

**DEUXIEME CONTRAT D'ADMINISTRATION
INAMI
2006 – 2008**

Rapport annuel du 01/01/2008 au 31/12/2008

INTRODUCTION

Vous trouverez ci-après le rapport annuel sur l'état d'avancement des engagements du **deuxième contrat d'administration** de l'Inami portant sur la période du **1er janvier 2008 au 31 décembre 2008**,

Ce rapport a été établi en tenant compte des éléments suivants:

1. l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, 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, notamment l'article 8 § 3;
2. l'arrêté royal du 19 juillet 2006 portant approbation du deuxième contrat d'administration de l'Inami;
3. l'article 2 du protocole de collaboration conclu le 24 septembre 2002 entre l'Administrateur général de l'Inami et les Commissaires du gouvernement représentant l'Etat;
4. le rapport semestriel sur l'état d'avancement des engagements figurant dans le contrat d'administration portant sur la période du 1er janvier 2008 au 30 juin 2008;
5. le compte-rendu du Commissaire du gouvernement envoyé le 22 septembre 2008 au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget relatif au rapport semestriel visé au point 4;
6. la création au sein de l'Inami d'une Cellule modernisation chargée notamment du suivi du contrat d'administration au moyen du plan d'administration et des tableaux de bord d'une part, et de la coordination et du soutien à l'élaboration du plan stratégique de management de l'Inami d'autre part.

Ce rapport comporte quatre parties:

- Un tableau de synthèse qui, par projet, donne un bref aperçu de l'état des lieux et des éventuels points d'attention ou problèmes ;
- Un descriptif qui établit un bilan des engagements réalisés durant l'année 2008 et qui dresse les perspectives de réalisation pour l'année 2009, et ce conformément à l'avenant au contrat d'administration ;
- Les tableaux de bord actualisés, situation au 31 décembre 2008 ;
- Les annexes qui permettent de comprendre, plus en profondeur, la réalisation des engagements de 2008.

TABLEAU DE SYNTHÈSE (état des lieux: fin janvier 2009)

<u>Objectif</u>	☺ ☹☹	<u>Servic e</u> ¹	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
TITEL IV: Améliorer la gestion des données – élaboration d'études					
Article 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA) – Couplage des données Résumé clinique minimum (RCM) et SHA	☺	SG	<u>Engagements respectés</u> (validation dans un délai inférieur à 3 mois des données SHA ; envoi aux OA des rapports sur la qualité et l'exhaustivité des données ; rapport décrivant les évolutions constatées dans la validation des données SHA). <u>Tous les engagements sont réalisés</u>	Aucun	OUI : mêmes engagements (délai de 3 mois pour validation des données et rapport-feedback sur la qualité des données aux OA MAIS pas de note de gestion)
Article 9. Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides	☺	SI	<u>Premier engagement réalisé à temps.</u> <u>Deuxième engagement réalisé à temps</u> Le <u>troisième engagement: réalisé à temps</u> (note soumise au Comité de gestion en janvier 2009).	Aucun	OUI. Actualisation d'une note sur les facteurs explicatifs concernant l'augmentation d'invalides
Article 10. Evaluation de l'impact financier des mesures prises dans le secteur des indemnités	☺	SI	<u>Premier engagement réalisé à temps</u> <u>Deuxième engagement réalisé à temps</u> Le <u>troisième engagement: réalisé à temps</u> (note sur l'impact financier des mesures prises en 2007 soumise au Comité de gestion de décembre 2008).	Aucun	OUI. L'élaboration d'une note sur l'impact financier des mesures prises en 2008 dans le secteur des indemnités.
Article 11. Pharmanet	☺	SdSS	<u>Engagements respectés</u> (infospots, tableaux de bord pharmaceutiques, données Pharmanet par groupe de prescripteurs, rapport annuel budgétaire interne, rapport d'analyse globale du contenu des données,	Aucun	OUI : mêmes engagements

¹ **Remarque :** **SG** = Services généraux de support; **SI** = Service Indemnités; **SdSS** = Service des Soins de Santé; **SECM** = Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux, **SCA** = Service du contrôle administratif

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e¹</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			<p>rapport de synthèse sur les délais et la qualité des données et fichiers synthétiques relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement).</p> <p><u>Tous les engagements sont réalisés</u></p>		
Article 12. Cotisations à charge des firmes pharmaceutiques	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 réalisé à temps</u> (analyse cotisations du 30 juin 2006). Dans la 1ère moitié de 2007, l'étude a été affinée. Une concertation a eu lieu avec les firmes. La Commission européenne a remis un avis favorable concernant la modulation des cotisations. Le 4 juillet 2008 le point de vue de Pharma.be a été reçu. Entretemps, une analyse est élaborée en interne.</p>	Aucun	NON
Article 13. Exécution des conclusions de la taskforce 'Suivi des dépenses et modification des procédures'	☺	SdSS	<p><u>Engagements réalisés à temps:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rapport Analyse, contrôle et exploitation des nouveaux états de dépenses comptables, des nouvelles données "T20" et des nouvelles données "STATMD" (engagement 1 – partie 1 & 2) - 1er, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème et 6ème 8^{ème}, 10^{ème} & 12^{ème} rapport audit permanent réalisé (engagement 2) - Rapport sur l'évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle (+ impact financier) (engagement 4 – partie a) + rapport sur les effets comptables d'une suppression éventuelle des factures-papier (engagement 4 – partie b) - Le rapport relatif à l'élaboration d'indicateurs qui indiquent si la modification dans les définitions des différents flux de données (dépenses comptables, données STATMD, données T20) ont bien un effet positif sur la stabilisation des dépenses (engagement 3, partie a + engagement 1, partie 3) - Le rapport sur la nouvelle procédure budgétaire: évaluation de la 'nouvelle' procédure budgétaire en comparaison avec 'l'ancienne' procédure budgétaire et évaluation du démarrage de l'audit 	Aucun	NON

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e₁</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			permanent (engagement 3, partie b + c)		
Article 14. Exploitation des données en incapacité de travail primaire – volet statistique	☺	SI	<u>Tous les engagements réalisés à temps – Article 14 complètement réalisé:</u> Elaboration de statistiques sur le nombre de jours d'incapacité de travail primaire qui ont été communiqués par l'OA au niveau de l'union. <ul style="list-style-type: none"> - Données 2005 transmises en octobre 2006 (date-limite: 31 octobre 2007). - Données 2006 transmises en octobre 2007 (Date-limite: 31 octobre 2008). 	Aucun	OUI (Art. N1) Rapport de synthèse sur les évolutions statistiques de l'ITP + projet d'étude des facteurs explicatifs de l'évolution de l'incapacité de travail primaire
Article 15. Responsabilisation financière des OA en rapport avec leurs frais d'administration	☺	SG	<u>Engagements réalisés à temps:</u> <ul style="list-style-type: none"> - en 2006 une liste avec les données significatives par critère - tableau de bord avec les données effectivement transmises (2007) à l'OCM le 04/04/2008. Evaluation interne du système actuel a lieu. Une note de synthèse est en préparation.	Aucun	OUI. La transmission à temps des données à l'OCM et l'actualisation du tableau de bord (données effectivement transmises concernant l'année 2008 et dans quels délais)

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
TITEL V : Moderniser la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités					
Article 16. Transmission électronique de données relatives à la « reprise partielle d'activités autorisées »	☹	SECM-SI	<p><u>Engagement 1 pas encore réalisé, principalement en raison de circonstances externes (phase-test au plus tard le 31/12/2007)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Certains OA ont déjà débuté la phase de test ; d'autres OA attendent les résultats du projet plus large de standardisation des flux de données via CareNet <p><u>Engagement 2: pas encore réalisé (système opérationnel au plus tard le 31/12/2008)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalement, la banque de données devrait être opérationnelle en mai 2009 concernant les nouveaux dossiers. Toujours en 2009, les dossiers papier devraient être complètement clôturés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exigence d'une collaboration active des OA au niveau ICT - Impact plus large du projet 'standardisation de la transmission de données via CareNet' (normalement en 02/2009 terminé). 	OUI. Développer un système qui génère des statistiques détaillées sur la reprise partielle d'activités autorisées
Article 17. Dossier d'invalidité électronique	☺	SI	<p><u>Engagements respectés</u> : tableau de bord en edid ; extension du système informatisé à l'ensemble des fiches primaires de tous les OA ; tous les dossiers des OA 2, 4 et 6 sont implémentés en edid ; les dossiers « indépendants » sont aussi en edid (scannés lorsqu'une pièce entre) ; extension vers les CR-CMI (possibilité pour les médecins de consulter le dossier en ligne),...</p> <p><u>Engagements en cours de réalisation qu'on retrouvera dans l'avenant 2009</u> : engagement au 01/10/08 : accord des OA pour une notification des décisions (output) directement via edid (FTP en transition et CareNet à terme) et test avec quelques OA-pilotes. Concernant l'input (fiches), les discussions doivent par contre encore avoir lieu et pour ce faire, une étude interne va d'abord être réalisée ; engagement au 31/12/08 : extension d'edid à l'ensemble des dossiers d'invalidité et pour tous les OA, soit la possibilité de traiter tout document entrant dans le programme edid.</p> <p><u>Tableaux de bord</u> : nous pouvons constater une</p>	Aucun	OUI : <u>planning du scannage de masse</u> (30/01/09 ; engagement d'ores et déjà réalisé !), <u>étude de faisabilité de l'input en edid</u> (31/12/09 ; fiches OA vers INAMI) et réalisation du <u>prototypage de l'output en edid</u> (31/12/09 ; notifications décisions INAMI vers OA).

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			confirmation de l'amélioration du délai de traitement des dossiers d'invalidité, tant pour les 'primaires' que pour les 'prolongations'.		
Article 18. Fonds spécial de solidarité	☺	SdSS	<u>Engagements réalisés à temps:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Brochure d'information 'assuré social' en 2006 - Aperçu annuel 2006 et 2007 avec les décisions du Fonds - Le rapport annuel 2006 et 2007 des plaintes et leur typologie - La mesure d'impact de la nouvelle réglementation pour le volet 'enfants' : renforcement du rôle du FSS - valeurs positives des indicateurs du tableau de bord - le rapport d'activités 2008 (<u>engagement 2, partie 3</u>) avec les décisions du Fonds - Le rapport annuel 2008 avec le nombre de plaintes et leur typologie (<u>engagement 3, partie 3</u>) 	Aucun	OUI. Suivi des indicateurs via tableau de bord
Article 19. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables.	☺	SdSS	Concernant le traitement des dossiers de la CRM, nous pouvons noter des valeurs positives des indicateurs du tableau de bord	Aucun	OUI. Suivi des indicateurs via tableau de bord
Article 20. Réforme du secteur des implants	☺	SdSS	<u>Engagement 1 réalisé à temps:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Projet d'AR sur la composition et mise sur pied de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (transmis à la signature du Roi le 25 janvier 2008) <u>Engagement 2 en cours:</u> (2 mois après publication de l'AR, procédure de notification en production): Développement de la procédure de notification (enregistrement des firmes + reprise de notification sur la liste). Le projet d'AR a été approuvé par le Comité de l'assurance le 28/7/08. La procédure pour	Facteurs d'environnement externes retardant le <u>volet 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cadre légal pour stocker et échanger des données électroniques et permettre le consentement par le patient - Organisation des flux de données et des rôles de Behealth et Carenet/MyCaret 	OUI <ul style="list-style-type: none"> - mise en production de la procédure de notification (2 mois après la publication de l'AR) - projet d'AR sur les modalités d'exécution de la procédure de remboursement

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			<p>publication est en cours.</p> <p><u>Engagement 3 en cours</u>: date-limite est 'Au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la procédure de notification proposer le projet d'AR sur les modalités d'exécution de la procédure de remboursement au Comité de l'assurance')</p> <p><u>Engagement 4 en cours (volet 2)</u>: date-limite est le 1^{er} juillet 2009</p>		<p>- Développement de l'application web (noyau) pour l'enregistrement online des données (volet 2)</p>
Article 21. Mise en œuvre de « CareNet » – « My CareNet »	☺	SdSS-SECM	<p><u>(a) My CareNet:</u></p> <p><u>Engagement 1 : date-limite pas respectée à temps, principalement par des dépendances externes (adaptations réglementaires au plus tard le 31/12/2006)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - AR entré en vigueur au 01/07/08 <p><u>Engagement 2: date-limite pas respectée à temps (informer les acteurs concernés 3 mois avant de l'entrée en vigueur des nouvelles directives)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Par rune communication tardive du CIN concernant l'infrastructure technique de My CareNet pour les soins infirmiers à domicile (janvier 2009), la communication des lignes directrices précises est aussi retardée par rapport aux 3 mois prévus (seulement en décembre 2008) <p><u>(b) CareNet:</u></p> <p><u>Engagement 1 : date-limite non respectée, principalement en raison de dépendances externes (adaptations réglementaires au plus tard le 31/12/2006)</u></p>	<p>Dépendances externes sur le plan du modèle de concertation</p> <p>Dépendances externes du CIN</p>	<p>(a) My CareNet: OUI. Communication 3 mois avant l'infrastructure technique opérationnelle (<u>entre-temps réalisé</u>)</p> <p>(b) CareNet: NON</p>

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du règlement des soins de santé du 28/07/03 publié le 14/08/08 au M.B. - En marge des engagements, il y a encore une attente sur la proposition du CIN concernant les papiers actuels annexés à la facture. 	<p>Dépendances externes au niveau du modèle de concertation</p> <p>Dépendances externes du CIN/des OA</p>	
Article 22. Paiements et perceptions / Montants, honoraires, forfaits et tarifs	☺	SG	<p><u>Engagements réalisés à temps:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Note de synthèse de fin 2006, 2007 et 2008 sur l'information fournie par cet instrument de follow-up des paiements et perceptions. - Les tableaux sont actualisés trimestriellement 	Aucun	OUI. Suivi des indicateurs via tableau de bord
Article 23. Harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux	☺	SdSS	<p><u>Projet terminé</u> : la publication au MB et la communication des nouvelles dispositions pour ce qui concerne les pharmaciens est réalisée. C'était déjà le cas pour les médecins, les kinésithérapeutes et les dentistes.</p> <p><u>Les engagements sont réalisés.</u></p>	Aucun	NON

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic</u> <u>e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
TITRE VI : optimisation des missions d'évaluation et de contrôle					
Article 24. Audit et conseil en mutualités	☺	SCA	<u>Engagements:</u> - <u>contrôles 2007</u> : rapports art. 230 " <u>Indemnités</u> " et résidents " <u>Soins de santé</u> " -> terminés. - <u>contrôle 2008</u> : 136 § 2 " <u>Indemnités</u> " -> rapport presque terminé mais il manque encore les conclusions définitives. - <u>contrôle 2008</u> : MAF " <u>Soins de santé</u> " -> enquêtes au sein des unions nationales et au sein des mutualités clôturées fin décembre 2008. La rédaction du rapport vient de débuter. - <u>contrôles 'art. 195'</u> (listes récupérations) 2007 et 2008 : terminés. <u>Tous les engagements sont réalisés</u>	Aucun	OUI : mêmes engagements (contrôles soins de santé, indemnités, listes récupérations + rapport 5 mois après)
Article 25. Evaluation médicale	☺	SECM	<u>Engagements réalisés à temps:</u> Le scope du projet pour l'exécution des projets d'évaluation est beaucoup plus large que l'engagement repris dans le texte de base du CA	Aucun	OUI. En 2009, exécuter au moins 2 nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure d'impact
Article 26. Code-barres unique	☺	SECM	<u>Engagement 1: réalisé à temps (analyse des instruments possibles pour optimiser le transfert de données, au plus tard pour le 31/12/2007)</u> - A l'avenir, un investissement sera réalisé vu la qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques qui n'est pas encore assez satisfaisante <u>Engagement 2: réalisé +/- à temps (élaborer un rapport aux OA, au plus tard le 30/06/2007)</u> <u>Engagement 3: totalement réalisé, dépendances externes (rapports annuels avec les résultats des analyses; au plus tard le 31/12/2007 et 31/12/2008):</u>	Dépendances externes: - Qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques - Problématique APB – Privacycommission en rapport avec la transmission de données entre les offices de tarification et le SECM. Normalement résolue dans la prochaine loi de	OUI. Elaboration d'un rapport avec les résultats de l'analyse des données des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			<ul style="list-style-type: none"> - Un certain nombre d'analyses au niveau du contenu sont réalisées sur la base des fichiers des offices de tarification. En 2008 : analyse sur base des données de 2006T4 jusque 2008T3. - Les analyses ultérieures sont possibles si la qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques s'améliore. 	réparation.	
Article 27. Incapacité de travail primaire – Qualité des contrôles	☹	SECM	<p><u>Engagement non réalisé (système complètement opérationnel, au plus tard le 31/12/2008)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En 09/2008, au cours d'une discussion entre l'INAMI et les OA au sujet des résultats provisoires sur base des données 2007 des dérogations claires, suite à une erreur de programmation au niveau de l'INAMI, ont été déterminées. La re-programmation est terminée fin 2008. L'analyse doit maintenant à nouveau avoir lieu. 	<p>Dépendance externe sur le plan de la qualité des fichiers. C'est crucial dans le suivi des paramètres. Selon une étude de conformité début 2009, certains problèmes (résultats provisoires) semblent se poser au niveau de l'input par les OA.</p> <p>Dépendance externe concernant le rajout du NRN au flux afin de permettre une analyse correcte par l'INAMI</p>	OUI. Profils des activités des médecins-conseil au niveau de l'OA et de la mutuelle
Article 28. Informatisation des dossiers d'enquêtes du S.E.C.M - Projet FlowDos	☺	SECM	<p><u>Engagement 1: réalisé +/- à temps (système opérationnel pour la production d'informations de gestion, au plus tard le 30/09/2007)</u></p> <p><u>Engagement 2: pas réalisé à temps (système opérationnel pour la gestion des dossiers d'enquête pour le cycle de vie complet: couche 1; au plus tard le 31/12/2007)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La couche 1 opérationnelle au 2^{ème} semestre 2008. <p><u>Engagements 3 et 4: dépendants de la réalisation de l'engagement 2 (dossiers d'enquêtes en cours</u></p>	Aucun	OUI. Note de vision concernant le développement ultérieur de système de gestion de Flowdos.

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			<p>disponibles sous forme électronique. Date limite: date de réalisation action-engagement 2 + 6 mois et dossiers d'enquêtes clôturés depuis 2003, disponibles sous forme électronique. Date limite: date de réalisation action-engagement 2 + 12 mois)</p> <p>- Ces engagements sont réalisés concernant les données des dossiers d'enquêtes.</p>		
TITRE VII : Amélioration du soutien aux organes					
Article 29. Conseil Technique Médical des Indemnités	☹	SI	<p><u>Engagements non respectés.</u></p> <p><u>Engagement au 31/12/06</u> : une 1ère note analytique sur le système de classification d'affections / de pathologies médicales utilisé a été soumise à la réunion du CTM du 27 février 2007. Cette note, basée sur l'analyse de 300 pathologies médicales liées à l'invalidité et enrichie notamment à partir de l'expérience des Pays-Bas, a été retravaillée mais demeure en voie de finalisation. Elle devait être présentée en octobre 2008 au CMI mais cela n'a pu être le cas. <u>L'engagement est donc partiellement réalisé.</u></p> <p><u>Engagement au 31/12/07</u> : étude de faisabilité relative au développement de directives ('guidelines') concernant l'évaluation de l'incapacité de travail / de l'invalidité. Ici aussi, les contacts avec l'étranger ont été et sont encore fort utiles (Pays-Bas et Québec notamment). Même si cette note concernant les différentes étapes d'élaboration de 'guidelines' (scope, littérature, acteurs, statistiques, moyens,...) est quasiment terminée, elle demeure, elle-aussi, inachevée et n'a pu être soumise au CTM. <u>L'engagement n'est donc pas réalisé.</u></p> <p><u>Engagement au 31/12/08</u> : une proposition de développement de directives pour la 'lombalgie'</p>	Il n'y a que très peu de soutien des membres du CTM ou du CMI pour la mise en oeuvre des missions de ce nouvel organe.	NON

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			(étude-pilote) est en grande partie rédigée. Les informations en la matière n'étant pas nombreuses, des recherches et des contacts avec l'étranger sont toujours en cours. Ici encore, faute de temps, la note n'a pu être terminée et n'a pu être soumise au CTM. <u>L'engagement n'est donc pas réalisé.</u>		
Article 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général	☹	SdSS	Un retard indéniable demeure dans la réalisation de ce projet. Un 1er prototype a été livré par l'ICT début 2009 et un Steering Group assure un pilotage rigoureux du projet. <u>Les engagements ne sont donc pas réalisés.</u>	Aucun	OUI : Ce projet se retrouve dans l'avenant 2009 : <u>mise à disposition de l'application en externe</u> : 31/07/09. A souligner que le 1er engagement (<u>test par un user group externe</u> au 01/02/09) de l'avenant n'a pu être réalisé.
Aicle 31. Rapportage des activités en Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	☺	SI SECM	<u>Engagement au 31/12/06</u> (standardisation du rapportage concernant les activités des CR-CMI) : des tableaux statistiques des données 2007 et 2008 relatives au fonctionnement des CR-CMI existent. <u>Engagement réalisé.</u> <u>Engagement au 31/12/07</u> (rapportage sur le fonctionnement des CR-CMI auprès de la Commission supérieure) : le rapportage en séance plénière du CMI a eu lieu le 20/06/08 sur la base des données de l'année 2007 et du 1er trimestre 2008. Les réactions furent positives et des propositions d'amélioration de présentation de la note ont été formulées. Dans le courant du premier trimestre 2009, les graphiques et tableaux du 1er semestre 2008, accompagnés de commentaires et d'explications, seront transmis pour	Aucun	NON

