

**CONTRAT D'ADMINISTRATION 2010-2012**

**ENTRE L'ETAT ET**

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

## **TABLE DES MATIERES**

Dispositions préliminaires _____	5
<b><u>TITRE I: Définitions</u></b> _____	<b>9</b>
Article 1er. Définitions _____	9
<b><u>TITRE II: Missions et tâches</u></b> _____	<b>11</b>
Article 2. Missions et tâches _____	11
Article 3. Les missions opérationnelles _____	12
Article 4. Les missions de support _____	14
Article 5. Les missions de conseil _____	14
<b><u>TITRE III: Domaines stratégiques et axes prioritaires</u></b> _____	<b>15</b>
Article 6. L'INAMI : une organisation chargée d'une mission _____	15
Article 7. Développements externes, tendances et défis _____	15
Article 8. Plan stratégique 2010-2015 _____	17
Article 9. Domaines stratégiques du Contrat d'administration 2010-2012 _____	18
Article 10. Grands axes du Contrat d'administration 2010-2012 _____	23
<b><u>TITRE IV: Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique</u></b> _____	<b>25</b>
ARTICLE 11. Conversion de données en informations sur et pour les dispensateurs de soins (e.a. profils) _____	25
ARTICLE 12. Moderniser la gestion dans le cadre du financement des maisons de repos _____	27
ARTICLE 13. Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie _____	30
ARTICLE 14. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé _____	32
ARTICLE 15. Incapacité de travail primaire : statistiques et études _____	33
ARTICLE 16. Reprise d'activités partielles autorisées : exploitation des données _____	35
ARTICLE 17. Taskforce Incapacité de travail _____	36
ARTICLE 18. Rapport annuel au sujet de la stratégie ICE du SECM _____	38
ARTICLE 19. Études statistiques sur la base des effectifs. _____	40
<b><u>TITRE V: Exploiter les possibilités de eHealth</u></b> _____	<b>43</b>
ARTICLE 20. Élections électroniques _____	43
ARTICLE 21. Promotion et préparation de l'utilisation de l'e-box. _____	46
ARTICLE 22. Fichiers de référence : développement et gestion _____	47
ARTICLE 23. My CareNet _____	49
ARTICLE 24. E-care – Quality oriented Electronic Registration of Medical Implant Devices (Qermid). _____	51
ARTICLE 25. L'accréditation des médecins _____	54
<b><u>TITRE VI: Améliorer en permanence l'accessibilité aux soins, moderniser l'attribution des droits aux individus et renforcer la sécurité en matière de tarifs</u></b> _____	<b>57</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. _____	57
ARTICLE 27. Module "dispensateurs de soins" disponible via le site Internet de l'INAMI _____	59
ARTICLE 28. Dossier d'invalidité électronique - edid _____	61
ARTICLE 29. La lisibilité des documents administratifs: formulaires pour les assurés _____	64

<b><u>TITEL VII: Moderniser la nomenclature des prestations et des listes de produits</u></b>	<b>67</b>
ARTICLE 30. Réforme du secteur des implants: la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. _____	67
<b><u>TITEL VIII: Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé</u></b>	<b>71</b>
ARTICLE 31. Mise en œuvre des trajets de soins. _____	71
ARTICLE 32. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées _____	73
ARTICLE 33. Instauration et évaluation d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens _____	75
ARTICLE 34. Plan belge « maladies rares » _____	77
<b><u>TITEL IX: Optimiser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles</u></b>	<b>80</b>
ARTICLE 35. Contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation _____	80
ARTICLE 36. Évaluation médicale _____	82
ARTICLE 37. Code-barres unique _____	84
ARTICLE 38. Incapacité de travail primaire : cartographie des activités du médecin-conseil _____	85
ARTICLE 39. Flowdos: Informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins _____	87
ARTICLE 40. Rapports en matière de fraude sociale. _____	89
ARTICLE 41. Fraude sociale: Croisement des données DMFA-PI. _____	91
ARTICLE 42. Fraude sociale: Dossiers d'assujettissement fictif _____	92
ARTICLE 43. Contrôles thématiques : audit, feed-back et conseil en mutualités _____	93
<b><u>TITEL X: Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI</u></b>	<b>96</b>
ARTICLE 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration _____	96
<b><u>TITEL XI: Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI</u></b>	<b>99</b>
ARTICLE 45. Information aux dispensateurs de soins et communication externe émanant du SECM: Infobox _____	99
<b><u>TITEL XII: Améliorer la coordination avec le niveau Européen et international</u></b>	<b>101</b>
ARTICLE 46. Implémentation de la législation européenne en matière de coordination _____	101
ARTICLE 47. Observatoire de la mobilité des patients _____	103
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 _____	105
ARTICLE 49. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international _____	108
<b><u>TITEL XIII: Développement de l'organisation et bonne gouvernance</u></b>	<b>111</b>
Article 50. Instruments de stratégie et de gestion dans le cadre d'une vision intégrée _____	111
Article 50.1. Management de processus : le BPM en tant que point de référence du contrôle interne _____	113
Article 50.2. Mesure des performances _____	114
Article 50.3. Maîtrise des risques _____	115
Article 50.4. Audit interne _____	116
Article 50.5. Comptabilité analytique _____	117
Article 50.6. Management de projet _____	118
Article 50.7. La gestion des plaintes _____	119
Article 50.8. GRH _____	119
Article 50.9. ICT _____	121

Article 51. Développement durable _____	122
<b><u>TITEL XIV: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs</u></b> _____	<b>124</b>
Article 52 _____	124
<b><u>TITEL XV: Engagements généraux communs aux deux parties</u></b> _____	<b>125</b>
Article 53 - Cadre juridique du contrat _____	125
Article 54 & 55 - Principes de gestion _____	125
<b><u>TITEL XVI: Engagements de l'Etat</u></b> _____	<b>126</b>
Article 56 - Prise d'avis, concertation et information préalables _____	126
Article 57 & 58 - Modification du contrat _____	126
Article 59 - Communication des décisions _____	126
Engagements concernant le suivi de la réalisation des contrats _____	127
Article 60, 61, 62 & 63 - Suivi de la réalisation des objectifs _____	127
Article 64 - Calendrier _____	127
Article 65 - Rapport annuel _____	128
Engagements concernant l'évaluation de la réalisation des contrats _____	128
Article 66 - Impact des mesures décidées après la signature du contrat _____	128
Article 67 - Respect des engagements _____	128
Article 68 - Normes de sécurité _____	129
Article 69 & 70 - Engagements concernant la gestion du personnel _____	129
Article 71 & 72 - Engagements concernant la gestion des financements _____	130
Article 73 - Engagements concernant la gestion durable _____	130
Article 74 - Engagement en matière de synergies entre IPSS _____	130
Article 75 - Lutte contre la fraude sociale, les erreurs et les indus _____	131
<b><u>TITEL XVII: Fixation des crédits de gestion et du montant maximal des crédits de personnel relatif aux agents statutaires</u></b> _____	<b>132</b>
Article 76 à 82 - Définitions et généralités _____	132
Article 83 - Budget de gestion pour l'année 2010, 2011 en 2012 _____	134
Article 84 - Réévaluation annuelle _____	135
Article 85 - Opérations immobilières _____	136
Article 86 - Comptabilité analytique _____	136
Article 87 - Transmission des états périodiques _____	136
<b><u>TITEL XVIII: Dispositions finales</u></b> _____	<b>137</b>
Article 88. _____	137
<b><u>ANNEXE : Le budget de gestion</u></b> _____	<b>138</b>
Ventilation crédits de gestion _____	138
<b><u>Liste des abréviations</u></b> _____	<b>140</b>

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

## **Dispositions préliminaires**

Considérant:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

et

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 17 novembre 2009;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné le 22 juin 2009 sur l'avant-projet de contrat d'administration et le 21 septembre 2009 et le 14 décembre 2009 sur le projet de contrat négocié avec le gouvernement;

vu le contrôle de coordination et de cohérence entre les projets de contrat d'administration des différentes institutions publiques de sécurité sociale effectué en date du 15 juillet 2005 par le Collège des institutions publiques de sécurité sociale conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 précité;

vu l'accord du Gouvernement après délibération en Conseil des Ministres du 27 novembre 2009 et 17 décembre 2009;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2012, entre

