

CONTRAT D'ADMINISTRATION
ENTRE L'ETAT ET
L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Dispositions préliminaires

Considérant:

que le contrat d'administration réglant les rapports entre l'Etat et l'Institut national d'assurance maladie invalidité, doit répondre aux exigences suivantes:

. la première traduit l'obligation pour l'administration de s'adapter à un environnement en mutation qui demande à l'assurance soins de santé et indemnités d'intégrer, dans ses modes de gestion, les modifications importantes générées par les évolutions démographique, sociologique, technologique et économique auxquelles la société est confrontée.

Dans ce contexte, le contrat fixe des objectifs spécifiques qui prennent en compte ces évolutions et les priorités du Gouvernement;

. la deuxième invite l'administration, dans un contexte de modernisation de l'intervention publique, à contribuer par son organisation interne à la rencontre d'une demande croissante de qualité du service rendu, de simplification des procédures administratives, de transparence et de communication adaptée aux besoins généraux et spécifiques du public et des acteurs socio-économiques;

. la troisième est dictée par la demande expresse du Gouvernement qu'il soit fait un usage fonctionnel des ressources humaines et rationnel des budgets alloués pour le bon fonctionnement de l'administration afin que celle-ci participe, dans le cadre d'une autonomie reconnue par la loi, à la maîtrise de la consommation publique;

que le contrat d'administration confirme et renforce la gestion paritaire des organismes de sécurité sociale;

que le contrat d'administration respecte les compétences, missions et responsabilités reconnues aux organismes assureurs;

que le contrat d'administration contribue à renforcer la concertation entre les acteurs concernés par la gestion de l'assurance, ce qui constitue une condition essentielle à sa réussite;

que les parties signataires s'accordent à mettre tout en œuvre pour favoriser un climat propice à la gestion de l'assurance et pour créer les conditions favorables à la réalisation des engagements fixés dans le contrat;

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

et

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 03 mai 2000;

vu l'accord du comité de gestion de l'INAMI donné le 07 avril 2000 sur l'avant-projet de contrat d'administration et le 21 décembre 2001 sur le projet de contrat négocié avec le gouvernement;

vu le contrôle de coordination et de cohérence entre les projets de contrat d'administration des différentes institutions publiques de sécurité sociale effectué en date du 28 avril 2000 par le Collège des institutions publiques de sécurité sociale conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 précité;

vu l'accord du Gouvernement après délibération en Conseil des Ministres du 21 décembre 2001;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2004, entre

- l'Etat belge, représenté par

Frank Vandenbroucke

Ministre des Affaires sociales et des Pensions

Luc Van den Bossche

Ministre de la Fonction publique
et de la Modernisation de
l'Administration

Johan Vande Lanotte

Ministre du Budget, de l'Intégration
sociale et de l'Economie sociale

et

- l'Institut National d'assurance maladie-invalidité, représenté par

Joseph Gillain

Président du Comité général de gestion

Johan De Cock

Administrateur général

Georges Grinberg

Administrateur général adjoint

CONTRAT D'ADMINISTRATION

ENTRE L'ETAT ET

L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
(INAMI)

TITRE I: DEFINITIONS

Article 1er. Définitions

Dans le présent contrat d'administration, on entend par:

1. « Institut »: l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité, visé à l'article 10 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.
2. « Comité général de gestion »: le comité général de gestion visé à l'article 11 de la loi coordonnée susmentionnée.
3. « Conseil général »: le conseil général de l'assurance soins de santé visé à l'article 15 de la loi coordonnée susmentionnée.
4. « Comité de l'Assurance »: le comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 22 de la loi coordonnée susmentionnée.
5. « Fonds spécial de Solidarité »: le fonds créé au sein du Service des soins de santé de l'Institut par l'article 25 de la loi coordonnée susmentionnée.
6. « Comité de gestion pour les ouvriers mineurs »: le comité de gestion visé à l'article 78bis de la loi coordonnée susmentionnée.
7. « Comité de gestion du Service des indemnités »: le comité de gestion visé à l'article 79 de la loi coordonnée susmentionnée.
8. « Comité du Service du contrôle médical »: le comité visé à l'article 140 de la loi coordonnée susmentionnée.
9. « Comité du Service du contrôle administratif »: le comité visé à l'article 160 de la loi coordonnée susmentionnée.
10. « Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants »: le comité de gestion visé à l'article 39, § 1er, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants.
11. « Organismes assureurs »: les unions nationales, visées à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la loi coordonnée susmentionnée, et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges, visée à l'article 6 de la loi coordonnée susmentionnée.
12. « Tableaux de bord »: les tableaux de bord tels que visés à l'article 10, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.

TITRE II: missions et tâches

Article 2. Missions et tâches

En vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'Institut est chargé de la gestion administrative et financière de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités (indemnité pour incapacité de travail et allocation pour frais funéraires) et de l'assurance maternité.

Dans ce cadre, l'Institut est appelé à:

1. gérer les prestations de santé couvertes par l'assurance obligatoire (tarification, réglementation, nomenclature, assurabilité des bénéficiaires,...);
2. gérer l'octroi des indemnités accordées aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire (pour raison d'incapacité de travail ou de maternité et pour frais funéraires).
3. exercer le contrôle du respect des dispositions légales et réglementaires par les dispensateurs de soins (notamment l'utilisation de la nomenclature) et par les organismes assureurs.

Fondamentalement, toute mission de l'Institut appartient à l'une des catégories suivantes :

1. les missions opérationnelles, qui recouvrent les tâches incombant à l'Administration pour rencontrer ses obligations légales au sens large;
2. les missions de support, qui reprennent l'ensemble des moyens nécessaires au fonctionnement de l'Administration.

Article 3. Les missions opérationnelles

Il s'agit des missions pour lesquelles l'utilisateur est un tiers. Selon que ces missions entraînent ou non des mouvements de fonds, on parlera de missions financières ou de missions administratives.

Les missions financières consistent à :

Payer : l'Institut procède à des versements à destination de différents usagers. Il peut s'agir par exemple, de laboratoires, de caisses de pensions ou de prestataires de soins.

Percevoir : il s'agit du contrôle de l'assujettissement et de la perception de montants à charge des pensionnés (cotisations soins de santé), des compagnies d'assurance (cotisations sur des primes d'assurance et suppléments de primes) et des firmes pharmaceutiques (redevances par conditionnement et cotisations sur chiffres d'affaires). Il s'agit aussi de la perception du montant des amendes à charge de dispensateurs de soins.

Répartir : d'une part, l'Institut distribue des fonds aux organismes assureurs pour le financement des prestations et pour leur propre fonctionnement, et d'autre part, il transfère une partie de ses recettes à d'autres parastataux sociaux du fait que ces derniers assurent une couverture en matière de soins de santé.

Récupérer : l'Institut procède au recouvrement de certaines prestations servies indûment (y compris les dépassements d'enveloppes) ainsi qu'au recouvrement de cotisations dues mais non perçues.

Les missions administratives consistent à :

Octroyer : l'Institut constate et attribue différents droits dans le cadre notamment du traitement:

- des demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants ;
- des demandes d'accréditation ;
- des honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale attribués à chaque établissement hospitalier ;
- des demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité ;
- des dossiers d'invalidité ;
- etc.

Contrôler : ce concept recouvre

- le contrôle technique et administratif dans les organismes assureurs ;
- la validation des données statistiques, comptables et financières ;
- le contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur) des pratiques médicales et paramédicales, ainsi que des contrôles plus spécifiques dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins.

Régler : Il existe au sein de l'Institut plusieurs services chargés, dans le cadre de leurs compétences, de traiter différents litiges.

Réglementer : de manière générale, tous les Services de l'Institut communiquent des instructions aux organismes assureurs sous la forme de circulaires. Le Service des soins de santé et le Service des indemnités ont en outre une compétence réglementaire spécifique.

Délivrer : l'Institut délivre un certain nombre d'attestations et de notifications (décisions en matière de reconnaissance de l'invalidité, délivrance de bons de cotisation provisoires, duplicatas d'attestations,...).

Organiser : l'Institut assure le fonctionnement des organes de gestion des différents services ainsi que celui de nombreux organes de concertation, d'agrément et de sanction.

Informier : l'Institut gère de nombreuses bases de données qui lui permettent notamment d'établir des statistiques à des fins de diffusion interne ou externe. Il réalise et publie de nombreuses études. Le développement et la modernisation de la communication externe font partie des priorités stratégiques de l'Institut.

Conseiller : l'Institut prépare et évalue la législation au moyen de propositions et d'avis sur initiative propre ou à la demande des autorités de tutelle. Il établit les budgets de l'assurance. Il donne également de nombreux avis relatifs à la législation et aux dépenses.

Le descriptif détaillé de ces missions et des tâches qui y sont liées se trouve en annexe 1.

Article 4. Les missions de support

Il s'agit des missions pour lesquelles l'utilisateur est l'institution elle-même.

Elles consistent à :

- **gérer les ressources humaines, y compris la communication interne ;**
- **gérer les biens mobiliers et immobiliers ;**
- **gérer les finances ;**
- **gérer le traitement de l'information.**

Le descriptif détaillé de ces missions et des tâches qui y sont liées se trouve en annexe 1.

TITRE III: axes prioritaires

Article 5. Axes prioritaires

Il est convenu entre l'Etat et l'Institut de retenir 4 axes prioritaires pour lesquels l'administration, dans la sphère de ses attributions et dans l'exercice de ses tâches, mobilisera les ressources humaines et matérielles nécessaires et développera les instruments de mesure indispensables au suivi de leur exécution.

Les axes retenus de commun accord entre les parties sont:

1. la participation de l'Institut au développement des informations et des outils exigés par la maîtrise des dépenses relatives aux prestations couvertes par l'assurance soins de santé et indemnités;
2. l'amélioration du service administratif rendu aux usagers qui bénéficient de l'assurance - pour répondre aux dispositions de la Charte de l'assuré social et pour garantir l'accessibilité aux prestations de l'assurance- et aux divers intervenants qui participent aux missions de l'Institut;
3. la contribution, par les voies appropriées, à l'application uniforme de la législation SSI;
4. la simplification et l'amélioration des procédures administratives.

Dans le cadre des missions confiées par la loi à l'Institut, une attention particulière devra être portée à ces axes prioritaires pendant la période du contrat.

Leur rencontre appellera des inflexions dans l'organisation du travail et dans les procédures, un recours accru à l'outil informatique, une requalification des tâches et un important investissement dans la gestion et la formation des ressources humaines.

Il appartiendra à l'Institut, dans le cadre de l'autonomie qui lui est reconnue et des moyens qui lui sont réservés, de prendre à cet effet toutes les mesures qui s'imposent.

Les parties au contrat reconnaissent que, en raison de l'étendue et de la complexité de la matière à traiter, une avancée significative des priorités retenues suppose un concours actif de tous les intervenants concernés et une relative stabilité du champ d'intervention de l'Institut.

A chacune des 4 priorités énumérées ci-avant correspondent des objectifs précis assignés à l'Institut et à son administration.

Les parties conviennent de retenir, pour la période du **1er janvier 2002 au 31 décembre 2004**, les objectifs, les règles de conduite et les simplifications administratives énoncés aux titres IV,V et VI.

Le choix de ces objectifs et règles a été motivé par les considérations suivantes:

- répondre à des signaux externes manifestant l'attente d'une amélioration des procédures et de l'information dans les matières traitées ;
- garantir la qualité du traitement des dossiers;
- rencontrer le plus efficacement possible les quatre axes prioritaires définis ci-avant ;
- concilier la poursuite de l'ensemble des activités quotidiennes imposées à l'administration avec le développement, dans une première étape de trois ans, d'initiatives rencontrant des exigences nouvelles.

TITRE IV : objectifs

Article 6. Séjour Hospitalier Anonyme

Intitulé

Améliorer la qualité et les délais de mise à disposition des données statistiques par « Séjour Hospitalier Anonyme », et intensifier l'exploitation de ces données (synergie entre le Service du contrôle médical et le Service des soins de santé).

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses.
- Contribution à l'application uniforme de la législation.

Volet 1 : Amélioration de la qualité et des délais de mise à disposition des données statistiques par séjour hospitalier anonyme

Contexte

Depuis quelques années, l'Institut reçoit des organismes assureurs des données concernant les séjours hospitaliers anonymisés, appelées données SHA. Ces données, qui portent sur les séjours en hôpitaux généraux (hors hospitalisation de jour) achevés dans le courant d'une année civile, sont extraites de six trimestres comptables. Elles doivent être fournies dans un délai de six mois suivant la fin de la période comptable couverte¹. Autrement dit, dans le meilleur des cas, l'Inami dispose des données de base portant sur un exercice annuel donné dans un délai d'un an suivant la fin de cet exercice. A ce moment commence le travail de validation des fichiers, exécuté par la Smals² sur la base des instructions données par le Service :

- dans un premier temps, exécution de pré-contrôles visant à vérifier rapidement l'exhaustivité des données et l'absence d'anomalies grossières au niveau du contenu de chaque zone, telles des zones au format illisible ou comportant des données inexistantes ou hors instructions, qui entraînent ipso facto l'exigence de nouveaux fichiers ;
- dans un second temps et seulement dans le cas de l'acceptation des fichiers au terme de l'étape des pré-contrôles, exécution de contrôles beaucoup plus fins diagnostiquant avec précision les erreurs de contenu de chaque zone et les incohérences entre zones d'un même enregistrement (coût moyen, etc.) et entraînant leur rejet, voire le refus de l'ensemble des fichiers si le volume des erreurs est jugé trop important.

¹ A titre d'illustration, les données relatives aux séjours hospitaliers achevés dans le courant de l'année 2000 doivent être extraites des données comptables couvrant la période du 1er janvier 2000 au 30 juin 2001 et communiquées à l'Institut au plus tard le 31 décembre 2001.

² Société de mécanographie pour l'application des lois sociales

Lorsque les contrôles sont terminés, les données des sept organismes assureurs sont rassemblées de manière à disposer de données exhaustives concernant chaque établissement hospitalier et des fichiers d'exploitation sont constitués en vue de répondre aux besoins des instances de gestion, mais aussi de la cellule technique instituée auprès du Ministère de la Santé publique et de l'Inami.

Initialement, ces données SHA devaient être fournies tous les deux ans par les organismes assureurs : le Service des soins de santé est ainsi aujourd'hui en possession des données 1995 et 1997. Cependant, la loi-programme du 24 décembre 1999 a rendu obligatoire le caractère annuel de cette transmission.

Dans la pratique, de nombreux problèmes se posent sur le plan des délais de fourniture des bandes magnétiques, de la qualité des fichiers livrés et des délais de production de fichiers exploitables. Il en résulte que les données disponibles les plus récentes portent sur les séjours de l'année 1997.

De plus, il faut tenir compte du fait que les fichiers devront être convertis en € à partir des données 2001 (puisque celles-ci comprendront des données comptabilisées durant les six premiers mois de 2002).

Le Service entend, en collaboration étroite avec les organismes assureurs, mettre en oeuvre des mesures visant à améliorer la qualité et surtout les délais de mise à disposition des données.

Etat des lieux

- les données 1995 et 1997 sont disponibles respectivement depuis août 1999 et septembre 2001;
- après analyse des pré-contrôles correspondants, tous les fichiers relatifs aux séjours achevés en 1998 et 1999 viennent d'être renvoyés aux organismes assureurs, accompagnés d'un inventaire détaillé des anomalies constatées³;
- les organismes assureurs se sont engagés à fournir de nouveaux fichiers portant sur les séjours 1998 et 1999 le plus tôt possible compte tenu de l'importance des corrections à faire et des impératifs de l'euro;
- étant donné que les programmes d'extraction des données 2000 se basent sur ceux des éditions précédentes, il a été convenu avec les organismes assureurs de corriger prioritairement ces derniers avant d'élaborer les fichiers relatifs à l'année 2000; ceux-ci seront donc déjà transmis avec un léger retard difficile à estimer à ce jour.

Liste des engagements

1. L'Institut s'engage, au cours de l'année 2002, à analyser de manière approfondie les différentes versions des fichiers SHA 1998, 1999 et 2000 qui lui seront adressés, à dresser systématiquement à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité de ses données et à organiser, le cas échéant, des réunions avec chaque organisme assureur ou avec l'ensemble de ceux-ci en vue de remédier aux problèmes identifiés ;

³ A la fin du mois d'octobre 2001, une réunion avec tous les organismes assureurs a été consacrée à l'examen de ces anomalies.

2. L'Institut s'engage à rendre disponibles⁴, entre autres auprès de la cellule technique INAMI - Santé publique, des données SHA validées dans un délai de neuf mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative ;
3. A partir de l'année 2004, l'Institut s'engage à ramener le délai précité de neuf à six mois

Effets attendus

1. Amélioration des délais de fourniture par les organismes assureurs de fichiers acceptables ;
2. Amélioration de la qualité des données exploitées ;
3. Amélioration des délais nécessaires à la mise à disposition de données validées par rapport à l'année sur laquelle portent les séjours.

Volet 2 : Intensification de l'utilisation des données statistiques par « Séjour hospitalier anonyme » en synergie entre le Service des soins de santé (S.S.S.) et le Service du contrôle médical (S.C.M.) – production d'études

Contexte

Différents paramètres sont recueillis pour chacun des séjours hospitaliers (environ 1,8 million par an) :

- l'identification de l'établissement ;
- l'identification du service ;
- la catégorie d'âge du patient ;
- la durée du séjour ;
- l'intervalle entre les admissions ;
- les prestations de santé ;
- les prestations de biologie clinique, l'imagerie médicale ;
- les produits pharmaceutiques utilisés.

Les données S.H.A. ne contiennent aucune information concernant la pathologie du patient. Ces informations peuvent être obtenues par le truchement d'un lien avec le R.C.M. (Résumé clinique minimum). Ces données reliées sont présentes au sein de la Cellule technique créée auprès de l'Institut et du Ministère.

Après la sélection des séjours médicalement comparables, les variations dans la consommation médicale peuvent être constatées.

Les données utilisées contiennent uniquement des informations sur la phase de l'hospitalisation ; les prestations effectuées ou les médicaments délivrés avant ou après le séjour ne figurent pas dans les données. Ceci constitue une restriction intrinsèque de l'exploitation des données.

⁴ la notion de disponibilité des données signifie que les fichiers de base validés sont exploitables, étant entendu que les traitements nécessaires à chaque application doivent être éventuellement encore exécutés (ex. liens RCM – SHA).

Description des engagements

1. Chaque année, au sein d'un groupe de travail mixte S.S.S.-S.C.M. , étudier un domaine médical ou une discipline médicale, en vue de détecter les séjours au cours desquels les règles de la nomenclature n'ont éventuellement pas été respectées ou des prestations superflues ont éventuellement été effectuées ;
2. Informer les instances de concertation ou d'autres organes concernés des constats et des conclusions de l'étude ;
3. Informer les établissements concernés sur leurs pratiques ;
4. Informer les GLEMs sur les constats et les conclusions en matière de pratiques médicales ;
5. Proposer des modifications et des clarifications de la réglementation .

Effets attendus

1. Une réduction des pratiques hospitalières inexplicables, tant sur le plan médical que sur celui de la facturation, qui ont été identifiées par l'étude ;
2. Le cas échéant, une adaptation des dispositions légales et réglementaires relatives au sujet de l'étude.

Article 7. Fonds Spécial de Solidarité

Intitulé

Améliorer les délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels relevant du Fonds spécial de solidarité et élargir la procédure par une phase d'information du patient.

Cadre

Octroyer.

Axe

Amélioration du service rendu aux usagers.

Contexte

Le Fonds spécial de solidarité, créé par l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, a pour objet la prise en charge de prestations de santé exceptionnelles ne donnant pas droit au remboursement par l'assurance soins de santé, y compris des produits pharmaceutiques, moyennant certaines conditions. Parmi ces dernières figure notamment l'exigence que ces prestations visent une affection rare et portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire.

Les demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité sont essentiellement traitées par le Collège des médecins-directeurs au sein de l'INAMI.

Comme il ressort de sondages portant sur les mesures les plus récentes, le délai de traitement des dossiers du Fonds spécial de solidarité⁵ a pu atteindre jusqu'à treize mois (par exemple pour les dossiers nécessitant l'avis du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques ou nécessitant des informations médico-scientifiques à recueillir auprès des dispensateurs de soins).

