automatiques, optimisation du système, etc.) seront-ils systématiquement intégrés dans le système de gestion Flowdos ? La rédaction de cette note est prévue comme action-engagement dans l'Avenant 2009.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'une note sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE N12. Renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation

Le présent article comporte un tout nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

À l'heure actuelle, un système de contrôle des paiements effectués aux maisons de repos (MRPA/MRS/CSJ) et aux centres de rééducation existe déjà sur la base des documents et pièces qu'ils produisent. Ce contrôle administratif est limité étant entendu qu'il est principalement effectué par rapport aux établissements connus par les gestionnaires de dossiers comme ayant rencontré des problèmes par le passé.

L'ambition au sein de l'INAMI serait de renforcer et de professionnaliser ce système de contrôle restreint. Ambition motivée d'une part, par le nombre d'établissements concernés et d'autre part, par l'ampleur des paiements effectués à ces établissements. Ce sont plus précisément plus de 700 centres de rééducation et 1700 maisons de repos qui sont concernés. Soit chaque année, plus de 2 milliards d'euros versés au total à ces établissements sur la base des dossiers qu'ils introduisent à l'INAMI.

De même, en dehors de l'INAMI, le besoin de renforcer les systèmes de contrôles administratifs en la matière est reconnu. Lors du Conseil des ministres extraordinaire organisé à Gembloux les 16 et 17 janvier 2004, une note a été approuvée concernant le « Respect de la solidarité sociale ». En exécution de cette note, il a été prévu dans les accords sociaux relatifs aux secteurs de santé fédéraux des 26 avril 2005 (privé) et 18 juillet 2005 (public) que le cadre du personnel de l'inspection des hôpitaux (compétence du SPF Santé publique) et de l'inspection des maisons de repos (compétence de l'INAMI) serait élargi de 20 ETP. Il a à ce propos été stipulé que ces coûts en personnel n'étaient pas compris dans le coût de l'accord social. L'élargissement du cadre du personnel prévu dans les accords sociaux doit toujours être exécuté du côté de l'INAMI.

Le renforcement de l'organisation et du fonctionnement du contrôle administratif des données envoyées par les maisons de repos et les centres de rééducation à l'INAMI n'est pas un exercice évident. Il requiert une profonde réflexion concernant, entre autres, les aspects suivants : objectifs du contrôle administratif, organisation et contenu de l'échange de données, répartition interne et externe des compétences, organisation et coordination du contrôle, description du profil de fonction et de compétences du personnel chargé des contrôles, etc. Dans un premier temps, une note conceptuelle devra être élaborée afin d'offrir une réponse à ces questions. Le

tout en concertation avec l'ensemble des acteurs internes et externes concernés. L'élaboration de cette note fait l'objet du présent article.

Liste des actions-engagements

1. Établir une note conceptuelle sur le renforcement et l'organisation du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation. Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE N13. Programme fraude sociale

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008

Contexte

Le programme « fraude sociale » développé par l'INAMI s'inscrit dans le cadre des plans d'action de lutte contre la fraude sociale du gouvernement d'une part et du SIOD/SIRS d'autre part. Le développement du programme doit permettre à l'INAMI de mettre au point une politique intégrée de lutte contre la fraude sociale, et fait partie des priorités de l'Institut. La réalisation d'un programme relatif à la fraude sociale comporte e.a. les thèmes suivants :

- mettre en place de nouveaux processus internes d'approche de la fraude sociale,
- analyser l'efficacité des processus actuels, en veillant à clarifier les définitions, concepts, procédures, directives, templates, etc., et à les rendre transparents,
- réexaminer les responsabilités des divers acteurs internes concernés (SCA, SECM et SI) et procéder à d'éventuelles adaptations organisationnelles,
- apporter, le cas échéant, les modifications nécessaires à la législation,
- responsabiliser les organismes assureurs afin qu'ils développent un réflexe de vigilance accrue en matière de fraude sociale (e.a. par l'élaboration de directives, par ex. lors de l'octroi d'un droit à l'incapacité de travail),
- ce faisant, instaurer une collaboration et une concertation efficaces avec les OA,
- mettre en place un monitoring (création d'un tableau de bord doté d'indicateurs pour suivre le fonctionnement d'un OA/d'une mutualité) afin de pouvoir suivre plus efficacement la responsabilisation et d'instaurer un système pertinent de compte-rendu (rapport au management et rapport aux instances de gestion),
- organiser et participer aux concertations avec les partenaires externes pertinents (ONSS, services d'inspection, SPF, tribunaux, auditeurs, organisations professionnelles, ...),
- en concertation avec différents acteurs, créer et exploiter des banques de données pertinentes, afin d'organiser le plus efficacement possible le contrôle de l'incapacité de travail primaire et de l'invalidité.

Le développement de cette politique intégrée nécessitera des efforts sur plusieurs années. À court terme, pour l'année 2009, l'INAMI s'engage à réaliser les actions ou projets concrets suivants en matière de fraude sociale :

1. Prévoir un **rapport** périodique à l'intention, d'une part, des acteurs externes tels que le SIOD/SIRS et le Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, et d'autre part, les organes de gestion de l'INAMI (Comité général de gestion, Comité de gestion des indemnités, Comité SECM, Comité SCA). Ce rapport intégrera des informations sur les actions entreprises par les différents services d'inspection de l'INAMI dans le cadre de la fraude sociale. En 2009, ce rapport tentera d'affiner et de compléter les données trimestrielles actuellement transmises par l'INAMI. À plus long terme, un rapport annuel intégré sera rédigé concernant les résultats de la lutte contre la fraude et le fonctionnement des offices de contrôle : « Rapport annuel relatif au fonctionnement et aux résultats des offices de contrôle de l'INAMI, en ce compris la lutte contre la fraude sociale ».
2. Repérer annuellement (à partir de 2008) (pour le secteur des travailleurs salariés) le cumul non autorisé de l'AMI et du salaire communiqué à l'ONSS. Il s'agit concrètement ici des invalides qui entament une activité non autorisée et pour lesquels l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Pour les repérer, l'INAMI (SCA) utilise une technique de **datamatching ou de croisement des données de la DMFA et des modèles IP** (données du SI). Ces dernières données contiennent, par mutualité, un aperçu nominatif trimestriel des indemnités payées aux invalides.