- l'Etat belge, représenté par

**Laurette Onkelinx**  
Ministre des Affaires sociales

**Inge Vervotte**  
Ministre de la Fonction publique

**Melchior Wathelet**  
Secrétaire d'état du Budget

et

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

**Yolande Avontroodt**  
Présidente du Comité général  
de gestion

**Johan De Cock**  
Administrateur général

**Benoît Collin**  
Administrateur général adjoint

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

**Bernadette Adnet**

**Eddy Van Lancker**

**Marie-Hélène Ska**

**Ivo Van Damme**

**Patrick Verertbruggen**

**Jean Hermesse**



## **TITRE I: Définitions**

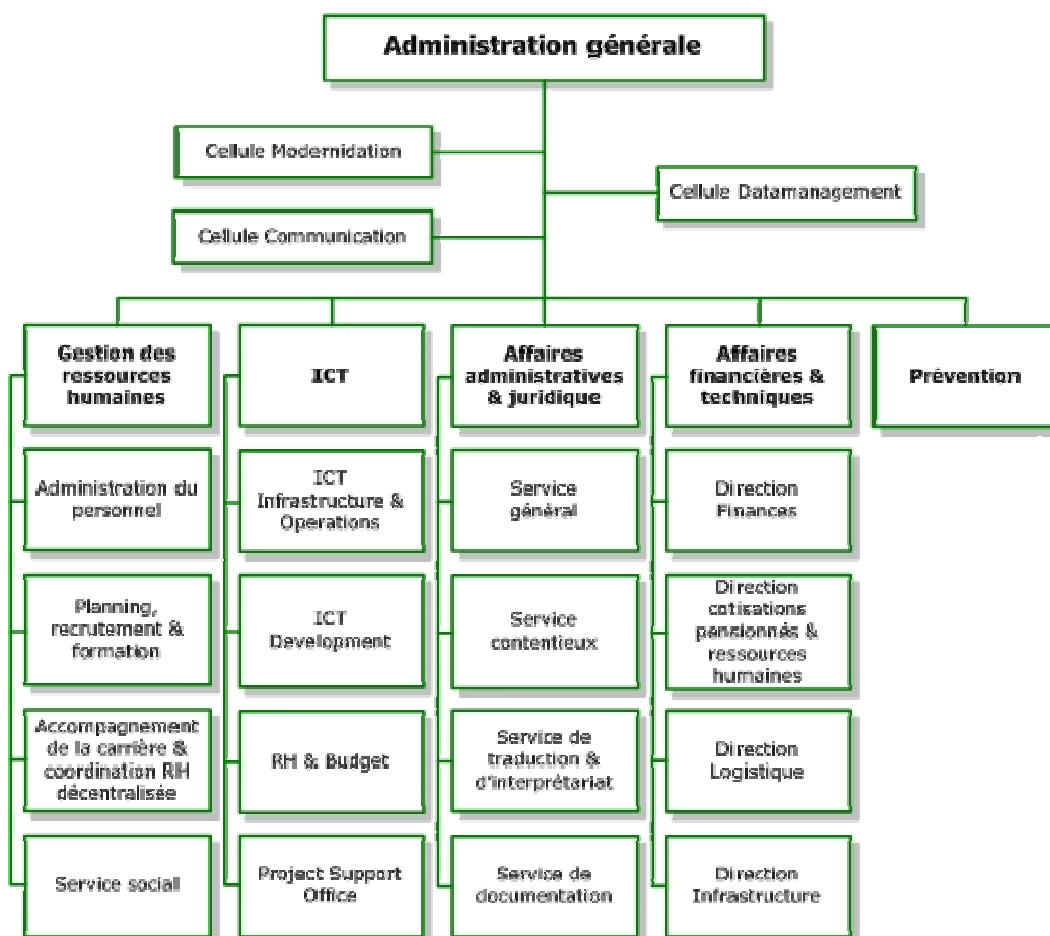
### **Article 1er. Définitions**

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

1. « Institut »: l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité, visé à l'article 10 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.
2. « Comité général de gestion »: le comité général de gestion visé à l'article 11 de la loi coordonnée susmentionnée.
3. « Conseil général »: le conseil général de l'assurance soins de santé visé à l'article 15 de la loi coordonnée susmentionnée.
4. « Comité de l'Assurance »: le comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 22 de la loi coordonnée susmentionnée.
5. « Fonds spécial de Solidarité »: le fonds créé au sein du Service des soins de santé de l'Institut par l'article 25 de la loi coordonnée susmentionnée.
6. « Comité de gestion pour les ouvriers mineurs »: le comité de gestion visé à l'article 78bis de la loi coordonnée susmentionnée.
7. « Comité de gestion du Service des indemnités »: le comité de gestion visé à l'article 79 de la loi coordonnée susmentionnée.
8. « Comité du Service d'évaluation et du contrôle médicaux »: le comité visé à l'article 140 de la loi coordonnée susmentionnée.
9. « Comité du Service du contrôle administratif »: le comité visé à l'article 160 de la loi coordonnée susmentionnée.
10. « Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants »: le comité de gestion visé à l'article 39, § 1er, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants.

11. « Organismes assureurs »: les unions nationales, visées à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la loi coordonnée susmentionnée, et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges, visée à l'article 6 de la loi coordonnée susmentionnée.
12. « Centre fédéral d'expertise des soins de santé »: le parastatal créé par l'art. 259 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
13. « Agence intermutualiste »: l'association sans but lucratif fondée en octobre 2002 et regroupant les sept organismes assureurs tels que visés ci-dessus au point 11. Les objectifs et missions de cette association sont décrits dans la loi-programme du 24 décembre 2002.
14. « Tableaux de bord »: les tableaux de bord tels que visés à l'article 10, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.





Elke doelstelling die opgenomen is onder Titel IV tot en met Titel X situeert zich binnen één of meerdere van de verschillende opdrachten van het Instituut (rubriek 'kader').

### Article 3. Les missions opérationnelles

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

Les missions financières consistent à:

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

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

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

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

Les missions administratives consistent à:

**Octroyer:** l'Institut constate et attribue différents droits dans le cadre notamment du traitement: des demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants; des demandes d'accréditation; des honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale attribués à chaque établissement hospitalier; des demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité; des dossiers d'invalidité; etc.

**Evaluer et Contrôler:** ces concepts recouvrent: l'évaluation des pratiques au sens de la loi du 24 décembre 2002; le contrôle technique et administratif dans les organismes assureurs; la validation des données statistiques, comptables et financières; le contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur) des pratiques médicales et paramédicales, ainsi que des contrôles plus spécifiques dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins.

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

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

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

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

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

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

## **Article 4. Les missions de support**

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

Elles consistent essentiellement à:

- gérer les ressources humaines;
- gérer les biens mobiliers et immobiliers;
- gérer les finances;
- gérer le traitement de l'information;
- Gérer le contentieux, la documentation et la traduction.

## **Article 5. Les missions de conseil**

Deux cellules – la cellule modernisation et la cellule communication – dépendent directement de l'Administration générale de l'Institut et exercent des fonctions de conseil, d'assistance respectivement en matière de management et de communication.

## **TITRE III: Domaines stratégiques et axes prioritaires**

### **Article 6. L'INAMI : une organisation chargée d'une mission**

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) joue un rôle-clé dans le domaine de la sécurité sociale.

Tout en tenant compte du cadre légal, l'INAMI souhaite, en concertation avec les acteurs concernés (partenaires sociaux, organismes assureurs, dispensateurs de soins,...) et en vue de l'application des principes de bonne gouvernance dans les systèmes de soins de santé, utiliser les moyens que la société affecte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) de telle manière à ce que :

- la population ait, en vue d'une égalité sociale, effectivement accès aux soins de santé nécessaires et de qualité (accessibilité), dispensés de manière efficace et conformément aux accords tarifaires (sécurité tarifaire) ;
- les travailleurs salariés et indépendants assurés bénéficient, en cas d'incapacité de travail ou de congé parental, d'un revenu de remplacement adéquat, tout en exploitant les possibilités de réinsertion après une période d'incapacité de travail ;
- le fonctionnement des dispensateurs de soins et des organismes assureurs (OA) soit adéquatement soutenu ;
- les moyens de l'ASSI soient utilisés de manière efficace et efficiente et que les obligations légales soient respectées par tous les acteurs concernés.

Pour réaliser ces missions, l'INAMI souhaite stimuler ses agents dans le cadre du développement de leurs compétences et de leur personnalité, et dans le cadre de la prise de responsabilités. Cela se fait en adoptant un style de direction où l'écoute, l'appréciation positive, le soutien, la confiance, la stimulation, la réflexion et la prise de décisions jouent un rôle central. L'INAMI souhaite ainsi créer un environnement de travail où tous les agents puissent se sentir bien et considèrent leur travail comme utile pour eux-mêmes, leurs collègues, leurs clients et le public. L'INAMI attend également de ses agents qu'ils adoptent une attitude loyale, professionnelle et intègre.