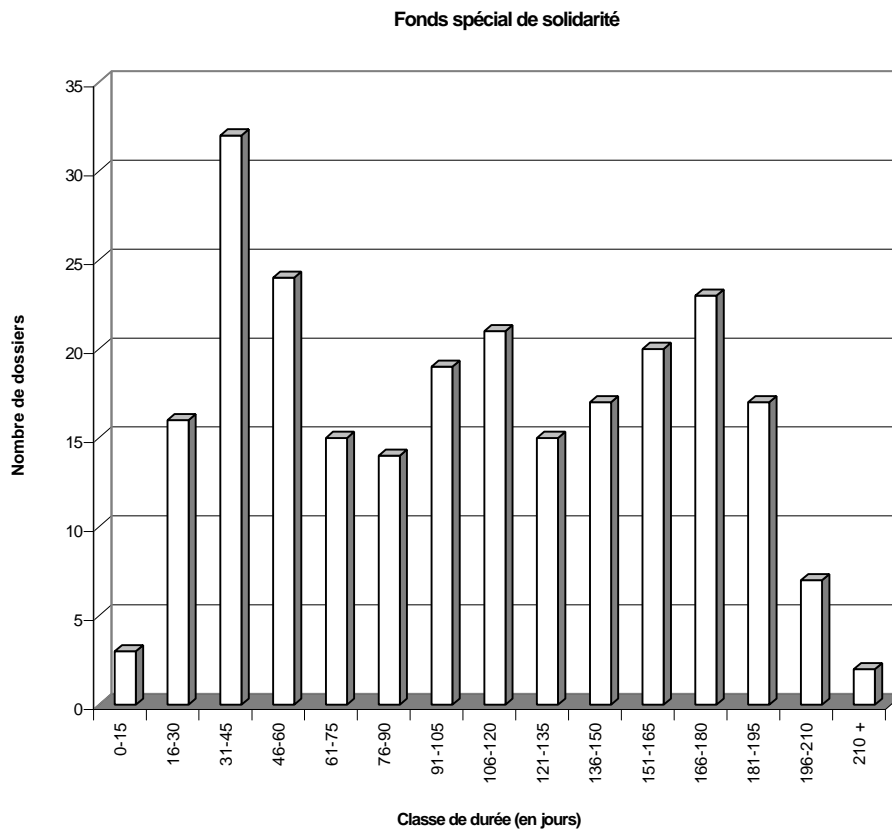
Diverses mesures ont été prises afin d'améliorer le fonctionnement de l'Administration et du Collège dans le cadre du Fonds spécial de solidarité:

- un formulaire standard, à remplir par le médecin-conseil, a été conçu pour les demandes afin d'améliorer leur qualité et de faire en sorte qu'elles soient complètes ;
- le Collège a décidé que les dossiers qui sont malgré tout renvoyés à l'organisme assureur parce que des données administratives font défaut, seront préalablement contrôlés afin de vérifier si les renseignements nécessaires sont complets ;
- des propositions sont régulièrement formulées visant à intégrer dans la nomenclature des prestations qui ne répondent plus à l'objectif du Fonds spécial de solidarité parce que ne présentant plus un caractère exceptionnel du fait de l'évolution de la médecine ;
- la faculté de faire traiter des dossiers par un seul membre du Collège a été formalisée dans l'arrêté royal du 26.02.01 (publié au M.B. du 28.02.01) ;
- la demande d'avis au Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et au Conseil technique pharmaceutique est limitée aux médicaments pour lesquels un avis n'a pas encore été formulé précédemment, pour un complément d'information ou pour une actualisation des informations ;
- le rapport social pour les prestations à l'étranger n'est plus prévu ;
- fonctionnellement, les équipes assurant le travail de secrétariat et d'exécution des décisions du Collège des médecins-directeurs ont été réunies en une seule équipe.

⁵ A compter de la date de réception de la demande à l'INAMI jusqu'à la date de communication de la décision à l'organisme assureur.

Etat des lieux

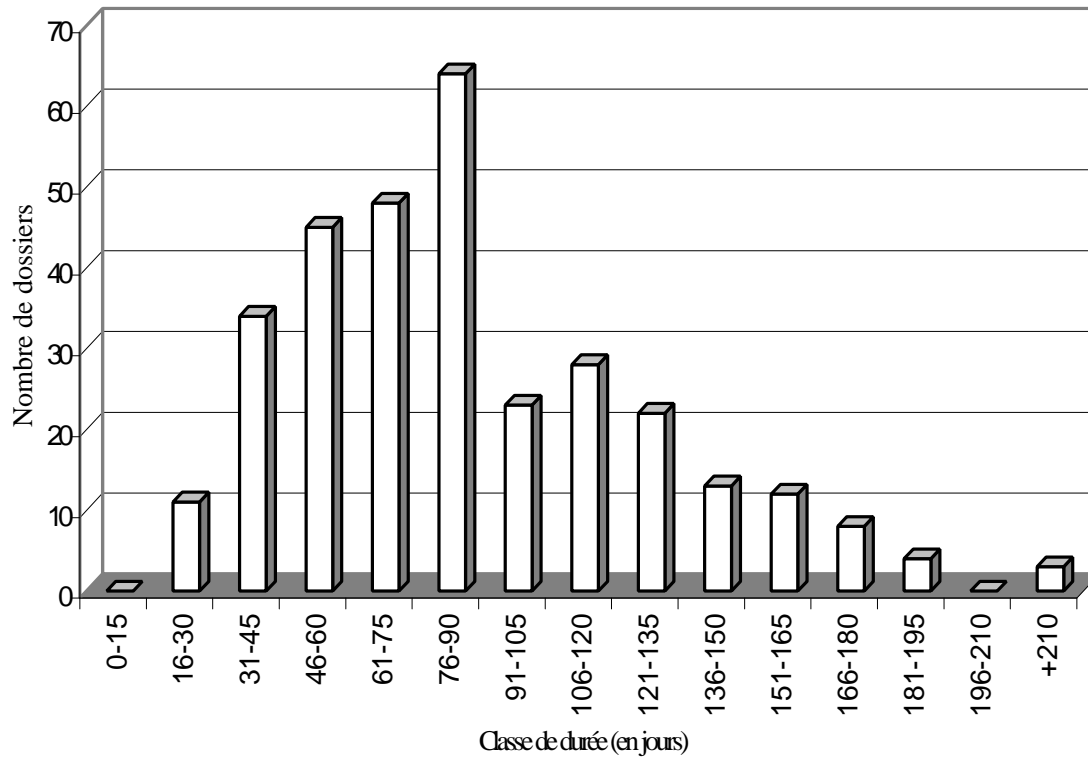
- 2.700 demandes d'intervention ont été traitées en 2000.
- Calculés sur un échantillon de 245 dossiers terminés, les délais pour finaliser un dossier (y compris les renseignements demandés à l'extérieur) varient entre 0,5 et 13 mois. Le graphique ci-dessous illustre la situation de ces 245 dossiers (classe médiane : 91-105 jours).



Temps entre la date «dossier complet INAMI» et la date «notification aux O.A.» - situation 2000

- 1578 demandes d'intervention ont été traitées durant les 8 premiers mois de 2001.
- Calculés sur un échantillon de 315 dossiers terminés, les délais varient entre 25 jours (0,8 mois) et 396 jours (13,2 mois), avec une moyenne de 86 jours (2,8 mois) (valeur médiane : 79 jours (2,6 mois)). Le graphique ci-après illustre la situation de ces 315 dossiers.

Fonds spécial de Solidarité



Temps entre la date « dossier complet INAMI » et la date « notification aux OA » - situation 8 premiers mois de 2001

Liste des engagements

1. Améliorer les délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels ;
2. Intégrer dans le système informatique toute nouvelle demande à partir du 1er juillet 2002 ;
3. Créer une base de données médicales informatisées favorisant une homogénéité de traitement des dossiers ;
4. Quantifier les renvois de dossiers aux organismes assureurs (OA) dès la 1ère année et dresser un inventaire des motifs de renvoi à l'expiration de la 3ème année ;
5. Améliorer l'information des assurés sociaux concernant l'existence du FSS et les conditions requises pour bénéficier de son intervention en produisant une brochure d'information comportant les informations suivantes :
 - la nature des interventions du Fonds spécial de solidarité
 - les démarches à entreprendre auprès de l'organisme assureur pour introduire une demande
 - les différentes étapes du traitement du dossier (et les problèmes qui peuvent surgir ainsi que les retards y afférents dans le traitement du dossier) ;
6. Diffuser la brochure auprès des OA, de groupes d'intérêt, d'associations de patients, ... ou, sur demande, directement auprès des assurés sociaux ;
7. Adapter le contenu de la brochure en fonction de l'évolution de la réglementation et du feed-back chez les « consommateurs » ;
8. Améliorer l'information des assurés sociaux qui ont introduit un dossier auprès du FSS par l'envoi d'un courrier dans les quinze jours ouvrables suivant la prise de décision par le CMD pour les informer du caractère positif ou négatif de la décision du Collège, tout en renvoyant vers l'organisme assureur pour ce qui concerne la motivation de la décision et , le cas échéant, ses modalités concrètes d'exécution – Parallèlement, les OA se sont engagés à avertir leurs affiliés de la date d'introduction de leur dossier auprès de l'INAMI ;
9. Produire un aperçu annuel des décisions prises par le FSS ;
10. Enregistrer, dès la 2ème année, le nombre de plaintes des assurés sociaux concernant les dossiers en cours ;
11. Produire un rapport annuel sur le nombre et la typologie des plaintes.

Effets attendus

1. Une accélération des délais d'introduction des dossiers à l'INAMI par les OA ;
2. Une réduction du taux de dossiers incomplets introduits à l'INAMI par les OA ;
3. Une amélioration des délais d'examen des dossiers par le CMD ;
4. Une accélération du traitement des dossiers relevant de la compétence du FSS, depuis l'introduction de la demande au sein de la mutualité jusqu'à l'information de l'assuré.

Article 8. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables

Intitulé

Optimaliser les procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Cadre

Organiser, conseiller et octroyer.

Axes

- Simplification et amélioration des procédures administratives.
- Contribution à la maîtrise des dépenses.

Contexte

L'article 6 de la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie détermine la procédure d'élaboration d'une liste positive et impose un délai de 180 jours au maximum pour clôturer la procédure. Ce délai est mentionné dans l'article 35bis, § 3 de la loi SSI.

Le secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) reçoit les dossiers de demande concernant le remboursement des spécialités pharmaceutiques et les suit tout au long de la procédure, jusqu'à l'éventuelle mise à jour de la liste des spécialités remboursables. Toutes les données significatives sont tenues à jour dans une base de données performante.

Il s'agit des types de dossiers suivants⁶ :

1. Demande d'inscription d'une spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Les spécialités sont classées dans une des classes de plus-value suivantes :
 - Classe I : spécialités avec plus-value thérapeutique avérée par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes ;
 - Classe II : spécialités sans plus-value thérapeutique avérée par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes et ne faisant pas partie de la classe III ;
 - Classe III : spécialités génériques et « copies ».
2. Demande de modification des modalités de remboursement d'une spécialité.
3. Demande de suppression d'une spécialité dans la liste des spécialités remboursables.

Des experts internes préparent le travail de la C.R.M.. Ils évaluent la justification fournie par la firme pharmaceutique sur laquelle repose la proposition en matière de modalités de remboursement.

La procédure prévoit que la C.R.M. fait, sur la base d'un dossier introduit, une proposition motivée qui est soumise au Ministre dans les 150 jours. Le Ministre dispose d'un délai de 30 jours pour prendre une décision motivée et la communiquer au demandeur.

A défaut de décision dans les 180 jours, la spécialité peut être remboursée selon les modalités de remboursement proposées par la firme pharmaceutique.

L'objectif est d'optimiser la procédure d'inscription d'une spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables : grâce à un encadrement de qualité adéquat de la Commission, les délais réglementaires doivent pouvoir être respectés sans porter préjudice à la qualité des décisions et sans action inconsidérée au niveau budgétaire⁷.

Plus concrètement, il s'agit de :

- Respecter les délais légaux :
 - par un traitement administratif efficace du dossier ;
 - en encourageant la C.R.M. à mener des discussions efficaces sur la base d'un processus décisionnel standardisé ;
 - en veillant minutieusement au respect des délais et, dans cette perspective, en réagissant de manière adéquate et en temps opportun.

⁶ Voir Loi du 10 août 2001 (Moniteur belge du 1er septembre 2001)

⁷ Voir Loi du 10 août 2001 (Moniteur belge du 1er septembre 2001).

- Offrir un soutien de qualité pour aboutir à un processus décisionnel transparent et cohérent sur la base des informations provenant de la banque de données : modalités de remboursement et informations administratives concernant des spécialités déjà remboursables.
- Juger de l'efficacité de la spécialité sur la base d'une évaluation pharmaco-économique. Sur la base de ces informations objectivées et vérifiables, le budget disponible peut être utilisé plus rationnellement.

En outre :

- Un plan de communication sera établi en collaboration avec les représentants des firmes pharmaceutiques afin qu'une firme puisse suivre rapidement et efficacement le traitement du dossier tout au long de la procédure.

Description des engagements

1. a. Elaboration d'un modèle pour un échange de données par la voie électronique avec l'industrie pharmaceutique : les demandes d'admission, de modification et de suppression peuvent être introduites par cette voie et leur recevabilité constatée ; communication de l'état de la situation et évolution du dossier dans le temps aux dates-clés ;
b. Mise en oeuvre des procédures automatisées pour l'échange de données avec l'industrie pharmaceutique ;
2. Efficacité accrue de la procédure administrative dans le cadre du traitement des dossiers :
 - Evaluation et confrontation de la proposition de la firme aux modalités de remboursement existantes figurant dans la banque de données, avec éventuellement formulation et motivation d'une proposition du Service à la C.R.M. ;
 - Définition et standardisation des notions et documents, y compris des dossiers soumis aux membres de la C.R.M. ;
 - Mise en oeuvre de la procédure de standardisation des dossiers soumis aux membres de la C.R.M. ;
 - Evaluation du processus décisionnel et éventuellement proposition de corrections ;
3. Respect des délais légaux ;
4. Mise à disposition permanente d'une banque de données détaillée (dans le service) contenant les données suivantes :
 - description des spécialités remboursables ;
 - critères administratifs et pharmacothérapeutiques des spécialités pharmaceutiques remboursables ;
 - historique des données relatives au traitement administratif des demandes.

Effets attendus

1. Gestion plus rationnelle du budget disponible.
2. Réduction à 180 jours du délai des procédures de modification.

Article 9. Pharmanet

Intitulé

Améliorer l'exploitation et la diffusion des données de Pharmanet

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Amélioration du service rendu aux usagers.
- Contribution à la maîtrise des dépenses.

Contexte

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

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

Cette double évaluation (générale et individuelle) est rendue possible par l'analyse d'informations statistiques qui permettent de savoir: *quel médicament est prescrit à quel moment, par qui, à une personne de quel âge, de quel sexe⁸, de quelle catégorie d'assuré, et affilié à quel organisme assureur ?*

L'évaluation de la prescription se fait dans le cadre du Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments (CEM) dans un but purement informatif. A cette fin, le Comité a élaboré un plan de communication qui consiste en :

1. la présentation de données globales annuelles, à destination des organes de l'INAMI, des organismes assureurs, des universités (etc.): ce sont les tableaux de bord pharmaceutiques;
2. l'envoi aux généralistes de leurs données personnelles de prescription et la transmission parallèle de données à leur GLEM ;
3. l'envoi de données globalisées par groupe de qualification des prescripteurs aux associations professionnelles des différentes spécialités médicales.

⁸ Ces données ne seront exploitables qu'à partir de 2001, avec la mise en place de la piste unique (cf. infra).

Les données de Pharmanet sont également exploitées dans le cadre de:

1. besoins internes à caractère budgétaire: estimation de l'impact de certaines mesures, calcul des dépenses de l'assurance pour les médicaments de type x, etc.;
2. support des travaux de la Commission de remboursement des médicaments (CRM): fiche standard d'informations renseignant la CRM sur la prescription des médicaments équivalents, jointe au dossier de demande de remboursement d'un médicament ;
3. support des travaux pour l'application uniforme de la législation dans tout le pays menés au sein du Conseil général ;
4. la transmission de données à des tiers ayant introduit une demande jugée recevable par le CEM dans le cadre de travaux scientifiques ou didactiques.

Pour rendre Pharmanet plus efficace, l'Administration s'engage dans les différents domaines énoncés ci-après.

Actualisation des informations

Pharmanet doit être rapide. Il est en effet essentiel que les médecins disposent très vite de leur profil de prescripteur afin de coller le plus possible au présent mais surtout afin que les prescripteurs puissent constater concrètement des changements dans leur profil s'ils ont adopté un comportement différent dans leurs prescriptions.

Pour information :

- la publication des tableaux de bord de juin 1998 portait sur les données de 1996 ;
- la publication des tableaux de bord de novembre 1999 portait sur les données de 1997 ;
- la publication des tableaux de bord de juillet 2000 portait sur les données de 1998 ;
- la campagne auprès des médecins généralistes de décembre 1999 portait sur les données de 1997 ;
- la campagne auprès des médecins généralistes de mai 2000 portait sur les données de 1998 ;
- la campagne auprès des médecins généralistes de décembre 2000 portait sur les données de 1999 ;
- la campagne auprès des médecins spécialistes de novembre 1999 portait sur les données de 1997 ;
- la campagne auprès des médecins spécialistes de juin 2001 portait sur les données de 1998 et de 1999 .

Fiabilité et richesse des informations

Les informations délivrées par Pharmanet doivent être fiables et riches.

Il faut consolider et étendre les informations actuelles. L'arrivée de nouvelles données (l'enregistrement des données de prescription et de facturation sur une piste unique⁹) d'une part, et, d'autre part, la possibilité de travailler sur des données chronologiques, devraient permettre une analyse des données plus détaillée.

⁹ Ce qui permettra de faire un lien entre chaque médicament prescrit et le patient anonymisé alors qu'aujourd'hui, il n'existe un lien qu'entre le prestataire de soins, sa patientèle (pour les médecins généralistes) ou avec les contacts-patients.

Communication des informations

Les informations délivrées par Pharmanet doivent être compréhensibles et fournies sur un support ad hoc (simple, riche en possibilités, attractif et convivial).

Le support papier sur lequel sont envoyés aujourd'hui les profils de prescription n'est certainement pas le plus adéquat pour diverses raisons, dont notamment la visualisation malaisée des informations et l'absence d'informations chronologiques.

Même si depuis quelques mois, les informations générales tirées de Pharmanet sont consultables sur le site de l'Institut, il convient d'utiliser plus encore la communication électronique.

Deux premières étapes peuvent être programmées pour les trois prochaines années :

1. l'extension des données générales qui peuvent être consultées sur le site internet;
2. la possibilité pour chaque prestataire d'y consulter ses données personnelles (avec codes d'accès personnels similaires à ceux utilisés par les banques) .

Liste des engagements

1. Intervenir auprès des organismes assureurs et des offices de tarification en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité : envoi d'un rapport annuel reprenant les constats et d'éventuelles directives ;
2. Présenter chaque année au CEM un rapport reprenant les réactions des usagers aux campagnes ainsi que des propositions éventuelles d'améliorations tant en ce qui concerne le contenu que la présentation des informations ;
3. Fournir rapidement au CEM les informations nécessaires (selon la piste unique) pour réaliser les tableaux de bord pharmaceutiques macro ;
4. Réaliser rapidement auprès des médecins généralistes et spécialistes les campagnes annuelles d'information décidées par le CEM et publier rapidement les tableaux de bord pharmaceutiques ;
5. Étendre les informations générales de Pharmanet consultables via le net (en incluant notamment des informations chronologiques) ;
6. Donner aux prescripteurs la possibilité de consulter leurs données personnelles via le net .

Effets attendus

1. La réduction des délais de mise à disposition des données par les organismes assureurs et l'amélioration de leur qualité ;
2. La maximisation du rapport coût/efficience en matière de prescription de produits pharmaceutiques (via une sensibilisation accrue des prescripteurs à leur comportement de prescription et aux coûts qu'il engendre) .

Article 10. Revalorisation des données statistiques et comptables

Intitulé

Renforcer les potentialités de l'appareil statistique et comptable, principalement en matière de suivi des dépenses, sur la base d'une analyse des différents facteurs qui peuvent affecter sa qualité, sa richesse et ses délais de confection.

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses;
- Amélioration du service rendu aux usagers;
- Simplification et amélioration des procédures administratives.

Contexte

Pour la gestion de l'assurance soins de santé, l'administration a besoin de beaucoup de données chiffrées. Ces données sont très globales lorsqu'il s'agit de clôturer les comptes annuels des divers régimes d'assurance ou de répartir les recettes entre les différents organismes assureurs. Elles sont plus détaillées lorsqu'il est nécessaire de prévoir les dépenses pour les années futures ou de calculer l'incidence financière d'une modification apportée au système. Enfin, ces données sont encore plus fines lorsqu'il faut connaître soit la production individuelle de chaque dispensateur de soins afin de le situer dans la distribution statistique de ses confrères, soit la production au sein de chaque établissement hospitalier afin de pouvoir organiser le financement forfaitaire de certaines disciplines en fonction de la pathologie traitée, soit la production de chaque laboratoire en vue de récupérer le dépassement de l'enveloppe budgétaire en biologie clinique ambulatoire.

Ce sont les organismes assureurs qui fournissent à la direction des études actuarielles, économiques et sociales du Service des soins de santé de l'Institut les données comptables et statistiques de base. La collecte et le traitement de ces données se sont étendus au fil des années, en fonction des besoins exprimés, dans de multiples directions.

Aujourd'hui, on peut constater que:

- la composition des fichiers à fournir résulte d'adjonctions successives ne favorisant pas une structuration logique des données;
- le nombre d'informations différentes à fournir et le volume des données à traiter n'ont cessé d'augmenter au fil du temps;
- la qualité des données fournies par les organismes assureurs et le respect des délais demandent une analyse critique;
- les procédures de validation des données au sein de l'Institut représentent une charge de travail de plus en plus conséquente;
- le degré d'actualisation et la nature des données mises à disposition ne satisfont pas toujours les destinataires ;
- le calendrier de mise à disposition des informations statistiques et comptables est en décalage par rapport à celui des procédures de confection des objectifs budgétaires et de négociation des conventions et accords.

D'autre part, il est constaté que les données comptabilisées et transmises mensuellement par les organismes assureurs présentent des variations qui ne peuvent en aucun cas être la conséquence de l'évolution de la morbidité et de la consommation médicale.

