

**TROISIEME CONTRAT D'ADMINISTRATION  
INAMI  
2010 – 2012**

**Troisième rapport annuel  
-  
01/01/2012 tot 31/12/2012**

## INTRODUCTION

Vous trouverez ci-après le rapport annuel sur l'état d'avancement des engagements de **3<sup>ième</sup> contrat d'administration** de l'INAMI portant sur la période du **1er janvier 2012 au 31 décembre 2012**.

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

1. l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, notamment l'article 8 § 3;
2. l'arrêté royal du 22 décembre 2009 portant approbation du troisième contrat d'administration de l'INAMI (publication dans le Moniteur Belge le 21 mai 2010);
3. l'article 2 du protocole de collaboration conclu le 24 septembre 2002 entre l'Administrateur général de l'INAMI et les Commissaires du gouvernement représentant l'Etat;
4. le rapport semestriel sur l'état d'avancement des engagements figurant dans le contrat d'administration portant sur la période du 1er janvier 2012 au 30 juin 2012;
5. le compte-rendu du Commissaire du gouvernement envoyé le 16 octobre 2012 au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget relatif au rapport semestriel visé au point 4;
6. la création au sein de l'INAMI d'une Cellule modernisation chargée notamment du suivi du contrat d'administration au moyen du plan d'administration et des tableaux de bord d'une part, et de la coordination et du soutien à l'élaboration du plan stratégique de l'Inami d'autre part.

Ce rapport comporte quatre parties:

1. Un tableau synthétique reprenant par projet un bref aperçu de l'état des lieux et des éventuels problèmes et points d'attention;
2. Une description des réalisations durant l'année 2012 comme repris dans le troisième contrat d'administration et les perspectives par rapport aux engagements des projets repris dans le 4<sup>e</sup> contrat d'administration 2013-2015 ;
3. Les tableaux de bord actualisés au 31 décembre 2012;
4. Les annexes<sup>1</sup> comme preuves de la réalisation des engagements durant le 2<sup>ième</sup> semestre 2012.

---

<sup>1</sup> Les annexes ne seront plus envoyés sur support papier, mais par voie électroniques en format ZIP.

## TABLEAU SYNTHÉTIQUE (état des lieux: 01/02/2013)

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> <sup>2</sup>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
<b><u>TITEL I: Verbeteren van het gegevensbeheer, de kennisontwikkeling en de beleidsrapportering</u></b>					
Article 11. Conversion de données en informations sur et pour les dispensateurs de soins (e.a. profils)	☺	SdSS	<p>Engagement 1 a déjà été réalisé en juillet 2010 (cf. rapport annuel 2010). Optimiser le premier feedback vers les médecins généralistes, en ajoutant des données de pharmanet (date limite: 31 décembre 2010).</p> <p><u>Engagement 2 réalisé.</u> Etablir un Balanced Scorecard (y comprenant des indicateurs de santé) pour la médecine générale. (date limite: 31 décembre 2011). - Présenté le 24 janvier 2012 à la CNPQ.</p>	Non	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 12. Moderniser la gestion dans le cadre du financement des maisons de repos	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 réalisé avec un retard. Engagement 2 partiellement réalisé, partiellement en retard.</u></p> <p>(1) Phase 1: Mise en production de la phase 1 de la nouvelle application (demande de données et module de calcul) (date limite: 01/01/11 – nouvelle date-limite dans Rapport annuel 2011 : 01/01/12). - Mise en production de la nouvelle application Back-office début 2012. - User interface pour les maisons de repos en production depuis juillet 2012.</p> <p>(2) Phase 2: Mise en production de la phase 2 de la nouvelle application (demande de données supplémentaires, module de simulation, fonctionnalités de compte rendu) (date limite: 01/01/12). - Certaines fonctionnalités de reporting déjà prévues dans le cadre de l'action-engagement 1, ex. la possibilité pour les institutions de consulter des</p>	<p>Non</p> <p>Des mises à jour (RFC) régulières suite à l'adaptation (annuelle et tardive) de la réglementation. Impact importante pour le business</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<sup>2</sup> **Remarque :** **SG** = Services généraux de support; **SI** = Service Indemnités; **SdSS** = Service des Soins de Santé; **SECM** = Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux, **SCA** = Service du contrôle administratif

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>données communiquées et l'historique du forfait, e.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un certain nombre de nouvelles fonctionnalités est réalisé, e.a. institutions fusionnées, clôture des institutions fermées, régularisation des nouvelles institutions, données contrat MCC, personne de référence démence, etc.</li> <li>- Futur: développement de l'application en fonction des moyens disponibles et la communautarisation des compétences dans le secteur des maisons de repos et des soins aux personnes âgées.</li> </ul>	et l'IT. Risque de paiements tardives.	
Article 13. Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie	☹	SG	<p><u>L'action-engagement 1 a été réalisé (31/01/12)</u></p> <p>(1) Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'implants' (date limite: 30/06/11). En raison d'une demande d'affinement, un nouveau timing avait été défini.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant l'étude « orthopédie-traumatologie », le rapport final (FR) avec un résumé en NL et ANGL, a été délivré fin janvier. Les conclusions du rapport ont été présentées au CD en février</li> <li>- En ce qui concerne l'étude de la cardiologie, le rapport final a été publié en septembre 2012.</li> </ul> <p><u>Action-engagement 2 : retard prévu.</u></p> <p>(2) Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'soins de santé' (date limite: 31/12/12). L'étude, dont la définition a été largement étendue, a démarré au second semestre de 2012 et un 1<sup>er</sup> rapport intermédiaire ne pourra être envisagé que pour fin 2013.</p>	<p>Facteur externe : dû à une demande du Comité d'accompagnement: affiner certains aspects du premier rapport et améliorer la fiabilité et la cohérence des résultats obtenus.</p> <p>Facteur externe : demande d'approfondissement de l'action-engagement 1.</p> <p>Facteur interne : dû à un retard dans la procédure de recrutement.</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 14. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 : réalisé avec un retard pour la date limite de 2010 ; partiellement réalisé avec un petit retard pour la date limite de 2011.</u> Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé (dates limites: 30/09/10 (données 2008) ; 31/03/11 (données 2009) ; 31/03/12 (données 2010).</p>	Un retard a été encouru en interne en raison de l'absence de longue durée du chef de projet. Entre-temps, un nouveau collaborateur a été engagé.	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4 <sup>e</sup> CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport des statistiques standardisées pour les années 2006 à 2009 : mis à l'ordre du jour du Conseil général du 09/05/11. Il s'agit des données de base sur les dépenses par région et par arrondissement ;</li> <li>- Approfondissement des statistiques de 2009 réalisé et discuter au Conseil Général le 3/04/2012 + e version le 16/07/2012;</li> <li>- Rapport avec les statistiques de base pour les données allant de 2006 à 2010 : disponible et déposer en Conseil général le 23/04/2012.</li> </ul>		
Article 15. Incapacité de travail primaire : statistiques et études	☹	SI	<p><u>Engagement 1 réalisé partiellement et à temps, en ce qui concerne la première date limite (cf.rapport annuel 2010).</u></p> <p>(1) Rédaction d'un rapport de synthèse annuel sur l'évolution statistique de l'ITP (partie descriptive) (dates limites: 31/12/10; 31/12/11; 31/12/12). N'a pas été rédigé en 2011 et 2012, pas de valeur ajoutée pour le SECM et donc pas d'exploitation.</p> <p><u>Engagements 2 et 3 en retard (facteurs externes et internes).</u></p> <p>(2) Rédaction d'une première étude concernant les facteurs explicatifs des évolutions de l'ITP sur la base des données 2009. (date limite: 31/03/11).</p> <p>(3) Approfondissement de la 1<sup>re</sup> étude explicative sur la base des données 2010. (date limite: 31/12/11)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condition : adapter flux-ITP OA-INAMI (individualiser, enrichir, etc.)</li> <li>- Automatisation du flux via CareNet y compris les contrôles par l'INAMI et feedback vers les OA : scission entre contrôles globaux/contrôle détaillés. Contrôles globaux : phase de finalisation avec les OA finalisée en retard. Flux est en production; Par la suite: recevoir les données OA pour l'année 2009, 2010 et 2011. Si controle OK, démarrage de l'analyse.</li> <li>- Accès aux données ONEm: adaptations du flux LO35 réalisées par l'ONEm; quelques problèmes dans l'environnement de production au niveau du BCSS;</li> </ul>	<p>Facteur externe: collaboration OA et qualité des données des OA.</p> <p>Facteur externe: migration plateforme SOA BCSS +</p>	Intégré dans l'article 11 du 4 <sup>e</sup> CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>Nouvelle version est mise en production.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Première étude explicative (action-engagement 2) : <ul style="list-style-type: none"> <li>o En fonction de la date de mise en production du flux avec les contrôles globaux et en fonction de la qualité des données. Si OK : 2 à 3 mois pour l'élaboration de l'étude (données 2009 et 2010 et 2011).</li> </ul> </li> <li>- Etude explicative approfondie (action-engagement 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pas d'analyse approfondie pour les données 2009, 2010 et 2011 (pas d'accès rétroactif du flux LO35).</li> <li>o Approfondissement ultérieur sur base d'un couplage avec les codes ICD10 : transmission des données via Plateforme eHealth à partir de fin 2013. Aussi en fonction des discussion au sein du CTM e.a. Au plus tôt à partir de 2014.</li> </ul> </li> </ul>	<p>adaptations réglementaires</p> <p>Facteur externe: plateforme eHealth et CTM.</p>	
Article 16. Reprise d'activités partielles autorisées : exploitation des données	☺	SI	<p><u>Engagement 1 réalisé avec un retard (facteurs externes)</u></p> <p>(1) Rédaction d'une note concernant le fonctionnement du système de reprise d'activités partielles autorisées. (date limite: 31/12/10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nouveau flux informatisé est depuis longtemps déjà entièrement opérationnel.</li> <li>- 1/01/11: suppression du flux papier</li> <li>- Rapport: rédigé et présenté au Comité de gestion du SI en mai/juin 2012.</li> <li>- La qualité des données = point d'attention en permanence; mais amélioration constatée.</li> </ul>	<p>Facteur externe : Qualité des données OA</p>	Intégré dans l'article 11 du 4° CA
Article 17. Taskforce Incapacité de travail	☺	SI	<p><u>Engagement 1 avait déjà été réalisé dans les délais impartis (cf. rapport annuel 2010).</u></p> <p>(1) Etablissement d'un plan d'approche concernant les défis à relever en ce qui concerne le phénomène d'incapacité de travail. (date limite: 31/12/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuation des projets en exécution du plan d'action.</li> </ul>	Non	Intégré dans l'article 11 du 4° CA
Article 18. Rapport annuel au sujet de la stratégie ICE du SECM	☺	SECM	<p><u>Engagement 1 réalisé complètement et à temps.</u></p> <p>(1) Rédaction d'un rapport annuel intégré relatif aux activités et résultats dans le cadre de la stratégie ICE</p>	Non	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4° CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			du SECM. Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012. (Il s'agit chaque fois d'un rapport annuel sur l'année X-1). - Rapport 2012 sera présenté fin avril 2013 au Comité SECM.		
Article 19. Études statistiques sur la base des effectifs	☺	SCA	<u>Engagement 1 est réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u>  <u>L'engagement 2 est réalisé.</u> Evaluer, analyser et optimiser le rapport annuel concernant les effectifs sur le site Internet de l'INAMI (date limite : 31 décembre 2010). - Le tool dynamique d'auto reporting est disponible sur le siteweb de l'INAMI depuis janvier 2013.  <u>L'engagement 3 est réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u>	<u>Proposition de reformulation de l'engagement</u> : développement d'un outil « d'auto-reporting » dynamique et moderne d'ici fin 2012.	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
<b><u>TITRE II: Exploiter les possibilités de eHealth</u></b>					
Article 20. Élections électroniques	☺	SdSS	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010).</u> Elections électroniques pour les médecins (date limite: 30/06/2010).  <u>Engagement 2 a déjà été réalisé à temps.</u> Elections électroniques pour les dentistes (date limite: 31/12/2011): réalisé à temps  <u>Engagement 3 est réalisé.</u> Qu'un candidat. Les Élections électroniques pour les kinésithérapeutes n'étaient donc pas nécessaires (date limite: 31/12/12).	Non	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 21. Promotion et préparation de l'utilisation de l'e-box	☹	SdSS	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010).</u> Inventaire des flux de données possibles que l'INAMI pourra offrir par l'e-box aux différents groupes-cibles (entre autres, les pharmaciens, les dentistes, les praticiens de l'art infirmier, les médecins) (date limite : le 30 juin 2010).	Retards suite aux dépendances externes et internes.	Intégré dans l'article 13 du 4 <sup>e</sup> CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p><u>Engagement 2 a été reformulé dans le cadre du rapport annuel 2010. En retard. Démarrage et utilisation de l'e-box pour un 1<sup>er</sup> groupe cible (date limite : 31/12/11).</u></p> <p><u>Engagement 3 doit encore être reformulé en fonction de la réalisation de l'engagement 2. Ce qui n'est pas encore possible.</u></p>	<p>Facteur externe : les fonctionnalités de la 1<sup>re</sup> version de l'e-box ne correspondaient pas aux fonctionnalités souhaitées dans le cadre du projet pilote de l'INAMI. Comprenant les fonctionnalités souhaitées que dans le premier trimestre 2012</p> <p>Fonctionnalités OK.</p>	
Article 22. Fichiers de référence : développement et gestion	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1, 3, 4 et 5 ont déjà été réalisés dans les temps (cf. rapport annuel 2010 et rapport semestriel 2011).</u></p> <p>(1) Consolider le fichier de référence des laboratoires. (Date limite : 30/03/10). OK.</p> <p>(3) Épurer le fichier de référence des maisons de repos. (Date limite : 30 juin 2010). OK.</p> <p>(4) Épurer le fichier de référence des praticiens de l'art infirmier (date limite : 31 décembre 2010). OK.</p> <p>- Établir un fichier de référence de la réglementation dans le cadre des médicaments du Chapitre 4. Étape 1 : adapter le fonctionnement et le compte rendu de la CRM (date limite : date d'acceptation par la CRM de l'analyse effectuée par le CBIP + 3 mois). OK. Juin 2011 : finalisation du fichier de référence concernant des médicaments disponibles, autorisés, remboursables ou non. La réglementation du Chapitre 4 a donc également été incorporée dans le cadre de ce fichier de référence intégré. Il peut être téléchargé à partir du portail eHealth et consulté par le biais des services web.</p> <p><u>Engagement 2 en préparation.</u></p> <p>(2) Etablir un fichier de référence des implants remboursables (date limite : mise en production de la procédure de remboursement des implants et des</p>	<p>Dépendance réglementaire (décision politique).</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO



<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>dispositifs médicaux invasifs remboursés (voir article 30) + 6 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure (cf. article 30) : textes réglementaires préparés, actuellement au niveau de la décision politique.</li> <li>- Le fichier de référence des implants actuellement remboursables est encore toujours opérationnel.</li> </ul>		
Article 23. My CareNet	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1 et 2 réalisés, dans un délai faisable.</u></p> <p>(1) Développer un cadre réglementaire adapté (si nécessaire). (Date limite : 6 mois avant que l'infrastructure technique du secteur concerné ne soit opérationnelle).</p> <p>(2) Informer, par une circulaire et par le site web, tous les protagonistes concernés au sujet des nouvelles directives concrètes en matière de My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation,...). (Date limite : 3 mois avant que l'infrastructure pour le groupe pilote ne soit opérationnelle).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dates limites sont un peu 'fictives': plusieurs aspects et itérativité. Sensu stricto les dates limites ne sont pas respectées, mais généralement la problématique du 'cadre réglementaire' et de la 'communication' est sous contrôle : projet alors considéré comme 'vert'.</li> <li>- Roll-out de My CareNet sur le terrain. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Praticiens de l'art infirmier à domicile : en production générale depuis mi-2010. A partir du 1/07/12: obligation de la fonctionnalité 'assurabilité'. A partir du 1/07/13: obligation fonctionnalité 'documents médico-administratifs'</li> <li>o Labos : cadre en préparation pour la suppression d'une série de rapports papiers trimestriels et mensuels, sous condition de l'utilisation de My CareNet ; ensuite discussion dans les organes. Ainsi renforcement du buy-in.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Facteur externe : Dépendance du timing de la mise en production par le CIN et communication à temps</p> <p>Facteur externe : collaboration des secteurs. Importance d'un buy-in et de la création de valeur ajoutée (rôle CIN).</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Offices de tarification : le déploiement a commencé au printemps 2011. Consultation assurabilité via portail sous des conditions strictes. Roll-out OK.</li> <li>○ Pharmacies : roll-out 'consultation droits/assurabilité' a commencé. Objectif: full production pour le 1/7/2013.</li> <li>○ MRS-MRPA : techniquement opérationnel. En avril 2011, la production des premières maisons de repos. Encore une fois l'analyse est nécessaire sur la façon dont le buy-in peut être renforcé. Cf. aussi passage vers facturation mensuelle: actuellement encore facturation trimestrielle via My CareNet.</li> <li>○ Médecins : GT e-facturation/e-attestation a démarré en mars 2012. Note de principes soumis au Médicomut en juin 2012.</li> </ul> <p>- Points d'attention généraux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suppression de documents papiers : accord de principe avec le Fisc. En élaboration technique et juridique. Dossier complet en octobre 2012.</li> <li>○ Force probante : textes réglementaires repris dans la LDDU approuvée par le Conseil des ministres après deuxième lecture mi février 2012. Procédure en cours. Publication prévue dans le courant du 1er trimestre de 2013. AR exécutif approuvé.</li> </ul>		

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ⊗	<u>Service</u> z	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
Article 24. E-care – Quality oriented Electronic Registration of Medical Implant Devices (Qermid)	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1 a déjà été réalisé avec retard dû à des facteurs externes</u> (cf. rapport annuel 2010) : Extension de l'application Web aux pacemakers (date limite: 30/06/10).</p> <p><u>Engagements 2 est réalisé dans les temps.</u> Extension de l'application Web aux endoprothèses et ce, dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (=X) (date limite: X+ 24 mois). l'application Web est en production depuis le 1 juillet 2011.</p> <p><u>Engagements 3 est réalisé à temps.</u> Extension de l'application Web aux tuteurs coronaires et ce, dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (=X) (date limite: X+ 12 mois). l'application Web est en production depuis le 1/03/2012.</p>	Aucun	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 25. L'accréditation des médecins	⊗	SdSS	<p><u>Engagement 1 est déjà réalisé</u> (cf. rapport annuel 2010). Mettre à la disposition des médecins individuels une application web (suivi en ligne des dossiers d'accréditation).</p> <p><u>Engagement 2 en retard.</u> (Introduction en ligne de la demande d'accréditation). Date limite : 31/12/12. En retard. Phase de production prévue pour le 1<sup>er</sup> semestre de 2013</p>	Planning ICT interne	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
<b><u>TITRE III: Améliorer en permanence l'accessibilité aux soins, moderniser l'attribution des droits aux individus et renforcer la sécurité en matière de tarifs</u></b>					
Article 26. Stimuler l'accessibilité en effectuant entre autres une réforme de l'intervention majorée et en assurant une meilleure couverture pour les maladies chroniques	☺	SdSS SCA	<p><u>Engagements 1 est réalisé.</u> Rédiger, au plus tard 3 mois après l'accord politique en matière d'intervention majorée, les textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR (date-limite : X + 3 mois (X=date de la communication de l'accord politique à l'INAMI)).</p> <p>- Toutes les textes sont préparés par l'INAMI. Accord politique. La loi est publiée le 6 avril 2012. Date de l'entrée en vigueur de 1 januari 2014.</p> <p><u>Engagements 2 est en préparation:</u> Adapter les flux de données aux adaptations réglementaires, en fonction du</p>	Non	Intégré dans l'article 14 du 4 <sup>e</sup> CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>délai prévu dans les adaptations réglementaires pour appliquer la mesure.</p> <p><u>Engagements 3 est réalisé.</u> Rédiger, au plus tard 6 mois après l'accord politique sur la définition du « malade chronique » et de ses droits spécifiques, des textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR (date-limite : X + 6 mois (X = date de communication de l'accord politique à l'INAMI)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'INAMI a préparé les textes réglementaires (Loi dispositions diverses). Accord politique est OK (15/06/2012). Début 2013 la rédaction de l'AR a été finalisée.</li> </ul>		
Article 27. Module "dispensateurs de soins" disponible via le site Internet de l'INAMI	☻	SdSS	<p><u>Engagements 1 et 2 en préparation.</u></p> <p>(1) Mise en production d'un module, par lequel les médecins peuvent consulter et modifier leurs adresses de travail (pour 31/12/12).</p> <p>(2) Mise en production d'un module, par lequel les dentistes peuvent consulter et modifier leurs modalités de conventionnement (pour 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de mai 2011 : module pour les dispensateurs afin de consulter les données fiscales et financières. C'était une priorité vu les problèmes rencontrés ces dernières années au niveau des fiches fiscales.</li> <li>- Depuis début mai 2011, toutes les professions de la santé ont la possibilité de consulter et de modifier leur adresse de contact.</li> <li>- Depuis 2011SEM2 : possibilité de consulter les opérations financières par l'INAMI.</li> <li>- Modalités de conventionnement: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Adaptation de la loi est préparée pour la possibilité d'adhésion online toetreding: encore au niveau de décision politique</li> <li>o Modalités et timing à intégrer dans les règles d'exécution. Dépendance de la collaboration du secteur/buy-in secteur. L'INAMI organisera la</li> </ul> </li> </ul>	<p>Dépendance réglementaire (décision politique). Collaboration secteur</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			concertation (en plus pour l'informatisation des processus statut social, adresse de travail des médecins, e.a.). - Adresses de travail 'médecins' o Possible au niveau technique. Planning du côté business en élaboration et concertation avec secteur à faire. (cf. supra).	Collaboration secteur	
Article 28. Dossier d'invalidité électronique - edid	☻	SI	<p><u>Engagement 1 a pris du retard à cause de facteurs externes (coopération avec les OA).</u> Etablir un planning (en collaboration avec les OA) afin de réaliser l'envoi des fiches des OA vers l'INAMI par voie électronique (date limite : 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour tous les OA, une analyse BIO de la transmission des données a été réalisée (AS IS). Il en a résulté une proposition de l'INAMI sur la transmission de données pour tous les OA, pour l'avenir (TO BE). Une concertation collective avec l'INAMI, les OA et le CIN a été organisée, tant avec des représentants du business qu'avec ceux des ICT.</li> <li>- Distinction entre le « traitement générique d'un dossier » (flux normal) et les exceptions (flux « d'exceptions »). Le flux normal a été décrit par l'INAMI et validé avec les OA. Description du flux d'exceptions OK et validé par les OA</li> <li>- Concertation fréquente en cours</li> <li>- Analyse 'TO BE' IDES en préparation.</li> </ul> <p><u>Engagement 2 et 3 ont déjà été réalisés à temps (cf. rapport annuel 2010).</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir une fiche de projet en vue de démarrer le projet « Étude de la qualité ». (Date limite : 31/12/10)</li> <li>- Effectuer une analyse BIO pour le projet « Étude de la qualité ». (Date limite : 3/12/10).</li> </ul>	Facteur externe : dépendance vis-à-vis des OA	Intégré dans l'article 15 du 4° CA.
Article 29. La lisibilité des documents administratifs: formulaires pour les assurés	☺	Cel. Comm.	Action-engagement 1 est réalisé. Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication) (date-limite pour 2012 : 31/12/2012).	Non	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>Les 2 formulaires choisis pour être retravaillés sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) "Déclaration d'accident" (petit et grand modèle - Wet van 9 augustus 1963, art. 7, § 2 en 3 en K.B. van 4 november 1963, art. 241). Le travail d'adaptation est en cours au SCA.</li> <li>2) « Formulaire de demande d'un congé d'adoption pour travailleur indépendant » (A.R. du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants). Le formulaire a déjà été retravaillé par le Service des indemnités ; quelques points sont encore à revoir.</li> </ol> <p><u>Les engagements 2 et 3 sont réalisés à temps. Cf. rapport annuel 2011.</u></p>		

#### **TITRE IV: Moderniser la nomenclature des prestations et des listes de produits**

Article 30. Réforme du secteur des implants: la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables	☻	SdSS	<p><u>Engagement 1 en retard:</u> Mise en œuvre de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (date limite: le 1er novembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La procédure de notification est entrée en production au 1<sup>er</sup> mai 2009 (arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 2009. Au plus tard le 1 novembre 2009 le projet de texte devrait être présenté au Comité d'assurance. Le texte n'est pas encore présenté, suite à des adaptations nécessaires et imprévues au texte de l'art 35 septies.</li> <li>- Le texte de modification de loi (article 35septies, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) a été rédigé.</li> <li>- Le projet d'AR relatif à l'organisation de la procédure de remboursement est finalisé.</li> <li>- Un projet de modification de l'AR concernant la composition de la CRIDMI a été préparé. Et est soumis au Comité d'assurance en mars 2012. Entretemps</li> </ul>	Facteurs de retard / dépendance externe: <ul style="list-style-type: none"> <li>- adaptations nécessaires et imprévues au texte de l'art 35 septies.</li> <li>- Dépendance de l'accord politique.</li> </ul>	Intégré dans l'article 18 du 4 <sup>e</sup> CA.
--	---	------	---	--	---

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			publication le 12 décembre 2012. - Traitement de textes réglementaires : décision de la cellule stratégique encore à recevoir – lien Plan dispositifs médicaux (cfr. Table Ronde eSanté) - Après suit la discussion au Comité d'assurance. - Mis à part l'aspect réglementaires, il y a aussi un volet technique (en dehors du scope du Contrat d'Administration) où des investissements très importants ont été réalisés par l'INAMI. Il s'agit d'un système d'enregistrement en ligne pour la notification obligatoire par les fabricants d'implants et de dispositifs médicaux invasifs remboursables (en production) ainsi que d'une application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers de demande adressés à la CRIDMI (en préparation).		
<b><u>TITRE V : Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé</u></b>					
Article 31. Mise en œuvre des trajets de soins	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010).</u> Après que le Comité de l'assurance a donné son accord (= X) sur l'évaluation des trajets de soins, l'INAMI développera des accords avec l'ISP et l'AIM concernant l'évaluation à réaliser. Date limite : X + 3 mois).</p> <p><u>Engagement 2 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010).</u> Création d'un comité d'accompagnement pour l'évaluation et l'ajustement permanents des trajets de soins (date limite : 30/06/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinq groupes de travail ont été établis au sein du comité d'accompagnement ; déjà 4 sont actifs</li> <li>- Rapport intermédiaire pour le comité d'accompagnement et le Medicomut est rédigé en collaboration avec les OA.</li> <li>- La collecte des données ACHIL : les médecins généralistes ont communiqué les données de 8 patients sur 10 ayant suivi un trajet de soins. Il s'agit de données de 32.000 trajets de soins. Les réactions</li> </ul>	Non	Intégré dans l'article 19 du 4 <sup>e</sup> CA.

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ⊗	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
Article 32. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées	⊗	SdSS	<p>quant à l'utilisation de l'application sont positives.</p> <p>CA2010-2012 : les engagements ont partiellement pris du retard en raison de facteurs externes.</p> <p>(1) <u>Engagement 1 en retard à cause de facteurs externes.</u> Proposer une sélection de projets (deuxième appel) pour le Comité de l'assurance.(31/12/2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier projet d'A.R. discuté par le Comité de l'assurance de 26/07/10 : avis positif sous réserve de certaines modifications.</li> <li>- Timing n'est plus correct : cf. retard premier appel (dépendances externes) + période affaires courantes'.</li> <li>- Interministérielle Conférence Interministérielle Santé Publique de 18/06/2012 : 7<sup>e</sup> annexe au 3<sup>e</sup> Protocol : réduction à 10% des moyens pour renouvellement de soins pour personnes âgées.</li> <li>- Projet d'arrêté approuvée le 4/02/2013 par le Comité d'assurance.</li> <li>- Etappe suivante: décision politique + publication dans le MB.</li> <li>- Par la suite: 3 mois pour l'introduction des dossiers des candidats - jury - selection Comité d'assurance – démarrage des projets.</li> </ul> <p>(2) <u>Engagement 2 partiellement réalisé (premier rapport annuel) en retard à cause de facteurs externes.</u> Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du premier appel. (Dates limites : 30 juin 2011 ; 30 juin 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier rapport administratif intégré (1/03/2010 – 31/05/2011) soumis au Comité d'Assurance du 16/04/2012.</li> <li>- Traitement des deuxièmes rapports annuels par projet (01/06/2011 – 31/05/2012) encore en cours.</li> </ul> <p>(3) Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du deuxième appel (30/06/2012).</p>	<p>Facteur externe : la 1<sup>re</sup> phase a pris du retard en raison de causes externes ; cela a des répercussions sur la 2<sup>e</sup> phase.</p> <p>Facteur externe: impact 'affaires courantes': donc encore plus de retard.</p> <p>Dépendance réglementaire (décision politique)</p> <p>La priorité a été mis sur la préparation du deuxième appel.</p> <p>Facteur externe: 1er et 2<sup>e</sup> phase a pris du retard en</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO



<u>Objectif</u>	☺ ☹ ⊗	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
Article 33. Instauration et évaluation d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens	☺	SdSS	<p>- En fonction du démarrage des projets '2° appel'</p> <p><u>Engagement 1 a déjà été réalisé à temps (voir rapport annuel 2010).</u> Préparer et transmettre toutes les informations nécessaires concernant le nouveau système aux pharmaciens, aux commerces de gros, aux OA, à l'industrie et au public (date limite: 1 mois avant l'entrée en vigueur du nouveau système de rémunération).</p> <p><u>Engagement 2 était déjà réalisé à temps (cfr. Rapport annuel 2011).</u> Effectuer une évaluation du nouveau système de rémunération des pharmaciens et ce, 18 mois après l'entrée en vigueur du système (=X) (date limite: X + 18 mois) (= 1/10/2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La note d'évaluation quantitative a été soumise à la Commission de conventions le 27 mai 2011.</li> <li>- Evaluation qualitative : proposition par la Commission de conventions de lier la réalisation de l'évaluation qualitative à l'élaboration d'un manuel de qualité à l'intention de toutes les officines en 2012. Volet qualitative à développer par la suite.</li> <li>- Note d'évaluation intégrée : discussion en Commission de conventions en septembre et présentation au Comité d'assurance le 12/12/2011.</li> </ul>	<p>raison de causes externes</p> <p>Facteur externe: demande de la Commission d'associer l'évaluation qualitative à l'élaboration d'un guide de qualité en 2012.</p>	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 34. Plan belge « maladies rares »	☺	SdSS	<p>(1) <u>L'engagement 1 est réalisé avec un peu de retard en raison de facteurs externes. En fait cela concernait déjà un premier rapport final complet (voir rapport annuel 2010).</u> Inscription du rapport intermédiaire à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. (Date limite : 30/06/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 projets définis par le 1<sup>er</sup> plan sont en cours de réalisation.</li> </ul> <p>(2) <u>Engagement 2 est réalisé à temps (cf. Rapport annuel 2011).</u> Inscription du rapport final, sous forme de Plan belge « maladies rares », à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. (Date limite : 30 septembre 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau politique encore à faire: intégration du</li> </ul>	<p>Décision politique</p>	Intégré dans l'article 20 du 4 <sup>e</sup> CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			rapport/recommandations du Fonds et des recommandations européennes dans un Plan Belge des Maladies rares. La Commission européenne attend ce plan pour le mois d'octobre 2013.		
<b><u>TITRE VI: Optimiser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles</u></b>					
Article 35. Contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation	☺	SdSS SCA	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u> (1) Formuler des actions-engagements pour la période 2010-2012 concernant le renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation. (Date limite : 30/06/10). - La note de travail réalisée en 2010 a été davantage approfondie et développée. - Mi-2011, une proposition concrète du plan d'implémentation a été finalisée. Comme première étape importante, il est proposé d'effectuer une étude exploratoire sur le terrain. - Nécessité d'une discussion avec les acteurs chargés de l'inspection et du contrôle internes et externes. - En novembre 2011 : une première réunion de pilotage avec SdSS, SECM, SCA et l'Inspection des lois sociales. Projet pilote avec 9 institutions (FL, BXL, WALL) est prévu. - Les préparations nécessaires ont été faites au courant du 2012SEM1. - Problématique moyens : mi 2012: chef de projet a quitté l'organisation, pas de remplacement, pas de capacité au sein de la direction. - Nouveau chef de projet désigner (absence pour cause de maladie du chef de projet). Projet n'a donc pas pu avancer. - Impact Réforme d'état.	Facteur externe : concertation nécessaire avec les partenaires externes et internes. Facteur externe : réforme d'état  Problème de moyens internes	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 36. Évaluation médicale	☺	SECM	<u>L'action-engagement 1</u> "Réaliser chaque année au minimum 2 nouveaux projets d'évaluation et au moins une	Non	Intégré dans la partie 'missions