### **Article 7. Développements externes, tendances et défis**

L'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) est confrontée à certains **développements externes et tendances** :

- nouvelles évolutions médicales et scientifiques ;
- vieillissement rapide de la population assurée et les évolutions y afférentes au niveau des demandes de soins, de l'organisation de soins, de l'incapacité de travail, etc. ;
- nouveaux problèmes de santé liés à l'environnement social en constante mutation créant de nouveaux besoins de soins et de nouveaux défis dans le cadre de l'assurance indemnités ;
- nouveaux accords de coopération interdisciplinaire dans le domaine des soins de santé ;
- influence de développements européens dans le domaine des soins de santé et indemnités ;
- une tendance internationale à passer à une médecine factuelle et une aide à la prise de décisions basées sur l'évidence ;
- une attention renforcée pour les soins de santé de première ligne ;

- attentes et autonomie croissantes du patient, du bénéficiaire et de leurs organisations représentatives vis-à-vis des organisations responsables au sein de l'assurance soins de santé et indemnités ;
- une plus grande prise de conscience et préoccupation éthiques concernant les implications de prises de décisions au sein de l'assurance maladie-invalidité ;
- possibilités de l'ICT et attentes y afférentes concernant la protection de la vie privée ;
- un débat politique et social renforcé ainsi qu'une réflexion sur les résultats et la performance de la politique en matière de sécurité sociale et de soins de santé ;
- une préoccupation continue concernant l'accessibilité aux soins.

Les développements et les tendances externes exercent pèsent considérablement sur les moyens financiers et incitent les partenaires à une concertation intense et les pouvoirs publics à une politique innovatrice et active. De ce fait, le système devient aussi de plus en plus complexe.

Cela a pour conséquence que **l'ASSI évolue** :

- d'une approche ad hoc par prestation individuelle, par organe ou par discipline vers des approches intégrées, multi- et transdisciplinaires innovatrices ;
- vers une prestation de services axée sur une demande de soins, en complément du service orienté vers l'offre de soins ;
- davantage vers une participation accrue de la personne ayant besoin de soins ;
- vers une politique axée sur la prévention et le soutien actif en cas de rétablissement et de réinsertion en complément du système de remboursement plus classique, e.a. au niveau de l'incapacité de travail ;
- vers une responsabilisation des acteurs, tant du dispensateur de soins, des organismes assureurs, de l'industrie que des assurés sociaux ;
- davantage vers une lutte active contre le comportement irresponsable, les abus et la fraude (sociale) dans le chef des assurés sociaux, des dispensateurs de soins et de l'industrie ;
- vers une politique et une gestion financières transparentes ;
- davantage vers une organisation et des processus de soins professionnels et de qualité ;
- vers une utilisation accrue des possibilités concernant E-health.

Ces évolutions impliquent la poursuite du **trajet de modernisation de l'INAMI** actuellement en cours :

- en vue d'un renforcement de la capacité de soutien à la politique menée, l'INAMI faisant fonction de plaque tournante au sein des structures de concertation ;
- vers une organisation cohérente et multidisciplinaire, en vue d'une bonne collaboration et pollinisation croisée entre les différents services et directions ;
- vers un contrôle basé sur la prévention, l'évaluation et les sanctions à prendre ;
- vers une organisation à gestion intensive de connaissances et multidisciplinaire qui récolte, développe et diffuse des données, des informations et des connaissances concernant les aspects de l'ASSI en vue d'un soutien optimal et proactif de la préparation, de l'exécution et de l'évaluation de la stratégie suivie ;
- vers une organisation qui sert de plus en plus de point de référence dans le cadre de la formulation et la promotion de normes de soins de santé de qualité et d'excellence ;
- vers une organisation qui, en vue d'une fortification de la base de notre système de soins de santé, milite pour le développement de formations académiques et professionnelles adaptées, de formations continues, etc. ;
- vers une maison à communication ouverte ;



Par cette modernisation, l'INAMI souhaite se positionner comme un **acteur dynamique** dans la politique de sécurité sociale et des soins de santé. Dans le cadre de sa mission légale et de la capacité dont l'organisation dispose, l'INAMI souhaite engranger un maximum de résultats vis-à-vis des attentes de la société et des responsables politiques.

L'INAMI opère au sein d'un **champ d'acteurs complexe et expansif**. En d'autres mots, l'ASSI, la politique générale des soins de santé et son exécution sont la responsabilité de nombreux acteurs différents qui se situent en outre à plusieurs niveaux de pouvoir. Au départ de son propre rôle et de ses propres responsabilités, l'INAMI a l'ambition de contribuer à une **concordance et collaboration optimales** au sein de ce champ d'acteurs tout en respectant les principes suivants :

- la reconnaissance de la solidarité des acteurs autour d'une même mission sociale et des valeurs qui en constituent la base ;
- le besoin d'une architecture institutionnelle claire et transparente au niveau de l'ASSI et de la politique des soins de santé en général ;
- le besoin d'une définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs, en prêtant une attention particulière aux rôles et responsabilités en matière de transmission d'informations et de communication ;
- le besoin de s'axer sur une collaboration positive et ouverte et de chercher en permanence des synergies dans des cadres d'accords acceptés ;
- le besoin d'une responsabilité pour ce qui est des accords, objectifs, résultats convenus
- le besoin d'un respect mutuel entre les différents acteurs ;
- le besoin d'une reconnaissance mutuelle de l'expertise de chacun ;
- le besoin d'une (auto)réflexion continue, critique et ouverte, concernant les modes d'organisation et les accords de collaboration.

## Article 8. Plan stratégique 2010-2015

Afin de pouvoir anticiper les défis et les développements dans le secteur et réaliser sa mission, l'INAMI a formulé **10 domaines stratégiques externes** dans le cadre de son plan stratégique 2010-2015. La stratégie externe de l'INAMI comprend donc 10 domaines où l'INAMI souhaite se développer dans les années à venir. Il s'agit des domaines suivants :

- (1) Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du rapport stratégique ;
- (2) Exploitation des possibilités concernant E-Health ;
- (3) Amélioration continue de l'accessibilité aux soins, modernisation de l'octroi des droits aux individus et renforcement de la sécurité tarifaire ;
- (4) Modernisation de la nomenclature des prestations de santé et des listes de produits ;
- (5) Stimulation d'approches innovatrices dans le domaine des soins de santé ;
- (6) Optimisation des missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle ;
- (7) Amélioration de l'organisation de la concertation ;
- (8) Renforcement du soutien apporté à la politique financière de l'ASSI ;
- (9) Renforcement de la communication externe et promotion d'une image positive de l'INAMI ;
- (10) Amélioration de l'harmonisation par rapport aux niveaux européen et international.

Outre ces domaines stratégiques externes, le Contrat prévoit également **7 domaines stratégiques internes**. Il s'agit des domaines suivants :

- (1) Modernisation de la gestion des ressources humaines ;

- (2) Utilisation optimale des possibilités ICT et amélioration de la gestion interne des données ;
- (3) Renforcement du soutien stratégique et de gestion ;
- (4) Amélioration de la communication interne, de la documentation et de la gestion des connaissances ;
- (5) Renforcement de la gestion financière ;
- (6) Amélioration du soutien juridique et administratif ;
- (7) Mise en place d'un soutien efficace au niveau de l'infrastructure et de la logistique.

Dans le cadre du plan stratégique 2010-2015, les domaines stratégiques externes et internes sont transposés en objectifs opérationnels avec une délimitation claire de la portée, plusieurs phases assorties de points d'action et de dates limites, une désignation des responsabilités, une estimation des moyens requis au niveau des ressources humaines, de l'ICT, de la communication, etc.

## **Article 9. Domaines stratégiques du Contrat d'administration 2010-2012**

Alors que le Plan stratégique 2010-2015 porte aussi bien sur la stratégie externe que sur la stratégie interne, ainsi que sur tous les domaines d'activités de l'INAMI, le Contrat d'administration 2010-2012 se focalise sur un certain nombre de **projets prioritaires dans le cadre de la stratégie externe**. Ces projets sont le résultat d'une collaboration entre l'INAMI, ses organes de gestion, les responsables politiques et les partenaires et intéressés externes.