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
			discussion en Commission supérieure. <u>Engagement réalisé.</u> <u>Les engagements sont réalisés.</u>		
Article 32. Rapportage financier à la Commission de remboursement des médicaments	☺	SdSS	<u>Tous les engagements sont réalisés à temps (art. 32 complètement réalisé)</u>	Aucun	OUI. Rapport MORSE semestriel
TITRE VIII : Adaptations réglementaires et financières					
Article 33. Réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail sur le marché du travail	☺	SI	<u>Projet terminé</u> : les adaptations réglementaires (dont l'Inami avait la maîtrise) demandées par le Ministre à la lecture des deux rapports sur la réinsertion socio-professionnelle et la réadaptation professionnelle ont été réalisées. <u>Les engagements sont réalisés.</u>	Aucun	NON
Article 34. Maximum à facturer et intervention majorée de l'assurance	☺	SdSS SCA	<u>Projet terminé</u> : à la lecture stricto sensu des engagements du contrat (adaptations réglementaires et des flux en matière de MAF et de BIM), ceux-ci sont réalisés. <u>Les engagements sont réalisés.</u>	Aucun	OUI : art. N11 'Développement d'un statut OMNIO plus simple et plus accessible' ; établir une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel (30/06/09)
Article 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux	☺	SdSS	<u>Les engagements sont réalisés</u> (mise en œuvre du système).	Aucun	OUI : évaluation du système de forfaitarisation (30/06/09), qui ne pouvait être entreprise qu'au moment où les

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic e</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Avenant 2009</u>
					données SHA-RCM étaient disponibles (édition 14), à savoir janvier 2009.
TITRE IX : renforcement de la communication externe					
Article 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM	☹	SECM	<u>Engagements réalisés à temps:</u> <ul style="list-style-type: none"> - un 1^{er} module : infobox (2006) pour le médecin débutant (+ actualisation fin 2007) - un 2^{ème} module : brochure d'information du SECM et des nouvelles procédures de sanction (fin 2007) - La brochure pour le médecin spécialiste (3^{ème} module) est terminée et diffusée le 11/12/08 - publication sur le site web des dates des décisions définitives du Comité du SECM et des chambres de recours (tableau de bord) <u>Engagements en cours :</u> Modules 4 à 6.	3 modules en retard <u>Raisons :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Brochures d'info sont beaucoup plus volumineuses qu'initialement prévu - Il y a un énorme investissement dans l'amélioration permanente des brochures 	OUI. Actualisation des 6 modules existants

Article 37. Site web – Accueil téléphonique – Communication proactive	☹	SdSS SG SI	<p><u>Engagement 5 (call-center et accueil téléphonique; date-limite 31/12/2007): en retard.</u> Concernant l'accueil téléphonique une évaluation a déjà eu lieu auprès des opérateurs du call-center actuel. Actuellement a lieu une enquête auprès des utilisateurs. Sur cette base, le call-center actuel sera optimisé. Ensuite, une analyse des besoins des autres directions et services de l'INAMI en matière de call-center doit encore se faire.</p>	Aucun	OUI (Art.37a): Note avec une analyse de l'état de la situation, des besoins et des recommandations
		SdSS	<p><u>Engagement 2 (module informatique dispensateurs de soins ; Date-limite 31/12/2008): réalisé à temps</u> - Pilote 1 (dentistes) : réalisé en juin 2008 - Pilote 2 (médecins, cfr avenant 2009) : réalisé en décembre 2008</p>	Lien avec le projet 'cadastre des dispensateurs' (IBIS) et eHealth	OUI (Art.37b). Module informatique pour les médecins
		SG	<p><u>Engagement 4 (enquête de satisfaction site web; date-limite: 31/12/2008): +/- réalisé à temps.</u> - Publication de l'enquête sur le site web de l'INAMI en janvier 2009 durant 3 semaines. Analyse en cours.</p>	Aucun	NON
TITRE X : développement de nouveaux instruments de gestion					
Article 38. Système de contrôle interne et service d'audit interne	☺	SG	<p><u>Engagement 1 est réalisé à temps:</u> une analyse des points forts et faibles est réalisée concernant le système de contrôle actuel, en ce compris une identification des risques principaux et des points de contrôle.</p> <p><u>Engagement 2 est réalisé à temps</u> (rapport sur l'élaboration du contrôle et de l'audit internes à l'INAMI; date-limite: 31/12/2008): - Une note concernant le développement futur de la fonction d'audit interne à l'INAMI a été rédigée mi-2008 et discutée avec la Direction générale début 2009</p>	Aucun	OUI (Art.38b): achever la carte des processus au niveau macro (Art. 38c): proposition d'informatisation des tableaux de bord; BSC HR. (Art.38a): élaborer une charte d'audit; 2 audits-pilote; élaborer un plan d'audit.
Article 39. Comptabilité analytique	☺	SG	<u>Décision du Conseil des Ministres du 31 mars 2006:</u> Le Ministre du Budget et les Ministres de tutelle	Aucun	OUI. Elaborer un premier rapportage

			<p>formuleront d'ici l'élaboration du budget 2007 des propositions, en concertation avec le Collège des AG, pour introduire un système harmonisé de comptabilité analytique.</p> <p><u>Engagement réalisé à temps:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude de faisabilité (<u>31 décembre 2006</u>) 		des données de gestion pour les centres de coût et un nombre limité de sortes de coûts
Article 40. Cadre d'Auto-évaluation de la Fonction publique (CAF)	☺	SG	<p><u>Engagement 1</u> (exécution de l'évaluation CAF): réalisé à temps.</p> <p><u>Engagement 2</u> (élaborer un plan d'amélioration CAF: date-limite 30/06/2008): réalisé à temps.</p>	Aucun	NON

Séjour hospitalier anonyme – Couplage avec Résumé clinique minimum (art. 8)

BILAN 2008 ET PERSPECTIVES 2009

La validation complète et définitive des données SHA éd. 14 (séjours 2006) est terminée. Celle-ci a pu se faire en 1,5 mois, donc dans un délai inférieur aux 3 mois fixés comme valeur-cible dans le tableau de bord du contrat.

A noter une nette augmentation pour cette édition du nombre de jours de retard dans la fourniture par les OA de fichiers acceptables par rapport à la date fixée par circulaire. En effet, lors des contrôles d'exhaustivité et de la qualité des données, le service a constaté d'importantes anomalies qui ont conduit à la demande de nouvelles données à l'ensemble des OA à l'exclusion de l'OA6 (CAAMI).

Après validation, le service a dressé, comme chaque année, à l'intention de chaque OA un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité des données SHA. Cet engagement a été réalisé le 8 septembre 2008.

Le rapport décrivant les données SHA et leurs évolutions dans le cadre de la validation (note de gestion relative à l'édition 14) a été finalisé en 2008 par la Cellule Datamanagement. Le Service des soins de santé complète actuellement ledit rapport avec une analyse en matière de forfaitarisation des médicaments en milieu hospitalier.

Tous les engagements sont donc réalisés. Notons enfin que cet article se retrouve dans l'Avenant 2009 au contrat d'administration 2006-2008. 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. Ces efforts ne sont pas sans conséquence lorsque nous savons à quel 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).

Annexes : néant

Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides (art. 9)

BILAN ANNEE 2008

Ce projet vise à informer l'ensemble des acteurs de l'assurance indemnités des raisons qui sous-tendent les évolutions constatées au niveau du nombre d'invalides. Au 31 décembre 2002, le secteur des invalides salariés comptait 193.538 titulaires. Au 31 décembre 2005, ce nombre était déjà passé à 208.595, et au 31 décembre 2007 le nombre d'invalides est de 223.684.

En novembre 2005, une note a été rédigée pour la première fois. Elle a été soumise au Comité général de gestion et transmise au Ministre. La note peut être développée, peaufinée et améliorée en fonction des discussions et des réactions des membres du Comité de gestion.

Le premier engagement du 2^e contrat d'administration a été réalisé en 2006. La note décrit concrètement l'évolution du nombre d'invalides avec quelques constatations et expose un certain nombre de facteurs explicatifs à cette évolution.

Le deuxième engagement est aussi réalisé. Il concerne l'actualisation de la 1^{re} note mais dans une version succincte étant donné que les facteurs explicatifs sont de nature macro-socioéconomique et ne changent donc pas chaque année. Cette note était jointe au rapport semestriel de 2008.

Le troisième engagement est une version actualisée de la note, à rédiger avant la fin de l'année 2008. Cette note a été rédigée, soumise au Comité de gestion et approuvée par lui au cours de sa séance du 21 janvier 2009.

PERSPECTIVES 2009

Dans l'avenant pour 2009, il est mentionné que la note au sujet des facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides sera actualisée d'ici la fin de l'année 2009 et qu'elle sera soumise au Comité de gestion ainsi qu'à l'autorité de tutelle.

Annexe 1:

- La note de fin 2008 (Note CI 2009/08) concernant l'évolution du nombre d'invalides, soumise au Comité de gestion du 21 janvier 2009.

<p align="center">Evaluation de l'impact financier des mesures prises dans le secteur des indemnités (art. 10)</p>

BILAN ANNEE 2008

Cet objectif permet au Service des indemnités d'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.

Le premier engagement est réalisé fin 2006, il s'agit de la rédaction d'une note pour le Comité de gestion et l'autorité de tutelle sur l'incidence financière des mesures prises en 2005.

La note avec l'incidence financière des mesures prises en 2006 a été finalisée fin 2007 (deuxième engagement) et a été soumise au Comité de gestion en février 2008. Cette note a été ajoutée au rapport semestriel de 2008.

Le troisième engagement prévoit la rédaction d'ici la fin de l'année 2008 d'une note au sujet de l'impact financier des mesures prises en 2007. Cette note a été rédigée et soumise au Comité de gestion pour information au cours de sa séance du 17 décembre 2008.

La note 2008/72 donne un aperçu des mesures relatives à l'exercice 2007.

PERSPECTIVES 2009

Dans l'avenant pour 2009, il est mentionné que la note relative à l'impact financier des mesures prises au cours de l'exercice 2008 dans le secteur des indemnités sera rédigée et soumise au Comité de gestion et à l'autorité de tutelle.

Annexe 2:

- Note mentionnant l'impact financier des mesures prises en 2007, soumise au Comité de gestion du 17 décembre 2008 (note CI 2008/72).

Pharmanet (art 11)

BILAN 2008 ET PERSPECTIVES 2009

- Les sujets ponctuels relatifs à l'exploitation des données Pharmanet sont mis à disposition sur notre site web tous les trois mois. Chaque sujet, accepté par le CEM, comprend des tableaux ou graphiques, accompagnés de commentaires. Comme prévu, depuis le 1er janvier 2008, quatre sujets ont donc été traités :
 - « La prescription en DCI » (engagement au 31 mars 2008) ;
 - « L'usage des médicaments dans les affections de la thyroïde » (engagement au 30 juin 2008) ;
 - « Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2007 » (engagement au 30 septembre 2008) ;
 - « L'utilisation des médicaments chez les jeunes de 0 à 18 ans » (engagement au 31 décembre 2008).

Les deux premiers infospots ont été joints au rapport semestriel. Nous joignons donc les deux autres infospots.

- Les données Pharmanet 2006 par groupe de prescripteurs (engagement prévu normalement au 30 juin 2008) ont déjà pu être mises à disposition sur notre site web et ont été annexées au rapport annuel 2007. Cette réduction des délais s'explique d'une part par les transmissions devenues trimestrielles (auparavant semestrielles) et d'autre part par l'expérience acquise par la cellule Pharmanet dans la production de ces tableaux.

- Les tableaux de bord pharmaceutiques 2006 ont été placés sur le site de l'INAMI depuis juillet 2008 (engagement au 31 décembre 2008). Cette réduction des délais s'explique d'une part par les transmissions devenues trimestrielles (auparavant semestrielles), par l'engagement d'un nouveau collaborateur au sein de la « cellule Pharmanet » et par une répartition plus claire des tâches à remplir par chacun dans la production de ces tableaux. La collaboration des experts de la CRM a été demandée pour rédiger certaines parties (elle remplace l'aide apportée par des membres du CEM).
- Comme chaque année, plusieurs rapports ont été rédigés d'ici le 31 décembre 2008 :
 - le rapport annuel budgétaire interne c'est-à-dire le panorama des mesures budgétaires dans le domaine du médicament dans le secteur ambulatoire (impacts budgétaires et méthodologies suivies) ;
 - le rapport d'analyse globale du contenu des données « Pharmanet piste unique » 2007 (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) ;
 - le rapport de synthèse sur les délais et la qualité (type d'erreurs, récurrence, ..) des données « Pharmanet piste unique ».

Ces rapports sont joints en annexe.

- Par ailleurs, il est également prévu l'envoi d'un document relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement et réalisé par le service dans le mois suivant la réception et la validation des données complètes du trimestre. Il se présente sous forme d'un fichier Excel et est transmis par mail à une série de personnes susceptibles d'être intéressées (membres du CEM, de la CRM, de la Commission de convention OA – Pharmaciens, du Comité de l'assurance, du Conseil général,... mais aussi à la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et à des représentants des Administrations du budget, des affaires économiques, du KCE,...). Tous les trimestres, un fichier semblable continuera donc à être transmis aux personnes inscrites sur la liste des intéressés. Pour information, le fichier est envoyé actuellement à 88 personnes.

En 2008, la Cellule Pharmanet a envoyé quatre fichiers :

- le fichier relatif aux données du 3ème trimestre de 2007 envoyé le 19 février 2008 ;
- le fichier relatif aux données du 4ème trimestre de 2007 envoyé le 9 mai 2008 ;
- le fichier relatif aux données du 1er trimestre de 2008 envoyé le 17 juillet 2008 ;
- le fichier relatif aux données du 2^{ème} trimestre de 2008 envoyé le 23 octobre 2008

Soulignons enfin que cet article est repris, avec les mêmes engagements, dans l'Avenant 2009 au contrat d'administration 2006-2008.

Annexes 3, 4, 5, 6 et 7:

- Les deux sujets ponctuels de septembre et décembre 2008 ;

- Le rapport annuel budgétaire ;
- Le rapport d'analyse globale du contenu des données « Pharmanet piste unique » 2007 ;
- Le rapport de synthèse sur les délais et la qualité des données « Pharmanet piste unique » ;
- Les fichiers synthétiques relatifs aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement : fichiers des données de 2008/T2.

Cotisations à charge des firmes pharmaceutiques (art. 12)

INTRODUCTION

Cet article vise une perception des cotisations plus univoque, plus simple et plus transparente. Suite au rapport d'audit du 22 juin 2005 intitulé « Responsabilisation des firmes pharmaceutiques dans la maîtrise des dépenses en soins de santé », la Cour des comptes a formulé un certain nombre de recommandations pour l'adaptation de la réglementation, ainsi que pour la réalisation des contrôles et des procédures de perception. La Cour des comptes préconise notamment de désolidariser le calcul des cotisations du chiffre d'affaires déclaré par les firmes et de calculer ces cotisations sur la base des données dont dispose l'INAMI (par exemple les données Pharmanet).

BILAN 2008 ET PERSPECTIVES 2009

Compte tenu des recommandations de la Cour des comptes, une proposition de révision de loi a été formulée le 30 juin 2006 (engagement 1). Cette proposition était déjà inscrite dans l'annexe du rapport semestriel de 2006 et avait, dans une première phase, été présentée sous la forme d'une structure totale à couler dans un texte de loi après discussion et choix des options et du planning.

Comme point d'attention, notons que le cadre légal a été modifié après que les engagements 1 et 2 du contrat d'administration eurent été fixés. La proposition tient compte de ces modifications.

Les discussions de cette proposition ainsi que la progression du processus décisionnel ont fortement été influencées par le contexte européen. Fin janvier 2008, la Commission européenne a formulé une réponse favorable concernant la modulation des cotisations, à condition d'une adaptation de la loi. Cette adaptation a été reprise dans la loi portant dispositions diverses (I) et un arrêté d'exécution a été soumis pour avis au Comité de l'assurance.

Dans le prolongement de la proposition du 30 juin 2006, le Service a effectué une analyse supplémentaire en 2007 afin d'adapter la proposition initiale aux évolutions du contexte politique telles que reprises dans nos précédents rapports. Cette étude interne comprend plusieurs pistes possibles visant à répartir les cotisations entre les firmes pharmaceutiques:

- 1) le maintien du système actuel, c'est-à-dire un système basé sur les déclarations des firmes, avec comme avantage l'absence de changement

radical de la loi mais comme désavantage la non-prise en compte des remarques de la Cour des comptes, sauf si une validation est effectuée et signée par un réviseur d'entreprise;

- 2) le passage à d'autres sources d'informations telles que les données du SPF Economie, mais celles-ci sont également rédigées par les firmes elles-mêmes;
- 3) le passage aux données INAMI (pharmanet/SHA), avec comme avantage la perception de taxes sur la base des dépenses de l'INAMI mais comme désavantage le timing de réception et de validation des données, qui est tardif par rapport à l'année de taxation, sans compter la différence de temps d'obtention et de validité entre les données publiques et les données hospitalières.

Suite à la concertation relative à la problématique précitée, le point de vue officiel de pharma.be a été transmis à l'INAMI le 04 juillet 2008 concernant l'alternative (utilisation des données IMS) qui a été proposée par le secteur durant la négociation. Entretemps, une analyse complémentaire est effectuée par le Service des Soins de Santé. La proposition de pharma.be et l'analyse interne constitueront l'objet de la négociation entre l'INAMI et pharma.be avec à l'esprit une évaluation de la faisabilité technique et des effets financiers.

Ensuite suivent les discussions politiques avant de procéder à une adaptation de la loi.

Au terme des discussions, après approbation de la proposition adaptée de modification de loi, nous prévoyons une période de 6 mois pour apporter les modifications nécessaires au système de calcul et de suivi (engagement 2).

Annexe: néant

Exécution des conclusions de la task force « Suivi des dépenses et modification des procédures » (art. 13)

Les engagements à réaliser sont préparés et développés au sein d'une TASK FORCE II, qui sera également chargée du suivi d'une série de recommandations formulées par la Cour des comptes.

BILAN ANNEE 2008

Les réunions de la TASK FORCE II ont démarré le 30 novembre 2006, juste après la finalisation de la procédure budgétaire 2007 concernant la fixation et la répartition de l'objectif budgétaire global 2007. L'ordre du jour de la task force était mentionné dans le rapport annuel 2006.

Le texte du deuxième contrat d'administration stipule qu'il y a lieu d'examiner si les modifications apportées à la définition des flux de données ont réellement un effet positif sur la stabilité des dépenses. La réalisation de l'engagement numéro 1 (1^{er} et 2^e

parties) figure déjà dans les rapports précédents. Le compte rendu pour 2008 (1^{er} engagement, 3^e partie) est intégré dans le rapport relatif au 3^e engagement, partie a. Les nouvelles données sont systématiquement exploitées dans les différents comptes rendus mensuels de l'INAMI (note mensuelle, note financière mensuelle,...). Il faut certes encore bien vérifier la qualité des données transmises. Ce point fait d'ailleurs l'objet de l'engagement relatif à l'évaluation (voir ci-dessous).

Le deuxième engagement concerne l'« Exécution des nouvelles dispositions contenues dans l'arrêté royal du 17 septembre 2005 concernant l'élaboration et l'affinement d'un audit permanent ». Le 18 novembre 2008, le 12^e rapport était achevé ; il a été transmis à la Cellule stratégique. Il concerne les données du 1^{er} semestre 2008 (lire aussi l'annexe).

Mi-2005, la taskforce s'est vue confier par le ministre une série de nouvelles missions comme mentionnées dans l'engagement 4 (partie a et partie b). Il s'agit du rapport relatif à l'évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle et du rapport relatif aux effets comptables d'une éventuelle suppression de la facture papier à partir de 2006 (CareNet). Ces deux rapports ont été terminés dans les délais.

Le troisième engagement consistait à établir pour le 31 décembre 2008 une évaluation des décisions qui ont été prises dans le cadre des activités de la task force. Tous les rapports ont été terminés fin novembre 2008, à savoir :

a. d'un rapport sur la mise au point d'indicateurs qui montrent que la modification des définitions des divers flux de données (dépenses comptables, données STATMD, données T20) a un effet favorable ou non sur la stabilité des dépenses. Le rapport révèle que l'annexe T20 contient des données très intéressantes au sujet du processus de facturation dans le régime du tiers-payant. À l'avenir, une série de données de « l'annexe T20 » pourront aussi faire fonction d'indicateur de l'évolution des données comptabilisées dans les documents N, et pourront donc figurer dans les comptes rendus financiers. Nous renvoyons à l'annexe pour de plus amples informations.

b + c. Un rapport relatif à la nouvelle procédure budgétaire : évaluation de « la nouvelle » procédure budgétaire en comparaison avec l'« ancienne » procédure budgétaire et évaluation du début de l'audit permanent. Ce rapport contient le sommaire de la nouvelle procédure budgétaire ainsi que l'évaluation des différentes composantes de cette nouvelle procédure, à savoir:

- la fixation de l'objectif budgétaire global et les mécanismes de correction ;
- la rédaction des rapports de l'« audit permanent » ;
- le renforcement des missions et du rôle de la Commission de contrôle budgétaire, ainsi que de la fonction du conseiller budgétaire et financier ;
- l'adaptation des règles relatives aux données et documents que les organismes assureurs doivent transmettre à l'Institut.