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> z	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			mesure d'impact » (date-limite pour 2011 : 31/12/11) <u>réalisé à temps.</u>		continues' du 4° CA
Article 37. Code-barres unique	☺	SECM	<p>(1) <u>Engagements 1 réalisé partiellement et à temps en ce qui concerne la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> date limite (cf. rapport annuel 2010 et 2011).</u> Elaboration d'un rapport annuel sur les résultats de l'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. (31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus continu. Résultats sont suivi par un tableau de bord; Ne plus de rédaction de rapport spécifique.</li> <li>- Condition préalable importante : les données de qualité. le SECM suit scrupuleusement la qualité et la ponctualité des fichiers et effectue des feed-backs ou des rectifications. Feedback à Pharma.be, Febelgen et des firmes individuels. SECM prépare un cadre réglementaire afin de pouvoir prévoir des sanctions.</li> </ul> <p>(2) <u>Engagement 2 en préparation.</u> Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OT (offices de tarifications) et les FP (firmes pharmaceutiques) d'une part, et l'INAMI d'autre part. (31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probablement une solution alternative sera prévue afin d'optimiser le transfert de données avec les firmes, notamment via un download-center. Encore en analyse ; timing à voir, en fonction des ressources ICT limitées et des autres priorités ICT.</li> </ul>	<p>Facteur externe : qualité des données et retards constatés dans la transmission des données des firmes pharmaceutiques.</p> <p>Facteur externe : dépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques et capacité des FP à intégrer un nouveau mode de transmission des données.</p>	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4° CA
Article 38. Incapacité de travail primaire: cartographie des activités du médecin-conseil	☺	SECM	<p>(1) <u>Engagement 1 a été complètement réalisé avec un retard (facteurs externes et internes).</u> Elaboration d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins-conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (y compris le feed-back aux OA). (Dates limites : 31/12/10 ; 31/12/11 ; 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une cartographie en ce qui concerne les données de 2008, 2009, 2010 et 2011 des 15 paramètres jusqu'au niveau de la fédération est réalisée.</li> <li>- Une première présentation au Conseil supérieur des médecins-directeurs en 2011SEM2.</li> </ul>	Facteur externe : qualité des données des OA.	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4° CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feedback individuel vers les OA au 2012SEM1. Débat constructif. Incite aux actions correctrices de l'approche au sein des OA.</li> <li>- Adaptation des paramètres nécessaire en fonction de rondes feed-back, et des évolutions du rôle du médecin-conseil.</li> <li>- Reflection et choix nécessaire en ce qui concerne l'exploitation/usage des cartographies.</li> <li>- Point d'attention permanent : la qualité des données transmises par les OA, tant au niveau de la cohérence des données électroniques qu'au niveau de la conformité entre les données électroniques et le dossier au sein de la mutualité. Ceci met en cause la qualité et l'utilité des cartographies. Le SECM fournit un feedback régulier et un contrôle de qualité. Au 2012SEM1 : un échantillon représentatif et de nouveau le feedback aux OA. Un feedback global a été donné ; feedback individuel suit.</li> </ul> <p>(2) Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OA et l'INAMI. (Date limite : 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automatisation transfert de données + transfert via CareNet + ajout numéro NISS.</li> <li>- Tests avec OA en cours. Mise en production ok 2013T1</li> </ul>	<p>Collaboration des OA en ce qui concerne la création, validation et mise en production des flux.</p>	
Article 39. Flowdos: Informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins	☺	SECM	<p>(1) <u>Engagement 1 est en cours de réalisation.</u> Intégration des dossiers d'enquête en cours (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. (Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 6 mois).</p> <p>(2) <u>Engagement 2 est en cours de réalisation.</u> Intégration des dossiers d'enquête clôturés (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. (Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 12 mois).</p> <p>(3) <u>Engagement 3 est réalisé à temps.</u> Rédaction d'un rapport sur les éléments du flux de travail à implémenter dans Flowdos. (Date limite : 30/06/11).</p> <p>(4) <u>Engagement 4 est réalisé à temps.</u> Mise en production d'éléments du flux de travail dans Flowdos. (Date limite</p>		Intégré dans l'article 22 du 4° CA

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>: 31/12/11).</p> <p>(5) <u>Engagement 5 est en cours de réalisation.</u> Rédaction d'un rapport sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. (Date limite : 31/12/12).</p> <p>Documents Flowdos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en production Phase 2 : 2010T4.</li> <li>- Une série d'éléments Workflow déjà opérationnels (actions-engagements 2 et 3).</li> <li>- Intégration des dossiers « vivants » se fait au fur et à mesure de la présentation en juridiction (actions-engagement 1 et 2). La date limite sera donc adaptée en fonction des besoins ; généralisation du scanning prévue dans le cadre de la réforme des sites provinciaux du SECM.</li> <li>- Une analyse générale sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos partiellement réalisé et encore en cours (action-engagement 5).</li> </ul>	Interne : une série d'analyses de niveau 4 (activités et tâches) sont encore nécessaires pour intégrer Flowdos dans Platinium	
Article 40. Rapports en matière de fraude sociale	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 (partie 3 – rapport 2012) est réalisé.</u> Rédiger un rapport intégré concernant les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale (date limite : 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le rapport est rédigé et distribué en septembre 2012. Présenté à la Commission technique (septembre 2012) et au Comité général de gestion (décembre 2012).</li> </ul>	Non	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4° CA
Article 41. Fraude sociale: Croisement des données DMFA-PI	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 (partie 3 – rapport 2012) est réalisé.</u> Croiser les données DMFA et les données PI et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité (date limite : 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le croisement des données a été effectué de même que les contrôles dans les mutualités (concernant les données 2010) Le rapport est finalisé en octobre 2012 et a été présenté à la Commission technique.</li> </ul>	Non	Intégré dans l'article 24 du 4° CA.
Article 42. Fraude sociale: Dossiers d'assujettissement fictif	☺	SCA	<p><u>Engagement a déjà été réalisé en 2010.</u></p> <p>Entre-temps, la procédure de feed-back relève plutôt d'une mission permanente ; les résultats figureront dans le rapport annuel intégré concernant la fraude sociale (voir Article 40).</p>	Non	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4° CA
Article 43. Contrôles thématiques : audit,	☺	SCA	(1) <u>Engagement 1 totalement réalisé.</u> Élaboration de deux	Non	Intégré dans la

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
feed-back et conseil en mutualités			<p>rapports de contrôle thématique par an : un sur les soins de santé ; un autre sur les indemnités. (Dates limites : 31/12/10, 31/12/11, 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôles thématiques 2011 : rapports réalisés à temps, tant pour le secteur de l'assurance soins de santé et le secteur de l'assurance indemnités que pour l'article 195 (cf. Rapport annuel 2011).</li> <li>- 2012 : secteur de l'assurance soins de santé : contrôles des droits des non-assurés : contrôles effectués. Rapport dans la phase finale.</li> <li>- 2012: secteur de l'assurance indemnités : relatif aux indemnités de maternité : Rapport finalisé</li> <li>- Article 195 : un contrôle annuel a été fait sur les listes de récupération d'indus établies par les OA pour la majoration des frais administratifs. Les contrôles sont effectués. Rapport dans la phase finale.</li> </ul>		partie 'missions continues' du 4° CA
<b><u>TITRE VII : Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI</u></b>					
Article 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 a déjà été réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u> Rédiger un premier rapport comprenant une synthèse des discussions de l'année écoulée (date limite: 31/12/10)</p> <p><u>Engagement 3 a déjà été réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u> Analyse des systèmes de plaintes en vigueur dans les OA et les mutualités et rédaction d'un rapport y afférent, et ce, en collaboration avec le CIN (date-limite: 31/12/10).</p> <p><u>Engagement 2 réalisé à temps.</u> Formuler des propositions d'adaptations à apporter aux règles d'application actuelles (date limite : 31/12/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un rapport définitif contenant les propositions relatives au nouveau système de responsabilisation est envoyé le 25 janvier 2012 tant à la ministre des Affaires sociales qu'au secrétaire d'État à la Lutte contre la</li> </ul>	Facteur externe: collaboration OCM et OA.	Intégré dans l'article 26 du 4° CA.

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			fraude sociale et fiscale.  <u>Actions-engagements 4, 5 et 6 relatives aux systèmes de gestion des plaintes sont dorénavant intégrées dans l'action-engagement 2.</u>		
<b><u>TITRE VIII : Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI</u></b>					
Article 45. Information aux dispensateurs de soins et communication externe émanant du SECM: Infobox	☻	SECM	<u>Action-engagement en retard:</u> Création de 2 nouveaux Infobox. (Dates limites : 31/12/11 et 31/12/12) - L'Infobox pour le dentiste, prévu pour fin 2011, en phase finale. La publication est prévue pour fin mars 2013. - Un 2 <sup>e</sup> Infobox général est prévu mai 2013, il concernera toutes les autres catégories de dispensateurs de soins. Une 1 <sup>re</sup> version a déjà été réalisée et est en cours de relecture.  <u>Action-engagement 2:</u> Actualisation annuelle des brochures existantes. (Dates limites : 31/12/10, 31/12/11, 31/12/12). Réalisé. - L'Infobox pour le médecin spécialiste est réalisé le 19 février 2013. Les dernières évolutions de la réglementation, à partir du 27/12/12, sont intégrés dans l'infobox. - La brochure d'information "Le SECM : Missions et procédures" est finalisé et publié en novembre 2012.	<u>Causes internes :</u> Sur le plan RH, outre plusieurs départs en 2011 qui expliquent les retards dans les dates limites.	Intégré dans la partie 'missions continues' du 4 <sup>e</sup> CA
<b><u>TITRE IXI : Améliorer la coordination avec le niveau Européen et international</u></b>					
Article 46. Implémentation de la législation européenne en matière de coordination	☺	SdSS SI	<u>Engagements partiellement réalisés, dans les délais faisables.</u> (1) et (3): Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de	Dépendances: développements au niveau européens ; collaboration avec le BCSS et les OA.	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p>coordination.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nouvelle législation européenne entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2010. Conséquence : sensu stricto la date limite était le 1<sup>er</sup> février 2010.</li> <li>- Date limite (X - 3 mois) n'est pas atteinte. Néanmoins : concertation périodique entre l'INAMI et les OA deux fois par mois selon une logique 'question - réponse' qui aboutira à une circulaire. Il s'agit donc d'un processus itératif ; retard n'est pas problématique, donc projet catalogué 'vert'.</li> <li>- SSS : circulaires concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif sont en élaboration. Volet 'financier-administratif' (plan comptable) déjà finalisé ; la circulaire a été envoyée. Circulaires juridiques-administratives : une listes des thèmes est faite avec les OA en 2011SEM1. Un groupe de travail mixte a démarré en vu d'une développement systématique des circulaires. Circulaires en rédaction.</li> <li>- SI : circulaires relatives à l'interprétation juridico-administrative (et non à l'interprétation financière et administrative) : la première circulaire a été envoyée début août (présentation générale ; traitement de la demande d'invalidité) ; la circulaire relative à l'affaire Leyman a également été envoyée en juin ; 3<sup>e</sup> circulaire distribuée en 2011SEM2 (déclaration incapacité de travail ; contrôle médical incapacité de travail primaire et invalidité). Engagement complètement réalisé.</li> </ul> <p>(2) et (4). Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. (Date limite: 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas encore de stabilité en ce qui concerne les flux et SED's: période de réflexion élargée jusqu'au mi 2013.</li> <li>- Les analyses business au niveau SdSS et SIDU sont réalisées. Intégré dans l'analyse globale (sous réserve</li> </ul>	<p>Facteur externe: au niveau de l'application de la législation européenne les interpretations ne sont pas encore toutes disponibles.</p> <p>Documents électroniques et flux comme définis au</p>	



<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☻	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			des adaptations au niveau européenne). - Concertation régulière avec les OA.	niveau européen ne sont pas encore stables à 100%. La collaboration avec les OA est cruciale.	
Article 47. Observatoire de la mobilité des patients	☺	SdSS	<u>Engagement reformulé (voir rapport semestriel 2010), vu qu'à l'heure actuelle l'engagement n'est plus adéquat</u> (1) Élaboration d'un projet d'arrêté royal portant exécution de la loi du 4 juin 2007 relative à la promotion de la mobilité des patients (date limite : 30/06/10). (1) Prise d'initiative en matière de composition de l'Observatoire de la mobilité des patients (date limite : 30.6.2010). <u>L'engagement est réalisé dans les temps.</u> - Observatoire est entrée en vigueur la 1/07/2010. - Première réunion de l'Observatoire le 14 septembre 2011. - 2 réunions par an sont prévues.	L'action-engagement a été reformulée.	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO
Article 48. COOPAMI – Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable	☺	SG	<u>Engagement 1 a été réalisé à temps pour 2010 et 2011 et 2012. Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français (date limite : 31 mars 2010, 2011, 2012).</u> - La formation concernant "la gestion de la sécurité sociale" a été organisé en septembre 2012.  <u>Engagement 2 est réalisé à temps.</u> Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence (date limite : 31/12/10). - Cf. rapport annuel 2011. - Le « coaching » d'équipes dans les pays se poursuit. Des visioconférences sont mises en place (2 <sup>ieme</sup> semestre de 2012).  <u>Action-engagement 3 : Mener une recherche opérationnelle préalable à la mise en place d'une assurance soins de santé dans au moins un pays. (Date limite : 31 décembre 2012).</u> - COOPAMI s'est rendue en Côte d'Ivoire en août 2012. Résultat: enquête de faisabilité.	Le scope est bien plus large que les actions-engagements décrites dans le présent Contrat. Il n'y a plus de formation structurelle en anglais depuis 2011, pour des raisons de manque de candidats.  La réalisation des engagements 3 et 4 est assez lente, étant donné que le processus nécessite des choix politiques de la part des pays concernés.	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☠	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<p><u>Action-engagement 4</u> : Démarrer un projet développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays. (Date limite : 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- COOPAMI s'est rendu en Niger en juillet 2012 pour une mission de formation financée par la Coopération Technique Belge (CTB) sur le thème du "développement de l'assurance maladie universelle au Niger".</li> <li>- Mauritanie : le 1er rapport actuariel depuis la création en 2007 de la CNAM en Mauritanie est sorti en version draft en mai 2012.</li> </ul>		
Article 49. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international	☠	SI	<p><u>AV2009: engagement n'est pas réalisé</u> (1) Module 6: tableaux de bord (date limite: 31/12/09)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas OK. Développement pas encore lancé.</li> </ul> <p><u>CA2010-2012:</u> (1) <u>Engagement en retard à cause de facteurs internes et externes.</u> Mise en production des modules 1, 2, 4 et 5 (date limite: 30/06/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Module 3 (module de calcul) développement terminé. Plusieurs phases de tests. Dernière phase de test quasi terminée. La mise en production suivra et dépendra de la phase de validation en cours</li> <li>- Modules 1 et 2 : seront intégrés dans une solution générique pour la gestion de la correspondance à l'INAMI.</li> <li>- Autres modules : provisoirement gelés vu l'interférence avec le développement des flux dans le cadre de la nouvelle législation européenne en matière de coordination. (cf. article 46) + manque de moyens ICT au niveau l'INAMI.</li> <li>- L'INAMI reconnaît le retard important du projet ; l'Institut a préféré de focaliser les collaborateurs et les moyens ICT sur des projets plus stratégiques du Contrat d'administration, comme le</li> </ul>	Facteur interne: capacité du personnel au service ICT. Facteur externe: complexité de la réglementation/règles de calcul Facteur externe: lien avec l'art.46	Ne figure pas dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			développement de connaissances en ce qui concerne l'incapacité de travail, et le projet IDES. Pour info : en 2012, 2802 nouvelles demandes de pensions d'invalidité ont été enregistrées (1950 assurés belges et 852 assurés étrangers). Il s'agit de dépenses de 620.000 euro (travailleurs et indépendants). Ca concerne donc un processus plutôt 'petit'.		
<b>TITRE X : Développement de l'organisation et bonne gouvernance</b>					
Article 50. Instruments de stratégie et de gestion dans le cadre d'une vision intégrée	☺	Cel. Modernisation  HR  Audit Interne  FIN  ICT	L'article 50 ne reprend pas d'actions engagements concrètes, sauf pour le domaine de l'RH pour la fin de 2012. L'exécution concrète des projets internes à suivi son chemin pour les différents domaines e.a. le management des projets, le management des processus, l'audit interne,...  <u>50.1. BPM</u> - Développement carte macro des processus ongoing - Membre du réseau BPM Network Vlerick - Préparation de l'optimisation de la méthodologie  <u>50.2. Mesure des prestation</u> - l'optimisation des tableau de bords - Développement du BSC  <u>50.3. Gestion des risques</u> - Projet SafeInfo: pratiquement finalisé. Continu sous forme de processus.Volet important dans le cadre de la gestion des risques.  <u>50.4. Audit interne</u> - Service d'audit interne formellement démarré en novembre 2012. - Première mission d'audit (gestion du système de la sécurité de l'information) exécutée.	Non	Patiellement intégré dans le 4 <sup>de</sup> BO

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'audit 2013-2015 en rédaction.</li> <li>- Engagement spécifiquement INAMI et IPSS dans le CA2013-2015. INAMI prend le lead en ce qui concerne les synergies IPSS.</li> </ul> <p><u>50.5. Comptabilité analytique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet pilote pour le moment bloqué, à cause de capacité limitée et dépendance de moyens additionnelle du business.</li> <li>- Engagement IPSS dans le CA2013-2015, avec un soutien du SPF B&amp;BC.</li> </ul> <p><u>50.6. Management Project</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le cycle de vie d'un projet a été établie</li> <li>- Le roll out du méthodologie projet et le PLC au sein d'un service pilote</li> <li>- Nouveau tool rojectlist</li> <li>- BSG's pour chaque service opérationnel</li> <li>- Reflection concernant la fonction de PMO</li> </ul> <p><u>50.7. La gestion des plaintes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus de la gestion des plaintes en business continue</li> </ul> <p><u>50.8. HRM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le suivi du développement du trajet de leadership Connect</li> <li>- Elargissement du télétravail</li> <li>- Reactivation cercles de développement</li> <li>- Suivi enquête de satisfaction</li> <li>- Task force interne en business continue</li> <li>- Développement de l'eHR</li> </ul> <p><u>50.9. Renforcement du monitoring ICT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration du suivi des projets; amélioration monitoring au niveau processus; SLA au niveau Service Desk; actions d'amélioration logging et</li> </ul>		



<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>4° CA</u>
	☺		3) PRINTING PROJECT : analyse minutieuse du parc d'imprimantes en vue de son remplacement. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nouveau réseau Printing est en production depuis août 2012.</li> <li>- Instruments de reporting ongoing. Les premiers chiffres sont disponibles au niveau des volumes et des couts ; et sont positives (diminution du nombre de prints).</li> </ul>		

## ARTICLE 11. Conversion de données en informations sur et pour les dispensateurs de soins (e.a. profils)

### INTRODUCTION

Par le biais du présent article, l'INAMI souhaite développer une stratégie d'information intégrée à l'attention des dispensateurs de soins. Celle-ci a pour but d'inciter les professionnels inscrits à l'INAMI à la réflexion concernant leur performance (en tant que groupe et en tant qu'individu).

Les actions-engagements dans le cadre de ce projet sont les suivantes (intégralement réalisées) :

1. Optimisation du feed-back aux médecins généralistes par l'ajout des données Pharmanet. Date limite : 31 décembre 2010. Cet engagement a déjà été réalisé (voir Rapport annuel 2010).
2. Élaboration d'une Balanced Scorecard (et des indicateurs de santé) pour la médecine générale. Date limite : 31 décembre 2011.

### BILAN ANNEE 2012 & PERSPECTIVES 2013

Comme déjà mentionné dans le rapport annuel 2011 et dans le rapport semestriel 2012, toutes les actions-engagements de ce projet ont été réalisées. Le rapport Balanced Scorecard (ainsi que les indicateurs de santé) pour la médecine générale (date limite fixée au 31/12/2011) a été finalisé et présenté, le 10 janvier 2012, au groupe d'experts participant au projet, au groupe de travail des médecins généralistes du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) et au CNPQ lui-même, le 24 janvier. Le rapport a reçu un accueil favorable.

Faisant suite à ce rapport, nous mentionnons ci-après différents points d'action et différentes réalisations prévus en 2012 :

- Un plan d'approche a été élaboré pour la communication avec le terrain (médecins généralistes). L'objectif pour les prochaines années est d'associer les médecins généralistes à la réflexion sur les problèmes et les défis repris dans le rapport.
- Une brochure spécifique a été élaborée pour les décideurs politiques et les médecins généralistes afin de leur permettre de se positionner face à ces enjeux. Cette brochure comporte les défis ainsi que les points forts et les points faibles de la médecine générale en Belgique. L'analyse confirme le rôle central et prépondérant de la médecine générale dans notre système de santé, la grande satisfaction de la population et une bonne accessibilité. La pérennité de la médecine générale y est également soulevée. Des faiblesses sont notées en matière de surveillance de la qualité. La brochure a été distribuée en juillet 2012 et a été annexée au rapport semestriel : « La performance de la médecine générale en Belgique - Bilan de santé ». La brochure a été réalisée sous l'égide du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ).
- Par ailleurs, le Service a également communiqué à l'échelon international, notamment au travers d'une présentation faite à l'université d'été de juillet 2012 et ce, sous la responsabilité de l'Observatoire européen des systèmes de santé. Titre de la présentation : "Health system performance in Belgium: lessons learned".
- À l'automne 2012, le Service a fait une présentation pour expliquer les résultats de l'exercice lors d'un congrès international de l'ISQUA (International Society for Quality in Health Care) à Genève, intitulée : "How does Belgium use health administrative data".

bases to address health systems problems and support decision making: performance reports”.

- Participation (en tant qu'orateur) à un congrès de l'AMUB (Association des médecins anciens étudiants de l'ULB) le 9 septembre 2012, suivie de la rédaction d'un article.
- Participation au congrès du CEBAM (Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine) le 6 octobre 2012 : “10 years Evidenced based Practice (EBP) in Belgium”.
- Le 6 décembre de l'année dernière, une présentation a été faite à l'occasion de la commémoration du 10<sup>e</sup> anniversaire du CNPQ : « BILAN DE SANTÉ 2012 DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE: Un outil de promotion de la qualité pour les cercles et les GLEMS ».
- Invitation par l'administration de la Région wallonne, à l'initiative de l'Observatoire wallon de la santé, pour expliquer le rapport le 30 octobre 2012.
- Une exposé en plénière les 2 et 3 février 2013 (weekend consacré à la qualité et la formation) à la Convention des cadres de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).
- De nombreux indicateurs issus du rapport « Performance en médecine générale » sont repris dans le rapport « Performance du système de santé » publié en janvier 2013 (par exemple, l'évolution des effectifs de médecins généralistes, qualité de la prise en charge du diabète, couverture du DMG, niveau d'irradiation...)

Une communication plus détaillée pour les médecins et les cercles de médecins concernant la performance en médecine générale est en cours de préparation. Une communication sera envoyée aux médecins généralistes au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2013 contenant des informations au sujet de leurs données de profils individuelles. En outre, au cours de ce même 1<sup>er</sup> trimestre 2013, une information sera mise électroniquement à la disposition des cercles de médecins sur le site Internet de l'INAMI. Une brochure complémentaire ne sera plus éditée.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 12. Moderniser la gestion dans le cadre du financement des maisons de repos**

### INTRODUCTION

Ce projet vise la modernisation et l'informatisation de la gestion et du contrôle dans le cadre du financement des maisons de repos, y compris le financement de la fin de carrière pour les centres de rééducation fonctionnelle, les soins à domicile, les centres de santé de quartier, la Croix rouge et les maisons de soins psychiatriques.

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Phase 1 : Mise en production de la phase 1 de la nouvelle application (demande de données et module de calcul) Date limite : 1er janvier 2011. Cette action-engagement était déjà réalisée, tant en ce qui concerne le back-office (cf. Rapport annuel 2011) que le front-office (cf. Rapport semestriel 2012).
2. Phase 2 : Mise en production de la phase 2 de la nouvelle application (demande de données supplémentaires, module de simulation, fonctionnalités de compte rendu). Date



limite : 1<sup>er</sup> janvier 2012. Cette action-engagement a aussi déjà été partiellement réalisée (cf. rapport annuel 2011).

### BILAN 2012

La nouvelle application MRS prévue dans l'action-engagement 1 reprend les fonctionnalités actuelles (demande de données et module de calcul) dans un nouvel environnement technique, plus stable et maîtrisable. Le back-office de cette nouvelle application MRS avait déjà été mis en production en février 2012 (cf. Rapport annuel 2011). Le front-office a été mis en production début juillet 2012 (Rapport semestriel 2012). Ce front office permet aux institutions de communiquer des informations à l'INAMI en vue de calculer les interventions. Elles peuvent en outre également consulter certains éléments par après (p.ex. données communiquées, historique du forfait, etc.). La réalisation de ces aspects a permis de réaliser entièrement l'action-engagement 1 et partiellement l'action-engagement 2.

Une application actualisée a été mise en production mi-février 2013. Ces mises à jour portent tant sur des modifications réglementaires (RFC) que sur un certain nombre de nouvelles fonctionnalités (p.ex. institutions fusionnées, clôture des institutions fermées, régularisation des nouvelles institutions, données de contrat MCC, personne de référence démence, calcul kappa, etc.).

Dans le courant de février 2013, les dossiers suivants ont également été réalisés :

- Fin de carrière : le calcul, les lettres et paiements en ce qui concerne le décompte final (18 millions d'euros) et l'avance (25 millions d'euros) ont été réalisés mi-février ;
- Troisième volet (environ 90 millions d'euros) : le calcul préalable du nombre d'ETP à financer dans le cadre du troisième volet a été réalisé. Une décision doit encore être prise sur la manière de gérer le dépassement du plafond constaté. Les paiements seront effectués au plus vite en fonction de cette décision ;
- Forfait : la programmation et la validation en vue du calcul du forfait sont quasiment bouclés. En fonction de ces éléments, le forfait peut être calculé et payé. Le délai prévu pour la communication des forfaits est fin février 2013.

En d'autres termes, un certain retard a été constaté dans les paiements « fin de carrière » et « troisième volet ». Une communication adéquate est néanmoins prévue à l'égard de la Cellule stratégique et des organisations de coordination.

### PERSPECTIVES 2013

- « Gel » de l'achèvement du projet sur la base des critères d'opportunité et de faisabilité

Une grande partie de la nouvelle application est déjà disponible. Dès lors, l'action-engagement 1 et une partie considérable de l'action-engagement 2 sont réalisées. Une liste des éléments restants (p.ex. fonctionnalités de rapports, lien avec des sources de données externes, module de simulation, etc.), avec les priorités et le calendrier a été dressée. Certains éléments seront certainement réalisés. La réalisation d'autres éléments sera décidée en fonction de deux critères : la faisabilité et l'opportunité. D'une part, poursuivre le développement de l'application requiert des investissements informatiques considérables. Or, pour l'instant, aucun moyen n'est disponible. En outre, on peut s'interroger sur l'opportunité du projet étant donné que dans le cadre de la réforme de l'État, il est prévu de transférer les compétences du secteur des maisons de repos et des soins aux personnes âgées aux Communautés. Vu ces éléments, le Comité de direction a décidé de geler la poursuite du projet.

Comme mentionné dans des rapports antérieurs, l'application devra en outre être régulièrement mise à jour (RFC) afin de tenir compte de l'adaptation de la réglementation.

L'INAMI devra donc à chaque fois relever le défi majeur de calculer et de payer, à temps et de manière correcte, les interventions dues aux institutions.

- Contrat d'administration 2013-2015

Ce projet ne figure plus dans le Contrat d'administration 2013-2015. Néanmoins, dans le cadre dudit Contrat, l'INAMI va collaborer à l'opérationnalisation de l'accord sur la réforme de l'État. La communautarisation des compétences dans le secteur des maisons de repos et des soins aux personnes âgées implique donc le transfert de l'application technique.

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 13. L'impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance soins de santé**

### INTRODUCTION

Ce projet doit permettre de connaître l'impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance soins de santé.

Les actions engagements sont les suivantes :

1. Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'implants'.  
Date limite : 30 juin 2011
2. Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'soins aux personnes âgées'.  
Date limite : 31 décembre 2012

### BILAN DE L'ANNÉE 2012

Le premier engagement est réalisé. L'étude relative à l' « orthopédie-traumatologie » (secteur des implants) est terminée et le rapport final, prévu initialement pour le 30/11/11, a été délivré fin janvier 2012 suite aux remarques et aux demandes d'affinement du Comité d'accompagnement (cf. rapport annuel 2011).

L'étude relative à la « cardiologie » (secteur des implants) est réalisée : le rapport final, avec adaptations, a été publié en septembre 2012.

En ce qui concerne ce premier action-engagement, un rapport de synthèse sur l' « Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie dans les domaines spécifiques de l'orthopédie-traumatologie et de la cardiologie du secteur des implants » a été réalisé et finalisé en janvier 2013. Il a aussi été traduit en anglais et en néerlandais. Pour rappel, suite à une interrogation du Comité d'accompagnement sur le public auquel est destiné ce type de rapport « vieillissement », ainsi que sur les objectifs poursuivis, il a été constaté unanimement que ce rapport ne présente que des données chiffrées, peu lisibles et compréhensibles pour les non initiés. La Cellule Expertise&COOPAMI a donc rédigé un rapport d'une trentaine de pages, destiné à un public plus large. Il a été réalisé sur base des rapports existants « orthopédie-traumatologie » et « cardiologie », contenant l'explication de la démarche de recherche ainsi que l'ensemble des conclusions soutenues par quelques graphiques ou tableaux explicatifs et illustratifs.

En ce qui concerne le deuxième engagement sur la rédaction d'un rapport thématique de l'impact du vieillissement sur le secteur 'soins aux personnes âgées', la date limite dans le Contrat d'administration avait été fixée au 31 décembre 2012. Cependant, un retard d'un an

est prévu pour la remise du rapport ; celui-ci s'explique à la fois par un retard dans la procédure de recrutement et donc du démarrage du projet (novembre 2010 au lieu de septembre 2009) et par une demande d'affinement de certains points concernant la première action-engagement. L'étude, dont la définition a été largement étendue, a démarré fin octobre 2012. Un premier rapport intermédiaire est envisageable fin 2013. Ce rapport concernera, dans une première phase, les soins infirmiers, de kinésithérapie et de logopédie.

#### Annexe 1 et 2:

- Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie dans les domaines spécifiques de l'orthopédie-traumatologie et de la cardiologie du secteur des implants.
- Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie, secteur des implants, focus sur la cardiologie.

### **ARTICLE 14. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé)**

#### INTRODUCTION

Ce projet vise la rédaction de rapports fiables concernant la répartition géographique de la consommation de soins de santé. Il s'agit des dépenses de l'assurance soins de santé, c'est-à-dire des dépenses dans le cadre de prestations remboursables. Ces dépenses représentent une part très importante de la « consommation de soins de santé » en Belgique.

Les données géographiques qui sont généralement fournies concernent des données non standardisées (coût et nombre de cas par bénéficiaire) qui sont ensuite groupées par région, province et arrondissement en fonction du domicile de l'assuré. Le fait de constater des variations dans les dépenses sans faire référence à un certain nombre de caractéristiques objectives propres aux populations comparées peut toutefois donner lieu à des conclusions hâtives. Pour les données standardisées et la présentation de leurs variations géographiques, il est tenu compte de la structure démographique (âge, sexe, niveau socioéconomique). Le but des méthodes de standardisation appliquées est de supprimer les variations dans la consommation de soins de santé dues à la structure démographique pour arriver à des comparaisons plus pertinentes.

Les 3 actions-engagements ont été réalisés, à savoir l'établissement d'un rapport annuel pour le Conseil général sur les données régionales standardisées concernant les dépenses en matière de soins de santé. Dates limites : 30 septembre 2010 (données 2008), 31 mars 2011 (données 2009) et 31 mars 2012 (données 2010).

#### BILAN ANNEE 2012

En 2012, un rapport plus détaillé a été fourni pour les données 2009. Ce rapport a été présenté au Conseil général le 23 avril 2012. Un groupe de travail a été mis sur pied à la demande du Conseil général. Ce groupe de travail a analysé minutieusement le rapport et a formulé des avis, à la suite desquels le Service a apporté des adaptations au rapport. La deuxième version du rapport a été achevée à la mi-juillet 2012, et a été présentée au Conseil général le 16 juillet 2012. Le rapport a également été présenté au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) (le 4 octobre 2012) et à la Commission de profils des praticiens de l'art infirmier (le 23 novembre 2012).

En ce qui concerne les données de 2010 – c'est-à-dire la troisième et dernière action-engagement du présent article – un rapport comprenant des statistiques de base pour les années de 2006 à 2010 a été finalisé et soumis au Conseil général du 23 avril 2012 (3<sup>e</sup> action-engagement est réalisée).

Par conséquent, ce projet a été entièrement réalisé. Les 2 rapports (rapport détaillé 2009 et statistiques de base 2006-2010) ont été joints en annexe au rapport semestriel de 2012. Les rapports sont naturellement aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI.

### PERSPECTIVES POUR LES ANNÉES FUTURES

Le présent projet ne figurera plus comme projet distinct dans le 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015) mais continuera à être suivi dans le chapitre « Suivi des missions continues découlant de Contrats d'administration antérieurs ». Dans ce cadre, nous renvoyons au projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration, tel qu'il a été approuvé par le Comité général de gestion du 25 janvier 2013. Un rapport exhaustif détaillé (pour une année spécifique) sera rédigé tous les cinq ans. Les autres années, une enquête/un rapport longitudinal(e) simple sera élaboré(e) (sur plusieurs années et contenant en partie des analyses thématiques).

Annexe : Aucune.

## **ARTICLE 15. Incapacité de travail primaire : statistiques et études**

### INTRODUCTION

Ce projet tend à approfondir les connaissances concernant le phénomène de l'incapacité primaire (ITP) au moyen de statistiques et d'études.

Les actions-engagements sont :

1. Rédaction d'un rapport de synthèse annuel sur l'évolution statistique de l'ITP (partie descriptive). Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011 et 31 décembre 2012. La première date limite pour cette action-engagement a été respectée (cf. rapport annuel 2010).
2. Rédaction d'une première étude concernant les facteurs explicatifs des évolutions de l'ITP sur la base des données 2009. Date limite : 31 mars 2011.
3. Approfondissement de la première étude explicative sur la base des données 2010. Date limite : 31 décembre 2011.

### BILAN 2012

- Rapport synthétique annuel sur les évolutions statistiques (action-engagement 1)

Jusque 2010 inclus, en attendant l'étude explicative (actions-engagements 2 et 3), le Service des indemnités (SI) a rédigé chaque année un rapport descriptif sur les données et les évolutions statistiques en matière d'ITP. Ce rapport de synthèse n'a plus été rédigé ni en 2011 ni en 2012 car il n'a pas d'utilité immédiate : il ne peut pas être exploité par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) pour qui il était initialement prévu. Quoiqu'il en soit, les principales évolutions statistiques, administratives et financières concernant l'ITP sont bien entendu encore abordées dans d'autres études et d'autres rapports fournis par le SI.

- Étude explicative des évolutions statistiques (action-engagement 2)

Dans des rapports précédents, il avait été largement fait référence à la nécessité de flux de données efficaces entre les OA et l'INAMI pour pouvoir effectuer une étude explicative concernant les évolutions en matière d'incapacité de travail primaire. Nous poursuivons le compte rendu à ce propos dans ce présent Rapport annuel.