En vue d'une harmonisation maximale entre le Plan stratégique et le Contrat d'administration, les projets mentionnés dans le Contrat d'administration sont également répartis sur la base des 10 domaines stratégiques externes susmentionnés.

### **(1) Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique**

L'INAMI veut continuer à se développer comme organisation multidisciplinaire et à gestion intensive de connaissances qui collecte, développe et rend accessible de manière efficace et efficiente les données, informations et connaissances concernant les aspects de l'ASSI. Ces informations et connaissances constituent la base d'un soutien optimal et proactif d'une préparation, exécution et évaluation de la politique basées sur l'évidence. Ce domaine stratégique comprend les aspects suivants :

- collecter et gérer des données ;
- convertir des données en connaissances stratégiques pertinentes ;
- optimiser la transmission et l'utilisation de connaissances stratégiques pertinentes.

Au niveau de la gestion interne des données, l'INAMI investira dans 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 infirmiers à domicile, les maisons médicales, la Croix-Rouge et les maisons de soins psychiatriques.

Au niveau de l'échange de données avec les OA, la thématique des « effectifs » sera abordée. Sur la base d'un meilleur échange de données, il est possible de générer des statistiques et des connaissances stratégiques pertinentes.

En vue d'une meilleure exploitation des données dont dispose l'INAMI, une stratégie d'information intégrée sera entre autres développée à l'égard des dispensateurs de soins dans le but d'inciter les professionnels inscrits à l'INAMI à la réflexion concernant leur performance, tant en groupe qu'à titre individuel. Il sera possible de le faire en mettant à disposition pareilles informations pertinentes, en fonction des besoins des dispensateurs de soins et en étroite concertation avec eux. Pour pouvoir mettre ces informations à disposition, différentes bases de données seront utilisées.

Dans le domaine de l'incapacité de travail, les investissements faits au cours des années précédentes pour permettre un meilleur échange de données avec les OA aboutiront à un renforcement du développement des connaissances. En ce qui concerne l'incapacité primaire, une étude sera menée concernant les facteurs explicatifs des évolutions statistiques en la matière. Au niveau de la reprise autorisée d'activités à temps partiel, les données disponibles contribueront à une meilleure compréhension du fonctionnement effectif du système.

De manière plus générale, une Taskforce sera créée dans le domaine de l'incapacité de travail en vue d'une réforme fondamentale du secteur. L'ambition finale est d'évaluer et d'améliorer l'efficacité du système. Il s'agit d'un défi qui dépasse la compétence de l'INAMI. Il convient d'examiner avec les différents partenaires, les OA, le CIN, les partenaires sociaux, l'AIM, les universités, etc. qui peut remplir quel rôle, compte tenu des missions légales, des données disponibles, des moyens disponibles, etc.

Au niveau de l'impact du vieillissement, l'INAMI veut également contribuer au débat en fournissant des connaissances stratégiques pertinentes. En utilisant les sources de données spécifiques dont il dispose, l'Institut développera quelques thèmes spécifiques et pertinents à la problématique du vieillissement.

Le rapport des données régionales standardisées concernant les dépenses soins de santé sera poursuivi à l'aide de rapports annuels.

Dans le cadre d'un meilleur rapport sur les activités et les résultats réalisés dans le cadre des missions d'information, d'évaluation et de contrôle, l'INAMI investira dans un rapport annuel transparent comportant des informations qualitatives et quantitatives, en ce qui concerne tant les activités et les résultats que l'impact.

## **(2) Exploitation des possibilités concernant E-Health**

Au cours de la dernière décennie, les évolutions au niveau de l'ICT ont également créé de nouvelles possibilités dans le domaine des soins de santé. Au cours des dernières années, l'INAMI et ses partenaires ont lancé et réalisé divers projets à ce sujet dans le cadre de l'informatisation de flux de données et du développement d'applications pour les divers utilisateurs. La collaboration au développement de la plate-forme E-Health représente le grand défi à relever dans les années à venir.

Cette contribution se situe entre autres dans le cadre du développement de fichiers de référence qui peuvent servir de source authentique validée au sein d'E-Health. Pour l'INAMI, il s'agit plus particulièrement du développement de fichiers de référence au niveau des dispensateurs de soins, des établissements de soins, des médicaments, des produits, de la nomenclature, etc. Dans les années à venir, l'INAMI souhaite davantage professionnaliser la gestion des fichiers de référence, conformément aux besoins, aux priorités et au planning définis au niveau d'E-Health.

Au niveau du développement de services ayant une plus-value pour E-Health, signalons la contribution à l'extension de My CareNet à d'autres groupes-cibles, à savoir les pharmaciens, les médecins et les maisons de repos. L'INAMI poursuivra également le développement d'E-care (Qermid) par le roll-out du système en ligne (enregistrement et demande de remboursement électroniques) dans le cadre des implants, e.a. pour les pacemakers, endoprothèses et tuteurs coronaires.

Signalons également, dans le cadre de l'informatisation et de la simplification des processus et de l'échange de données avec les dispensateurs de soins, l'organisation des élections électroniques pour les médecins, dentistes et kinésithérapeutes, ainsi que l'information de la dernière phase de la procédure d'accréditation des médecins, à savoir la consultation électronique et l'introduction électronique de la demande d'accréditation.

Signalons enfin, dans le cadre d'E-Health, la promotion et la préparation d'eBox comme outil de communication avec le dispensateur de soins, e.a. pour l'envoi de circulaires, directives, feedback, etc.

### **(3) Amélioration continue de l'accessibilité aux soins, modernisation de l'octroi des droits aux individus et renforcement de la sécurité tarifaire**

Dans le cadre de la préparation du Plan stratégique 2010-2015, une réflexion approfondie a été menée sur l'ambition de prendre des initiatives en matière d'accessibilité aux soins et de renforcement de la sécurité tarifaire. Plusieurs initiatives éventuelles ont été identifiées, lesquelles sont actuellement en cours d'élaboration et de préparation à l'INAMI. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, les initiatives suivantes peuvent déjà être mentionnées.

L'INAMI souhaite stimuler l'accessibilité grâce e.a. à une réforme de l'intervention majorée et une meilleure protection des malades chroniques. 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 que les membres de ces ménages aient recours aux soins indispensables. En 2009, une liste exhaustive a été établie concernant les problèmes rencontrés dans le cadre de l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel. L'INAMI s'engage à apporter les adaptations réglementaires nécessaires sur la base des résultats des points d'action susmentionnés. Un 2<sup>e</sup> pilier consiste à accroître l'attention portée aux malades chroniques, conformément au plan de la ministre. L'INAMI souhaite poursuivre les efforts dans les années à venir afin de mieux protéger les malades chroniques.

Au niveau de l'accessibilité et de la sécurité tarifaire, l'INAMI investira dans des modules d'information disponibles sur les sites Internet des OA et de l'INAMI grâce auxquels les patients pourront consulter les lieux de travail et modalités de conventionnement des dispensateurs de soins. Un tel module sera déjà développé pour les dentistes et les médecins.

En ce qui concerne la modernisation de l'octroi des droits aux individus, l'INAMI continuera à développer le dossier d'invalidité électronique. Un point d'attention particulier au sein de ce projet est le renforcement de la qualité de l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité par la Commission supérieure, le but étant plus précisément d'examiner la qualité de l'évaluation des dossiers d'invalidité.

Enfin, l'INAMI prêtera, dans le cadre d'une meilleure accessibilité, une attention spécifique à la lisibilité des documents administratifs pour les assurés, et ce tant à celle des formulaires disponibles qu'à celle des nouveaux formulaires. Environ deux formulaires par an seront remaniés, une check-list sera établie pour les différents services de l'INAMI et un avis de lisibilité sera émis également.

#### **(4) Modernisation de la nomenclature des prestations de santé et des listes de produits**

Ce domaine stratégique vise, d'une part, à rendre la production de la nomenclature plus transparente et, d'autre part, à étendre les procédures de remboursement, telles qu'elles existent e.a. à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et à la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI), à tous les domaines liés à des produits de santé. A ce propos et dans le cadre du Plan stratégique 2010-2015, plusieurs initiatives sont en cours de préparation.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, signalons la poursuite de la réforme du secteur des implants. Il s'agit plus précisément de la mise en production de la nouvelle procédure de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursés.

#### **(5) Stimulation d'approches innovatrices dans le domaine des soins de santé**

Il apparaît de la vision externe que plusieurs facteurs environnementaux incitent à des solutions innovatrices et créatives pour arriver à des mécanismes de remboursement, modèles de soins performants, etc. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, les projets suivants prédominent.