En 2008, un premier exercice a été réalisé sur les données de 2006, pour les personnes en invalidité pendant toute l'année 2006. Concrètement, les cumuls non autorisés ont été détectés (après extraction des reprises de travail partielles ou totales autorisées par le médecin-conseil, ...) et vérification a ensuite été faite auprès des mutualités qu'une procédure de régularisation ou de récupération des montants a effectivement été entamée (sur la base des modèles IP 2007, les modèles relatifs aux dépenses (nominatives) en matière d'invalidité).

Cette régularisation a également été retenue comme indicateur de fonctionnement des mutualités (cf. point 3). En effet, une mutualité qui fonctionne bien doit effectuer automatiquement ce croisement des données dont elle dispose dans le cadre de son fonctionnement journalier. En cas de non-régularisation, les cas concrets sont examinés au sein des mutualités. L'INAMI engage ensuite une procédure de récupération, et une sanction administrative est imposée à l'assuré.

En 2009, le SCA évaluera le premier exercice effectué sur les données de 2006. Cet exercice sera répété en 2009 sur les données DMFA 2007 et sur les données de la base de données IP 2007.

3. Développer une première série d'indicateurs pour le **tableau de bord**, en vue de suivre le fonctionnement d'un OA/d'une mutualité. Prévoir par exemple un indicateur relatif aux régularisations engagées (dans les délais et automatiquement) pour les montants indûment versés aux invalides ayant exercé/qui exercent une activité non autorisée. Une mutualité doit pour ce faire

croiser automatiquement les données de la DMFA et des fichiers d'invalides (cf. point précédent).

4. Développer des **recommandations** afin d'éviter et de lutter contre la fraude sociale dans le cadre des constatations faites dans le contrôle thématique 'incapacité de travail primaire' (cf. article 24). Concrètement, dans le cadre du contrôle thématique 'incapacité de travail primaire', le SCA dressera un aperçu des procédures de contrôle internes appliquées par les OA lors de l'octroi administratif du droit à l'ITP. Sur la base de cet aperçu, des recommandations d'application correcte et conséquente seront formulées.
De même, un SLA sera défini avec les OA concernant le timing et les modalités de transfert des données d'ITP.
5. Analyser la **qualité du feed-back des OA concernant les dossiers d'assujettissement fictif** dans le cadre du dossier de fraude Bouchez. Suite à l'instauration d'une nouvelle méthode de travail (à partir de 2008), ces dossiers seront transmis par l'ONSS au SCA qui les transmettra aux mutualités sous la forme de listes nominatives. Les OA seront invités à réagir rapidement dès réception de cet envoi et à procéder directement au traitement. Ils disposent d'un délai d'1 mois pour transmettre un feed-back à l'INAMI. Après réception du feed-back, l'inspecteur social se rend dans la mutualité pour examiner les cas pour lesquels une procédure en récupération a été engagée. L'inspecteur social doit en effet examiner l'exactitude des montants indûment versés et établir un procès-verbal en vue d'infliger une sanction administrative.
6. Dans le cadre d'une approche intégrée de la lutte contre la fraude et d'un contrôle effectif des services d'inspection sociale, les compétences du contrôleur social et de l'inspecteur social de l'INAMI vont être élargies. Il s'agit d'un élargissement de la **compétence de contrôle par rapport à l'employeur** (pour ce faire, il y a lieu d'adapter l'*Arrêté royal désignant les fonctionnaires et agents chargés de surveiller l'application de l'arrêté royal n° 5 du 23 octobre 1978 relatif à la tenue des documents sociaux, et les arrêtés d'exécution y afférents*). À l'heure actuelle, les compétences de contrôle de l'inspecteur social/du contrôleur social de l'INAMI en cas de travail au noir sont limitées au seul assuré social et ne s'appliquent pas à la personne qui l'emploie.
7. Détecter annuellement (à partir de 2009) le cumul non autorisé de l'AMI et d'une activité rémunérée en Belgique pour le compte d'un employeur étranger. Concrètement, il s'agit en l'occurrence de repérer le cumul d'un salaire payé par un employeur étranger et d'une indemnité AMI en Belgique (Belges détachés par un employeur étranger en Belgique). Pour ce faire, il sera fait appel à la banque de données GOTOT-IN. L'INAMI (SECM) procédera au repérage sur la base d'un **datamatching ou croisement des données de GOTOT-IN et des modèles IP** (données du SI).
8. Dans le cadre de la collaboration internationale avec les pays voisins, l'INAMI sera en mesure de détecter plus efficacement les **cumuls d'indemnités et d'activités et/ou de revenus à l'étranger**. Pour ce faire :
 - des accords seront passés avec la France concernant les procédures de contrôle entre la Belgique et la France, en exécution de « la convention

bilatérale de coopération conclue en matière de sécurité sociale entre la Belgique et la France » en octobre 2008.

- un accord a été conclu avec l'UWV (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*) aux Pays-Bas en mai 2007. Dans le cadre de cet accord, l'UWV transmettra à l'INAMI une liste de toutes les personnes bénéficiant aux Pays-Bas d'une allocation de chômage ou d'une indemnité de maladie. L'INAMI croisera ces données avec nos données d'incapacité de travail.