À partir de fin mars 2012 – une fois le développement et les tests terminés du côté de l'INAMI – la phase de validation avec les OA a commencé pour le flux développé pour les contrôles globaux. Les OA ont successivement transmis les données par trimestre pour 2009, 2010 et 2011. Les phases de validation pour ces trois années et tous les OA étaient terminées début 2013. La phase de validation pour laquelle il existait une dépendance externe vis-à-vis des OA a duré plus longtemps qu'initialement prévu.

Une fois que les fichiers trimestriels de données de 2009, 2010 et 2011 de tous les OA auront passé la phase de validation, ils doivent être introduits dans un environnement de production. Dans le courant des premières deux semaines de mars 2013, le flux a été mis en production; quelques petites adaptations (concernant des agrégations et l'intégration des données du BCSS) devront encore être adaptées dans l'environnement de production. Les OA ont reçu le signal qu'ils peuvent envoyer leurs données (à partir du premier trimestre de 2009) dans l'environnement de production.

Ensuite, le SI effectuera un contrôle : il comparera les données contenues dans le nouveau flux électronique aux données de l'ancien flux papier (modèles C). Les données individualisées transmises électroniquement doivent bien entendu correspondre aux données cumulées transmises pour les années en question. Si le contrôle donne des résultats favorables, les données du flux électronique seront considérées de qualité suffisante pour commencer l'analyse pour l'étude explicative. La date limite est la suivante : le SI fournira une première étude explicative (action-engagement 2) deux à trois mois après la mise à disposition de données de qualité. Seront exploitées non seulement les données de 2009 (portée de l'action-engagement 2) mais aussi celles de 2010 et 2011.

Dans une phase ultérieure, un nombre important de contrôles de détails seront intégrés dans le flux électronique entre l'INAMI et les OA. Ceci n'est pas une condition pour la réalisation de l'étude explicative mais cela représente des efforts considérables de la part de l'INAMI et de l'OA. Une *business* analyse et une analyse technique ont déjà été réalisées. Ces analyses seront encore adaptées en fonction des résultats du débat sur l'architecture technique des contrôles de détails du flux de données. Ensuite, on identifiera les risques en matière de sécurité de l'information et les critères d'acceptation pour le flux développé puis le développement pourra commencer. Le calendrier prévu dépendra des moyens ICT disponibles au niveau de l'INAMI et des OA.

Pendant la phase de transition, le nouveau flux électronique contenant les données individualisées et l'ancien flux (CD-ROM) de données cumulées (modèles C) coexisteront. En 2013, l'ancien flux de données sera encore utilisé pour la clôture des comptes ; en 2014, c'est le nouveau flux électronique de données qui sera utilisé. En principe, si tout se passe bien, l'ancien flux pourra être supprimé en 2015.

- Approfondissement de l'étude explicative sur la base des données de l'ONEM (flux LO35) (action-engagement 3)

Faire un lien avec les données de l'ONEM permet d'approfondir l'étude explicative. En effet, on peut ainsi détecter la migration entre le système du chômage et celui de l'incapacité de travail.

L'adaptation par l'ONEM du message électronique LO35 était déjà terminée en mars 2011. L'accès opérationnel au flux dépendait toutefois de la réalisation d'un projet à la BCSS, à

savoir la migration par la BCSS vers la plateforme appelée SOA. Elle a eu lieu au premier semestre 2012. Le Service ICT de l'INAMI a ensuite effectué des tests pour vérifier l'accès au flux LO35. Pendant l'été, ils ont permis de détecter des erreurs au niveau de la BCSS. Une nouvelle version du flux a été mise en production en septembre 2012. Aussi du côté de l'INAMI les tests nécessaires ont été finalisés afin de mettre en production le flux; ainsi les données peuvent être exploitées.

### PERSPECTIVES 2013

- Étude explicative (actions-engagements 2 et 3)

Lorsque les fichiers de données trimestriels pour 2009, 2010 et 2011 de tous les OA auront été encodés dans l'environnement de production, et que la comparaison avec les données de l'ancien flux (modèles C) sera achevée avec succès, l'étude explicative pourra être effectuée. En ce qui concerne la date limite, le SI livrera une première étude explicative (action-engagement 2) dans un délai de 2 ou 3 mois après la transmission de données de qualité. Les données exploitées seront non seulement celles de 2009 (scope action-engagement 2) mais aussi celles de 2010 et 2011. Le rapport sera ensuite soumis au Comité de gestion du Service des indemnités.

Le flux de données sera approfondi sur la base des données du flux LO35 (action-engagement 3) en fonction du déroulement des tests et des mesures y afférentes qui doivent être examinées avec l'ONEM et la BCSS.

- Approfondissement de l'étude explicative sur la base du lien avec les codes CIM-10 (elle ne fait pas partie des engagements figurant dans le Contrat d'administration actuel)

Actuellement, l'INAMI ne connaît pas la répartition des cas d'incapacité de travail primaire par groupe de maladies. Un projet a été lancé par l'INAMI et les organismes assureurs pour obtenir ces informations : un code par affection sera communiqué pour chaque assuré, par période de maladie pendant l'incapacité de travail primaire. La classification diagnostique internationalement agréée, à savoir la CIM-10, sera utilisée. À terme, les données pourront être transmises à l'INAMI via la plateforme e-Health. En fonction de cela, les données relatives aux pathologies pourront être couplées aux données relatives aux dépenses en incapacité de travail primaire. Bien évidemment, l'INAMI est en l'occurrence fortement tributaire notamment des discussions menées au sein du CTM.

- Contrat d'administration 2013-2015

Le nouveau Contrat d'administration 2013-2015 contiendra des actions-engagements destinées à en savoir plus sur l'incapacité de travail en général et l'incapacité de travail primaire en particulier. Bien entendu, on continuera les analyses et la rédaction de rapports comme c'est le cas aujourd'hui et l'analyse sera approfondie si nécessaire (cf. supra).

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 16. Reprise d'activités partielles autorisées : exploitation des données**

### INTRODUCTION

Ce projet tend à développer des connaissances concernant l'application du système de reprise d'activités partielles autorisées au moyen de statistiques et d'études.

Les actions-engagements sont :

1. Rédaction d'une note concernant le fonctionnement du système de reprise d'activités partielles autorisées. Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement avait été réalisée (cf. Rapport semestriel 2012).

### BILAN 2012

- Rapport sur le fonctionnement du système de reprise partielle d'activités (action-engagement 1)

Un rapport – pour les données 2009 et 2010 – a été rédigé en mai/juin 2012 et soumis aux Comités de gestion du Service des indemnités (travailleurs indépendants et régime général). À ce propos, la problématique de la qualité des données transmises par voie électronique par les OA a été traitée en détail.

En se basant sur les notes qui leur avaient été soumises, les comités de gestion ont rédigé des recommandations pour optimiser le système de reprise partielle des activités, recommandations qui seront maintenant discutées à la Commission supérieure.

- Qualité des données

Les OA et l'INAMI entreprennent les actions requises pour continuer à améliorer systématiquement la qualité des données (par exemple : fins d'incapacité de travail). Le SI garantira la surveillance de la qualité. À terme, la qualité des flux de données respectifs sera intégrée dans la partie variable des frais d'administration des OA.

### PERSPECTIVES 2013

- Contrat d'administration 2013-2015

Dans le nouveau Contrat d'administration 2013-2015 figurent des actions-engagements concernant le développement des connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail, également en ce qui concerne la reprise d'activités partielles.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 17. Taskforce Incapacité de travail**

### INTRODUCTION

Ce projet vise à développer des connaissances concernant le phénomène d'incapacité de travail en vue d'une réforme fondamentale du secteur.

Actions-engagements :

1. Établissement d'un plan d'approche concernant les défis à relever en ce qui concerne le phénomène d'incapacité de travail. Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement a été réalisée à temps (cf. rapport annuel 2010).

### BILAN 2012

Dans le cadre du rapport annuel 2010 relatif à l'exécution du Contrat d'administration, il avait déjà été mentionné que les activités de la Taskforce « évaluation médicale » et « incapacité

de travail » avait débouché avant fin 2010 sur un projet de Plan d'approche (action-engagement 1) comprenant une analyse ainsi que des propositions de réforme tant globales que ponctuelles. L'action-engagement a donc été réalisée à temps. Le plan d'approche a été soumis au Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés ainsi qu'à la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité. Des adaptations ont été apportées par la suite (cf. rapport semestriel 2011).

Le plan d'approche constitue la base d'une stratégie pluriannuelle et porte à exécution une série de projets y afférents. Un certain nombre de ces projets ont déjà été réalisés ou mis en œuvre. Concernant le second semestre 2012, les réalisations suivantes peuvent être mentionnées.

- Collaboration avec les offices de l'emploi des différentes Régions, les OA et d'autres acteurs concernés
  - o Le comité de suivi de la convention FOREM-AWIPH a finalisé les modalités pratiques (facturation, modalités d'échange d'informations, etc.) de la convention. Ce comité s'est ensuite attelé à organiser la conférence de presse et la signature de la convention, prévus début janvier 2013.
  - o La nouvelle convention VDAB est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2012 et le comité d'accompagnement s'est réuni à plusieurs reprises pour assurer le suivi de la convention.
  - o Poursuite des discussions relatives à la convention entre l'INAMI, les OA et ACTIRIS, Bruxelles Formation, VDAB, GTB et PHARE (Bruxelles).
- Taskforce Return to Work
  - o Une première réunion a été organisée à l'INAMI en septembre afin de présenter le concept de la plate-forme de concertation. Le Conseil national du travail, le SPF Emploi, le FMP et le FAT étaient présents et ont marqué leur accord de principe sur le concept. Le CNT a accepté de coordonner les travaux de la plate-forme et une première réunion a été organisée le 4 décembre 2012 au CNT.

### PERSPECTIVES 2013

- o Signature de la convention Bruxelles (ACTIRIS, OA, INAMI, VDAB, BXL Formation, Phare)
  - o Opérationnalisation de la plate-forme de concertation
  - o Mise en place d'un plan de communication concernant les mesures Back to Work (Publication du folder explicatif relatif à la réinsertion professionnelle à l'attention des assurés sociaux, communiqué de presse concernant les statistiques RTTP, etc.)
- Contrat d'administration 2013-2015

Dans le nouveau Contrat d'administration 2013-2015 figurent des actions-engagements concernant la poursuite du développement des connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail.

Annexes : Aucune



## **ARTICLE 18. Rapport annuel au sujet de la stratégie ICE du SECM**

### INTRODUCTION

Le présent projet vise à améliorer les rapports au sujet des activités et des résultats du SECM dans le cadre de la stratégie ICE (I = information; C = contrôle; E= évaluation).

Les actions-engagements sont :

1. Rédaction d'un rapport annuel intégré relatif aux activités et résultats dans le cadre de la stratégie ICE du SECM. Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012. Il s'agit chaque fois d'un rapport annuel sur l'année X-1. Ces actions-engagements ont toutes été réalisées dans les temps (cf. rapport précédent).

### BILAN ANNÉE 2012

En juin 2012, le SECM a présenté au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux un rapport d'activités pour l'année 2011. Après discussion au sein du Comité, le rapport d'activités a été publié sur le site web de l'INAMI. Ainsi, comme les années précédentes - la date limite a largement été respectée.

### PERSPECTIVES 2013

- Contrat d'administration 2013-2015

Un prochain rapport annuel (pour l'année 2012) sera rédigé au cours du premier semestre de 2013. La rédaction de ces rapports annuels est entre-temps devenue une mission stable et permanente du SECM. Dans cette optique, elle sera suivie dans un nouveau chapitre du nouveau Contrat d'administration 2013-2015 de l'INAMI : « Suivi des missions permanentes qui émanent des précédents Contrats d'administration ». Plutôt qu'un rapport semestriel textuel détaillé – comme ce fut le cas pour les projets innovants du Contrat d'administration –, ces missions permanentes feront l'objet d'un suivi dans un tableau de bord.

- Rapport annuel 2012

Fin avril 2013, le Rapport annuel 2012 sera soumis au Comité du SECM. Il sera ensuite publié. Une concertation aura lieu avec la Cellule Communication concernant les instruments de communication qu'il convient d'utiliser.

La structure du rapport demeure identique dans les grandes lignes. Une attention particulière est portée à l'impact des actions du SECM : à cette fin, une nouvelle rubrique avait déjà été insérée dans le Rapport annuel 2011. Tous les chiffres relatifs aux enquêtes et aux procédures de récupération et de sanction y seront également mentionnés.

Il n'y aura pas de colloque du SECM en 2013 ; on saisira néanmoins l'opportunité qu'offrent les activités relatives à la commémoration des 50 ans de l'INAMI pour mettre en lumière le fonctionnement et les résultats du SECM.

Annexe: Aucune.

## ARTICLE 19. Études statistiques sur la base des effectifs.

### INTRODUCTION

Tant au niveau interne qu'au niveau externe, il existe un besoin permanent en données chiffrées de qualité. Les données des effectifs – les nombres d'assurés sociaux subdivisés en catégories – permettent de générer des données statistiques pertinentes pour le soutien à la gestion et pour le contrôle, sur la base de la compréhension de la composition de la population des bénéficiaires et de son évolution à long terme.

Ces données statistiques se répartissent en trois volets et leur étude répond à 3 actions-engagements :

1. Evaluer, analyser et optimaliser la note au Comité général de gestion pour obtenir une note claire et synoptique, reprenant et interprétant des données chiffrées pertinentes, e.a. accentué sur les nombres d'assurés avec droit à l'intervention majorée et le statut OMNIO. Dans la note des effectifs, les données seront réparties par les variables âge, sexe et domicile (province, région, communauté). Date limite : 30 juin 2010.
2. Evaluer, analyser et optimaliser le rapport annuel concernant les effectifs sur le site Internet de l'INAMI. Date limite : 31 décembre 2010.
3. Elaborer un formulaire standard pour la demande de données concernant les effectifs. Date limite : 31 décembre 2010.

### BILAN DE L'ANNÉE 2012

- Engagement 1: *Evaluer, analyser et optimaliser la note au Comité général de gestion pour obtenir une note claire et synoptique, reprenant et interprétant des données chiffrées pertinentes, e.a. accentué sur les nombres d'assurés avec droit à l'intervention majorée et le statut OMNIO. Dans la note des effectifs, les données seront réparties par les variables âge, sexe et domicile (province, région, communauté). Date limite : 30 juin 2010.*

Cet engagement est réalisé (cf. rapport annuel 2011).

- Engagement 2 (nouvel engagement) : *Développer un outil « d'auto-reporting » dynamique et moderne ». Date limite : 31 décembre 2012.*

Cet engagement a été réalisé avec un peu de retard. Le 31 janvier 2013 une nouvelle application pour des statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité a été mis sur internet. Ce nouvel outil permet dorénavant aux citoyens de générer eux-mêmes (via le site web de l'INAMI) des tableaux de base en sélectionnant certains paramètres.

Le retard était essentiellement lié à un problème technique qui, depuis lors a été résolu par l'ICT le 16 janvier. L'outil a donc pu être testé, finalisé et validé par le comité de pilotage le 24 janvier. Il est désormais accessible via le site internet de l'INAMI depuis le 31 janvier.

Un plan de communication a aussi été réalisé dans le but d'informer les utilisateurs internes et externes de l'existence de ce nouvel outil d'auto-reporting.

Par la suite, le rapport web sera adapté en fonction du feed-back des utilisateurs.

Annexe : Aucune

## ARTICLE 20. Élections électroniques

### INTRODUCTION

En vertu des articles 211 et 212 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'INAMI doit organiser tous les quatre ans des élections pour les catégories de dispensateurs suivantes : médecins, dentistes, et kinésithérapeutes. Le résultat de ces élections permet de déterminer la représentation des organisations professionnelles et de répartir les mandats entre les différents organes décisionnels, organes consultatifs, scientifiques, de contrôle, etc. au niveau des services de l'Institut.

En vue de simplifier la procédure et de diminuer la charge de travail administrative pour l'INAMI et ses partenaires (les organisations professionnelles sont aussi étroitement associées au dépouillement des votes : témoins, assesseurs,...), l'INAMI a développé une procédure de vote électronique pour toutes les élections à organiser et ce, en concertation avec les membres des organisations professionnelles représentatives des médecins, des praticiens de l'art dentaire et des kinésithérapeutes.

Les actions-engagements pour ce projet, dans le cadre de l'actuel Contrat d'administration, sont les suivantes :

1. Élections électroniques pour les médecins. Date limite : 30 juin 2010. L'action-engagement a déjà été réalisée (cf. rapport annuel 2010).
2. Élections électroniques pour les dentistes. Date limite : Au plus tard pour le 31 décembre 2011. Cette action-engagement a déjà été réalisée (cf. Rapport annuel 2011).
3. Élections électroniques pour les kinésithérapeutes. Date limite : Au plus tard pour le 31 décembre 2012. Cette action engagement était déjà réalisée (cf. rapport semestriel 2012)

### BILAN ANNEE 2012

À l'automne 2011, les préparatifs pour les élections électroniques des kinésithérapeutes ont commencé (action-engagement 3) et mi-2012, la procédure était terminée, certes sans nécessité d'élections étant donné qu'un seul candidat remplissait les conditions. Le rapport semestriel reprend plus d'information sur les éléments concrets.

Dans le rapport semestriel 2012 ce projet était déjà repris comme réalisé intégralement et à temps.

Annexe: Aucune

## ARTICLE 21. Promotion et préparation de l'utilisation de l'e-box.

### INTRODUCTION

La « eHealthBox » est une boîte aux lettres sécurisée mise à la disposition des institutions, des partenaires et des dispensateurs de soins par la plateforme eHealth. Ce service de messagerie offre la possibilité aux utilisateurs de transmettre des données à d'autres utilisateurs dans un environnement sécurisé.

Les actions-engagements que l'INAMI doit entreprendre pour ce projet dans le cadre de son Contrat d'administration sont les suivantes :

1. Inventaire des flux de données possibles que l'INAMI peut mettre à disposition de plusieurs groupes cibles via l'e-box (notamment des pharmaciens, des praticiens de l'art

dentaire, des praticiens de l'art infirmier, des médecins). Date limite : 30 juin 2010. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (voir Rapport annuel 2010).

2. Campagne d'information pour la promotion de l'e-box à l'intention des groupes cibles possibles. Date limite : 31 octobre 2010.
3. Plan d'action pour l'opérationnalisation des flux de données possibles, approuvés par les partenaires externes (quels flux de données, pour quel groupe cible et pour quand ?) Date limite : 31 décembre 2010.

Dans le cadre du Rapport annuel 2010, il a été proposé au commissaire du gouvernement et au Comité général de gestion de reformuler les actions-engagements 2 et 3 à la lumière de facteurs stratégiques, opérationnels et techniques, surtout sur le plan externe mais aussi sur le plan interne. Les formulations suivantes ont été proposées :

2. Démarrage et utilisation de la « eHealthBox » pour un premier groupe cible. Date limite : 31 décembre 2011.
3. En ce qui concerne la reformulation de l'action-engagement 3, une proposition devait être formulée dans le cadre du Rapport semestriel 2011. La reformulation n'est plus pertinente (voir infra).

### BILAN ANNEE 2012 & PERSPECTIVES

La date-limite prévue pour l'action-engagement 2 (31 décembre 2011) n'a pas pu être respectée en raison de facteurs externes. L'application de l'eHealthBox – telle que fournie par eHealth – ne répondait pas aux besoins de l'INAMI (voir les rapports précédents).

Entre-temps, la plateforme eHealth a proposé une seconde version de l'eHealthBox au premier trimestre de 2012. Les fonctionnalités demandées par l'INAMI (notamment en matière de confirmation de transmission, de confirmation de réception et de messages d'erreurs) y ont été intégrées et sont donc disponibles.

L'INAMI souhaite pleinement tirer profit de cette version de l'eHealthBox en 2013. Actuellement, un groupe de travail analyse les types de flux d'informations susceptibles d'être envoyés par l'intermédiaire de l'eHealthBox. Ce nouveau mode de communication permettra d'économiser du papier et des frais d'envoi. Ces prochaines années, ce point sera suivi de près.

Ce projet est repris dans l'article 13 du quatrième Contrat d'administration (2013-2015) relatif au démarrage et à l'utilisation de l'eHealthbox pour un premier groupe-cible et ce, pour fin décembre 2013 au plus tard. L'examen de ce projet se poursuivra dans le cadre du rapport relatif au quatrième Contrat d'administration. Une reformulation de l'action-engagement 3 n'est plus pertinente dans le cadre de ce troisième Contrat d'administration.

Notons ici la réalisation récente (janvier 2013) du plan d'action eSanté ou l'utilisation généralisée de la eHealthBox est repris comme point d'action spécifique (point d'action 17). L'objectif de ce plan d'action est l'amélioration de la transmission des données par un usage générique de la eHealthbox.

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 22. Fichiers de référence : développement et gestion**

### INTRODUCTION

Ce projet a pour objectif de développer et de gérer les fichiers de référence dans le cadre du développement de la plateforme E-Health et des projets My CareNet.

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Consolider le fichier de référence des laboratoires. Date limite : 30 mars 2010. Cette action-engagement a déjà été réalisée (cf. rapport annuel 2010).
2. Établir un fichier de référence des implants remboursables. Date limite : mise en production de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursés (voir article 30) + 6 mois.
3. Épurer le fichier de référence des maisons de repos. Date limite : 30 juin 2010. Cette action-engagement a déjà été réalisée (cf. rapports annuels 2010 et 2011).
4. Épurer le fichier de référence des praticiens de l'art infirmier. Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement a déjà été réalisée (cf. rapport annuel 2010).
5. Établir un fichier de référence de la réglementation dans le cadre des médicaments du Chapitre 4. Étape 1 : adapter le fonctionnement et le compte rendu de la CRM. Date limite : date d'acceptation par la CRM de l'analyse effectuée par le CBIP + 3 mois. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (cf. rapport semestriel 2011).

### BILAN 2012

- Action-engagement 2 : fichier de référence des implants remboursables

Notons par ailleurs que le fichier de référence des implants actuellement remboursables est encore toujours opérationnel. Dès que la nouvelle procédure de remboursement (voir également l'article 30 du Contrat d'administration) entre en production, un fichier de référence adapté sera établi dans un délai de 6 mois (action-engagement 2) ; il s'agit de l'alimentation du fichier de référence par la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs qui doit encore être créée (CRIDMI). Le rapport concernant l'article 30 présente l'état d'avancement du traitement des textes réglementaires.

- Garantie de qualité

Bien entendu, garder à jour les différents fichiers de référence, garantir leur qualité et prévoir une transmission sans problème à la plate-forme eHealth est une importante mission du Service de soins de santé (SSS) et de ses directions.

Différents mécanismes de coordination, de monitoring et de compte rendu ont été mis au point entre l'INAMI, les OA et la plate-forme eHealth pour veiller à la qualité des fichiers de référence. La surveillance de la qualité retient en permanence l'attention, même après la mise en production de fichiers de référence adaptés ou de nouveaux fichiers de référence.

### PERSPECTIVES 2013

- Poursuite du projet

Le fichier de référence sera « alimenté » en fonction des décisions réglementaires sur le démarrage de la procédure CRIDMI (cf. article 30).

- Contrat d'administration 2013-2015

Ce projet ne figure plus dans l'avant-projet de Contrat d'administration 2013-2015. La confection (en fonction des développements au niveau du programme MyCareNet et de la plateforme eHealth), l'entretien et la surveillance de la qualité des fichiers de référence sont et demeurent néanmoins une mission clé du SSS.

## ARTICLE 23. My CareNet

### INTRODUCTION

Ce projet vise à soutenir le développement et la mise à disposition des services à plus-value dans le cadre de My CareNet. My CareNet concerne un programme coordonné par le Collège intermutualiste national. Le rôle de l'INAMI consiste à prévoir un cadre réglementaire adéquat ainsi que la mise à disposition des fichiers de référence requis et à assurer la communication nécessaire aux groupes cibles.

Les actions-engagements consistent à :

1. Développer un cadre réglementaire adapté (si nécessaire). Date limite : 6 mois avant que l'infrastructure technique du secteur concerné ne soit opérationnelle.
2. Informer, par une circulaire et par le site web, tous les protagonistes concernés au sujet des nouvelles directives concrètes en matière de My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation,...). Date limite : 3 mois avant que l'infrastructure pour le groupe pilote ne soit opérationnelle.

### BILAN ANNÉE 2012 & PERSPECTIVES POUR LES PROCHAINES ANNÉES

#### ▪ Actions-engagements de l'INAMI

Tout d'abord, nous voulons faire observer qu'il était difficile de fixer les dates limites des actions-engagements pour cet article. Quant au cadre réglementaire (action-engagement 1), cette action-engagement peut comporter plusieurs facettes, par exemple, rédiger un dossier pour l'organe de concertation, prévoir un cadre réglementaire pour les avis, élaborer la réglementation proprement dite, adapter la nomenclature, rédiger les conventions collectives et/ou les conventions individuelles, développer un cadre réglementaire pour la force probante, etc. Ces facettes doivent être parcourues par groupe cible au sein de My CareNet. Il s'agit souvent d'un processus itératif qui prévoit des débats et des prises de décision à plusieurs moments au sein des organes compétents. Il ne s'agit donc pas d'une date bien précis, mais de plusieurs éléments. Le Service des soins de santé (SSS) de l'INAMI suit consciencieusement, par groupe cible, les étapes qui ont déjà été parcourues et celles qui doivent encore l'être. L'action-engagement 1 est donc aussi sous contrôle, même si la date limite – 6 mois avant que l'infrastructure technique du secteur concerné soit opérationnelle – ne peut pas toujours être respectée pour des raisons pratiques.

Aussi pour la communication aux groupes cibles (action-engagement 2) qui est prévue 3 mois au plus tard avant que l'infrastructure technique pour le groupe pilote ne soit opérationnelle. Il s'agit, par exemple, de la communication directe avec les projets pilotes, de la communication via circulaires, via les organes de concertation (p.ex. commission de conventionnement), via le site web,... Souvent, la communication se déroule également itérativement, suivant les besoins de précision. Ici aussi, le SSS suit consciencieusement les différentes étapes qui ont déjà été parcourues et celles qui doivent encore l'être. Nous observons par ailleurs que l'INAMI ne perçoit pas toujours à temps quand l'infrastructure technique sera effectivement opérationnelle – la décision devant être prise au niveau du Collège intermutualiste national (CIN) – ce qui fait que les dates limites peuvent parfois difficilement être respectées.

#### ▪ Roll-out de My CareNet sur le terrain

Les praticiens de l'art infirmier à domicile sont le premier groupe cible pour lequel MyCareNet a été mis en production générale à la mi 2010. Ils peuvent ainsi consulter les droits d'assurabilité du patient, transmettre les factures par voie électronique aux organismes assureurs (OA) et transmettre une série de documents médico-administratifs par voie électronique aux OA. Au niveau de la Commission de conventions, il a été convenu d'une série de mesures afin d'accélérer le roll-out de My CareNet pour les praticiens de soins infirmiers à domicile. La fonctionnalité « assurabilité » est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012. À quelques exceptions près – à la suite de cette transition – tous les praticiens de l'art infirmier à domicile consultent actuellement l'assurabilité en ligne via MyCareNet. La fonctionnalité « documents médico-administratifs » sera aussi obligatoire à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Ce sont ensuite les laboratoires qui ont commencé à travailler avec MyCareNet. La phase pilote a commencé le 1<sup>er</sup> avril 2010. Le roll-out se déroule plutôt lentement. Un des principaux problèmes est le manque de valeur ajoutée tangible et, par conséquent, d'adhésion de la part des laboratoires. La suppression des documents papier (notamment certains états trimestriels et mensuels qui doivent être transmis) ainsi que la discussion avec l'administration fiscale (voir infra) peuvent renforcer l'adhésion. A cet effet, le Service procédera aux préparatifs nécessaires et les soumettra ensuite au niveau des organes. L'objectif est que tous les laboratoires utilisent les modules assurabilité et facturation MyCareNet d'ici la mi-2013.

En décembre 2010, les offices de tarification sont également entrés en phase-pilote de production. Au printemps 2011, le développement a démarré – après approbation de la convention avec les pharmaciens en juin 2011. Les offices de tarification ont la possibilité de consulter, sous conditions strictes, l'assurabilité par l'intermédiaire d'un portail. Le roll-out est entretemps complètement terminé.

En ce qui concerne les pharmacies (officines/titulaires), la convention avec les pharmaciens a été approuvée au sein de la Commission de conventions de juin 2011. Le roll-out de la fonctionnalité « consultation droits/assurabilité » a ensuite démarré dans My CareNet. Une évaluation par l'APB/OPHACO qui devait déterminer si le roll-out était possible était prévue début 2012. L'évaluation a été positive. Un roll-out à plus grande échelle a commencé en mars 2012. Pour juillet 2013, toutes les pharmacies pourront utiliser la fonctionnalité « consultation droits/assurabilité ».

À la demande du CIN/des OA, le « compteur ticket modérateur » dans le cadre du MAF sera également ajouté – à l'instar des hôpitaux – avec communication automatique au pharmacien afin de pouvoir facturer directement aux OA. Ceci devrait stimuler l'utilisation de My CareNet. Les dispositions réglementaires ont été prises, à savoir une discussion du projet d'AR au sein du Groupe de travail Assurabilité et au Comité de l'assurance début janvier 2013. À la demande des OA, la mise en production est reportée au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

À partir de 2014, plus aucune carte SIS ne sera produite. Le calendrier du roll-out de la fonctionnalité « consultation droits/assurabilité » sera adapté en fonction de cela. En ce qui concerne la fonctionnalité « consultation du Chapitre IV », le roll-out débutera en 2013.

Concernant les maisons de repos (MRPA – MRS), My CareNet est techniquement opérationnel depuis la mi-2010. En avril 2011, les premières maisons de repos sont entrées en phase de production. Le roll-out se poursuivra en 2013. Pour ce groupe cible également, il y a lieu d'examiner comment améliorer le taux d'adhésion du secteur et comment mettre en place des incitants. Il s'agit entre autres de la problématique du passage vers la facturation mensuelle. Après analyse, il s'avère cependant que ce problème ne peut être résolu pour l'instant. Cela signifie que My CareNet est en phase de production, certes avec une facturation électronique mais néanmoins trimestrielle.

Quant aux médecins, signalons le groupe de travail créé au sein de la Commission médico-mutualiste. Composé de représentants de l'INAMI et des OA, il va continuer à

élaborer ce dossier. Les principes proposés par le groupe de travail ont été approuvés lors d'une réunion de la Médiacomut en juin 2012. Les discussions se poursuivront au cours des prochains mois. En vue de l'application du tiers payant obligatoire à partir de 2015, le roll-out de MyCaret pour les médecins est en effet nécessaire en ce qui concerne les volets « consultation de l'assurabilité » et « facturation ».

À côté des groupes cibles susmentionnés, il en existe encore beaucoup d'autres (par exemple les hôpitaux, les praticiens de l'art dentaire, les centres de rééducation pour toxicomanes, les maisons médicales, les kinésithérapeutes, etc.) pour qui il y a des projets ou des demandes d'accès à une ou plusieurs fonctionnalités de MyCareNet. Lorsqu'on établira le calendrier pour ces groupes cibles, il faudra bien entendu tenir compte des moyens dont disposent les différents partenaires.

- Points d'attention généraux

Même si le roll-out de My CareNet bat son plein, un point d'attention important demeure le faible apport de certains groupes cibles, comme p.ex. les labos et les maisons de repos. Dans certains cas, cela s'explique par l'absence de précisions au niveau des avantages que les groupes cibles peuvent retirer en entrant dans le système ou par l'absence d'une stratégie de roll-out adéquate. Les conséquences financières et le coût des applications et logiciels doivent également être pris en considération. Comme il ressort de ce qui précède, certaines initiatives ont été prises pour renforcer cet apport.

Deuxièmement, il reste la question de savoir quand les documents papier pourront-ils être supprimés une fois que My CareNet sera entièrement opérationnel. Dans le cadre des fiches fiscales y afférentes, il a déjà été convenu avec le SPF Finances qu'ils doivent pouvoir disposer des mêmes données qu'auparavant avec le circuit papier. L'INAMI et les OA ont préparé un dossier dans le courant de second semestre de 2011 dans lequel une approche et des accords concrets ont été conclus avec le SPF Finances en ce qui concerne le contenu, la forme, le timing, etc. du transfert de données. Ce dossier a été débattu le 29 mai 2012 avec l'INAMI, les OA et l'administration fiscale. Plusieurs travaux préparatoires ont ensuite été lancés aux niveaux juridique et technique.

Troisièmement, le problème de la charge de la preuve se pose mais les textes réglementaires nécessaires ont été préparés. La deuxième loi relative aux dispositions urgentes et diverses a été approuvée en seconde lecture par le Conseil des ministres le 17 février 2012. L'arrêté royal d'exécution a également été approuvé. Cette loi sera votée à la Chambre des représentants le 28 février 2013. Normalement, sa publication suivra en mars/avril de cette année.

- Poursuite du roll-out du projet

Au cours des prochaines années, le Service des soins de santé continuera à s'atteler tant au cadre réglementaire qu'à la communication dans le cadre du roll-out de My CareNet dans différents groupes cibles. Le roll-out du programme My CareNet dans différents groupes cibles sera poursuivi selon le calendrier prévu coordonné au niveau du CIN et concerté avec l'INAMI, la plateforme eHealth et les secteurs concernés.

Annexe: Aucune



## **ARTICLE 24. E-care – Quality oriented Electronic Registration of Medical Implant Devices (Qermid)**

### INTRODUCTION

Ce projet concerne la mise à disposition d'un système en ligne de demande de remboursement (système d'enregistrement couplé à la transmission de données cliniques) pour certains implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. Pour ce faire, il y a lieu :

- de développer une application web ICT ;
- de rédiger les textes juridiques nécessaires dans le cadre de l'échange de données et d'élaborer les dispositions relatives à la protection de la vie privée ;
- de développer et de gérer la banque de données.