Une ambition importante concerne les trajets de soins qui visent une coordination de soins en améliorant la collaboration entre le patient, le médecin généraliste, le spécialiste et d'autres professionnels de la santé. Au cours de la période 2010-2012, les trajets de soins seront opérationnels et une évaluation des trajets de soins en cours sera préparée.

Un autre engagement important concerne le renouvellement de soins aux personnes âgées. Celui-ci s'inscrit bien entendu dans le cadre de la problématique plus vaste du vieillissement. L'INAMI a un rôle central à jouer dans le soutien de la sélection et du suivi des projets approuvés en matière de formes de soins alternatives et de soutien aux personnes âgées.

Il convient à ce sujet de signaler aussi que le nouveau système de rémunération des pharmaciens travaillant en office publique sera évalué. L'INAMI examinera si l'objectif de la réforme a effectivement été réalisé, à savoir que le pharmacien qui délivre occupe une place plus importante pour son rôle de passeur d'informations aux patients et qu'une rémunération adaptée lui est octroyée à cette fin.

Finalement nous mentionnons aussi que l'INAMI contribuera au développement d'un Plan belge pour les maladies rares. Le travail de recherche proprement dit et les rapports y afférents seront effectués au niveau du Fonds maladies rares.

#### **(6) Optimalisation des missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle**

Afin de garantir une utilisation efficiente et efficace des moyens destinés à l'assurance maladie-invalidité, il faut une politique moderne en matière de feed-back, d'évaluation et de contrôle à l'égard des dispensateurs de soins, des établissements de soins, des organismes assureurs,

des assurés sociaux, des firmes, des offices de tarification, etc. Ce contrôle moderne de l'utilisation optimale des moyens ne vise pas uniquement à sanctionner et à réprimer les dispensateurs mais accorde également beaucoup d'importance à la prévention et à la responsabilisation. De manière générale, trois piliers peuvent être identifiés auxquels une attention particulière doit être consacrée, à savoir Informer, Contrôler et Évaluer.

Dans le cadre de ce domaine stratégique, il convient de signaler tout d'abord qu'un certain nombre de projets, lancés dans le cadre de précédents contrats d'administration ou du précédent avenant, seront poursuivis, approfondis et élargis. Il s'agit entre autres de l'informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins; du contrôle de la délivrance correcte de médicaments au moyen du système de codes-barres uniques; du développement d'une cartographie des activités de contrôle du médecin-conseil dans le cadre de l'incapacité primaire; de la réalisation de projets d'évaluation auprès des dispensateurs de soins et de mesures a posteriori ou analyses d'impact; la réalisation de contrôles thématiques auprès des organismes assureurs afin de contrôler le respect de la réglementation.

Dans ce nouveau Contrat d'administration, une attention particulière sera également prêtée à la lutte contre la fraude sociale. Le croisement de données permettra entre d'autres de détecter les indemnités indûment allouées. Une analyse de la qualité du feed-back des organismes assureurs sera également effectuée concernant les dossiers d'assujettissements fictifs. Signalons enfin le développement d'un reporting de qualité concernant les activités et les résultats dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

Signalons en outre l'existence d'un nouveau projet visant à renforcer le contrôle administratif des documents introduits à l'INAMI par les maisons de repos et les centres de rééducation fonctionnelle qui servent de base à leur financement.

#### **(8) Renforcement du soutien apporté à la politique financière de l'ASSI**

Dans le cadre de ce domaine stratégique, il est prévu d'évaluer l'efficacité du système actuel de responsabilisation des organismes assureurs concernant leurs frais d'administration. Sur la base de cette évaluation, l'INAMI fera une proposition concrète en la matière concernant une adaptation des règles opérationnelles actuelles.

#### **(9) Renforcement de la communication externe et promotion d'une image positive de l'INAMI**

Bon nombre de projets susmentionnés comportent également un aspect de communication externe. Un engagement spécifique supplémentaire peut être mentionné, à savoir la poursuite du développement et de l'actualisation de modules d'information à l'attention des dispensateurs de soins, spécifiquement orientés vers les missions du SECM en vue de réduire le nombre d'erreurs et d'infractions à la réglementation.

#### **(10) Amélioration de l'harmonisation par rapport aux niveaux européen et international**

L'INAMI veut contribuer et se préparer au mieux aux initiatives et développements européens et internationaux, en contribuant tant au développement d'initiatives européennes et internationales en matière d'assurance maladie-invalidité qu'à une exécution correcte et rapide de la réglementation européenne et internationale (législation en matière de coordination, traités bilatéraux, etc.) en matière d'assurance maladie-invalidité. Dans le cadre de ce Contrat

d'administration, l'INAMI contribuera à l'implémentation de la nouvelle législation européenne en matière de coordination, aussi bien sur le plan juridique-administratif et financier-administratif qu'au niveau de l'échange électronique de données. Un autre projet directement lié concerne la modernisation et l'informatisation de la gestion des dossiers de demande en vue de l'octroi d'une pension d'invalidité dans le cadre international.

Dans le cadre de la création de l'Observatoire de la mobilité des patients, l'INAMI préparera les mesures nécessaires tant sur le plan juridique que sur le plan organisationnel et administratif, e.a. par la rédaction d'un projet d'arrêté royal portant exécution de la loi en vue de promouvoir la mobilité des patients.

En outre, l'INAMI poursuivra ses efforts dans le cadre du développement d'un système de santé dans les pays en voie de développement et ce, par le biais de l'échange de connaissances et d'expériences acquises spécifiquement à l'INAMI dans le domaine de l'assurance soins de santé.

## **Article 10. Grands axes du Contrat d'administration 2010-2012**

Ce Contrat d'administration comprend 8 grands axes pour lesquels l'INAMI, dans le cadre de sa compétence et pour l'exécution de ses missions, déploiera les moyens humains et matériels nécessaires et développera les instruments de mesure nécessaires au suivi de leur exécution.

Il s'agit des axes suivants :

1. le développement des informations et des moyens nécessaires à la **maîtrise des dépenses** en matière de prestations de l'assurance soins de santé et indemnités ;
2. la **lutte contre la fraude sociale** ;
3. la **simplification administrative** ;
4. l'**amélioration des processus et l'informatisation** devant aboutir à une amélioration des prestations de services administratifs aux utilisateurs – pour pouvoir répondre aux dispositions de la charte de l'assuré social et de garantir l'accessibilité aux prestations de l'assurance – et aux différents partenaires ;
5. la collaboration, de manière adéquate, à l'**application uniforme de la législation** telle que stipulée dans la Loi SSI ;
6. le **renforcement de la communication externe** ;
7. la stimulation d'**approches innovatrices** dans le domaine des soins de santé ;
8. l'**amélioration de l'accessibilité** aux soins.

Dans le cadre des missions confiées à l'INAMI en vertu des dispositions légales, une attention particulière sera accordée aux points susmentionnés pendant toute la durée du Contrat d'administration.

Pour y répondre, il faudra modifier l'organisation du travail et des différentes procédures, faire appel à l'informatique, procéder à une requalification de certaines tâches et investir davantage dans la gestion et la formation des agents.

Dans le cadre de l'autonomie accordée et des moyens attribués, il appartient à l'INAMI et à son administration de prendre toutes les mesures nécessaires à cet effet.

Les parties cosignataires du Contrat reconnaissent qu'en raison de l'ampleur et de la complexité de la matière à traiter, la collaboration active de tous les acteurs concernés et une stabilité relative du terrain de travail de l'Institut sont indispensables pour réaliser un progrès significatif au niveau des priorités à prendre en considération.

Chacun des 8 axes énumérés correspond à des objectifs précis à réaliser par l'Institut et son administration.

Pour la période du **1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012**, les parties conviennent de retenir les objectifs des titres IV au XIII inclus. Pour ce qui est des objectifs spécifiques, les effets seront suivis au moyen de tableaux de bord (voir titre XIV).

Le choix des objectifs est motivé par les considérations suivantes :

- réagir aux signaux externes indiquant qu'une amélioration des procédures et des informations dans les matières traitées est attendue ;
- garantir la qualité du traitement des dossiers ;
- suivre de la manière la plus efficace possible les domaines et axes stratégiques définis ci-avant ;
- concilier la poursuite de l'exercice des activités quotidiennes imposées à l'administration et le développement, pour une période de trois ans, d'initiatives permettant de répondre aux nouvelles normes.