Ces variations sont peut-être la conséquence, d'une part, d'une modification permanente de la vitesse et de la régularité selon lesquelles les hôpitaux introduisent leurs données de facturation, d'autre part du manque de régularité avec laquelle certains organismes assureurs reprennent les dépenses acceptées dans les documents comptables qu'ils sont tenus de transmettre à l'Inami. Cette irrégularité empêche de prendre à temps les mesures nécessaires à la maîtrise des dépenses. Il est par conséquent de la plus grande importance que la facturation par les hôpitaux et la comptabilisation par les organismes assureurs des montants dus par l'assurance obligatoire se déroulent de manière rapide et régulière.

Dans l'attente de l'instauration de mesures favorisant une plus grande cohérence entre la réalité de l'évolution des dépenses de santé et celle des montants comptabilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire, l'Institut exploitera de manière régulière les données par période de prestation.

L'objectif vise à renforcer les potentialités de l'appareil statistique et comptable, notamment en matière de suivi des dépenses, sur la base d'une analyse des différents facteurs qui peuvent affecter sa qualité, sa richesse et ses délais de confection et en instaurant un monitoring permanent des flux de données financières.

Liste des engagements

1. Etablir un inventaire des données statistiques et comptables fournies par les organismes assureurs à la direction des études actuarielles, économiques et sociales, des informations de gestion produites par l'administration au départ de celles-ci et de l'usage réservé à ces informations en vue de déterminer leur utilité ;
2. Déposer au Comité de l'assurance et au Conseil général un rapport comportant les lignes directrices d'une éventuelle restructuration des données statistiques et comptables ;
3. Dresser un inventaire des mesures envisagées, tant au sein de l'Institut qu'au sein des organismes assureurs, afin d'améliorer la qualité et les délais de mise à disposition tant des données fournies par les organismes assureurs que des informations produites par l'Institut ;
4. Analyser
 - au niveau de chaque hôpital, la rapidité et la régularité de la facturation ainsi que la qualité des données de facturation
 - au niveau de chaque organisme assureur, la rapidité et la régularité tant du traitement des bandes magnétiques de facturation que de la comptabilisation des montants remboursés ;
5. Proposer de nouvelles règles en matière de facturation par les hôpitaux et de comptabilisation par les organismes assureurs, autorisant un meilleur suivi par l'Inami de la réalité de l'évolution des dépenses ;
6. Dresser chaque année un tableau comparatif de l'évolution des dépenses par période de prestation et par période de comptabilisation pour les principales catégories de soins ;
7. Elaborer, sur la base d'une analyse de la consommation de soins liés à des pathologies chroniques ou au vieillissement de la population, des propositions d'élargissement des données statistiques à certaines caractéristiques de la population assurée ;
8. Formuler des propositions d'aménagement du calendrier des procédures de fixation des budgets tenant davantage compte des délais de disponibilité des informations de gestion déterminantes .

Effets attendus

1. Amélioration de la qualité des données fournies par les organismes assureurs ;
2. Amélioration du délai de mise à disposition d'informations chiffrées ;
3. Amélioration de la concordance entre les données comptables et statistiques d'une part, et l'évolution de la consommation de soins d'autre part ;
4. Amélioration de la capacité de l'Institut à anticiper sur l'évolution des dépenses (accroissement du degré de précision des estimations techniques).

Article 11. Activation des indemnités d'incapacité de travail

Intitulé

Evaluer, dans l'optique d'une meilleure réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail, les conditions de la reprise partielle d'activité qui doit être autorisée par le médecin-conseil, les effets utiles de la nouvelle règle de cumul (indemnités/revenus de l'activité autorisée), et les conditions et avantages d'un transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités.

Cadre

Réglementer, informer et conseiller.

Axes

- Amélioration du service rendu aux usagers.
- Simplification et amélioration des procédures.

Contexte

L'incapacité de travail implique l'arrêt de toute activité de type « professionnel » (même si par exemple, l'activité est exercée à titre bénévole). Le médecin-conseil peut autoriser, dans certaines conditions précisées par la réglementation, le titulaire en incapacité de travail à reprendre certaines activités (article 100 § 2 de la loi coordonnée).

Lorsqu'une activité de type professionnel a été reprise, une règle de cumul permet de déterminer le montant de l'indemnité en fonction de l'importance des revenus. Une nouvelle règle de cumul devrait être applicable dans le courant de l'exercice 2002. L'objectif proposé vise à évaluer, d'une part, les conditions générales de l'autorisation de reprise partielle (conditions qui s'imposent au médecin-conseil et au titulaire) et d'autre part, les effets utiles de la nouvelle règle de cumul récemment introduite.

Outre les reprises d'activités autorisées en cumul avec des indemnités d'incapacité de travail, il existe une autre voie de remédiation à l'inactivité pour cause d'incapacité de travail : la réadaptation professionnelle. En vertu des dispositions légales actuelles¹⁰, cette compétence est exercée par le Collège des médecins-directeurs, lequel

- peut proposer au Comité de l'assurance de conclure des conventions avec des établissements de réadaptation professionnelle ;
- décide de la prise en charge ou non de frais de réadaptation professionnelle dans le cadre de demandes individuelles introduites soit directement par les ayants droit, soit par l'intermédiaire des médecins-conseils.

¹⁰ art22, 6° et art 23 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994

Dans la pratique, il n'existe plus de conventions avec des établissements de réadaptation professionnelle et le nombre de demandes individuelles d'intervention est peu important. En outre, l'opportunité de la demande ne peut être évaluée qu'à la lumière d'éléments que le médecin-conseil est le mieux à même d'apprécier.

A ces constats s'ajoute le fait que l'objet des demandes d'intervention cadre davantage avec l'assurance indemnités qu'avec l'assurance soins de santé, puisqu'il s'agit généralement de couvrir des frais de séjour, de voyage, d'inscription à des cours et examens, ou encore de tests d'orientation professionnelle, etc.

Enfin, la plupart des demandeurs étant en situation d'incapacité de travail, il semble indiqué de transférer cette compétence au Conseil médical de l'invalidité (assurance indemnités).

Les conditions à rencontrer pour réaliser ce transfert et les avantages que l'on espère en retirer requièrent cependant une analyse préalable à réaliser conjointement par le Service de soins de santé et le Service des Indemnités.

Les informations actuellement disponibles au sujet de la reprise partielle sont très réduites et se limitent au nombre de cas ou aux conditions à respecter par le titulaire, définies dans l'autorisation du médecin-conseil.

Etat des lieux

- Nombre de cas de reprises autorisées et taux de reprise pour l'année 2000
 - incapacité primaire : 8.119 pour 355.668 cas, soit 2,28 p.c.
 - invalidité : 10.400 pour 184.109 invalides, soit 5,65 p.c.
- Nombre de décisions prises par le Collège des médecins-directeurs en rapport avec la rééducation professionnelle

	1998	1999	2000
Nombre total de décisions prises	452	458	503
Nombre total de bénéficiaires concernés	379	352	395
Pourcentage de décisions défavorables	7 %	6 %	8 %

Liste des engagements

1. Evaluer les conditions générales prévues actuellement dans le cadre de l'autorisation d'une reprise partielle de certaines activités, et formuler des propositions d'adaptation ou de modification de ces conditions après examen avec toutes les instances concernées ;
2. **Sous réserve de la confirmation de son entrée en vigueur** - Evaluer le caractère adapté de la nouvelle règle de cumul et proposer d'éventuels ajustements, en se basant notamment sur l'analyse des cas des titulaires ayant opté pour le maintien de l'ancienne règle de cumul ;
3. Instaurer une collecte de données plus larges au sujet de l'activation ou reprise partielle d'activités, en collaboration avec les organismes assureurs et via une transmission sur support électronique ;
4. Produire un rapport définissant les conditions et les avantages d'un transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités .

Effets attendus

1. Amélioration de la situation financière des bénéficiaires d'une reprise d'activité autorisée ;
2. Augmentation du taux de reprise d'activité partielle autorisée, en particulier pour les titulaires en invalidité ;
3. Accroissement du nombre de personnes en situation d'incapacité de travail ayant opté pour une réadaptation professionnelle.

Article 12. Modernisation et simplification des flux d'informations concernant l'assurabilité

Intitulé

Moderniser et simplifier les flux de données entre les organismes assureurs et le Service du contrôle administratif concernant l'assurabilité des bénéficiaires de l'assurance.

Cadre

Contrôler, Informer et Conseiller

Axes

- Simplification et amélioration des procédures administratives.
- Elaboration de contrôles ciblés concernant l'assurabilité des titulaires et des bénéficiaires.

Contexte

Actuellement, les organismes assureurs sont tenus de transmettre au Service du contrôle administratif et au Centre de traitement de l'information de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité des listes nominatives d'effectifs F pour toutes les catégories de titulaires, des relevés de paiements pour tous les titulaires redevables de cotisations et des relevés statistiques E par catégorie et groupe d'âge pour les titulaires.

La périodicité d'élaboration de ces documents varie entre trois mois et un an.

En concertation avec les organismes assureurs et après leur accord, les documents précités ont été fusionnés en un seul document. Les informations qui n'étaient pas significatives pour les services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ont été écartées, et le nouveau fichier des effectifs ne devra plus être transmis que deux fois par an.

Le remplacement des documents existants par le nouveau flux de données représente en tout cas une simplification administrative pour les organismes assureurs.

Déjà au cours de l'année 2001, le nouveau fichier des effectifs a été transmis par voie électronique au Service du contrôle administratif, à savoir le 31 août 2001. Ce nouveau fichier donne, de manière cependant anonyme, un aperçu de tous les titulaires et bénéficiaires affiliés auprès des mutualités et des codes de bénéficiaires permettant d'en déduire leur qualité.

La réalisation du nouveau flux de données et la gestion des données de ce flux permettront de contrôler systématiquement l'assurabilité, ce qui n'était pas possible au moyen des documents existants.

Les données figurant sur les documents précités seront utilisées dans le cadre de deux objectifs, d'une part, pour effectuer les opérations financières en établissant le rapport entre les dépenses et les affiliés par régime et par catégorie de bénéficiaires et, d'autre part, pour organiser des contrôles ciblés de l'assurabilité des bénéficiaires.

Sur la base des nouveaux fichiers d'effectifs, le Service du contrôle administratif contrôlera certains groupes de titulaires en vue, d'une part, de garantir l'assurabilité et donc le droit au remboursement des prestations de santé et des indemnités, et, d'autre part, de mettre en place un meilleur contrôle des dépenses de l'assurance par la récupération des montants indûment accordés aux assurés par les organismes assureurs.

Enfin, ces contrôles doivent aboutir à une réduction du nombre d'erreurs commises par les organismes assureurs dans le cadre de l'application de la réglementation relative à l'assurabilité.

Les dossiers des titulaires qui ne sont pas en règle en matière de droit à l'assurabilité – il peut s'agir de l'absence de documents tels que les bons de cotisation ou le non-paiement des cotisations personnelles dues – seront sélectionnés et examinés auprès des mutualités où les intéressés sont inscrits ou affiliés.

Le Service du contrôle administratif interviendra auprès des institutions qui omettent de délivrer des déclarations ou qui transmettent tardivement les attestations.

Etant donné que les fichiers des effectifs permettent de repérer les assurés qui ne sont pas en règle en matière d'assurabilité, les inspecteurs du Service du contrôle administratif peuvent effectuer des contrôles ciblés. Puisqu'on peut supposer que tous les dossiers de titulaires et bénéficiaires non assurés ne pourront pas être contrôlés, le contrôle sera effectué prioritairement auprès des mutualités où est constaté le plus grand pourcentage de titulaires et de bénéficiaires non assurés.

Liste des engagements

1. Développement de programmes pour le contrôle administratif en vue d'identifier des catégories spéciales de bénéficiaires ;
2. Développement de programmes permettant de comparer différentes situations en vue de détecter des anomalies ;
3. Rédaction d'un rapport décrivant les études réalisées, les anomalies identifiées et les situations critiques nécessitant des contrôles ciblés dans les mutualités ;
4. Rédaction d'un rapport indiquant par type de contrôle le nombre de vérifications effectuées et les résultats de celles-ci ;
5. Augmentation significative du contrôle en matière d'assurabilité ;
6. Amélioration du contrôle de l'application uniforme de la réglementation .

Article 13. Information aux dispensateurs de soins

Intitulé

Produire et diffuser, pour les (futurs) dispensateurs de soins, un système d'informations aisément compréhensibles sur les structures administratives, les procédures et les réglementations.

Cadre

Informé.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses ;
- Amélioration du service rendu aux usagers ;
- Contribution à l'application uniforme de la législation.

Contexte

L'objectif consiste à informer convenablement les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'organisation des soins de santé remboursés par l'assurance maladie, en vue de prévenir les infractions à la législation existante et de favoriser une utilisation conforme des moyens octroyés aux objectifs du législateur.

Les constatations du SCM signalent l'existence de ces infractions :

	<i>Examens préventifs (fautes)</i>	<i>Dont % d'infractions purement réglementaires</i>	<i>Examens répressifs (fraudes)</i>
1997	837	77%	179
1998	1.122	86%	159
1999	1.089	80%	234
2000	1.078	67%	162

Le service rendu aux dispensateurs de soins consiste à donner à ces derniers, sans qu'ils doivent éplucher tous les textes de lois, une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif.

Cela implique une diminution des infractions commises par ignorance.

Cela mène automatiquement à une application plus uniforme des dispositions légales.

La communication des informations sera effectuée à l'aide de modules qui couvriront un domaine bien déterminé de la réglementation. Ces modules seront réalisés, diffusés parmi les dispensateurs de soins et mis à la disposition des établissements d'enseignement qui forment les dispensateurs de soins.

Vu les modifications fréquentes, les modules doivent être constamment mis à jour.

On peut faire une distinction entre les modules généraux, qui sont utiles pour toutes les catégories ou pour les grandes catégories de dispensateurs de soins, comme :

- comment doit-on rédiger une attestation de soins donnés?
- comment les prestations doivent-elles être attestées dans un établissement de soins?
- comment doit-on rédiger une prescription?
- comment doit être établi le registre des soins dispensés?
- comment doivent être demandés des examens de radiologie et de biologie clinique?
- présentation de l'INAMI ;

et les modules spécifiques qui ne s'appliquent qu'à une catégorie restreinte de dispensateurs de soins :

- description de l'utilisation de la nomenclature en médecine générale ;
- description de l'utilisation de la nomenclature en médecine spécialisée ;
- description de l'utilisation de la nomenclature de kinésithérapie ;
- description de l'utilisation de la nomenclature des soins infirmiers.

La diffusion des modules se fait :

- via les établissements d'enseignement ;
- par la participation des fonctionnaires du Service du contrôle médical (SCM) à des symposiums ;
- des séminaires et des GLEM ;
- par l'envoi sur demande ;
- au moyen du site internet.

Liste des engagements

1. La première année de la convention, le SCM s'engage à dresser un inventaire des informations les plus utiles, des différents groupes cibles et des différents modules qui répondent aux besoins les plus pressants ;
2. Au cours de la deuxième année, le SCM s'engage à confectionner deux modules généraux et deux modules spécifiques ;
3. A partir de la troisième année, le SCM s'engage à tenir les modules disponibles à jour ;
4. Au cours de la troisième année, le SCM s'engage à diffuser les modules disponibles ;
5. Au cours de la troisième année, le SCM s'engage à établir un cinquième et un sixième module.

Effets attendus

1. Diminution des fautes de forme dans le cadre de l'attestation de prestations ;
2. Amélioration de la relation entre les dispensateurs de soins et les autorités.

Article 14. Commissions régionales de l'invalidité

Intitulé

Monitoring du processus médical de contrôle d'octroi d'indemnités en invalidité en CR-CMI.

Cadre

Octroyer.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses.
- Amélioration du service rendu aux usagers.
- Contribution à l'application uniforme de la législation.

Contexte

A. Introduction

Le fonctionnement de la Commission supérieure (CMI) et des commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CR-CMI), instituées auprès du Service des indemnités par l'article 81 de la loi coordonnée du 14-7-1994, est régi par les articles 172 à 176 de l'AR du 3-7-1996. La mission du Conseil médical de l'invalidité consiste à évaluer l'état d'invalidité.

B. Description de la procédure d'octroi d'indemnités d'invalidité.

L'évaluation et le contrôle de l'incapacité de travail au cours de la première année (période dite d'incapacité primaire) sont principalement confiés aux médecins-conseils des mutualités. Si cette incapacité se prolonge au-delà d'une année, l'assuré se retrouve en "invalidité".

L'état d'invalidité doit toutefois être reconnu par le Conseil médical de l'invalidité. A la fin de la période primaire, le médecin-conseil de la mutualité rédige à cet effet un rapport médical détaillé à l'intention de ce conseil, contenant une proposition de décision en matière d'invalidité. Il appartient ensuite à la Commission supérieure de ce conseil de se prononcer sur l'état d'invalidité (entrée en invalidité ou prolongation). Si la Commission supérieure estime qu'un examen corporel est nécessaire pour pouvoir statuer, elle transmet le dossier à une commission régionale.

Les commissions régionales du CMI sont composées du médecin-inspecteur directeur du service provincial concerné, d'un médecin-inspecteur désigné par lui et d'au moins deux médecins-conseils appartenant à différents organismes assureurs.

Les commissions régionales procèdent aux examens corporels demandés par le CMI et rédigent un rapport à son intention. Dans certains cas, elles décident de mettre fin à l'état d'invalidité.

C. Constats

Il a été constaté pour la période 1994-2000 des fluctuations du nombre des séances des CR-CMI et d'examen corporels :

Année	Nombre de séances	Nombre d'examen corporels
1994	1 427	8 607
1995	1 438	8 590
1996	1 568	9 572
1997	1 596	9 827
1998	1 396	7 905
1999	1 698	8 056
2000	1 850	9 767

Le manque de disponibilité des médecins-conseils, l'exigence particulière de composition du siège permettant de garantir l'examen du dossier par deux médecins-conseils relevant d'un organisme assureur différent de celui de l'assuré en cause, le manque de souplesse dans l'organisation des séances des commissions régionales due au caractère centralisé de la gestion administrative de ces commissions, sont autant de facteurs qui contribuent à expliquer ces fluctuations du nombre des séances.

Une des missions du Service du contrôle médical (SCM) est de contrôler les activités du médecin-conseil dans le cadre de sa mission en matière d'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité (Art.139 de la loi SSI).

Les fluctuations observées en matière de nombre de séances et de nombre de personnes convoquées pour examen corporel, aussi bien au niveau national qu'au niveau provincial ("régional"), interpellent le service du contrôle médical sur l'application uniforme de la législation dans les commissions régionales et le traitement des dossiers individuels d'invalidité.

D. Etat des lieux - constats en matière de "qualité de procédure" du processus médical dans le contrôle de l'octroi des indemnités en invalidité

Pendant la période février-mars 2000, à l'initiative du SCM, une première évaluation a été faite concernant la qualité des dossiers constitués par les médecins-conseils (MC) dans la procédure de proposition d'invalidité. Au total 1.859 dossiers présentés en 291 séances de CR-CMI (et 6 visites à domicile) furent évalués. Sur la base de 4 critères d'évaluation, 221 "anomalies" furent constatées, c'est à dire dans 11,4% des dossiers.

En résumé, les "anomalies" constatées étaient réparties comme suit :

- une décision de mettre fin à l'incapacité de travail aurait dû être prise par le MC : 91 cas (41%);
- la décision de reconnaissance ou de prolongation de l'invalidité aurait dû être prise par la Commission supérieure sans devoir convoquer l'assuré: 55 cas (25%);
- la proposition, formulée par le médecin-conseil, d'entrée en invalidité ou de prolongation de l'invalidité était incomplètement motivée : 53 cas (23%);
- dossiers incomplets à la présentation (entre autres, l'absence d'examens techniques demandés) : 22 cas (10%).

Liste des engagements

1. Mettre en place un groupe de travail SCM-CMI chargé de l'élaboration des critères d'évaluation à appliquer aux dossiers;
2. Instaurer un système permanent d'évaluation des dossiers invalidité (à l'image du sondage effectué en février-mars 2000) ;
3. Mettre en place une structure permanente SCM-CMI permettant un suivi et un feed back continuel de l'évaluation visée sous 2 ;
4. Mettre en place un service de médiation assuré par deux médecins, avec des procédures standardisées (enregistrement, rapports, relations avec le SCM et le CMI, évaluation permanente) ;
5. Produire une brochure d'information destinée à être jointe aux convocations, avec
 - explication de la raison de la convocation ;
 - description de la procédure d'examen ;
 - information sur les droits et recours possibles ;
 - formulaire d'appréciation destiné au service de médiation (évaluation permanente) ;
6. Adapter le contenu de la brochure en fonction des réactions/suggestions des assurés sociaux ;
7. Produire annuellement un rapport sur l'évolution du fonctionnement des CR-CMI avec une description :
 - de l'analyse de la qualité des dossiers des médecins-conseils et des décisions du CMI
 - des plaintes, remarques et suggestions des assurés, ainsi que des actions entreprises pour y répondre .

Effets attendus

1. Une amélioration de la qualité du dossier de proposition en invalidité du médecin conseil;
2. Une réduction des décisions d'examens corporels "inutiles".

TITRE V : autres projets

Article 15.

Outre les objectifs précités, l'Institut entend prendre d'autres initiatives qui n'ont pas été reprises en tant qu' «objectifs» au sens de l'arrêté du 3 avril 1997 en raison soit de leur caractère anticipatif par rapport à la législation en vigueur, soit du fait qu'ils se prêtent mal aux exigences de respect d'un calendrier ou de quantification de résultats objectifs et mesurables.