En 2009, une application web (noyau) a été développée. Celle-ci est entrée en production en janvier 2010 pour les défibrillateurs cardiaques. Le roll-out de cette application web est prévu dans le Contrat d'administration en vigueur. L'intégration dans le circuit électronique se fait en plusieurs phases, d'une manière spécifique, propre à chaque secteur.

Les actions-engagements de ce projet sont les suivantes :

1. Élargissement de l'application web aux stimulateurs cardiaques. Date limite : 30 juin 2010. Cet engagement a déjà été réalisé (voir Rapport annuel 2010).
2. Élargissement de l'application web aux endoprothèses dans les deux ans suivant la publication de la nomenclature (= X). Date limite : X+ 24 mois.
3. Élargissement de l'application web aux tuteurs coronaires dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (= X). Date limite : X+12 mois.

Dans d'autres secteurs aussi (14 catégories), un calendrier a été établi pour l'implémentation d'une application web. Ce calendrier ne fait toutefois pas partie des engagements du présent Contrat d'administration.

### BILAN 2012 & PERSPECTIVES POUR LES PROCHAINES ANNÉES.

Une application web a été mise en production pour l'enregistrement électronique tant des stimulateurs cardiaques (le 1<sup>er</sup> janvier 2011) que des endoprothèses (le 1<sup>er</sup> juillet 2011) et des tuteurs coronaires (le 1<sup>er</sup> mars 2012). À ce propos, il convient de voir également le rapport précédent. Ce projet a donc été entièrement réalisé.

Au cours des derniers mois, une évaluation a été faite de l'application Qermid pour les stimulateurs cardiaques, en collaboration avec les cardiologues (BEHRA), tant sur le plan du contenu que sur le plan du fonctionnement. Une discussion de cette évaluation suivra au mois de mars.

Le rôle du médecin-conseil dans l'ensemble du flux informatisé constitue, pour l'instant, un aspect sous-exposé, comme il en a déjà été question dans le Rapport annuel de 2010. Les activités du médecin-conseil – par exemple l'autorisation qu'il donne pour l'utilisation d'un implant – n'ont jusqu'à présent pas encore été informatisées. L'intégration des médecins-conseils dans le circuit électronique fait l'objet d'un groupe de travail auquel l'INAMI, les OA et la SMALS sont associés. Peu de progrès ont été enregistrés à ce sujet en 2013 en raison de facteurs externes (autres priorités et pas encore d'accord de principe de la part des OA).

Dans les prochaines années, des fonctionnalités supplémentaires compléteront l'application web pour ces 4 secteurs. Dès que ces fonctionnalités seront disponibles, une application web Qermid similaire sera également développée pour d'autres secteurs.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 25. L'accréditation des médecins**

### INTRODUCTION

Par ce projet, l'INAMI vise une simplification et une informatisation de tout le processus d'accréditation. Ce processus requiert en effet une grande quantité de décisions et la maîtrise d'un flux de données important. Les objectifs de ce projet sont:

- La suppression des formulaires papier pour la gestion des GLEM (première phase).
- L'introduction électronique (2e phase), par les responsables de la formation complémentaire, des demandes individuelles d'agrément de la formation complémentaire.
- Et enfin, l'objectif final de ce projet (phase 3) consiste à obtenir des médecins individuels qu'ils utilisent l'application web pour un suivi en ligne de leur dossier d'accréditation, pour le contrôle de leur participation aux activités de la formation complémentaire suivie et de leur présence au GLEM et pour l'introduction électronique de leur demande d'accréditation.

Ce projet a été lancé il y a quelques années. Les phases 1 et 2 ont entre-temps été réalisées. Cela signifie qu'aujourd'hui, un responsable de GLEM peut gérer intégralement en ligne la composition des GLEM et les réunions des GLEM qui ont eu lieu à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008. L'introduction électronique des demandes d'agrément d'une formation complémentaire a été réalisée en 2009. Les responsables de la formation complémentaire ont accès à l'application web et les organisations belges de formations complémentaires ont la possibilité d'enregistrer en ligne les présences aux activités de formation complémentaire. A partir du nombre de ces activités de formation enregistrées, on compte, avec les données disponibles, près de 66% des inscriptions effectuées en ligne, même si ce pourcentage est à nuancer vu que les données concernant un grand nombre d'activités de formation n'ont pas encore pu être transférées.

Dans la troisième phase, l'INAMI souhaite supprimer le flux papier et offrir de meilleures prestations de services aux médecins individuels du fait que le SSS peut leur communiquer les données relatives à leur dossier d'accréditation plus rapidement et plus minutieusement.

### BILAN ANNÉE 2012 & PERSPECTIVES 2013

La dernière action-engagement de l'article 25 concerne l'introduction en ligne de la demande d'accréditation (3<sup>e</sup> phase) Cette dernière phase devait être terminée fin décembre 2012. Toutefois, pour diverses raisons d'ordre interne, nous devons signaler quelques mois de retard. Tant les analyses fonctionnelles que l'analyse technique ont été terminées fin 2012. La phase de programmation n'a été livrée qu'au début de l'année 2013. Le business est actuellement en train d'effectuer les tests. Il est prévu que l'application ne pourra entrer en production qu'en avril au plus tôt. Nous poursuivrons le compte rendu de l'évolution de ce projet dans le 1<sup>er</sup> rapport semestriel relatif à l'exécution du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 26. Stimuler l'accessibilité en effectuant entre autres une réforme de l'intervention majorée et en assurant une meilleure couverture pour les maladies chroniques.**

### INTRODUCTION

Cet article comporte 2 piliers. Un premier pilier concerne l'intervention majorée. L'intervention majorée de l'assurance, dont OMNIO fait partie, vise à accroître l'accessibilité financière des soins de santé pour les ménages disposant de revenus modestes, permettant ainsi aux membres de ces ménages de recourir aux soins indispensables. Depuis le 1er juillet 2007, le statut OMNIO donne droit à un meilleur remboursement des frais médicaux (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, hospitalisation, ...) aux ménages ayant des revenus modestes. La quote-part personnelle (le ticket modérateur) à payer pour ces prestations est sensiblement inférieure.

Le second pilier de cet article vise à consacrer davantage d'attention aux malades chroniques, conformément au plan de la Ministre. Les malades chroniques (entre autres, ceux qui souffrent de diabète, de mucoviscidose, de maladies rares comme par exemple les affections congénitales du métabolisme, de maladies neuromusculaires) sont des patients pour lesquels les soins sont essentiels et qui nécessitent des soins relativement complexes. Les soins dispensés aux malades chroniques doivent contribuer à rendre leur qualité de vie aussi bonne que possible. La continuité et la qualité des soins dépendent en grande partie des interventions financières, surtout dans les cas où ces soins entraînent des frais supplémentaires (prix de la location et prix de revient des accessoires de soins, remboursement des médicaments,...). Par le passé, diverses initiatives ont déjà été prises pour différents groupes de malades chroniques (entre autres, les patients atteints d'un cancer, les patients atteints de douleurs chroniques, les patients souffrant du syndrome de Sjögren,...).

### BILAN ANNEE 2012 & PERSPECTIVES QUATRIÈME CONTRAT D'ADMINISTRATION

Voici un aperçu de l'état d'avancement des 3 actions-engagements mentionnées dans cet article :

L'engagement 1 est réalisé (voir également le rapport semestriel 2012): rédiger, au plus tard 3 mois après l'accord politique en matière d'intervention majorée, les textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR. Date-limite : X + 3 mois (X = date de la communication de l'accord politique à l'INAMI = fin 2012), soit le 31 mai 2012.

Synthèse de la réalisation de ce projet au cours de ces dernières années (cf. rapports précédents) :

- Le 17 juillet 2009, le Conseil des ministres a décidé de fusionner les statuts OMNIO et BIM.
- Le groupe de travail assurabilité s'est penché sur les problèmes liés à l'application actuelle du statut OMNIO et du tarif préférentiel et qui ont servi de base aux textes de réforme réglementaires.
- Mi-septembre 2009, le groupe de travail assurabilité a rédigé une note d'orientation présentant les grandes lignes de la réforme prévue. L'incidence budgétaire de cette réforme a été estimée.
- L'INAMI a mené la concertation avec le SPF Finances et la Cellule stratégique du ministre des Finances.
- Ce dossier a connu du retard à cause des affaires courantes.

Fin 2011, le Service des soins de santé a rédigé un rapport intermédiaire reprenant les propositions du groupe de travail assurabilité. Début 2012, une version adaptée de ce rapport

et le projet de loi ont été transmis à la ministre. La proposition a été traitée et approuvée par le Conseil des ministres en février (= date de l'accord politique). La loi a été publiée le 6 avril 2012 au Moniteur belge, la date d'entrée en vigueur étant fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Quant au texte de l'arrêté royal d'exécution, une première version a été soumise au groupe de travail assurabilité le 9 mars. Le texte avait été préparé en collaboration avec les OA et le Service du contrôle administratif de l'INAMI. Entre-temps, le texte a été finalisé et transmis à la Cellule stratégique début décembre 2012. Le texte a été présenté la Cellule stratégique le 22 février 2013. Après accord, la procédure d'approbation pourra être enclenchée (examen au sein du Comité de l'assurance, présentation au Conseil des Ministres...). En ce qui concerne la circulaire explicative, la concertation est en cours au sein du groupe de travail assurabilité.

*Engagement 2 en cours d'exécution : adapter les flux de données aux adaptations réglementaires, en fonction du délai prévu dans les adaptations réglementaires pour appliquer la mesure.*

Le projet est en cours d'exécution. il est coordonné par le Service du contrôle administratif qui est compétent. Un groupe de pilotage et divers groupes de travail ont été créés et se réunissent fréquemment. Tant les flux de données pour le contrôle que le flux proactif ont été élaborés. L'INAMI dépend du SPF Finances pour le flux de données proactif.

Ce projet est repris à l'article 14 du projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration 2013-2015), tel que présenté au Comité général de gestion du 25 janvier 2013, et concerne l'adaptation des flux de données. Ce projet pourrait dès lors faire l'objet d'un suivi minutieux dans le cadre du compte rendu relatif au 4<sup>e</sup> Contrat d'administration.

*L'engagement 3 a été réalisé : Rédiger, au plus tard 6 mois après l'accord politique sur la définition du « malade chronique » et de ses droits spécifiques, des textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR. Date-limite : X + 6 mois (X étant la date de la communication de l'accord politique à l'INAMI, soit le 15 juin 2012) = le 15 décembre 2012.*

Grâce aux initiatives préparatoires prises ces dernières années, les textes réglementaires relatifs à la définition de « malade chronique » ont entretemps été préparés par l'INAMI et inclus dans la loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité en santé, qui introduit le statut « personne atteinte d'affection chronique ». Le Conseil des ministres s'est prononcé à ce sujet le 15 juin 2012 (le 15 juin 2012 = date de l'accord politique). Ce statut « personne atteinte d'affection chronique » va engendrer d'une part l'extension des groupes cibles aux malades chroniques pour l'application du maximum à facturer (en principe à partir de 2013) et d'autre part, l'application automatique du tiers payant (à partir de 2015).

Le texte de l'arrêté royal relatif au statut des affections chroniques a été finalisé début janvier 2013. Dès lors, la date limite prévue pour cette action-engagement a, à peu de choses près, été respectée (15 décembre 2012). Le texte a été soumis au Comité de l'assurance le 4 février 2013. La note CSS 2013/33 est jointe en annexe. Le Comité de l'assurance a demandé une concertation complémentaire et ce, au travers de la mise en place d'un groupe de travail Comité de l'assurance – statut des malades chroniques. Il subsiste encore quelques interrogations concernant les aspects liés à la faisabilité administrative, la date d'entrée en vigueur et le troisième critère (ayant trait au bénéficiaire souffrant d'une maladie rare ou d'une maladie orpheline). Ce n'est qu'après l'avis du Comité de l'assurance que la procédure d'approbation et de publication pourra être poursuivie.

À ce propos, soulignons la collaboration avec l'Observatoire des maladies chroniques. Cet Observatoire était prévu en 2010 dans le Plan Malades chroniques de la ministre et a été créé au mois de mai 2012. L'INAMI apporte son soutien à cet observatoire. L'Observatoire

fonctionne dans le cadre du Conseil scientifique du Service des soins de santé de l'INAMI. Il se compose de deux sections qui se complètent pour atteindre les objectifs du plan de la ministre. Ces sections sont les suivantes :

- La section scientifique chargée de décrire la prise en charge des soins de santé dispensés aux patients atteints d'une maladie chronique,
- La section consultative chargée d'évaluer les besoins de ces patients. Elle se compose de représentants des organismes assureurs et d'associations de patients.

#### Annexe 3:

- Note au Comité de l'assurance du 4 février 2013 (y compris le projet de texte de l'arrêté royal) relatif au statut d'une personne souffrant d'affections chroniques (note CSS 2013/33).

## **ARTICLE 27. Module "dispensateurs de soins" disponible via le site Internet de l'INAMI**

### INTRODUCTION

Le projet a pour objectif de développer un module permettant aux dispensateurs de soins de consulter et de modifier un certain nombre de données via le site Internet de l'INAMI, et aux patients de consulter un certain nombre de données sur ces dispensateurs de soins.

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Mise en production d'un module permettant aux médecins de consulter et de modifier leur(s) adresse(s) de travail et leurs modalités d'adhésion à la convention. Date limite : 31 décembre 2012.
2. Mise en production d'un module permettant aux praticiens de l'art dentaire de consulter et de modifier leurs modalités d'adhésion à la convention. Date limite : 31 décembre 2012.

### BILAN 2012

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et de l'Avenant 2009, un module avait déjà été mis au point, permettant aux médecins de consulter et de modifier leurs coordonnées et aux praticiens de l'art dentaire de consulter et de modifier leurs coordonnées ainsi que leur(s) adresse(s) de travail. Le projet actuel qui figure dans le Contrat d'administration s'inscrit dans le prolongement des premières réalisations.

Au cours du présent Contrat d'administration, la problématique générale de la consultation et de la modification des données par des dispensateurs de soins individuels et des établissements de soins a été intégrée dans un projet intégral plus large, le projet Mylnami. L'analyse pour ce projet est en cours. Cette analyse sera terminée au cours du second semestre de 2012. Un développement technique est également prévu.

Par ailleurs, des problèmes spécifiques concernant notamment les données fiscales des dispensateurs de soins ainsi qu'au niveau de la mise à jour des données ont nécessité une fixation de priorités en la matière.

Compte tenu des éléments cités – intégration dans un projet plus global (Mylnami) et la fixation de priorités au niveau de problèmes aigus –, certains points ont cependant déjà été réalisés dans le cadre de l'actuel Contrat d'administration :

- à partir du mois de mai 2011 : possibilité pour tous les dispensateurs de soins individuels de consulter et modifier leur adresse de contact via le site web de l'INAMI ;

- à partir de mai 2011 : possibilité pour tous les dispensateurs de soins individuels de consulter leurs données de paiement et leurs données fiscales via le site de l'INAMI.

En ce qui concerne la possibilité pour les médecins de consulter et modifier leur(s) adresse(s) professionnelle(s) (action-engagement 1), il faut signaler que les fonctionnalités techniques y afférentes sont aujourd'hui déjà disponibles. Cette possibilité est déjà opérationnelle pour les dentistes. Quant aux médecins, le business doit encore établir un calendrier, en concertation bien sûr avec le secteur.

En ce qui concerne la possibilité pour les médecins et les dentistes de consulter et de modifier leurs modalités d'adhésion à la convention (actions-engagements 1 et 2), un certain nombre d'avancées importantes ont été réalisées dans le courant du second semestre 2012. L'INAMI a préparé une adaptation de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 devant permettre de passer à un système électronique pour l'adhésion en ligne aux accords.

La proposition d'adaptation de loi prévoit toutefois que le Roi devra encore déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les règles d'exécution de cette adaptation de loi ainsi que la date à laquelle les dispositions de cet article entreront en vigueur, d'une part, pour les adhésions des médecins et, d'autre part, pour les adhésions des praticiens de l'art dentaire. Jusqu'à cette entrée en vigueur, la Commission nationale médico-mutualiste et la Commission nationale dento-mutualiste peuvent fixer les modalités selon lesquelles cette procédure d'adhésion à l'accord peut également être réalisée de façon électronique. Il est clair que cette approche vise à permettre la concertation nécessaire avec le secteur au sujet de ces modalités précises et de ce planning précis de transition vers un système d'adhésion en ligne. Au moment de la rédaction du présent Rapport annuel, la proposition d'adaptation de loi se trouvait encore au niveau de la Cellule stratégique Affaires sociales. Cela signifie naturellement que l'adhésion aux nouveaux accords bisannuels qui ont été conclus en décembre 2012 pour les dentistes et en janvier 2013 pour les médecins, se fait pour le moment encore selon la « procédure papier ». L'accord des dentistes insiste par ailleurs déjà sur le souhait de passer à terme à un système d'adhésion en ligne..

#### PERSPECTIVES 2013

Les actions-engagements du Contrat d'administration 2010-2012 n'ont été que partiellement réalisées ; cela s'explique toutefois principalement par des circonstances externes, vu qu'un buy-in du secteur ainsi qu'une modification de la loi sont requis au niveau politique pour réaliser les actions-engagements. L'INAMI a cependant entrepris les actions nécessaires à ces niveaux. Ce projet n'est plus inscrit dans l'avant-projet de Contrat d'administration 2013-2015, mais sera naturellement poursuivi en interne.

Pour la fin avril 2013, l'INAMI souhaite déjà organiser une première réunion de travail entre l'administration d'une part, et les représentants des médecins, des dentistes et des OA d'autre part, afin de traiter des thèmes suivants : l'adhésion en ligne aux accords (actions-engagements 1 et 2), l'informatisation du processus en matière de statut social et la problématique des adresses de travail des médecins (action-engagement 1). En fonction des avancées de cette concertation ainsi qu'en fonction des moyens disponibles du côté de l'ICT de l'INAMI et de l'approbation définitive de l'adaptation de loi susvisée, un planning pourra être établi pour la réalisation des ces différents projets. Ensuite, on prévoira la concertation nécessaire avec le SPF SPSCAE en vue d'une mise en concordance avec leur initiative relative au guichet unique pour la gestion des données administratives des dispensateurs de soins.

#### Annexe 4:

- Proposition d'adaptation de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en vue de permettre l'adhésion en ligne aux accords.

## ARTICLE 28. Dossier d'invalidité électronique - edid

### INTRODUCTION

Cet article concerne l'informatisation de la gestion des dossiers d'invalidité, tant la gestion interne de dossiers sur les plans administratif et médical que la gestion externe (flux entrant de données émanant des OA et flux sortant de décisions à communiquer aux OA). Il s'agit d'un vaste projet dont plusieurs aspects ont déjà été réalisés, notamment dans le cadre du Contrat d'administration et de l'Avenant précédents.

Les actions-engagements pour ce projet, dans le cadre du présent Contrat d'administration, sont les suivantes :

1. Sur la base des résultats de l'étude de faisabilité, établir un calendrier (en collaboration avec les OA) en vue d'implémenter l'envoi électronique des fiches des OA vers l'INAMI. Date limite : 31 décembre 2010.
2. Établir une fiche de projet en vue de démarrer le projet « Étude de la qualité ». Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement a déjà été réalisée (voir Rapport semestriel 2010).
3. Effectuer une analyse BIO pour le projet « Étude de la qualité ». Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement a déjà été réalisée (voir Rapport annuel 2010).

### BILAN ANNEE 2012

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, seule une action-engagement reste à réaliser, à savoir l'établissement d'un calendrier sur la base d'une étude de faisabilité pour la fin 2010 et ce, en vue d'informatiser la transmission des fiches des OA vers l'INAMI. Le contexte et les causes du retard accusé pour cette action-engagement ont été expliqués dans des rapports précédents (rapports semestriels et rapports annuels, rapport au Comité de gestion) de même que les actions entreprises pour concrétiser le projet. Il est important de souligner que cette action-engagement requiert une collaboration intensive entre l'INAMI et les OA.

Précédemment, l'INAMI, en collaboration avec les OA, avait déjà analysé le scénario de base (flux normal) pour le flux entrant des fiches. En janvier 2012, l'INAMI et les OA ont conjointement validé ce scénario de base.

Après l'analyse du scénario de base, l'INAMI a étudié dans quelle mesure le flux sortant (notifications électroniques à l'OA) pourrait être influencé par le nouveau flux entrant. Cette étude, terminée en avril 2012, a montré que l'impact était nul et qu'il n'était donc pas nécessaire de revoir le flux sortant.

Par ailleurs, les scénarios d'exclusion des flux entrants ont été analysés au cours du premier semestre 2012. Il s'agit notamment des cas suivants : maternité, mutation, traités internationaux, contentieux). Cette analyse a été validée par l'INAMI et les OA fin juin 2012. Au niveau de l'INAMI, les différentes analyses ont été intégrées dans une analyse BIO (il s'agit du template INAMI pour la documentation des processus en vue de l'informatisation). La BIO-analyse Flux in (AS IS et TO BE) a été terminée en septembre 2012 et présentée en séance plénière aux OA le 12 octobre 2012. Son contenu a été validé au cours de cette réunion. Un PV l'attestant a été envoyé aux OA. Depuis lors, le projet Flux in a été intégré dans IDES. Une révision de la BIO-analyse Flux in est également en cours pour tenir compte de la réforme CMI.

Dans des rapports précédents, il a été signalé que des problèmes de représentativité des OA dans les groupes de travail communs avaient quelque peu compliqué la collaboration entre

l'INAMI et les OA. Ce problème a été résolu par la création d'un groupe de travail INAMI-OA parallèle, comprenant des représentants des directions médicales des OA ; il est complémentaire au groupe de travail où sont représentés les techniciens des OA. L'INAMI fait le lien entre les deux groupes de travail. Cette approche basée sur deux groupes de travail donne de bons résultats.

#### PERSPECTIVES 4<sup>e</sup> CONTRAT D'ADMINISTRATION

Entre-temps, la définition des processus « TO BE » est en cours. Diverses réunions entre l'INAMI et les OA sont prévues en vue de discuter et de valider l'intégration, par l'INAMI, dans une analyse BIO, des diverses analyses. Sont actuellement en cours des réunions « business » entre les directions médicales des OA et le Service des indemnités pour déterminer les grandes lignes de la réforme CMI. Sur cette base, le TO BE IDES est en cours de construction. Normalement, l'analyse processus TO BE IDES (niveaux 1 à 3) sera remise au Service ICT fin mars 2013. Une première réunion « technique ICT » pour IDES est prévue avec les OA le 15 mars.

Enfin, un accord formel sur les processus « TO BE » doit être obtenu au niveau stratégique, à savoir au niveau du Comité général de gestion (cf. texte du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration). Cette analyse doit permettre d'aboutir – en concertation avec l'INAMI et les OA, en ce qui concerne tant le niveau business que le niveau ICT – à un planning commun en matière de développement et de mise en production du flux électronique des fiches des OA vers l'INAMI (Flux-In). La discussion au Comité général de gestion est prévue pour le mois de juin de cette année.

Un projet, tel qu'approuvé par le Comité général de gestion de l'INAMI le 25 janvier 2013, a été inscrit dans le Contrat d'administration 2013-2015. Il concerne le développement d'une application ICT globale (IDES). La gestion des dossiers d'invalidité en constitue un des éléments et donc également le volet Flux-In. Il existe à ce niveau un lien considérable avec le projet de réforme des CR-CMI (article 16 du 4<sup>e</sup> CA). Cela aura un impact sur la gestion des dossiers d'invalidité et donc également sur les applications ICT prévues à cet effet. Néanmoins, le développement du « Flux-In » – même si les CRCMI sont réformées – est toujours nécessaire même si le « Flux-In » sera à l'avenir plutôt axé sur le contrôle que sur une décision dans le dossier.

Annexe: Aucune.

### **ARTICLE 29. La lisibilité des documents administratifs: formulaires pour les assurés**

#### INTRODUCTION

Par cet article, l'INAMI veut définir une approche pour évaluer la lisibilité des formulaires destinés aux assurés et les simplifier.

Dans ce cadre, les actions-engagements sont les suivantes :

1. Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication). Dates-limites: 31/12/2010, 31/12/2011 et 31/12/2012. L'action-engagement pour la première et la deuxième date-limite a été réalisée (cf. rapport annuel 2010 et 2011).
2. Élaboration d'une check-list pour les services de l'INAMI, destinée spécifiquement à la rédaction de formulaires lisibles. Date-limite: le 31/12/2010. Cette action-engagement a été réalisée et le résultat figure dans le rapport annuel 2010.



3. Formulation d'un avis de lisibilité pour tous les nouveaux formulaires pour les assurés (par la Cellule de communication). Date-limite: en continu à partir du 01/3/2010. Cette action-engagement a donc été réalisée.

### BILAN DE L'ANNÉE 2012

- Engagement 1: Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication). Dates-limite: le 31/12/2012.

L'engagement est réalisé.

Les deux formulaires choisis pour être retravaillés en 2012 sont les suivants :

- 1) "Déclaration d'accident" (petit et grand modèle, cf. circulaire O.A. n° 81/198 du 5 juin 1981 - Wet van 9 augustus 1963, art. 70, § 2 en 3 en K.B. van 4 november 1963, art. 241). Le formulaire a été retravaillé, revu et discuté avec le Service du Contrôle administratif (SCA). Au final, il a été décidé d'intégrer le petit et le grand modèle dans une version unique.
- 2) Le deuxième formulaire est le « Formulaire de demande d'un congé d'adoption pour travailleur indépendant » (A.R. du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants).  
Le formulaire a été retravaillé, revu et discuté avec le Service des Indemnités (SI).

Si une concertation avec les OA s'avère encore nécessaire à propos de ces nouvelles versions , celle-ci sera prévu par chaque Service concerné.

Les nouvelles versions des formulaires sont disponibles en annexe de ce rapport annuel.

### PERSPECTIVES FUTURES

La Cellule Communication continuera à offrir un soutien et des conseils permanents sur la lisibilité des textes, notamment dans le cadre du projet Lisibilité, qui est en cours actuellement.

#### Annexe 5 et 6:

- Déclaration d'accident – retravaillé – 2012
- Formulaire de demande d'un congé d'adoption pour travailleur indépendant – retravaillé - 2012

## **ARTICLE 30. Réforme du secteur des implants : la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables**

### INTRODUCTION

Cet article s'inscrit dans le prolongement du projet (article 20) décrit dans le Contrat d'administration 2006-2008 et dans l'Avenant 2009. Il traite des évolutions survenues au niveau de la méthode de travail/des procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

La procédure de notification est entrée en production au 1<sup>er</sup> mai 2009 (Arrêté Royal du 1<sup>er</sup> mars 2009 (MB du 26 mars 2009 + modification au MB du 30 avril 2010) portant exécution de l'article 35septies, § 1<sup>er</sup>). La publication de la liste des produits notifiés est dès lors possible. Seuls ces produits peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire. Les implants qui n'ont pas été notifiés ne peuvent être attestés aux bénéficiaires. La liste des produits notifiés peut être intégrée dans la tarification électronique. Une mise à jour permanente de la liste est possible depuis mai 2009.

La nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables ainsi que la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » constituent la prochaine étape dans ce projet. La CRIDMI a été créée en 2008 (l'AR relatif à la composition et à l'institution de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » (CRIDMI) a été publié au MB du 20 février 2008).

Action-engagement :

1. Entrée en vigueur de la procédure de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. Date limite : 1<sup>er</sup> novembre 2010.

### BILAN ANNÉE 2012 & PERSPECTIVES

#### ▪ Cadre réglementaire

En 2009 déjà, des documents préparatoires ont été élaborés à propos de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, en ce qui concerne la partie évaluation. A cet effet, il a notamment été fait usage des connaissances acquises dans le cadre du lancement de la procédure CRM.

La loi Santé du 13 décembre 2006 (MB du 22 décembre 2006) constitue la base d'un arrêté royal relatif à l'organisation concrète de la procédure de remboursement. En vue de la rédaction de cet AR, l'INAMI a organisé une large concertation avec les parties concernées (OA, pharmaciens hospitaliers et industrie), également dans le cadre de la CRIDMI déjà créée. Lors des débats, il a également été constaté que le texte légal actuel n'était pas suffisamment précis en certains points et présentait une série d'imperfections pour pouvoir développer la procédure comme souhaité. Des modifications de la loi s'imposaient donc.

Tant les modifications nécessaires à la loi que la période des affaires courantes ont ralenti l'avancement de ce projet et sont à l'origine du non-respect de la date limite de l'action-engagement.

Entre-temps, les textes réglementaires suivants ont été établis :

1. Le projet de texte de loi (art. 35septies, § 1<sup>er</sup>, de la loi SSI) dans lequel l'INAMI a apporté les modifications nécessaires. Les modifications apportées à la loi doivent être intégrées dans une prochaine loi santé. Le projet de texte a été soumis au Comité de l'assurance le 5 mars 2012. Le GTIC implants doit encore être organisé et sera associé au Plan dispositifs médicaux (cf. Table ronde eHealth de fin 2012).
2. Le projet d'adaptation de l'AR relatif à la composition de la CRIDMI. L'AR de base comportant les dispositions d'exécution relatives à la composition de la CRIDMI avait déjà été publié. Le projet de modification de cet AR concernant certaines dispositions relatives à la présidence de la CRIDMI a été soumis au Comité de l'assurance en mars 2012 et ensuite transmis au Cabinet. Il a entre-temps été publié le 12 décembre 2012.
3. Le projet d'arrêté royal relatif à l'organisation de la procédure de remboursement est quasiment finalisé, à l'exception des annexes (liste des prestations remboursées, liste nominative des dispositifs admis au remboursement,...). Dès que la base légale (art. 35septies) aura été publiée, un avis final pourra être demandé au Comité de l'assurance concernant l'arrêté royal relatif à l'organisation de la procédure de remboursement. Suivra par après la procédure de signature et de publication de l'arrêté royal.

Dans des rapports précédents, il avait encore été fait référence à la nécessité de clarifier avec le SPF Santé publique un point de discussion concernant l'article 102 de la loi sur les hôpitaux. Entre-temps, l'INAMI a reçu un avis positif du CNEH concernant le projet de loi sur les implants. Le CNEH a marqué son accord concernant la proposition de modification de l'article 102 de la loi sur les hôpitaux.

Le 27 octobre 2011, l'INAMI a convoqué une réunion informelle de la CRIDMI en vue d'une session d'information concernant l'organisation prévue d'une procédure de remboursement qui, comme déjà dit, est le résultat des négociations avec toutes les parties concernées.

- Volet technique

Le volet technique de ce projet se situe en dehors du « scope » des engagements de ce Contrat d'administration. Néanmoins, nous présentons succinctement les évolutions en la matière, vu les importants investissements que l'INAMI a déjà réalisés ou qui sont planifiés. Il s'agit notamment de deux applications informatisées :

1. un système d'enregistrement en ligne pour la notification obligatoire par les fabricants d'implants et de dispositifs médicaux invasifs remboursables (cf. Avenant 2009) ;  
Le système d'enregistrement en ligne pour la notification des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009, à l'exception de quelques fonctionnalités, par exemple au niveau des rapports statistiques ou au niveau de la mise à jour obligatoire des données. L'application est entre-temps entièrement finalisée. Fin février 2013, 334.306 implants et dispositifs médicaux invasifs avaient été enregistrés via l'application.
2. une application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers de demande adressés à la CRIDMI.  
En ce qui concerne l'application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers pour la CRIDMI, le service ICT de l'INAMI a réalisé un « proof of concept ». Une première série de fonctionnalités, par exemple au niveau de l'enregistrement des demandes, du parcours du dossier et du suivi des délais de traitement, est en cours de développement. Nous remarquons qu'au niveau de ces fonctionnalités le Service ICT procède à un développement générique pour le traitement des dossiers tant en CRM qu'en CRIDMI. Certaines autres fonctionnalités du système, par exemple pour la production de la liste

nominative et la création de documents, sont encore en cours d'analyse. Ces aspects sont spécifiques à la CRIDMI.

La finalisation et la mise en production de l'application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers adressés à la CRIDMI dépendent de l'évolution et de la finalisation du volet réglementaire (cf. supra).

Le suivi de l'exécution de ce projet fera l'objet d'un compte rendu dans les prochains rapports semestriel et annuel. Ce projet figure dans l'article 18 du projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015) intitulé « Réforme du secteur des implants : procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables ».

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 31. Mise en œuvre des trajets de soins.**

### INTRODUCTION

Les trajets de soins visent une bonne collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le spécialiste ainsi qu'une optimisation de la qualité des soins. L'objectif est l'amélioration de la collaboration entre les dispensateurs de soins (généralistes, spécialistes et autres travailleurs de la santé) pour des sous-groupes de patients atteints d'une maladie chronique. Autrement dit, l'approche, le traitement et le suivi du patient sont coordonnés.

Dans le cadre de l'Avenant 2009 déjà, plusieurs actions-engagements avaient été réalisées pour ce projet. Les actions-engagements dans le cadre de l'actuel Contrat d'administration visent essentiellement l'évaluation des trajets de soins.

1. Une fois que le Comité de l'assurance aura donné son accord (= X) sur l'évaluation des trajets de soins, l'INAMI élaborera les conventions avec l'institut scientifique de santé publique (ISP) et l'AIM pour l'évaluation à réaliser. Date limite : X + 3 mois.
2. Création d'un comité d'accompagnement pour l'évaluation permanente des trajets de soins et leur adaptation. Date limite : 30 juin 2010.

Ces deux actions-engagements ont déjà été entièrement réalisées (cf. rapport annuel 2010). Dans le cadre du présent rapport, nous nous limitons dès lors à une description succincte des principales évolutions de ce projet.

### BILAN ANNEE 2012

En septembre 2010, le Comité d'accompagnement chargé de l'évaluation permanente des trajets de soins et de leur adaptation a été créé (cf. action-engagement 2). Quatre groupes de travail ont par la suite été créés au sein de ce Comité d'accompagnement : « Structures locales » ; « Données médicales » ; « Éducation et matériel », « Évaluation des patients ».

Un rapport d'évaluation intermédiaire portant sur les trajets de soins a été rédigé en janvier 2012 en collaboration avec les OA (à l'intention du Comité d'accompagnement trajets de soins) et des explications ont été fournies à la Médicomut. Un projet d'AR contenant quelques assouplissements a reçu un avis favorable de la Médicomut et du Comité de l'assurance.