## **TITRE IV: Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique**

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

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

#### **Intitulé**

Mettre à disposition des dispensateurs de soins des informations correctes et pertinentes dans le but de les faire réfléchir à leur performance afin qu'ils puissent l'adapter s'ils le souhaitent.

#### **Cadre**

Informier, conseiller

#### **Axes**

- Renforcement de la communication externe
- Amélioration du processus et informatisation
- Approches innovatrices.

#### **Contexte**

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). Ce dernier point sera possible en mettant à disposition des informations correctes et pertinentes, selon les besoins des dispensateurs de soins et en étroite collaboration avec ces derniers (cf. accord médico-mutualiste 2008).

Différentes bases de données seront utilisées pour pouvoir mettre ces informations à disposition. Il s'agit des 3 sources suivantes:

- les banques de données de production qui détaillent les actes prestés et prescrits par professionnel (tels que les fichiers N et P, PAT, Pharmanet, PH, SHA) par institution (ADH, RHM), ou par bénéficiaire (échantillon permanent),
- les données signalétiques qui caractérisent les institutions ou les professionnels de santé (complétés par les situations d'activité).
- Toutes sources d'information extérieures seront consultées si nécessaire (KCE (rapports,...), IMA, SPF (cadastre, enquête santé,...),...)

La transformation des bases de données en information pertinente consiste d'une part à contextualiser l'information et d'autre part à traduire les pratiques en indicateurs lisibles sur base de comparaison. 3 types de comparaison sont possibles:

- le premier consiste à comparer les pratiques à des recommandations - normatives ou non - (approche CNPQ)

- le second consiste à comparer les pratiques avec celles de professionnels présélectionnés. Cette présélection se faisant selon une optique de « normalité » ou de « précurseurs » (approche commission des profils)
- le troisième consiste à comparer les pratiques en fonction d'une population-cible (ex: atlas).

Les indicateurs sont compilés selon 3 formes potentielles de rapports périodiques:

- le rapport de type 1 à caractère individuel, consiste à compiler les indicateurs de production sur une thématique spécifique (ex : gros prescripteurs, mammothest, génériques, abiotiques)
- le rapport de type 2 à caractère plus global consiste à compiler les indicateurs qui se rapportent à un groupe cible de la population (vaccin grippe (65+)). Les indicateurs peuvent être ventilés par type de profession pour autant que la nomenclature soit spécifique
- Un rapport intégré (1+2) à caractère individuel, qui compile les rapports de type 1 et 2 dans une perspective récurrente longitudinale à des fins de suivi (feedback multidimensionnel).

Les rapports de type 1 et 2 seront des «one shots». Le feedback multidimensionnel sera récurrent. Des lecteurs-pilotes (lecteurs «naïfs») auront la possibilité de faire des remarques et/ou des corrections.

Il y aura une collaboration étroite avec les professionnels qui sera matérialisée par un groupe de travail qui participera à la phase conceptuelle et validera le produit. Ce comité ad hoc sera composé des professionnels ciblés par le produit, appuyé par des experts et représentants des commissions.

L'INAMI veillera, à l'avenir, à une informatisation des rapports afin d'en faciliter l'appropriation et l'exploitation par les professionnels dans leur pratique quotidienne (classement, recherche documentaire par mots clés, chronologie, recoupement d'information, contextualisation, ...). En attendant, l'e-box sera utilisée.

Par la suite une évaluation systématique de l'appropriation (par des questionnaires de satisfaction) et de l'impact (sur base de l'évolution des performances) sera faite. Pour améliorer l'impact, un accompagnement (spécifique à chaque rapport) sera envisagé (formation continue, campagne d'information (population, autres acteurs de santé..)).

L'opérationnalisation de ce projet est échelonnée dans le temps. Les engagements repris ci-après sont orientés sur un premier thème concernant les médecins généralistes. En premier lieu, le feedback vers les médecins généralistes sera élargi et optimisé en 2010. Plus concrètement, le feedback de 2010 reprendra des données de profils et des données de pharmanet.

Deuxièmement, en 2011, l'INAMI établira un Balanced scorecard pour la médecine générale. Cette BSC donnera une image globale des indicateurs de santé, ciblée sur la médecine générale. À l'aide de certains indicateurs-clés, il sera dès lors possible de suivre périodiquement l'évolution de la situation dans la médecine générale. Il s'agit de plusieurs domaines, à savoir le domaine des moyens (suivi des dépenses générées par médecin généraliste p.ex.), le domaine de l'activité de production (nombre de patients inscrits par habitant chez le médecin généraliste p.ex.), le domaine de l'apprentissage (pourcentage de DMG par médecin p.ex.) et le domaine du patient (pourcentage de vaccins contre la grippe chez les patients âgés p.ex.).

A plus long terme, d'autres thèmes seront sélectionnés.

### **Actions – engagements:**

1. Optimiser le premier feedback vers les médecins généralistes, en ajoutant des données de pharmanet. Date limite: 31 décembre 2010.
2. Etablir un Balanced Scorecard (y comprenant des indicateurs de santé) pour la médecine générale. Date limite: 31 décembre 2011.

### **Effets attendus**

- Amélioration de la performance des dispensateurs de soins.

### **Facteurs externes**

- Disponibilité des données.
- Collaboration des dispensateurs (groupe de travail).
- Collaboration des lecteurs-pilotes.

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

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

### **Intitulé**

Moderniser et informatiser la gestion 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.

### **Cadre**

Accorder, payer, évaluer et contrôler.

### **Axes**

- Amélioration des processus et informatisation
- Simplification administrative
- Application uniforme de la réglementation

### **Contexte**

La Direction des établissements et des services de soins au sein du Service des Soins de Santé de l'INAMI est compétente, entre autres, pour la gestion et le contrôle du financement des maisons de repos (MRPA/MRS/CSJ), y compris pour 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 et pour l'harmonisation des salaires dans les maisons de repos ("troisième volet").

Par la gestion de ce financement, on entend entre autres :

- gérer le cadastre des établissements de soins : données d'identification et agréments ;
- effectuer des contrôles des données relatives au personnel transmises par les établissements et des jours facturés par ceux-ci,
- calculer les interventions (forfaits, troisième volet, fin de carrière et autres) ainsi que gérer, suivre et contrôler les paiements ;
- apporter des corrections suite au contrôle des "échelles de Katz" dans les établissements, effectué par les collèges locaux du Collège des médecins-conseils ("contrôles kappa") ;
- faire des comptes rendus et fournir des avis conformes à la politique à mener à l'attention du management, de la commission des conventions, du SPF Santé publique, du groupe de travail Soins pour personnes âgées de la Conférence interministérielle, etc.;
- offrir un soutien au développement du cadre réglementaire ;
- etc.

Ces missions se rapportent à environ 2500 établissements dont environ 1650 maisons de repos (MRPA/MRS). Ces établissements reçoivent chaque année un montant total d'environ 2 milliards d'EUR sur la base des dossiers qu'ils introduisent à l'INAMI.

La direction compétente dispose actuellement déjà d'une application informatisée de l'exécution quotidienne des missions citées. L'application actuelle présente toutefois une série d'imperfections, tant au niveau fonctionnel qu'au niveau technique.

En ce qui concerne les fonctionnalités actuelles, on pourrait rendre la collecte des données plus efficace ainsi que son automatisation, on pourrait automatiser certains calculs qu'on effectue actuellement encore à la main et on pourrait rendre la gestion interne des données en back office plus conviviale.

En outre, il faudrait développer une série de nouvelles fonctionnalités :

- acquérir des données supplémentaires : soins palliatifs dans les maisons de repos ; nouvelles catégories de dépendance ; médecin coordinateur dans la maison de repos ; agréments dans le secteur, ... ;
- moderniser la demande de données : afin que l'établissement ne soit pas obligé de déclarer tout "à nouveau" à la main, récupérer autant que possible les renseignements déjà disponibles ;
- ajouter des mécanismes de contrôle pour éviter l'introduction de données erronées ;
- sur la base de paramètres spécifiques, détecter les établissements présentant un risque d'abus ;
- améliorer les comptes rendus internes et externes ;
- améliorer le feed-back aux établissements (dossier électronique concernant l'établissement) ;
- assurer une meilleure gestion interne des dossiers (enregistrer les décisions prises et les rendre consultables, etc) ;
- permettre de réaliser des simulations ;
- traiter les contrôles au niveau du besoin de soins (Katz) effectués par les collègues locaux ;
- interpréter les statistiques trimestrielles du Collège national des médecins-conseils.