Il s'agit des trois projets ou domaines suivants:

- la préparation de la mise en œuvre du MAF (maximum à facturer) ;
- l'élaboration d'un plan de redéfinition complète du secteur des conventions de rééducation fonctionnelle, y compris l'évaluation de ses résultats et besoins futurs ;
- la mise en œuvre d'actions diverses visant à assurer le bon fonctionnement des organes de gestion et de concertation de l'Institut : enquête de satisfaction auprès des membres des organes, analyse de la composition et des missions des différents organes, inventaire des ressources humaines mobilisées par les réunions des organes.

Préparation de la mise en œuvre du Maximum à facturer (MAF)

La facture de santé maximale ou maximum à facturer (MAF) est un dispositif visant à garantir que les dépenses pour soins de santé à charge des bénéficiaires ne dépassent en aucun cas un plafond annuel dont le niveau est fonction des revenus du ménage.

L'Institut communiquera, dans le courant du mois de janvier 2002, un avant-projet de loi établissant la base légale du MAF.

Le MAF, qui entrera progressivement en vigueur, nécessitera un travail de plus en plus important de la part de l'Administration au fur et à mesure de son extension.

Dans un premier temps, il est prévu d'en faire bénéficier, avec effet au 1er janvier 2001, les assurés dont les revenus annuels nets du ménage ne dépassent pas 540 000 BEF ou 13 387 €, ainsi que les bénéficiaires actuels de la franchise sociale : VIPO bénéficiant des taux préférentiels de remboursement, bénéficiaires du minimex ou du revenu garanti aux personnes âgées, handicapés, enfants ayant droit aux allocations familiales majorées, chômeurs de longue durée. On estime à 320 000 le nombre de ménages concernés.

A cette fin, un nouveau circuit d'informations doit être mis en place : les mutualités, seules capables d'identifier les ménages ayant dépassé le premier plafond de 18 000 BEF ou 446 €, communiqueront – via le Service du contrôle administratif - la liste des assurés concernés avec leur composition de ménage à l'Administration des contributions. Celle-ci transmettra alors au Service du contrôle administratif les montants imposables des personnes concernées. Sur base

de ces éléments, ce Service devra communiquer aux mutualités la liste des assurés ayant droit au bénéfice du MAF.

La manière de résoudre le problème de la discordance de la notion de « ménage » entre la réglementation fiscale et celle propre à l'assurance soins de santé est actuellement à l'étude.

Une première opération de ce type, portant sur les dépenses réalisées en 2001, devra être réalisée au début de l'année 2002. Par la suite, le Service du contrôle administratif devra rester en permanence en contact avec l'Administration des contributions aux fins de déterminer les ménages ayant droit au bénéfice du MAF au fur et à mesure de leurs dépenses en 2002.

Par ailleurs, il revient au Service des soins de santé, après concertation avec les parties concernées, d'élaborer la nouvelle réglementation en veillant à ce qu'elle soit compatible avec d'autres dispositions légales (Charte de l'assuré social, récupération d'indus, franchises sociale et fiscale).

La mise en œuvre de ce nouveau dispositif, d'une importance stratégique au sein de l'assurance soins de santé, donnera lieu à un rapport d'évaluation à la fin de chaque année du contrat en vue d'y apporter tous les correctifs nécessaires.

Redéfinition du secteur de la rééducation fonctionnelle

Le Président du Collège des médecins-directeurs visé à l'article 23 de la loi SSI et son équipe sont chargés, sur la base de la radioscopie et de l'évaluation du secteur de la rééducation fonctionnelle soumises au Comité de l'assurance le 7 mai 2001, d'élaborer en 2002 un plan opérationnel dont les objectifs sont les suivants :

- proposer une délimitation concrète des prestations de rééducation fonctionnelle devant être remboursées en tant que telles par l'assurance, compte tenu des aspects scientifiques d'une part, et des missions et compétences des autres autorités d'autre part. Cette délimitation doit entre autres concerner les éléments suivants : dispositifs médicaux, rééducation fonctionnelle en service hospitalier, troubles de l'apprentissage et du développement, réadaptation professionnelle,...
- formuler des propositions pour une délimitation plus précise du rôle des différents organes concernés (Collège, Conseil consultatif – section maladies chroniques et Comité de l'assurance) quant aux missions préparatoires et exécutoires, et les éventuelles adaptations nécessaires en matière de composition de ces organes ;
- proposer des procédures transparentes, simples et efficaces pour la demande et l'examen de dossiers et de conventions de rééducation fonctionnelle, qui garantissent une concertation suffisante avec tous les partenaires concernés ;
- formuler des propositions concernant l'élaboration d'une structure d'évaluation permettant de constater les résultats obtenus dans le cadre des conventions conclues ;
- développer des instruments pour promouvoir la collaboration multidisciplinaire dans le secteur de la rééducation fonctionnelle ;
- procéder à une analyse prospective des besoins futurs du secteur de la rééducation fonctionnelle.

Fonctionnement des organes (enquêtes de satisfaction, objectivation de l'importance des ressources humaines mobilisées par les réunions, propositions de recomposition/réorientation,...)

L'Institut est par excellence un lieu de concertation entre tous les acteurs concernés par la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités.

Convaincue de la plus-value du bon fonctionnement des organes créés en son sein, l'Administration entend s'informer à court terme du degré de satisfaction des membres de ces organes ainsi que de leurs attentes.

Une telle enquête doit permettre à l'Administration de concentrer les efforts d'amélioration du fonctionnement de ses services sur les points jugés les plus importants par ceux qui y ont recours.

Il demeure également indiqué que, en concertation avec des acteurs-clés, des tentatives soient entreprises pour arriver à un regroupement, une réorientation ou une suppression de certains organes. La complexité du processus décisionnel, et sur un plan plus anecdotique, les difficultés de dénommer certains nouveaux organes, en soulignent la nécessité.

A titre d'exemple, on peut citer les organes suivants :

- Commission d'évaluation en matière de médicaments et organes d'accréditation ;
- Organes de rééducation fonctionnelle et Conseil scientifique des maladies chroniques ;
- Commission des profils de médecins versus Commission médico-mutualiste.

Parallèlement à ces travaux, l'Administration réalisera un travail d'objectivation de l'importance des ressources humaines mobilisées pour assurer le support administratif et technique de la concertation en 1999 et en 2000, à tout le moins au sein du Service des soins de santé principalement concerné par cette problématique.

Un rapport relatif à ces différents points sera communiqué aux instances de gestion dans le courant de l'année 2002.

TITRE VI: amélioration du service rendu aux usagers

RÈGLES DE CONDUITE

Article 16.

Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution de sécurité sociale de respecter les divers textes légaux et réglementaires qui contiennent des directives générales qui s'imposent aux institutions de sécurité sociale lors de l'examen des droits à prestations et dans les relations avec les assurés sociaux, à savoir :

- la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ;
- la charte de l'utilisateur des services publics du 4 décembre 1992 ;
- la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration ;
- la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

Article 17.

L'Institut s'engage à signaler à temps tout manquement ayant pour conséquence de porter préjudice aux assurés sociaux et à traiter de manière pro-active les problèmes constatés.

Article 18.

Lorsque les règles et législations en vigueur laissent une certaine marge d'appréciation dans le cadre de décisions individuelles, l'Institut établira des critères objectifs transparents et uniformes.

Article 19.

L'Institut s'engage à adopter une attitude pro-active en terme de transmission de données et d'exploitation de données, dans le cadre de la Charte qui impose de participer activement à l'instruction des dossiers en récoltant d'initiative les renseignements faisant défaut.

Article 20.

L'Institut s'engage à appliquer strictement le code déontologique établi pour les examens médicaux des assurés effectués par le Conseil médical de l'invalidité et à en contrôler le respect.

Article 21.

L'accès des personnes handicapées et des personnes moins valides aux bâtiments sera facilité ; en ce qui concerne les futurs bâtiments à louer ou à acquérir, un accès aisé pour ces personnes sera exigé dans le contrat de location ou de vente.

SIMPLIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Article 22. Formulaires

Formulaire de demande d'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance

Pour que le droit à l'intervention majorée de l'assurance lui soit octroyé, l'assuré social doit introduire auprès de sa mutualité une demande via un formulaire ad hoc. On constate que dans ce formulaire :

- les notions « ménage » et « revenu » recouvrent des réalités différentes de celles propres à la réglementation fiscale ;
- au fil des années et des nombreuses modifications réglementaires, des éléments supplémentaires y ont été intégrés avec pour conséquence une présentation trop compliquée.

L'Institut s'engage à établir un nouveau formulaire de demande dans lequel :

- les mentions « ménage » et « revenu » y seront définies précisément, dans un langage clair et lisible ;
- une structure plus appropriée sera adoptée de façon notamment à regrouper dans des rubriques séparées, d'une part, les explications visant à aider l'assuré social pour remplir le formulaire et, d'autre part, les explications relatives à ses obligations.

Questionnaire relatif à l'activité professionnelle dans le cadre de la déclaration d'incapacité de travail effectuée par les travailleurs indépendants

Dans le cadre de la procédure administrative en matière de déclaration d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants, l'assuré social doit remplir un questionnaire relatif à son activité professionnelle. Ce questionnaire est destiné au médecin-conseil qui est chargé d'évaluer l'incapacité.

Ce formulaire apparaît aujourd'hui comme beaucoup trop complexe et, en vue de faciliter la tâche des assurés sociaux, l'Institut s'engage à le revoir complètement.

Plus précisément, l'Institut s'engage à formuler les questions du formulaire dans un langage clair et compréhensible ainsi qu'à supprimer toutes les questions dont les réponses peuvent être recueillies auprès d'autres institutions de sécurité sociale.

Pour établir une proposition de nouveau questionnaire, l'Institut s'assurera le concours de toutes les parties concernées, notamment de l'INASTI et des organismes assureurs.

La proposition de simplification du questionnaire élaborée par le Service des Indemnités de l'Institut sera soumise pour discussion à la section indépendants du Conseil technique intermutualiste.

Notification des décisions dans le cadre de la reconnaissance du besoin de l'aide d'une tierce personne.

L'Institut s'engage à revoir complètement le document notifiant les décisions dans le cadre de la reconnaissance du besoin de l'aide d'une tierce personne.

L'entièreté du document sera réécrit dans un langage clair et compréhensible.

Pour plus de transparence, il apparaît d'ores et déjà que le document devra mentionner les points attribués sur la base de la grille d'évaluation du degré de dépendance.

En vue de permettre aux assurés sociaux de mieux faire valoir leurs droits, le document devrait également mentionner la possibilité pour l'assuré social, d'accéder aux documents médicaux de son dossier et ce, par l'intermédiaire de son médecin traitant.

Toujours en vue de permettre aux assurés sociaux de mieux faire valoir leurs droits, le document devrait aussi mentionner la possibilité pour l'assuré social de réintroduire une nouvelle demande de reconnaissance s'il considère que des changements sont intervenus dans sa situation depuis l'introduction de sa précédente demande.

Notification des décisions dans le cadre d'une levée partielle ou complète de la suspension du paiement des indemnités d'incapacité de travail pour absence à un examen de contrôle médical

L'Institut s'engage à revoir complètement le document notifiant les décisions dans le cadre d'une levée partielle ou complète de la suspension du paiement des indemnités d'incapacité de travail pour absence à un examen de contrôle médical.

L'entièreté du document sera réécrit dans un langage clair et compréhensible.

Article 23. Procédures

Les deux premiers projets de simplification de procédures figurant ci-dessous requièrent l'utilisation de signatures électroniques. Un dispositif juridique autorise aujourd'hui le recours à cette forme de communication. Cependant, les applications en cours, et notamment la mise en œuvre de Carenet, commandent la plus grande prudence sur les calendriers de réalisation de tels projets en raison des obstacles techniques inévitables. Il convient en outre de rappeler qu'en sa qualité d'administration fédérale, l'Inami reste tributaire de la mise en place de la structure fédérale de clés publiques.

Diffusion d'informations à destination des organismes assureurs

L'Institut s'engage à moderniser sa diffusion d'informations à destination des organismes assureurs : il s'agit de passer d'une diffusion papier à une diffusion électronique la plus large possible.

La priorité concerne les circulaires OA et les autres documents assimilés (communications OA et instructions OA).

L'objectif est de mettre les informations à disposition des organismes assureurs endéans un délai très bref à partir de la validation du contenu par l'instance compétente.

Si certaines informations (comme les circulaires qui concernent uniquement des points de réglementation expliqués) seront simplement publiées sur le site internet de l'Institut, il va de soi que les informations à caractère plus confidentiel seront diffusées via le site internet protégé (avec code d'accès).

Simplification administrative de l'accréditation des médecins et soutien des groupes locaux d'évaluation médicale.

L'accréditation des médecins repose sur certaines conditions dont les principales sont incontestablement la formation continue et le peer review dans le cadre des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM). Au niveau du médecin à titre individuel, l'aspect administratif se concentre sur la demande d'accréditation et la feuille dite de présence attestant de sa participation aux activités de formation continue et aux sessions des GLEMS.

Dès le début de l'année 2002, des mécanismes seront élaborés afin de réduire considérablement la charge de travail administrative des médecins individuels, des organisateurs d'activités de formation continue et des responsables des GLEMS, en organisant les flux d'informations en ligne.

Les organisateurs d'activités de formation continue pourront communiquer en ligne à l'INAMI quelle est la participation des médecins à leurs activités.

Les responsables des GLEMS pourront communiquer en ligne à l'INAMI la présence des médecins aux sessions des GLEMS. La composition des GLEMS et les modifications de composition pourront être communiquées à l'INAMI de la même manière.

Tant pour les organisateurs de la formation continue que pour les responsables des GLEMS, ces instruments en ligne entraîneront une importante réduction de la gestion administrative sur papier, travail qui sous sa forme actuelle consiste à apposer divers cachets et signatures ou à attester d'une autre manière les présences. Par ailleurs, ces différents acteurs doivent, dans la situation actuelle, conserver diverses pièces justificatives sur papier pendant de longues périodes.

Le médecin individuel pourra, en ligne, compléter sa demande d'accréditation ou la demande de prolongation de son accréditation et l'envoyer à l'INAMI. En remplissant en ligne sa feuille de présence, il pourra consulter les informations de l'INAMI disponibles en ligne concernant les activités de formation continue.

Le modèle en ligne sera présenté aux différents acteurs et testé au cours de l'année 2002. Il sera opérationnel par modules successifs dans les mois suivants.

Au cours du deuxième trimestre 2002, une enquête auprès des responsables des GLEMS sera organisée en concertation avec le Groupe de direction de l'accréditation et le Conseil national de promotion de la qualité, afin de sonder les desiderata et les besoins des GLEMS concernant la mise à leur disposition des diverses informations susceptibles d'appuyer leur fonctionnement. Plus particulièrement, il faudra vérifier comment les informations relatives aux sessions d'un GLEM peuvent être valorisées pour le fonctionnement d'autres GLEMS. En fonction des résultats de ce questionnaire, il y aura lieu de vérifier de quelle manière les informations précitées pourront être mises en ligne à la disposition des responsables des GLEMS.

Procédure de remboursement de chaises roulantes

La procédure de remboursement des chaises roulantes peut être qualifiée de procédure administrative lourde à différents niveaux. D'une part, les instances qui interviennent dans les frais utilisent différents documents qui contiennent les mêmes informations. A chaque fois, ces documents doivent être à nouveau établis. D'autre part, un dossier trop complexe est exigé pour l'admission au remboursement des chaises roulantes.

Procédure pour le patient

Avant qu'une chaise roulante puisse être remboursée, le médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire doit donner son accord.

En cas de refus de remboursement par le médecin-conseil, une intervention peut néanmoins être demandée auprès du Fonds pour l'intégration sociale des personnes handicapées. Un circuit administratif différent est suivi selon que le patient habite en Flandre, en Wallonie, à Bruxelles ou dans la partie germanophone du pays.

Pour la Flandre (Fonds flamand pour l'intégration sociale des personnes handicapées), la procédure administrative a déjà été allégée. Le médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire transmet automatiquement le refus avec la prescription spécifique et la proposition du bandagiste (sur un formulaire établi spécifiquement à cette fin) au Fonds flamand qui, sur la base de ces documents, peut décider d'une éventuelle intervention. Le Fonds flamand décide donc sur la base des documents de l'assurance obligatoire.

Pour la Wallonie, la partie francophone de Bruxelles et la partie germanophone du pays, le bénéficiaire doit s'adresser lui-même respectivement à « l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées », au « Service bruxellois francophone des personnes handicapées » ou au « Dienststelle für Personen mit Behinderung » en communiquant le refus de remboursement du médecin-conseil. Les documents de l'assurance obligatoire ne sont pas utilisés pour le traitement des dossiers. Tous les documents nécessaires doivent être à nouveau établis.

Pour instaurer la fonction du « guichet unique », procédure qui est appliquée en Flandre, des négociations sont en cours avec les différents Fonds concernés. On tend vers un seul document utilisable tant par l'assurance obligatoire que par les Fonds.

Procédure d'admission d'appareils sur la liste des produits admis

Il ne s'agit pas ici d'une procédure lourde, mais la composition du dossier de demande fait l'objet de critiques. Par exemple : tous les éléments demandés sont-ils vraiment nécessaires ? Les questions posées ne sont-elles pas en contradiction avec la directive européenne 93/42/CE relative aux dispositifs médicaux ?,...

Il en sera tenu compte dans la nouvelle nomenclature des chaises roulantes. La composition des dossiers sera, si possible, simplifiée.

Par ailleurs, les prestations dans le cadre desquelles les chaises roulantes doivent être cataloguées sont libellées de façon beaucoup trop détaillée et technique. Il en sera tenu compte lors de la première adaptation de la nomenclature à l'avis de la Commission européenne.

TITRE VII: méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs et les améliorations du service rendu aux usagers

Article 24.

Des indicateurs de production et de résultats seront établis progressivement par l'administration, repris dans des tableaux de bord, évalués et développés pour permettre de mesurer l'efficacité et l'efficacité du travail administratif.

Cependant, dans un premier temps, seuls les objectifs et les améliorations du service rendu aux usagers repris dans ce contrat seront suivis, mesurés et évalués au moyen de tableaux de bord.

Des indicateurs propres aux missions pour lesquelles aucun objectif n'a été retenu compl teront ce dispositif aux fins de démontrer que l'Institut garantit également la continuité de ces missions.

Pour chaque objectif, un tableau de bord a été défini (cf annexe 2) et reprend :

1. Les actions, les moyens ou efforts que l'administration s'engage à mettre en œuvre. Dans ce cas, l'indicateur consiste en une date à laquelle l'action aura été réalisée et qui pourra être comparée avec la date limite préalablement fixée ;
2. Les résultats : les actions que mène l'administration ont pour but de produire certains résultats qu'il s'agit de mesurer. En regard de chaque résultat figure un ou plusieurs indicateurs. Chaque tableau de bord indique pour chaque indicateur sa valeur actuelle et y juxtapose les valeurs-cibles ou les tendances attendues pour chacune des 3 années du contrat. Ces valeurs-cibles pourront être comparées avec les valeurs qui seront effectivement obtenues ;
3. Les facteurs d'environnement : les facteurs sur lesquels l'administration n'a que peu ou pas de prise mais qui conditionnent la réalisation de l'objectif. Il s'agit de contraintes externes qui feront également l'objet, si possible, de mesures objectives.

Les actions et résultats auxquels l'Institut s'engage figureront dans des tableaux spécifiques permettant d'évaluer de manière précise si et dans quelle mesure l'administration respecte effectivement les engagements figurant dans le contrat d'administration.

Dans un autre tableau seront repris les éventuels effets attendus de la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire les résultats escomptés sans que l'administration puisse les garantir.

Enfin, les mesures propres aux facteurs d'environnement figureront dans un troisième type de tableau.

Les tableaux de bord seront complétés et communiqués périodiquement, de préférence semestriellement et au plus tard à la fin de chaque année civile.

TITRE VIII: engagements de l'Etat

Article 25.

Conformément à l'article 15 de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, l'Etat soumet à l'avis de l'organe de gestion de l'institution tout avant-projet de loi ou d'arrêté visant à modifier la législation que l'institution est chargée d'appliquer. L'urgence ne pourra être invoquée par l'Etat que si sa politique budgétaire et/ou sociale nécessite une telle modalité.

L'Etat s'engage à établir des contacts avec les services concernés de l'institution pour, d'une part tenir compte des aspects techniques de l'application des modifications envisagées et d'autre part de lui permettre de préparer les changements. Sauf urgence motivée, la date d'entrée en vigueur des modifications ou nouvelles mesures envisagées est fixée en concertation avec l'institution.

Article 26.

En concertation préalable avec les institutions et dans le respect de la politique budgétaire de l'Etat et du respect du pacte de stabilité, l'Etat s'engage à respecter le plan de trésorerie établi annuellement pour le versement à la Gestion globale des subventions et du financement alternatif prévu au budget, à charge pour la gestion globale de répartir ces moyens entre les différentes institutions en fonction de leurs besoins de manière telle qu'ils puissent garantir la continuité dans l'exercice de leurs missions.

Article 27.

Lors de l'évaluation finale du contrat et dans la mesure où l'Etat aura été prévenu en temps utile, l'Etat s'engage à tenir compte des événements de force majeure qui auraient éventuellement entravé la réalisation du contrat ainsi que des décisions du gouvernement prises après la conclusion du contrat et ayant entraînés une augmentation perceptible des tâches ou de certaines dépenses.