Nous renvoyons au rapport pour de plus amples renseignements.

Tous les engagements pris dans le cadre de l'article 13 ont donc été réalisés.

Annexes 8, 9 et 10:

- 12^e rapport d'audit permanent (2^e engagement)

- Le rapport concernant l'élaboration d'indicateurs indiquant que la modification des définitions des différents flux de données (dépenses comptables, données STATMD, données T20) ont ou non un effet favorable sur la stabilité des dépenses (3^e engagement, partie a + 1^{er} engagement, 3^e partie).
- Le rapport relatif à la nouvelle procédure budgétaire : évaluation de la « nouvelle » procédure budgétaire en comparaison avec « l'ancienne » procédure budgétaire ainsi que l'évaluation du début de l'audit permanent. (3^e engagement, partie b + partie c).

Exploitation des données d'incapacité de travail primaire – volet statistique (art. 14)

INTRODUCTION

L'objectif de cet engagement est de mettre au point des indicateurs d'incapacité de travail primaire (I.T.P.) qui doivent permettre au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (S.E.C.M.) d'effectuer des contrôles pertinents. Cet engagement en tant que tel est lié à l'article 27 du contrat d'administration 2006-2008 : incapacité de travail primaire – qualité des contrôles.

Concrètement, il y a lieu d'élaborer des statistiques du nombre de jours I.T.P. communiqués par l'O.A. au niveau de l'union nationale. Les résultats de ces statistiques sont transmis au S.E.C.M., lequel peut les comparer avec ses propres fichiers relatifs à l'incapacité de travail.

BILAN 2008

Toutes les actions-engagements de l'article 14 ont déjà été réalisées dans le passé (cf. rapport annuel 2007).

Les statistiques pour les données 2007 ont déjà également été réalisées et transmises au SECM au cours du second semestre 2008. Il s'agit d'une réalisation supplémentaire qui s'ajoute aux actions-engagements prévus dans le Contrat d'administration.

PERSPECTIVES 2009

De nouveaux engagements figurent dans l'article N1 de l'Avenant 2009. Ils visent à mieux exploiter les statistiques disponibles et à développer les connaissances en matière d'incapacité de travail primaire.

Annexe: néant

Responsabilisation des O.A. par rapport à leurs frais d'administration (art. 15)

Pour rappel, 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.

Tant l'engagement 1 que l'engagement 2 ont été réalisés dans les délais impartis (voir les rapports précédents).

BILAN ANNEE 2008

Les données concernant l'année 2007 ont été transmises à l'Office de contrôle le 4 avril 2008. Un groupe de travail s'est réuni en interne pour évaluer l'exhaustivité et la qualité des données servant à évaluer l'année 2007. Ces données ont été communiquées au préalable aux O.A. afin d'obtenir à un meilleur consensus sur la validité des données entre les O.A. et l'INAMI.

Le système actuel a par ailleurs été évalué en interne au cours du premier semestre de 2008. Dans le cadre de l'évaluation, une enquête (et une concertation avec tous les services opérationnels concernés) a été menée sur les aspects suivants :

- Quelle est la charge de travail générée par le système actuel ?
- Le système a-t-il un impact sur le bon fonctionnement des O.A.
- Quelles sont les éventuelles propositions de réforme du système actuel ?

Les préparations internes de la transmission des données relatives à l'année 2008 ont commencé. Le principe de la transmission au préalable des données aux OA (avant la transmission des données à l'Office de contrôle) sera à nouveau appliqué.

PERSPECTIVES ANNEE 2009

Sur la base des réponses obtenues dans le cadre de l'évaluation interne du système actuel, le Service financier établira en 2009 une note de synthèse contenant les arrêtés et les recommandations pour les actions ultérieures.

Une concertation avec l'Office de contrôle est prévue. La possibilité sera donnée, avec l'OCM, de compléter les données (dans le cadre de l'arrêté royal existant) – sous la forme d'une comparaison des données comptables et des données de trésorerie. Celles-ci constituent en effet un indicateur utile permettant de réagir plus vite à l'évolution des dépenses en soins de santé au cours de l'année. Elles permettent par ailleurs d'évaluer plus tôt le risque d'un éventuel dérapage budgétaire.

Selon l'avenant de 2009, il faudra essentiellement veiller :

- à l'intensification de la concertation avec l'Office de contrôle des mutualités ;
- au maintien du principe de communication préalable des données aux OA, avant le transfert des données à l'Office de contrôle. Cela permettra d'améliorer

la qualité des données, d'éviter des discussions inutiles par la suite et contribuera surtout à accélérer la procédure ;

- à un enrichissement éventuel des données dans le cadre de l'application de l'AR actuel. Notons entre autres à ce propos une comparaison des données comptables et des données de trésorerie, afin d'améliorer la qualité du contrôle des dépenses.

On veillera à transmettre les données à l'Office de contrôle dans les délais (pour le 31 mars 2009) sur la base du tableau de bord (les données effectivement transmises relatives à l'année 2008, et dans quel délai). Ce point est intégré dans l'avenant de 2009.

Les préparations internes de transmission des données relatives à l'année 2009 seront lancées. Le principe de la transmission préalable des données aux OA (avant la transmission des données à l'Office de contrôle) sera à nouveau appliqué.

Annexe: néant

Transmission électronique de données relatives à la « reprise d'activités partielles autorisées » (art. 16)

INTRODUCTION

Cet engagement a pour but d'informatiser la transmission de données relatives à la « reprise partielle d'activités autorisées par le médecin-conseil » et ce, en vue de supprimer le support papier. Cet engagement doit aboutir à une simplification et une amélioration des procédures administratives.

Le projet concerne tant le Service des indemnités (S.I.) que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (S.E.C.M.). Une banque de données commune, composée des données transmises par voie électronique par les O.A., devra répondre aux besoins des deux services.

Les dates-limite sont :

- le 31.12.2007 au plus tard pour la constitution d'une banque de données commune en phase de test ;
- le 31.12.2008 au plus tard pour l'implémentation complète de la banque de données.

BILAN 2008

Comme déjà mentionné dans le rapport semestriel, ce projet a bien été intégré dans une initiative plus large prise par l'INAMI et les OA, à savoir la standardisation des flux de données qui transitent par CareNet. La banque de données « Reprise partielle d'activités autorisée » sera en effet complétée par un flux transitant par CareNet. À partir du mois de septembre 2008, outre le projet de standardisation, plusieurs OA ont déjà amorcé les tests de la transmission des données « reprise partielle » par courriel. Certains OA souhaitent toutefois attendre la fin du projet de standardisation de la

transmission de données via CareNet avant d'entamer la phase des tests de la banque de données.

Le fait que tous les OA n'ont pas encore amorcé la phase des tests entraîne un nouveau retard dans la réalisation des engagements mentionnés dans le Contrat d'administration. Quant au projet de standardisation, il est provisoirement prévu qu'un accord pourra être conclu entre l'INAMI et les OA au cours du mois de février 2009. Ensuite, chacun pourra normalement amorcer la phase des tests de la transmission des données et de la banque de données « reprise partielle d'activités ». Si tout se déroule comme prévu, la banque de données pourra être complètement opérationnelle, au début du mois de mai, en ce qui concerne les nouveaux dossiers. Pour la fin du mois de juin, l'historique complet pourra alors encore être intégré dans la banque de données. Si le programme est maintenu et tenant compte de quelques « maladies de jeunesse » éventuelles, on pourrait clôturer définitivement les dossier papier encore en 2009.

PERSPECTIVES 2009

En 2009, l'objectif principal sera de rendre la banque de données complètement opérationnelle.

En outre, dans l'article 16 de l'Avenant 2009, il est prévu de développer un système qui devra permettre de générer des statistiques détaillées « reprise partielle d'activités ».

Annexe: néant

Dossier d'invalidité électronique (art 17)

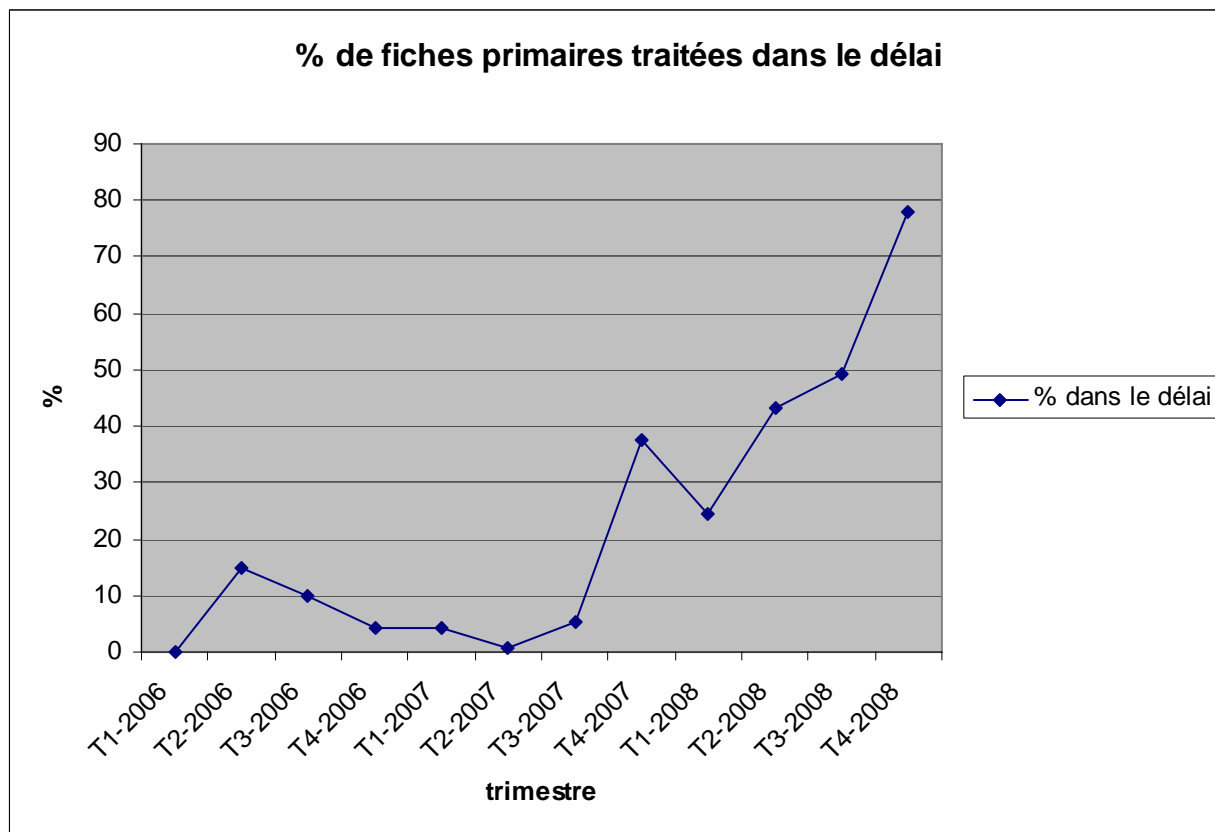
BILAN 2008 ET PERSPECTIVES 2009

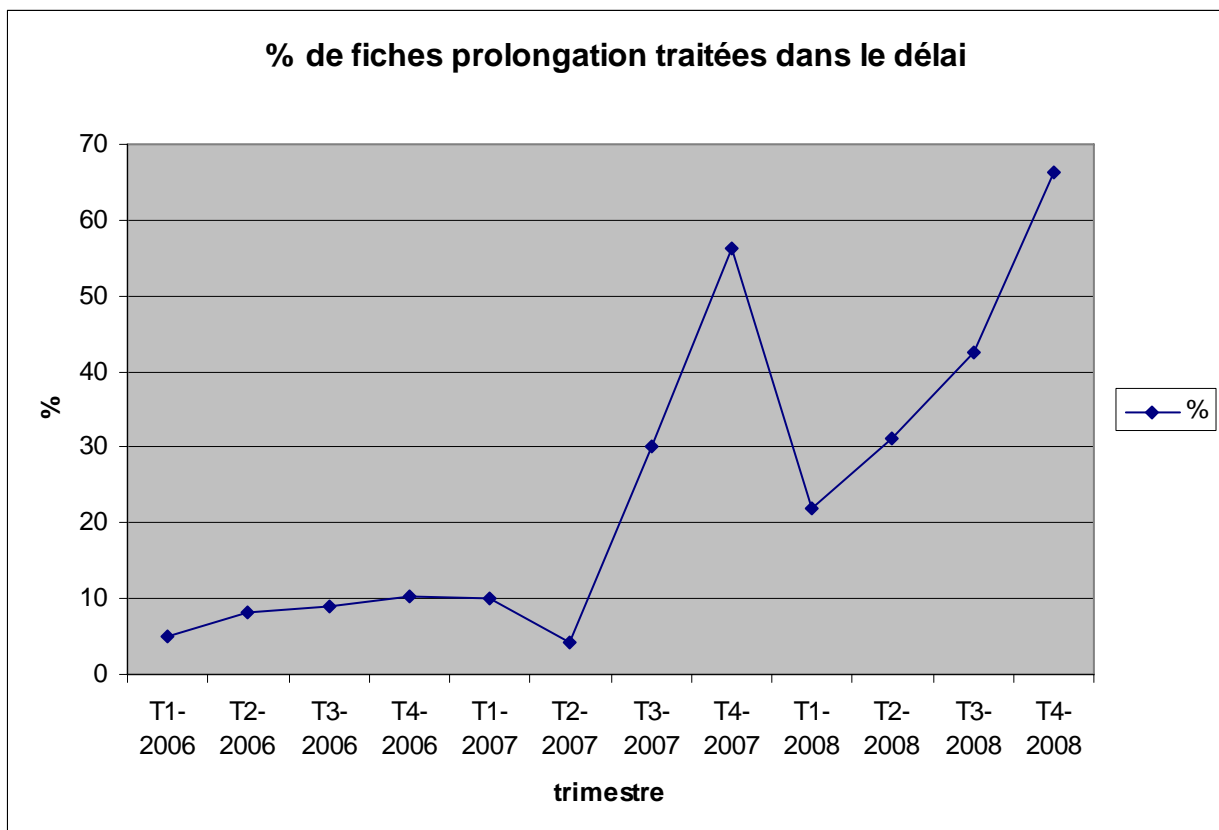
Pour rappel, le Service des Indemnités s'investit depuis plusieurs années dans le projet edid : il s'agit de transférer les dossiers d'invalidité (environ 242.000 dossiers actifs) d'un format papier vers un format électronique et de les traiter uniquement sous ce format électronique.

- Sur base du tableau de bord de traitement des dossiers d'invalidité (premier engagement du projet réalisé au 1er octobre 2006), nous pouvons constater la confirmation d'une amélioration du délai de traitement des dossiers d'invalidité, tant pour les 'primaires' (entrée en invalidité) que pour les 'prolongations'. Lors du 4^{ème} trimestre de 2008, cette amélioration est marquée pour les fiches d'entrée en invalidité puisque 78% des fiches ont été traitées dans le délai, c'est-à-dire inférieur à 28 jours. Ce résultat est le meilleur obtenu pour l'année 2008 et par rapport au 4^{ème} trimestre de 2007. Une amélioration est aussi observée pour les fiches de prolongation où 66.2 % des fiches ont été traitées dans le délai des 28 jours. Il s'agit ici aussi du meilleur résultat de l'année 2008 et par rapport à celui du 4^{ème} trimestre de 2007. Soulignons enfin que, tant pour les fiches primaires que les prolongations,

le nombre de dossiers traités avec un retard important (> à 49 jours) reste sous la barre des 1 % : 98 fiches primaires soit 0.9 % et 94 fiches prolongations soit 0.8% (4^{ème} trimestre 2008).

Le lecteur trouvera les tableaux de bord actualisés au 31 décembre 2008 annexés au présent rapport.





- L'intégralité des dossiers des assurés de trois 'petits' OA (200, 400 et 600 soit environ 12 % des dossiers d'invalidité) avaient été implémentés dans un premier temps en edld. Etant donné que l'INAMI souhaitait procéder au plus vite à l'extension du projet edid à l'ensemble des OA afin notamment de motiver l'ensemble des acteurs (et surtout les médecins des OA) mais aussi de limiter les risques liés au maintien de deux systèmes simultanément (mainframe et edid), le Service avait anticipé depuis le 1er janvier 2007 par rapport à la date du contrat (1er juillet 2007) l'extension du système à l'ensemble des fiches primaires de tous les OA (assurés n'ayant pas encore un dossier d'invalidité). Signalons aussi qu'afin notamment d'évaluer la charge de travail consécutive au passage de l'ensemble des dossiers d'invalidité à edid, le service a procédé à l'intégration des indépendants dans le nouveau système (avec historique du dossier).
L'ensemble des dossiers d'assurés dont l'incapacité a débuté à partir du 1er janvier 2006 soit une entrée en invalidité à partir du 1er janvier 2007 sont traités en edld. Actuellement, la majorité (69%) des pièces médicales sont traitées via le dossier électronique et les décisions médicales sont prises en edid.
- L'engagement, prévu pour le 1er octobre 2007, de l'extension vers les sites provinciaux (Commissions régionales du Conseil médical de l'Invalidité, CR-CMI, chargées de l'examen médical des assurés) avec une transmission électronique cryptée bidirectionnelle (soit la possibilité pour la province de consulter le dossier

d'invalidité de l'assuré à examiner), est réalisé. Cette consultation du dossier électronique en CR-CMI a nécessité bien entendu des aménagements, notamment logistiques et informatiques (sécurisation des accès des postes de travail). Ainsi, les salles de visites médicales ont dû être adaptées afin par exemple d'y placer les tables ergonomiques nécessaires aux médecins pour pouvoir combiner le contact avec l'assuré social convoqué et l'utilisation du dossier électronique d'invalidité. A l'heure actuelle, toutes les nouvelles infrastructures sont donc opérationnelles au sein des 11 services provinciaux de l'INAMI. Sur le terrain, toutes les sessions de formation des médecins ont été réalisées. Ces sessions de formation et d'information ont permis d'assurer, au niveau des services régionaux, une transition optimale vers le nouveau système d'informatisation des dossiers. Soulignons enfin qu'un module statistique relatif aux activités des membres des Commissions restreintes de la Commission supérieure du CMI a été intégré à edid.

- 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 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 (les notifications INAMI vers OA, output), un accord a été obtenu avec les OA afin de lancer un 'prototypage' des notifications des décisions directement via edid. Des tests ont 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 (File Transfert Protocol) ou CareNet. Ainsi et à titre d'exemple, l'envoi de ces décisions vers les OA se fait toujours actuellement via le mainframe et des bandes magnétiques (ou serveur FTP pour l'OA 100). Pour l'instant, les OA se concertent au sein du CIN afin de décider de l'approche commune à adopter en la matière. L'INAMI attend donc une réaction du CIN concernant les modalités concrètes de transition et de phasage des notifications via FTP et ou CareNet.

Au niveau des flux entrants (les fiches médicales OA vers INAMI, input), les discussions ont débuté et des réunions préparatoires ont eu lieu avec 2 OA. Le service des indemnités va rédiger une note d'étude à l'attention du CIN afin de préciser les attentes de l'INAMI mais aussi les conséquences et impact du passage de fiches-papier vers des flux électroniques, notamment en matière de force probante (authenticité des documents, signature électronique du médecin-conseil et des directions médicales des OA). Soulignons à ce sujet qu'il importera de tenir compte des études déjà réalisées dans le cadre du projet repris sous l'article 21 du contrat concernant la mise en œuvre de CareNet (facturation des hôpitaux) et de My CareNet (assurabilité et facturation auprès d'autres dispensateurs comme les services d'infirmiers à domiciles, les laboratoires, les maisons de repos,...).