Liste des actions-engagements

1. Faire rapport au SIOD/SIRS et au Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale des actions entreprises par l'INAMI dans la lutte contre la fraude sociale. Date-limite: 30 juin 2009, 31 décembre 2009.
2. Évaluer le premier exercice de croisement des données effectué sur la base des données 2006. Date-limite: 30 juin 2009.
3. Croiser les données DMFA 2007 & les données de la banque de données IP 2007, et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date-limite: 31 décembre 2009.
4. Développer des recommandations sur l'application correcte et conséquente de la réglementation 'incapacité de travail primaire'. Date-limite: 31 décembre 2009.
5. Définir un SLA avec les OA concernant le calendrier et les modalités de transfert des données d'ITP. Date-limite: 31 décembre 2009.
6. Développer une première série d'indicateurs pour le tableau de bord, en vue de suivre le fonctionnement d'un OA/d'une mutualité. Date-limite: 31 décembre 2009.
7. Analyser la qualité du feed-back des OA concernant les dossiers d'assujettissement fictif (Bouchez) et procéder, le cas échéant, à certaines adaptations. Date-limite: 31 décembre 2009.
8. Préparation de la modernisation du processus « d'activités non autorisées » (ea. parcours du processus efficient, clarification et simplification des règles et des concepts relatifs à l'incapacité de travail,...) en vue d'un traitement transparent et uniforme. Date-limite: 31 décembre 2009.
9. Adapter l'AR du 30 septembre 1980 pour ce qui concerne l'extension des compétences du contrôleur social et de l'inspecteur social, en ce compris l'adaptation du processus actuel et le soutien interne et la formation nécessaires pour les contrôleurs sociaux. Date-limite: 30 juin 2009.
10. Croiser les données GOTOT-IN 2007 & des données de la banque de données IP 2007. Date-limite: 31 juillet 2009.
11. Passer des accords concrets concernant les procédures de contrôle entre la Belgique et la France, en exécution de 'la convention bilatérale de coopération conclue en matière de sécurité sociale entre la Belgique et la France'. Date-limite: 31 décembre 2009.
12. Croiser les données des personnes qui bénéficient d'une allocation de chômage ou d'une indemnité de maladie aux Pays-Bas et les données INAMI relatives à l'incapacité de travail. Date-limite: 31 octobre 2009.

Facteurs environnementaux

- Collaboration des OA, ea. concernant la mise à disposition de données nominatives ITP.
- Collaboration avec les OA, l'ONSS et d'autres partenaires du réseau de sécurité sociale.
- Signature des accords avec l'étranger.

4. AMELIORER LE SOUTIEN AUX ORGANES

ARTICLE 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général

Ce projet consiste en la poursuite des engagements du contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'INAMI a notamment dans ses missions la bonne organisation et le soutien optimal à la concertation et la négociation entre les différents acteurs (OA, partenaires sociaux, représentants de dispensateurs de soins, Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales,...) du système d'assurance maladie-invalidité. Le Service des soins de santé est un lieu de concertation entre les acteurs du système d'assurance maladie. Au cœur de ce système se situent le Comité de l'assurance soins de santé et le Conseil général de l'assurance soins de santé.

Pour rappel, il s'agit, par le biais d'un site web sécurisé, de la mise à disposition plus rapide et plus facile (moteur de recherche par mot-clé) des procès-verbaux et des notes du Comité de l'assurance et du Conseil général du Service des soins de santé et de la constitution, sur la base d'un thésaurus, d'une bibliothèque électronique.

L'application informatique, en Sharepoint, a été finalisée en 2008. Les deux éléments nécessitant le plus grand investissement ont été l'intégration du thésaurus de l'INAMI dans le système d'une part et la sécurisation des accès à l'application d'autre part. Nous devons donc bien constater que le projet n'a pu être réalisé selon les délais définis dans le contrat d'administration 2006-2008. Nous retrouvons donc ici les engagements de ce contrat. Ainsi, le premier semestre 2009 sera consacré essentiellement au test de l'application par quelques membres du Comité de l'assurance et du Conseil général (user-group) et à l'adaptation éventuelle de celle-ci en fonction de leurs remarques. Ensuite, six mois après cette phase de test, l'application opérationnelle sera étendue à l'ensemble des membres.

Pour ce qui est de l'engagement relatif à l'enquête de satisfaction auprès des membres des organes et afin d'avoir le recul nécessaire et de procéder à une évaluation pertinente du projet, nous avons préconisé la réalisation de cette enquête un an après la mise à disposition en environnement réel de l'application informatique définitive auprès de tous les membres des organes. Le Commissaire du gouvernement avait marqué son accord sur cette proposition de report. Assez logiquement, l'application devant être opérationnelle au troisième trimestre 2009, l'enquête constituerait un engagement potentiel du troisième contrat d'administration prenant cours en 2010.

Soulignons enfin que, dans une optique de réduction du gaspillage de papier et de développement durable, l'application sera bien entendu aussi disponible en interne pour l'ensemble des agents de l'INAMI par le biais d'Intranet.

Liste des actions-engagements

1. Test par un user-group, composé de quelques membres du Comité de l'assurance et du Conseil général, de l'application informatique sécurisée de mise à disposition des notes et PV. Date-limite: 1er février 2009 ;
2. Démonstration au Comité de l'assurance et du Conseil général de l'application précitée, c'est-à-dire possibilité pour tous les membres de ces deux organes de pouvoir consulter, avec un moteur de recherche par mots-clé, les notes et PV sur un site web sécurisé. Date-limite: 31 juillet 2009.

ARTICLE 32. Rapports financiers pour la Commission de remboursement des médicaments

Le présent article comporte deux nouvelles actions-engagements qui s'inscrivent dans la poursuite d'un projet (article 32) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 (article 32), un système de monitoring systématique et de feed-back pour la Commission de remboursement des médicaments (CRM) a été développé quant à l'impact financier réel des demandes de remboursement approuvées.

Au cours de la période du Contrat d'administration, le monitoring a progressivement évolué en un suivi financier plus générique des dépenses en médicaments remboursables en fonction des mesures stratégiques prises (dont les nouvelles introductions de médicaments dans le système de remboursement, les mesures d'économies, etc.). A ce propos, il est fait référence au rapport MORSE (Monitoring of Reimbursement Significant Expenses). Ce rapport MORSE se distingue d'autres rapports financiers sur les dépenses en médicaments (audit permanent, Infospot, etc.) du fait qu'il se concentre essentiellement sur des conclusions et des discussions ainsi que sur la cohérence ou la discordance entre les différents rapports. En ce qui concerne les chiffres détaillés, il y a lieu de se reporter aux rapports distincts.

Dans le cadre du présent avenant, la rédaction des deux rapports MORSE semestriels est intégrée comme action-engagement pour 2009.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction du rapport MORSE concernant les données jusqu'au second semestre 2008 inclus. Date-limite: 30 juni 2009.
2. Rédaction du rapport MORSE concernant les données jusqu'au premier semestre 2009 inclus. Date-limite: 31 décembre 2009.