Le modèle de transmission des données des médecins généralistes via une application web a été élaboré de même que l'application « ACHIL » destinée à la collecte des données. Il s'agit d'une application web sécurisée qui utilise les services de la plateforme eHealth, et par le biais de laquelle les données relatives aux trajets de soins clôturés peuvent être enregistrées par les médecins généralistes. En 2012, les médecins généralistes ont communiqué les données de 8 patients sur 10 ayant suivi un trajet de soins. Au total, il s'agit de données de

quelque 32.000 trajets de soins. Les réactions quant à l'utilisation de l'application sont positives.

Une première analyse des données effectuée par l'ISP révèle que les données demandées ont été rigoureusement encodées. En ce qui concerne le trajet de soins « Diabète », au moins une valeur a été encodée par paramètre (par ex. HbA1c, LDL, poids...) pour quasi tous les patients enregistrés. Pour le trajet de soins « Insuffisance rénale chronique » également, l'encodage s'est très correctement déroulé. Le Comité d'accompagnement des trajets de soins se réjouit des résultats de l'enregistrement. Il apprécie l'engagement des médecins généralistes dans le cadre des trajets de soins et qui transparait dans les résultats. Dans les prochains mois, l'ISP poursuivra l'analyse des données enregistrées.

### PERSPECTIVES 2013 & 2014

Après analyse des données encodées et des données de l'AIM, l'ISP soumettra les trajets de soins à une évaluation scientifique. Le rapport final de cette évaluation est attendu en mai 2013. Cette évaluation pourra aboutir à l'adaptation, l'amélioration ou la prolongation du système élaboré pour les trajets de soins.

Ce projet figure dans l'article 19 du projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015) en ce qui concerne la réception du rapport d'évaluation et les propositions d'une future approche des trajets de soins.

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 32. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées**

### INTRODUCTION

Ce projet a pour objectif de soutenir les projets en matière soins alternatifs et de soutien aux personnes âgées.

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Proposer une sélection de projets (deuxième appel) pour le Comité de l'assurance. Date limite: 31 décembre 2010.
2. Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du premier appel. Dates limites: 30 juin 2011 ; 30 juin 2012.
3. Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du deuxième appel. Date limite: 30 juin 2012.

Compte tenu du fait que les projets du premier appel ont démarré plus tard que prévu (voir Avenant 2009) – en raison de facteurs externes – et que le gouvernement était en affaires courantes, les dates limites susmentionnées n'ont, de fait, pas pu être respectées. Cet état des choses a déjà été rapporté antérieurement. Vous trouverez ci-après le calendrier pour chacune des actions-engagements.

### BILAN 2012

Le projet « Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées » figurait déjà dans l'Avenant 2009. Le rapport qui suit fait donc suite au rapport précédent concernant ce projet.

- Rapport et évaluation des projets

Les projets innovants de soins en cours sont évalués à deux niveaux.

L'INAMI assure, d'une part, un suivi plutôt administratif de la réalisation des projets, en prêtant notamment attention à la comparaison entre le case load prévu et le case load réalisé pour le personnel engagé, entre le financement prévu et les dépenses réellement engagées, etc. Un rapport annuel doit en outre également être transmis. La méthode d'analyse des rapports annuels a été présentée début février 2012 au groupe de travail « Projets de renouvellement en matière de soins ». Au cours du premier trimestre de 2012, les premiers rapports annuels – pour la période du 1.3.2010 au 31.5.2011 – ont été analysés par la Direction établissements de soins du Service des soins de santé. Il a été prévu d'en faire rapport au Comité de l'assurance du 16 avril 2012 (action-engagement 2). Le retard dans le respect du premier délai de l'action-engagement 2 est consécutif au lancement retardé des projets du premier appel (facteur externe, cf. rapport précédent). Entre-temps, le traitement des deuxièmes rapports annuels a déjà commencé, à savoir pour la période de juin 2011 à mai 2012. Ces rapports ont été transmis au Service par les projets au cours des mois de l'été 2012. L'analyse de ces rapports doit encore avoir lieu: le Service concerné a en effet considéré la préparation du deuxième appel comme prioritaire, à savoir le volet réglementaire (cf. infra). Les résultats des deuxièmes rapports annuels seront toutefois traités dans le courant du premier semestre 2013, après quoi une présentation sera faite au groupe de travail.

Outre ce rapport annuel, un rapport semestriel – en mars et en septembre - est également effectué au niveau administratif par les projets. Celui-ci sert également de base à un système de clignotants qui a pour objectif de réagir rapidement si la convention ne correspond pas suffisamment au fonctionnement réel sur le terrain. Au besoin, la convention peut alors être adaptée. Au cours du deuxième trimestre de 2012, ce système de clignotants a été appliqué (officieusement) une première fois. Suite à ce système officieux de clignotants, plusieurs projets ont adapté leur convention et ce, souvent en concertation avec le Service. Il a toutefois été constaté que les données transmises par les projets ne sont pas toujours précises, ce qui limite le fonctionnement du système des clignotants. Les projets ont transmis leur collecte de données semestrielles suivante (période mars 2012 - août 2012) au Service début septembre. Sur la base de ces données, le premier clignotant « officiel » a été défini au niveau du groupe de travail. Les clignotants entraînent l'adaptation de la convention et/ou du financement là où cela s'avère nécessaire.

Il y a, d'autre part, l'évaluation par une Équipe scientifique (voir Rapport annuel 2010) qui concerne essentiellement les résultats et l'effet des projets innovants de soins et sur lesquels ceux-ci sont basés. Cette équipe effectue tout d'abord des analyses au niveau du patient et de son aidant proche qui seront évalués périodiquement à l'aide du questionnaire BelRAI ou RAI P3 (soins et soutien aux soins), du questionnaire WHOQOL-8 (qualité de vie), du questionnaire ZB-12 (charge de soins pour l'aidant proche) et d'un questionnaire économique. Une interview en profondeur sur le déroulement des projets innovants de soins est par ailleurs organisée pour dix projets ; pour les autres projets, la méthode de « groupe focus » est appliquée. Un premier rapport d'évaluation, comprenant un feed-back de la part des « peer reviewers », a été soumis au Comité d'accompagnement de mai 2011. Début septembre 2012 une concertation entre l'INAMI et l'équipe universitaire a eu lieu concernant leurs présentations au Comité d'accompagnement.

Dans un premier temps, des accords ont été conclus sur la manière d'aborder les projets qui ne transmettent pas de données, ou du moins pas suffisamment. Sur la base de l'apport de l'équipe universitaire, le Service a pris contact avec les projets, signalant également que la situation pour chaque projet serait réévaluée fin décembre lors du traitement de nouvelles données par l'équipe universitaire. Cette prise de contact a d'ores et déjà permis de lever certains malentendus entre les attentes de l'équipe scientifique et la méthode de travail des projets (p.ex. l'existence de projets de questionnaires non confirmés qui, en raison de ce statut, ne pouvaient pas être vus par l'équipe scientifique). L'équipe universitaire a donné un

nouveau feed-back au Service fin janvier 2013. Leur analyse des données avait entre-temps été bouclée.

Dans un deuxième temps, le système de validation externe a été rectifié. Au lieu d'avoir des réunions fréquentes de Comités d'accompagnement en présence d'experts nationaux et avec l'apport d'experts internationaux, on organisera désormais davantage d'ateliers de travail, après quoi un rapport global pourra faire l'objet d'une discussion lors d'une séance plénière du Comité d'accompagnement. Un certain nombre d'ateliers sont déjà prévus en 2013 ; une discussion globale au sein du Comité d'accompagnement est prévue au second semestre 2013. En ce qui concerne l'évolution de leur recherche, certains résultats intermédiaires ont été fournis en janvier 2013 concernant différents volets de leur recherche : analyse d'implémentation, analyse de coûts, description de la population et analyse de l'impact. Ces rapports font également état des difficultés auxquelles l'équipe scientifique a été confrontée et surtout des solutions apportées.

- Préparation du deuxième appel

Le Rapport annuel 2010 précise qu'un projet d'arrêté royal concernant le deuxième appel a déjà été soumis, pour avis, au Comité de l'assurance du 26 juillet 2010. Celui-ci a émis un avis positif sous réserve d'un certain nombre d'ajouts qui ont entre-temps été insérés. Un certain nombre de documents administratifs tels que le dossier de demande, la notice explicative, la note conceptuelle et autres avaient en outre déjà été établis.

En raison de la durée des affaires courantes, ce projet d'AR n'a pas pu être approuvé au niveau politique. On a profité du blocage au niveau politique pour demander à l'Équipe scientifique de réaliser une étude sur les points forts et des points à améliorer du premier appel. Cette étude a entre-temps été finalisée et discutée dans le groupe de travail du Comité de l'assurance. Quelques orateurs externes ont en outre été invités à participer à une réflexion sur une éventuelle modification de l'arrêté royal concernant le 2<sup>e</sup> appel (le KCE à propos de l'étude du KCE « Démence : quelles interventions non pharmacologiques » et le groupe de travail « Démence » à propos du rapport du Comité des maladies chroniques).

Avec l'entrée en fonction du nouveau gouvernement et du nouveau ministre, la question s'est posée de savoir quelles options seront prises en ce qui concerne le deuxième appel à projets et ce, également à la lumière des discussions sur la régionalisation des compétences en matière de soins aux personnes âgées. Début 2012, la Cellule stratégique a déjà demandé à l'INAMI de préparer une fiche contenant un historique du dossier, les points à éclaircir et les arguments pour et contre le lancement du deuxième appel. Une concertation avec la Cellule stratégique a également été organisée à ce sujet à la mi-février.

Lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 18 juin 2012, le 7<sup>e</sup> avenant au Protocole d'accord n° 3 a été conclu. Cet avenant décrit les réalisations concrètes découlant de ce protocole d'accord, les marges budgétaires non encore utilisées et la façon dont ces marges seront utilisées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, compte tenu de la situation actuelle (moratoire des lits MRS, un déplacement considérable des délais pour le 2<sup>e</sup> appel à projets...). En ce qui concerne les formes de soins alternatives pour les personnes âgées vulnérables, il a été décidé de ramener de 20 % à 10 % le pourcentage des moyens du Protocole n° 3 qui doit y être consacré. l'accent étant essentiellement mis sur la nécessité de lancer le 2<sup>e</sup> appel à projets.

Le groupe de travail du Comité de l'assurance s'est réuni en automne 2012 afin de déterminer les conditions dans lesquelles cet appel doit avoir lieu, compte tenu du nouveau budget réservé et des priorités que les Communautés/Régions ont fixés à ce niveau. La version finale du projet d'arrêté a été approuvée le 4 février par le Comité de l'assurance. Compte tenu du traitement aux niveaux politique et juridico-administratif, sa publication est attendue dans les 2 à 3 mois. Dans les 3 mois qui suivront, les dossiers des candidats seront introduits, après quoi

les jurys pourront entamer leurs travaux. Le Comité de l'assurance pourra ensuite sélectionner les dossiers approuvés afin d'entamer la procédure effective (action-engagement 1). Le retard prévu dans la réalisation de l'action-engagement 1 est principalement dû au retard dans le lancement du 1<sup>er</sup> appel ainsi qu'à la période d'affaires courantes du gouvernement en 2010-2011 (facteurs externes, cf. rapports antérieurs). L'INAMI a toutefois entrepris toutes les démarches préparatoires nécessaires.

### PERSPECTIVES 2013

Ce projet ne figure plus dans la version du Contrat d'administration 2013-2015. Nous mentionnons toutefois un lien avec l'INAMI qui prévoit, dans son nouveau Contrat d'administration, de collaborer à l'exécution de l'accord politique en matière de réforme de l'État. Au niveau de la politique à mener en matière de soins gériatriques, une régionalisation des compétences est également prévue, à laquelle l'INAMI apportera sa collaboration.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 33. Instauration et évaluation d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens**

Un nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leur activité en officine publique est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2010. La réforme est inspirée tant par des motifs d'ordre économique que par le souhait d'une revalorisation du rôle du pharmacien. Le pharmacien qui délivre des médicaments se voit attribuer un rôle plus important en tant que fournisseur d'informations et accompagnateur du patient et bénéficie, pour ce faire, d'une rémunération appropriée. Les principes et règles sont fixés dans les instructions aux pharmaciens, lesquelles ont été ajoutées à l'arrêté royal du 21 janvier 2009.

Les actions-engagements pour ce projet sont :

1. Rédiger et transmettre toutes les informations nécessaires concernant le nouveau système aux pharmaciens, aux commerces de gros, aux OA, à l'industrie et au public. Date limite : 1 mois avant l'entrée en vigueur du nouveau système de rémunération. Cet engagement a déjà été réalisé (cf. rapport semestriel 2010).
2. Évaluer le nouveau système de rémunération des pharmaciens et ce, 18 mois après l'entrée en vigueur du système. (=X). Date limite : X + 18 mois. Vu que le système est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2010, la date limite prévue pour cet engagement est le 1<sup>er</sup> octobre 2011. Cette action-engagement était déjà réalisée (cf. rapports antérieurs).

Ce projet a déjà été réalisé intégralement, comme mentionné dans le rapport annuel 2011. En 2011, le Service des soins de santé a rédigé une note d'évaluation intégrée présentant des éléments quantitatifs de même qu'une amorce d'éléments qualitatifs. En ce qui concerne les aspects quantitatifs, on observe des résultats concrets manifestes. Quant aux aspects qualitatifs, un état des lieux est présenté et une liste d'idées et de pistes a été dressée.

Annexe : Aucune



## ARTICLE 34. Plan belge « maladies rares »

### INTRODUCTION

Ce projet vise à contribuer à l'élaboration d'un Plan belge pour les maladies rares.

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Inscription du rapport intermédiaire à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. Date limite : 30 juin 2010. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (voir Rapport annuel 2010). Il ne s'agissait en fait pas vraiment d'un rapport intermédiaire mais plutôt d'un premier rapport à part entière.
2. Inscription du rapport final, sous forme de Plan belge « maladies rares », à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. Date limite : 30 septembre 2011. Il s'agit du deuxième rapport sur les maladies rares. Cette action-engagement a été réalisée dans le délai fixé (cf. rapport semestriel 2011).

### BILAN 2012

Les actions-engagements inscrites dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012 ont été entièrement réalisées et ce, dans les délais fixés. Cela signifie que les analyses préparatoires ont été effectuées et les recommandations nécessaires formulées afin de pouvoir lancer un Plan belge pour les maladies rares au niveau politique. Le présent rapport donne un bref aperçu de l'état d'avancement du projet.

Un précédent rapport faisait état d'un financement pour environ sept projets découlant du premier Plan belge pour les maladies rares. Il s'agit :

- de la rédaction d'une convention en vue du remboursement d'analyses de dépistage génétique effectuées à l'étranger ;
- du renforcement des centres de référence ;
- du développement de Orphanet Belgium ;
- du développement du registre national des maladies rares ;
- de l'accélération du remboursement des thérapies innovantes ou de médicaments hors prescription.

Ces projets ont été poursuivis en 2012.

Mentionnons en premier lieu la convention en vue du remboursement d'analyses de dépistage génétique effectuées à l'étranger : cette convention est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Nous pouvons ensuite mentionner le groupe de travail ad hoc (Comité scientifique Observatoire, Collège des médecins-directeurs, etc.) concernant le renforcement des centres de référence « maladies rares » qui a terminé ses travaux et a conclu que la priorité devait être accordée à la création de centres de diagnostic. La mise en œuvre devra s'inscrire dans le cadre d'un Plan belge « maladies rares » intégré.

Enfin, signalons également une série d'autres projets (Orphanet, registre national des maladies rares) en cours d'élaboration.

Sur la base des divers groupes de travail en matière de maladies rares qui ont été créés, une intégration devra à un moment donné être réalisée en vue de concevoir une stratégie intégrée et un plan en matière de maladies rares sur la base des propositions précédemment formulées par le Fonds et des recommandations européennes. La Commission européenne attend ce plan pour le mois d'octobre 2013.

### PERSPECTIVES 2013

- Exécution des projets en cours

Les actions-engagements du Contrat d'administration ont été bouclées. Les projets en cours cités se poursuivront.

- Contrat d'administration 2013-2015

Dans l'avant-projet du Contrat d'administration 2013-2015 figure un projet axé sur le développement d'une stratégie et d'une méthode de travail pour le support administratif de la création et du financement de centres d'expertise pour maladies rares. Ce projet découle évidemment du Plan belge pour les maladies rares qui s'inscrit dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012.

Les travaux préparatoires relatifs à ces nouveaux engagements sont déjà en cours, par exemple en ce qui concerne la révision des conventions existantes en matière de maladies rares par la conception d'un nouveau modèle de convention visant la concentration de l'expertise, l'intégration de la qualité des soins, le travail en réseau, la collaboration entre centres, l'intégration de nouvelles fonctions, etc. Par ailleurs, il sera également nécessaire d'avoir une vision claire et précise de toutes les possibilités en matière de prise en charge des patients atteints de maladies rares. Pour ce faire, un état de la situation au niveau de l'INAMI et du SPF SPSCAE est nécessaire (programmes de soins, etc.).

Annexe: Aucune

<b>ARTICLE 35. Contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation</b>
--

### INTRODUCTION

Ce projet vise à renforcer le contrôle administratif des paiements effectués aux maisons de repos et centres de rééducation. Ainsi que la fixation des forfaits attribués à ces institutions par les OA.

Actions-engagements :

1. Formuler des actions-engagements pour la période 2010-2012 concernant le renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation. Date limite : 30 juin 2010. Cette action engagement a déjà été réalisée (cf. Rapport annuel 2011).

### BILAN 2012

Au cours du premier semestre de 2011, la note de travail préalablement établie sur le contrôle administratif (tant en première qu'en deuxième ligne) (action-engagement 1) et déjà réalisée en 2010 (cf. rapport semestriel 2010) a été davantage approfondie et développée.

Mi-2011, un rapport présentant une analyse approfondie des contrôles actuels en première et en deuxième lignes ainsi qu'une proposition concrète du plan d'implémentation visant à renforcer le contrôle administratif a été finalisé. L'action-engagement 1 a dès lors été réalisée. Comme première étape importante dans le cadre de ce plan d'implémentation, il a été proposé d'effectuer une étude exploratoire sur le terrain, dans le but de repérer les difficultés, d'en définir éventuellement les causes, d'en évaluer l'impact financier ou pour pouvoir déterminer si ces difficultés surgissent systématiquement. À cet effet, un instrument pratique est déjà en cours de développement. Cette expérience permettra ensuite de déterminer quelles seront les priorités futures en termes de contrôle, quelles adaptations ou précisions seront nécessaires dans la réglementation, s'il y a lieu d'instaurer un mécanisme de sanction,

quels partenaires pourraient/devraient y être associés, comment l'on pourrait échanger des informations pour éviter les abus ou les problèmes, ...

Au début du second semestre de 2011, la proposition visant à effectuer une étude exploratoire a été traduite sous la forme d'une fiche de projet. Une réunion de groupe de direction a été organisée en novembre 2011 regroupant les services concernés de l'INAMI – le Service des soins de santé, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif (SCA) – ainsi que l'Inspection des lois sociales. Au cours de celle-ci, il a été décidé de réaliser un projet pilote à partir d'un échantillon de 9 établissements en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie. Ce projet pilote devait être réalisé avec le cadre du personnel actuel. En fonction des résultats, on examinera s'il y a lieu d'étendre l'étude ou encore de renforcer le cadre du personnel, comme prévu préalablement.

Les services internes et externes concernés ont été priés de désigner des collaborateurs qui pourraient collaborer à ce projet pilote. Dans le courant du premier semestre de 2012, le coordinateur de projet au sein du Service des soins de santé a créé un cadre de travail : les missions ont ainsi été clarifiées et un plan de communication et de formation a été prévu. Le 19 avril 2012, une réunion a été organisée avec tous les partenaires concernés. Fin juin, une formation a été prévue pour les contrôleurs et devrait être complétée par un soutien ponctuel sur le terrain pendant toute la durée des contrôles.

Normalement, les contrôles devaient débuter dans le courant de l'été. Le chef de projet a cependant introduit une demande d'interruption de carrière et n'a donc plus été présent en été. Le projet a dès lors été suspendu parce que le Service compétent ne disposait pas de la capacité de personnel nécessaire pour reprendre ce rôle. Il est en effet nécessaire de disposer d'un chef de projet compétent, en particulier au niveau de la direction opérationnelle quotidienne des équipes de contrôle sur le terrain ainsi qu'en ce qui concerne le traitement et l'analyse des résultats. Après concertation au sein de l'INAMI, il avait été décidé de confier la direction du projet à un autre Service. Le nouveau chef de projet au sein de ce Service s'est entre-temps retiré, plus précisément pour cause de maladie. De ce fait, le projet pilote est provisoirement bloqué au sein des 9 institutions. Vu la prolongation de la période de maladie du chef de projet, il a été décidé en février 2013 de désigner un nouveau chef de projet. Ce dernier devra établir un nouveau planning en vue de réaliser l'étude.

### PERSPECTIVES 2013

Ce projet ne figure plus dans le Contrat d'administration 2013-2015. Le projet pilote prévu sera bien évidemment réalisé, sur la base duquel les mesures nécessaires pourront être prises. Dans le cadre du développement futur de la nouvelle application pour le financement des maisons de repos (MRS-New, cf. article 12 du Contrat d'administration 2010-2012), un certain nombre de fonctionnalités supplémentaires ont été prévues, renforçant ainsi le contrôle des données (p.ex. en liant des données à des sources de données externes) afin de réduire le nombre d'erreurs et de lutter contre les abus.

Annexe: Aucune

## ARTICLE 36. Évaluation médicale

### INTRODUCTION

Dans le cadre de la loi AMI, l'INAMI, et plus particulièrement le SECM, souhaite des projets d'évaluation, renforcer la lutte contre la surconsommation et l'attestation abusive de prestations. Il y a 2 types d'évaluation médicale:

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

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

Les projets d'évaluation sont lancés dans le cas d'études préliminaires pertinentes. L'opportunité des propositions d'études introduites est évaluée sur la base de plusieurs critères dont, e.a., la solidité de l'hypothèse de travail et le caractère innovateur de l'étude.

Dans ce cadre, l'action-engagement est la suivante :

- Réaliser chaque année au minimum 2 nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure d'impact. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 21 décembre 2012.

### BILAN JAAR 2012

Concrètement, voici ce qui a été réalisé au cours du 2<sup>ième</sup> semestre 2012:

- Après une analyse préparatoire des données en 2009, le projet sur « **l'Attestation des prestations de médecine d'urgence dans les services d'urgence** » a démarré en 2010. Les résultats ont été communiqués au second semestre de 2011. Une étude de terrain est souhaitable mais, vu la complexité du sujet, sa faisabilité est incertaine. Une phase test au sein d'un nombre limité d'hôpitaux est en préparation.
- Un projet d'évaluation sur les **dépistages prénatals** a été finalisé au cours du second semestre de 2007. Certaines incohérences dans les ensembles de données ont pu être supprimées au cours du premier semestre de 2008. Une première version du rapport final a été fournie début 2010. La version définitive est prévue au 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Le projet « **Consultation oncologique médicale** » a démarré en 2011 : une première analyse des données a été présentée au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012. Cette analyse est poursuivie au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012.
- Le projet « **Dilatations vasculaires percutanées** » (autres que les dilatations carotidiennes) a démarré: au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012 ; l'exécution effective est prévue au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Dans le cadre de la mesure d'impact « **Utilisation des tests de la fonction pulmonaire** », on a étudié l'effet de la campagne de sensibilisation de 2009. Les résultats de l'analyse des données ont été présentés au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012. L'analyse finale et le rapport final ont été présentés au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012. Une décision sera prise quant à d'autres actions au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.

- Le projet d'évaluation « **Prothèses OL** » résulte de l'analyse des rapports d'audit de 2008 et 2009. Dans la phase pilote, 20 dossiers ont été réclamés et examinés. L'étude de terrain est prévue pour 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Les projets d'évaluation « **Extraction de dents de sagesse** » et « **Ostéotomie** », sur lesquels l'attention a été attirée dans les rapports d'audit de 2008 et 2009, sont en cours. L'analyse des données est terminée. Un premier rapport intermédiaire a été présenté au cours du second semestre 2011. L'analyse de terrain effectuée auprès de 50 dispensateurs sélectionnés a été préparée au cours des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> semestres 2012 et son exécution est prévue pour le 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Le projet d'évaluation « **Indicateurs IPP** »: l'analyse effectuée concerne les indicateurs IPP (inhibiteurs de la pompe à proton), développés par le CEM (Comité d'évaluation des pratiques médicales), qui doivent être utilisés dans le cadre de la réalisation d'un monitoring. Le rapport final a été livré au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012.
- Le projet d'évaluation relatif à **l'endoscopie** a redémarré : un premier rapport intermédiaire a été proposé au second semestre de 2011. L'analyse des données s'est poursuivie au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012.
- **Imagerie médicale peropératoire** : suite à l'audit de 2009, une étude de bureau a été effectuée en 2011. Les résultats ont été présentés au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012. Le rapport final est prévu pour le 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Un projet d'évaluation concernant la **physiothérapie** a démarré au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012. L'analyse des données n'a pu confirmer que dans une moindre mesure l'hypothèse de travail initiale. Étant donné que de nouvelles actions ne s'imposent pas, le projet est dès lors clôturé. Un rapport succinct est prévu pour le 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Le projet d'évaluation concernant les **patients en soins palliatifs à domicile** a redémarré: des documents relatifs au forfait pour soins palliatifs ont été réclamés auprès des mutualités au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012. L'analyse de ces documents est prévue au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Le projet d'évaluation concernant la **chirurgie esthétique (implants mammaires)** a démarré au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012: l'étude de la nomenclature et la première analyse des données ont été effectuées au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012. Le rapport et la décision concernant d'éventuelles autres analyses et/ou actions sont prévus au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Le projet d'évaluation « **Immunoglobulines** » a démarré suite au rapport KCE n° 120. Une première analyse des données a été effectuée au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012. Les données pour l'analyse de terrain ont été collectées au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012 ; l'analyse est prévue au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- La mesure d'impact de la campagne de sensibilisation « **Utilisation efficace des potentiels évoqués (EP)** » de 2010 a été effectuée au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012. La rédaction du rapport est prévue au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.
- Un **contrôle renforcé** des mutualités concernant les **médicaments du chapitre IV** a été annoncé en avril 2012 : cette mesure imposée par le gouvernement doit permettre une économie annuelle de 20 millions d'euros. Le Service Évaluation a reçu pour mission de collaborer au suivi des résultats de ce contrôle. L'analyse se poursuivra au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.

À ce propos, nous voulons attirer l'attention sur le fait que les activités du Service Évaluation au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2012 ont été contrariées par sa participation (intensive) au projet SECM 2015. De ce fait, plusieurs projets ont subi un retard. Il en sera de même au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2013.

### PERSPECTIVES 1<sup>ière</sup> SEMESTRE 2013

Outre les actions et les analyses déjà mentionnées dans la rubrique « Bilan 2<sup>ième</sup> semestre 2012 » et qui seront poursuivies au cours du 1<sup>e</sup> semestre 2013, les initiatives suivantes sont également planifiées pour les 6 prochains mois :

- Une campagne de sensibilisation à la suite de l'étude « **OPG** » est en cours de préparation.

Ce projet figure dans le premier avant-projet du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015), non pas comme projet, mais dans le cadre du Titre XIV (Suivi des activités permanentes émanant des Contrats d'administrations précédents).

Annexe: Aucune.

## ARTICLE 37. Code-barres unique

### INTRODUCTION

Ce projet vise à améliorer le contrôle de la délivrance effective des médicaments dans le cadre d'une bonne gestion des moyens financiers destinés au remboursement des médicaments.

Les actions-engagements sont :

1. Elaboration d'un rapport annuel sur les résultats de l'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012. Les deux premières dates limites ont été respectées (cf. rapports semestriels et annuels précédents).
2. Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OT (offices de tarifications) et les FP (firmes pharmaceutiques) d'une part, et l'INAMI d'autre part. Date limite : 31 décembre 2012.

### BILAN 2012

- Qualité et ponctualité des fichiers de données des firmes pharmaceutiques et des offices de tarification

Il ressort de précédents rapports portant sur les tableaux de bord relatifs à ce projet que la qualité et la ponctualité des données transmises par les firmes pharmaceutiques restent des points d'attention permanents. Le SECM effectue en permanence des analyses de qualité de ces fichiers et suit minutieusement la ponctualité dans la transmission de celles-ci. Les résultats figurent dans le tableau de bord annexé au Contrat d'administration. Ces résultats font régulièrement l'objet d'un feed-back aux firmes, tant au niveau individuel qu'au niveau global.

Il ressort des tableaux de bord que la qualité des données transmises par les firmes pharmaceutiques diminue graduellement. Ce niveau de qualité en tant que tel ne constitue

pas un frein aux analyses mais limite néanmoins l'utilité des données (par exemple pour le croisement des données) ainsi que l'exhaustivité et l'interprétation des analyses. On constate également peu d'évolution au niveau de la promptitude de la transmission des données par les firmes pharmaceutiques.

Comme mentionné dans les rapports précédents, le SECM suit scrupuleusement la qualité et la ponctualité des fichiers des firmes pharmaceutiques et prend, si nécessaire, contact avec elles pour un feed-back ou une rectification, même si cela n'est pas toujours bien pris en compte. Dans le courant du premier semestre 2012, un rapport général a été transmis à Pharma.be et Febelgen – deux organisations qui chapeautent les intérêts de firmes pharmaceutiques – contenant des résultats généraux sur la qualité des fichiers ainsi que des résultats spécifiques par firme individuelle affiliée à ces organismes de coordination. Un feed-back plus détaillé a ensuite été donné à la demande de certaines firmes.

Le but du feed-back donné aux firmes et à leurs organismes de coordination est évidemment de les sensibiliser afin qu'ils puissent optimiser leurs méthodes de travail. Quoiqu'il en soit, le Comité de direction de l'INAMI a décidé de préparer un texte réglementaire permettant de sanctionner les firmes pharmaceutiques qui ne respecteraient pas les procédures existantes. Cette proposition est actuellement en cours d'élaboration. L'INAMI analyse sur quels points et selon quelle procédure des sanctions peuvent être prévues.

Concernant la qualité et la ponctualité des fichiers des offices de tarification, les tableaux de bord permettent de conclure que tout se déroule sans problèmes majeurs.

- Informatisation et automatisation de la transmission des données

Le Contrat d'administration 2010-2012 prévoyait l'informatisation et l'automatisation du transfert des données dans le cadre du projet 'code-barres unique', au niveau de la réception, du feed-back et du contrôle de données. De précédents rapports avaient déjà signalé qu'il avait été décidé, après analyse, de concentrer l'informatisation et l'automatisation de la transmission des données sur le transfert entre l'INAMI et les firmes. Tant du côté business que du côté ICT, on manque actuellement de moyens pour réaliser l'analyse à cet effet. Il faut en outre tenir compte de la capacité des firmes pharmaceutiques à suivre ou à intégrer cette évolution.

- Analyses sur la base des fichiers des données

Le SECM dispose entre-temps d'un système permettant d'exploiter les fichiers de données des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques, tant de façon isolée que par croisement. Comme indiqué dans de précédents rapports, on vérifie entre autres dans quelle mesure les pharmaciens utilisent effectivement les codes-barres uniques, combien de codes sont enregistrés deux fois par un ou plusieurs pharmaciens, etc. De telles analyses sont entre-temps effectuées continuellement et des rapports spécifiques en la matière sont rédigés. Des dossiers d'enquête sont également ouverts si nécessaire. Leurs résultats peuvent en outre être suivis dans les tableaux de bord.

Vu leur caractère, les résultats de ces analyses ne sont plus présentés dans un rapport spécifique. Ils peuvent néanmoins être consultés dans les tableaux de bord. En tant que telle, l'action-engagement 1 a été réalisée.

### PERSPECTIVES 2013

- Contrat d'administration 2013-2015

Les analyses concernant le code-barres unique sont entre-temps devenues une mission stable et permanente du SECM. Les résultats de ces analyses feront l'objet d'un suivi permanent via les tableaux de bord. On ne prévoit néanmoins plus d'engagements spécifiques dans le Contrat d'administration 2013-2015.

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 38. Incapacité de travail primaire : cartographie des activités du médecin-conseil**

### INTRODUCTION

Ce projet vise à développer une cartographie des activités de contrôle des médecins-conseils dans le cadre de l'incapacité de travail primaire.

Les actions-engagements sont :

1. Elaboration d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins-conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (y compris le feed-back aux OA). Dates limites: 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012. Les première et deuxième dates limites pour cette action-engagement ont déjà été réalisées (cf. Rapport annuel 2011).
2. Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OA et l'INAMI. Date limite : 31 décembre 2012.

Remarque: lors de l'élaboration du rapport annuel sur l'Avenant 2009, il a été fait remarquer qu'un engagement de l'Avenant 2009 n'avait pas encore été réalisé :

1. Élaboration d'un rapport annuel par OA, avec un profil des médecins-conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (y compris le feed-back aux OA). Date limite : 31 décembre 2009. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (cf. rapport annuel 2010).

### BILAN 2012

Il s'agit d'un projet qui avait déjà été initié et élaboré dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012. Le présent rapport s'inscrit dans le prolongement des précédents rapports semestriels et annuels.

- Cartographies sur la base des données de 2008, 2009, 2010 et 2011

Dans le cadre d'un premier rapport, il a déjà été mentionné que les cartographies contenant des informations sur les activités des médecins-conseils au niveau de l'incapacité primaire ont été finalisées pour les données des années 2008, 2009, 2010 et 2011 (action-engagement 1 entièrement réalisée). Ces cartographies comprennent l'ensemble des 15 paramètres prévus. Les cartographies peuvent de surcroît être désagrégées jusqu'au niveau de la fédération.