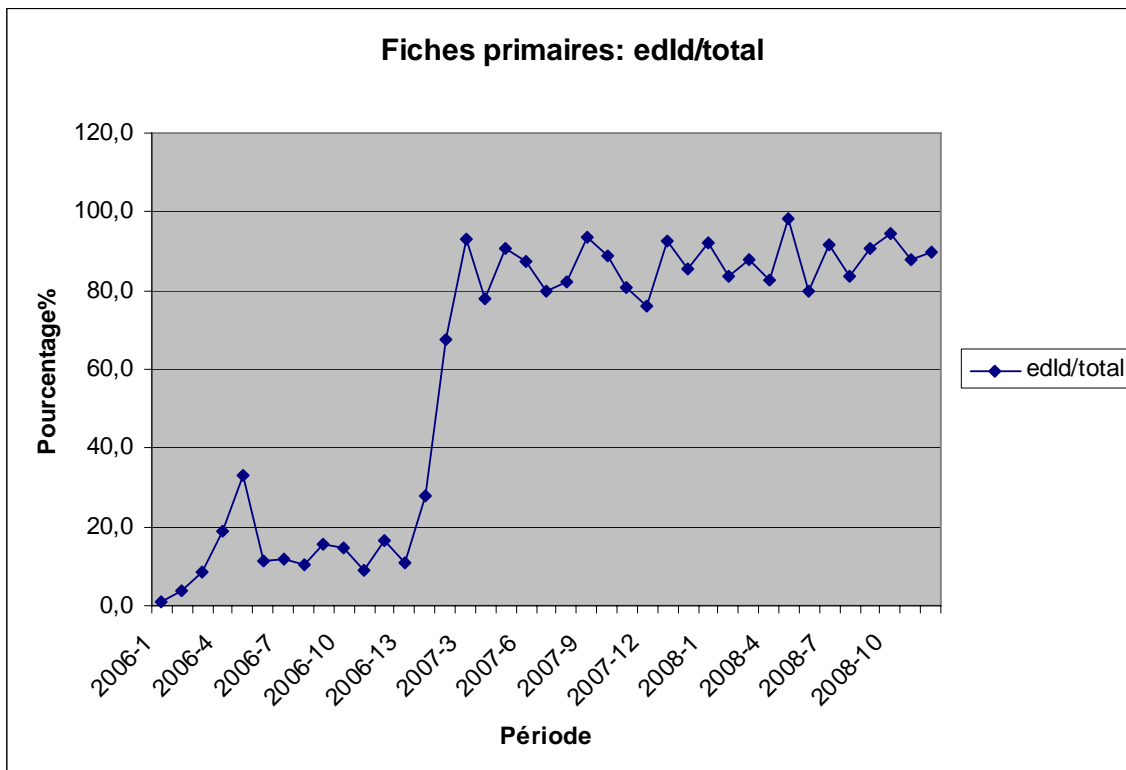
- Enfin, l'engagement au 31 décembre 2008 à savoir l'extension d'edid à l'ensemble des dossiers d'invalidité et pour tous les OA, soit la possibilité de traiter tout document entrant dans le programme edid est en cours mais pour le réaliser, il importe de tenir compte des implications organisationnelles et en matière de

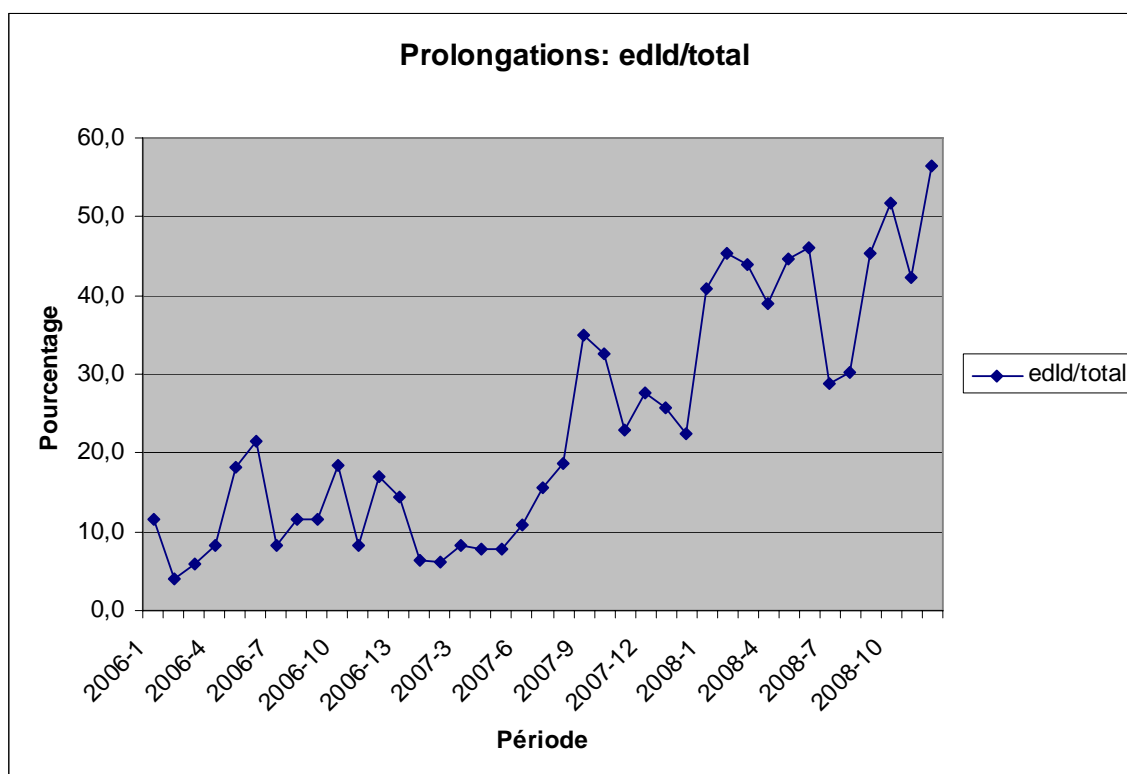
ressources humaines (notamment la prise en charge du scannage en masse des dossiers).

En 2009, la poursuite du développement d'edld passera d'abord par le « big bang », soit le transfert de l'intégralité des métadonnées de l'ensemble des dossiers des assurés ayant un dossier d'invalidité non archivé (environ 206.000 dossiers à migrer). Ce transfert implique par la suite un scanning des documents papier de ces dossiers, et ce par opportunité (un document entre, le dossier est scanné ; si cela s'avère possible aura lieu parallèlement un scanning systématique des dossiers en fonction du temps restant disponible après le scanning par opportunité. Afin de continuer à assurer le service aux assurés, ce scanning de masse a nécessité l'engagement d'une équipe externe.

Pour ce qui concerne donc le premier engagement de 2009 consistant en la mise en œuvre du plan d'action relatif au scannage de masse et dont la date-limite est le 30 janvier (cfr supra), nous pouvons d'ores et déjà informer le lecteur de sa réalisation. Ce plan d'action est déjà en cours depuis octobre 2008 avec une équipe de 5 personnes full time. Ce plan d'action et les statistiques de productivité seront annexés au prochain rapport.

Les deux diagrammes ci-dessous montrent l'évolution du pourcentage des fiches qui sont traitées en edld par rapport au total des fiches traitées (edld + mainframe) en fonction du temps (sur l'axe X : par périodes de 4 semaines).





De ce fait, ce projet se retrouve, de la manière suivante, dans l'avenant 2009 au présent contrat d'administration 2006-2008 :

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 edld 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

Annexes: néant

Fonds spécial de solidarité (art. 18)

Le Fonds spécial de solidarité, institué par l'article 25 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, permet au Collège des médecins-directeurs d'accorder des interventions pour des prestations de santé particulièrement onéreuses, non remboursées par l'assurance soins de santé, au profit d'assurés atteints d'une maladie touchant les fonctions vitales, à condition:

- que la prestation ait trait à une indication rare;
- que la prestation soit prescrite pour une maladie rare ;
- qu'il s'agisse d'une prestation de santé innovatrice, à l'exception des médicaments ;
- que les frais supplémentaires soient demandés pour des enfants souffrant d'une maladie chronique ;
- et que, dans les cas dignes d'intérêt, les frais médicaux, les frais de transport et les frais de séjour découlent de soins dispensés à l'étranger.

Les demandes de remboursement par le Fonds spécial de solidarité sont traitées par le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI. En 2008, 2376 demandes ont été traitées. Les délais de traitement des dossiers sont positifs.

BILAN ANNEE 2008

La loi santé du 27 avril 2005, publiée le 20 mai 2005, prévoit un certain nombre de modifications dans le cadre du traitement des dossiers. Ces modifications figurent dans le texte de base du deuxième contrat d'administration.

Le tableau de bord en annexe affiche des valeurs très positives. En ce qui concerne le deuxième semestre 2008, tous les dossiers ont été préparés dans un délai de 15 jours. Si bien que toutes les décisions du C.M.D. ont été notifiées aux O.A. et aux assurés sociaux dans les 15 jours. Le délai de "maximum 40 jours ouvrables pour la préparation de 100% des dossiers" est un délai maximal que le Service doit respecter, dans des circonstances normales, pour chaque dossier. Ce délai maximum a toujours été respecté.

Les informations relatives au délai de paiement des assurés sociaux sont collectées, dans le cadre de la responsabilité financière des O.A., chaque année sur une période de deux mois. Pour 2008, le délai moyen de paiement des OA est de 7,3 jours avec comme valeurs extrêmes un maximum de 30 jours-calendrier et un minimum d'un jour-calendrier.

La création d'un fichier de données médicales informatisé (outil pour les décisions et instrument statistique) a été finalisée en 2003. Les adaptations du programme informatique en fonction des modifications prévues par la loi santé du 27 avril 2005 sont actuellement en préparation. L'analyse BIO est réalisée par le service. Elle fournit au service ICT un aperçu détaillé des processus du FSS (tant des processus existants que des processus éventuellement à renouveler), et permettra de concrétiser efficacement et effectivement les adaptations nécessaires. Il y a des discussions en

cours concernant les adaptations à apporter et la fixation de priorités entre les différents projets du service ICT.

Énumération des réalisations de la période précédente (cf. également les rapports semestriels précédents):

- La brochure d'information à l'intention des assurés sociaux (engagement 1), contenant des informations sur le FSS et sur les conditions requises pour bénéficier d'une intervention, a été réalisée en 2006.
- Le rapport d'activités 2006 (engagement 2, partie 1) contenant les décisions du Fonds.
- Le rapport d'activités 2007 (engagement 2, partie 2) contenant les décisions du Fonds a été établi mi-février 2008 (cf. annexe).
- Le rapport annuel 2006 contenant le nombre de plaintes et leur typologie (engagement 3, partie 1).
- Le rapport annuel 2007 contenant le nombre de plaintes et leur typologie (engagement 3, partie 2) a été établi mi-février 2008 (cf. annexe).
- La mesure d'impact de la nouvelle réglementation (engagement 4) a été réalisée en 2007.

Entretemps, le rapport d'activités avec les décisions du Fonds de 2008 a aussi été réalisé ainsi que le rapport annuel 2008 avec le nombre de plaintes et leur typologie (engagement 3, partie 3).

PERSPECTIVES 2009

Les modifications de loi décrites ci-dessus augmentent considérablement la complexité et donc également la charge de travail au sein du Service. Dans le cadre légal actuel, le maintien des objectifs actuels représente un défi pour le Service. Dans l'avenant 2009, les délais de traitement seront toujours suivis et rapportés via les tableaux de bord.

Annexes 11 et 12:

- Le rapport d'activités 2008 (engagement 2, partie 3) avec les décisions du Fonds ;
- Le rapport annuel 2008 avec le nombre de plaintes et leur typologie (engagement 3, partie 3).

<p style="text-align: center;">Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables (art. 19)</p>

BILAN ANNEE 2008 & PERSPECTIVES 2009

L'engagement consiste à respecter les délais légaux pour l'examen des demandes d'admission au remboursement des spécialités pharmaceutiques. Le Service dispose d'un certain délai pour envoyer la proposition de la Commission de remboursement des médicaments (C.R.M.) au Ministre. Concernant l'année 2008, 100 % des dossiers (C.R.M.) ont été traités dans les délais légaux impartis. Pour de plus amples explications, il convient de consulter le tableau de bord annexé.

Le système d'échange électronique de données avec les firmes pharmaceutiques est finalisé pour ce qui concerne le front office. L'application Internet pour l'introduction électronique des dossiers est entièrement réalisée et peut être utilisée par les firmes pharmaceutiques depuis mars 2007 dans le cadre de leurs demandes d'admission au remboursement.

L'application pour le suivi administratif interne (back-office) a fait l'objet de discussions fin 2007. Parce que certains aspects liés au business n'avaient pas été suffisamment pris en compte dans les analyses antérieures, il a été décidé de faire précéder la mise en place du back-office par une description détaillée des processus. À cet effet, une formation « business » a entre-temps été organisée pour les analystes de processus concernés. L'analyse BIO est terminée pour ce qui concerne la modélisation des procédures de classe 1 des demandes de remboursement des spécialités pharmaceutiques. Actuellement, la partie technique est exécutée. Ensuite on peut réaliser la modélisation et le développement des autres procédures (qui sont analogues ou identiques à celles de la classe 1, quoique substantiellement plus simples).

Notons également les autres missions « prioritaires » qui s'inscrivent dans ce vaste projet (non prévues dans le contrat d'administration mais néanmoins nécessaires pour l'exécution des tâches des services) comme par exemple la perception des remboursements/cotisations, l'actualisation du système de remboursement de référence, l'exécution de nouvelles dispositions légales prévues dans la loi-programme du 27.12.2005,...), dont cette partie n'a pu être réalisée qu'au cours du deuxième semestre de 2006.

Pour rappel, le service interactif d'échange de données avec les firmes pharmaceutiques par le biais d'Internet a déjà été appliqué effectivement pour la communication des quantités vendues et des chiffres d'affaires (voir premier contrat d'administration).

Annexe: néant

Réforme du secteur des implants (art. 20)

INTRODUCTION

L'objectif « réforme des implants » tel qu'il est présenté dans le texte de base du deuxième contrat d'administration, comprend 2 parties, à savoir :

- l'optimisation de la méthode de travail/des procédures en matière de fixation et de modification des modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;
- l'implémentation de CareNet (suppression des documents papier) dans le secteur des implants, une collecte rapide de données (notamment médicales) permettant de veiller à l'application de la nomenclature ainsi qu'une analyse et une évaluation des technologies médicales soumises à cet enregistrement, en concertation avec les associations scientifiques (H.T.A.).

Les engagements du texte de base du contrat d'administration sont axés, d'une part, sur l'élargissement de l'approche administrative avec un volet consacré au soutien scientifique et, d'autre part, sur le système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Comme annoncé dans les facteurs d'environnement énoncés dans le texte de base du contrat d'administration, le secteur des implants est en pleine réorganisation tant au sein du S.S.S. qu'au sein des organes de l'INAMI. La loi santé du 13 décembre 2006, publiée le 22.12.2006, en est une preuve. Cette loi prévoit en particulier une nouvelle approche intégrale de la réorganisation du secteur. Cette approche comprend 2 volets, à savoir :

1. Volet 1 : Exécution des éléments de la nouvelle loi santé :
 - a. instauration d'une notification pour des implants avec certificat C.E.;
 - b. nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables + création de la «Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs» ;
 - c. intervention plus rapide de la communauté dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;
 - d. possibilité pour le Ministre de refuser une demande de suppression de remboursement d'un implant par une firme ou possibilité pour lui d'imposer le remboursement d'un implant pour lequel aucune demande n'a été introduite ;
 - e. chaque firme responsable de la mise sur le marché d'implants et de dispositifs médicaux invasifs doit avertir l'INAMI du retrait de la vente, des modifications apportées aux produits, des dysfonctions et des effets secondaires de ses produits ainsi que des mesures qui ont été prises afin d'y remédier. Grâce à ces informations, l'INAMI peut assurer en permanence le remboursement d'implants et de dispositifs médicaux invasifs de qualité.
2. Volet 2 : Système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (il s'agit essentiellement d'une redéfinition des dates-limite) :
 - a. développement d'une application Internet I.C.T. ;
 - 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.

Les engagements définis dans le texte de base du deuxième contrat d'administration ont été adaptés en fonction du nouveau contexte stratégique. Les nouveaux engagements sont les suivants (cf. également texte du rapport annuel 2006 et texte du premier avenant au deuxième contrat d'administration):

1. Élaborer la proposition d'A.R. relatif à la composition et à la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » et la transmettre à la Cellule stratégique (volet 1, partie b). Date limite : fin mai 2007.
2. Mettre en production la phase 1, au plus tard 2 mois après la publication (= X) de l'A.R. avec les dispositions d'exécution de l'art. 35septies, § 1er (volet 1, partie a). Date limite : X + 2 mois.

3. Soumettre le projet de texte des dispositions d'exécution de la procédure de remboursement (volet 1, partie b). Date limite : date de la première réunion du Comité de l'assurance en 2009.
4. Développer l'application web (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 de sorte qu'il reçoive un accusé de réception (code). Ce code doit permettre aux organismes assureurs de vérifier les données de leurs bénéficiaires (volet 2). Date limite : 31 décembre 2008.

BILAN ANNEE 2008

Volets 1 et 2 – analyses BIO :

En ce qui concerne la procédure de notification du volet 1, une analyse BIO est terminée pour la partie relative à l'inscription des firmes (en 2007) et pour la partie relative à la publication de la liste des produits notifiés. L'analyse BIO pour le volet 2 est également finalisée et sert de base au Service ICT (& SMALS) dans l'élaboration des analyses techniques.

État d'avancement Volet 1 :

Un point d'action important de 2007 est l'élaboration de la première phase de la procédure de notification. Cette procédure (*volet 1, partie a*) comporte 4 parties :

- 1) l'enregistrement des firmes. Les firmes qui commercialisent des implants en Belgique devront se faire connaître auprès de l'INAMI. Cela signifie qu'elles devront se faire enregistrer auprès de l'INAMI. Elles recevront alors un code d'enregistrement leur donnant accès à une application en ligne pour la notification des implants qu'elles commercialisent en Belgique. Une autre option, récemment avancée, est celle du recours à BeHealth (sur la base d'une source de firmes enregistrées auprès de l'AFMPS) au lieu d'un code d'enregistrement pour l'accès. Cette proposition doit toutefois encore être explicitée. Ce point de discussion pourrait en effet avoir une incidence sur le timing de ce projet.
- 2) la notification même par les firmes et l'enregistrement de cette notification sur la liste (y compris le choix de la classification à utiliser) avec une distinction entre la notification des nouveaux implants et la modification des implants notifiés et compte tenu des implants déjà disponibles sur le marché belge avant la date d'entrée en vigueur de la procédure de notification ;
- 3) la publication de la liste des produits notifiés ;
- 4) l'utilisation de la liste notifiée :
 - a. par les hôpitaux et les organismes assureurs lors de la tarification ;
 - b. pour l'application de l'art. 75bis, §3 (possibilité pour le ministre d'admettre au remboursement un implant pour lequel aucune demande de remboursement n'est introduite).

Le projet de proposition d'A.R. relatif aux modalités d'exécution de l'art. 35septies, § 1^{er}, (**partie 1, partie 2, et partiellement partie 3 de la procédure de notification**) de la loi AMI a été soumise une première fois au Conseil technique des implants et à la Commission de conventions des fournisseurs d'implants le 21 février 2008. Le 4 juillet 2008, le projet d'A.R. a été soumis une deuxième fois au Conseil technique des implants et à la Commission de conventions des fournisseurs d'implants, qui l'ont approuvé. Le 28 juillet 2008, le Comité de l'assurance a également donné son accord.

La procédure de publication est en cours. La publication est prévue vers la fin du mois de février 2009 environ. Dans ce cas, la procédure de notification et l'application ICT y afférente entreront en vigueur au 1^{er} avril 2009. Cette application se trouve actuellement en phase de validation. Un groupe d'utilisateurs externes participe à la validation. La période de validation expirera aux environs de la date de publication de l'AR concernant les dispositions d'exécution de la **procédure de notification**.

L'A.R. relatif à la composition et à la création de la '**Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs**' (CRIDMI) (volet 1, partie b) (réalisation du premier engagement) a été publié au Moniteur belge du 20 février 2008. Le texte est joint en annexe. À l'heure actuelle, les travaux se concentrent sur la gestion des mandats avec, entre autres, la consultation par courrier des divers groupes représentés (organismes assureurs, universités belges, organisation professionnelle représentative des pharmaciens hospitaliers, organisations professionnelles représentatives du corps médical, organisations professionnelles représentatives des administrateurs d'hôpitaux, organisation professionnelle représentative des fabricants, importateurs et distributeurs d'implants et de dispositifs médicaux invasifs, ministres des Affaires sociales, de la Santé publique et du Budget, Service d'évaluation et de contrôle médicaux).

Quant à l'analyse concernant la **procédure de remboursement** des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, un 1^{er} document de travail est disponible concernant la partie de l'évaluation.

État d'avancement Volet 2:

L'élaboration du volet 2 s'inscrit dans un développement générique au niveau de l'INAMI. Il s'agit de la mise au point d'un système générique d'enregistrement de données médicales (de nature clinique, scientifique ou qualitative). La préparation d'une application générique est actuellement en cours d'exécution pour les implants et les données anti-tnf. Ce programme se dénomme e-care. Un rapport antérieur mentionnait les facteurs externes entravant l'avancement du programme e-care. Entre-temps, on a voté la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth, y compris la création de l'asbl e-care.

Notons également pour ce volet une dépendance externe supplémentaire, à savoir celle par rapport à la convention de rééducation fonctionnelle (défibrillateurs cardiaques) où un changement est intervenu. Cette convention prévoyait une limitation aux 1000 premiers implants par an. Cette limite avait déjà été dépassée après 10 mois. Une adaptation/prolongation de la convention de rééducation fonctionnelle est entre-temps intervenue, précisant entre autres les indications médicales et les critères d'exclusion et instaurant la procédure des peer-reviews. Le Comité de l'assurance a approuvé cette adaptation/prolongation le 28 juillet 2008 après décision du Collège des médecins-directeurs.

PERSPECTIVES ANNEE 2009 – AVENANT 2009

Les engagements figurant dans l'Avenant contiennent une adaptation de la date-limite des engagements 3 et 4 actuels (ce sont des engagements figurant dans l'Avenant de 2007):

- 1^{er} VOLET : La procédure de remboursement était prévue pour 2009, à savoir la présentation du projet de texte concernant les dispositions d'exécution de la procédure de remboursement (1^{er} volet, partie b) ; la date-limite étant celle de la première séance du Comité de l'assurance en 2009. Dans le rapport semestriel de 2008, on a demandé d'ajuster la date-limite de cet engagement, la procédure de notification devant courir pendant 1 année (à compter de sa mise en production) afin de disposer d'une 1^{re} version de la liste des produits notifiés. À ce moment-là, la nouvelle procédure de remboursement devra également être prête. Actuellement, le 3^e engagement figurant dans l'avenant 2009 se libelle de la façon suivante : le projet de texte de l'AR concernant les 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.
- 2^e VOLET : Adapter la date-limite pour le système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables en tenant compte des incidences externes. Ces facteurs entravants figuraient déjà dans les rapports précédents. L'engagement se libelle actuellement de la façon suivante : Développer l'application web (noyau) de telle sorte que le dispensateur de soins puisse introduire les données dans le cadre de l'application de la nomenclature, via un enregistrement en ligne, qu'il reçoive un accusé de réception (code) et qu'ainsi les organismes assureurs puissent vérifier, au moyen de ce code, les données de leurs bénéficiaires (2^e volet). Date-limite : le 1^{er} juillet 2009.