5. RENFORCER LA COMMUNICATION EXTERNE

ARTICLE 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM

Le présent article comporte de nouvelles actions-engagements qui s'inscrivent dans la poursuite d'un projet (article 36) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Cet objectif consiste à informer convenablement les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'organisation des soins de santé remboursés par l'assurance maladie. Grâce à cette information, des infractions à la réglementation existante sont évitées et les moyens octroyés sont utilisés conformément aux objectifs du législateur.

Concrètement, il s'agit de rédiger et diffuser des informations simples et aisément compréhensibles pour les dispensateurs de soins, et spécifiquement axées sur les missions du SECM.

Sans devoir éplucher tous les textes de lois, les dispensateurs de soins auront ainsi une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif. Cela entraîne une diminution des infractions commises par ignorance et mène automatiquement à une application plus uniforme des dispositions légales.

Ces dernières années, 6 modules (= brochures) ont été élaborés : médecin généraliste débutant, infobrochure SECM et nouvelle procédure de sanction, infobox médecin spécialiste, infobox pharmacien, infobox kinésithérapeute, infobox praticien de l'art infirmier.

En 2009, les 6 brochures seront actualisées en fonction des commentaires reçus et de l'évolution de la législation. De nouvelles brochures seront conçues dès 2010.

Liste des actions-engagements

1. Adaptation annuelle des 6 modules existants (médecin généraliste débutant, infobrochure SECM et nouvelle procédure de sanction, infobox médecin spécialiste, infobox pharmacien, infobox kinésithérapeute, infobox praticien de l'art infirmier). Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE 37a. Optimisation de l'accueil téléphonique

Ce projet était déjà repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Ce projet s'inscrit dans la volonté d'améliorer la communication vers les groupes cibles.

Pour rappel, début 2005, un call center a été mis sur pied au Service des soins de santé pour les dossiers individuels des kinésithérapeutes, infirmier(e)s, accoucheuses, et audiciens. L'objectif était de répondre plus rapidement et correctement aux dispensateurs de soins. Ce call center, actuellement limité à la section précitée, pourrait – en fonction des besoins – être étendu progressivement aux autres services de l'INAMI qui sont en contact avec un nombre important de dispensateurs de soins (dentistes, médecins, maisons de repos, ..) ou d'assurés sociaux (secteur des indemnités).

Une enquête de satisfaction des opérateurs mais aussi des utilisateurs du call-center actuel a été réalisée. L'ensemble des résultats auront été présentés au Comité de direction dans le courant du dernier trimestre 2008.

Un consensus existe quant au fait qu'il est stratégique de pouvoir bénéficier au préalable d'une photographie de la situation actuelle en matière de téléphonie. A cette fin, l'INAMI va acquérir un outil de 'reporting service' au niveau de la téléphonie (flux entrants, sortants et internes).

Ensuite, nous pourrons confronter les statistiques et informations factuelles tirées de cet outil (nombre d'appels, durée et heures des appels, répartition par services/groupes/individus, nombre de cascade/renvoi d'un même appel d'un agent à l'autre,..) et les résultats de l'enquête précitée avec les perceptions et constats des responsables des services les plus régulièrement en contact téléphonique avec nos 'usagers'.

Enfin, nous pourrons proposer et mettre en oeuvre des pistes d'amélioration adaptées (extension éventuelle du call-center, réorganisation de l'accueil téléphonique et du travail dans les services, orientation possible vers Customer Relationship Management – CRM, sessions d'information/de formation quant à la qualité de l'accueil,...).

Notre analyse doit donc porter sur une évaluation de la disponibilité téléphonique (temps moyen avant réponse,...) mais aussi de la qualité de notre accueil téléphonique (convivialité, capacité d'écoute, efficacité et professionnalisme,..). A terme, il s'agirait également de veiller à la cohérence des réponses apportées et à gagner du temps en disposant, par exemple, de base de données des questions les plus fréquemment posées (FAQ).

Liste des actions - engagements

1. Rédaction d'une note à l'attention du Comité de direction comportant une analyse des informations objectives et factuelles relatives à la situation de la téléphonie et des besoins exprimés par les différents services les plus régulièrement en contact avec les usagers. Des recommandations et pistes d'amélioration y seront formulées. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 37b. Module “Médecins” disponible via le site Internet de l’INAMI

Le présent article comporte un nouvel engagement, étendant une action-engagement qui s’inscrit dans l’article 37, réalisé dans le cadre du Contrat d’administration 2006-2008 (redéfini dans l’Avenant de 2007). Pour plus de clarté, cette action-engagement est insérée dans cet Avenant sous forme d’un article 37b distinct.

Contexte

Dans le cadre de l’Avenant 2007, une action-engagement avait été prévue concernant la conception d’un module informatique devant permettre aux dispensateurs de soins de modifier leurs données via le site Internet de l’INAMI. Début juin 2008, un module informatique de ce type a été installé pour les praticiens de l’art dentaire. Grâce à ce module, ces praticiens de l’art dentaire peuvent désormais consulter et modifier leur adresse de contact. L’accès à ce module (en attendant une solution définitive dans le cadre de eHealth) est possible par l’utilisation d’un nom d’utilisateur et d’un mot de passe que les praticiens de l’art dentaire peuvent créer sur le site Internet à l’aide de leur numéro INAMI.

L’action-engagement qui est proposée dans le cadre de l’Avenant 2009 constitue une extension, aux médecins, de la première expérience-pilote menée avec les praticiens de l’art dentaire. Ce module sera entre autres réalisé dans le contexte de la nouvelle convention qui doit être conclue avec les médecins. L’objectif est que ce module soit opérationnel au moment où les interactions administratives issues de cette convention s’installeront entre l’INAMI et les médecins.

Liste des actions-engagements

1. Conception d’un module informatique permettant aux médecins de consulter et modifier leurs données via le site Internet de l’INAMI. Date-limite: 31 janvier 2009.