Sur la base des données 2011, la cartographie a été présentée en septembre 2012 au Conseil supérieur des médecins-directeurs. Cette présentation a permis un échange d'idées sur les paramètres mêmes, sur l'interprétation des chiffres ainsi que sur la problématique de la qualité des données (cf. infra). Le SECM a également demandé une analyse plus poussée et une vérification des données chiffrées afin de pouvoir les interpréter correctement. Des suggestions ont également été formulées en ce qui concerne les paramètres : certains paramètres ont été jugés inutiles (p.ex. nombre de cas de rechute juste en dehors du délai de rechute). Un certain nombre de nouveaux paramètres et de nouvelles dimensions ont en outre



été présentés en ce qui concerne l'environnement professionnel, une ventilation plus détaillée des chiffres, la pathologie, etc.

Il est par ailleurs clair que les évolutions au niveau du rôle du médecin-conseil (p.ex. accent mis sur l'accompagnement vers la réinsertion socioprofessionnelle, nouveau rôle en raison de la réforme de la CR-CMI, etc.) ont également leur impact sur les paramètres à retenir dans le cadre du suivi des activités des médecins-conseils en matière d'incapacité primaire. L'autre manière de travailler des médecins-conseils (p.ex. en équipe, guichet interfédération unique, etc.) a aussi un impact sur la manière de collecter les données.

Du côté du SECM, une série d'actions ont déjà été prises afin d'analyser en détail certaines données chiffrées afin de pouvoir les interpréter correctement. Notons également que le SECM effectue, depuis 2012, un nouveau type d'analyse sur la fréquence selon laquelle les certificats de certains médecins-conseils sont présentés à la Commission régionale du CMI, ce qui peut être une indication de la qualité du travail du médecin-conseil. Le but est de réaliser chaque année pareille analyse (pour autant que la CR-CMI continue d'exister dans sa forme actuelle). Sur la base de l'analyse réalisée jusqu'à présent (données 2007 jusqu'au premier semestre 2012), une liste d'une cinquantaine de médecins-conseils a d'ores et déjà été établie. Elle peut servir pour orienter les analyses et contrôles plus poussés du SECM.

Pour certaines actualisations ou pour de nouveaux paramètres, l'apport des OA est également attendu. Les discussions devront se poursuivre au niveau du Conseil supérieur des médecins-directeurs qui devra prendre des décisions concernant les paramètres. Il est important de noter que l'affinement, l'actualisation et l'ajout de paramètres peuvent entraîner l'adaptation et l'extension du flux de données envoyées par les OA au SECM mais qu'ils ont également un impact ICT pour lequel les moyens nécessaires devront être trouvés.

- Transmission des données entre les OA et le SECM: qualité des données

Comme cela a déjà été souligné dans des rapports précédents, la qualité des données transmises par les OA au SECM reste un point d'attention permanent. La problématique de la qualité est double. Premièrement, les données transmises par voie électronique (sur cd-rom) ne sont pas cohérentes. Le pourcentage d'erreurs a entre-temps atteint 5%.

Par ailleurs, les données électroniques ne sont pas conformes à la réalité du terrain et aux données figurant dans le dossier que possède la mutualité. Le SECM a déjà pris plusieurs initiatives pour analyser la problématique de la mauvaise qualité des données. Il a déjà procédé à quelques analyses d'échantillons pour ce faire. Une tournée générale et individualisée au cours de laquelle un feed-back a été donné aux OA a ensuite été organisée. La qualité et la conformité des données diffèrent fortement d'un OA à l'autre et d'une fédération à l'autre au sein d'un OA. Au printemps 2012, le SECM a examiné un échantillon représentatif de données de tous les OA. Sur la base de ces résultats statistiquement fiables, un débat contradictoire pourra être organisé avec les OA. Suite à ce débat, et en cas de problèmes persistants, des sanctions pourront également être prévues dans le cadre de la partie variable des frais d'administration. Les contrôles réalisés par le SECM ont lieu au cours des mois de mars, d'avril et de mai 2012, et portent sur les données des premier et deuxième trimestres de 2011. 3328 certificats répartis sur 41 fédérations des 6 OA ont été examinés. Pour chaque certificat, une dizaine de champs ont été examinés, p. ex. le numéro du certificat, le numéro du certificat précédent s'il existe, le numéro du prescripteur, le sexe de l'assuré, le numéro du médecin-conseil qui a pris la décision, etc. Les contrôles ont permis de montrer une série d'erreurs systématiques, mais aussi des erreurs spécifiques à certains cas. Depuis juin, le Service a commencé à consolider ces résultats par fédération et par OA, après quoi un feed-back a été donné. La problématique a également été soulevée lors du Conseil supérieur des médecins-directeurs de septembre 2012.

Il ressort toutefois d'un nouveau contrôle plus agrégé, réalisé entre-temps sur les données transmises au cours du troisième trimestre 2012 (donc environ un an après le contrôle précédent et au terme de diverses rondes de feed-back) que les choses ne s'améliorent guère. L'aspect « catégorie professionnelle » a été examiné en particulier vu l'importance de ce champ de données pour le calcul correct de quelque 7 paramètres issus de la cartographie. Un nouveau feed-back concernant ces résultats a été donné aux Unions nationales fin janvier 2013. Au niveau du Conseil supérieur, des accords devront être conclus sur la manière de résoudre ce problème. Un engagement de la part des OA sera nécessaire.

- Transmission des données : enrichissement et informatisation

En vue de renforcer la qualité et l'efficacité de la transmission des données entre les OA et l'INAMI, il est également prévu de réaliser un transfert informatisé et automatisé des données (action-engagement 2). À l'heure actuelle, la transmission des données se fait via cd-rom envoyés par La Poste.

Comme mentionné ci-dessus, on doit pouvoir reconstituer les dossiers d'incapacité de travail primaire, même en cas de rechute ou de mutation, pour pouvoir approfondir les analyses des cartographies. Afin de permettre cette reconstitution des dossiers ITP, le numéro de registre national (ou une clé d'identification unique équivalente) doit être ajouté aux données transmises.

Après avoir atteint un accord de principe avec les OA concernant l'ajout du NISS et la poursuite de la transmission des données via CareNet, le Service a commencé, à la mi-2011, à préparer la poursuite de l'informatisation et de l'automatisation de la transmission des données. Après une analyse, le développement même a débuté à partir de mai 2012. La phase de test et de validation a démarré au second semestre 2012. La mise en production de l'application est prévue dans le courant du premier trimestre 2013 de sorte que les données à partir du T4 2012 peuvent être transmises par voie électronique.

### PERSPECTIVES 2013

La poursuite de ce projet ne figure plus dans le Contrat d'administration 2013-2015. Le processus mis en place et la poursuite de son optimisation continueront bien évidemment à être exécutés et suivis en interne.

Les cartographies seront fournies dans le courant du premier semestre 2013 sur la base des données 2012. Si possible, il sera tenu compte d'un certain nombre de précisions et d'affinements demandés au niveau des paramètres.

Sur la base des nouveaux résultats du contrôle de qualité par OA et par fédération, une nouvelle ronde de feed-back devra avoir lieu en vue d'établir les accords nécessaires pour l'avenir. Ces accords ont également leur importance dans le cadre du calcul de la partie variable des frais d'administration.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 39. Flowdos: Informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins**

### INTRODUCTION

Ce projet vise à poursuivre le développement d'un système de gestion informatisée des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins.

Les actions-engagements sont :

1. Intégration des dossiers d'enquête en cours (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 6 mois. Cette action-engagement a entre-temps déjà été réalisée en partie pour ce qui est des 'dossiers actifs' (cf. précédents rapports).
2. Intégration des dossiers d'enquête clôturés (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 12 mois.
3. Rédaction d'un rapport sur les éléments du flux de travail à implémenter dans Flowdos. Date limite : 30 juin 2011. Cette action-engagement a déjà été réalisée (voir Rapport annuel 2010).
4. Mise en production d'éléments du flux de travail dans Flowdos. Date limite : 31 décembre 2011. Cette action-engagement a déjà été réalisée (voir Rapport annuel 2010).
5. Rédaction d'un rapport sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. Date limite : 31 décembre 2012.

### BILAN 2012

Comme mentionné dans le rapport précédent, Flowdos Document tourne et est globalement opérationnel.

- Scanning de documents dans des dossiers actifs (actions-engagements 1 et 2)

Il était initialement prévu que, dès la mise en production généralisée de Flowdos-Documents, les dossiers d'enquête en cours et clôturés seraient intégrés dans le système (actions-engagements 1 et 2). Pour des raisons d'efficacité, le SECM a décidé de se focaliser sur les dossiers réellement 'actifs' ou 'vivants' (qui sont effectivement traités), et dans lesquels p.ex. des modifications sont apportées, des documents sont ajoutés, ou sur ceux inscrits à l'ordre du jour d'un organe. Dans le cadre d'un précédent rapport, il a dès lors été proposé d'adapter la date limite pour ces actions-engagements, compte tenu des besoins et moyens disponibles.

Dans le cadre du scanning de documents papier dans les dossiers 'actifs' ou 'vivants', un modèle informatique a été développé permettant de placer des documents dans un dossier de manière cohérente et chronologiquement correcte et de générer automatiquement des métadonnées correctes pour des documents entrants qui sont scannés.

Dans la pratique, une distinction peut actuellement être faite entre trois types de dossiers :

- des nouveaux dossiers entièrement informatisés : il s'agit de dossiers initiés après la mise en production de Flowdos-Documents. Ces dossiers sont créés en Flowdos par le SECM et les documents papier entrant à l'INAMI sont scannés dans le dossier ;
- des anciens dossiers, actifs, qui sont hybrides et existent en partie sur support informatisé, en partie sur support papier : il s'agit des dossiers initiés avant la mise en production de Flowdos-Documents. Les documents présents dans le dossier avant la mise en production existent sur support papier ; les nouveaux documents sont créés en Flowdos ; les documents papier entrant à l'INAMI sont scannés en Flowdos. Par 'activité' dans le dossier, on entend entre autres des dossiers pour lesquels le fonctionnaire dirigeant, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours ont entamé des poursuites;

- Des anciens dossiers, non actifs, qui existent exclusivement sur support papier : il s'agit de dossiers initiés avant la mise en production de Flowdos-Documents. Il s'agit aussi bien de dossiers clôturés que des dossiers actuellement non actifs au sein du SECM ou des organes.

Dans le cadre d'une réorganisation du Service provincial du SECM en province de Hainaut, il était initialement prévu – comme mentionné dans le Rapport semestriel 2012 – de composer une équipe permettant d'aboutir à une intensification du scanning, également dans le cadre de dossiers hybrides et non actifs. Néanmoins, cette option a été abandonnée après réflexion sur les processus, les risques et l'organisation requise au niveau du travail. L'informatisation de dossiers papier existants se poursuivra donc ad hoc en fonction de leur état d'activité.

- Archives papier

Il est important de noter qu'il existe pour les dossiers d'enquête, également pour les nouveaux dossiers initiés après la mise en production de Flowdos-Documents, toujours des archives papier, notamment les documents pour lesquels des signatures ayant force probante sont nécessaires. La force probante de ce type de documents n'a pas encore été réglée. Signalons en outre que l'échange de documents (entrants et sortants) avec les acteurs de la justice doit toujours se faire sur support papier, étant donné que le processus n'a pas encore été informatisé de leur côté. Il est prévu de traiter cette problématique dans le cadre du Contrat d'administration 2013-2015.

- Poursuite du développement de Flowdos (action-engagement 5)

Enfin, il était prévu dans le Contrat d'administration qu'après la mise en production de Flowdos-Documents un rapport serait également rédigé sur le développement ultérieur du système de gestion FlowDos comprenant le contenu des versions futures de l'application.

Le Service ICT dispose d'un projet (Platinum) en cours qui permettra une approche intégrée de la problématique des systèmes de gestion de dossiers au sein de l'INAMI en mettant à disposition des modules réutilisables contenant des fonctionnalités et caractéristiques bien précises. Le but est de développer un environnement technique qui offrira, outre une plus grande stabilité, des fonctionnalités supplémentaires et qui répondra à un certain nombre de besoins généraux fondamentaux tels que la gestion de la correspondance et la force probante des documents électroniques contenus dans les dossiers. L'application FlowDos actuelle devrait être intégrée dans ce nouvel environnement technique. Plusieurs analyses de processus ont été effectuées au sein du SECM au cours des années 2011 et 2012, notamment en ce qui concerne le processus « dossiers d'enquêtes ». Ces analyses seront systématiquement approfondies. Dans le nouveau Contrat d'administration 2013-2015, il est prévu de développer Flowdos dans le nouvel environnement Platinum. À cette fin, les analyses de processus détaillées requises auront lieu au cours du premier semestre 2013 de même qu'une analyse des besoins en matière d'ICT.

### PERSPECTIVES 2013

Ce projet figure à nouveau dans le nouveau Contrat d'administration 2013-2015. Les actions suivantes sont prévues dans le cadre des actions-engagements :

- une stabilisation de l'application existante dans un nouvel environnement technique ;
- l'ajout de quelques nouvelles fonctionnalités et de nouveaux types de dossiers ;
- une analyse des conditions réglementaires et opérationnelles afin d'informatiser au maximum la gestion des dossiers d'enquête, tant au sein de l'INAMI que dans le cadre de l'échange de documents et de dossiers avec les acteurs de la justice.

Pour la bonne exécution de ces actions, une structure adéquate des projets sera également prévue.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 40. Rapports en matière de fraude sociale.**

Par cet article, l'INAMI souhaite poursuivre et affiner, dans les prochaines années, les rapports périodiques mis en œuvre dans le cadre de l'Avenant afin de garantir le maintien de rapports pertinents de qualité. Ces rapports sont destinés, d'une part, à des acteurs externes tels que le SIRS et le Collège de lutte contre la fraude fiscale et sociale, et, d'autre part, aux organes de gestion de l'INAMI (Comité général de gestion, Comité de gestion du SI, Comité de gestion du SECM).

Un rapport intégré sur les résultats en matière de fraude sociale a été rédigé tant en 2010 qu'en 2011. Les première et deuxième actions-engagements du texte de base du troisième Contrat d'administration ont été réalisées. Une 3<sup>e</sup> action-engagement avait été prévue en 2012.

### BILAN ANNEE 2012

Engagement 3 : Dresser un rapport intégré sur les résultats en matière de fraude sociale.  
Date limite : 31 décembre 2012.

Un rapport intégré sur la fraude sociale a été rédigé. Il était disponible en français et en néerlandais mi-septembre 2012. L'action-engagement 3, dont la date limite prévue était le 31 décembre 2012, a donc été réalisée plus tôt que prévu. Le rapport a été présenté à la Commission technique du Service du contrôle administratif le 25 septembre 2012 et ensuite au Comité général de gestion en décembre 2012. Le rapport a été annexé au rapport semestriel de 2012.

Les domaines spécifiques suivants ont été étudiés en 2011 :

- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'indemnités de rupture de contrat de travail ou d'une activité non autorisée néanmoins déclarée à l'ONSS (Office national de sécurité sociale),
- le travail au noir pendant une incapacité de travail (cumul d'activités non autorisées et d'indemnités),
- les faux assujettissements à la sécurité sociale.

Le rapport en matière de fraude sociale révèle une diminution des prestations indues constatées, à la suite de l'intervention proactive des organismes assureurs. Mais, parallèlement, on observe une augmentation des cas constatés dans le cadre de la lutte contre le travail au noir. Par conséquent, le rapport souligne la nécessité de poursuivre les actions menées en matière de lutte contre la fraude. La collaboration avec d'autres instances (institutions de sécurité sociale, instances judiciaires, etc.) est cruciale, de même qu'une réflexion, au sein des OA, sur les procédures internes pour le traitement de dossiers et une attitude pro-active de détection des cumuls.

### PERSPECTIVES 2013 & ULTÉRIEURES

Ce projet ne sera plus repris comme projet séparé dans le quatrième Contrat d'administration (2013-2015) mais son suivi sera encore assuré dans le chapitre « Suivi des missions permanentes qui découlent des Contrats d'administration précédents », à la rubrique

« Rapport en matière de fraude sociale ». À ce propos, nous faisons référence au projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration tel qu'il a été approuvé par le Comité général de gestion le 25 janvier 2013.

En 2013, un nouveau domaine sera inséré dans le rapport en matière de fraude sociale, à savoir la lutte contre la fraude au domicile.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 41. Fraude sociale: Croisement des données DMFA-PI.**

Par cet article, l'INAMI souhaite poursuivre et affiner les actions entreprises (cf. Avenant 2009) dans le cadre du croisement des données. Il s'agit de repérer annuellement (depuis 2008 déjà) (pour le secteur des travailleurs salariés) le cumul non autorisé de l'AMI et du salaire communiqué à l'ONSS. Concrètement, il s'agit en l'occurrence de personnes invalides qui entament une activité non autorisée et pour laquelle l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Pour les repérer, l'INAMI (le SCA) utilise la technique dite du « *datamatching* » ou croisement des données de la DMFA et des modèles PI (données du Service des indemnités). Ces dernières données contiennent, par mutualité, un aperçu nominatif trimestriel des indemnités payées aux personnes invalides.

Les actions-engagements 1, 2 et 3 ont été réalisées à temps.

### BILAN ANNEE 2012

Nous notons une action-engagement pour cet article pour l'année 2012, à savoir :

Engagement 3 : *Croiser les données DMFA et les données PI et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date limite : 31 décembre 2012.*

La dernière action-engagement concernant cet article a été réalisée de même que les contrôles au sein des mutualités et l'analyse. La rédaction du rapport a également été finalisée en octobre 2012 et le rapport a été présenté à la Commission technique du Service du contrôle administratif. Le rapport a été annexé au présent rapport annuel.

En 2012, les indemnités de 2010 ont fait l'objet d'une étude. Il s'agissait d'analyser non seulement les constatations faites concernant les cas de cumul non autorisé mais également la manière dont les mutualités détectent proactivement ces cas de cumul. Les mutualités elles-mêmes disposent en effet des données DMFA des personnes en incapacité de travail, grâce auxquelles elles peuvent effectuer proactivement des contrôles en vue de vérifier l'exactitude des indemnités à accorder ou accordées aux assurés sociaux.

Si un cumul est détecté par le SCA, les mutualités qui ne régularisent pas les indemnités conformément aux données dont elles disposent reçoivent un aperçu de l'indu (pour information : les régularisations de montants indus effectuées par les mutualités sont retenues comme indicateur de bon fonctionnement des mutualités dans le contexte de la lutte contre la fraude sociale).

Après le croisement des données et les contrôles ciblés effectués en ce qui concerne les données de 2010, on constate que tous les organismes assureurs (OA) gèrent mieux les cas de cumul d'indemnités d'invalidité et d'indemnités de rupture (88 % des cas ont été traités correctement). Pour les cas de cumul d'indemnités d'invalidité et de revenus émanant d'activités non autorisées, 77 % des cas ont été traités correctement. Certes, le nombre de

cas de cumul non traités ou incorrectement traités par les OA n'est pas insignifiant mais nous constatons néanmoins que la gestion de ces dossiers par les OA pour les exercices de dépenses 2006 à 2010 s'est clairement améliorée.

Enfin, on constate de grandes différences tant entre les mutualités qu'entre les OA. Il importe donc que les OA, dans le cadre d'une politique intégrée et efficiente en matière de lutte contre la fraude sociale, entreprennent encore davantage d'initiatives par le biais entre autres de l'implémentation de procédures automatisées de contrôle primaire.

#### PERSPECTIVES POUR LE 4<sup>E</sup> CONTRAT D'ADMINISTRATION

Pendant la durée du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015), ce projet sera repris dans l'article 24 Fraude sociale : croisement des données (1) DMFA-invalides & (2) DMFA-incapacité de travail primaire». Un croisement annuel des données DMFA et IP sera effectué. Les cas pertinents seront examinés au sein de la mutualité. À ce propos, nous faisons référence au projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration tel qu'il a été approuvé par le Comité général de gestion le 25 janvier 2013.

#### Annexe 7:

- Rapport concernant le croisement des données DMFA et des données d'invalidité.

### **ARTICLE 42. Fraude sociale: Dossiers d'assujettissement fictif**

Par cet article, l'INAMI souhaite poursuivre les actions entreprises dans le cadre des dossiers d'assujettissement fictif. Comme en 2009, une analyse sera également effectuée quant à la qualité du feed-back des OA concernant les dossiers d'assujettissement fictif ou frauduleux. Il s'agit de cas où l'assuré social tire profit d'une inscription frauduleuse auprès d'un employeur pour bénéficier ainsi de droits dans le cadre de l'AMI.

En 2008 déjà, une nouvelle méthode de travail avait été instaurée. L'ONSS transmet les dossiers au SCA qui les transmet à son tour aux mutualités sous forme de listes nominatives. Les OA seront invités à réagir rapidement dès réception de cet envoi et à procéder directement au traitement.

Les mutualités envoient, chaque mois, un feed-back comportant les cas traités. Le feed-back comporte l'incidence de la suppression de l'emploi sur le droit aux prestations médicales et indemnités et sur la récupération éventuelle engagée. Les analyses qualitatives effectuées ensuite par l'inspecteur social du SCA se font de la façon suivante :

- Après réception du feed-back, l'inspecteur social se rend dans la mutualité pour examiner les cas pour lesquels une procédure en récupération a été engagée. L'inspecteur social doit en effet examiner l'exactitude des montants indûment versés et établir un procès-verbal en vue d'infliger une sanction administrative.
- Les cas (un échantillonnage) pour lesquels la mutualité constate qu'il n'y a pas d'incidence due à l'emploi frauduleux sont également contrôlés (à partir de 2010).
- Enfin, les cas pour lesquels le feed-back est imprécis ou incomplet sont contrôlés.

#### BILAN DES ANNÉES PRÉCÉDENTES & PERSPECTIVES

En ce qui concerne cet article, une seule action-engagement figure dans le texte de base du troisième Contrat d'administration. Cet engagement a déjà été réalisé en 2010. Cet article peut donc être considéré comme étant entièrement réalisé.

Entre-temps, la procédure de feed-back relève plutôt d'une mission permanente. Le suivi de cette procédure a fait que les organismes assureurs ont pris plusieurs initiatives qui ont abouti à une amélioration du traitement des dossiers (traitement plus proactif et rigoureux des dossiers). Pour de plus amples informations à ce sujet, nous renvoyons au rapport annuel 2010 joint au troisième Contrat d'administration.

Les résultats du suivi des procédures de feed-back ne figureront plus dans un rapport distinct à partir de 2011 mais dans le rapport annuel intégré concernant la fraude sociale (voir Article 40).

Au cours du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015), ce projet ne sera plus repris comme projet distinct. Il sera suivi dans le chapitre « Suivi des missions permanentes qui émanent des Contrats d'administration précédents », sous la rubrique « Rapports en matière de fraude sociale ». À ce propos, nous faisons référence au projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration tel qu'il a été approuvé par le Comité général de gestion le 25 janvier 2013

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 43. Contrôles thématiques : audit, feed-back et conseil en mutualités**

### INTRODUCTION

Le projet a pour objectif de poursuivre le développement d'une nouvelle approche du contrôle administratif vis-à-vis des mutualités par voie d'audit, de feed-back et de conseil.

Les actions-engagements sont les suivantes:

1. Élaboration de deux rapports de contrôle thématique par an : un sur les soins de santé ; un autre sur les indemnités. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012. Toutes les actions-engagements ont été réalisées (voir aussi rapports antérieurs).

### BILAN ANNÉE 2012

- Contrôle thématique 2011 (secteur de l'assurance soins de santé) : Contrôle de l'intervention majorée de l'assurance. (IM : droit à l'intervention majorée) – ouverture du droit et maintien du droit – et fonctionnement des systèmes de contrôle mis en place dans ce cadre.

Cette partie du projet a été réalisée et commentée en détail dans les précédents rapports. Le rapport a été présenté au Comité général de gestion le 24 septembre.

- Contrôle thématique 2011 (secteur de l'assurance indemnités) : Indemnisation des chômeurs en incapacité de travail
- Le contrôle thématique 2011 en matière d'assurance indemnités est une analyse des contrôles effectués par les OA lorsque leurs assurés sociaux passent de l'assurance chômage à l'assurance indemnités. Une concertation avec l'ONEm a également eu lieu à ce sujet. Quatre catégories de chômeurs ont été examinées de plus près : les chômeurs partiels volontaires, les chômeurs complets, les chômeurs bénéficiant d'une allocation d'attente et les chômeurs bénéficiant d'une allocation de garantie de revenus. Il s'est avéré, lors de ce contrôle, que de nombreuses erreurs ont été commises lors de l'application de la réglementation en ce qui concerne le calcul des allocations. Le rapport a entre-temps été



finalisé et présenté à la Commission technique le 25 septembre 2012. Ce rapport est joint en annexe.

- Contrôle thématique annuel récurrent : article 195

Par souci d'exhaustivité, nous tenons à signaler que le Service effectue également, chaque année, un contrôle thématique des listes de récupérations d'indus établies par les OA pour la majoration des frais d'administration. Le rapport de synthèse des contrôles 2011 a été soumis le 6 mars 2012 à la Commission technique. Ce rapport avait déjà été joint en annexe au rapport annuel 2011.

- Contrôle thématique 2012 (secteur de l'assurance indemnités) relatif aux indemnités de maternité

Cette matière a connu ces dernières années d'importantes modifications. L'opération a entre autres pour but de vérifier comment les mutualités appliquent la réglementation. La préparation méthodologique du contrôle (analyse des risques, document de nature prospective, sélection des cas à contrôler, etc.) a été finalisée, de même que les contrôles au sein des mutualités, et le rapport a été établi. Ce rapport, joint en annexe, sera présenté à la Commission technique en avril de cette année. Les résultats de ce contrôle thématique ont révélé plusieurs infractions (de nature structurelle) à l'égard de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité. Le rapport comprend, dans ce cadre, également des recommandations.

- Le contrôle thématique 2012 (secteur de l'assurance soins de santé) se focalise sur les non-assurés.

Quelque 100 000 personnes sont reprises comme non-assurés dans les statistiques sur les effectifs. Dans ce contrôle thématique, le Service examine les droits des non-assurés. Le Service contrôle concrètement si les mutualités ont utilisé toutes les ressources à leur disposition pour accorder un droit aux non-assurés. Le Service vérifie également si un non-assuré, reconnu à juste titre comme tel, a bel et bien été radié de ces statistiques après 2 ans, conformément à la réglementation. Enfin, le Service vérifie quelles prestations ont été remboursées et si d'éventuels remboursements indus ont été effectués dans le secteur des soins de santé. Les contrôles sur le terrain ont été bouclés fin 2012. Le rapport est en cours de rédaction et devrait normalement être finalisé dans le courant du mois d'avril.

- Le contrôle annuel récurrent « article 195 » 2012 a entre-temps été réalisé. Le rapport est en phase finale de production.

#### PERSPECTIVES 4<sup>E</sup> CONTRAT D'ADMINISTRATION

Pendant la durée du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015), ce projet ne sera pas repris comme projet séparé mais continuera à être suivi dans le chapitre consacré au « suivi de missions continues découlant de précédents Contrats d'administration ». Nous faisons ici référence au projet du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration, tel qu'approuvé par le Comité général de gestion en sa séance du 25 janvier 2013.

Nous mentionnons, à titre d'information, les thèmes qui feront l'objet d'un contrôle thématique en 2013, à savoir :

- En ce qui concerne le secteur de l'assurance soins de santé : la facturation correcte de certains forfaits lors d'hospitalisations (e.a. en biologie clinique) par le biais de la base de données SHA (séjours hospitaliers anonymes).
- En ce qui concerne le secteur de l'assurance indemnités : contrôler l'application et l'uniformité de l'application de l'article 100 et du nouvel article 101 de la loi coordonnée du

14 juillet 1994. Lors de ce contrôle thématique, la technique du « datamatching » sera utilisée pour identifier les cas à contrôler.

Annexes 8 et 9:

- Rapport sur le contrôle thématique 2011 (secteur « assurance indemnités ») : Indemnisation des chômeurs en incapacité de travail.
- Rapport sur le contrôle thématique 2012 (secteur « assurance indemnités ») en ce qui concerne les indemnités de maternité.

<b>ARTICLE 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration</b>
---

INTRODUCTION

L'actuel système de responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration n'est pas optimal. En effet, il ne permet pas d'améliorer suffisamment le fonctionnement des OA. En outre, il n'est pas efficace vu la charge de travail élevée qu'il engendre. C'est pourquoi l'INAMI souhaite, en collaboration avec l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, élaborer une proposition pour une meilleure responsabilisation. Ce nouveau système doit se caractériser par des critères plus clairs, plus objectifs et mieux contrôlables qui concernent une grande partie du fonctionnement des mutualités.

En outre, certains engagements figurent dans le Contrat d'administration quant à l'amélioration et l'harmonisation des systèmes de gestion des plaintes existant au sein des OA.

Les actions-engagements prises dans le cadre du Contrat d'administration sont les suivantes :

1. Rédiger un premier rapport accompagné d'une synthèse des discussions menées au cours de l'année écoulée. Date limite : 31 décembre 2010.
2. Formuler des propositions d'adaptations à apporter aux règles d'application actuelles. Date limite : 31 décembre 2011.
3. Analyse des systèmes de plaintes actuels au sein des OA et des mutualités et rédaction d'un rapport en la matière et ce, en collaboration avec le CIN. Date limite : 31 décembre 2010.
4. Formuler des propositions de collaboration et d'harmonisation quant aux systèmes de gestion des plaintes des OA et de l'INAMI, incluant la définition d'indicateurs et éventuellement la confection d'une typologie commune. Date limite : 30 septembre 2011.
5. Mettre en œuvre les propositions de synergies en matière de systèmes de gestion des plaintes des OA et de l'INAMI, 12 mois après un accord (= X) sur la consolidation des systèmes des OA et de l'INAMI. Date limite : X + 12 mois.
6. Rédiger un premier rapport de synthèse commun sur le système consolidé de gestion des plaintes, 12 mois après son implémentation (= X). Date limite : X + 12 mois.

BILAN ANNEE 2012 & PERSPECTIVES POUR LE 4<sup>E</sup> CONTRAT D'ADMINISTRATION

- Voici un aperçu des évolutions en ce qui concerne les actions-engagements 1 et 2 qui ont toutes 2 déjà été réalisées et dont le compte rendu a été fait dans le rapport annuel 2011 et dans le rapport semestriel 2012.

Le rapport définitif présentant les propositions du nouveau système de responsabilisation, en ce compris l'arrêté royal, a été transmis le 25 janvier 2012 tant à la Ministre des Affaires sociales qu'au Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale et fiscale. En janvier 2013, la Cellule stratégique a confirmé que la concrétisation de la proposition de nouveau système pouvait être poursuivie. Au cours des dernières semaines, l'INAMI a dès lors entamé les

actions requises afin de procéder à l'implémentation de ce nouveau processus. Ainsi, un groupe de travail interne a entre autres été créé au sein du SCA, les membres ont été désignés, le rôle du groupe de travail a été défini et la méthodologie à suivre pour les travaux a été fixée. Ce groupe de travail assurera en permanence la coordination et le suivi de la préparation et de l'exécution de ce nouveau processus. L'élaboration des documents de travail requis est en cours (fiche de processus, analyse BIO avec description de processus, tableau de bord pour le suivi des travaux et une fiche par domaine).

Au cours des prochaines semaines et prochains mois, le Service du contrôle administratif poursuivra l'implémentation de ce projet, en préparant et coordonnant la concertation nécessaire pour la publication de l'AR. Comme 1<sup>er</sup> point d'action, une note sera soumise au Comité général de gestion du 25 février 2013 présentant le projet d'AR. Après discussion de cette note en Comité général de gestion, ce projet sera transmis à la Ministre et ensuite soumis au Conseil d'État.

Le suivi de l'exécution de ce projet sera présenté dans les prochains rapports annuel et semestriel. Ce projet est repris dans l'article 26 du projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015) et est intitulé « Opérationnalisation du nouveau système de responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration ».

Enfin, signalons aussi que pour l'exécution et l'implémentation ultérieure, il sera tenu compte des conclusions de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 24 mai 2012 concernant l'application de la Charte de l'assuré social (article 17) et des adaptations de la loi AMI qui en découlent.

- Actions-engagements 3, 4, 5 et 6 relatives aux systèmes de gestion des plaintes

Une analyse des systèmes de plaintes actuels au sein des OA et des mutualités a été effectuée et un rapport a été rédigé.

Les actions-engagements relatives à l'optimalisation et l'harmonisation des systèmes de gestion des plaintes sont reprises dans le processus n° 1. C'est pourquoi dans le rapport semestriel de 2011, l'INAMI a proposé de ne plus considérer les actions-engagements 4, 5 et 6 comme des actions-engagements séparées. Dans ledit rapport, il est notamment prévu de définir un certain nombre de normes minimales communes pour les systèmes de gestion des plaintes dans les OA. Un certain nombre d'indicateurs sont aussi proposés pour le suivi des systèmes de gestion des plaintes.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 45. Information aux dispensateurs de soins et communication externe émanant du SECM: Infobox**

### INTRODUCTION

Le présent objectif vise à informer 'à titre préventif' les dispensateurs de soins au niveau de l'organisation des soins de santé remboursés par l'assurance maladie dans le but de prévenir des infractions à la réglementation existante et d'affecter les moyens alloués conformément aux souhaits du législateur.

Il s'agit concrètement de l'établissement et de la diffusion d'informations simples et compréhensibles à l'attention des dispensateurs de soins, axées spécifiquement sur les missions du SECM. Sans devoir éplucher tous les textes de loi, le dispensateur de soins aura une meilleure vue de ce qu'il doit faire au niveau administratif et aura une réponse aux questions les plus essentielles. Cela signifie qu'il y aura moins d'infractions commises par méconnaissance, ce qui entraînera automatiquement une application plus uniforme des dispositions légales.

Les actions-engagements se rapportant à cet objectif sont les suivantes :

1. Création de 2 nouveaux Infobox. Dates limites : 31 décembre 2011, 31 décembre 2012 ;
2. Actualisation annuelle des brochures existantes. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012.