Perspectives concrètes pour le Volet 1:

Le volet ICT interne, y compris la phase de validation avec un groupe d'utilisateurs externes, est en phase d'exécution. Cette période de validation doit expirer à la date de publication de l'AR concernant les dispositions d'exécution de la **procédure de notification**.

La phase suivante du *1^{er} volet partie a*, est la publication de la liste des produits notifiés (nomenclature) qui doit être utilisable par les OA et les hôpitaux et intégrable à la tarification électronique. Normalement, l'application ICT « procédure de notification » sera mise en production au cours du mois d'avril 2009. À partir de cette date, la liste sera régulièrement mise à jour.

Une analyse BIO concernant la **procédure de remboursement** des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (*1^{er} volet partie b*) sera régulièrement peaufinée. À cet effet, on utilisera entre autres la connaissance acquise dans le cadre de l'élaboration de la procédure CRM.

Annexe: néant

Mise en œuvre de “CareNet” – “My CareNet” (art.21)

INTRODUCTION

L’objectif de cet engagement est d’opérationnaliser la mise à disposition de services à valeur ajoutée dans le cadre de l’application de l’assurance obligatoire (« CareNet », « My CareNet » via BeHealth).

BILAN 2008

- CareNet

Le volet CareNet porte sur la simplification, la modernisation et l’informatisation de l’échange d’informations et de données entre les organismes assureurs et les hôpitaux, ainsi que sur la généralisation de ce système à tous les hôpitaux. Une infrastructure sécurisée est nécessaire à cet effet : un serveur (gateway) et un logiciel spécifiques, une clé publique et privée (signature électronique) à renouveler chaque année et le lay-out d’enregistrement de tous les messages (lire : données – voir bible “jaune”) susceptibles d’être envoyés.

Le volet CareNet du contrat d’administration 2006-2008 contient une action-engagement, à savoir procéder à toutes les adaptations réglementaires nécessaires. La date-limite était le 31 décembre 2006. Comme il a déjà été précisé antérieurement dans les rapports semestriels et annuels au sujet de la progression du Contrat d’administration, cet engagement n’a pas été tenu. Ce n’est que le 28.7.2008 que le Comité de l’assurance a approuvé les adaptations apportées au règlement des soins de santé. Elles ont ensuite été publiées au Moniteur belge du 14.8.2008. L’adaptation est entrée en vigueur à cette date de publication sauf en ce qui concerne l’article 3 (« suppression » de la facture récapitulative) qui est applicable aux factures individuelles portant un numéro de facturation, à partir du 1^{er} janvier 2009.

À titre d’information, nous signalons qu’au 17.2.2009, 192 hôpitaux étaient affiliés à CareNet :

- En phase de production :
 - o Volet administration hospitalière : 191 hôpitaux
 - o Volet facturation : 136 hôpitaux
 - o Suppression de la facture papier : 59 hôpitaux
 - En phase de test :
 - o Volet facturation : 2 hôpitaux
 - o Suppression de la facture papier : 12 hôpitaux sont en contrôle de qualité
 - En phase de planning :
 - o Volet administration hospitalière : 1 hôpital dont la phase test a été planifiée
 - o Volet facturation : 1 hôpital dont la phase test a été planifiée
 - o Suppression de la facture papier : 1 hôpital dont le contrôle de qualité a été planifié
- My CareNet

Le volet My CareNet se rapporte dans une première phase aux données administratives des praticiens de l'art infirmier à domicile (indépendants et services). Le volet My CareNet comporte deux actions-engagements.

La première action-engagement, à savoir l'exécution des adaptations réglementaires nécessaires, a déjà été réalisée antérieurement.

La deuxième action-engagement concernait la communication aux protagonistes en question des nouvelles instructions (modification de facturation, de la réglementation,...) avant l'opérationnalisation de My CareNet. Sur le site web de l'INAMI, on a prévu à cet effet, mi-2008, une communication générale succincte à l'attention des dispensateurs de soins afin de les informer de la signification précise de cette adaptation réglementaire. La deuxième action-engagement prévoyait également d'informer les dispensateurs de soins en question également trois mois avant l'opérationnalisation de l'infrastructure technique au moyen de directives concrètes.

Le CIN, responsable de l'infrastructure technique, a opérationnalisé My CareNet pour les praticiens de l'art infirmier à domicile au 1^{er} janvier 2009. À partir de cette date, les praticiens de l'art infirmier à domicile peuvent consulter en ligne les données relatives à l'assurabilité de leurs patients et transmettre les fichiers de facturation par ordinateur. Malgré de nombreux rappels (également au niveau de la commission des conventions des praticiens de l'art infirmier), l'INAMI n'a pas été informé à temps des modalités précises de connexion à My CareNet. De ce fait il n'a pas pu transmettre ses directives, trois mois au préalable, aux praticiens de l'art infirmier concernés. Pour être plus précis, signalons que l'INAMI a envoyé une circulaire le 23 décembre 2008 aux dispensateurs de soins. Par ailleurs, par le biais du site web www.carenet.be, une information complémentaire a été diffusée à l'intention des praticiens de l'art infirmier à domicile et aux fournisseurs de logiciels (Cf. annexe).

Certains fournisseurs de logiciels ont intégré les fonctionnalités de My CareNet dans leur offre. Leurs premiers clients disposent ainsi des données d'assurabilité les plus récentes, peuvent envoyer leur facture en ligne et ne doivent plus transmettre leur fichier de facturation sur disquette ou CD. Plus concrètement, une vingtaine de praticiens de l'art infirmier à domicile-pilotes fonctionnent ainsi mais la majeure partie des praticiens de l'art infirmier n'a toutefois pas encore entamé cette phase.

PERSPECTIVES 2009

- CareNet

De nouvelles règles sont entrées en vigueur pour la facture récapitulative dans le cadre de l'adaptation du règlement. Dans un souci de développer davantage CareNet, il est prévu de supprimer entièrement la facture papier, y compris la facture récapitulative.

- La facture récapitulative est signée, comme d'habitude, par le directeur de l'hôpital, le médecin-directeur et le pharmacien en chef, mais les hôpitaux qui ont reçu l'accord de l'INAMI pour supprimer les factures papier (phase 3 CareNet) ne devront plus les envoyer aux unions nationales à partir du 1^{er} janvier 2009. Le flux papier est ainsi supprimé. Les hôpitaux devront cependant conserver les factures

pendant 10 ans et les tenir à la disposition des offices de contrôle. Les modalités précises figurent dans le règlement modifié.

- À partir du 1^{er} janvier 2009, ces hôpitaux ne devront plus apposer de vignette de concordance sur la facture récapitulative. D'ici le 30 juin 2010 (même chose pour les années suivantes), le Collège intermutualiste national transmettra les informations suivantes au S.P.F. Finances - par facture individuelle dont la date de facturation se situe entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2009 : numéro de l'hôpital, numéro de la facture individuelle, date de facturation, montant total de la facture individuelle. À la demande du SPF Finances, on prévoit également le numéro de la BCE pour la transmission des données. Suite à cette demande, on a mis sur pied une concertation plus générale avec, entre autres, le Service de simplification administrative et le SPF Économie. L'objectif est de contrôler comment les flux de données entre, d'une part, les acteurs du secteur des soins de santé et, d'autre part, les acteurs se trouvant en dehors de ce secteur pourraient être améliorés en utilisant le numéro de la BCE comme clé unique.
- Pour finir, l'hôpital a la possibilité, à partir de cette date, de n'établir qu'une seule facture récapitulative par O.A. au lieu d'une seule facture récapitulative par mutualité. La facture correspond ainsi au contenu du support électronique.

Le projet CareNet n'est plus prévu dans l'Avenant 2009. Néanmoins, nous pouvons souligner les évolutions suivantes:

- Au cours de l'année 2009, une adaptation réglementaire complémentaire est encore prévue pour les hôpitaux. Ceux-ci seront tenus de transmettre électroniquement les données de facturation des prestations facturées à partir du 1^{er} janvier 2010.
- Quant à la problématique de la suppression des annexes qui sont jointes actuellement à la facture – une demande faite par les hôpitaux – malgré l'insistance répétée de l'INAMI, le Collège intermutualiste national n'a pas encore formulé de proposition. Dès qu'il aura fait une proposition, celle-ci devra être traitée au sein du CINAMI.
- Le roll-out du projet CareNet pour les hôpitaux sera continué en 2009 pour chacun des trois volets (administration hospitalière, facturation, suppression de la facture papier).
- Dans le cadre de e-Health, CareNet et My Carenet se fonderont dans un système. Au fur et à mesure de nouveaux groupes-cible seront intégrés dans le système. Au cours de 2009 les labos seront intégrés, pour ce qui est la consultation de l'assurabilité et la facturation électronique par (My) CareNet. À partir de 2010-2011 la facturation électronique pour les maisons de repos/les maisons de repos et de soins devrait également être opérationnelle.

- My CareNet

Durant l'année 2009, le nombre de praticiens de l'art infirmier à domicile en phase de test et opérationnels augmentera progressivement.

Au cours de l'année 2009 également, l'opérationnalisation dans My CareNet sera amorcée pour les autres groupes-cibles des dispensateurs de soins, notamment les pharmaciens. La consultation de l'assurabilité et la facturation par My CareNet seront normalement opérationnelles mi-2009.

Dans le cadre de l'article 21 de l'Avenant 2009, on continuera à rédiger des comptes rendus au sujet de l'évolution en matière de My CareNet.

Annexe 13:

- Page web My CareNet – praticiens de l'art infirmier à domicile.

Paiements et perceptions (art. 22)

L'INAMI s'engage à respecter les délais de paiement et à verser le montant exact aux différents usagers ou partenaires. L'Institut s'engage également à mettre tout en œuvre afin de percevoir, correctement et à temps, tous les montants à charge des différents usagers ou partenaires.

BILAN ANNEE 2008

Le tableau de bord dans sa forme actuelle a été finalisé en 2006, a été complété la première fois pour le troisième trimestre de 2006 et a ensuite été adapté trimestriellement. Le tableau de bord a été établi sur la base d'une feuille de calcul par catégorie de paiement. Des feuilles de calcul ont été créées pour les dépenses suivantes:

- dépenses fin de carrière et harmonisation salariale ;
- dépenses accréditation, avec une distinction pour les médecins généralistes et les praticiens de l'art dentaire ;
- forfaits gestion télématique et électronique du dossier médical (EMDMI) et forfaits participation aux services de garde organisés (honoraires de disponibilité) ;
- statut social pour les pharmaciens et les kinésithérapeutes ;
- statut social pour les médecins généralistes et les praticiens de l'art dentaire ;
- avances payées aux O.A. dans le cadre de l'article 202 de la loi coordonnée du 14.7.1994 ;
- paiements mensuels le deuxième jour ouvrable du mois aux hôpitaux ;
- paiements mensuels le cinquième jour ouvrable du mois aux hôpitaux psychiatriques ;
- paiements mensuels le deuxième jour ouvrable du mois pour l'allocation Santé publique.

Pour les perceptions, les rubriques suivantes ont été créées dans le tableau de bord :

- les redevances par conditionnement (firmes pharmaceutiques) ;
- les avances sur les cotisations (firmes pharmaceutiques) ;
- le paiement des cotisations complémentaires (firmes pharmaceutiques) ;
- le fonds de provision (firmes pharmaceutiques) ;
- les revenus réels des cotisations « assurance automobile » ;
- les revenus réels des cotisations sur les assurances véhicules automobiles, incendie et accidents du travail ;
- les revenus réels des cotisations sur les assurances hospitalisation.

L'action-engagement 1 - la rédaction d'une note de synthèse sur les informations fournies par l'instrument de suivi des paiements et perceptions - a été rédigée pour la première fois en 2006. Cette note est actualisée en 2007, action-engagement 2, et

maintenant aussi pour 2008 (action-engagement 3). Cette note de synthèse est reprise en annexe.

PERSPECTIVES 2009- AVENANT

Les tableaux de bord en excel seront actualisés chaque trimestre.

Annexe 14:

- La troisième note de synthèse relative aux paiements et perceptions.

Harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux (art 23)

BILAN 2008 et PERSPECTIVES 2009

Tous les engagements ayant été réalisés, ce projet est terminé.

Pour rappel les engagements étaient :

- convocation du groupe de travail « Harmonisation statut social » ;
- rédaction d'une note reprenant les propositions concrètes d'harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux et présentation aux Commissions concernées et au Comité de l'assurance ;
- envoi de tous les projets d'arrêtés à la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales ;
- publication des arrêtés au Moniteur belge ;
- communication, par mailing papier et via le site web, auprès des assureurs privés et des dispensateurs de soins (médecins, dentistes, kinésithérapeutes et pharmaciens).

Ce projet ne figure donc plus dans l'avenant 2009.

Annexes: néant

Audit et conseil en mutualités (art 24)

BILAN 2008 et PERSPECTIVES 2009

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.

Pour rappel, ce projet du contrat s'inscrit dans un processus beaucoup plus large de modernisation des missions d'inspection du Service du contrôle administratif (SCA). La méthodologie des contrôles thématiques, activité essentielle pour l'inspection du SCA, est donc soumise à réflexion afin d'optimiser le travail des inspecteurs en

termes d'organisation du travail, d'efficacité des contrôles,... Pour que la nouvelle politique de prévention et de contrôle orientée audit et conseil en mutualités porte ses fruits, il importe que les conditions de réalisation de ces contrôles soient favorables. La préparation (étudier les données et flux existants, concevoir l'échantillon, examiner la législation en la matière,...), l'exécution et le suivi du contrôle thématique sont donc des étapes qui, à l'heure actuelle, font chacune l'objet d'une attention toute particulière. Par ailleurs, le SCA entend également améliorer la présentation des résultats des contrôles et réaliser dorénavant des rapports analytiques communs aux deux corps d'inspection francophones et néerlandophones.

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 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 de ces indicateurs de performance des OA sera 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.

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.

Dans le cadre du présent contrat d'administration, le service d'inspection est tenu aux engagements suivants :

1. Réaliser chaque année au moins :
 - un contrôle thématique relatif à l'assurance indemnités ;
 - un contrôle thématique relatif à l'assurance soins de santé ;
 - un contrôle des listes de récupérations de montants indus prises en considération pour la majoration des frais d'administration des organismes assureurs.
2. Rédiger dans les 5 mois qui suivent la fin du contrôle un rapport reprenant l'analyse des résultats et les recommandations proposées.

Contrôle assurance indemnités

Le contrôle thématique **2007** des indemnités, ayant pour objet l'art. 230 de l'AR du 03/07/1996 (reprise partielle d'activités autorisées) est terminé. Le rapport est finalisé et est en cours de traduction. Il figure, en français, en pièce jointe

Le contrôle thématique de **2008** avait trait à l'art. 136 §2 de la loi coordonnée du 14/07/94. Le but est de vérifier les procédures mises en place par les mutualités dans le cadre d'accidents de droit commun où des sommes peuvent être versées par l'AMI et des assureurs privés. Ce contrôle est particulièrement centré sur l'examen des procédures établies par les OA en vue de détecter ces cas précis. Ce contrôle de vérification d'application de procédures de détection de ces cas d'accidents est donc visiblement orienté sur l'analyse des systèmes de contrôle interne des OA, ce qui correspond à la nouvelle philosophie du service d'inspection. Il importe enfin de souligner que ce contrôle très spécifique couvre également en partie l'assurance soins de santé.

Le SCA a analysé les résultats des interviews en union nationale mais aussi les rapports établis dans les mutualités. Cette opération a permis notamment de vérifier si les mutualités appliquent correctement les directives et procédures déterminées par les unions nationales.

Le rapport est presque terminé mais il manque encore les conclusions définitives.

Contrôle assurance soins de santé

En **2007**, le premier contrôle thématique soins de santé a porté sur les titulaires « résidents », les personnes inscrites au registre national des personnes physiques. Le rapport est terminé et a été annexé au reporting semestriel précédent.

En **2008**, le contrôle thématique a porté sur le Maximum à facturer. Un premier contrôle a été consacré à cette matière en mars 2005. Il s'agit, cette année, de voir, sur base de ce premier rapport et des recommandations du SCA, si des améliorations ont été apportées par les mutualités dans le traitement des dossiers tout en intégrant les nouvelles dispositions intervenues, notamment la prise en considération dans les compteurs des nouveaux tickets modérateurs.

En un mot, il s'agit d'évaluer l'impact d'une mesure relativement nouvelle, le MAF, en termes d'accessibilité aux soins de santé.

Après analyse des données (flux) disponibles, réalisation du questionnaire d'interview et d'un contrôle exploratoire, les enquêtes au sein des unions nationales et au sein des mutualités ont eu lieu jusque fin décembre 2008.

La rédaction du rapport vient de débiter.

Contrôle art. 195

En **2007**, un contrôle thématique a eu lieu concernant les montants repris sur les listes visées à l'article 195, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Pour ce qui concerne **2008**, ce contrôle s'est achevé fin septembre. La phase de préparation a été un peu plus longue étant donné que des données en provenance des OA 1 et 6 étaient manquantes et n'ont été transmises au SCA que fin juillet.

Enfin, notons que ce projet est repris, sous le même article et avec les mêmes engagements, dans l'Avenant 2009 au contrat. Soulignons également le rôle important que va jouer le SCA dans la réalisation de l'art. N13 relatif à la lutte contre la fraude sociale.

Dans ce cadre plusieurs missions lui sont imparties, dont notamment :

- La lutte contre les assujettissements fictifs au régime et le suivi des récupérations de prestations indûment octroyées à charge du régime ASSI dans le cadre de la lutte contre le travail en noir ;
- Le développement des croisements de données électroniques (data-matching) permettant de dépister des situations de cumul interdit entre des prestations de l'assurance indemnités (incapacité primaire et invalidité) et des revenus d'activités professionnelles légalement déclarées mais non communiquées par les assurés à leurs mutualités d' affiliation et non identifiées par celles-ci .
Ces opérations visent également à renforcer le contrôle primaire des mutualités et à identifier les améliorations nécessaires des procédures de contrôle interne des organismes assureurs en ce domaine.

Annexe 15:

- Rapport art. 230 (contrôle indemnités)

Evaluation médicale (art. 25)

INTRODUCTION

Dans le cadre de la loi AMI, l'INAMI, et plus particulièrement le S.E.C.M., souhaite, par l'exécution de projets d'évaluation, accroître son impact dans la lutte contre la surconsommation et l'utilisation incorrecte de prestations. Une distinction peut être faite entre deux types d'évaluation médicale:

- d'une part, l'évaluation générale qui présente au secteur des soins de santé, pour chaque sujet d'évaluation bien déterminé, le reflet des modèles de consommation et d'une bonne utilisation des moyens.
- d'autre part, des évaluations ciblées (recherches) où le S.E.C.M. examine de manière ciblée l'étendue et la généralisation des faits ou problèmes spécifiques constatés.

À ces évaluations succèdent des mesures d'impact. Il s'agit de mesures effectuées au terme des campagnes de feed-back (diffusion de rapports finaux, convocations individuelles,...) afin d'en vérifier l'impact.

Les projets d'évaluation démarrent si l'étude préliminaire s'avère pertinente. L'opportunité des propositions d'études introduites est jugée selon différents critères (environ 8):

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

Les infractions constatées dans le cadre de contrôles peuvent concerner aussi bien l'aspect de la surconsommation que les aspects de la réalité et de la conformité.

En fonction du sujet envisagé, on utilise différents types de sources de données dont dispose ou que peut obtenir l'INAMI. Les plus importantes sont : les données des profils du dispensateur de soins-prescripteur, les données relatives aux séjours hospitaliers anonymes, les données Pharmanet-piste unique, les données IMSHealth, les données-cubes demandées à l'Agence intermutualiste, les données jumelées R.C.M./R.F.M. et les fichiers classiques authentifiés (art. 138, loi S.S.I.). Les résultats d'analyses d'autres instances (dans d'autres services de l'INAMI ou analyses externes) sont également pris en considération. L'expérience nous apprend cependant que la production des données dans les délais et le contenu des données peuvent dans certains cas encore être améliorés et causer d'importantes interférences au niveau de la progression d'un projet d'évaluation. Dans le cadre d'une proposition d'étude qui, au départ, peut paraître très « prometteuse », il peut s'avérer dans certains cas, et après analyse, que les déviations constatées ne sont pas aussi répandues qu'initialement escompté.