6. BONNE GOUVERNANCE

ARTICLE 38a. Audit interne

Le présent article comporte de nouveaux engagements qui s'inscrivent dans le développement d'un projet (art. 38) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le contexte de l'évolution vers une bonne gouvernance, l'INAMI a pris ces dernières années différentes initiatives. D'une part, des méthodes et techniques de gestion ont été développées, notamment au niveau de l'instauration d'un planning stratégique et opérationnel, de la gestion de projets, de la gestion de processus (BPM), de l'évaluation des performances, de la gestion des risques, de l'évaluation CAF, etc. D'autre part, la capacité organisationnelle nécessaire a également été développée pour soutenir la mise en place de ces instruments stratégiques et de gestion. Grosso modo, toutes ces innovations méthodologiques et organisationnelles peuvent être cataloguées sous le dénominateur 'renforcement des systèmes de contrôle interne'. Bien que le développement des systèmes de contrôle interne soit loin d'être finalisé, d'importantes bases ont été établies.

Les systèmes de contrôle interne et les mécanismes de direction et de gestion développés par le management et le personnel doivent être évalués par une fonction d'audit interne indépendante au sein de l'organisation, partant de la perspective d'une pyramide ou d'une chaîne de contrôle. Cette fonction d'audit interne fait à son tour l'objet d'une évaluation par une fonction d'audit externe en dehors de l'organisation. Dans le cadre du présent contrat, nous ne nous intéressons pas au développement de l'audit externe car il ne relève pas de la responsabilité de l'organisation même, contrairement au développement de l'audit interne. Ce dernier doit être perçu comme une activité indépendante et objective qui offre à l'organisation une certaine certitude sur la mesure dans laquelle elle gère son fonctionnement et qui conseille l'organisation afin d'améliorer ce fonctionnement.

La complémentarité du contrôle interne, de l'audit interne et de l'audit externe au sein d'une pyramide ou d'une chaîne de contrôle est une approche internationalement et scientifiquement reconnue (cf. INTOSAI, IIA) et a été traduite en Belgique dans 3 AR du 17.8.2008 relatifs à l'organisation des systèmes de contrôle interne et des activités d'audit interne dans certains services du pouvoir exécutif fédéral. Bien que ces AR ne s'appliquent pas (pour le moment) aux institutions publiques de sécurité sociale, ils offrent à ces institutions un cadre et une direction leur permettant de poursuivre le développement de leurs systèmes de contrôle et d'audit internes.

En 2008, différentes initiatives ont été prises par l'INAMI dans le but de développer une fonction d'audit interne. Un projet pilote d'audit concret a été lancé concernant l'analyse des processus d'achat, et diverses recommandations ont été formulées en la matière. De même, d'autres petits projets pilotes d'audit ont été lancés concernant, notamment, l'organisation et les procédures de gestion de crise. Parallèlement à ces projets pilotes, une vision du développement structurel et de l'ancrage d'une fonction d'audit interne au sein de l'INAMI a été développée. Pour ce faire, il a été tenu compte autant que

possible des standards internationaux, des AR susmentionnés, des bonnes pratiques en vigueur dans d'autres institutions publiques, et de la traduction concrète dans le contexte propre à l'INAMI. En 2009, l'INAMI souhaite entreprendre de nouvelles démarches dans le sens d'une fonction d'audit interne professionnelle et de qualité. Il s'agit entre autres :

- de rédiger une charte d'audit définissant les missions, les types d'audit, les méthodes et techniques, les modalités de rapport, le code de conduite des auditeurs internes, ainsi que la relation entre la fonction d'audit interne et les autres acteurs, en particulier les autres acteurs de surveillance (ex. commissaires du gouvernement, réviseurs, Cour des comptes) ;
- d'initier des projets pilotes d'audit concrets (projets possibles : audit sur le respect des procédures CRM ; audit préliminaire en vue de préparer une certification ISO pour la sécurisation des données ; etc.) ;
- de développer un premier plan d'audit sur la base d'une analyse des risques ;
- de développer des connaissances et compétences en matière d'audit interne ;
- de contribuer à une approche commune de l'audit interne dans les institutions publiques de sécurité sociale.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger une charte d'audit pour l'INAMI. Date-limite: 30 juin 2009.
2. Lancer 2 projets pilotes d'audit au sein de l'INAMI. Date-limite: 31 décembre 2009.
3. Établir un plan d'audit pour l'INAMI. Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE 38b. Contrôle interne : projets BPM

Le présent article comporte de nouveaux engagements basés sur un projet (art. 38) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Depuis fin 2005 - début 2006, de nombreux efforts ont été fournis pour renforcer et expliciter le contrôle interne à l'INAMI. Un projet BPM a été lancé à cet effet. En voici les réalisations :

- la mise au point d'une méthodologie adéquate en collaboration avec des experts externes, la cellule « soutien stratégique et de gestion » du Service des soins de santé et la Cellule de modernisation :
 - élaboration d'un manuel pour les formations de base ;
 - élaboration de modèles de présentation (templates) pour les analyses BIO ;
 - détermination des normes à utiliser telles que VISIO² et BPMN³ ;
 - développement d'une méthode uniforme d'analyse des besoins en ICT, RH, législation et communication ;

² Logiciel standard VISIO : logiciel graphique utilisé tant par les responsables fonctionnels des services INAMI concernés (le « business ») que par les « analystes fonctionnels » du Service ICT, pour dessiner les processus organisationnels.

³ Norme BPMN (Business Process Management Notation) : liste officielle des symboles et types de schémas utilisés pour répertorier les processus organisationnels.

- attention particulière à la gestion des risques et au développement des mesures de contrôle nécessaires ;
- suivi d'un processus à l'aide d'indicateurs répondant au principe SMART ;
- formations de base BPM pour un certain nombre de détenteurs du processus et pour les coaches internes ;
- sessions de coaching spécifiques en soutien des responsables fonctionnels ;
- atelier de gestion visant à sensibiliser une classe importante du management à la valeur ajoutée tant opérationnelle que stratégique du BPM ;
- développement concret d'analyses BIO pour certains processus tant au sein des services centraux que des services opérationnels.

Un exercice de regroupement des macro-processus à l'intention de l'INAMI et de ses services a aussi démarré dans le trajet BPM en 2007. Ce regroupement identifie les grands domaines de processus de l'INAMI. Ces domaines de processus regroupent des processus individuels semblables. L'objectif est d'arriver à une approche intégrée de l'amélioration des processus, de la gestion des risques et de la mesure des performances. Il s'agit d'un exercice complexe et intensif.