### BILAN DE L'ANNÉE 2012

En ce qui concerne le 1<sup>er</sup> engagement, la nouvelle brochure d'information, qui était prévue pour fin 2011, est l'**Infobox pour le dentiste**. Celui-ci aura du retard quant à sa publication (cf. causes internes). Cependant, une version draft est déjà disponible. Quelques précisions et informations supplémentaires seront encore ajoutées à la demande explicite des dispensateurs de soins. Une fois ces précisions intégrées et relues par les dispensateurs de soins (comité de lecture), un texte complet peut être attendu pour fin février 2013. La mise en page et la publication de cet Infobox sont donc prévues pour le mois de mars 2013.

Pour fin décembre 2012, un deuxième **Infobox général** était prévu mais il sera finalement publié avec retard. Cela s'explique par tous les retards engendrés par les autres Infobox. En effet, cet Infobox est lié aux autres brochures. L'Infobox général concerne toutes les autres catégories de dispensateurs de soins n'ayant pas encore un Infobox spécifique. Une 1<sup>re</sup> version a déjà été réalisée.

En ce qui concerne le 2<sup>e</sup> engagement, l'**Infobox pour le médecin spécialiste** (première édition en 2008) est réalisé - en retard - (versions FR et NL) le 19 février 2013. Les dernières évolutions de la réglementation, à partir du 27/12/12, sont intégrées dans l'infobox. En annexe un exemplaire est intégré.

La brochure d'information « **Le SECM : Missions et procédures** » a été entièrement revue (actualisation et nouveaux schémas des procédures). La publication a été réalisée en novembre 2012.

Sur le plan des ressources humaines, outre les deux départs en 2011 qui expliquent les retards susmentionnés (cf. rapport annuel 2011), le poste d'assistant administratif néerlandophone (niveau C) est toujours vacant. Les procédures de recrutement sont en stand by pour le moment. Il était aussi prévu d'engager un niveau B (en communication) mais cela n'est actuellement plus possible, pour des raisons de contraintes budgétaires.

## CONCLUSIONS & PERSPECTIVES POUR LES 3 PROCHAINES ANNÉES

Bien que les publications des différents Infobox aient subi plusieurs retards, du fait de causes internes (ressources humaines limitées et long processus de mise en page par la Cellule de communication) et externes (relectures dépendant d'un comité de lecture interne et externe) nous souhaitons ici souligner un réel travail de qualité, approuvé unanimement par les différents groupes cibles.

Dans les mois à venir, il est prévu une révision de tout le restant des Infobox, selon l'évolution de la réglementation. Une réflexion sera également faite en interne pour améliorer le processus de mise en page afin de permettre une réalisation et une adaptation plus aisée et plus rapide des Infobox.

Enfin, dans le cadre du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration 2013-2015, cet article sera suivi dans la partie consacrée aux engagements continus. Chaque année, un rapport sera fait sur les Infobox qui auront été révisés ou adaptés.

### Annexe 10:

- l'Infobox pour le médecin spécialiste.

## **ARTICLE 46. Implémentation de la législation européenne en matière de coordination**

### INTRODUCTION

Ce projet tend à contribuer à l'implémentation de la nouvelle législation européenne en matière de coordination, tant aux niveaux juridique-administratif et financier-administratif qu'au niveau de l'échange de données par voie électronique.

Les actions-engagements sont réparties entre le secteur des soins de santé et le secteur des indemnités :

Secteur de l'assurance soins de santé :

1. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridico-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination. Cette action-engagement a déjà été partiellement réalisée (cf. rapports semestriels et annuels précédents).
2. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. Date limite : 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel.

Secteur de l'assurance indemnités :

3. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination. Cette action-engagement avait déjà été entièrement réalisée (cf. rapports semestriels et annuels précédents).

4. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. Date limite : 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel.

## BILAN 2012

- Volet 1 : Traduction en circulaires de la nouvelle législation en matière de coordination

La nouvelle législation européenne en matière de coordination est entrée en vigueur le 1er mai 2010. Au sens strict, cela signifie que, selon les actions-engagements 1 et 3 et les dates limites y afférentes, les circulaires concernant l'interprétation juridico-administrative et le règlement au niveau financier-administratif devaient en principe être prêtes au 1er février 2010. Ce n'est pas le cas mais toutes les dispositions requises en matière de préparatifs ont néanmoins été prises par l'INAMI en collaboration avec les organismes assureurs (OA) afin de faciliter autant que possible l'entrée en vigueur. Nous estimons dès lors que les actions-engagements et les dates limites ont de fait été respectées.

Depuis la mi-2009, les services de l'INAMI concernés, le Service des soins de santé (SSS) et le Service des indemnités (SI) ont rédigé des documents préparatoires concernant l'entrée en vigueur et l'application de la nouvelle législation en matière de coordination. Une concertation a eu lieu très fréquemment avec les OA sur la base de ces documents. De cette manière, diverses parties de ces documents ont chaque fois pu être précisées en fonction des questions et problèmes soumis par les OA. Réponses et solutions ont ensuite pu être y apportées en collaboration avec l'INAMI.

Le résultat de cette approche « questions-problèmes et l'adaptation systématique des documents préparatoires du SSS et du SI se concrétiseront dans les circulaires prévues dans le cadre des actions-engagements 1 et 3.

En ce qui concerne le secteur des soins de santé, une circulaire relative au règlement financier-juridique (plan comptable) a entre-temps été rédigée, finalisée et diffusée parmi les OA au cours du deuxième trimestre 2010. En ce qui concerne l'interprétation juridico-administrative, les préparatifs sont encore en cours. La réglementation européenne est très complexe et certaines interprétations ne sont pas encore disponibles au niveau européen. En fonction de leur mise à disposition, et également des besoins des OA, des circulaires seront systématiquement établies. En octobre 2011, l'INAMI a établi une liste de thèmes approuvée par les OA. Par la suite, un groupe de travail mixte a été créé début 2012. Ce groupe de travail assistera l'INAMI au titre de comité de lecture pour la conversion de la réglementation européenne en circulaires utilisables sur le terrain. Au moment d'écrire le présent Rapport annuel 2012, ces circulaires sont toujours en cours de rédaction. Une première circulaire « Champ d'application de la législation » a bien progressé. Quelques modifications sont encore intervenues en 2012 concernant la Suisse, l'Islande, le Lichtenstein et la Norvège ; elles ont entre-temps été intégrées dans le projet de circulaire. Une deuxième circulaire « Séjour temporaire » a été élaborée mais doit encore être adaptée en fonction de la nouvelle Directive européenne 24 relative à l'assouplissement de certaines modalités de remboursement. Une troisième circulaire « Transfert de domicile » est en cours d'élaboration. Elle requiert au sein de l'INAMI une harmonisation de la définition de la notion de « domicile ». Au niveau européen également, un groupe de travail a été créé en vue de définir les notions de « domicile » et de « lieu de séjour » dans les règlements de coordination européens relatifs à la sécurité sociale; ce groupe de travail n'a pas encore formulé de conclusions.

En ce qui concerne le secteur des indemnités, une volumineuse circulaire générale a été préparée. Celle-ci a été transmise officiellement début août 2011 aux OA. Cette circulaire générale esquisse le cadre de la nouvelle législation ainsi que le traitement des demandes d'invalidité. En outre, et dans le prolongement de cette circulaire générale, (action-

engagement 3), toute une série de circulaires plus détaillées sont rédigées sur des thèmes spécifiques tels que, par exemple, la déclaration d'incapacité de travail, le contrôle médical d'incapacité de travail primaire et d'invalidité et sujets similaires. La circulaire relative à la déclaration d'incapacité de travail primaire a déjà fortement progressé mais une contre-proposition a pour l'heure été déposée sur la table et est en cours d'examen. Par ailleurs, une circulaire a également été rédigée au sujet de la jurisprudence de la Cour européenne de justice dans l'affaire Leyman. Cette circulaire a été diffusée en juin 2011. Une troisième circulaire concernant la déclaration de l'incapacité de travail a été finalisée et diffusée fin 2011. Toutes les circulaires juridico-administratives requises ont ainsi été élaborées. Cette action-engagement est donc entièrement réalisée pour le secteur des indemnités.

Il est évident que certains problèmes surgiront au niveau de l'application de la législation européenne en matière de coordination. Ces problèmes devront être analysés à un niveau supérieur, plus particulièrement au niveau de la commission administrative où la Commission européenne et les états membres sont représentés. Dans ce contexte, le SPF Sécurité sociale joue un important rôle de coordination pour le niveau belge.

- Volet 2 : Passage à l'échange de données par voie électronique

Comme mentionné dans la description du projet de l'article 46 du Contrat d'administration, la nouvelle législation en matière de coordination comporte non seulement un volet réglementaire mais aussi un volet en matière d'échange de données par voie électronique entre les états membres, en remplacement des flux papier actuels. Initialement, il avait été prévu au niveau européen que ces flux électroniques seraient mis en route en mai 2012. Pendant une phase transitoire de deux années, les flux électroniques et papier auraient continué à coexister. En raison du retard encouru et compte tenu du logiciel défectueux livré par la firme qui soutient la Commission européenne dans la préparation des flux électroniques, la date initialement fixée au mois de mai 2012 ne pourra pas être respectée. Dans le courant du second semestre 2011, il a été décidé, au niveau européen, d'étendre d'ores et déjà la période transitoire au 1er mai 2014. Fin 2012, il s'est également avéré que ce nouveau calendrier ne pourrait non plus être respecté ; une nouvelle date limite pour la période transitoire est attendue pour mi-2013.

La préparation du passage vers les flux électroniques comporte, dans une première phase, le développement des documents électroniques au niveau de la Commission européenne. Une concertation aura ensuite lieu avec les États membres au sujet de ces projets de documents électroniques. En Belgique, une concertation a également lieu à ce sujet entre la BCSS – qui coordonne le volet électronique et développera les programmes de base -, l'INAMI et les OA. Le Service des soins de santé ainsi que le Service des indemnités de l'INAMI devront en outre constituer une documentation à partir de cette concertation, documentation qui devrait aboutir à terme à l'établissement de circulaires (actions-engagements 2 et 4).

Mi-2012, il avait été décidé au niveau européen de prolonger la période de réflexion sur les SED (Structured electronic documents) jusque fin 2012 pour que la Commission prenne ensuite une décision. Cette période de réflexion avait pour objectif de vérifier les conditions, d'en établir les priorités, de décider de l'option technique à implémenter et de concevoir un plan de projet solide concernant la livraison de la solution convenue. Fin novembre 2012, on a conclu qu'il fallait davantage de temps pour atteindre les objectifs cités. Le nouveau calendrier prévoit l'élaboration d'une feuille de route pour le mois de juin 2013 à laquelle sera également subordonnée une décision concernant la période de transition (cf. supra). Le manque de clarté ne facilite pas la préparation du passage aux documents et flux électroniques. En ce qui concerne l'INAMI, des analyses business ont été réalisées tant pour le secteur des soins de santé que pour le secteur des indemnités. Ces analyses ont également été intégrées dans une analyse business globale. Celle-ci sera corrigée en fonction des modifications apportées au niveau européen, après quoi des corrections détaillées pourront être apportées de manière

systématique. Ces analyses business servent de base aux discussions menées avec les OA en vue de la programmation.

### PERSPECTIVES 2013

- Poursuite des activités

Les activités relatives à l'élaboration de circulaires et à la préparation du passage aux flux électroniques seront poursuivies.

En ce qui concerne la préparation des flux électroniques, les analyses business seront, dès que possible et si nécessaire, mises à jour et affinées en fonction des précisions apportées au niveau européen. La concertation structurelle requise avec les OA est également prévue. Une condition connexe importante sera ensuite de trouver et libérer les moyens ICT nécessaires à l'INAMI et dans les OA pour la réalisation des nouveaux flux électroniques.

- Contrat d'administration 2013-2015

Ce projet ne figure plus dans le Contrat d'administration 2013-2015. Pour la rédaction du présent rapport annuel 2012, les options qui seront prises au niveau européen ne sont pas claires et on ignore quel sera le calendrier. Il est néanmoins important de souligner que l'instauration des nouveaux SED et des flux connexes nécessitera un important investissement en termes de moyens, notamment au niveau de l'ICT mais aussi au niveau du business (par exemple : circulaires).

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 47. Observatoire de la mobilité des patients**

### INTRODUCTION

Le projet a pour objectif de préparer la création de l'Observatoire de la mobilité des patients, tant sur le plan juridique que sur les plans organisationnel et administratif.

L'action-engagement initiale était la suivante :

1. Élaboration d'un projet d'arrêté royal portant exécution de la loi du 4 juin 2007 relative à la promotion de la mobilité des patients. Date limite : 30 juin 2010.

Moyennant l'accord du commissaire du gouvernement et de la Cellule stratégique du ministre des Affaires sociales, il a été convenu, mi-2010, de reformuler l'action-engagement dans le rapport semestriel sur le Contrat d'administration, un projet d'arrêté royal n'étant pas requis pour démarrer l'Observatoire de la mobilité des patients.

Action-engagement remplaçant l'ancienne action-engagement :

1. Prendre une initiative au niveau de la composition de l'Observatoire de la mobilité des patients. Date limite : pour le 30 juin 2010. Cette action-engagement a été réalisée dans le délai fixé.

### BILAN 2012

Comme mentionné dans de précédents rapports, l'Observatoire a été créé sous la tutelle commune du SPF Santé publique et de l'INAMI qui assurent également le secrétariat et le support administratif et formel de l'Observatoire.



Une première réunion a eu lieu en septembre 2011. Une note globale, rédigée par l'INAMI et le SPF SPSCAE, y a été discutée. Les membres y ont fait l'inventaire des informations disponibles et non disponibles à ce jour et y ont identifié les informations nécessaires à la réalisation des missions de l'Observatoire. Une feuille de route a été établie pour réaliser les actions nécessaires.

L'Observatoire devrait se réunir deux fois par an, une fois au printemps et une seconde fois à l'automne.

Depuis la création de l'Observatoire, diverses actions ont été lancées, auxquelles l'INAMI a participé. Il s'agit par exemple :

- du développement d'un flux entre les hôpitaux et le SPF Santé publique afin d'avoir une vue sur les patients étrangers, admis dans les hôpitaux belges, qui sortent du circuit INAMI ;
- d'un groupe de travail créé dans le but de développer entre autres une méthodologie permettant de mesurer les délais d'attente ;
- de l'analyse des contrats de soins conclus entre hôpitaux et assureurs étrangers ;
- etc.

### PERSPECTIVES 2013

L'encadrement de l'Observatoire est devenu une mission permanente et ne figure plus comme projet dans le projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration 2013-2015.

Annexe: Aucune.

## **ARTICLE 48. COOPAMI – Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable.**

### INTRODUCTION

Comme déjà stipulé dans l'avenant au deuxième Contrat d'administration, ce projet vise à contribuer à la mise en place ou à l'amélioration d'un système d'assurance soins de santé dans les pays en voie de développement par l'échange de connaissances et d'expériences spécifiques acquises à l'INAMI en matière d'assurance soins de santé.

En 2010, une Cellule Expertise et Coopami a été créée. Ce service de staff relève de la Direction générale. L'article 48 sera désormais géré par cette Cellule.

Ces dernières années, le projet COOPAMI s'est bien développé et a réalisé plusieurs actions (cf. [www.coopami.be](http://www.coopami.be)). COOPAMI est désormais une structure administrative bien établie. En termes d'actions, citons par exemple la création d'une plateforme de coopération, l'organisation de modules de formation, des missions d'expertise à l'étranger etc.

Dans le cadre du Contrat d'administration, les actions-engagements sont les suivantes :

1. Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français. Dates limites : 31 mars 2010, 2011, 2012. Cette action-engagement a été réalisée pour 2010, 2011 et 2012.
2. Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence. Date limite : 31 décembre 2010. L'action-engagement a été réalisée.

3. Mener une recherche opérationnelle préalable à la mise en place d'une assurance soins de santé dans au moins un pays. Date limite : 31 décembre 2012. L'action-engagement a été réalisée.
4. Démarrer un projet développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays. Date limite : 31 décembre 2012. L'action-engagement a été réalisée.

Notons que le scope est bien plus large que les actions-engagements décrites ci-dessus.

### BILAN DE L'ANNÉE 2012 ET PERSPECTIVES FUTURES

- Engagement 1: *Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français. Date limite : 31 mars 2012*

Cette action-engagement est réalisée. Plusieurs formations ont eu lieu en 2010, 2011 et 2012. En décembre 2011, une formation « Financement et gestion des systèmes d'assurance maladie », a été organisée pour 20 stagiaires au Sénégal ; elle a été financée par l'Ambassade de Belgique à Dakar et mise en place par la Coopération Technique Belge (CTB). Vu son succès, une seconde édition a été réalisée en mai 2012. Une formation orientée en construction de stratégie en développement de système de protection sociale en santé a également été réalisée au Niger en juillet 2012 ; celle-ci a été demandée et financée par la Coopération Technique Belge (CTB).

Cette orientation de décentralisation des formations, COOPAMI entend la développer dans les prochaines années, les pays étant de plus en plus demandeurs. Une formation dérivée de la formation COOPAMI en Belgique est organisée du 28/01/2013 au 04/02/2013 en République Démocratique du Congo ; elle a été demandée par la partie congolaise et est financée par la Coopération Technique Belge (CTB).

Le rapport de ces formations se trouvent sur le site web de COOPAMI : [www.coopami.org](http://www.coopami.org)

La formation sur « La gestion de la sécurité sociale – orientation santé », organisée à Bruxelles en septembre-octobre 2012 a été suivie par 17 ressortissants africains.

- Engagement 2 : *Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence. Date limite : 31 décembre 2010.*

Cette action-engagement est réalisée. Le « coaching » d'équipes dans les pays se poursuit et des visioconférences sont régulièrement mises en place.

- Engagement 3 & 4: *Mener une recherche opérationnelle préalable à la mise en place d'une assurance soins de santé dans au moins un pays et démarrer un projet développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays. Dates limites : 31 décembre 2012.*

Côte d'Ivoire (engagement 3) : COOPAMI s'est rendue en Côte d'Ivoire en août 2012 afin d'exécuter une enquête de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé des artisans garagistes à Abidjan. Rapport final [PHASE 1 (octobre 2012) – PHASE 2 (février 2013)]

Niger (engagement 3) : COOPAMI s'est rendue au Niger en décembre 2012 afin d'exécuter une enquête de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé communale à Falmei. Le rapport final est attendu pour février 2013.

Niger (engagement 4) : COOPAMI s'est rendue en Niger en juillet 2012 pour une mission de formation financée par la Coopération Technique Belge (CTB). La « Formation sur le développement de l'assurance maladie universelle au Niger » était destinée à des cadres du

Niger et du Bénin et organisée à Niamey. Le rapport de cette formation et d'autres informations de contenu se trouvent sur le site web de COOPAMI :

[http://www.coopami.org/fr/countries/countries\\_partners/niger/projects/2012/index.htm](http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/niger/projects/2012/index.htm)

Mauritanie : L'engagement 4 se concrétise également en Mauritanie où la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), sous l'impulsion de COOPAMI, se professionnalise notamment dans sa gestion financière (coaching permanent), et accroît progressivement le taux de couverture de la population. Une extension au secteur privé et aux professions libérales a été réalisée début novembre 2011. Notons aussi que le 1<sup>er</sup> rapport actuariel depuis la création en 2007 de la CNAM en Mauritanie est sorti en mai 2012 et ce, grâce à l'accompagnement continu de COOPAMI depuis plus d'un an ; ceci a permis également une amélioration des prévisions budgétaires et la rédaction d'un note d'orientation politique. COOPAMI se rendra, à la demande de la CNAM, à une réunion extraordinaire de son Conseil d'Administration en février 2013 afin de valider ces avancées.

▪ Nouveaux accords de collaboration :

COOPAMI a signé de nouveaux accords de collaboration :

- Maroc, avec la Caisse Nationale des Organismes de Protection Sociale (CNOPS) ;
- Mauritanie, avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ;
- Belgique, avec la Coopération Technique belge (CTB), accord structurel pour tous pays (31/8/12) ;
- République Démocratique du Congo, avec le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale (Novembre 2012) ;
- Corée du Sud, avec le National Health Insurance Corporation (NHIC) (09/11/12) ;
- Thaïlande, avec le National Health Security Office (NHSO) 13/11/12).

Annexe : aucune.

<b>ARTICLE 49. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international</b>
---

INTRODUCTION

Le projet a pour objectif d'améliorer les demandes de pension d'invalidité dans le cadre international, tant au niveau du processus que de l'informatisation.

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Mise en production des modules 1, 2, 4 et 5. Date limite : 30 juin 2011.

Il s'agit, de fait, de la mise en production totale de l'application informatique qui comprend 6 modules intégrés permettant d'informatiser l'ensemble du processus d'entreprise ainsi que toutes les activités de la section :

- Module 1 : Module de gestion du courrier entrant
- Module 2 : Module de gestion des dossiers sortants
- Module 3 : Module de gestion des demandes de pension d'invalidité (en cours)
- Module 4 : Module de gestion des décisions
- Module 5 : Module de gestion de la comptabilité générale
- Module 6 : Module de gestion des statistiques et des tableaux de bord (déjà prévu dans l'Avenant 2009 ; date limite : 30.6.2010 ; non encore réalisé).

## BILAN 2012

Des rapports antérieurs ont déjà fait état du retard encouru par le projet. Le Service des indemnités (SI) a effectué une analyse détaillée des processus et des besoins ICT en ce qui concerne les 6 modules visés, mais le développement à proprement parler posait problème au niveau informatique. La date limite de mise en production du module 6 (module statistique), prévue à l'article N4 de l'Avenant - à savoir le 30 juin 2009 - n'a pas été respectée. Il a en outre été choisi de développer d'abord le module 3 (module relatifs aux calculs).

Les tests et les validations des fonctionnalités développées ont été poursuivis au cours du second semestre 2012 en collaboration avec le business et le Service ICT. Au moment de rédiger le présent Rapport annuel, plusieurs tests sont encore en cours d'exécution. Ces tests visent à contrôler, pour divers scénarios de calcul de la pension d'invalidité, si le module développé produit les résultats exacts. Il s'agit d'une activité intensive vu la complexité des règles informatisées. Chaque erreur doit être corrigée, ce qui nécessite une reprogrammation. La capacité disponible du côté du client ICT est aussi limitée du fait également des défis parallèles à réaliser au niveau du développement de l'application eDID/IDES.

L'INAMI reconnaît le retard important du projet; l'Institut a préféré de focaliser les collaborateurs et les moyens ICT sur des projets plus stratégiques du Contrat d'administration, comme le développement de connaissances en ce qui concerne l'incapacité de travail, et le projet IDES. Pour info : en 2012, 2802 nouvelles demandes de pensions d'invalidité ont été enregistrées (1950 assurés belges et 852 assurés étrangers). Il s'agit de dépenses de 620.000 euro (travailleurs et indépendants). Ca concerne donc un processus plutôt 'petit'.

## PERSPECTIVES 2013

- Mise en production du module 3

Au cours du premier semestre 2013, les tests concernant le module de calcul se poursuivront afin de les clôturer. L'application pourra ensuite entrer en production. Un aperçu de la situation sera présenté dans le prochain rapport relatif au (nouveau) Contrat d'administration.

- Contrat d'administration 2013-2015

Ce projet ne figure plus séparément dans l'avant-projet de Contrat d'administration 2013-2015. Soulignons cependant qu'un projet est prévu en vue du développement d'une application globale pour la gestion des dossiers au sein du Service des indemnités (IDES). Les divers modules IPR concernant les pensions d'invalidité internationales seront également intégrés dans cette application globale.

Annexe: Aucune.

## **Article 50.1. Management de processus : le BPM en tant que point de référence du contrôle interne**

Au cours des années précédentes, l'INAMI a choisi d'ancrer fondamentalement le BPM (Business Process Management) dans les différents services dans le but de réaliser les objectifs stratégiques et opérationnels d'une manière efficiente et effective. Quand on connaît bien les processus, les autres éléments de maîtrise de l'organisation tels, entre autres, la maîtrise des risques, la définition des indicateurs, l'informatisation d'un processus,...peuvent être correctement abordés.

Pour les réalisations du trajet BPM de 2006 à 2009, nous renvoyons volontiers au texte de base du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration. Jusqu'à présent, quelque 100 personnes ont suivi une formation BPM (formation de base, coaching individuel inclus). Le développement concret d'analyses BIO concernant des processus spécifiques au sein des services opérationnels s'est poursuivi au cours de ces dernières années.

Un modèle organisationnel a été développé en 2011 en vue de renforcer la capacité d'analyse au sein de l'INAMI avec l'aide d'analystes business externes. Ces analystes externes travaillent en complémentarité avec les analystes internes. Un encadrement spécifique de ces analystes externes est prévu afin de les coacher au quotidien dans les domaines de la programmation, du contenu, de la méthodologie et du coaching journalier.

Le développement de la carte des macro-processus est encore en cours. La carte des macro-processus identifie les grands domaines de processus de l'INAMI. Ces domaines de processus regroupent des processus individuels semblables. L'objectif est d'arriver à une approche intégrée de l'amélioration des processus, de la gestion des risques et de la mesure des performances. Il s'agit d'un exercice complexe et intensif. En 2009, une première version du regroupement des macro-processus de l'INAMI a été réalisée. Ce regroupement permet de fixer un contrôle interne au niveau d'un domaine de processus, d'un macro-processus, d'un processus individuel, d'un sous-processus et d'une activité. Il permet aussi de définir les blocs de processus génériques et d'exécuter les autres parties gestionnelles d'une manière plus efficiente (développements ICT, définition des indicateurs, attention à la qualité, détermination des besoins des RH,...). Ce n'est qu'à la fin de l'année 2011 que le projet a repris. Au cours du premier semestre 2012, nous notons cependant le départ d'un agent de la Cellule Communication si bien qu'en 2012, les progrès réalisés au niveau de ce projet sont minimes. Un nouvel attaché entrera en service au sein de la Cellule de modernisation en février 2013. L'objectif sera par conséquent de terminer la carte des macro-processus au cours de la période 2013-2014 et de passer au regroupement des processus final. Un inventaire de toutes les descriptions de processus disponibles sera également dressé.

Depuis 2011, l'INAMI participe également aux activités du réseau BPM de la Vlerick Management School. En tant que membre, l'INAMI peut ainsi emmagasiner de l'expertise et continuer à développer le programme BPM de manière professionnelle. En 2012, l'INAMI a participé à un groupe d'experts de la Vlerick management School. Cela nous a permis de comprendre la maturité de l'INAMI en matière de BPM mais aussi de distinguer les forces et les faiblesses afin de pouvoir concevoir un plan d'action pour un déploiement ultérieur.

Outre le développement d'une carte des macro-processus, il faudra continuer à investir dans l'affinement de la méthodologie. Pensons e.a. aux templates servant aux analyses BIO qui seraient davantage professionnalisés, à un soutien interne plus intensif de cette méthodologie émanant du niveau central (Cellule de modernisation),.... L'objectif est également de poursuivre l'analyse des besoins d'un nouvel outil ICT en matière de modélisation de processus.

Le suivi de l'exécution de ce projet fera l'objet d'un compte rendu dans les prochains rapports semestriels et annuels. Ce projet figure à l'article 30 du projet de 4<sup>e</sup> Contrat d'administration (2013-2015) « Renforcement de l'analyse des processus et l'efficacité dans les processus » – Partie « Business Process Management ».

Annexe: Aucune.

## **Article 50.2. Mesure des performances**

L'initialisation de l'évaluation des performances à l'INAMI remonte à 2002. Le processus de suivi mis en place dans le cadre de l'exécution du premier Contrat d'administration – et les rapports internes et externes y afférents – est appuyé par des tableaux de bord.

En 2010, plusieurs des tableaux de bord du Contrat d'administration avaient fait l'objet d'une révision et avaient, le cas échéant, été adaptés. En 2011, le tableau de bord relatif aux données flowdos a été réajusté, de même que le tableau de bord relatif au code-barres unique. Une correction régulière des tableaux de bord est nécessaire afin que les tableaux et les indicateurs utilisés demeurent suffisamment pertinents.

En 2009, une Balanced Scorecard<sup>3</sup> (BSC) a été conçue pour les RH. Des facteurs de réussite ont été déterminés pour 4 domaines (finances et planning (F), processus internes du Service des RH (P), agents et services opérationnels comme clients des RH (C), innovation, compétence et formation (I)). Pour ces facteurs de réussite, des indicateurs de performance critiques ont été déterminés (KPI). Ces indicateurs feront l'objet de rapports périodiques au Comité de direction.

Entre-temps, de nouveaux tableaux de bord et indicateurs ont été préparés fin 2012. Ainsi, des réunions préparatoires ont été organisées au sujet du développement d'indicateurs relatifs à l'intervention majorée. Ces travaux seront poursuivis en 2013.

Comme annoncé dans des rapports précédents, il conviendra au cours des prochaines années de poursuivre la réflexion sur le développement d'une scorecard intégrée pour le Comité de direction (avec KPI au niveau de l'INAMI) ainsi que sur d'éventuels indicateurs d'efficacité permettant d'avoir un aperçu du rapport entre les inputs (moyens utilisés tels que les coûts liés aux collaborateurs, heures de travail, journée/homme,...) et les outputs réalisés (nombre de prestations, nombre de produits, services prestés,...de manière qualitative et selon un calendrier à respecter). Un meilleur rendement entraîne une diminution du coût des outputs. Voir également le texte sur la comptabilité analytique (article 50.5).

Annexe: Aucune.

## **Article 50.3. Maîtrise des risques**

Dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012, l'INAMI s'est engagé à entreprendre des démarches pour renforcer la maîtrise des risques à l'INAMI et à en rendre compte dans les rapports annuels.

<sup>3</sup> La BSC est un tableau de bord qui peut être intégré dans l'organisation globale ou partielle (par exemple la GRH). Ce tableau de bord consiste concrètement en un set de mesures procurant au management une vision et une idée rapides et globales de l'organisation. Le management peut l'utiliser pour implémenter, mesurer, communiquer et rectifier. En d'autres termes, la BSC permet de diriger « de façon intégrée ».

Premièrement, dans le cadre du présent Rapport annuel 2012, nous souhaitons faire référence au projet « Safe Info » (cf. rapport concernant l'article 50.9.). Ce projet a démarré à l'INAMI fin 2010. Il permet d'identifier et d'évaluer, dans les différents processus, les risques et les mesures de maîtrise en matière de sécurité de l'information, notamment en matière de confidentialité, d'intégrité et de disponibilité. Ce projet constitue bien sûr une importante impulsion de prise de conscience de risques au sein de l'INAMI, tant au sein de la Direction générale que parmi les managers de ligne et le personnel dans son ensemble. Toutes les analyses de risques ont été finalisées en 2012. Des options de traitement de ces risques ont été fixées sur la base de ces analyses de risques et des actions ont déjà été formulées. L'intégration de ces actions dans un plan intégré définissant des priorités et des responsabilités claires ainsi que l'exécution de ce plan occupent une place centrale pour 2013. Il est également prévu de concevoir un modèle organisationnel pour ancrer structurellement dans l'organisation la gestion des risques en matière de sécurité de l'information, également en vue de la certification ISO27001.

Deuxièmement, nous faisons référence au démarrage du Service d'audit interne en novembre 2012. Ce Service jouera un rôle important au niveau du développement et de l'évaluation de la gestion des risques au sein de l'organisation (cf. article 50.4.). En ce qui concerne le développement de ce Service, des engagements ont également été pris dans le Contrat d'administration 2013-2015.

Annexe: Aucune.

#### **Article 50.4. Audit interne**

Dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012, l'INAMI s'est engagé à entreprendre les démarches nécessaires en vue de professionnaliser et de valoriser la fonction d'audit interne et d'en faire rapport dans les rapports annuels. Les actions suivantes ont entre autres été listées :

- exécuter la note existante concernant la vision adoptée en matière de développement de la fonction d'audit interne à l'INAMI, entre autres en établissant une charte d'audit définissant les missions, les types d'audit, les méthodes et techniques, les modalités de rapport, le code de conduite des auditeurs internes ainsi que la relation entre la fonction d'audit interne et les autres acteurs, en particulier les autres acteurs de surveillance (commissaire de gouvernement, réviseurs, Cour des comptes,...) ;
- établir un premier plan d'audit, notamment sur la base d'une analyse de risques ;
- développer des connaissances et compétences en matière d'audit interne ;
- contribuer au développement d'une approche commune de l'audit interne dans les Institutions publiques de sécurité sociale.

Dans le cadre de ce rapport annuel, nous tenons plus particulièrement à faire référence au groupe de travail « Audit interne » créé au sein du Collège des IPSS au printemps 2010. Ce groupe de travail avait pour mission d'examiner les possibilités de synergie, de collaboration et de coordination dans le cadre du développement de la fonction d'audit interne. Le groupe de travail est composé des administrateurs généraux (et/ou leur adjoint) de l'ONAFST (jusqu'en juillet 2011), de la BCSS, du FMP, de l'ONEM, et du CAPAC, et est soutenu sur le contenu par le chef de projet « Audit interne » de l'INAMI.

Les actions importantes au niveau du Collège des IPSS en 2012 étaient les suivantes :

- discussion et approbation des projets de chartes au niveau de la Direction générale et du Comité de gestion de chaque IPSS ;
- lancement d'une procédure de sélection commune d'auditeurs internes à laquelle l'ONEM, l'ONSSAPL et l'INASTI ont participé ;

- lancement, en septembre 2012, du réseau PLATINA axé sur l'échange de connaissances et d'expériences entre les services d'audit interne des 16 IPSS. Ce réseau est coordonné par la personne responsable de l'audit interne à l'INAMI ;
- présentation des évolutions au niveau du Collège des IPSS à différentes institutions dont la Cour des comptes, le Comité d'audit de l'Administration fédérale, le monde académique, etc.

En 2013, les travaux du Collège des IPSS seront poursuivis. Il faut notamment encore prendre une décision définitive concernant le positionnement et la composition des Comités d'audit au sein des IPSS.

En ce qui concerne l'INAMI, le Service d'audit interne a effectivement démarré en novembre 2012. Actuellement, le Service se compose d'un seul collaborateur mais le Plan du personnel 2012 prévoit le recrutement d'un attaché supplémentaire. Étant donné que la procédure du marché interne n'a attiré aucun candidat, une nouvelle procédure devra être lancée en 2013.