Article 28.

Lorsqu'une mission légale de l'institution nécessite la collaboration d'un ministère fédéral, ce dernier veillera à collaborer efficacement.

Tant l'institution que le service public fédéral réagiront de manière pro-active notamment lorsque la collaboration exige la transmission d'informations.

Ceci implique une concertation permanente entre le service public fédéral et l'institution concernée.

Cette concertation permanente sera mise en œuvre à l'initiative de l'institution.

TITRE IX: crédits de gestion et montant maximal des crédits de personnel pour le personnel statutaire

Article 29.

Les crédits de gestion qui sont accordés à l'Institut comprennent tous les crédits en matière de personnel, de fonctionnement et d'investissements.

Les crédits de gestion et les crédits maximum de personnel pour le personnel statutaire ont été calculés suivant les méthodes décrites à l'annexe 3.

Pour 2002, les dépenses de gestion et le montant maximum des crédits en personnel relatif aux agents statutaires s'élèvent respectivement à 97.295.903 euros et à 53.208.635 euros.

Le budget doit être adapté chaque année afin de tenir compte:

- de l'indexation;
- du report des crédits de fonctionnement liés au programme d'investissements ou pour les dépenses d'investissements qui n'ont pas été utilisées pendant l'exercice budgétaire, ces crédits sont réinscrits dans le budget de gestion du prochain exercice pour autant que ceci soit nécessaire à l'exécution du programme d'investissements (art. 14§2 de l'AR du 3 avril 1997)¹¹;
- des recettes propres de l'administration;
- des frais de personnel en exécution des sanctions positives prévues par la loi;
- des changements dans la réglementation ayant un impact sur le budget de gestion.

Article 30.

L'Institut engagera des efforts pendant la durée du présent contrat pour développer un modèle de calcul des frais de gestion au départ d'une identification des coûts par mission et/ou par unité d'œuvre administrative, à l'aide de la comptabilité analytique effective depuis le 1er janvier 2000.

Article 31.

Dans les limites de ses missions, l'institution peut décider de l'acquisition, de l'utilisation ou de l'aliénation de biens matériels ou immatériels et de l'établissement ou de la suppression de droits réels sur ces biens, ainsi que de l'exécution de pareilles décisions.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, toute décision d'acquérir, construire, rénover ou aliéner un immeuble ou un droit immobilier, dont le montant dépasse **5 millions d'euros** est soumise à l'autorisation préalable du Ministre de tutelle et du ministre ayant le budget dans ses attributions.

¹¹ Modification introduite le 14.12.2001 à la demande de L'Administration du Budget.

Pour se prononcer, le Ministre du budget dispose d'un délai d'un mois à dater de la réception de l'accord donné par le Ministre de tutelle.

La réglementation en matière de marchés publics est s'il échet d'application notamment en matière de rénovation des bâtiments.

Article 32.

En matière de détermination des recettes de gestion, l'affectation du produit de l'aliénation des immeubles ou de la vente de biens mobiliers doit recevoir l'accord préalable du Ministre de tutelle et du Ministre du Budget. Pour se prononcer, le Ministre du budget dispose d'un délai d'un mois à dater de la réception de l'accord donné par le Ministre de tutelle.

TITRE X: sanctions positives pour l'institution en cas de respect des engagements et solutions ou sanctions en cas de non respect des engagements découlant du présent contrat

Article 33.

(Pour mémoire)

Un nouvel arrêté royal est pris en matière de sanctions positives et négatives prévues par l'AR du 3 avril 1997.

TITRE XI: dispositions finales

Article 34.

Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution de sécurité sociale d'exécuter de manière efficace les autres missions légales qui ne sont pas l'objet d'un objectif spécifique.

Article 35.

Chaque partie a le droit de proposer à l'autre une révision du contrat avant son terme. Cette proposition est soumise à la même procédure de base que celle qui a conduit à la conclusion du contrat. Les cocontractants veilleront à ne pas user de cette faculté sans raison sérieuse suffisante. Ils feront tout ce qu'il faut pour l'examiner de façon à la fois constructive et rapide.

ANNEXE 1: tâches de l'Institut

I. MISSIONS DE BASE OPERATIONNELLES

Missions financières

Payer

Le **Service des soins de santé** ne procède lui-même, par l'intermédiaire de la Direction Finances, à des versements qu'à destination:

- des laboratoires de référence SIDA et équipes de soins palliatifs avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention;
- des caisses de pensions agréées et de compagnies d'assurance dans le cadre du statut social des médecins, dentistes et pharmaciens;
- de médecins, dentistes et pharmaciens-biologistes dans le cadre de l'accréditation.

A titre accessoire, les services "cotisations des pensionnés" et "ressources spécifiques" **des Services généraux** procèdent à des remboursements de pensionnés et d'institutions dans le cadre de régularisations (retenues indues ou surestimées).

Le Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - procède mensuellement, par l'intermédiaire de la Direction Finances, au paiement des pensions aux ouvriers mineurs invalides, et ce, tant en Belgique que partout ailleurs dans le monde.

Percevoir

La mission de perception comporte trois volets:

- l'exercice du contrôle d'assujettissement pour autant que celui-ci soit lié à la recette effective des cotisations dues;
- la réception de la cotisation due, y compris d'éventuelles augmentations et intérêts de retard, directement du cotisant ou via des organismes d'encaissement collaborateurs.
- les constats d'infractions donnant lieu à des sanctions administratives et financières.

En ce qui concerne les deux premiers volets, deux services relevant de la Direction Finances - **Services généraux** remplissent cette mission:

1. le service "cotisations des pensionnés", chargé de la perception de la cotisation de 3,55 % sur les pensions et avantages complémentaires.

Le contrôle de l'assujettissement consiste en:

- la réception et la vérification des déclarations;
- la comparaison des déclarations avec les retenues versées;
- l'interrogation des institutions qui établissent des fiches fiscales 281.11 sans introduire de déclarations;
- l'envoi « d'ordres de début de paiement » aux institutions de pensions légales.

La réception des cotisations s'accompagne d'un encodage des extraits de compte et de l'introduction des paiements sur des fiches de travail informatisées.

2. le service des "ressources spécifiques" chargé de la perception des cotisations sur les primes d'assurance (hospitalisation, incendie, accidents du travail,...) ainsi que du supplément de cotisation ou de prime d'assurance en responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs.

Le contrôle de l'assujettissement consiste en:

- une vérification des agrégations (examen du Moniteur belge, contacts avec l'OCA);
- un contrôle approfondi, par branche d'activité, des montants de primes soumis à cotisation (examen des comptes annuels des assurances, des polices d'assurances, des statistiques OCA, comparaison avec les montants déclarés et justificatifs éventuels).

La réception des cotisations dues s'accompagne d'un contrôle des cotisations sur base des extraits bancaires et des déclarations (comparaison, par assureur, des montants déclarés et des montants payés). Le service procède également à la perception de montants imposés aux institutions à titre de sanctions résultant de déclarations ou versements tardifs.

La section pharmaceutique du **Service des soins de santé** assure le contrôle de l'assujettissement des firmes pharmaceutiques à la redevance par conditionnement et à la cotisation sur le chiffre d'affaires (suivi des montants versés et du respect des délais).

D'autre part, en ce qui concerne le troisième volet, des sanctions administratives et financières sont prononcées presque exclusivement par le **Service du contrôle administratif**. Les infractions sont constatées soit par le **Service du contrôle administratif**, soit par le **Service du contrôle médical**.

Ce dernier établit notamment des constats:

- dans le cadre des dispositions de l'A.R. du 10/1/1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
- dans le cadre des dispositions de l'A.R. du 25/11/1996 (anciennement A.R. du 4/6/1987) concernant l'obligation pour certains paramédicaux de tenir un registre de prestations.

Ces constats sont ensuite transmis au **Service du contrôle administratif** en vue de l'application de sanctions ou de la mise en oeuvre de la procédure de récupération de l'indu.

Les sanctions qui peuvent être prononcées par le **Service du contrôle administratif** sont les suivantes:

- amendes à charge des organismes assureurs et offices de tarification: constatation de l'infraction et détermination du montant de l'amende;
- sanctions à charge des bénéficiaires: procès-verbal à charge du bénéficiaire, prononcé des sanctions (exclusions du droit aux indemnités et/ou soins de santé pendant une période déterminée) et contrôle sur l'application des sanctions;
- sanctions à charge des maisons de repos et maisons de repos et de soins pour non-respect des barèmes et normes du personnel.

Les amendes infligées aux organismes assureurs sont payées à charge de leurs frais d'administration; en outre, sauf exception admise par le service, les montants indus non récupérés sont amortis à charge de ces frais d'administration.

Les amendes administratives prononcées par le Service du contrôle administratif à charge de dispensateurs de soins sont notifiées par ce service aux intéressés.

La Direction financière des **Services généraux** se limite à enregistrer le paiement des amendes. En cas de défaillance du débiteur, le Service du contrôle administratif saisit l'administration des Domaines chargée de recouvrer l'amende.

De la même manière, le **Service du contrôle médical** organise et gère les récupérations payables à l'INAMI, résultant des décisions des Commissions de contrôle. Si nécessaire, le Service du contrôle médical charge l'Administration des Domaines de recouvrer le montant.

Enfin, les Commissions administratives fonctionnant au sein du Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - prononcent des sanctions administratives (suspension du paiement de la pension pendant un ou plusieurs mois) en cas de non-déclaration dans les délais requis d'une activité professionnelle exercée par les ouvriers mineurs invalides.

Répartir

On vise ici le transfert de revenus à d'autres organismes recouvrant deux aspects.

D'une part, il s'agit de la distribution de fonds (détermination des montants à payer et versement) attribués à une branche de la sécurité sociale entre les organismes de paiement, tant pour le financement des prestations que pour celui de leur propre fonctionnement.

En ce qui concerne la détermination des fonds à verser pour le paiement des prestations, le **Service des soins de santé**, à l'issue d'une procédure complexe (détermination de l'objectif budgétaire global) suivie et épaulée par le Service des études actuarielles, et le **Service des indemnités** - Direction financière, comptable et statistique, procèdent eux-mêmes à l'opération.

Sur la base de ces données, la Direction financière des **Services généraux** procède au:

- calcul et à l'adaptation des douzièmes budgétaires;
- versement des avances aux organismes assureurs;
- calcul des coefficients d'avances "tiers payant et guichets" et "indemnités";
- paiement aux institutions de sécurité sociale étrangères des soins dispensés à des Belges à l'étranger.

Cette même direction procède au versement des avances sur frais d'administration des organismes assureurs ainsi qu'aux régularisations des comptes courants des organismes assureurs.

D'autre part, le service "cotisations des pensionnés" a pour mission de déterminer (répartition technique) et de transférer (répartition financière) une partie de ses recettes auprès d'autres parastataux sociaux du fait que ceux-ci assurent une couverture en matière de soins de santé : OSSOM et Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins. Cette mission implique également le calcul des frais d'administration et la détermination des recettes nettes des retenues.

Récupérer

La mission « Récupérer » vise le recouvrement de prestations servies indûment (y compris les dépassements d'enveloppes) ainsi que le recouvrement de cotisations dues mais non perçues.

Les constats d'indus sont établis principalement par le **Service du contrôle administratif** à l'occasion du contrôle au sein des organismes assureurs et offices de tarification, mais aussi par le **Service du contrôle médical**, lequel transmet ses relevés au Service du contrôle administratif pour récupération ou application d'une amende administrative.

Les indus générés par des dispensateurs de soins, sans caractère intentionnel ou frauduleux, peuvent être remboursés directement auprès de l'Institut par les dispensateurs concernés .

Dans les autres cas, le **Service du contrôle administratif** notifie les indus aux organismes assureurs, lesquels sont eux-mêmes chargés de la récupération, si nécessaire par voie judiciaire.

Dans le cas de double paiement d'indemnités, le **Service des indemnités** - conventions internationales communique aux organismes assureurs le montant à récupérer auprès des intéressés.

Le Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - procède à la constatation des prestations perçues indûment par les ayants droit, en réclame le remboursement à ceux-ci et procède à la récupération des indus par des retenues mensuelles opérées soit sur les pensions d'invalidité soit sur des prestations sociales servies par d'autres organismes.

La section "laboratoires" du **Service des soins de santé** récupère directement des montants auprès des laboratoires de biologie clinique en cas de dépassement de l'enveloppe annuelle attribuée au secteur ambulatoire.

A cette fin, elle détermine pour chaque trimestre le montant que chaque laboratoire doit, le cas échéant, ristourner à l'INAMI à titre d'avance ainsi que les montants définitifs lors de la clôture d'une année de prestation.

Enfin, le service de cotisations des pensionnés et des ressources spécifiques au sein des **Services généraux** récupère des cotisations dues grâce aux contrôles qu'il effectue sur les déclarations des compagnies d'assurance.

Missions administratives

Octroyer

La mission technique relative à l'octroi de droits, à savoir constater et attribuer des droits en matière d'allocations et de prestations et le calcul de ceux-ci, est rencontrée par quatre services:

- le **Service des soins de santé**, dans le cadre de
 - la fixation du montant des honoraires forfaitaires de biologie clinique attribués à chaque établissement hospitalier;
 - le traitement des demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants;
 - l'enregistrement des données individuelles relatives à l'accréditation, à l'agrément des maîtres de stage, ... ;
 - le traitement des demandes de bénéficiaires sollicitant l'intervention de l'assurance pour traitement orthodontique, prothèse dentaire,... en dérogation aux conditions générales, ou encore pour certains implants et appareillages.
 - le traitement des demandes de conventions de rééducation ainsi que les demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité.

- le **Service des Indemnités**, lorsqu'il reconnaît la situation d'invalidité (sans calcul du montant des indemnités) ou le droit à l'aide d'une tierce personne et lorsqu'il fixe les montants qui peuvent être versés à certains invalides au titre de solde d'arriérés de pensions étrangères perçues ;

- Le Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - lorsqu'il fixe les montants des pensions octroyées aux ouvriers mineurs qui ont été contraints d'arrêter le travail à la mine pour cause de maladie.
- le **Service du contrôle administratif** lorsqu'il traite les demandes d'inscription rétroactive, de reconnaissance du moyen de preuve de la résidence, de levée de la prescription pour force majeure,...

Contrôler

a) Contrôle technique et administratif dans les organismes de paiement

Il s'agit d'une compétence exclusive du **Service du contrôle administratif**, plus précisément des sections "contrôle administratif des organismes assureurs", "contrôle des documents de cotisation" et "fichiers et mutations".

Le contrôle porte sur:

- l'assurabilité:
 - assujettissement à la sécurité sociale et paiement des cotisations;
 - contrôle des inscriptions comme pensionnés, veuves, veufs - régime général, secteur public et indépendants;
 - contrôle de l'octroi de l'intervention majorée;
 - contrôle des cartes d'assurance des pensionnés, veuves et veufs;
 - contrôle des bons de cotisation et attestations de chômage;
 - contrôle sur les régularisations des assujettissements erronés transmis par l'ONSS;
- les conditions d'octroi des prestations;
- les effectifs;
- les mutations;
- les montants payés par les organismes assureurs, les versements individuels, les régularisations (récupérations, compléments, rectifications).

b) Validation des données statistiques, comptables et financières

Le **Service des soins de santé** et le **Service des indemnités** reçoivent des organismes assureurs des informations comptables et statistiques relatives aux dépenses pour prestations, faisant l'objet de contrôles visant à déterminer le caractère acceptable ou non des dépenses renseignées: au-delà d'un certain seuil, les montants non validés sont renvoyés aux organismes assureurs pour correction, donnant ainsi lieu à une série d'échanges avec l'INAMI.

Ces procédures de contrôle nécessitent des investissements considérables en analyse, programmation et exécution, et sont soumises à des impératifs de mise à jour permanente, en particulier dans le domaine des soins de santé.

c) Contrôle des pratiques médicales et paramédicales, contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur)

Ce type de contrôle relève de la compétence du Service du contrôle médical et du Service du contrôle administratif.

Le **contrôle médical**, qui porte également sur l'opportunité des prestations (surconsommation), s'exerce au moyen d'enquêtes effectuées par:

- les médecins et pharmaciens-inspecteurs;
- les infirmiers contrôleurs ;

chez les prestataires ou dans les institutions de soins, mais aussi auprès de bénéficiaires de l'assurance et des organismes assureurs.

Les Inspecteurs du **Service du contrôle administratif** contrôlent et, si nécessaire, dressent également des procès-verbaux à charge des prestataires ("attestations de soins donnés "non conformes ou remises tardivement), des prescripteurs de médicaments (non usage des codes barre).

Le **Service du contrôle administratif** procède aussi, en collaboration avec le **Service des soins de santé**, à des contrôles des maisons de repos pour personnes âgées et des maisons de repos et de soins.

En ce qui concerne les contrôles auxquels le **Service des soins de santé** procède à l'encontre des institutions de rééducation, l'équipe prévue est contrôlée, le respect de la capacité de facturation est vérifié, le contrôle sur la sécurité en matière d'incendie est suivi de près, et d'autres éléments des contrats sont contrôlés, si nécessaire. En principe, la production de prestations est également examinée mensuellement au sein des établissements conventionnés de revalidation.

Régler (traiter les litiges)

Le **Service du contrôle administratif** comporte une section contentieux traitant des litiges avec les organismes assureurs, les offices de tarification, les bénéficiaires et les prestataires.

De même, la section juridique du **Service du contrôle médical** traite des litiges relatifs à des assurés résultant de l'application de l'A.R. du 20/7/1970 (handicapés) ou de la non-reconnaissance d'une incapacité de travail par un médecin-inspecteur.

Ce Service élabore des thèses juridiques à l'intention des tribunaux du travail, tandis que les médecins-inspecteurs participent aux expertises médicales ordonnées par les tribunaux de travail.

Le Service du contrôle médical gère également les recours introduits auprès des commissions d'appel par les prestataires de soins à l'encontre de décisions prises par les Chambres restreintes du Comité, les plaintes déposées contre des prestataires de soins auprès de la Commission de contrôle de la surconsommation ainsi que les recours introduits auprès de la Commission d'appel, par le prestataire ou par le Service, contre les décisions des Commissions de contrôle de la surconsommation. Enfin, il traite les contentieux portés devant le Conseil d'Etat à propos des décisions précitées.

Au sein du **Service des indemnités**, la Direction Contentieux, la Direction médicale et celle des conventions internationales sont également chargées du traitement de litiges.

La Direction Contentieux gère le traitement des litiges relatifs aux recours introduits par les assurés, à la fois contre les décisions prises par la Commission Supérieure et les Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité de ne plus reconnaître leur état d'incapacité de travail, contre les décisions prises par le Comité de gestion du Service de ne pas renoncer à la récupération des prestations qui ont été octroyées indûment ainsi que contre les décisions prises par les organismes assureurs de refuser les indemnités sur avis conforme du fonctionnaire dirigeant du Service, en cas de déclaration tardive de l'incapacité.

Pour ce qui concerne la gestion des litiges relatifs à l'état d'incapacité de travail, le Service Contentieux travaille en collaboration étroite avec le Service du Conseil médical de l'invalidité (suivi de l'évolution du dossier médical en cours de procédure, suivi de la régularité du déroulement de la procédure d'expertise, demandes d'avis sur les documents médicaux produits à l'appui des recours).

Enfin, le **Service des indemnités -entités administratives provinciales des ouvriers mineurs-** gère le traitement des litiges relatifs aux recours introduits par les assurés devant les juridictions du travail contre les décisions prises par les Commissions administratives en matière d'octroi ou de modifications des pensions d'invalidité des ouvriers mineurs.

La section contentieux du **Service des soins de santé** traite des litiges portés par les bénéficiaires, les prestataires et les firmes pharmaceutiques devant les Tribunaux du Travail, et communique si nécessaire le résultat de ces recours aux organismes assureurs et au service compétent. Elle traite également, en collaboration avec le Département des Affaires sociales et les avocats désignés par le Ministre des Affaires sociales, les recours introduits devant le Conseil d'Etat contre des textes réglementaires et des décisions individuelles des organes du Service des soins de santé.

La Direction Contentieux des **Services généraux** assure une fonction de support et de coordination des affaires relevant de tous les services : enregistrement centralisé des assignations notifiées par huissier de justice et des notifications émanant des tribunaux du travail, constitution des dossiers en collaboration avec les services spéciaux, échanges de courriers avec les avocats, réponses aux questions des Auditorats du travail, suivi du contentieux relevant du Conseil d'Etat et contributions à des projets de mémoire,...

La Direction Contentieux est également tenue d'établir une note justificative pour tout paiement en faveur d'experts ou d'avocats et de suivre les actions en récupération auprès d'assurés, de mutuelles, de prestataires et de membres du personnel.

La perception des cotisations de rééducation fonctionnelle donne également lieu, au sein des Services généraux, à la préparation et au suivi technique et juridique (élaboration de thèses) des dossiers litigieux.

Réglementer

Les services des **soins de santé et indemnités** ont une compétence réglementaire spécifique en vertu de laquelle ils sont chargés de l'élaboration et de la mise à jour de leur règlement respectif ainsi que du règlement relatif aux différents documents et relevés comptables et statistiques.