Liste des actions-engagements

1. Créer une première version du regroupement des macro-processus pour l'INAMI.
Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE 39. Comptabilité analytique

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans le développement d'un projet (art. 39) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le présent article traite de la modernisation du système comptable liée à une utilisation efficace des moyens par l'instauration d'une comptabilité analytique. Cette orientation est inscrite tant dans le deuxième Contrat d'administration que dans la notification du Conseil des ministres comme un objectif souhaité (imposé), à savoir : « *générer et exploiter davantage d'informations analytiques budgétaires et comptables dans le but d'adapter la gestion et d'introduire un système harmonisé de comptabilité analytique pour toutes les IPSS⁴* ».

Comme mentionné dans le texte de base du deuxième Contrat d'administration, une étude de faisabilité a été effectuée. Cette étude dresse le bilan de la situation actuelle et analyse la faisabilité de l'instauration d'une comptabilité analytique, en ce compris les avantages et inconvénients, les facteurs critiques de succès, les éléments concrets pour poursuivre le développement de la comptabilité analytique à l'INAMI et l'ébauche d'une solution pour contrer les points faibles.

⁴ Notification du Conseil des ministres du 31 mars 2006.

Entre-temps, une version retravaillée des unités d'œuvre (centres de coûts) est disponible et a déjà été examinée avec les différents services opérationnels.

Outre la livraison des premières données de gestion (à court terme) basées sur les données déjà disponibles (centres de coûts ou unités d'œuvre + certains types de frais comme les frais de personnel et les coûts informatiques), l'objectif est également de définir dans les prochaines années (à un peu plus long terme) les éléments pour la troisième dimension (activités, missions, projets, ...). Ces éléments doivent répondre aux besoins d'une gestion interne optimale et aux besoins externes.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un premier rapport des données de gestion pour les centres de coûts et un nombre restreint de types de frais. Date-limite: 31 décembre 2009.

ARTICLE N14. Contrôle interne : développement et professionnalisation de l'évaluation et de la gestion des performances

Le présent article comporte un tout nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'initiation de l'évaluation des performances à l'INAMI remonte à 2002. Le processus de suivi mis en place dans le cadre de l'exécution du premier contrat d'administration – et les rapports interne et externe y afférents – ont été étayés à l'aide de tableaux de bord.

Entre-temps, le concept des tableaux de bord a été affiné. Dans le cadre de l'élaboration et du suivi du deuxième contrat d'administration, le nombre d'indicateurs a été élargi. Ils restent toutefois limités actuellement à des projets prioritaires spécifiques, et il n'est pas encore question d'un véritable système intégré d'évaluation des performances. Concrètement, l'INAMI dispose de peu d'informations sur les volets suivants :

- des informations clés sur certaines missions de base de l'INAMI (liées à certains engagements du Contrat d'administration) ;
- des informations limitées sur les objectifs relatifs au fonctionnement interne (peu de données RH et d'informations ICT) ;
- et sur les facteurs environnementaux pouvant influencer la réalisation des engagements du Contrat d'administration.

Développer davantage l'élaboration et l'utilisation des tableaux de bord, et préparer un tableau de bord intégré pour le Comité de direction sont autant de défis pour les prochaines années. L'analyse des possibilités ICT qui peuvent être utilisées pour ce faire est également importante.

Première étape dans le développement d'informations de gestion est la conception d'un *Balanced Scorecard*⁵ (BSC) pour les RH. Nous avons choisi d'étayer méthodologiquement la mise en place d'un système d'évaluation des performances et la collecte d'indicateurs pertinents en utilisant le *Balanced scorecard*. Ce modèle permet de suivre et de diriger une organisation. Dans un premier temps, pour permettre au Comité de direction d'ajuster un certain nombre d'éléments clés au sein de l'organisation partant d'un 'mode intégré' (des données relatives à l'emploi, au taux d'absentéisme, au budget,..., sont suivies simultanément) et non plus de sous-domaines. Et d'autre part pour permettre aux fonctionnaires dirigeants des services opérationnels d'assurer le suivi quotidien et la direction d'une façon structurée et plus détaillée.

Ces dernières années, la nécessité de disposer d'indicateurs utilisables au niveau des RH s'est fait de plus en plus pressante au sein de l'INAMI. Tant le Comité de direction que les services opérationnels soulignent l'importance de la collecte systématique d'informations sur le fonctionnement de l'INAMI en matière de RH (cf. résultats CAF, apport du Comité de direction). Ces informations (sous la forme d'indicateurs) permettront au Comité de direction et aux autres responsables de prendre les 'bonnes' actions selon une orientation stratégique commune. Nous parlons également dans ce cas d'un 'système GRH intégré de gestion des performances' dont les informations sont utilisées dans le processus décisionnel.

En 2008, l'approche méthodologique a déjà été préparée pour ce faire, tout comme une première ébauche d'indicateurs RH. Le 4^e trimestre 2008 verra le lancement des discussions au niveau de la plate-forme RH et du Comité de direction. À compter d'avril 2009, le tableau de bord RH sera effectivement utilisé dans le processus décisionnel.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration d'une proposition pour l'informatisation des tableaux de bord du Contrat d'administration. Date-limite: 30 juin 2009.
2. Développement d'un tableau de bord RH comme instrument de gestion pour le Comité de direction. Date-limite: 30 avril 2009.

ARTICLE N15. Gestion des plaintes

Cet article est un nouveau projet qui n'était pas repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

La notification du Conseil des Ministres du 11 mai 2006 portant approbation de la deuxième génération des contrats d'administration 2006-2008 prévoyait déjà

⁵ Le BSC est un tableau de bord pouvant être introduit pour la globalité de l'organisation ou une partie seulement (ex. GRH). Ce tableau de bord consiste concrètement en une série d'évaluations offrant au management un aperçu rapide et détaillé de l'organisation, ce qui lui permet alors d'implémenter, de mesurer, de communiquer et d'ajuster. Le BSC permet en d'autres termes une gestion "intégrée".

l'élaboration d'une proposition visant à améliorer l'examen des plaintes déposées auprès des IPSS.

Par ailleurs, dans la note de l'Agence pour la simplification administrative (ASA) consacrée aux projets de simplification administrative dans les IPSS, il était déjà question de la mise en place d'un système de gestion des plaintes.