Le Service a immédiatement entamé ses activités par l'exécution d'une première mission d'audit concernant le système de gestion de la sécurité de l'information. Au cours de la seconde moitié du mois de février 2013, le rapport d'audit final a été soumis au Conseil de direction qui assume le rôle de Comité de la sécurité de l'information. En attendant la création d'un Comité d'audit, une synthèse du rapport sera également transmise au Comité général de gestion.

Dans le Contrat d'administration 2013-2015 figurent tant des engagements communs aux IPSS que des engagements spécifiques à l'INAMI. En ce qui concerne l'INAMI, un Plan d'audit 2013-2015 sera notamment élaboré au cours du premier semestre 2013. Il est également prévu de rédiger un rapport annuel des principales activités, des principaux résultats et des principales évolutions en matière d'audit interne. Au terme de la période couverte par le nouveau Contrat d'administration, une évaluation des trois premières années de la fonction d'audit interne sera effectuée.

Les dispositions communes aux IPSS dans le cadre du nouveau Contrat d'administration sont axées sur la finalisation de la réglementation relative aux Comités d'audit au sein des IPSS, sur la création effective de fonctions d'audit interne au sein des institutions où ces fonctions n'existent pas encore, sur la réunion fréquente du réseau PLATINA et sur un rapport annuel concernant les évolutions en matière d'audit interne au niveau des IPSS.

Annexe: Aucune

## **Article 50.5. Comptabilité analytique**

Dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012, l'INAMI a proposé un seul projet concret en matière de comptabilité analytique. L'INAMI entend réaliser des progrès à ce sujet durant la période du Contrat d'administration et en faire rapport annuellement dans le cadre du Contrat d'administration.

- Comptabilité analytique : troisième dimension

Ces dernières années, l'INAMI a pris des initiatives afin d'optimiser la première dimension (nature des charges) et la deuxième dimension (centres de frais) de la comptabilité analytique. Grâce à ces initiatives, la consistance analytique des rapports financiers a été renforcée et, logiquement, la qualité de ces derniers au sein de l'INAMI a été améliorée.



L'INAMI souhaite également réaliser la troisième dimension de la comptabilité analytique. Ceci signifie que l'INAMI serait capable de calculer le coût jusqu'au niveau de l'activité. Il s'agit essentiellement du calcul du coût d'un processus donné, mais aussi du coût d'un projet.

Dans le cadre d'une collaboration entre la Direction Finances et la Cellule de modernisation de l'INAMI, deux activités pilotes en lien avec le Contrat d'administration ont été sélectionnées en 2010. Une méthode de calcul permettant de connaître le coût de ses activités sera testée.

Il s'agit :

- du calcul du coût du développement du module de gestion (module 3). Ce calcul figure comme action-engagement dans l'article 49 du Contrat d'administration. Il s'agit d'un projet ayant un impact tant sur l'entreprise (business) que sur l'ICT ;
- du calcul du coût de l'élaboration de l'Infobox à l'attention des dispensateurs de soins. Ce calcul figure comme action-engagement dans l'article 45 du Contrat d'administration. Il s'agit d'un projet n'ayant pas d'incidence sur l'ICT.

La méthode suivante a été proposée dans le cadre de la réalisation de ces projets pilotes relatifs au calcul des coûts :

- inventaire et analyse des activités en vue de réaliser l'action-engagement ;
- détermination des volumes de travail engendré par ces activités ;
- couplage des volumes de travail aux profils du personnel (ex. niveau, ancienneté, etc.) ;
- calcul du coût des activités en multipliant les volumes de travail par les profils du personnel qui effectue le travail.

Trois réunions ont été organisées en 2011 avec la Direction Finances, la Cellule de modernisation et les deux chefs de projet. Au cours de la dernière réunion, il est apparu difficile, dans cette phase pilote, de réaliser les deux projets en même temps vu le temps nécessaire pour calculer les coûts du personnel associé aux projets. C'est la raison pour laquelle il a été choisi de se focaliser sur le projet pilote de l'article 49 du Contrat d'administration.

Le projet pilote concernant la troisième dimension est actuellement gelé du fait que certaines données doivent être davantage affinées par les responsables business concernés mais aussi en raison d'un manque de capacité en personnel au sein de la Direction Finances et du fait qu'il existe en outre de nombreux autres projets (FAM, financement des organisations professionnelles, etc.). Par ailleurs, l'INAMI estime que l'ambition de développer la comptabilité analytique en vue de mesurer le coût des principales activités de base ainsi que du développement et de l'entretien de projets est très élevée. Cela implique la réalisation d'une comptabilité ABC pour laquelle ni les ressources humaines ni les compétences techniques sont présentes. Le soutien nécessaire du Service public fédéral Budget et Contrôle de la gestion et d'éventuelles synergies au niveau des IPSS sont souhaitables.

Dans le cadre du nouveau Contrat d'administration, les dispositions communes prévoient, pour toutes les IPSS, que chaque institution doit mettre à profit la période couverte par ce Contrat pour poursuivre et approfondir le développement de leur système de comptabilité analytique. Les Institutions publiques de sécurité sociale organiseront à cet effet un réseau de contact et d'échange de méthodologies et de techniques concernant les matières précitées. Le SPF Budget et Contrôle de la gestion y apportera son soutien.

Annexe: Aucune

## Article 50.6. Management de projet

Le management de projet est nécessaire pour pouvoir réaliser avec succès les projets au sein de l'INAMI. Travailler efficacement sur des projets nécessite un management de projet sérieux dont le planning, l'implémentation et le suivi sont les fondements. Un projet n'est couronné d'un succès que si les éléments suivants ont été bien suivis, à savoir le scope, le délai, les moyens, la qualité et l'organisation. Une méthodologie du management de projet permet de suivre ces points d'une façon professionnelle.

Comme indiqué dans le texte de base du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration, l'INAMI a prévu l'organisation et les méthodes nécessaires à la planification, à l'exécution et au suivi des projets. Il est essentiel à cet effet de rédiger une fiche décrivant le projet sous différents angles. Outre ces fiches, il est également prévu de désigner, par objectif, des responsables ou des chefs de projets.

En 2009, l'INAMI a lancé le projet PMC (Project Management Culture) afin de poursuivre la professionnalisation de la méthodologie du pilotage, du management et de la coordination de projet, intégrés. L'approche méthodologique du management de projet se fait sous la coordination de la plate-forme SSG où siègent tous les coordinateurs SSG décentralisés et où la cellule de modernisation centralisée joue le rôle de pilote.

Voici quelques réalisations dans le cadre du projet PMC pour ce qui concerne l'année 2012 et les perspectives pour 2013 :

- Le groupe de travail PLC a défini les différentes phases d'un projet, c'est-à-dire le cycle de vie d'un projet (en fonction ou non du type de projet) : de l'initiation, en passant par la définition du scope, jusqu'à l'exécution, l'évaluation et la clôture du projet. Ce cycle de vie standardisé d'un projet a été testé positivement en 2012 au sein d'un service opérationnel. À cet effet, des formations et des workshops ont été organisés à l'intention des chefs de projet du service pilote (le Service du contrôle administratif). L'extension aux autres services est en cours de préparation.
- En ce qui concerne la documentation des projets, quelques améliorations ont encore été apportées en 2011 au template de la fiche de projet. Ce template a été utilisé en 2012 dans le cadre du trajet pilote (voir ci-dessus).
- Un outil spécifique pour une identification de projet unique et une liste de projets a été finalisé. Il permettra d'établir efficacement des aperçus de tous les projets de l'INAMI et de faire un rapport intégré au niveau de l'INAMI. Cet outil a été testé en 2012. En 2013, tous les projets du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration et du Plan opérationnel 2013-2015 y seront intégrés.
- Un exercice de réflexion est en cours pour savoir comment renforcer la maturité de la fonction de PMO. Des ateliers ont été organisés à ce sujet en 2011. En 2012, un rapport final a été rédigé ainsi que l'amorce d'un futur plan d'action.
- La Cellule de modernisation a entamé une analyse de tous les documents de rapport utilisés afin de procéder à une harmonisation des rapports et des tableaux.
- Entre-temps, le système de suivi des projets est poursuivi, tant au sein des services (Business Steering Group) qu'au niveau de l'INAMI (Comité de direction). Des BSG sont actuellement opérationnels dans tous les services et les projets font l'objet d'un suivi systématique.

Annexe: Aucune

## Article 50.7. La gestion des plaintes

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, un système de gestion des plaintes a été implémenté à l'INAMI. Toute personne ou organisation directement en contact avec les services de l'INAMI peut introduire une plainte. Seules les plaintes relatives au fonctionnement de l'INAMI et à la qualité de ses services seront traitées (défaut d'information ou de réaction d'un service dans le traitement d'un dossier, problème en matière de paiement effectué par l'INAMI, erreur dans une application informatique interactive via le site web de l'Institut, communication insuffisante ou peu claire, comportement d'un collaborateur de l'INAMI,...). Un formulaire de plainte en ligne est disponible sur le site web de l'INAMI depuis octobre 2009, facilitant le dépôt, l'enregistrement, le traitement et le suivi des plaintes.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, un tableau de bord contenant plusieurs indicateurs permet de suivre le traitement des plaintes. Ce tableau de bord est mis à jour tous les trimestres. Pour l'année 2012, nous notons 33 plaintes sur un total de 156 lettres. Comme chaque année, la majeure partie des lettres reçues (presque 2/3) sont des demandes d'informations. En 2012, les délais moyens de réception et les délais moyens de traitement des plaintes étaient respectivement d'1 jour civil et de 20 jours civils, les valeurs cibles étant respectivement de 10 jours civils et de 45 jours civils.

Nous renvoyons également à l'article 44 dans le cadre duquel, en 2010, une analyse des systèmes de plaintes actuels au sein des OA et des mutualités a été effectuée. Un certain nombre de normes minimales communes pour les systèmes de gestion des plaintes au sein des OA et un certain nombre d'indicateurs pour le suivi de ces systèmes sont en outre prévus dans le rapport relatif aux propositions de réforme du système de responsabilisation.

Annexe: Aucune

## Article 50.8. GRH

Tout comme en 2010 et 2011 (voir le rapport précédent), de nombreuses initiatives RH ont également été prises en 2012. Nous donnons ci-après un aperçu des réalisations au cours des mois précédents et nous faisons le lien avec les plans pour les 12 mois à venir.

Sur le plan des formations, en 2010, un trajet (« connect ») a été développé. Il vise spécifiquement le développement du leadership. Ce trajet tend à soutenir les dirigeants dans le développement d'un style de direction tenant compte de la personne et explorera les compétences et les qualités nécessaires à cet effet. Un partenaire externe a été désigné pour ce trajet. La première phase est terminée en 2011 et visait le management stratégique (membres du Conseil de direction), vu le rôle d'exemple qu'ils jouent dans l'organisation. Après avoir reçu une évaluation positive, cette phase a conduit à 1 extension du trajet aux membres du Conseil de direction élargi (niveau A3) durant la 2<sup>e</sup> moitié de 2011. Un exercice de fixation de priorités a été mis en œuvre en 2012, dans le cadre du trajet Connect, afin d'élaborer un nouveau plan opérationnel pour la période 2013-2015. Ledit trajet s'adressait de manière plus spécifique aux membres du Conseil de direction. En outre, des ateliers consacrés à un thème spécifique, comme par exemple le management des compétences et l'évaluation du trajet, ont été organisés pour différents groupes de dirigeants.

Comme mentionné dans le précédent Rapport annuel, un plan de développement global a été établi pour la première fois en 2011. Il s'agit d'un planning reprenant toutes les formations collectives et individuelles qui seront élaborées et/ou organisées pendant l'année et ce, dans les limites des ressources budgétaires disponibles. S'agissant de l'offre de formation plus générale, les formations sont organisées en collaboration avec l'IFA (Institut de formation de

l'administration), par l'intermédiaire de la taskforce des formateurs internes de l'INAMI qui disposent des connaissances requises en la matière, ou avec des partenaires externes lorsqu'il s'agit d'une nouvelle matière à développer.

Outre un planning, un certain nombre d'instruments de gestion ont été développés afin d'assurer le suivi de toutes les actions relatives à la formation et au développement : les tableaux de bord pour le suivi des actions de formation pour chaque membre du personnel, le nombre de jours et d'heures de formation, les dépenses que cela occasionnerait, etc., un instrument de monitoring pour le suivi du budget de formation. Au cours de l'année 2013, le système de suivi sera associé à la base de données unique qui a été développée dans le cadre du projet e-RH. La possibilité d'introduire une demande de formation électronique sera également examinée en 2013.

En ce qui concerne les interviews de sortie, un rapport est présenté chaque année depuis 2010 au Comité de direction et au Comité de concertation de base. Y figurent notamment les résultats des interviews.

En 2012, le système du télétravail a été fortement développé : le télétravail occasionnel a été instauré, le nombre de fonctions télétravaillables a été élargi, le nombre maximum de jours de télétravail par semaine a été augmenté et il y a davantage de flexibilité dans le choix des jours.

Préalablement à la mise en route du nouveau système, une analyse de faisabilité quant à un éventuel élargissement a été réalisée de concert avec la direction de tous les services. Après approbation du Comité de direction, un appel a été adressé aux collaborateurs en automne 2012. 120 nouvelles demandes de collaborateurs ont été introduites. L'installation des laptops et les formations nécessaires pour les intéressés sont prévues au cours de la période janvier – mars 2013. Lorsque tout aura été enregistré dans le système, l'INAMI comptera, d'ici fin 2013, quelque 455 télétravailleurs, dont 180 télétravailleurs structurels et 272 télétravailleurs occasionnels. Cela représente près de 35 % de l'effectif total du personnel. À titre d'information, en 2008, l'indicateur s'élevait à 5,8 %<sup>4</sup> contre 15 % en 2011.

Au niveau de la politique en matière d'absentéisme, le développement d'un instrument de mesure constitue un point d'attention important qui doit permettre un compte rendu systématique des absences. Dans le contexte de l'instauration, en 2012, d'une nouvelle base de données du personnel, à laquelle se rapportent tous les comptes rendus, il a été jugé utile de ne développer cet instrument qu'après avoir effectué la migration de cette base de données. Un compte rendu systématique sera développé dans le nouveau système, en 2013. Des comptes rendus globaux sont d'ores et déjà fournis de manière périodique au Comité de direction. Au fil des années, les chiffres en matière d'absentéisme pour l'INAMI n'ont pas subi de fluctuations importantes. En 2011, le chiffre global atteignait 6,54 %. Des constatations importantes ont été faites : l'augmentation de l'absentéisme est inversement proportionnelle au niveau et proportionnelle à l'âge.

Le texte de base du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration prévoit que l'INAMI suive minutieusement la rotation du personnel, et s'efforce d'obtenir une baisse du chiffre actuel de la migration. Nous avons observé une diminution constante de ce chiffre au cours des précédentes années : il est passé d'un score de 7,10 %<sup>5</sup> en 2008 et à 5,11 % en 2011.

Les cercles de développement à l'INAMI ont toujours été relativement bien appliqués (taux

---

<sup>4</sup> Indicateur P&O n° 17 = (nombre de membres du personnel qui ont recours au télétravail / nombre total de collaborateurs).

<sup>5</sup> Indicateur P&O n° 6a = rotation du personnel = ((nombre de collaborateurs entrants / nombre total de collaborateurs) + (nombre de collaborateurs sortants / nombre total de collaborateurs)) / 2

d'application des cercles de développement : 71,10 %<sup>6</sup> en 2008). Cependant, nous avons constaté qu'au cours de ces dernières années, ces cercles ont été moins bien appliqués que les années précédentes, notamment en raison de fortes contraintes administratives. En 2012, la réglementation a été modifiée en ce sens que le chef fonctionnel doit désormais attribuer une mention finale à son collaborateur à l'issue d'un cycle. Lors d'une étape ultérieure, un lien pourrait éventuellement être établi entre cette mention et la carrière des collaborateurs. Vu l'impact de cette décision, on a œuvré intensivement en faveur de la création d'un atelier pour les chefs fonctionnels. Sa mise en route est prévue à partir de janvier 2013. La formation ne porte pas uniquement sur l'application des nouveaux instruments et de la réglementation, mais concerne également l'intégration des principes de la nouvelle culture de leadership, développés dans le cadre du nouveau projet leadership (voir ci-dessus). De ce fait, on s'efforce de renforcer l'utilité de cet instrument pour le chef fonctionnel et le collaborateur.

En 2005, une première enquête de bien-être a été menée auprès du personnel. Une deuxième enquête de satisfaction plus exhaustive intégrant des aspects de bien-être, a également été réalisée en 2010. En 2011, on a investi dans la communication aux chefs fonctionnels. En 2012, des sessions d'informations ont été organisées pour chaque service afin d'examiner les résultats.

Pour associer les membres du personnel au processus d'élaboration d'actions pertinentes, un Forum a été organisé, en avril, par le biais de l'Intranet, qui a permis aux collaborateurs de faire part de leurs suggestions concernant différents thèmes. En outre, des ateliers ont été organisés dans différents services au niveau de l'équipe / du service, afin d'examiner les actions qu'ils pourraient entreprendre à leur niveau pour améliorer le bien-être. Les résultats étaient très diversifiés, allant de la conclusion d'accords concernant le réglage de la température dans les bureaux jusqu'à la réorganisation du travail. Début 2013, une communication sera faite sur les actions/projets entrepris, qui ont eu un impact direct ou indirect sur le bien-être des collaborateurs ainsi que les nouveautés.

Sur le plan de la stimulation de la transmission interne des connaissances, un projet « task force de formateurs internes » a été mis en place par le Service, en 2011. Le but visé est de promouvoir la transmission interne des connaissances sur la base du développement de formations internes et ce, au sein d'un large panel de formations. Il s'agit de formateurs internes qui ont une expertise spécifique et qui développent des formations et les assurent. Ils suivent d'abord une formation IFA « Train the trainer » au cours de laquelle ils bénéficient d'un soutien méthodologique pour l'élaboration de leur module de formation. Les formateurs sont chargés d'assurer des formations n'existant pas à l'extérieur ou applicables spécifiquement au sein de l'INAMI. En ce qui concerne les éléments suivants relatifs au contenu, des formations internes ont entre-temps déjà été organisées : méthodologie des projets - principes de base (pour le coordinateur de projet, le chef de projet ou le collaborateur de projet), vision intégrée de la gestion & de la stratégie au sein de l'INAMI : informations sur les termes de base, les instruments et les acteurs (pour les nouveaux chefs fonctionnels, chefs de projets ou collaborateurs de projet ainsi que pour les fonctions de staff d'encadrement, le management des compétences (pour les dirigeants), les techniques d'audition. D'autres modules sont en préparation. L'encadrement méthodologique du réseau de formateurs internes est assuré par le Service Formation et Développement. Ce dernier stimule également la transmission interne des connaissances, en organisant des intervisions et en offrant une plate-forme d'échange de bonnes pratiques.

En ce qui concerne l'implémentation d'une nouvelle base de données du personnel et le développement d'un certain nombre de processus e-RH, l'INAMI a attribué, fin février 2012, un marché à un partenaire externe et le trajet d'implémentation de ces nouveaux outils a été pleinement mis en œuvre. Début 2013, les traitements ont été versés par l'intermédiaire de ce

---

<sup>6</sup> Indicateur P&O n°16 = (nombre d'entretiens de bilan au cours du dernier cycle / nombre total de collaborateurs concernés par le CD)

nouvel instrument et d'autres fonctionnalités pourront être davantage développées en 2013. Ce faisant, l'objectif consiste en la mise en place d'un outil « Employee Self Service » permettant aux membres du personnel d'accéder personnellement à différents éléments de leur dossier personnel. Dans un premier temps, ils auront la possibilité d'introduire en ligne leurs demandes de congés. Ce volet est par ailleurs repris à l'article 29.1 du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration de l'INAMI.

Enfin, nous voulons encore souligner les liens de collaboration intensive entretenus par l'INAMI avec les autres établissements sur le plan de la GRH. Citons entre autres, une participation intensive de l'INAMI au projet FED20 que le SPF P&O a mis sur pied (suivi des indicateurs RH). Un groupe de travail a également été créé ces dernières années au sein du Collège des IPSS, sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI. Ce groupe de travail est chargé de développer des synergies entre les IPSS, notamment en matière de MRH. Une première proposition de plan opérationnel RH a été développée en juin 2011. L'INAMI a participé à différents groupes de travail relatifs à la sélection, à la formation, au télétravail, à l'e-RH et à la stratégie. Actuellement, l'INAMI se charge également de déléguer des personnes, afin qu'elles participent activement à la mise en œuvre de certaines actions, comme par exemple l'organisation d'une procédure de sélection collective relative au recrutement de gestionnaires de dossiers pour les IPSS. Les premiers résultats des synergies mises en place ont été intégrés en 2012 dans la 4<sup>e</sup> génération de Contrats d'administration des Institutions publiques de sécurité sociale contenant des engagements concrets dans le domaine des RH. Pour ce faire, nous renvoyons au projet de texte du 4<sup>e</sup> Contrat d'administration, tel qu'approuvé par le Comité général de gestion du 25 janvier 2012.

Annexe: Aucune

## ARTIKEL 50.9. ICT

Dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012, l'INAMI a proposé deux projets concrets en matière de renforcement de la capacité ICT où il espère engranger des résultats pendant la durée du Contrat d'administration et dont il ferait le compte rendu dans les rapports annuels.

- Meilleurs monitoring et comptes rendus au sujet des performances du Service ICT.

Un premier projet spécifique mentionné dans le cadre de l'actuel Contrat d'administration est celui devant permettre à l'ICT de s'investir dans un meilleur monitoring et dans de meilleurs comptes rendus au sujet des différents aspects de ses performances, entre autres, en matière d'applications ICT, de projets ICT, et autres. À cet effet, les indicateurs nécessaires (disponibilité, rapidité, convivialité,...) seront développés dans le cadre d'une Balanced Scorecard pour l'ICT, adaptée aux besoins des différents groupes cibles de ce compte rendu.

Les réalisations suivantes peuvent être mentionnées :

- le renforcement du suivi de projets et des comptes rendus et, à terme, le remplacement de l'instrument de support ;
  - l'amélioration du monitoring au niveau des processus afin d'aboutir, à terme, à un monitoring « end-to-end » en y intégrant la satisfaction des utilisateurs finaux ;
  - actions dans le cadre du projet Safe Info concernant le renforcement de la sécurité de l'information prévoyant également un renforcement de l'architecture du réseau et du système et une amélioration des systèmes de logging et de monitoring ;
  - la rédaction d'un Services Level Agreement concernant les services du Service Desk (première et deuxième lignes) ;
- Exécution d'une analyse de risques en matière de sécurisation de l'information à l'INAMI

Un deuxième projet spécifique mené par l'INAMI pendant la période couverte par le Contrat d'administration 2010-2012 concernait la problématique de la sécurité de l'information. De par la nature des informations réunies, traitées et révélées au sein de l'INAMI, un bon système d'identification des points à risque s'avère nécessaire tandis que des mesures de contrôle doivent être formulées et suivies.

Un compte rendu du projet est rédigé dans le cadre de l'article 50.3. relatif au développement de la gestion des risques à l'INAMI.

- Contrat d'administration 2013-2015

Ce projet ne figure plus en tant que tel dans le Contrat d'administration 2013-2015. Néanmoins, quelques nouveaux engagements ICT à dimension IPSS y sont formulés dans les dispositions communes, notamment en ce qui concerne la politique des achats, la politique du printing, etc. Dans le cadre de ces synergies, le Service ICT de l'INAMI dirige le domaine Cloud et Virtualisation. Quoi qu'il en soit, le Service ICT de l'INAMI continuera systématiquement à améliorer les systèmes de monitoring et de gestion des prestations en matière d'ICT.

Annexe: Aucune.

## Article 51. Développement durable

### INTRODUCTION

L'INAMI souhaite intégrer dans son organisation la perspective du développement durable. Pour cela, elle entend mettre en place une politique de responsabilité sociétale intégrée dans laquelle les projets formeront un ensemble cohérent par rapport aux *core business* de l'INAMI, à ses objectifs stratégiques externes ou internes et au niveau de la communication.

### BILAN ANNÉE 2012

Au cours du 1<sup>er</sup> semestre du 2012, une plateforme « Responsabilité sociétale » s'est mise en place. Elle rassemble, autour de l'Administrateur général adjoint, les personnes responsables des programmes et des projets liés au développement durable et à la responsabilité sociétale, comme par exemple le programme bien-être ou encore le projet EMAS. Un représentant de la communication est aussi toujours présent. L'objectif de cette plateforme est de se réunir tous les 2 à 3 mois afin de faire un point sur les projets en cours, de partager les informations, et de communiquer de manière intégrée et non plus de façon ad hoc. Elle permet aussi de faire les liens entre les différents projets et apporte une cohérence en termes d'image et de communication.

Dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012, trois projets de développement durable ont été réalisés :

- *Audit EMAS*

Le projet EMAS a concrètement été lancé début 2012. Un consultant du groupe COMASE a été chargé d'accompagner l'Institut dans l'exécution des différentes phases d'audit. Il a été unanimement convenu que l'INAMI réalise dans une première phase un audit des bâtiments T211 et C67 situés à Bruxelles afin d'obtenir le certificat EMAS pour les deux bâtiments en

février 2014. Les Services concernés sont donc les Services généraux de support et le Service des soins de santé.

En prenant cet engagement, l'INAMI répond positivement à la note au Conseil des Ministres du 13/07/12 concernant le programme RSétat et le renforcement des enregistrements EMAS pour tous les bâtiments publics fédéraux. Celle-ci demande à toute organisation d'enregistrer la moitié de ses bâtiments de plus de 100 ETP pour fin 2014.

Outre les actions déjà mentionnées dans le Rapport annuel 2011 et le Rapport semestriel 2012, les réalisations suivantes peuvent être mentionnées en ce qui concerne l'EMAS :

- L'étude comparative (benchmark) a été réalisée par le chef de projet afin d'identifier les bonnes pratiques dans le secteur ; l'ONP est un bon exemple.
- Le plan de communication relatif à l'EMAS est en cours de rédaction.
- L'analyse environnementale des bâtiments T211 et C67 a débuté.
- L'audit de conformité réglementaire est en cours ; il convient de vérifier si l'INAMI est en règle avec les permis d'environnement et les registres d'entretien. En l'absence de conformité, l'INAMI devra entreprendre différentes actions pour y remédier.

#### ▪ *Concerto*

l'INAMI investit actuellement dans une application Web (Concerto) permettant d'informatiser les documents et les rapports relatifs aux organes (comités, commissions, conseils, collèges), et de les mettre ainsi à la disposition tant des membres externes de ces organes que des collaborateurs de l'INAMI, lui-même.

Concerto est à présent étendu à trois organes de décision de l'INAMI, avec des logiques d'accès et des utilisations variables :

- Le Comité de l'Assurance fonctionne en mode Concerto tant pour les utilisateurs internes que pour les utilisateurs externes. L'accès se fait via user id et mot de passe ;
- Les notes au Comité général de gestion sont disponibles pour les utilisateurs internes (pour ceux qui recevaient déjà les notes sur papier) en mode Concerto par le biais de la carte d'identité électronique. Cette possibilité sera ensuite étendue aux utilisateurs externes.
- Le Conseil Général fonctionne en mode Concerto uniquement pour les utilisateurs internes via carte d'identité électronique. Les tests de validation sont terminés. Il s'agit maintenant d'introduire les utilisateurs internes dans l'outil.

Une note de synthèse posant les questions liées au développement du projet Concerto et notamment aux impacts liés à son déploiement à tous les organes de l'INAMI a été réalisée. La note a été présentée début juillet 2012 au Comité de direction où elle a été validée. Le but de ladite note était de donner l'état d'avancement de Concerto en ce qui concerne son implémentation au sein des trois organes de l'INAMI, d'analyser le modèle de direction qui soutiendra son implémentation au sein des autres organes et d'identifier les axes de développement du programme. Une liste sera établie des différents organes qui peuvent être intégrés dans le programme. Il conviendra ensuite de fixer des priorités et d'établir un planning précis.

Signalons aussi que, suite aux économies qu'il est demandé de faire au sein de la fonction publique fédérale, Concerto est devenu stratégiquement prioritaire au sein de l'INAMI. Il permet en effet de diminuer considérablement le volume de papier et l'utilisation de la fonction d'impression (économie de plus de 60 % en termes de consommation de papier). Au cours des prochains mois et des prochaines années, ces économies ne feront qu'augmenter lorsque les membres effectifs seront habitués à l'utilisation de Concerto et ne désireront plus recevoir d'exemplaires papier.



- *Printing Project*

Le Printing Project a été bouclé en 2012. Les derniers mois ont été intensivement consacrés à la stabilisation technique et à l'utilisation des instruments de rapports. Des statistiques chiffrées relatives aux volumes et aux coûts ont entre-temps été établies et il en est fait rapport aux organes de gestion. Pour les six premiers mois (août 2012- janvier 2013), nous constatons une diminution importante (- 24 %) du nombre d'impressions. L'évolution sera attentivement suivie en 2013.

- *Autres projets*

Les projets ad hoc énumérés dans les rapports antérieurs (cf . rapport annuel 2011), seront désormais intégrés dans la nouvelle vision développée par l'INAMI, et en particulier dans le projet EMAS. Citons par exemple la collecte séparée des papiers ou l'incitation à utiliser les transports en commun.

### PERSPECTIVES POUR LES PROCHAINES ANNÉES

L'INAMI souhaite développer une vision intégrée du développement durable et de la responsabilité sociétale et mettre en place des actions ou des projets cohérents liés aux trois axes du développement durable (social, environnemental et économique). Dans une première phase, l'accent sera mis sur la mise en place du système de gestion environnementale EMAS, sur une stratégie de responsabilité sociétale intégrée, notamment au niveau de la communication, et sur un renforcement de la politique du bien-être.

Le projet EMAS est en outre repris dans le 4<sup>e</sup> Contrat d'administration de l'INAMI, dans le chapitre consacré aux engagements continus. Un rapport sera réalisé tous les ans sur les avancées du projet. L'INAMI fera appel aux indicateurs EMAS. Le groupe de direction s'attèlera au bon développement de ces indicateurs. Le but est de mettre en place un système de monitoring capable d'étoffer les résultats.

Annexe: Aucune

## CONCLUSIONS

L'INAMI clôture ainsi le 3<sup>e</sup> Contrat d'administration pour la période 2010-2012. Dès la phase préparatoire de ce Contrat d'administration, il s'était clairement avéré que le niveau d'ambition serait élevé. Pour ce Contrat, 41 projets avaient finalement été retenus et formulés sous forme d'actions-engagements pour les années 2010, 2011 et 2012. Ces projets avaient pratiquement tous pour objectif de réaliser des réformes ayant un impact stratégique important. Par exemple :

- l'amélioration des données, le développement des connaissances et leur mise à la disposition des décideurs politiques, des citoyens, des dispensateurs de soins...
- un renforcement de l'informatisation des soins de santé par le développement d'applications web, l'organisation d'élections électroniques, la participation à la Table ronde e-Health...
- l'amélioration de l'accessibilité en ce qui concerne l'intervention majorée et les malades chroniques ;
- le lancement de projets innovateurs tels que les trajets de soins, le renouvellement des soins aux personnes âgées, un nouveau système de remboursement pour les pharmaciens et le développement d'un Plan belge pour les maladies rares ;
- la poursuite du développement du programme relatif à la fraude sociale et l'optimisation des aspects liés aux activités de contrôle des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail, la délivrance de médicaments, les contrôles thématiques auprès des organismes assureurs...
- une nouvelle approche en ce qui concerne la responsabilisation des organismes assureurs ;
- ...

Comme on peut le constater à la lecture du présent Rapport, de nombreux engagements ont été réalisés dans les délais fixés et le résultat global est positif. Le tableau de synthèse figurant en début de Rapport présente un aperçu de tous les éléments réalisés au cours de la période couverte par le 3<sup>e</sup> Contrat d'administration. Ces résultats concrets ont été obtenus grâce au travail accompli par tout le personnel de l'INAMI et ses partenaires externes. Ils témoignent à suffisance des progrès réalisés par l'INAMI.

À ce propos, nous voulons également souligner qu'outre ces projets de réforme, la gestion de qualité et dans le respect des délais impartis des processus journaliers requiert également un investissement considérable de la part des collaborateurs de notre institution.

Pour l'année 2012, nous remarquons que pour quelques projets (environ 11 projets en retard pour des raisons internes et/ou externes) tous les engagements n'ont pas pu être réalisés en temps voulu en raison de facteurs externes et/ou internes ayant entravé l'exécution de certains projets. Ainsi par exemple au niveau interne, le développement et le planning ICT constitue un point d'attention. Par ailleurs, la collaboration externe des organismes assureurs est une nécessité pour l'exécution de divers projets. Pensons notamment au transfert de données en matière d'incapacité de travail primaire, à l'informatisation des flux-in relatifs aux dossiers d'invalidité, à la qualité des données des cartographies des activités des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail primaire... Enfin, plusieurs projets ont été retardés par la période des affaires courantes du Gouvernement (pour e.a. la réforme des implants) et par la dépendance externe en ce qui concerne l'approbation de textes réglementaires (pour e.a. le nouveau système de responsabilisation).

En ce qui concerne les projets qui ont encouru un retard, un suivi rigoureux a été mis en place. Ces projets retardés continueront à faire l'objet d'un compte rendu dans le cadre du Rapport semestriel de 2013. Dans le premier Rapport semestriel relatif au 4<sup>e</sup> Contrat

d'administration, il sera donc encore question des projets toujours en cours du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration quant à la phase finale.

Entre-temps, la 4<sup>e</sup> génération des Contrats d'administration des Institutions publiques de sécurité sociale a été approuvée par le Conseil des ministres le 22 février 2013. L'INAMI a dès lors déjà entamé l'exécution des projets tels qu'ils ont été fixés dans le 4<sup>e</sup> Contrat d'administration. Un premier compte rendu de suivi sera transmis en septembre 2013.

Pour terminer, il est important de souligner que le système des Contrats d'administration est généralement reconnu comme un instrument de qualité permettant de fixer et de suivre une série d'objectifs, en concertation avec le Gouvernement. En interne également, nous constatons que le Contrat d'administration et les processus de suivi y afférents constituent un instrument stratégique important et qu'ils sont positivement accueillis.

---