Une nouvelle application ICT sera réalisée en plusieurs phases afin de répondre aux divers besoins fonctionnels et techniques. Nous pouvons en distinguer trois composantes, même si ces phases se chevaucheront en partie dans le temps :

Pendant une **première phase**, les fonctionnalités (demande de données et module de calcul) disponibles dans l'application actuelle, seront modernisées et intégrées à une nouvelle application. Cette première phase a déjà débuté dans le courant de 2009. Elle comporte également la reconstruction de l'historique de la gestion des établissements en question.

Pendant la **deuxième phase**, des fonctionnalités pour la demande de données supplémentaires (pour lesquelles il n'existe aucun contrôle à ce jour) seront développées dans la nouvelle application et il devra être possible d'effectuer des simulations afin de visualiser l'incidence des changements dans les paramètres et/ou les données.

On peut également encore citer le développement de fonctionnalités supplémentaires au niveau des comptes rendus internes et externes et au niveau de la gestion financière en back office, etc.

La **troisième composante** du développement de la nouvelle application qui se déroule en fait en parallèle avec la première et la deuxième phase concerne la création d'un accès électronique aux sources de données externes. L'objectif est de diminuer les risques au niveau de la collecte des données, de réduire les délais de traitement et d'accroître la productivité. L'organisation de cet échange de données électroniques ayant des sources externes authentifiées exige évidemment de mettre sur pied une série d'engagements mutuels clairs au sujet du contenu de cet échange de données et de la façon d'utiliser les données récoltées. Actuellement, les sources suivantes sont entre autres identifiées dans le cadre du développement de la plateforme de gestion :

- les maisons de repos (MRPA/MRS), en ce qui concerne les données en matière de personnel et de prestations ;
- les collèges locaux, en ce qui concerne les données d'évaluation (KATZ) ;
- l'ONSS et l'ONSSAPL, en ce qui concerne les données du personnel employé dans les maisons de repos (MRPA/MRS) ;
- les OA, en ce qui concerne les données trimestrielles en matière de jours facturés ;
- les Communautés et les Régions, en ce qui concerne les données en matière d'agrément.

Les dates limites se rapportant à la mise en production des phases 1 et 2 de la nouvelle application figurent dans les actions-engagements. Quant à la troisième composante, à savoir l'accès électronique aux sources de données externes, la date limite n'est pas clairement déterminée. Il y aura lieu de conclure des accords avec les différents partenaires au sujet de la manière d'organiser l'accès électronique et dans quel délai il serait possible de le faire. Dans le cadre du compte-rendu relatif à l'avancement des projets du Contrat d'administration, un état d'avancement sera bien entendu chaque fois établi au sujet de cette composante.

Bien évidemment il y a un lien entre ce projet et l'article 35 du présent Contrat d'administration, qui a trait au renforcement du contrôle administratif sur les dossiers et les pièces introduits par les maisons de repos (MRPA/MRS) auprès de l'INAMI.

### **Actions – engagements :**

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.
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 : 1er janvier 2012.

### **Effets attendus :**

- Gestion efficace des données informatisées et échange de données avec les partenaires internes et externes avec, entre autres, une simplification administrative, une productivité accrue et par conséquent des frais d'entretien techniques moins élevés ;

- Une application ICT flexible facilement adaptable à un contexte réglementaire en constante évolution ;
- Une meilleure qualité de services à offrir aux établissements pour le calcul des forfaits, la gestion et le suivi des paiements;
- Meilleur soutien de gestion tant sur le plan budgétaire que sur le plan stratégique ;
- Meilleur contrôle des données fournies par les établissements.

### **Facteurs environnementaux**

- Le projet concerne bien entendu un grand nombre de partenaires externes qui doivent être associés à l'élaboration et à l'implémentation du projet, surtout en cas d'impact ICT ou d'impact sur l'organisation de leurs activités.
- En ce qui concerne le lien vers les sources de données externes, la collaboration des partenaires externes compétents (maisons de repos (MRPA/MRS), OA, ONSS, ONSSAPL, Communautés et Régions) est nécessaire.

## **ARTICLE 13. Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie**

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

### **Intitulé**

Développer des connaissances concernant l'impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie.

### **Cadre**

Informier, conseiller.

### **Axes**

- Maîtrise des dépenses.

### **Contexte**

Différents acteurs, tant au niveau international qu'au niveau national, s'appliquent à étudier le phénomène du vieillissement et ses effets. Citons en particulier l'existence d'un Comité d'étude sur le vieillissement au sein du Conseil supérieur des Finances. Ce Comité élabore chaque année depuis 2002 un rapport où sont examinées les conséquences budgétaires et sociales. Ceci comprend entre autres également l'estimation des incidences financières sur les dépenses de la sécurité sociale.

L'INAMI souhaite être davantage présent dans le débat en développant des connaissances en ce qui concerne les conséquences du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie. L'institut souhaite travailler en complémentarité avec les connaissances déjà développées par d'autres acteurs.

Le développement des connaissances par l'INAMI peut se situer tant au niveau général qu'à un niveau spécifique. Au niveau général, l'INAMI pourrait comparer les projections réalisées par le Comité d'étude aux évolutions réelles et attendues des dépenses et ce, tant pour le budget global que pour les différents sous-secteurs de l'assurance maladie. À un niveau plus spécifique, des rapports plus détaillés concernant l'impact et les évolutions dans certains sous-secteurs ou concernant certains thèmes et problématiques peuvent être développés. A ce sujet, l'INAMI a déjà commencé en 2009 l'exécution d'une étude spécifique concernant les implants.

Dans ce contexte, l'INAMI utilisera au maximum les sources de données spécifiques dont il dispose, comme entre autres les données des échantillons et les données de l'audit permanent. Il va de soi que lorsque cela s'avérera pertinent, l'INAMI collaborera avec d'autres institutions, comme le Comité d'étude même, l'Institut scientifique de la Santé publique (ISSP), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ou des universités, pour ce qui est des aspects ayant trait à la méthodologie et au contenu.

Le renforcement du développement des connaissances concernant l'impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie permettra de mieux prédire la future tendance des dépenses. En outre, les analyses et résultats des études peuvent également contribuer à un débat mieux informé sur la norme de croissance requise dans l'assurance maladie ainsi que sur le Fonds d'avenir des soins de santé.

Le projet en question s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle ambition de l'INAMI. Afin de réaliser correctement cette mission, il est nécessaire de bien préparer le travail, tant au niveau du contenu que de la méthodologie. En outre, il y a lieu de se concerter avec les partenaires concernés et d'organiser une collaboration harmonieuse. Concrètement, l'INAMI s'engage premièrement à finaliser pour mi 2011 le rapport thématique sur les implants. pour la fin du Contrat d'administration 2010-2012. Deuxièmement un rapport thématique sur le secteur des soins aux personnes âgées sera également réalisé pour fin 2012.

### **Actions – engagements:**

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

### **Effets attendus**

- Meilleure estimation des dépenses futures de l'assurance maladie, tant de manière générale que pour les sous-secteurs.
- Un débat mieux informé sur la norme de croissance et le Fonds d'avenir.

### **Facteurs externes**

- Aucun.

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

Cet article concerne la poursuite d'un projet (article N2) qui figurait déjà dans l'Avenant au 2<sup>e</sup> Contrat d'administration 2006-2008.

### **Intitulé**

Développer des informations stratégiques concernant les dépenses régionales relatives aux soins de santé.

### **Cadre**

Informers, conseiller.

### **Axes**

- Maîtrise des dépenses.
- Amélioration de la communication externe.

### **Contexte**

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

Jusqu'à 2008, les données régionales non standardisées mises à disposition étaient des données de base brutes (coût et nombre de cas par bénéficiaire) par région, province et arrondissement notamment. Ces données figurent également dans les rapports d'audit (cf. article 13 du 2<sup>e</sup> CA).

En 2009, le Service des soins de santé :

- a élaboré une méthodologie d'analyse standardisée des données de base (degré de détail, regroupement des dépenses, recommandations pour le développement de cartes géographiques), compte tenu des catégories spécifiques des effectifs. Certains facteurs pourront ainsi être neutralisés, ce qui rendra les analyses régionales plus fiables. Cette méthode vise une interprétation plus précise des variations régionales ;
- a terminé un premier rapport standardisé pour les données 2006 (année t-3)

En 2010, pour les données de 2008 (année t-2), le premier rapport standardisé sera affiné en tenant compte des résultats des discussions, et ce pour fin septembre 2010. Dès 2011, un rapport actualisé sera périodiquement rédigé sur les données de l'année t, à la fin du premier trimestre de l'année t+2. Les données du rapport seront complétées par des commentaires et des interprétations.