Ensuite, lors du Conseil des Ministres du 23 juin 2006 consacré à la problématique 'Des autorités à l'écoute des usagers', un premier avant-projet de loi organisant le droit de plainte et de réclamation auprès des autorités fédérales a été rédigé. Cet avant-projet de loi s'inscrit clairement dans l'amélioration de la performance et de la qualité du service public.

Enfin, la Ministre de la Fonction publique a défini la mise en place de systèmes de gestion des plaintes comme un axe stratégique fort de sa politique. Elle a fait un appel à candidatures auprès de tous les services publics afin de participer à ce projet. L'INAMI s'est porté volontaire. Le SPF P&O coordonne les activités en la matière et notamment par le biais d'un groupe de travail avec tous les Coordinateurs 'Plaintes' des institutions-pilote. Ainsi et à titre d'exemple, un logo unique a été choisi pour l'ensemble des services de gestion des plaintes au niveau fédéral et se retrouvera donc aussi sur notre site web ou encore sur le formulaire de plainte.

Dès lors, à partir du 1er septembre 2008, l'INAMI a décidé de mettre sur pied un système de gestion des plaintes externes.

En mettant en place une gestion standardisée, structurée et centralisée des plaintes, l'INAMI souhaite:

- une amélioration de la qualité des services et du fonctionnement de l'INAMI
- une attention particulière des collaborateurs de l'INAMI aux attentes des « usagers » externes, bénéficiaires de l'assurance ou partenaires (service au public).

Toute personne ou organisation directement en contact avec les services de l'INAMI peut introduire une plainte.

Le SPF P&O définit une plainte de la manière suivante : Une plainte est la réaction d'un client qui utilise/a utilisé les produits ou services d'une organisation publique et qui n'en est pas satisfait. Le client s'attend à ce que l'organisation publique prenne en compte cette réaction. Une plainte doit avoir trait à :

- la fourniture d'un produit/ prestation de service
- les résultats de cette fourniture de produit/ prestation de service
- le mode d'exécution de la fourniture de produit/ prestation de service
- l'application d'une réglementation existante

Seules les plaintes relatives au fonctionnement de l'INAMI et à la qualité de ses services seront traitées (défaut d'information ou de réaction d'un service dans le traitement d'un dossier, problème en matière de paiement effectué par l'INAMI, erreur dans une application informatique interactive via le site web www.inami.fgov.be, communication insuffisante ou peu claire, comportement d'un collaborateur de l'INAMI au niveau de l'accueil téléphonique, d'un examen médical,...).

Sur la base d'un plan de communication détaillé, des actions ont déjà été menées en interne (flash-info, intranet, sessions d'information, présentations au Comité de direction et en réunions de staff des services,...) et en externe (dépliant, site web, communiqué de presse, notes au Collège des Administrateurs généraux des IPSS, aux Cellules stratégiques, aux OA, au Collège des Médiateurs fédéraux,...).

Les délais d'accusé de réception et de traitement de la plainte sont respectivement de 10 jours calendrier et 45 jours calendrier. Dans un premier temps, ces délais seront internes. Avant de les communiquer en externe auprès des plaignants, il conviendra de procéder à une évaluation, à savoir dans quelle mesure nous respectons ces délais.

Afin de prendre les actions correctrices éventuellement nécessaires, des rapports d'analyse et de reporting quantitatif et qualitatif seront rédigés à l'attention du Comité de direction.

Liste des actions – engagements

1. Un rapport d'évaluation quantitatif (nombre, fréquence, typologie des plaintes, répartition par services/plaignant/type de problèmes,...) et qualitatif (propositions d'amélioration/recommandations) à l'attention du Comité direction. Dates-limite: 30 juin 2009 et 31 décembre 2009.
2. Mise à disposition du plaignant d'un formulaire de plainte en ligne et sécurisé sur notre site web. Date-limite: 1er juillet 2009
3. Une note de synthèse globale sur les résultats de ce nouveau système de gestion des plaintes à l'attention du Comité général de gestion. Date-limite: 31 décembre 2009.

Liste des résultats - engagements

- Respect des délais d'accusé de réception (10 jours calendrier) et de traitement de la plainte (45 jours calendrier). Date-limite : Suivi par tableau de bord à partir du 1^{er} janvier 2009.

7. DEVELOPPEMENT DURABLE

ARTICLE N16. Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable

Le présent article comporte un tout nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Ce projet vise à contribuer à la mise en place d'un système de santé dans les pays en voie de développement par l'échange de connaissances et d'expériences spécifiques acquises à l'INAMI en matière d'assurance soins de santé.

De nombreux pays aujourd'hui ouvrent le chantier de l'assurance soins de santé. Il y a d'une part les pays qui intègrent l'Union européenne et qui doivent par conséquent se conformer à un certain nombre de « standards » en la matière, et d'autre part les pays en développement qui après s'être attelés aux problèmes économiques, d'infrastructures industrielles et de communication, à la scolarisation des jeunes, à la mise en place d'infrastructures sanitaires de base et à la lutte contre les épidémies et les endémies, constatent la nécessité de se doter d'une assurance soins de santé.

C'est à un tournant politique mondial que l'on assiste aujourd'hui et qui s'est notamment manifesté au niveau européen par l'organisation les 15 et 16 mars 2007 à Paris, conformément aux déclarations du G8 de Saint-Pétersbourg, d'une conférence internationale "Couverture du risque maladie dans les pays en développement : rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté " à laquelle l'INAMI a participé. D'une manière générale, les états veulent reprendre en mains la gestion du système de sécurité sociale des pays. L'assurance soins de santé doit être :

- Solidaire : les riches paient pour les pauvres, les non-malades pour les malades
- Universelle : toute la population doit être couverte, aussi bien le secteur salarié qu'indépendant, mais aussi le secteur informel et les personnes sans ressources financières
- Pérenne : le financement doit dépendre de ressources propres et récurrentes des états ou de leur population, les états devant veiller à assurer la stabilité du système face à certains déséquilibres qui pourraient apparaître dans le financement ; les ressources venant d'aides extérieures (temporaires) étant principalement allouées à la lutte contre les épidémies, endémies, campagnes de vaccinations, ..., tout ce qui peut être considéré comme occasionnel ou qui aura à terme une fin.