Les **services spécialisés** ont également pour mission:

- de rédiger et de diffuser au moyen de circulaires les instructions relatives aux modalités d'exécution des lois, y compris le Service du contrôle médical sous la forme de directives aux médecins-conseils en matière de contrôle de l'assurance soins de santé et de l'assurance indemnités, et le Service du contrôle administratif qui communique aux organismes assureurs notamment la liste des établissements reconnus dans le cadre de l'enseignement du 3ème niveau;
- de produire des avis, tant à usage interne qu'à destination des organismes collaborateurs (organismes assureurs, laboratoires, hôpitaux,...), sur l'interprétation et l'application de la législation.

De manière générale, **tous les services de l'INAMI** communiquent des données de toute nature aux organismes assureurs sous la forme de circulaires (indexation des prestations, instructions comptables et statistiques, prix de journée des établissements hospitaliers, forfaits dans les établissements extra muros, interdictions d'intervention de l'assurance dans le cadre de sanctions frappant des dispensateurs de soins,...).

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - est également tenue de rédiger et de diffuser à l'intention de ses services provinciaux des circulaires relatives aux modalités d'exécution des dispositions légales ou réglementaires en matière d'assurance invalidité des ouvriers mineurs.

Délivrer

Le concept de « délivrance de données » vise uniquement la fourniture de documents, attestations, certificats, circulaires, etc...

Le **Service des indemnités** communique quotidiennement sur supports magnétiques et sur support papier aux organismes assureurs un grand nombre de notifications relatives aux dossiers du CMI.

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - délivre des relevés de carrière dans les mines, à la demande des affiliés ou de leurs ayants droit ou d'un organisme belge (ONP, par exemple) ou étranger, pour tous les ouvriers mineurs qui ne sont pas encore pensionnés.

Le **Service du contrôle administratif** établit, dans certaines circonstances, des bons de cotisation provisoires permettant à l'assuré de prouver son assurabilité, ainsi que des duplicatas d'attestation devant permettre l'inscription de pensionnés et veufs .

Organiser

La mission opérationnelle caractérisant l'Institut consiste à assurer le fonctionnement d'organes de gestion des différents services, ainsi que d'organes de concertation, d'avis, d'agrément et de sanction, institués au sein ou auprès des services et par l'intermédiaire desquels sont rencontrées ses obligations légales.

Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut citer:

Pour l'Institut:

- le Comité général de gestion.

Pour le Service des soins de santé:

- le Conseil général;
- le Comité de l'assurance;
- la Commission de contrôle budgétaire;
- les Commissions de conventions (14) et d'accords (2);
- le Groupe de Direction de l'accréditation et les Comités paritaires (26);
- les Conseils techniques (8);
- les Conseils d'agrément (6);
- le Collège des médecins-directeurs;
- la Commission d'informatique et ses sous-groupes;
- le Collège national des médecins-conseils;
- le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle;
- les Commissions de profils (5);
- la Commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait;
- le Comité technique des travailleurs indépendants;
- le Conseil scientifique (2 sections);
- le Comité permanent de concertation pour le traitement des profils;
- divers groupes de travail: responsabilité financière des organismes assureurs, franchise sociale et fiscale, passage à l'Euro, assurabilité,...

Pour le Service des indemnités:

- le Comité de gestion - régime général;
- le Comité de gestion - régime des travailleurs indépendants;
- le Conseil médical de l'invalidité:
 - la Commission supérieure;
 - les Commissions régionales et sections;
- le Conseil technique intermutualiste;
- divers groupes de travail: étude des disparités en matière de morbidité, conséquences du passage à l'Euro et à l'an 2000,...
- le Comité de gestion pour les ouvriers mineurs.

Pour le Service du contrôle médical:

- le Comité;
- les Chambres restreintes;
- les Commissions d'appel;
- la Commission de contrôle (10 sections provinciales et 2 sections régionales);
- la Commission d'appel (2 sections).

Pour le Service du contrôle administratif:

- le Comité;
- le Comité spécial.

Pour les Services généraux:

- la Commission technique comptable et statistique.

Les cinq services de l'INAMI sont donc amenés à assurer la préparation, l'organisation, le déroulement et le suivi des réunions de plus de 100 comités, collèges, commissions ou conseils.

Cette particularité de l'Institut a des conséquences extrêmement lourdes sur le plan administratif. Les tâches inhérentes au fonctionnement de chaque organe peuvent être résumées comme suit:

a) Soutien administratif

Certaines commissions sont présidées par un fonctionnaire, tenu de préparer les réunions. Chaque réunion, donne lieu à la rédaction et à la présentation de notes et de dossiers. Un ou deux agents (de rôles linguistiques différents) sont en outre tenus d'assurer, en vertu des règlements d'ordre intérieur des conseils et commissions, le procès-verbal de chaque réunion et d'y consigner les échanges de vues et les conclusions.

L'organisation administrative des réunions d'une commission suppose également:

- la tenue d'un fichier de membres effectifs et suppléants de la commission et la gestion du renouvellement des mandats (arrêtés royaux de démission - nomination préparés au sein des services concernés et coordination par le Secrétariat des Services généraux) et la gestion, par les Services généraux, de l'octroi de titres honorifiques;
- l'envoi des convocations et de la documentation y afférente (notes, procès-verbaux,...);
- la traduction de la documentation et la collaboration active d'un interprète au cours des réunions.

b) Support technique

Le fonctionnement des commissions requiert divers supports techniques mobilisant une part importante des ressources humaines et matérielles:

- la tenue d'une documentation;
- la collecte et le traitement de données, l'élaboration de programmes informatiques spécifiques;
- la rédaction de circulaires, rapports, notes, le plus souvent dans le cadre de l'exécution des décisions des organes de gestion, conventions et accords, conventions relatives à des financements à titre expérimental, ainsi que la reproduction de ces documents (photocopies);
- la mise à jour des prestations de l'assurance soins de santé (nature et tarifs) et indemnités (indexation).

c) Appui juridique et réglementaire

Les comités de gestion principalement, mais aussi d'autres instances telles les commissions d'accords et de conventions, font fréquemment appel aux compétences juridiques des Services afin d'élaborer des avis, des textes légaux, des projets d'arrêtés royaux et ministériels, des règlements,... nécessitant souvent au préalable recherches et études.

Cette activité dans le domaine réglementaire est d'autant plus exigeante qu'elle s'étend, en soins de santé et en indemnités, aux régimes applicables aux travailleurs salariés et aux indépendants.

Leurs activités requièrent enfin la tenue et la mise à jour régulière des dispositions légales et réglementaires.

Il importe de relever qu'à cet appui juridique aux commissions s'ajoute le recours de plus en plus fréquent aux sections "réglementation" des Services des soins de santé et des indemnités pour élaborer des textes légaux et réglementaires à la demande du Ministre de tutelle.

Informer

Divers services de l'INAMI constituent des fichiers à des fins de diffusion interne ou externe.

C'est particulièrement le cas du **Service des soins de santé** qui produit notamment:

- un fichier des dispensateurs de soins (identification, nature de l'agrément Santé publique, adhésion ou non à l'accord ou à la convention, accréditation, ...), dont la plupart des mises à jour sont régulièrement transmises aux organismes assureurs;
- un fichier des prestations de santé (codes de la nomenclature et libellés) comportant l'historique de leurs tarifs, destiné à l'information des dispensateurs de soins mais aussi d'autres services de l'INAMI (le contrôle administratif p.ex.);
- comme mentionné précédemment, des fichiers relatifs à des montants individualisés d'honoraires et interventions de l'assurance destinés aux organismes assureurs, aux établissements hospitaliers,...

Le Service des soins de santé produit également des données individuelles relatives à l'activité, dans le cadre de l'assurance obligatoire, des dispensateurs de soins, établissements hospitaliers, laboratoires de biologie clinique,... faisant l'objet de communications aux intéressés, entre autres à des fins de comparaison avec des groupes de référence ou de justification de récupérations (ristournes en biologie clinique ambulatoire).

Le **Service du contrôle médical** établit, à destination du Service des indemnités, des statistiques concernant l'activité des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail ainsi que le fichier des médecins-conseils.

Le **Service du contrôle administratif** établit, sur base des documents de cotisation, des statistiques destinées au Service des indemnités.

En ce qui concerne la collecte et le traitement de données statistiques, la rédaction et diffusion d'études, de statistiques, ou encore la réalisation d'études techniques à la demande des autorités et/ou organes de gestion, **tous les Services** remplissent de telles tâches, bien qu'à des fins purement internes en ce qui concerne le Service du contrôle médical (données collectées auprès des services provinciaux ou des médecins-conseils des organismes assureurs).

Les sections "actuariat" et "profils" au sein du **Service des soins de santé**, collectent systématiquement - mensuellement ou trimestriellement selon le cas - des volumes considérables de données statistiques et comptables auprès des organismes assureurs.

Outre la production régulière de "données de gestion" et de rapports statistiques, ces données servent aussi à la réalisation d'études techniques à la demande des organes de gestion et de leurs groupes de travail, des commissions de conventions et d'accords, etc... A côté de ces études techniques assurées par la plupart des sections du Service des soins de santé, les sections "réglementation" et "contentieux" de la Direction juridique produisent également des études de nature juridique.

Au **Service des indemnités**, toutes les directions assument les tâches visées bien que la rédaction et la diffusion d'études et de statistiques soient plus spécifiques à la Direction financière et statistique.

Celle-ci reçoit trimestriellement des organismes assureurs les données relatives aux dépenses en matière d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité. Ces données comptables servent à l'élaboration de statistiques ou "données de gestion", constituent le fondement d'études et contribuent à alimenter l'annuaire statistique et le Vademecum de la Sécurité sociale.

Le Service constitue également divers fichiers (reprises partielles d'activité de titulaires indépendants en incapacité, prolongations des délais de récupération d'indemnités, historique des dépenses introduites par les organismes assureurs et montants rejetés par le Service,...) destinés principalement à informer le Comité de gestion sur la structure des dépenses et son évolution.

La section Réglementation réalise en particulier des études juridiques sur les questions suscitées par le fait que diverses législations sont susceptibles d'interférer sur le plan de l'incapacité de travail.

Le **Service du contrôle médical** réalise des études à usage interne ou externe (bulletins d'information INAMI) à propos de sujets d'ordre médical ou juridique relevant des attributions du service.

Au sein du **Service du contrôle administratif**, des études sont produites à l'occasion du ciblage des contrôles: il s'agit, au départ d'informations transmises par le Service des soins de santé, le Service des indemnités, les mutualités, l'INASTI, etc..., d'orienter le contrôle vers les lieux présentant un profil inhabituel afin de maximaliser son efficacité.

Au sein des **Services généraux**, on collecte et traite des données relatives aux effectifs des organismes assureurs, apporte des contributions à des rapports statistiques internes à l'INAMI ou externes (annuaire de statistique de la sécurité sociale, annuaire statistique INS,...). Il y est également produit des études concernant les non-assurés, une comparaison des effectifs assurés avec les chiffres de population INS et diverses contributions extérieures.

Fourniture d'informations en réponse à des demandes individuelles et réponses à des questions parlementaires

Tous les services de l'INAMI sont évidemment amenés à fournir par lettre, par téléphone ou - plus rarement - contact direct, des informations à des assurés, prestataires, membres de commissions, étudiants ou autres.

De par la nature des informations qu'ils traitent, certains services sont cependant sollicités plus fréquemment, de manière systématique ou à l'occasion d'envois massifs de documents: accords ou conventions avec les organismes assureurs, campagnes d'information en matière de prescription médicale, communication aux pensionnés en matière de retenues de cotisations,... Le **Service des indemnités** est plus spécialement sollicité par les secrétariats sociaux ou les organisations syndicales pour toutes les questions relatives au salaire garanti, aux obligations des employeurs,...

De même, **tous les Services** de l'Institut - mais **principalement le Service des soins de santé** - contribuent à préparer des projets de réponses aux questions parlementaires et interpellations adressées au Ministre des Affaires sociales.

Collecte et transfert de données et d'informations de/vers des institutions de sécurité sociale et des administrations

Les échanges de données à l'intérieur de l'Institut mais aussi entre l'INAMI et d'autres organismes sont systématiques et concernent tous les services.

Ainsi, le **Service du contrôle administratif**:

- recueille des données auprès des OA, l'ONSS, l'ONSSAPL, l'ONP, l'INASTI, le Ministère des Finances, l'OCM et les Départements Enseignement des Communautés;
- communique des données aux Services des soins de santé, indemnités et Services généraux - comptabilité, mais aussi à l'OCM (rapport annuel), à la BCSS et à la SMALS.

Le **Service du contrôle médical** établit un rapport annuellement à l'intention de l'OCM.

La Direction financière du **Service des Indemnités** communique également des données à la comptabilité des Services généraux mais aussi à l'OCM (rapport annuel) et au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement (contributions à l'annuaire statistique de la Sécurité Sociale, au VadeMecum de la sécurité sociale, au Point d'appui de la Sécurité sociale).

Le Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - tient à jour et transfère à la Fortis Banque (ex-CGER) et à la BCSS les données relatives aux comptes individuels des ouvriers mineurs actifs et invalides.

Le service "cotisations des pensionnés" (**Services généraux**) transmet des données de pensions à l'ONP et au Ministère des Finances pour le calcul du précompte professionnel et de la retenue de solidarité sur les pensions légales.

Enfin, le **Service des soins de santé** fait appel à des données du Ministère de la Santé publique (agrément des dispensateurs et des établissements hospitaliers, nombres de lits agréés par service hospitalier,...) et du Ministère des Finances dans le cadre de la franchise sociale. A l'inverse, il communique des informations au Ministère de la Santé publique (consommation médicale par hôpital et par service), au Service du contrôle médical, aux Conseils de l'ordre, à l'Administration des contributions directes sur requête judiciaire, au Département des Affaires sociales - Point d'appui de la sécurité sociale, à l'OCM (rapport annuel),...

Conseiller

Les **services spécialisés** de l'INAMI, et plus particulièrement ceux qui participent à la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités et à l'assurance invalidité des ouvriers mineurs, assurent des tâches de conseil en législation, comportant les aspects suivants:

- préparation et évaluation de la législation au moyen de propositions et d'études sur initiative propre ou à la demande des autorités de tutelle;
- avis sur la législation;
- avis sur l'applicabilité des textes légaux (en particulier le Service du contrôle médical à l'intention du Service des soins de santé);
- avis sur l'impact social et budgétaire des lois et règlements (à l'exception du Service du contrôle médical);
- avis relatifs à l'harmonisation de la législation.

Les experts juridiques des services des soins de santé et indemnités sont fréquemment sollicités tant au niveau interne de l'Institut qu'au niveau externe (Cabinets, Ministère des Affaires sociales, Classes moyennes, réunions internationales,...).

Le Service du contrôle administratif produit également, à l'initiative de son service "contentieux", des avis relatifs aux implications d'autres législations sur l'assurance soins de santé et indemnités ainsi qu'aux conséquences de l'informatisation de l'assurance sur la protection de la vie privée.

Enfin, **les Services généraux** sont fréquemment amenés à élaborer des avis relativement à la législation appliquée par d'autres services (ex. accréditation, commissions de contrôle, etc...) ou ne relevant pas de la compétence d'un service spécifique (ex. apurement des comptes courants), ou encore relatifs à des législations ne relevant pas de l'assurance soins de santé et indemnités (ex. marchés publics, charte de l'assuré social, etc...). Ils sont en outre chargés de la coordination des modifications proposées par les différents services, et notamment, de leur intégration dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

En ce qui concerne l'établissement et l'adaptation des budgets (indépendamment de la confection des budgets de frais d'administration, lesquels relèvent des missions de support), le Service des Soins de santé et celui des Indemnités sont tenus:

- d'établir, tant pour le régime général que pour celui des indépendants, un budget relatif aux prestations relevant de leurs compétences respectives (préfiguration ou prévisions techniques, établissement d'un budget initial, adaptations à l'occasion notamment du contrôle budgétaire,...);
- de suivre l'évolution des dépenses de façon détaillée au mois le mois et de les comparer aux budgets et enveloppes budgétaires;
- d'informer les organes de gestion concernés;

- dans le cadre des soins de santé, à l'intervention de la Commission de contrôle budgétaire, de veiller à la mise en oeuvre éventuelle des mécanismes de correction par les commissions de conventions ou d'accord concernées, le Comité de l'assurance et le Conseil général et d'évaluer en permanence l'incidence budgétaire des modifications de la nomenclature et de la valeur des prestations;
- de procéder annuellement à la clôture des comptes.

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - est tenu de préparer le budget de l'assurance invalidité des ouvriers mineurs (préfiguration ou prévisions techniques, établissement d'un budget initial, adaptations à l'occasion notamment du contrôle budgétaire) et de procéder annuellement à la clôture des comptes.

Autres

Outre les missions génériques mentionnées sous les points précédents, les différents services de l'Institut assurent des tâches particulières.

Pour le Service du contrôle administratif:

- cellule administrative;
- contrôle auprès du Ministère des Finances des revenus des inscrits dans le registre national;
- contrôle, en collaboration avec le Ministère des Finances, de l'intervention majorée;
- autorisation des modèles dérogatoires (intervention majorée);
- contrôle des remboursements des prestataires de soins (spontanés ou par décision de la Chambre restreinte);
- contrôle des listes de montants récupérés par les organismes assureurs autorisant une majoration de leurs frais d'administration - art. 195 § 2 de la loi SSI;
- contrôle de la capacité maximale de facturation des établissements de revalidation;
- procès-verbaux à charge des prestataires de soins pour publicité;
- carte d'identité sociale:
 - contrôle de l'utilisation de la carte professionnelle;
 - contrôle sur la perception de 100 FEB en cas de remplacement de la carte d'identité sociale;
 - contrôle des données communiquées par les mutualités;
 - contrôle des changements de données;
- contrôle de la perception effective de la cotisation destinée au fonds de réserve;
- contrôle à la demande des autres services:
 - assujettissement frauduleux ONSS;
 - application règlements CE;
 - déduction des dépenses des modèles C et P1;
 - remboursement des indemnités au-delà des 2 ans autorisés par le Service des indemnités;
 - etc...;
- valeur probante des renseignements du registre national obtenu par voie électronique (respect des conditions relatives à la banque de données);

- transmission à l'Office de contrôle des données concernant les intérêts des placements faits par les organismes assureurs;
- évaluation des coûts des offices de tarification;
- examen des factures transmises par les offices de tarification aux organismes assureurs en vue de contrôler les coûts dans le cadre de Pharmanet;
- communication aux organismes assureurs des cas dans lesquels les divers dossiers ou pièces justificatives doivent être conservés au-delà du délai normal (à la demande de l'Office du de contrôle des mutualités ou d'autres services ou sur décision propre).

Pour le Service du contrôle médical:

- assistance judiciaire sur requête du Parquet;
- contrôles médicaux à la demande du Service des indemnités dans le cadre des conventions internationales;
- participation des médecins-inspecteurs aux Commissions régionales du CMI et aux expertises médicales ordonnées par les tribunaux du travail concernant les décisions de ces commissions;
- examens à la demande de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins.

Pour le Service des indemnités:

- levées de sanctions suite aux déclarations tardives d'incapacité de travail ;
- évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre des pensions de survie du conjoint survivant de moins de 45 ans;
- évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance incapacité de travail pour marins naviguant sous pavillon belge;
- évaluation de l'impossibilité de continuer des études pour cause de maladie dans le cadre de l'extension du champ d'application de l'assurance soins de santé obligatoire aux étudiants de l'enseignement supérieur;
- demandes d'une institution étrangère compétente de contrôles médicaux sur des bénéficiaires habitant en Belgique - voir aussi Service du contrôle médical.

Pour le Service des soins de santé:

- cellule technique de la structure de concertation multipartite;
- études externes;
- examen par le Collège des médecins-directeurs de cas individuels à la demande de l'OSSOM et de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins;
- dossiers relatifs aux cas de publicité (après enquête par le Service du contrôle administratif).

II. MISSIONS DE SUPPORT

Les missions de support sont subdivisées en quatre grandes catégories :

1. gérer les ressources humaines ;
2. gérer les biens mobiliers et immobiliers ;
3. gérer les finances ;
4. gérer le traitement de l'information.

Gérer les ressources humaines

La gestion du personnel comporte certaines tâches assumées par les seuls **Services généraux**:

- élaboration du cadre du personnel des Services généraux et globalisation des propositions de cadre organique et linguistique des Services spéciaux;
- gestion des recrutements (contacts avec le Selor, convocation des candidats, vérification des conditions d'engagement, constitution et suivi du dossier personnel,...);
- application du statut administratif, pécuniaire et syndical et information du personnel;
- sécurité et hygiène;
- services sociaux;
- gestion de l'horaire variable;
- calcul et paiement des traitements;
- comptabilisation des périodes de maladie, accidents de travail, pensions.

Cependant, nombre de tâches relevant du même ordre sont également prises en charge par les **Services spéciaux**:

- élaboration des demandes d'engagement d'agents contractuels pour des tâches de nature exceptionnelle et temporaire;
- élaboration de syllabus et participation à des jurys d'examens en vue du recrutement de certains agents;
- séances de formation des agents stagiaires (Service du contrôle administratif), gestion des demandes de formation (autorisation ou refus) et collaboration avec le Service de formation dans le cadre de la mise au point de programmes de formation spécifiques (Service du contrôle médical);
- évaluation du personnel (entretiens fonctionnels, définition de fonctions,...) et mesures disciplinaires;
- enregistrement des absences,...

Il convient de signaler que le Centre de traitement de l'information (CTI) se charge également du recrutement, auprès de la Société de mécanographie (SMALS), de personnel spécialisé dans certains domaines de l'informatique.

Le CTI se charge en outre de l'évaluation de ce personnel (merit rating), laquelle a une incidence sur les rémunérations et possibilités de carrière ainsi que du paiement de ses rémunérations via les états de frais introduits par la SMALS.