BILAN ANNEE 2008

Les réalisations concrètes pour l'année 2008 sont les suivantes :

- Pour le projet relatif au **comportement prescripteur de Sandostatine**, une action a été organisée visant à *contacter de manière ciblée 145 médecins* qui, au cours d'une période de référence, n'ont établi qu'une seule prescription de ce médicament très onéreux (ce qui, vu le caractère *chronique* des indications, paraît surprenant). Les résultats des données recueillies lors de cette action ont été traités. Le rapport est en cours d'élaboration. La rédaction du rapport est en phase finale et sa livraison est prévue au cours du premier semestre 2009. Huit dispensateurs de soins n'ont pas réagi à la notification envoyée, malgré un rappel. Une action-contrôle a été menée à l'égard de ces dispensateurs de soins.
- Pour le projet relatif au **comportement prescripteur de Plavix**, un plan d'action étendu a été préparé durant le premier semestre de 2007. La première phase de ce plan d'action a été finalisée : collecter auprès de l'ensemble des mutualités toutes les informations relatives aux demandes de remboursement de ce médicament (durant le mois de mars 2007). Une action de terrain (deuxième phase) pour les prescripteurs a été préparée sur la base des constatations de l'analyse. Le degré de difficulté de ce projet est plus élevé que prévu et a nécessité plusieurs adaptations de la méthodologie. Au cours du second semestre, une enquête-test a été menée pour préparer une collecte de données plus vaste auprès des prescripteurs.
- Dans le cadre du plan d'action relatif au projet **orthèses de genoux et lombostats**, une demande de données ciblée a été effectuée en 2007 auprès des mutualités (documents de prescription et de délivrance) pour les dispensateurs sélectionnés (bandagistes). Les résultats de cette collecte de données ont été traités pendant le deuxième semestre de 2007 dans un rapport interne. Les conclusions de ce rapport interne ont conduit, au cours du premier semestre de 2008, à une action sur le terrain grâce à laquelle des informations complémentaires ont pu être obtenues pour un certain nombre d'assurés. L'analyse des données ainsi récoltées a été faite durant le second semestre 2008 et a été finalisée pour la partie lombostats ; la partie orthèses du genou est encore en cours. Un rapport final est prévu pour le premier semestre 2009.
- La phase d'analyse du projet « utilisation de l'**orthopantomogramme** » est terminée. Pour ce faire, un plan d'action a été mis au point fin 2007. Étant donné qu'on craint que ce plan ne puisse être exécuté, on a préparé une « phase de test » préalable.
- L'action combinée d'évaluation et de contrôle lancée en 2006 concernant les prestations diagnostiques de type « **evoked potentials** » a été poursuivie. Quelques aspects de réalité/conformité ont entre-temps déjà fait l'objet d'actions de contrôle. La complexité des aspects de bonne pratique médicale a donné lieu à l'introduction d'une proposition d'étude motivée sur le sujet auprès du Centre fédéral d'expertise (KCE). Les résultats du projet d'évaluation ont été intégrés dans cette proposition d'étude. Cette proposition d'étude a été retenue par le KCE

pour le programme annuel 2008, après sélection parmi toutes les propositions d'études introduites. Le rapport final a été rédigé et sera finalisé, début 2009.

- Un nouveau projet sur l'utilisation de **l'endoscopie en gastro-entérologie** a été lancé en 2007. L'analyse est encore en cours.
- Un projet d'évaluation relatif aux **examens de screening prénatals** a été finalisé durant le deuxième semestre de 2007. Un certain nombre d'incohérences ont été rectifiées dans les bases de données durant le premier semestre de 2008. Le rapport final a été rédigé et sera finalisé début 2009.
- La phase d'analyse du projet d'évaluation relatif à **l'attestation routinière de prestations dans des sections de soins intensifs** (ponctions artérielles, mécanique de ventilation, exsufflation, monitoring holter) a été finalisée en 2007. Le rapport a été établi au cours du premier semestre 2008. Durant le second semestre 2008, des actions de contrôle ont démarré dans les hôpitaux qui avaient présenté les plus grands écarts se rapportant à ces prestations en USC (Unité de soins intensifs). Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation, une notification a été envoyée aux médecins en chef, à titre d'avertissement.
- Le deuxième semestre 2007 a vu le lancement des **mesures d'impact** pour un certain nombre de projets effectués précédemment, plus particulièrement les projets d'évaluation « **cellules endothéliales** par les ophtalmologues » (convocation individuelle de 130 dispensateurs de soins) et « **chirurgie du syndrome du tunnel carpien** » (convocation de médecins en chef d'établissements de soins et convocation individuelle de dispensateurs de soins présentant un profil inhabituel). Le rapport final a été élaboré durant le premier semestre de 2008. Une analyse complémentaire a été effectuée au cours du second semestre en vue de préparer des actions-contrôles auprès de dispensateurs de soins réfractaires.
- Durant le deuxième semestre de 2007, un nouveau projet a été lancé concernant « **l'attestation conforme de prestations en urologie** ». L'analyse de données a été terminée et le rapport a été rédigé durant le premier semestre de 2008. Au cours du second semestre 2008, on a préparé une campagne de sensibilisation relative à l'attestation irrégulière de certains cumuls de prestations.
- Des actions de contrôle ont été proposées afin d'implémenter sur le terrain les observations relevées dans le dossier relatif à la **colposcopie**. Ce dossier avait été introduit auprès du CNPQ.
- Un projet d'évaluation concernant le **dossier infirmier** a été réalisé en 2006 et 2007, pour la majeure partie dans un service provincial. L'utilisation et la qualité du dossier infirmier ont été évaluées sur la base de données recueillies sur le terrain (exigence de l'art. 8 de la NPS). Les résultats de cette étude ont été traités dans un rapport final au cours du premier semestre de 2008. Au cours du second semestre, le rapport a été finalisé et, conformément aux conclusions, un plan d'action a été établi dont l'implémentation se poursuivra en 2009.

- Une proposition d'étude motivée « **Évaluation de la mise en place et du remplacement de pacemakers en Belgique** » a été introduite auprès du KCE. Cette proposition d'étude a été retenue par le KCE pour le programme annuel 2009, après sélection parmi toutes les propositions d'études introduites.
- Un projet a été lancé sur la base du rapport KCE n° 60 relatif aux examens de la **fonction pulmonaire**. Le KCE a en effet rédigé ce rapport suite à une proposition d'étude introduite par l'E-team du SECM pour leur programme annuel 2006. À l'automne 2007, un comité de lecture interne au SECM a étudié le rapport et proposé un premier plan d'action. Les données de base nécessaires ont été réclamées aux organismes assureurs en décembre 2007. Au cours du second semestre 2008, on a préparé une notification destinée aux dispensateurs de soins, basée sur les constatations de l'analyse et une mise à jour plus récente des données.
- L'étude sur le **Pet-scan** et la **médecine nucléaire** est le fruit de l'action coordonnée du SECM et du SSS dans ces domaines. L'apport du SECM se focalise, d'une part, sur l'identification de pet-scans (illégaux) et leurs circuits de facturation et, d'autre part, sur une analyse des indications pour les examens nucléaires afin de proposer une adaptation de la NPS. La première phase a été réalisée au cours du second semestre 2008.
- Durant le second semestre 2008, une analyse des données a été effectuée pour identifier les centres agréés pour un **programme de soins cardiaques B 1** qui dispensent des prestations nécessitant un agrément B2. Ce projet s'inscrit également dans une approche commune du SECM et du SSS.
- Une analyse des données relatives à l'attestation de codes d'anesthésie et à l'intervention chirurgicale correspondante a été effectuée dans le cadre de l'analyse commune du SECM et du SSS du **rapport d'audit 2007 (SSS – article 13)**. Dans cette étude, on a décelé une série de problèmes relatifs à l'attestation d'anesthésies pour des opérations de la cataracte, se rapportant à des écarts budgétaires récents.

PERSPECTIVES 2009

Tenant compte des actions et analyses déjà mentionnées sous la rubrique « bilan de l'année 2008 », les initiatives suivantes sont en outre prévues pour l'année 2009 :

- Le KCE a publié un rapport en janvier 2008 pour lequel la proposition d'étude avait également été introduite à l'époque par l'E-team du SECM. Il s'agit du rapport KCE-71A sur les **tests diagnostics de routine en ophtalmologie**. Pour ce sujet, un projet sera lancé selon le même canevas que celui déjà utilisé pour le rapport susmentionné sur les examens de la fonction pulmonaire.
- **La mesure d'impact définitive en matière de quinolones** est prévue pour le premier semestre de 2009.
- On a planifié au cours du premier semestre une large récolte de données auprès des dispensateurs de soins, pour le projet se rapportant au **comportement de prescription de Plavix**.

- On rédigera le rapport final du projet des **orthèses du genou et des lombostats**.
- Le rapport final sera rédigé dans le cadre du projet **dispositifs médicaux et implants**.
- La réalisation de la phase de test et la finalisation du projet sont prévues dans le projet « utilisation de l'**orthopantomogramme** ».
- Le rapport final sera rédigé dans le cadre du projet **examens de screening prénatals**.
- On continuera à implémenter le plan d'action du projet d'évaluation relatif au **dossier de soins infirmiers**.
- Dans le cadre d'un contrôle plus pointu de la bonne pratique médicale en matière de consommation des médicaments, on prévoit un projet en 2009 intitulé « **molsidomine : le comportement prescripteur dans la pratique des médecins généralistes** ».
- Initialement, la mesure d'impact des **soins inefficaces en soins intensifs** avait été planifiée pour l'exercice 2008, au cours du second semestre, mais cette mesure dépend de la communication, dans les délais, des données SHA 2007. Elle a été reportée à 2009. Il s'agit en l'occurrence du suivi du projet commun SSS/SECM effectué dans le cadre du premier contrat d'administration.
- Les mesures d'impact relatives aux projets « **électromyographie** » et « **potentiels évoqués moteurs** » sont prévues pour 2009, mais elles aussi dépendent de la publication attendue du rapport KCE.
- Le développement d'une application pragmatique pour l'analyse des **profils prescripteurs en matière de prestations pharmaceutiques** est réactivé sous réserve qu'il y ait suffisamment de statisticiens/informaticiens.
- La deuxième phase de l'étude relative au **Pet-scan et à la médecine nucléaire** (récolte de données sur le terrain, analyse, constatations) est planifiée pour 2009.
- Un rapport relatif aux résultats de l'analyse des données se rapportant au **programme de soins cardiaques B** est prévu pour le premier semestre 2009.
- Un rapport relatif aux résultats de l'analyse des données se rapportant à l'anesthésie pour des **opérations de la cataracte** est prévu pour le premier semestre 2009.
- Un projet d'évaluation de l'attestation de longue durée des **soins infirmiers dispensés aux patients en soins palliatifs** est planifié.
- Une étude pour l'attestation **d'orthèses pour position assise** est prévue dans le cadre de l'analyse commune SSS-SECM de l'audit 2007. Une série d'analyses a

déjà été réalisée et il y a eu concertation avec les médecins-inspecteurs concernés dans les services provinciaux.

- Une analyse commune SECM-SSS du **rapport d'audit 2007 (SSS-article 13)** a permis de définir une série de sujets possibles pour des projets. Les phases préparatoires et la sélection ont eu lieu en 2008. La réalisation en est prévue en 2009. Une approche similaire est prévue lors de la publication du rapport d'audit **2008**.

L'article relatif à l'évaluation médicale est repris dans l'avenant 2009. L'INAMI prévoit en 2009 au moins 2 nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure d'impact.

Annexe : néant

Code-barres unique (art. 26)

INTRODUCTION

L'objectif de cet engagement est de contrôler la délivrance effective des médicaments dans le cadre d'une bonne gestion des moyens financiers destinés au remboursement des médicaments. Pour ce faire, les fichiers des firmes pharmaceutiques et des offices de tarification sont analysés et comparés. Ceci requiert que les fichiers soient d'une qualité suffisante.

Le 4 juin 2007, le Comité général de gestion a approuvé un avenant comportant entre autres trois engagements adaptés pour ce projet, lesquels ont entre-temps été entièrement ou partiellement réalisés (cf. rapports semestriels et annuels précédents).

- Engagement 1 : Analyse des instruments stratégiques possibles afin d'optimiser l'échange de données (qualité, ponctualité, transfert technique) entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques et offices de tarification. Date limite : 31 décembre 2007. Cet engagement a été entièrement réalisé.
- Engagement 2 : Établir un rapport à l'attention des OA des données communiquées par les firmes concernant les codes des conditionnements commercialisés en Belgique. Date-limite: 30 juin 2007. L'engagement 2 a été entièrement réalisé.
- Engagement 3 : Établir un rapport annuel concernant les résultats dans le cadre de l'analyse et de la comparaison des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. Date limite: 31 décembre 2007, 2008. L'engagement est complètement réalisé.

BILAN 2008

Au cours du second semestre 2008, le SECM a commencé à donner un feed-back général aux firmes pharmaceutiques au sujet de l'avancement du projet « Code-barres unique » (voir prolongement du 1^{er} engagement). Chaque firme a reçu un feed-back écrit individualisé au sujet de la qualité des fichiers transmis à l'INAMI. En outre, elles ont reçu une version actualisée du Protocole de transfert. L'objectif est que l'approche prévue se traduira à terme par une forte baisse du pourcentage d'erreurs dans la transmission des données. Provisoirement, il n'en est toutefois pas encore question (voir le tableau de bord : indicateurs 1.1. et 1.2.).

Au cours du second semestre 2008, des analyses générales et individuelles ont été réalisées quant au contenu (3^e engagement), sur la base des données des périodes 2006T4 à 2008T3 envoyées par les Offices de tarification. A l'analyse, on constate que le retard antérieur au sein du SECM dans le traitement et l'analyse des fichiers a été complètement rattrapé.

Par les analyses au sein du SECM, on a cherché, entre autres, combien de conditionnements tarifés ne comportent pas un code-barres unique. Un autre point examiné : le nombre de code-barres uniques en double mémorisation, dans une même pharmacie ou dans une autre. On suit également le nombre de lignes de tarification dont le check-digit (le chiffre de contrôle) est erroné. Chacun de ces phénomènes est chaque fois analysé à la lumière du nombre total de codes-barres uniques et on vérifie aussi l'importance budgétaire de ces erreurs. Ces analyses sont effectuées tant au niveau général qu'au niveau des pharmacies ; à ce niveau, elles sont effectuées de façon plus pointue. Les résultats principaux de ces analyses ont été examinés le 25 février 2009 avec l'APB et l'OPHACO (voir annexe).

PERSPECTIVES 2009

Dans le rapport semestriel 2008, on a indiqué que l'Association pharmaceutique belge (APB) a envoyé début juillet 2008 une lettre à l'INAMI dans laquelle elle signale qu'en réponse à sa question, la Commission de protection de la vie privée a estimé que le flux de données transmises par les Offices de tarification au SECM transgressait la loi sur la protection de la vie privée. La Commission estime qu'une réglementation complémentaire est nécessaire. Ce problème n'a pas été résolu à ce jour. Les Offices de tarification continuent néanmoins à transmettre régulièrement leurs fichiers à l'INAMI. L'objectif est de résoudre cette problématique dans la prochaine « loi de réparation ».

En 2009, on continuera à s'investir dans l'amélioration de la qualité de la transmission des données par les firmes pharmaceutiques. C'est une condition sine qua non pour pouvoir comparer leurs données à celles envoyées par les Offices de tarification. Quoiqu'il en soit, les analyses actuelles basées sur les données envoyées par les Offices de tarification seront poursuivies et seront affinées ensuite.

Annexe 16:

- Présentation INAMI lors de la réunion de concertation du 25/02/09 avec l'APB et l'OPHACO.

Incapacité de travail primaire – qualité des contrôles (art. 27)

INTRODUCTION

Cet engagement vise à optimiser le contrôle des médecins-conseils dans le cadre de l'incapacité de travail primaire (ITP). Cet engagement est logiquement associé à l'article 14 du contrat d'administration 2006-2008 : Exploitation des données d'incapacité de travail primaire – volet statistique.

Le principal objectif de ce projet est l'optimisation du système d'enregistrement des décisions des médecins-conseils en matière de contrôle de l'incapacité de travail primaire (profil de convocation, durée moyenne de l'incapacité,...), en vue de mettre des informations utiles à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, du Service des indemnités et des Services généraux de support de l'INAMI. Le produit final doit être un système entièrement opérationnel sur la base duquel il est possible d'établir un profil du médecin-conseil dans le cadre de sa mission de contrôle de l'ITP. La date-limite en est le 31 décembre 2008.

La réalisation de cet objectif dépend dans une large mesure de la collaboration des O.A. Ceux-ci doivent en effet transmettre à temps à l'INAMI des données de très bonne qualité relatives aux activités des médecins-conseils. Cet envoi est effectué tous les trois mois par DVD ou CD ('envoi'). Si des erreurs sont constatées lors du contrôle de la qualité à l'INAMI, une 'demande de réenvoi' est transmise, qui doit être suivie par un 'réenvoi' de la part de l'OA.

BILAN 2008

Au cours du mois de septembre 2008, lors d'une réunion de l'INAMI et des OA, on a fait une présentation de quelques résultats provisoires sur la base des données récoltées jusqu'à cette date. Plus précisément, on a présenté une série de conclusions tirées sur la base des données de 2007. Le but était de donner aux OA une meilleure vision du fonctionnement du système et une idée de son adéquation. En se basant sur le feed-back, on a toutefois dû conclure qu'il y avait des erreurs manifestes dans les résultats, ce qui a soulevé des questions sur la manière dont le système avait généré de tels résultats. Une analyse plus approfondie a révélé des lacunes dans le système développé par l'INAMI qui ont causé des erreurs manifestes dans les données enregistrées dans le datawarehouse (entrepôt de données). Par cette "contamination" de la base de données ('dataset'), les analyses et les résultats basés sur ces données étaient par conséquent également (en partie) erronés.

Du fait des erreurs constatées dans le système, une reprogrammation par l'INAMI s'est avérée nécessaire. Pendant cette période, l'INAMI a toutefois également été confronté à une panne générale ICT, ce qui a retardé cette reprogrammation. Fin 2008, la reprogrammation était achevée.

Après cette réunion en septembre, on n'a plus organisé d'autres réunions concernant ce projet car l'INAMI devait d'abord apporter les adaptations nécessaires au système avant de pouvoir présenter ensuite les résultats corrigés aux OA, pour en discuter.

L'INAMI a validé techniquement l'ensemble des 15 paramètres qui seront utilisés pour établir le profil des médecins-conseils.

Au cours de l'année 2008, l'INAMI, les OA et le CIN se sont réunis à plusieurs reprises pour discuter de la problématique du numéro de registre national dans le cadre de différents projets liés au développement des connaissances et au contrôle de l'incapacité de travail primaire. À ce jour, on n'a pas encore obtenu d'accord définitif au sujet de l'ajout de ce numéro de RN au flux ITP entre les OA et l'INAMI.

PERSPECTIVES 2009

Au début de l'année 2009, on a commencé à exercer un contrôle de conformité des données transmises par le flux ITP au SECM par rapport aux données contenues dans les dossiers individuels des médecins-conseils. Cela se fait en validant un échantillon limité de dossiers au sein de certaines mutualités. En se basant sur les résultats très provisoires obtenus au sein d'un nombre limité de mutualités, il semble d'ores et déjà que des problèmes essentiels se posent quant à l'enregistrement et à la codification corrects de données. Au cours du premier semestre 2009, le contrôle de conformité au sein d'un ensemble représentatif de mutualités sera achevé. Ensuite, l'INAMI et les OA devront peut-être formuler conjointement une série d'engagements et de précisions supplémentaires au sujet de l'enregistrement et de la transmission des données. La Note technique sera éventuellement adaptée là où cela s'avérera nécessaire. Cette Note technique, qui a déjà été approuvée au niveau technique, sera également soumise au niveau du CINAMED et du Comité du SECM.

Suite à la reprogrammation, on peut commencer l'analyse des données corrigées dans la base de données. Les résultats de cette analyse seront à nouveau soumis aux OA pour en discuter au cours d'une réunion qui aura lieu le 16 février 2009.

En ce qui concerne les paramètres, une série de points de discussion doivent encore être résolus au cours de la première moitié de 2009.

Si les résultats de la réunion avec les OA du 16 février 2009 sont acceptés et si on obtient un consensus au sujet des paramètres utilisés, on peut commencer à élaborer des profils de feed-back, ce qui constitue également une action-engagement dans l'article 27 de l'Avenant 2009. Selon la qualité des données transmises, on pourra établir le profil de l'OA, de la mutualité et enfin du médecin-conseil.

Annexe: néant

Informatisation des dossiers d'enquêtes du S.E.C.M. – projet FLOWDOS (art. 28)

INTRODUCTION

L'objectif du présent engagement est d'organiser un système intégré pour le suivi des dossiers d'enquêtes dans le cadre de la poursuite des infractions et de la lutte contre la surconsommation. Ce système doit couvrir toutes les phases des dossiers d'enquêtes. Il s'inscrit dans le droit fil des nouvelles procédures prévues dans la loi du 24 décembre 2002. Ce système, intitulé Flowdos, doit permettre d'obtenir un contrôle plus efficace, une diminution du dépassement des délais légaux entraînant une récupération plus importante des sommes perçues indûment, des processus d'enquêtes transparents et uniformes et un accès contrôlé aux informations médicales et juridiques.

Le 4 juin 2007, le Comité général de gestion a approuvé l'avenant contenant les engagements adaptés.

1. Système opérationnel pour la production d'informations de gestion (« PreFlowdos »). Date limite: 30 septembre 2007. Cet engagement a déjà été réalisé en 2007.

2. Système opérationnel de gestion des dossiers d'enquêtes pour le cycle de vie complet (« Flowdos ») : couche 1. Date limite: 31 décembre 2007.
3. Dossiers d'enquêtes en cours, disponibles sous forme électronique. Date limite: date de réalisation action-engagement 2 + 6 mois.
4. Dossiers d'enquêtes clôturés depuis 2003, disponibles sous forme électronique. Date limite: date de réalisation action-engagement 2 + 12 mois.