Partant de ce constat, on observe que les pays projettent leur avenir différemment en matière d'assurance soins de santé.

Actuellement déjà, l'INAMI accueille chaque année des délégations de pays étrangers qui viennent s'informer sur le système belge d'assurance maladie. Il s'agit d'échanges d'informations avec peu de feed-back.

L'INAMI a tout de même eu la chance de connaître au cours des dernières années la mise en place de contacts plus suivis, voire plus structurels, avec un certain nombre de pays, car des liens ont été établis entre diverses actions ponctuelles. Citons la Bulgarie, le Maroc, l'Algérie, le Rwanda.

Afin de fournir des réponses adéquates à chaque pays (qui requièrent une expertise diversifiée sur le plan légistique, budgétaire, médical, informatique, de la micro-finance), proposition est faite de créer une plate-forme de coopération qui permettrait de centraliser les informations en matière d'expertise, laquelle ne se trouve pas toujours entièrement à l'INAMI, et que l'on pourrait consulter pour fournir une réponse appropriée.

Les éléments suivants seront développés en 2009 :

- Rédiger un document pour le Comité de direction reflétant l'offre d'expertise que l'INAMI peut mettre à disposition des pays en voie de développement en matière d'assurance soins de santé.
- Établir une base de données de personnes ressources en matière d'assurance soins de santé issues de l'INAMI, mais également d'organismes assureurs, de SPF, d'hôpitaux, d'associations professionnelles médicales, d'universités, d'ONG (micro-finance), de bureaux d'expertise, ..., ayant une expérience dans différents pays et se préoccupant de la réforme ou de la mise en place d'une telle assurance dans des pays en développement.
- Établir une base de données de personnes ressources issues principalement de l'INAMI, mais également d'organismes assureurs, de la Banque-carrefour, de SPF, ..., disposées à assurer des modules de formation et lister ces modules (objectifs/contenu/PowerPoint).
- Proposer, via le circuit de la coopération technique belge, un programme de formation visant une approche intégrée du système des soins de santé belge et articulé autour de modules (à la carte), afin de permettre à tous les pays inscrits dans le programme de bourses bilatérales directes de stage de s'y inscrire.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un document pour le Comité de direction reflétant l'offre d'expertise que l'INAMI peut mettre à disposition des pays en voie de développement. Date-limite: 30 juin 2009.
2. Établir une base de données de personnes ressources ayant une expérience spécifique dans le domaine. Date-limite: 30 juin 2009.
3. Établir une base de données de personnes ressources disposées à assurer des modules de formation. Date-limite: 30 juin 2009.
4. Proposer un programme de formation. Date-limite: 31 décembre 2009.

8. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

Ci-dessous sont mentionnés, de manière non exhaustive, une liste des divers projets de simplification administrative pour lesquels l'INAMI est impliqué et qui seront exécutés en 2009. Un certain nombre de ces projets sont déjà repris comme engagements dans les articles ci-dessus.

1. Applications web interactives, informatisation du traitement de dossiers et échange de données par voie électronique (pex via CareNet/My CareNet (OA), Plate-forme E-health (E-care),...):

- Extension du projet d'enregistrement aux autres dispensateurs concernant l'attribution accélérée du numéro INAMI (Cfr. IBIS & SLA entre le SPF Santé publique et l'INAMI)
- Accréditation des médecins : demandes de reconnaissance individuelles
- Medega: communication des permanences et paiement des honoraires de disponibilité
- Développement d'un module informatique sur le site web de l'INAMI où les médecins pourront consulter et modifier leurs données (ea. l'adresse de contact).
- Mise en oeuvre de la suppression des flux papier (facture récapitulative) des hôpitaux vers les OA (CareNet phase 3) et suppression de la vignette de concordance.
- Mise en production de la consultation et de l'échange de données administratives en ligne pour le secteur des soins à domicile et de la biologie clinique en ambulatoire (laboratoires) (projets-pilote My CareNet).
- Traitement électronique des demandes de remboursement des spécialités pharmaceutiques introduites par les firmes (front office) (suppression des demandes papier).
- Poursuite de l'informatisation du dossier d'invalidité (e-dld), notamment au niveau de l'output, c'est-à-dire la notification de la décision d'invalidité de l'INAMI à l'OA
- Mise en oeuvre du flux électronique et de la base de données concernant la « reprise partielle d'activités autorisées » (en XML via CareNet)
- Introduction des plaintes via formulaire online
- Informatiser et optimiser des demandes de pension d'invalidité au niveau international (e.a. simplification et uniformisation des courriers,...)
- Développement d'un système générique d'enregistrement de données cliniques. L'application générique est en développement pour les implants (projet-pilote des défibrillateurs cardiaques) et pour les données anti-tnf (cfr. e-care).
- « e-prescription » : exploitation des résultats et généralisation du projet-pilote de prescription électronique en milieu hospitalier + étude de son extension en ambulatoire (cfr e-health)
- Utilisation de l'eBox ou d'un environnement semblable au site web de la Cellule technique (<https://tct.fgov.be>) pour la diffusion de statistiques hospitalières

2. Simplification des attestations. C'est la poursuite de la concrétisation des conclusions de la plate-forme de concertation CNMM (médico-mut)/CRM (Commission de remboursement du médicament) (cfr. Accord Médecins-OA)
3. Le 23 septembre 2008, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a fait des propositions de simplification administrative pour les personnes atteintes de maladie chronique (ea. l'intégration, en un statut unique, du droit à l'intervention majorée (BIM) et du droit au statut OMNIO, une application systématique du tiers-payant pour les maladies chroniques). L'Inami fournira sa pleine collaboration à l'exécution des décisions.

Bien entendu, d'autres projets de simplification, notamment en collaboration avec l'Agence pour la simplification administrative, pourront être développés.

9. TABLEAUX DE BORD

1. Séjours hospitaliers anonymes.
 2. Pharmanet.
 3. Fonds spécial de solidarité.
 4. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables.
 5. Paiements et perceptions.
 6. Montants, honoraires, forfaits et tarifs.
 7. Flowdos.
 8. Code-barres unique.
 9. E-did (dossier d'invalidité électronique).
 10. Reprise partielle d'activités autorisées et réadaptation professionnelle.
 11. Gestion des plaintes.
-