Les questions relatives au personnel sont également traitées au sein de conseils et commissions dont le fonctionnement est assuré par les Services généraux avec la collaboration de fonctionnaires de haut rang de tous les services:

- Comité général de gestion;
- Comité et Conseil de Direction;
- Comité de concertation de base;
- Comité de concertation de base – prévention et protection au travail;
- Comité de gestion des oeuvres sociales et du Service social;
- Commissions des stages (2);
- Chambre de recours.

Enfin, deux cellules touchant en partie à la gestion des ressources humaines ont été mises en place dans le courant de l'année 2000 :

- une cellule communication, chargée entre autres de la communication interne au sein de l'Inami, notamment par la mise en place et l'entretien d'un réseau interne d'informations (l'intranet) ;
- une cellule modernisation, chargée de la conceptualisation d'outils de gestion (dont les tableaux de bord), de la coordination de travaux intéressant simultanément plusieurs services de l'Institut (ex. préparation du contrat d'administration) ainsi que de l'accompagnement de processus de changement considérés comme indispensables par le comité de direction.

Gérer les biens mobiliers et immobiliers

En ce qui concerne les biens et fournitures, les **Services généraux** assurent la gestion des bâtiments, avec l'aide des responsables des services provinciaux pour ce qui concerne les services décentralisés, et la collaboration des services spéciaux en ce qui concerne le relevé des manquements. Il en va de même sur le plan de la sécurité et de l'entretien des bâtiments.

La gestion des besoins en matériel (économat, mobilier, ...) s'effectue en collaboration avec tous les services spéciaux.

Le contentieux en matière de biens et services est du ressort des seuls **services généraux**.

En ce qui concerne les services auxiliaires, certains sont pris en charge uniquement par les **Services généraux** (traduction et interprétariat, mess et cantine, imprimerie), mais la plupart sont assumés simultanément dans **tous les services** (secrétariat, dactylographie, téléphones, huissiers, accueil, expédition, reproduction par photocopies, archives).

Gérer les finances

Les tâches liées à la gestion de la trésorerie relèvent de la compétence exclusive de la Direction Finances des **Services généraux**:

Il s'agit de:

- l'établissement, le suivi et les corrections à apporter aux tableaux de trésorerie destinés à la gestion financière globale (régime général et régime des indépendants);
- l'établissement de la note "situation de caisse";
- dans le cadre des demandes de fonds à la gestion globale ;
 - l'établissement de tableaux reprenant les besoins de trésorerie quotidiens de l'Institut;
 - la réception des besoins quotidiens de financement et les adaptations en fonction de l'évolution des recettes propres;
- la réception des recettes propres de l'Institut: cotisations des pensionnés, assurances automobiles, assurances hospitalisations, récupérations en biologie clinique, prélèvement sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, redevance par conditionnement public de médicament, recettes conventions internationales, produit des amendes administratives,... ;
- dans le cadre de la gestion des liquidités:
 - suivi de l'état des divers comptes financiers ;
 - établissement des transferts financiers en fonction des nécessités;
- conclusion de prêts, paiement des intérêts et remboursement du capital.

En matière de **comptabilité et finances**, chaque **Service** établit son propre budget des frais d'administration en collaboration avec les **Services généraux** : prévisions et adaptations des frais d'administration, exécution et suivi de l'évolution des frais (services provinciaux et service central dans le cas du Service du contrôle médical), rapport annuel à l'intention du ou des organes de gestion du Service,...

Le budget global est soumis à l'approbation du Comité général de gestion de l'Institut.

Au sein des **Services généraux**, le CTI gère son propre budget (achat de matériel hardware, contrats d'entretien, assistance par des tiers, travaux exécutés par la SMALS pour compte de l'INAMI, location et leasing de matériel hard- et software).

Le Service "comptabilité" des Services généraux est responsable de l'intégration de ces éléments dans un budget global.

De même, chaque service tient une comptabilité au moins restreinte, bien que cette compétence relève de la section "comptabilité" au sein des Services généraux:

- établissement et actualisation du plan comptable;
- tenue des pièces comptables et établissement des documents comptables (journal, grand livre);
- justification des divers comptes financiers et établissement des écritures;
- clôture des comptes en fin d'année comptable.

De par la nature de leurs activités, les Services "cotisations des pensionnés" et "ressources spécifiques" tiennent également une comptabilité auxiliaire: comptabilisation journalière des recettes et des dépenses, écritures comptables diverses (journal mensuel, grand livre mensuel, balances mensuelles;)...

Le **Service des indemnités** - conventions internationales, compétent pour l'application des règlements communautaires européens, tient également une comptabilité spécifique sur base d'un dossier "débiteurs".

La section des laboratoires de biologie clinique du **Service des soins de santé** tient également une comptabilité des montants dus par les laboratoires, comparés aux sommes remboursées ou retenues en garantie par les organismes assureurs.

Le service "comptabilité" des **Services généraux** est aussi responsable:

- de l'établissement des rapports d'exploitation de l'INAMI;
- de l'établissement de divers rapports comptables de l'assurance soins de santé et indemnités, des organismes assureurs (OA),... ;
- de la gestion du compte financier: préparation et paiement des dépenses en relation avec les frais d'administration des OA, suivi de l'état du compte financier (CCP,...) ;
- de la gestion des obligations sociales et fiscales de l'employeur : versement des cotisations ONSS, versement au Ministère des Finances de la cotisation CVO, du précompte professionnel et du précompte mobilier.

Gérer le traitement de l'information

En ce qui concerne le développement et la gestion d'un système d'information, le Centre de traitement de l'information au sein des **Services généraux** joue un rôle de premier plan.

Le CTI a notamment pour tâches:

- d'assurer le fonctionnement d'un Groupe de travail pour l'informatisation (rédaction de notes, secrétariat) visant à favoriser la coordination et la standardisation de l'infrastructure informatique;
- de gérer les domaines hard- et software de l'ordinateur central: achat, location ou leasing, installation et entretien de l'appareillage et du software, mise à jour permanente;
- d'assurer la sécurité physique et logique des données et d'en garantir une disponibilité continue dans le cadre de la loi sur la Banque-carrefour.

Outre les adaptations nécessitées par l'entrée en vigueur de l'Euro, le **Service des indemnités** s'attache, en collaboration avec le CTI, au développement de nouvelles applications informatiques. L'usage de PC pour le contrôle et l'exploitation des données comptables transmises par les organismes assureurs est en développement constant, de même que le recours à l'informatique à des fins de gestion administrative interne (ex. courrier du Service).

Les deux Services de contrôle veillent également à développer des systèmes informatiques adaptés à leurs besoins.

Ainsi, le **Service du contrôle médical** s'est doté à cette fin d'une cellule informatique.

Celle-ci a comme missions:

- de produire des programmes rendant possible la consultation de bases de données provenant de l'ordinateur central ou d'autres services;
- de produire des programmes spécifiques à la gestion de l'administration et de la documentation du service (enregistrement de la correspondance, gestion des dossiers d'enquête, suivi de la jurisprudence,...);
- de produire, d'entretenir et d'améliorer des programmes spécifiques à l'activité du contrôle médical (enregistrement des reprises de travail à temps partiel, d'activités des médecins-conseil,...).

Le caractère décentralisé du Service du contrôle médical requiert régulièrement des mises au point et un soutien logistique en province.

Le **Service du contrôle administratif** s'attache en particulier à exploiter les possibilités informatiques dans le cadre de:

- l'organisation du travail;
- la répartition des tâches;
- l'étude et le développement d'un système de transmission de données facilement utilisable par les inspecteurs tant afin de recevoir que de communiquer des données de manière rapide et sûre (textes légaux, mises à jour des données de travail,...).

Le Service du contrôle administratif travaille actuellement au développement d'un nouveau projet de gestion documentaire à l'usage des inspecteurs. Il participe activement à la mise en service d'applications développées à des fins propres en interne à l'INAMI ou en externe (tests des utilisateurs, validation par les utilisateurs et le groupe de coordination,..).

Enfin, le Service du contrôle administratif mène des enquêtes sur la fiabilité des banques de données des organismes assureurs en vue de leur agrégation par le Ministre après avis du Comité.

C'est également le seul service spécialisé qui élabore des brochures sur les systèmes d'information.

Sur le plan de l'aide aux utilisateurs, le **CTI-Services généraux** assume les missions suivantes:

- analyse des applications proposées par les différents services de l'INAMI, rédaction de la documentation et de manuels;
- programmation et entretien des applications, rédaction de la documentation relative à la programmation;

- au niveau de l'exploitation: démarrage, clôture et bon fonctionnement de l'infrastructure informatique, traduction des demandes des services en missions de travail pour les opérateurs et exécution de ces missions par les opérateurs, prise de back up (copies de sécurité), automatisation des missions de travail par agenda-horaire et site-monitor, au niveau de l'assistance (helpdesk), enregistrement des pannes, interruptions et perturbations.

Quant au **Service du contrôle administratif**, il veille lui-même au quotidien au fonctionnement du parc machines et fournit l'aide au premier niveau dans l'utilisation des programmes et logiciels de bureautique.

Il assure également lui-même la formation à l'utilisation de nouveaux programmes ou applications et de nouveaux matériels.

En matière de programmation, plus d'une vingtaine de programmes spécifiques aux besoins du Service ont été élaborés en son sein, y compris un système standardisé de rédaction du courrier.

Le **Service du contrôle administratif**, de même que le **Service du contrôle médical** et le **Service des soins de santé** participent aux travaux sur la standardisation des matériels et des logiciels au niveau de l'INAMI.

Enfin, il importe de rappeler que des volumes considérables de données relatives à la consommation médicale font l'objet, à l'initiative et sous le contrôle du Service des soins de santé, de traitements au sein de la Société de mécanographie (SMALS) sur base d'un cahier de charges élaboré au sein d'un "comité permanent de concertation pour le traitement des profils".

Annexe 2 : Les tableaux de bord

1. Séjour Hospitalier Anonyme

Volet 1

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Dresser à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité de ses données 1998, 1999 et 2000, et organiser le cas échéant des réunions avec chaque organisme assureur ou l'ensemble de ceux-ci en vue de remédier aux problèmes identifiés.	31/12/2002	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle ¹	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Diminution des délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables.	▪ Temps écoulé entre la date de réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative et la mise à disposition du fichier SHA.	10 mois	9 mois	9 mois	6 mois

¹ Données SHA 1997 (données comptabilisées jusqu'au 30 juin 1998)

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	OA	Valeur actuelle ²	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration des délais de fourniture par les organismes assureurs de fichiers acceptables.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de jours de retard dans la fourniture de fichiers acceptables par rapport à la date fixée par circulaire (par organisme assureur et moyenne pour l'ensemble des OA). 	1 2 3 4 5 6 9 Moy	178 15 397 11 5 376 200 169			
2.	Amélioration de la qualité des données exploitées.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de versions différentes d'un même fichier (par organisme assureur et moyenne pour l'ensemble des OA). ▪ Pourcentage des séjours avec rejets. ▪ Taux d'exhaustivité des données : - nombres de journées (comparaison 	1 2 3 4 5 6 9 Moy 1 2 3 4 5 6 9 Moy	2 1 5 1 1 4 2 2,3 3,5 12,1 23,3 11,7 12,3 3,3 1,8 11,5			

² Données SHA 1997 (données comptabilisées jusqu'au 30 juin 1998)

		avec modèle H – en %)	1	101,0			
			2	90,9			
			3	100,3			
			4	100,3			
			5	100,3			
			6	99,6			
			9	100,0			
			Moy	100,2			
		- montants hors journées (comparaison avec modèle P – en %).	1	99,0			
			2	91,2			
			3	97,5			
			4	99,9			
			5	99,8			
			6	93,2			
			9	96,3			
			Moy	98,3			
3.	Amélioration des délais nécessaires à la mise à disposition de données validées par rapport à l'année sur laquelle portent les séjours.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps écoulé entre l'année sur laquelle portent les séjours et la mise à disposition du fichier SHA (en mois). Edition SHA (date théorique de livraison par les OA) - SHA 1998 (volontaire – 31/10/2000) - SHA 1999 (31/12/2000) - SHA 2000 (31/12/2001) - SHA 2001 (31/12/2002) - SHA 2002 (31/12/2003) 		44	- 36 24	24	18

Volet 2

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Etudier un domaine médical ou une discipline médicale par an au sein d'un groupe de travail mixte SSS-SCM en vue de détecter des séjours pour lesquels les règles de la nomenclature n'ont éventuellement pas été respectés ou pendant lesquels des prestations superflues ont éventuellement été effectuées.	30-06-2003 30-06-2004	
2.	Informers les organes de concertation ou d'autres organes concernés au sujet des constatations et des conclusions de l'étude.	30-09-2003 30-09-2004	
3.	Informers les institutions concernées au sujet de leurs pratiques.	31-12-2003 31-12-2004	
4.	Informers les GLEM au sujet des constatations et des conclusions concernant la pratique médicale.	31-12-2003 31-12-2004	
5.	Proposer des modifications et des explications de la réglementation.	30-09-2003 30-09-2004	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Réduction des pratiques hospitalières inexplicables qui ont été identifiées par l'étude tant au niveau médical qu'au niveau de la facturation.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A préciser en fonction de l'objet de l'étude et sur base de ses conclusions. 				
2.	Le cas échéant, une correction des dispositions légales et réglementaires relatives à l'objet de l'étude.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de tableau de bord : relever, dans les rapports annuels au Commissaire du Gouvernement et dans le rapport final, les modifications introduites dans des dispositions légales et réglementaires par suite des études et les qualifier (évaluation de l'impact que l'on peut en attendre). 				

N°	Facteurs d'environnement	Indicateurs
1.	Les commissions et conseils concernés inscrivent les rapports transmis à l'ordre du jour et y accordent l'attention nécessaire.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="786 233 2168 336">▪ Pas de tableau de bord : indiquer, dans le rapport annuel au Commissaire du gouvernement, les organes auxquels ont été communiqués des constats en vue d'apporter des améliorations aux dispositions relevant de leur compétence.

2. Fonds spécial de solidarité

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Intégrer dans le système informatique toute nouvelle demande.	01-07-2002	
2.	Créer une base de données médicales informatisées (outil d'aide à la décision et outil statistique) utilisable dans le courant de 2003 et totalement opérationnelle au plus tard fin 2004.	31-12-2003 31-12-2004	
3.	Quantifier les renvois de dossiers aux organismes assureurs dès la 1ère année et Dresser un inventaire des motifs de renvoi à l'expiration de la 3ème année.	01-07-2002 31-12-2004	
4.	Produire la brochure d'information sur le FSS.	31-12-2002	
5.	Diffuser la brochure auprès des OA, de groupes d'intérêts, d'associations de patients... ou, sur demande, directement auprès des assurés sociaux, à partir de la 2ème année.	31-12-2003	
6.	Adapter le contenu de la brochure d'information en fonction de l'évolution de la réglementation et du feed-back chez les « consommateurs ».	31-12-2004	
7.	Produire un aperçu annuel des décisions prises par le Fonds.	01-02-2003 01-02-2004 01-02-2005	
8.	Enregistrer, dès la 2ème année, le nombre de plaintes écrites des assurés sociaux concernant des dossiers en cours .	01-01-2003	
9.	Produire un rapport annuel sur le nombre et la typologie des plaintes.	01-02-2004 01-02-2005	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration des délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels (hors délai mis par le CMD).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de préparation des dossiers complets pour le CMD (maximum). ▪ Délai d'exécution des décisions du CMD (maximum). <p>N.B. Les engagements portent sur les délais de traitement administratif, hors périodes d'attente de renseignements complémentaires (à enregistrer également pour chaque dossier).</p>	41 j. ouvr.	25 j. ouvr.	20 j. ouvr.	15 j. ouvr.
			57 j. ouvr.	25 j. ouvr.	20 j. ouvr.	15 j. ouvr.
2.	Notification, à l'assuré social, du traitement du dossier par le CMD dans un délai maximum suivant la prise de décision.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de notification à l'assuré social (maximum). 	Sans objet	15 j. ouvr.	15 j. ouvr.	15 j. ouvr.

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration des délais d'introduction des dossiers à l'INAMI par les OA .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai moyen d'introduction des dossiers à l'INAMI par les OA. 				
2.	Réduction du taux de dossiers incomplets transmis par les unions nationales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de dossiers renvoyés sans examen par le CMD. 				0 %
3.	Amélioration des délais d'examen des dossiers par le CMD.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai moyen écoulé entre la mise à disposition du dossier auprès du CMD et la prise de décision. 	42 j. ouvr.	15 j. ouvr.	10 j. ouvr.	10 j. ouvr.
4.	Amélioration du délai de traitement complet des dossiers, depuis la date d'introduction de la demande au sein de la mutualité jusqu'à la notification de la décision au bénéficiaire, y compris le montant de l'intervention à laquelle l'assuré peut prétendre.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de traitement complet des dossiers : délai maximum pour 90 % des dossiers. 	5 mois	3mois	3mois	3mois

N°	Facteurs d'environnement
1.	Evolution du nombre de demandes d'intervention du FSS traitées par le Collège en séance plénière.
2.	Evolution de la complexité des dossiers soumis au Collège des médecins-directeurs en fonction des indicateurs suivants : Fréquence des demandes de renseignements à l'extérieur (universités, ...). Fréquence des demandes d'avis à la Commission de remboursement du médicament/Conseil technique pharmaceutique. Pourcentage de dossiers traités en séance plénière.
3.	Evolution du délai de réponse de la Commission de remboursement du médicament et du Conseil technique pharmaceutique.
4.	Respect par les OA de l'exigence de communication du n° national.
5.	Degré d'intégration dans la nomenclature concernée de prestations traitées au niveau du FSS en fonction des indicateurs suivants : Nombre de prestations insérées dans la nomenclature des soins de santé ; Nombre de prestations insérées dans la nomenclature des spécialités pharmaceutiques ; Nombre de prestations pouvant être remboursées en fonction d'autres réglementations (lois, arrêté royaux, conventions, ...).
6.	Evolution du nombre de demandes traitées par le médecin-conseil lui-même.

3. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Définir un système informatique pour l'élaboration d'un échange de données électronique avec l'industrie pharmaceutique: les demandes d'admission, de modification et de suppression peuvent être introduites et leur recevabilité peut être constatée; communication de l'état de la situation et de l'évolution du dossier dans le temps aux dates-clés.	01-02-2002	
2.	Mettre en oeuvre le système informatique pour l'élaboration d'un échange de données électronique avec l'industrie pharmaceutique.	01-04-2002	
3.	Définir la standardisation des notions et des documents, y compris les dossiers soumis aux membres de la CRM.	01-07-2002	
4.	Mettre en oeuvre la standardisation des dossiers soumis aux membres du CRM.	01-01-2003	
5.	Evaluer le processus décisionnel et proposer éventuellement des corrections: 1ère évaluation deuxième évaluation troisième évaluation quatrième évaluation cinquième évaluation	31-12-2002 30-06-2003 31-12-2003 30-06-2004 31-12-2004	
6.	Disposer d'une banque de données détaillée contenant les données suivantes : description des spécialités remboursables critères administratifs et pharmacothérapeutiques des spécialités remboursables historique des données relatives au traitement administratif des demandes	01-03-2002 01-03-2002 01-01-2003	
7.	Evaluation et confrontation de la proposition de la firme aux modalités de remboursement existantes figurant dans la banque de données, avec éventuellement une formulation et une motivation du service.	01-03-2002	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Respect des délais légaux : classe I classe II classe III spécialités importées parallèlement médicaments orphelins.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de dossiers pour lesquels les délais ont été respectés. ▪ Délai moyen d'admission. 	Pas disponible			

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Gestion plus rationnelle du budget disponible.	Non mesurable				
2.	Réduction du délai des procédures de modification.					180 jours

N°	Facteurs d'environnement					
1.	Les membres de la CRM doivent collaborer de manière active et structurée au processus décisionnel.					
2.	Les firmes pharmaceutiques doivent élaborer leur dossier correctement dès le début, de sorte que la procédure ne soit pas perturbée par l'ajout ultérieur de nouveaux éléments.					