BILAN 2008

Au cours de l'année 2008, la « première couche » (données Flowdos) d'un système de gestion opérationnel dans le cadre des dossiers d'enquête (2e action-engagement) a été réalisée. Cette « première couche », développée à l'aide de la technologie SharePoint, prévoit en premier lieu, une gestion de dossiers structurée qui, même si elle n'est pas encore complète, répond quand même déjà aux besoins de base du « business ». Deuxièmement, on a prévu la connexion à un certain nombre de bases de données existantes, par exemple, « Nomensoft ». Troisièmement, quelques fonctionnalités de recherche ont également déjà été intégrées. La portée des fonctionnalités de recherche dans le système Flowdos dépend du niveau de compétence de l'utilisateur en question. Les utilisateurs opérationnels peuvent par exemple extraire environ 300 paramètres des dossiers d'enquête. Quant aux médecins-inspecteurs sur le terrain, il s'agit plutôt d'un ensemble limité d'une dizaine de fonctionnalités de recherche, ainsi qu'un accès complet aux paramètres dans les dossiers pour lesquels leurs droits leur ont été accordés en fonction de leurs besoins et en tenant compte de la politique menée pour la sécurisation des données. Quatrièmement, un rapportage circonstancié est prévu dans le système Flowdos, entre autres pour le médecin-inspecteur lui-même, les directions provinciales et centrales ainsi que pour les comités respectifs.

Parallèlement à l'opérationnalisation de la première couche de « Flowdos », on a mis sur pied des formations destinées aux différents groupes d'utilisateurs et on a rédigé un manuel.

Dans le cadre de la première couche de Flowdos, on a intégré tous les dossiers déjà en cours en 2003 ou ouverts après 2003. De cette façon, le 3e engagement et le 4e engagement ont été tenus, en ce qui concerne les données relatives aux dossiers d'enquêtes.

En ce qui concerne le tableau de bord de Flowdos, il y a lieu de faire observer qu'une série d'indicateurs et de valeurs-cibles doivent être adaptés. À cet effet, on prendra une initiative au cours de la première moitié de 2009. Suivent ci-après les principales annotations pour le tableau de bord.

En ce qui concerne l'indicateur 1.1.3., dans de nombreux cas, il existe plusieurs motifs réglementaires et légaux, mais cette codification multiple n'est pas encore possible techniquement (voir ci-après).

En ce qui concerne l'indicateur 1.4., il ne peut être suivi qu'après la réalisation de la couche 2 de Flowdos.

En ce qui concerne les indicateurs 1.5. et 1.6, la valeur un rien moins bonne au 1^{er} trimestre de 2008 est due à un mouvement de rattrapage en cours au niveau des anciens dossiers.

En ce qui concerne l'indicateur 1.7, une amélioration est attendue en 2009 suite à la décentralisation vers le niveau du médecin-inspecteur-directeur pour finaliser les dossiers et établir une note de synthèse, nonobstant une dernière révision à effectuer par le médecin-inspecteur général du régime linguistique en question.

Par ailleurs, on peut aussi souligner l'accélération du rythme actuel de traitement des dossiers par le fonctionnaire dirigeant et depuis peu par la Chambre de première instance. Quoi qu'il en soit, il y aura lieu de prévoir une révision pour l'indicateur 1.7. vu le nombre de modifications réglementaires.

Quant aux indicateurs 1.8. et 1.9., on s'attend à une amélioration des valeurs suite à la clôture d'anciens dossiers.

En ce qui concerne l'indicateur 1.10, il y a lieu de réfléchir sérieusement au nombre de contrôles postérieurs, à leur ciblage et à leur timing. En tant que tel, tant l'indicateur que la valeur-cible doivent être revus. En matière de surconsommation, à ce jour, il n'y a pas encore eu de contrôles postérieurs.

PERSPECTIVES 2009

Au cours de l'année 2009, on consolidera prioritairement l'utilisation de la première couche opérationnelle de Flowdos (données Flowdos) là où ce sera nécessaire. Il s'agit, entre autres, de l'amélioration de la qualité de l'enregistrement des données dans le système au moyen d'instructions d'utilisation spécifiques.

Par ailleurs, on développera une nouvelle couche. Cette deuxième couche (Flowdos-Documents) se rapportera au scanning des documents entrants ainsi qu'à la production de documents par le service. Les tests techniques ICT à cet effet ont déjà commencé fin 2008. L'objectif est de faire tester les nouvelles fonctionnalités également par les utilisateurs du « business » au cours du premier semestre 2009. On espère que cette deuxième couche de Flowdos sera opérationnelle au cours de l'année 2009. Bien entendu, on prévoira également à cet effet un manuel et des formations adéquates. Lorsque cette deuxième couche sera opérationnelle, les engagements 3 et 4 pourront être complètement réalisés.

Au cours d'une prochaine phase, on pourra également entamer la mise à jour des « données de Flowdos » afin de peaufiner les informations de gestion et de les compléter, par exemple en ajoutant de nouveaux paramètres nécessaires ou en prévoyant la possibilité d'accorder plusieurs valeurs à un paramètre existant (par exemple, plusieurs bases légales pour une seule plainte). Une autre adaptation concerne l'instauration de contrôles ou un formatage des champs de données afin d'éviter des erreurs de codification. Ces quelques exemples sont uniquement donnés à titre d'information sans vouloir être exhaustifs.

Dans le cadre de l'Avenant 2009, on continuera à établir des rapportages au sujet de la progression du projet Flowdos. En outre, une nouvelle action-engagement a été insérée dans l'article 28, à savoir la rédaction d'une note conceptuelle relative au développement pluriannuel ultérieur de Flowdos. En ce qui concerne les tableaux de bord, on adaptera, le cas échéant, les indicateurs et les valeurs-cibles.

Annexe: néant

Conseil technique médical des Indemnités (art 29)

BILAN 2008 ET PERSPECTIVES 2009

Pour rappel, l'article 85 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 stipule que le Conseil technique médical des Indemnités (CTM) a pour mission d'émettre des avis, à la demande tant du Conseil médical de l'invalidité que du Comité de gestion du Service des indemnités, sur des problèmes médicaux concernant la détermination de l'incapacité de travail et, également, de proposer des directives et critères généraux en vue d'uniformiser l'évaluation de l'incapacité de travail.

Le travail du CTM est d'ordre médical et scientifique. Il vise à:

- déterminer des critères scientifiques de l'évaluation de l'incapacité de travail dans diverses pathologies (avec une étude « evidence-based » du développement de la directive);
- définir des critères de classification des maladies et/ou des lésions fonctionnelles.

On établit, de ce fait, les bases d'un système d'expertise pouvant contribuer à l'identification spécifique de la population d'invalides permettant d'expliquer les raisons de l'entrée en invalidité.

Vu la charge de travail qui pèse sur le chef de projet qui a dû se concentrer prioritairement sur le traitement des dossiers d'invalidité (le 'core business' du service) mais la relative passivité des membres de organes des indemnités (CMI) et du CTM en particulier, un certain retard a malheureusement été pris dans la réalisation de ce projet de telle manière que les engagements prévus n'auront pu être réalisés au 31 décembre 2008.

Ce projet était composé de trois engagements :

- En 2006, un engagement a été inscrit dans le contrat d'administration. Il s'agissait, d'ici le 31 décembre, de modifier le système de classification d'affections médicales pour lesquelles une entrée en invalidité est demandée. Dans la phase initiale, il est question de réaliser une étude des systèmes de classification d'affections / de pathologies médicales sur la base de l'examen de la littérature et des avis d'experts. Ensuite, il convient de préparer et implémenter la transformation de la classification actuellement utilisée en un nouveau système en tenant compte des développements ultérieurs au sein de « edld » (dossier d'invalidité électronique). Une première note analytique sur le système de classification d'affections / de pathologies médicales utilisé a été soumise à la réunion du CTM du 27 février 2007. Cette note, basée sur l'analyse de 300 pathologies médicales liées à l'invalidité et enrichie notamment à partir de l'expérience des Pays-Bas, a été retravaillée mais reste toujours en voie de finalisation. Elle pourrait être présentée en 2009. L'engagement est donc partiellement réalisé puisque une note a tout de même été transmise au CTM ;
- D'ici le 31 décembre 2007, outre les discussions sur l'étude du système de classification d'affections / de pathologies médicales, il était prévu dans le contrat d'administration que le service des Indemnités réalise également une

étude de faisabilité relative au développement de directives ('guidelines') concernant l'évaluation de l'incapacité de travail / de l'invalidité sur la base de la littérature médicale et des avis d'experts (belges / étrangers), en tenant compte de la médecine basée sur l'évidence (« evidence-based medicine »). Ici aussi, les contacts avec l'étranger ont été fort utiles (Pays-Bas et Québec notamment). Même si cette note concernant les différentes étapes d'élaboration de 'guidelines' (scope, littérature, acteurs, statistiques, moyens,...) est quasiment terminée, elle n'a pu être finalisée et soumise au CTM. L'engagement était donc presque réalisé ;

- Enfin, dernier engagement prévu dans le contrat pour le 31 décembre 2008, une proposition de développement de directives pour la 'lombalgie' (étude-pilote) est en grande partie rédigée. Les informations en la matière n'étant pas nombreuses, des recherches et des contacts avec l'étranger ont aussi été organisés. Non achevée, cette note n'a pu être transmise au CTM. L'engagement était donc presque réalisé.

Même si ce projet ne figure pas dans l'avenant 2009, soulignons que, si les conditions de travail et le soutien des membres des organes à ce projet le permettent, le chef de projet espère pouvoir terminer ces notes et les soumettre au CTM en 2009.

Annexes : néant

Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général (art 30)

BILAN 2008 et PERSPECTIVES 2009

Pour rappel, l'idée générale du projet réside notamment :

- dans la consultation par les membres des organes des notes et PV mis à disposition sur un site web sécurisé et ce, de manière structurée et avec possibilité d'effectuer une recherche par mots-clés ;
- dans la standardisation des notes afin de faire apparaître plus clairement le contenu du document, l'impact budgétaire et administratif, le ou les mot(s)-clé, la compétence de l'organe pour ce point précis de l'ordre du jour,....

Il est prévu dans le contrat d'administration que six mois après la mise en production de l'application, une présentation de l'ensemble du projet et une démonstration de l'outil informatique seront organisées lors d'une réunion du Comité de l'assurance et du Conseil général afin de répondre directement aux questions des membres. La possibilité leur sera donc offerte de pouvoir rechercher sur la base de mots-clés les notes et PV sur un site web sécurisé.

Nous avons déjà souligné dans nos précédents rapports que la standardisation des notes (template à respecter par les auteurs des notes) était déjà effective.

L'élaboration d'un thésaurus (arborescence de mots-clés) à l'INAMI est terminée. Cette étape de structuration des mots-clés se révèle cruciale afin de garantir un moteur de recherche performant et un archivage adéquat des documents.

Sur la base de l'analyse BIO du projet (workflow des tâches et activités 'Business', description des flux d'Information et des rôles et responsabilités de chacun au niveau Organisationnel) et de la modélisation du processus de rédaction des notes et PV réalisées par le Service des soins de santé, le Service IT a développé en 2008 une première version de l'application en Sharepoint (SP). Après réunion du comité de pilotage début février 2009, cette application sera améliorée afin d'y intégrer notamment les fonctions essentielles de recherche de documents par mots-clés (thésaurus) et de sécurisation de l'accès aux seuls membres du Comité de l'assurance et du Conseil général (identity management).

Nous devons donc bien constater que le projet n'a pu être réalisé selon les délais définis dans le contrat d'administration 2006-2008.

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. Le 'user group interne' (agents de l'INAMI) testera l'application entre avril et juin 2009 tandis qu'un appel à candidatures pour faire partie du 'user group externe' sera organisé début mars afin que ce user group puisse lui aussi tester l'outil entre mai et juin 2009. Ensuite, d'ici le 31 juillet 2009 au plus tard, l'application opérationnelle sera étendue à l'ensemble des membres des deux organes.

De manière claire et ferme, l'INAMI entend, en tout état de cause, terminer ce projet selon les termes suivants (engagements repris dans l'avenant 2009) :

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.

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.

Annexes: néant

Rapportage des activités en Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (art 31)

BILAN 2008 ET PERSPECTIVES 2009

Pour rappel, le but est de relancer le processus de rapportage (scientifique/analytique) des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CMI) vers la Commission supérieure et le Comité de gestion. Le principe est de dresser, de manière standardisée, le rapportage de ces activités par Commission régionale et par OA (nombre d'invitations, nombre de décisions, nature des décisions, nombre d'absents, nombre d'avis partagés,..) vers la Commission supérieure.

D'ici le 31 décembre 2006, un engagement a été repris dans le contrat. Il s'agissait justement de procéder à cette standardisation du rapportage concernant les activités des Commissions régionales du CMI.

Après avoir déterminé le type de données statistiques significatives (données indispensables sur le fonctionnement des CR-CMI), il a déjà été possible de disposer de certains tableaux reprenant notamment les statistiques, pour l'année 2007, relatives aux ATP (aide tierce personne) ou encore le nombre de convocations, déconvocations, annulation de séances, personnes examinées, etc. en CR-CMI par province. Depuis 2008, les données sont plus complètes puisqu'on dispose aussi de la répartition par statut social. Les statistiques du 1^{er} semestre 2008 ont été validées et figurent en annexe. Cet engagement est donc réalisé.

Un premier rapportage sur le fonctionnement des CR-CMI (cet engagement était prévu dans le contrat pour le 31 décembre 2007) a eu lieu à la Commission supérieure du 20 juin 2008, sur la base des données de l'année 2007 et du 1^{er} trimestre 2008. Les réactions furent positives et des propositions d'amélioration de présentation de la note ont été formulées. Dans le courant du premier trimestre 2009, les graphiques et tableaux du 1^{er} semestre 2008, accompagnés de commentaires et d'explications, seront transmis pour discussion en Commission supérieure. Cet engagement étant aussi réalisé, nous pouvons considérer le projet comme terminé.

A noter que ce projet ne figure plus dans l'avenant 2009.

Annexe 17:

- Tableaux 2008 S1 relatifs au fonctionnement des CR-CMI.

Rapport financier à la Commission de remboursement des médicaments (art. 32)

INTRODUCTION

L'objectif de cet engagement est d'évoluer vers une estimation correcte de l'impact budgétaire des dossiers de demande de remboursement des médicaments. Cela doit se faire par un monitoring financier systématique de la réalité financière des demandes de remboursement qui ont été approuvées, et par une comparaison entre le coût réel des demandes approuvées et l'impact budgétaire estimé. Un monitoring systématique permet également d'avoir un aperçu clair de l'impact des mesures politiques sur l'évolution des coûts. Un feed-back peut alors être donné à la Commission de remboursement des médicaments (C.R.M.), ce qui doit aboutir à une responsabilité financière et à un renforcement de l'expertise stratégique.

Le champ d'application de l'engagement se limite aux dossiers suivants:

- les dossiers de médicaments dont l'impact estimé et/ou constaté est substantiel : > 2,5 millions d'euros ;
- les dossiers de médicaments présentant un taux de croissance substantiel : > 20%
- les classes de médicaments figurant dans le top 80% du budget ;
- les classes de médicaments figurant dans le top 20% de la croissance.

Les trois actions-engagements fixées dans le contrat d'administration ont toutes déjà été réalisées dans le passé (cf. rapports semestriels et annuels précédents).

BILAN 2008

Le rapport MORSE sur les données jusques et y compris le deuxième semestre de 2007 a été rédigé et publié au cours du premier semestre de 2008.

Le rapport MORSE concernant les données du premier semestre 2008 a également été rédigé et publié au cours du second semestre 2008.

PERSPECTIVES 2009-01-29

Dans l'Avenant 2009, il est indiqué que deux nouveaux rapports MORSE seront rédigés au cours de l'année 2009. Dans le cadre de ces nouveaux rapports, une plus grande attention sera aussi accordée au benchmarking.

Annexe 18:

- Rapport semestriel MORSE – Données du 1^{er} semestre 2008.

Réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail sur le marché du travail (art 33)

BILAN 2008 et PERSPECTIVES 2009

Dans la cadre du présent contrat, l'engagement consistait à procéder aux adaptations réglementaires nécessaires dans les trois mois après réception de la réponse du Ministre des Affaires sociales aux propositions contenues dans les deux rapports du service des Indemnités sur la réinsertion socio-professionnelle et la réadaptation professionnelle.

Ce projet peut être considéré comme terminé dans la mesure où toutes les adaptations réglementaires demandées par la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et dont l'Inami avait la maîtrise ont été réalisées. Bien entendu, des discussions ont encore lieu concernant le suivi et la mise en œuvre de ces adaptations réglementaires.

En ce qui concerne le transfert des compétences du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé sur le plan de la réadaptation professionnelle, vers la Commission supérieure du Conseil médical du Service des indemnités, après les débats au sein des instances compétentes, les propositions nécessaires quant à la fixation de la date de ce transfert et à l'adaptation de l'AR du 3.7.1996 en matière de réadaptation professionnelle, ont été transmises à la Cellule stratégique de la Ministre des Affaires sociales (exécution de la section 4 du chapitre II « Dispositions en matière de réadaptation professionnelle » de la loi du 13.7.2006 portant diverses dispositions relatives aux maladies professionnelles et aux accidents de travail et relatives à la réinsertion professionnelle). Le transfert sera effectif, le 1^{er} juillet 2009.

A noter que ce projet ne figure plus dans l'avenant 2009.

Annexes: néant

Maximum à facturer et intervention majorée de l'assurance (art 34)

BILAN 2008 et PERSPECTIVES 2009

Pour rappel, tous les engagements prévus dans le contrat ont été réalisés. Le projet est donc terminé.

Les adaptations réglementaires et des flux suite à l'intégration du MAF fiscal dans le MAF revenus ont été effectuées dès 2005.

Pour ce qui est des adaptations réglementaires et des flux dans le cadre de la coexistence des différents régimes préférentiels, il importe de souligner que l'engagement se limitait stricto sensu à l'intervention majorée (Bim) et au maximum à facturer (Màf). En effet, ce n'est que par après qu'à ces deux systèmes est venu s'ajouter un troisième pilier de régime préférentiel, l'Omnia.

Concernant le Maf et le Bim, les Services des soins de santé et du contrôle administratif ont donc réalisé toutes les adaptations nécessaires.

En ce qui concerne l'intervention majorée de l'assurance, les échanges de données actuelles qui sont utilisées dans le cadre du contrôle systématique du respect des conditions relatives aux revenus, seront actualisés et modernisés au cours de l'année 2009.

Ce projet sera d'une certaine manière poursuivi par la mise en œuvre du nouvel article N11 de l'avenant 2009 intitulé 'Développement d'un statut OMNIO plus simple et plus accessible' et pour lequel l'engagement consiste à établir une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel (date-limite: 30 juin 2009). 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.

Annexe: néant

Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux (art 35)

BILAN 2008 et PERSPECTIVES 2009

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).

Les données couplées RCM-SHA (SHA, édition 14) concernant la première année de forfaitarisation (2006) ont été rendues disponibles au sein de la Cellule technique en janvier 2009. Dès lors, il convient selon les termes initiaux du contrat (4^{ème} et dernier engagement), de procéder, trois mois plus tard, à une évaluation de ce système de forfaitarisation et de déposer un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance). 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.

Cependant, il est important de noter qu'en raison des multiples tâches au sein du service (soutien à la Multipartite, montants de référence,...), le délai de trois mois pour procéder à l'évaluation du système est passé à six, tel qu'inscrit dans le cadre de l'avenant 2009.

L'engagement de ce projet dans le cadre de l'avenant 2009 est donc formulé comme suit :

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.

La date X étant aujourd'hui connue, l'évaluation sera présentée d'ici fin juin 2009.

Annexes: néant

Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM (Art. 36)

INTRODUCTION

L'article 36 s'inscrit dans la continuité du projet éducatif tel qu'il est présenté dans l'article 13 du premier contrat d'administration. 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 produire et de diffuser, pour les dispensateurs de soins, des informations simples et compréhensibles, spécifiquement axées sur les missions du SECM. Ces informations donneront aux dispensateurs de soins une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif sans qu'ils doivent éplucher tous les textes de loi. Les infractions commises par ignorance diminueront par conséquent et les dispositions légales seront appliquées de manière plus uniforme.

BILAN ANNEE 2008

En ce qui concerne la rédaction et la diffusion de la documentation de base à l'attention des nouveaux dispensateurs de soins:

- Un premier module a été rédigé fin 2006 sous une nouvelle forme, celle d'une « brochure-Infobox ». Mi-décembre 2007, un effort tout spécial a été fait dans un souci d'amélioration constante : on a réalisé une nouvelle version, revue dans son intégralité (actualisation du premier module) de l'Infobox « médecin généraliste » (voir également le rapport annuel 2007).
- La nouvelle loi-santé 2006 comporte d'importantes modifications au niveau de la procédure de sanction. La brochure d'information sur le SECM (deuxième module) a été finalisée en décembre 2007 et tient compte des modifications légales de décembre 2006 concernant la responsabilisation des dispensateurs de soins, en vigueur depuis le 15 mai 2007 (voir aussi rapport annuel 2007).
- La brochure du médecin spécialiste (troisième brochure) a été achevée et distribuée le 11 décembre 2008. Elle est disponible sur le site web de l'INAMI.

Il était prévu de rédiger pour la fin 2008 trois autres brochures, pour les pharmaciens, les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier. On n'a toutefois pas pu publier ces brochures pour les dates-limites prévues. Mais leur préparation progresse à grands pas. Leur publication est prévue en 2009.

A l'évidence, le temps de réalisation des brochures d'information a été sous-estimé lors de l'élaboration du contrat d'administration en 2005. L'estimation était effectivement basée sur les modules du projet éducatif précédemment réalisés (dans le cadre du Contrat d'administration 2002-2004 et 2005). Plusieurs éléments peuvent être relevés à ce propos.

- Dans leur forme actuelle, les brochures d'informations sont beaucoup plus volumineuses (153 pages pour l'infobox médecin spécialiste), contiennent plus d'information et leur présentation est plus soignée. Ceci répond au souci de mettre

- à disposition des dispensateurs de soins débutant un document d'utilisation conviviale qui les guidera dans la réglementation.
- Soulignons ici le bon accueil réservé aux « infobox médecin » par le monde médical. La plupart des universités ont d'ailleurs demandé des versions papier en nombre pour les distribuer aux étudiants. Des lecteurs attentifs nous ont fait part de quelques points à améliorer dans l'infobox médecin spécialiste (cfr erratum et ajouts de janvier 2009).
 - La matière réglementaire abordée a aussi volontairement été étendue à la réglementation « santé publique », « sécurité sociale », à la déontologie et aux droits du patient.
 - Les deux infobox les plus lourds sur le plan de la réalisation (médecin généraliste et spécialiste) ont été traités en premier et l'expérience acquise est utilisée pour les autres infobox.
 - Dans un souci d'amélioration constante, des adaptations sont apportées à chaque nouvelle publication. Par exemple, dans le dernier infobox (médecin spécialiste) une table des matières détaillée ainsi qu'un index ont été ajoutés pour faciliter la recherche d'informations.
 - La mise à jour indispensable des brochures déjà publiées, a bousculé le calendrier des publications initialement prévu (une mise à jour de l'infobox médecin généraliste sera publiée prochainement pour reprendre les dernières évolutions législatives).

Un deuxième volet de cet article 36 concerne la publication sur le site Internet de l'INAMI des décisions définitives du Comité du SECM, des Chambres de recours et du fonctionnaire dirigeant en ce qui concerne l'application de l'assurance soins de santé. Les tableaux de bord présentent une liste de ces décisions avec la date de signature et la date de publication sur le site Internet. Depuis fin janvier 2007, ces décisions sont publiées sur le site Internet dont la présentation a été renouvelée.

PERSPECTIVES ANNEE 2009

Les brochures suivantes seront rédigées et/ou actualisées en 2009 (voir également l'Avenant 2009) :

- Une mise à jour de l'infobox médecin généraliste (mars 2009)
- Une mise à jour de la brochure d'information SECM suite à la loi santé 2008 (mars 2009)
- L'infobox pharmacien (4^e module : prévu pour le mois de juillet 2009)
- L'infobox kinésithérapeute (5^e module : prévu pour le mois de décembre 2009)
- L'infobox praticien de l'art infirmier (6^e module : prévu pour le mois de juillet 2009)

Annexe 19:

- L'infobox guide pour le médecin spécialiste.

Site web – accueil téléphonique – communication proactive (art. 37)

INTRODUCTION

Cet article vise l'amélioration du site web et de l'accueil téléphonique ainsi que le renforcement d'une communication proactive. Il comprend plusieurs engagements devant être réalisés par plusieurs services de l'INAMI.

- Les engagements 1 et 3 concernant la réglementation du site web et sa structuration ont déjà été réalisés en 2007 (cf. rapport annuel 2007).
- L'engagement 6 concernant la réalisation des listes de distribution électroniques a déjà été réalisé en 2006 (cf. rapport annuel 2006). Toutefois, il n'existe à ce jour qu'une seule liste de distribution générale qui, de ce fait, fait également fonction de « newsletter » de l'INAMI (engagement 7).
- L'engagement 8, à savoir la rédaction d'une brochure de présentation, a déjà été réalisé en 2007 (cf. rapport annuel 2007).
- l'engagement 2, le module sur le site web aux dispensateurs de soins permet de valider et/ou de modifier leurs données, a déjà été réalisé partiellement en 2008, plus particulièrement en ce qui concerne les dentistes.

RÉALISATIONS 2008

Dans le cadre du 2^e engagement, un module est disponible depuis le 11 décembre 2008 sur le site web de l'INAMI. Les médecins peuvent l'utiliser pour valider et/ou modifier leurs données, entre autres, leurs coordonnées. On y accède en utilisant un user-id (nom d'utilisateur) et un mot de passe qui peut être composé à l'aide du numéro INAMI. Fin janvier, quelque 1500 médecins et 425 dentistes avaient effectivement modifié leurs coordonnées.

Le 20 janvier 2009, dans le cadre du 4^e engagement (date-limite : 31.12.2008) qui consistait à mener une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs du site web, on a introduit en ligne sur le site web de l'INAMI une enquête de satisfaction (voir annexe). Cette enquête restera en ligne pendant trois semaines. Le lien vers l'enquête en ligne a également été envoyé à tous ceux qui sont abonnés à la lettre d'information de l'INAMI ; il s'agit de 4800 adresses de courriel. Parmi ces abonnés, il y a des dispensateurs de soins, des hôpitaux, des mutualités, des organisations de patients, des journalistes, des organismes de sécurité sociale, des CPAS, etc.

Dans le cadre de l'engagement 5 (date limite : 31.12.2007) concernant l'amélioration de l'accueil téléphonique et l'extension éventuelle du call-center existant, on a continué au cours du second semestre 2008 à analyser l'enquête qu'une firme externe avait menée auprès des utilisateurs du call-center. Cette analyse concerne tant les données chiffrées, l'analyse des chiffres que l'inventarisation des pistes d'amélioration. Nous signalons dans ce rapport que 84,4 % des utilisateurs interrogés se montrent très satisfaits satisfaits ou relativement satisfaits de ce call-center.

PERSPECTIVES 2009

En se basant sur les conclusions de l'enquête de satisfaction au sujet du site web (4^e engagement), des actions seront entreprises afin d'optimiser encore l'accès à l'information de l'INAMI, de continuer à augmenter la satisfaction des utilisateurs et à améliorer l'image de l'INAMI. Entre-temps, l'analyse des résultats est en cours. Un peu plus de 1000 utilisateurs du site web ont répondu à l'enquête.

Quant au module informatique en ligne que les dispensateurs de soins peuvent utiliser pour modifier leurs coordonnées (2^e engagement), il est prévu dans l'article 37b de l'Avenant 2009 qu'il serait également réalisé pour les médecins. Comme il ressort de ce rapport, cet engagement a été réalisé entre-temps. Au cours de l'année 2009, on analysera s'il est opportun de développer ce module à l'avenir, au niveau du contenu (par exemple, enregistrement des adresses d'activité), et de l'étendre aux autres groupes de dispensateurs de soins.

Pour l'optimisation de l'accueil téléphonique (5^e engagement), l'Avenant 2009 y consacre un article 37a distinct. Il est prévu que d'ici la fin 2009, une note sera rédigée à l'attention du Comité de direction dans laquelle figurera une analyse de la situation actuelle des flux téléphoniques à l'INAMI, ainsi que des besoins émis par les services en question. On indiquera dans cette note les recommandations et les pistes d'amélioration nécessaires.

Annexe 20:

- Note Comité général de gestion : Enquête de satisfaction au sujet du site web de l'INAMI.

Système de contrôle interne et service d'audit interne (art. 38)

INTRODUCTION

L'objectif de cet engagement est de développer un système de contrôle interne et de créer un service d'audit interne.

Cet engagement comporte deux actions:

- 1) Rédaction d'un rapport pour le Comité de direction sur l'analyse des forces et des faiblesses du système de contrôle interne existant, parfois informel, et sur l'identification des principaux risques et points de contrôle. Date limite : le 31 décembre 2007. Déjà réalisé en 2006 par une analyse des caractéristiques, forces et faiblesses du système actuel de maîtrise des risques, avec formulation de certaines recommandations (cf. rapport semestriel 2006).
- 2) Rédaction d'un rapport concernant le développement d'un système de contrôle interne formalisé et d'un service d'audit interne. Date limite : le 31 décembre 2008. En 2007, une méthodologie d'approche a déjà été mise au point pour le développement de la gestion des risques (contrôle interne) à l'INAMI (cf. rapport annuel 2007).

BILAN 2008

Le deuxième semestre 2008 a vu se poursuivre les travaux relatifs au projet 'analyse des processus d'achat de l'INAMI'. Comme il a déjà été mentionné dans le rapport

semestriel, ce projet analyse les processus d'achat sur le plan de la régularité (e.a. respect de la législation sur les marchés publics), l'efficacité, l'organisation et la cohérence des processus d'achat. Il porte plus précisément sur les processus d'achat du Service de documentation, de l'Économat, du Service ICT, du Service Infrastructure, ainsi que de quelques processus d'achat ad hoc. D'un point de vue méthodologique, le projet comporte chaque fois deux volets : premièrement, le processus d'achat concerné est modelé à l'aide de la méthodologie BPM (Business Process Management). Deuxièmement, les risques sont identifiés dans un tableau des risques par sous-processus ou activité du processus. Vérification est également faite des mesures de contrôle déjà existantes, de leur efficacité et d'éventuelles améliorations à proposer. Cette double analyse se déroule principalement sur la base d'une étude documentaire (procédures, manuels, etc.) et d'entretiens avec les acteurs concernés. Ces analyses sont examinées au sein d'un groupe de direction composé, en plus des acteurs concernés et du chef de projet, de l'administrateur général adjoint, du Service financier et du Service Réglementation, et des décisions sont prises concernant les pistes d'amélioration. L'analyse des processus d'achat est en fait un projet caractérisé par une forte prise de risques, pouvant également être considéré comme une sorte de projet pilote d'audit.

Au cours du second semestre, les activités suivantes ont été réalisées :

- l'analyse du processus d'achat dans le service ICT (travaux, livraisons et services). Une modélisation du processus « as is » et une analyse de risques approfondie ont été élaborées ;
- l'analyse de la problématique spécifique des « achats » que l'INAMI fait dans le cadre de l'article 56. Il s'agit plus spécifiquement de « l'achat » d'enquête, d'action-enquête et du financement des projets expérimentaux dans le secteur des soins ;
- l'élaboration de recommandations en matière d'organisation, de suivi et de rapportage des achats relevant de la législation concernant les marchés publics.

Comme il est mentionné dans le rapport semestriel, mi-2008, on a élaboré une note qui jette les premières bases du développement structurel d'une fonction d'audit interne au sein de l'INAMI ([action-engagement 2](#)). Cette note se penche sur le contenu potentiel de l'audit interne en termes de missions, tâches, types d'audit, relations avec d'autres acteurs de surveillance interne et externe, etc. Elle s'inspire largement de standards nationaux et internationaux (e.a. INTOSAI, IIA, AR fédéraux en matière d'audit interne dans les SPF et SPP, etc.), ainsi que des contacts pris avec d'autres institutions (e.a. SPF Mobilité et Transport, ONP, ONSS, ONEm, CAAMI). Début 2009, cette note a été minutieusement examinée avec la Direction générale. Plus généralement, on a examiné dans le détail comment continuer à renforcer la chaîne de contrôle au sein de l'INAMI au cours des prochaines années. À cet effet, on veillera tout spécialement à continuer à s'investir dans les systèmes de contrôle interne. En termes de méthodologie, le regroupement des macro-processus de l'INAMI et des services ainsi que l'inventaire des processus pourront servir de base au contrôle interne, entre autres en matière de gestion des risques, de mesure des performances, etc.

PERSPECTIVES 2009

Pendant le premier semestre 2009, l'analyse des processus d'achat sera achevée. À cette occasion, on formulera et on présentera aux services concernés et à la direction,

des recommandations par processus d'achat, ainsi que des recommandations générales en matière d'organisation, de coordination et de rapportage concernant les achats et les marchés publics.

Dans le cadre de l'Avenant 2009, on a prévu trois projets développant en fait l'article 38 du Contrat d'administration 2006-2008. Il s'agit de :

- l'article 38a prévoyant que l'INAMI réalisera deux projets-pilotes d'audit au cours de l'année 2009. Un de ces deux projets concerne l'audit en matière de processus d'achat déjà entamé en 2008 ;
- l'article 38b prévoyant que pour la fin de l'année 2009, un regroupement des macro-processus sera achevé pour l'ensemble de l'INAMI ;
- l'article N14 prévoyant qu'au cours de l'année 2009, l'INAMI achèvera, d'une part, la « Scorecard » des RH et l'utilisera comme instrument de rapportage auprès de la direction et rédigera, d'autre part, une note de réflexion au sujet de la professionnalisation ultérieure des tableaux de bord à l'INAMI, et plus particulièrement leur informatisation.

Annexe: néant

Comptabilité analytique (art. 39)

BILAN 2006, 2007 & 2008

La modernisation du système comptable et l'utilisation efficiente des ressources par l'instauration d'une comptabilité analytique est l'une des orientations les plus importantes de l'INAMI ces prochaines années. Cette orientation est définie comme objectif souhaité (et imposé) dans le deuxième contrat d'administration et dans la notification du Conseil des ministres.

La première phase de cette évaluation consistait à dresser un bilan de la situation actuelle et à réaliser une étude de faisabilité relative à l'instauration d'une comptabilité analytique, en précisant leurs avantages et inconvénients ainsi que les facteurs critiques de succès. Cette étude de faisabilité a été finalisée (engagement) et était jointe en annexe au rapport annuel de 2006. Outre la concrétisation des aspects de la note préliminaire (voir ci-après), l'étude expose également des éléments concrets pour la poursuite du développement de la comptabilité analytique à l'INAMI et présente une amorce de solution pour les obstacles.

Afin de mettre au point cette étude de faisabilité, des contacts ont été pris avec le SPF Budget et Contrôle de gestion. Une concertation a été également organisée en interne en vue d'harmoniser les éléments existants et futurs. Sur la base des résultats obtenus, une note préliminaire a été rédigée. Elle présente la méthodologie à suivre, à savoir :

- Quels sont les objectifs de notre comptabilité analytique ? Que souhaitons-nous atteindre ? Pourquoi effectuons-nous des mesures ?
- Que va-t-on mesurer ?
- Comment procéder aux mesures ? Quels sont les éléments existants (internes et externes) ?
- Qui fait quoi ? Quels sont les partenaires externes (et internes) ?

- Quand fait-on quoi ? Planning, échelonnement et approche du projet.

L'INAMI a ensuite organisé une journée d'étude le 27 novembre 2006 avec les différentes parties internes et externes concernées. À l'occasion de cette journée d'étude, un exposé théorique des éléments de base d'une comptabilité analytique et de la méthode ABC (Activity based costing) a été donné par le professeur De Rongé. Par ailleurs, H. Boonaert et W. Van Den Neste de l'ONEM ont expliqué concrètement l'utilisation de la comptabilité analytique au sein de leur institution.

Il est clair qu'une vision en 3 dimensions est extrêmement importante dans le cadre de la mise en place opérationnelle d'une comptabilité analytique. Il s'agit tout d'abord de définir les sortes de coûts, qui donnent un aperçu de la nature des frais. Citons à titre d'exemples les frais de personnel, les frais informatiques, etc. La deuxième dimension vise à définir les centres de coûts. Pour pouvoir attribuer les frais, il importe de distinguer les différents centres de coûts. La meilleure méthode pour ce faire est d'utiliser l'organigramme. Ces 2 dimensions doivent par la suite être reliées à la 3^e dimension, les missions de base qui regroupent, d'une part, les missions de base opérationnelles (activités-clés) et, d'autre part, les missions de base de soutien (cf. logistique, R.H., etc.). Pour avoir un aperçu complet de la situation, les missions de base de soutien doivent être reliées aux missions de base opérationnelles.

Actuellement, la comptabilité analytique de l'INAMI reflète certains éléments qui s'inscrivent dans la méthode telle que décrite ci-dessus. Aussi utilisons-nous pour le moment un inventaire détaillé des sortes de coûts basé sur le plan comptable, et une ventilation en unités d'oeuvre nous a permis d'entamer un inventaire des centres de coûts. Certains obstacles compliquent toutefois l'exploitation et l'interprétation correctes de ces données. En l'occurrence, citons entre autres la communication de données incomplètes par les différents services, l'absence de points de contrôle fondamentaux, le manque de responsabilités, qui entraînent un manque d'implication. En outre, il manque actuellement un lien vers les tableaux de bord du contrat d'administration ainsi qu'un aperçu des coûts des projets du contrat.

Un des objectifs du Service Finances est d'aboutir à une utilisation optimale du système comptable dans le cadre de la comptabilité analytique, et donc éventuellement d'y apporter, le cas échéant, des adaptations. Il convient tout d'abord de rédiger au niveau du Service un rapport succinct traitant des sortes et des centres de coûts. Des discussions concrètes concernant la dimension « centres de coûts » ont abouti à une première adaptation du projet de liste des centres de coûts de l'INAMI. Cette liste, inspirée de la structure de l'INAMI, a entre-temps été validée par les services opérationnels et est disponible sous une forme définitive. Durant le mois de septembre 2008, le Comité de direction a marqué son accord sur la liste de la structure des centres de coûts. Le Service financier (en collaboration avec tous les services de l'INAMI) a établi ensuite un nouveau tableau dans lequel figure la relation de chaque agent à un ou à plusieurs centres de coûts.

Au cours du mois de janvier 2009, une session d'information a été organisée et une note a été distribuée. Cette note avait pour but d'informer les services au sujet des modifications et de veiller ainsi à ce que les données se rapportant aux nouveaux centres de coûts soient adaptées :

1. les différents types de frais d'administration, la nouvelle structure des centres de coûts (en remplacement de la structure actuelle des unités d'œuvre) et les différentes zones.
2. la procédure à suivre par les services concernés pour la transmission des informations relatives aux factures et aux bons de commande au Service Finances.

La nouvelle structure des centres de coûts est utilisée depuis le 1^{er} janvier 2009 et on pourra passer à la validation des premières données au cours du 1^{er} semestre 2009.

PERSPECTIVES 2009

En 2009, un premier rapport sera élaboré au sujet des dépenses engagées pour les centres de coûts et une série limitée de types de coûts. Ce rapport sera soumis au Comité de direction pour en discuter. Ce point est repris comme engagement dans l'avenant de 2009.

Les procédures de collecte des données ainsi que la manière d'introduire les dépenses seront revues une par une et seront, le cas échéant, optimisées.

L'objectif est également de définir les éléments pour la troisième dimension (activités, missions, projets, ...). Ils doivent aller au devant des besoins pour une gestion optimale interne ainsi qu'au devant des besoins externes. Une question prioritaire importante ici, c'est de ne pas alourdir les procédures internes existantes, mais de se soucier d'une solution opérationnelle réalisable pour tous les services en question. En outre, l'aspect de 'responsabilité du budget au niveau du service' doit être entamé. Des groupes de travail internes s'en occuperont.

Annexes 21 et 22:

- Liste des centres de coûts.
- Un aperçu intégré des types de coûts, des articles du budget et des centres de coûts.

Cadre d'auto-évaluation de la fonction publique (art. 40)

INTRODUCTION

Cet engagement a pour but de procéder à une évaluation CAF afin de dresser un bilan de l'état d'avancement et des progrès de l'INAMI dans le domaine de la qualité au sein de l'organisation. Le modèle CAF analyse l'organisation à l'aide de 9 critères clés de qualité : leadership, gestion des ressources humaines, stratégie et planification, gestion des partenariats et des ressources, gestion des processus et du changement, résultats auprès du personnel, auprès des « clients-citoyens », auprès de la société et au niveau des performances clés.

L'action-engagement 1, réalisation d'une évaluation CAF (date limite : 31.12.2007), a déjà été effectuée dans le courant de 2007 (cf. rapport annuel 2007).

L'action-engagement 2, établissement d'un plan d'amélioration sur la base des résultats de l'évaluation CAF (date limite : 30.6.2008), stipule qu'une évaluation CAF doit avoir été effectuée pour la fin 2007 et que les résultats de l'évaluation devront aboutir à un plan d'amélioration pour le 30 juin 2008. Ce plan d'action a été réalisé au cours du premier semestre 2008.

BILAN 2008

Au cours du second semestre 2008, on a poursuivi l'implémentation des 10 propositions d'amélioration qui avaient été sélectionnées pour 2008. La plupart de ces actions d'amélioration ont entre-temps (en majeure partie) été réalisées.

Par ailleurs, plusieurs analyses de risques quant à l'organisation interne de l'INAMI ont été effectuées sur la base des résultats CAF. Une telle analyse a en particulier été réalisée pour les domaines suivants : la GRH, la Stratégie et la Gestion, la Communication et la Gestion des connaissances, les Affaires juridiques (en partie) et les Finances (en partie). Ces analyses de risques ont été soumises aux Services compétents pour en discuter. Ces analyses serviront surtout de base à la rédaction du Plan stratégique 2009-2014 et à l'élaboration des plans opérationnels y afférents.

PERSPECTIVES 2009

Au cours de l'année 2009, les résultats CAF et les analyses de risques qui en découleront, constitueront une base importante pour l'élaboration du Plan stratégique 2009-2014, y compris des plans opérationnels. Les résultats CAF sont particulièrement très importants pour la stratégie interne.

Annexe: néant

CONCLUSIONS

Ainsi, l'Inami achève sa troisième année d'exécution du deuxième contrat d'administration.

Comme on peut le constater à la lecture de ce rapport, la plupart des engagements ont été respectés dans les délais fixés, le résultat étant donc globalement positif.

Le tableau synthétique repris en début de rapport donne un aperçu de toutes les réalisations de 2008. Ces résultats concrets sont réalisés grâce à l'implication de tous les membres du personnel de l'Inami et de ses acteurs externes et montre clairement les avancées que l'Inami peut faire valoir.

En même temps, il est clair qu'en 2009, pour quelques projets, un suivi rigoureux s'impose au sein de l'Inami afin de pouvoir réaliser les engagements de l'avenant 2009 au contrat. D'autre part, la réalisation des nouveaux projets en 2009 nécessitera un engagement considérable. Dans le cadre du prochain rapport semestriel de 2009, il y aura bien entendu un rapportage à ce niveau.