4. Pharmanet

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1	Intervenir auprès des organismes assureurs et des offices de tarification en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité : envoi d'un rapport annuel reprenant les constats et d'éventuelles directives : rapport n° 1 rapport n° 2 rapport n° 3	31/12/02 31/12/03 31/12/03	
2	Présenter chaque année au CEM un rapport reprenant les réactions aux campagnes des usagers ainsi que des propositions éventuelles d'améliorations tant en ce qui concerne le contenu que la présentation des informations : rapport n° 1 rapport n° 2 rapport n° 3	30/06/02 30/06/03 30/06/04	
3	Fournir rapidement au CEM les informations nécessaires (selon la piste unique) pour réaliser les tableaux de bord pharmaceutiques macro : données 2001 pour les tableaux de bord macro données 2002 pour les tableaux de bord macro données 2003 pour les tableaux de bord macro	31/12/03 30/04/04 30/04/05	
4	Réaliser rapidement auprès des médecins généralistes et spécialistes les campagnes annuelles d'information décidées par le CEM et publier rapidement les tableaux de bord pharmaceutiques : la publication des tableaux de bord macro (portant sur données 2001) la campagne auprès des généralistes (portant sur données 2001) la campagne auprès des spécialistes (portant sur données 2001) la publication des tableaux de bord macro (portant sur données 2002) la campagne auprès des généralistes (portant sur données 2002) la campagne auprès des spécialistes (portant sur données 2002) la publication des tableaux de bord macro (portant sur données 2003) la campagne auprès des généralistes (portant sur données 2003) la campagne auprès des spécialistes (portant sur données 2003)	30/06/04 31/12/03 30/04/04 30/09/04 31/05/04 31/05/04 30/09/05 31/12/04 31/03/05	

5	Etendre les informations générales de Pharmanet consultables via le net (en incluant notamment des informations chronologiques).	30/06/03	
6	Donner aux prescripteurs la possibilité de consulter leurs données personnelles via le net.	31/12/04	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Réduction des délais de mise à disposition des données par les organismes assureurs et l'amélioration de leur qualité.	▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la première version.	6 jours			
		▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la version définitive.	20 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la première version.	34 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la version définitive.	73 jours			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 1.	3,70 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 2.	1,40 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 3.	2,80 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 4.	2,60 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 5.	2,20 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 6.	7,80 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 9.	14,20 %			
2.	La maximisation du rapport coût/efficience en matière de prescription de produits pharmaceutiques.	▪ % de génériques prescrits.	0,90 %			
		▪ ddd antibiotiques pour 1000 habitants par jour.	26,4			

N°	Facteurs d'environnement	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Le Service dépend des organismes assureurs pour la transmission des données validées dans les délais prévus.	▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la première version.	6 jours			
		▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la version définitive.	20 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la première version.	34 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la version définitive.	73 jours			
2.	Les données traitées correctement par la SMALS doivent être transmises à temps à la cellule Pharmanet.					

N.B. Les valeurs actuelles des indicateurs relatifs au premier résultat ont été établies sur base des données reçues en 2000.

Les valeurs actuelles des indicateurs relatifs au second résultat ont été établies sur base des données Pharmanet de l'année 1999.

5. Revalorisation des données statistiques et comptables

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Etablir un inventaire des données statistiques et comptables fournies par les organismes assureurs à la direction des études actuarielles, économiques et sociales, des informations de gestion produites au départ de celles-ci et de l'usage réservé à ces informations, en vue de déterminer leur utilité.	31/12/2002	
2.	Déposer au Comité de l'assurance et au Conseil général un rapport comportant les lignes directrices d'une éventuelle restructuration des données statistiques et comptables.	31/12/2003	
3.	Dresser un inventaire des mesures envisagées, tant au sein de l'Institut qu'au sein des organismes assureurs, afin d'améliorer la qualité et les délais de mise à disposition tant des données fournies par les organismes assureurs que des informations produites par l'Institut.	31/12/2003	
4.	Dresser un rapport annuel sur la rapidité, la régularité et la qualité de la facturation par les hôpitaux la rapidité et la régularité du traitement, par les organismes assureurs, des bandes magnétiques de facturation et de la comptabilisation des montants remboursés.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	
5.	Proposer de nouvelles règles en matière de facturation par les hôpitaux et de comptabilisation par les organismes assureurs.	31/12/2003	
6.	Dresser chaque année un tableau comparatif de l'évolution des dépenses par période de prestation et par période de comptabilisation pour les principales catégories de soins.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	
7.	Elaborer, sur la base d'une analyse de la consommation de soins liés à des pathologies chroniques ou au vieillissement de la population, des propositions d'élargissement des données statistiques à certaines caractéristiques de la population assurée.	31/12/2003	
8.	Formuler des propositions d'aménagement du calendrier des procédures de fixation des budgets.	31/12/2002	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1	Amélioration de la qualité des données fournies par les organismes assureurs	Pour les données comptables et pour chaque modèle statistique, taux de rejet et, le cas échéant, taux de données inexploitable dans leur totalité (flags), par OA et pour l'ensemble des OA				
2	Amélioration du délai de mise à disposition d'informations chiffrées (données de gestion)	Délai entre la fin de la période comptable concernée et la date de 1ère mise à disposition des informations de gestion, par type d'information (à énumérer)				
3	Amélioration de la concordance entre les données comptables et statistiques d'une part, et l'évolution de la consommation de soins d'autre part	Pourcentage d'écart entre les taux de croissance enregistrés dans les données comptables (doc C) et dans les données par période de prestation pour les principales catégories de soins (à définir) et au total				
4.	Amélioration de la capacité de l'Institut à anticiper sur l'évolution des dépenses (accroissement du degré de précision des estimations techniques)	Pourcentage d'écart entre les estimations techniques et les dépenses comptables par année, pour les principales catégories de soins et au total				

6. Activation des indemnités d'incapacité de travail

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Evaluer les conditions générales prévues actuellement dans le cadre de l'autorisation d'une reprise partielle de certaines activités et formuler des propositions d'adaptation ou de modification de ces conditions après examen avec toutes les instances concernées.	31/12/2003	
2.	Evaluer le caractère adapté de la nouvelle règle de cumul et proposer d'éventuels ajustements, en se basant notamment sur l'analyse des cas des titulaires ayant opté pour le maintien de l'ancienne règle de cumul.	31/12/2002	
3.	Instaurer une collecte de données plus larges au sujet de l'activation ou reprise partielle d'activités, en collaboration avec les organismes assureurs et via une transmission sur support électronique.	31/12/2004	
4.	Produire un rapport définissant les conditions et les avantages du transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités.	31/12/2002	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1	Amélioration de la situation financière des bénéficiaires d'une reprise autorisée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de bénéficiaires ayant opté pour le nouveau régime. 	sans objet			
2	Augmentation du taux de reprise, en particulier pour les titulaires en invalidité .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de titulaires en incapacité de travail ayant repris une activité autorisée - titulaires en incapacité primaire ; - titulaires en invalidité. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2,28% - 5,65% 			
3	Accroissement du nombre de personnes en situation d'incapacité de travail ayant opté pour une réadaptation professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre total de demandes traitées. ▪ Nombre de décisions positives. ▪ Nombre total de bénéficiaires concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> - 503 - 463 (92%) - 379 			

N°	Facteurs d'environnement					
1.	Les organismes assureurs doivent collaborer à la fourniture de données plus larges concernant l'activation ou reprise partielle d'activités.					

7. Modernisation et simplification des flux d'informations concernant l'assurabilité

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Mettre en oeuvre des programmes informatiques pour le service du contrôle administratif en vue d'identifier des catégories spéciales de bénéficiaires.	31-12-2002	
2.	Développer des programmes permettant de comparer différentes situations en vue de détecter des anomalies.	31-12-2002	
3.	Établir un rapport décrivant les études réalisées, les anomalies identifiées et les situations critiques nécessitant des contrôles en mutualités.	01-03-2004	
4.	Établir un rapport reprenant par type de contrôle le nombre de vérifications effectuées et les résultats de celles-ci.	01-03-2005	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Augmentation significative du contrôle en matière d'assurabilité.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de cas contrôlés. 	#			
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de cas contrôlés. 	%			
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de cas identifiés par voie électronique nécessitant un contrôle en mutualités. 	#			
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de cas identifiés par voie électronique nécessitant un contrôle en mutualités. 	%			
2.	Amélioration du contrôle de l'application uniforme de la réglementation.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de cas contrôlés par organisme assureur et par catégorie de bénéficiaires¹. 	%			

1 Exemple:

Pour pouvoir bénéficier du remboursement des "petits risques", il se pourrait que les personnes à charge des travailleurs indépendants s'inscrivent comme résidents ou étudiants du troisième niveau. Dans cette qualité, l'intéressé peut prétendre au remboursement de toutes les prestations de santé, donc aussi bien les "gros" que les "petits" risques. Le dessin de bande à utiliser par les organismes assureurs pour la transmission des effectifs permet de dépister les personnes à charge de travailleurs indépendants qui sont inscrites comme résidents ou étudiants du troisième niveau. Le nouveau dessin de la bande des effectifs des organismes assureurs mentionne aussi bien les personnes qui ont la qualité de titulaire, que les personnes inscrites en tant que personnes à charge.

Comment faut-il procéder ?

- 1) on dépiste les personnes à charge;
- 2) on vérifie si les personnes intéressées sont inscrites comme personnes à charge d'un titulaire travailleur indépendant;
- 3) on sélectionne au moyen du code bénéficiaire 1 les personnes à charge de travailleurs indépendants affiliées comme étudiants du troisième niveau ou comme résidents;
- 4) on demande au Collège intermutualiste national le numéro d'identification;
- 5) un inspecteur du service du contrôle administratif contrôle auprès de la mutualité à laquelle l'intéressé est affilié, si des "petits risques" ont été remboursés.

N°	Facteurs d'environnement	Date cible (données 2001)	Date de réception des données
1.	Les données correctes doivent être envoyées 2 fois par année par les organismes assureurs, sur support électronique, dans un délai de 2 mois après la date à laquelle les données se rapportent (30 juin et 31 décembre).		
	A.N.M.C.	31-08-2001 28-02-2002	
	U.N.M.N.	31-08-2001 28-02-2002	
	U.N.M.S.	31-08-2001 28-02-2002	
	U.N.M.L.	31-08-2001 28-02-2002	
	U.M.L.	31-08-2001 28-02-2002	
	C.A.A.M.I.	31-08-2001 28-02-2002	
	S.N.C.B.	31-08-2001 28-02-2002	
2.	Collaboration du CIN en vue de la délivrance des numéros NISS.		
3.	Accessibilité des inspecteurs aux banques de données relatives à l'assurabilité existant au sein des organismes assureurs.		

8. Information aux dispensateurs de soins

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1	Etablir un inventaire des informations les plus « utiles », des groupes cibles et établir la liste des différents modules à réaliser.	31/12/02	
2	Réaliser les modules. module 1 module 2 module 3 module 4 module 5 module 6	31/12/03 31/12/03 31/12/03 31/12/03 31/12/04 31/12/04	
3	Diffuser les modules (envois, site internet, séances d'information). module 1 module 2 module 3 module 4	31/12/04 31/12/04 31/12/04 31/12/04	
4	Assurer la mise à jour des modules (support papier et site internet). module 1 module 2 module 3 module 4	31/12/04 31/12/04 31/12/04 31/12/04	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Réduction des fautes de forme dans l'attestation de prestations.	<ul style="list-style-type: none"> • % de fautes de forme par rapport au nombre total de fautes. 				
2.	Amélioration des rapports entre les dispensateurs de soins et les pouvoirs publics.	Non mesurable				

9. Commissions régionales d'invalidité

N°	ACTIONS - engagements	Date limite	Réalisée le
1.	Mettre en place un groupe de travail SCM-CMI chargé de l'élaboration des critères d'évaluation à appliquer aux dossiers.	30/06/2002	
2.	Instaurer un système permanent d'évaluation des dossiers invalidité.	30/09/2002	
3.	Mettre en place une structure permanente SCM-CMI permettant un suivi et un feed back continuel de l'évaluation visée sous 2.	31/12/2002	
4.	Mettre en place un service de médiation assuré par deux médecins, avec des procédures standardisées (enregistrement des plaintes, rapports, relations avec le SCM et le CMI, évaluation permanente).	31/12/2002	
5.	Produire une brochure d'information destinée à être jointe aux convocations des assurés sociaux.	31/12/2002	
6.	Adapter le contenu de la brochure en fonction des réactions/suggestions des assurés sociaux.	31/12/2003 31/12/2004	
7.	Produire annuellement un rapport sur l'évolution du fonctionnement des CR-CMI.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration de la qualité du dossier de proposition en invalidité du médecin conseil.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion de dossiers transmis par la CR-CMI présentant une « anomalie » attribuable au médecin-conseil (en ‰). Par type d'anomalie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ décision de fin d'incapacité aurait dû être prise par le MC. 49 ▪ la proposition du MC est incomplètement motivée. 29 ▪ le dossier est incomplet à la présentation. 12 	90			
2.	Réduction des décisions d'examens corporels inutiles.	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de dossiers CR-CMI pour lesquels la décision de convoquer est considérée comme injustifiée (en ‰). 	30			

Annexe 3 : le budget

I. PRINCIPES GENERAUX

1. Budget des missions versus budget de gestion

Conformément à l'article 11, § 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997, le budget est constitué d'un budget des missions et d'un budget de gestion. Le budget des missions comprend les prévisions des recettes et des dépenses relatives aux missions légales de l'institution. Dans le budget des frais d'administration sont estimées les recettes et les dépenses, qui sont propres à la gestion de l'institution. Un groupe de travail instauré au sein du Collège des Administrateurs généraux a établi la ventilation des budgets.

En se basant sur les définitions précitées, une série de recettes et de dépenses ont été transférées totalement ou partiellement à partir de l'exercice budgétaire 2002, du budget de gestion au budget des missions. Il s'agit des rubriques de recettes et de dépenses suivantes:

Recettes

Article 709.6 : Transferts de contributions sociales et produits accessoires

Il s'agit des recettes qui résultent :

- des dispositions de l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, en vertu desquelles des amendes administratives peuvent être imposées aux organismes assureurs en cas de non-respect des dispositions légales ou réglementaires.
- d'amendes administratives appliquées dans le cadre des conventions nationales conclues entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Article 716.2 : Interventions de tiers dans les dépenses de fonctionnement

Il s'agit essentiellement des sommes réclamées aux organismes assureurs sociaux étrangers, pour la couverture des frais d'administration. Un montant égal à 10 % de ces frais d'administration est utilisé pour la couverture des frais d'administration du service des conventions internationales. Les 90 % restant sont attribués aux organismes assureurs.

A l'exception des recettes relatives au paiement de la rémunération des agents détachés, les recettes ont donc été affectées au budget des missions.

Article 726.9 Produits divers sur placements

Ces recettes concernent les intérêts perçus par l'INAMI sur divers comptes financiers servant à la perception des recettes propres de l'Institut et des fonds versés par la gestion globale.

Dépenses

Article 804.6: Transferts de contributions sociales et produits accessoires

Il s'agit du remboursement aux organismes assureurs d'amendes qui ont été imposées conformément à l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Article 812.4: Contentieux

Les frais pour affaires judiciaires à supporter par l'INAMI, sont surtout liés à des litiges relatifs à l'assurance indemnités et à l'assurance soins de santé.

Vu les travaux de rénovation importants en cours, un montant a encore été inscrit au budget de gestion pour des frais judiciaires éventuels.

Article 812.51: Honoraires médecins

Il s'agit des frais engagés pour le paiement des honoraires aux médecins contrôleurs de la Cellule pensions d'invalidité des ouvriers mineurs.

Article 812.56 : Indemnités payées à des tiers intervenant dans la liquidation des prestations sociales

Il s'agit d'examens médicaux, demandés par des organismes étrangers et des frais des assurés sociaux qui ont été convoqués pour une expertise médicale.

Article 812.91 : Frais financiers courants

A cet article sont imputés les frais financiers qui sont essentiellement liés à des paiements internationaux dans le cadre des règlements CEE n°s 3 et 4 et dans le cadre du remboursement à des institutions de sécurité sociale étrangères de prestations de santé accordées à des Belges à l'étranger.

Au budget de gestion un montant est encore prévu pour les frais inhérents au payement des factures concernant les commandes de biens et services à l'étranger.

Article 821.9: Intérêts divers et charges financières courantes

Dans cet article sont comptabilisés les intérêts facturés par la banque FORTIS quand l'INAMI utilise la ligne de crédit. Sur le compte en question sont versées les recettes provenant de la gestion globale et ainsi sont payées les avances aux organismes assureurs. Dès lors, ce compte financier est directement lié à la mission de base opérationnelle: la gestion de la trésorerie et la répartition des fonds entre les organismes assureurs.

2. Prix constants 2002

A partir de l'année budgétaire 2002, le budget est établi à prix constants 2002.

II. MÉTHODES DE CALCUL GENERALES

Les méthodes de calcul utilisées sont celles fixées par les autorités de tutelle, communiquées lors de la négociation bilatérale du 22 novembre 2001.

1. Pour les frais de personnel

Point de départ: réalisations 2000 majorées de 2X3%:

55.151.351 EURO (2.224,8 millions BEF)

+Politique des "médicaments"-décision gouvernementale :

+ 1.859.201 EURO (75 millions de BEF)

57.010.552 EURO (2.299,8 millions de BEF)

+nouveaux projets approuvés par le gouvernement(*):

+ 2.478.935 EURO (100 millions de BEF)

59.494.446 EURO (2.400 millions de BEF) (arrondi)

(*) Le crédit supplémentaire de 2.478.935 EURO(100 millions de BEF) est justifié pour:

1. couvrir les frais supplémentaires de personnel (52 personnes) nécessaire pour réaliser les objectifs figurant dans le présent contrat et pour remplir les nouvelles missions imposées à l'I.N.A.M.I., comme le contrôle de la délivrance effective des médicaments, l'admission au remboursement des spécialités pharmaceutiques, l'instauration du Conseil National de promotion de la qualité...
2. couvrir les frais supplémentaires de personnel pour les 22 personnes demandées dans le cadre des besoins exceptionnels et temporaires, p.e. l'accréditation, contrôle des maisons de repos, ...

D'autre part, conformément aux exigences de l'arrêté royal du 3 avril 1997, un crédit maximum théorique des frais de personnel statutaire a été calculé. La méthode de calcul repose sur une totalisation des coûts individuels, tant des rémunérations que des cotisations sociales y afférentes :

1. des agents statutaires en activité de service, avec leur ancienneté de service, considérés comme travaillant à temps plein ;
2. des emplois fictifs nécessaires pour compléter le cadre organique, ces agents fictifs étant réputés travailler à temps plein et à ancienneté donnée¹.

Crédit 2003

=crédit 2002 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

¹ Ancienneté nulle pour les grades de recrutement, à l'exception des médecins-inspecteurs (5 ans), conseiller = 15 ans, analyste de programmation = 15 ans, secrétaire de direction principal = 17 ans, médecin-inspecteur-général = 25 ans, médecin-inspecteur directeur = 22 ans.

Crédit 2004

=crédit 2003 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

2. Pour les frais de fonctionnement

Crédit 2002

Point de départ:- réalisations 2000, 16.023.837 EURO(646,4 millions de BEF),majorées de 2X3%= 17.000.538 EURO(685,8 millions de BEF)

+ montant forfaitaire par nouvel agent estimé à 4.958 EURO(0,2 millions de BEF), soit 4.958 x 74 agents= 366.892 EURO(14,8 millions de BEF)

Budget total frais de fonctionnement: 17.367.420 EURO (700,6 millions de BEF)

Crédit 2003

=crédit 2002 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

Crédit 2004

=crédit 2003 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

3. Pour les frais d'investissement

Informatique

A défaut de répartition du montant forfaitaire accordé par nouvel agent, la norme est appliquée sur les réalisations 2000, soit: 1.083.294 EURO x 1,03x 1,03= 1.150.226 EURO (46,4 millions de BEF)

Mobiliers

Le budget retenu est de 1.690.634 EURO (68,2 millions de BEF).

Immobiliers

Le budget retenu est de 6.539.605 EURO (263,8 millions de BEF).

4. Pour les frais d'informatique

Frais de fonctionnement

Crédit 2002: 1.824.496 EURO (73,6 millions de BEF).

Dépenses SMALS

Crédit 2002: 9.229.076 EURO (372,3 millions de BEF).

TABLEAU DE SYNTHÈSE

<u>DEPENSES</u>	<u>Budget 2002 en EURO(millions BEF)</u>	<u>Budget 2003 en EURO</u>	<u>Budget 2004 en EURO</u>
-Personnel	59.494.446(2400)	Ind.sante+cps*	Idem
-Frais fonctionnement	17.367.420(700,6)	Ind.sante+cps*	Idem
-Frais informatiques	1.824.496(73,6)	1.824.496	1.824.496
-SMALS	9.229.076(372,3)	9.229.076	9.229.076
-Investiss. Inform.	1.150.226(46,4)	1.479.776	1.479.776
-Investiss. Mobiliers	1.690.634(68,2)	Ind.sante+cps*	Idem
-Investiss.Immobiliers	6.539.605(263,8)	6.073.391	5.205.789
	<u>97.295.903(3.924,9)</u>		

* CPS = croissance pacte stabilité

Liste des abréviations

ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CEM	Comité d'Evaluation de la pratique médicale en matière de Médicaments
CIN	Collège Intermutualiste National
CTI	Centre de Traitement de l'Information
CMD	Collège des Médecins-Directeurs
CMI	Conseil Médical de l'Invalidité
CR-CMI	Commission Régionale du Conseil Médical de l'Invalidité
CRM	Commission de Remboursement des Médicaments
FSS	Fonds Spécial de Solidarité
GLEM	Groupe Local d'Evaluation Médicale
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INASTI	Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
INS	Institut National des Statistiques
MAF	Maximum A Factorer
MC	Médecin-Conseil
NISS	Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale
OA	Organisme Assureur
OCA	Office de Contrôle des Assurances
OCM	Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités
ONP	Office National des Pensions
ONSS	Office National de la Sécurité Sociale
ONSSAPL	Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
OSSOM	Office de la Sécurité Sociale d'Outre-Mer
RCM	Résumé Clinique Minimum
SCM	Service du Contrôle Médical
SELOR	Bureau de sélection de l'administration fédérale
SHA	Séjour Hospitalier Anonyme
SMALS	Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales
SNCB	Société Nationale des Chemins de fer Belges
SSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
SSS	Service des Soins de Santé
UML	Union Nationale des Mutualités Libres
UNML	Union Nationale des Mutualités Libérales
UNMN	Union Nationale des Mutualités Neutres
UNMS	Union Nationale des Mutualités Socialistes
VIPO	Veuves, Invalides, Pensionnés et Orphelins