### **Actions – engagements**

1. Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé. Dates limites: 30 septembre 2010 (données 2008), 31 mars 2011 (données 2009) et 31 mars 2012 (données 2010).

### **Effets attendus**

- Meilleur suivi des dépenses.
- Amélioration de la qualité des décisions du Conseil général et de l'autorité de tutelle.

### **Dépendances externes**

Néant.

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 (art. 14) et l'Avenant 2009 (art. N1).

### **Intitulé**

Développer des connaissances concernant le phénomène d'incapacité primaire au moyen de statistiques et d'études.

### **Cadre**

Informier, conseiller.

### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation
- Lutte contre la fraude sociale
- Amélioration du processus et informatisation
- Maîtrise des dépenses

### **Contexte**

Le Service des indemnités développe des indicateurs en incapacité de travail primaire (ITP) permettant au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) d'effectuer des contrôles ciblés et de qualité. Concrètement, des statistiques sont établies, e.a. du nombre de jours ITP communiqué par les OA au niveau de l'union. Dans l'Avenant figure l'engagement d'améliorer l'exploitation de ces statistiques ITP par l'élaboration et la mise à disposition d'un rapport décrivant, de manière synthétique, les résultats des statistiques, y compris un aperçu de l'évolution statistique dans le temps. Ce rapport est joint aux données statistiques transmises au SECM et a pour but de décrire les évolutions effectives, sans pour autant chercher des variables explicatives. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, le Service des indemnités s'engage à établir un tel rapport annuel concernant les données ITP ayant trait à l'année civile précédente.

Outre la rédaction d'un rapport de synthèse descriptif annuel, le Service des indemnités a certaines ambitions qu'il souhaite réaliser sur le long terme en ce qui concerne le phénomène d'incapacité primaire:

- Réalisation d'une étude sur les facteurs explicatifs à l'origine de l'évolution du nombre de cas et de journées indemnisables en incapacité de travail primaire ;
- Optimisation des estimations budgétaires concernant l'incapacité de travail primaire;
- Amélioration de l'efficacité des contrôles des dépenses en incapacité de travail, e.a. au moyen d'une comparaison entre les données INAMI et les données ONEM en la matière.

Afin de réaliser ces ambitions, un transfert optimal de données avec les organismes assureurs (OA) est nécessaire. C'est pourquoi, dans le courant des années 2008-2009, différentes démarches ont été entreprises avec les OA afin d'enrichir, d'accélérer et de simplifier le transfert de données (e.a. individualisation des données). En outre, un système de feed-back est prévu à l'égard des OA afin de les informer des erreurs que le Service des indemnités a constatées dans leurs données. En principe, le Service des Indemnités pourra disposer des données ITP individualisées 2009 pour la fin du mois de février 2010. Le Service des indemnités pourra ensuite établir pour fin mars 2011 une première étude sur les facteurs explicatifs à l'origine des évolutions statistiques en incapacité de travail primaire. Ladite note sera présentée au Comité de gestion du Service des indemnités. Ou nécessaire, cette première étude sera approfondie pour fin 2011 sur base des données 2010.

### **Actions – engagements**

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 ; 31 décembre 2012
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 sur base des données 2010. Date limite : 31 décembre 2011

### **Effets attendus**

- Meilleure compréhension des aspects statistiques et explicatifs du phénomène d'incapacité primaire.
- Meilleurs conseils dans l'approche politique du phénomène de l'incapacité de travail primaire.
- Meilleures estimations financières relatives à l'incapacité de travail primaire.
- Efficacité accrue des activités de contrôle en matière d'incapacité de travail primaire.

### **Facteurs externes**

- Le délai de communication des fichiers par les OA ainsi que la qualité des fichiers constituent un risque externe.
- La collaboration de l'ONEM pour la création d'une banque de données externe relative au chômage est importante dans le cadre de l'étude explicative et l'approfondissement de cette étude.

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet (art. 16) qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009.

### **Intitulé**

Développer des connaissances concernant l'application du système de reprise d'activités partielles autorisées au moyen de statistiques et d'études.

### **Cadre**

Informé, conseiller.

### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation
- Lutte contre la fraude sociale
- Amélioration du processus et informatisation
- Maîtrise des dépenses

### **Contexte**

L'article 16 du Contrat d'administration 2006-2008 avait pour but d'informatiser le transfert de données « reprise de travail partielle avec autorisation du médecin-conseil » et de développer et alimenter une base de données commune sur la base de ce transfert qui réponde aux besoins tant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) que du Service des indemnités (SI).

Dès que le flux électronique sera complètement stable et de qualité et que les dossiers en cours auront été effectivement intégrés dans la banque de données électronique, le flux papier sera supprimé au plus vite. Il s'agit d'un projet important de simplification administrative étant donné que le flux papier en matière de reprise d'activités comprend chaque année plus ou moins 25.000 documents du côté du SI et un volume équivalent au niveau du SECM.

Dans le courant du second semestre de 2009, le Service des indemnités pourra disposer de toutes les données concernant les autorisations encore en cours au niveau de cumul d'une indemnité et d'une activité autorisée par le médecin-conseil.

Le nouveau flux nous permet d'ores et déjà d'établir des statistiques détaillées concernant la reprise de travail partielle.

Concrètement, le Service des indemnités établira une note dans le courant de 2010 à l'attention du Comité de gestion du Service des indemnités en y intégrant les premières constatations concernant le fonctionnement du système de reprise partielle des activités. Ainsi on analysera p.ex. s'il est possible de savoir dans quelle mesure ceux qui ont été autorisés reprennent effectivement d'activités partielles, quelles sont les variations entre les OA/mutualités ou entre les arrondissements, etc. A un niveau plus fondamental on peut analyser la thématique des règles de cumul. Sur base des données et des statistiques des recommandations d'ordre

stratégique pourront ensuite également être formulées. En ce qui concerne ce dernier point, il faut être conscient que le Service des indemnités ne dispose pas encore de données chiffrées sur une période plus longue. Seuls les chiffres de 2009 seront disponibles dans un premier temps. Les conclusions déposées doivent être évaluées à la lumière de la présente information.

### **Actions – engagements**

1. Rédaction d'une note concernant le fonctionnement du système de reprise d'activités partielles autorisées. Date limite : 31 décembre 2010

### **Effets attendus**

- Meilleure compréhension du fonctionnement du système de reprise d'activités partielles autorisées.
- Meilleurs conseils en matière d'approche stratégique au niveau de la reprise d'activités partielles autorisées.

### **Facteurs externes**

- Le délai de communication des fichiers par les OA ainsi que la qualité des fichiers constituent un risque externe.

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

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

### **Intitulé**

Développer des connaissances concernant le phénomène d'incapacité de travail en vue d'une réforme fondamentale du secteur.

### **Cadre**

Informier, conseiller

### **Axes**

- Maîtrise des dépenses
- Approches innovatrices
- Renforcement de l'accessibilité
- Application uniforme de la réglementation

### **Contexte**

Le présent Contrat d'administration a intégré plusieurs projets relatifs au phénomène d'incapacité de travail. Il s'agit plus spécifiquement des projets suivants:

- Article 5: Incapacité primaire: statistiques et études;
- Article 6: Reprise partielle autorisée d'activités: exploitation des données;

- Article 19: Dossier d'invalidité électronique;
- Article 27: Incapacité primaire: cartographie des activités du médecin-conseil;
- Article 30: Lutte contre la fraude sociale: croisement de données des modèles DMFA-PI;
- Article 32: Contrôles thématiques: audit, feed-back et avis en mutualités;
- Article 36: Implémentation de la législation européenne en matière de coordination;
- Article 38: Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international.

Ces projets peuvent plus ou moins être regroupés sous les catégories suivantes:

- Amélioration de l'échange de données concernant l'incapacité de travail;
- Consolidation des connaissances concernant le phénomène d'incapacité de travail;
- Amélioration du contrôle de l'incapacité de travail, tant au niveau du médecin-conseil/de la mutualité qu'au niveau de l'INAMI;
- Adaptation de la réglementation en matière d'incapacité de travail;
- Amélioration de la gestion interne de dossiers d'incapacité de travail.

Au cours des dernières années, des mesures importantes ont été prises dans le domaine de l'incapacité de travail primaire (ITP) en vue de mieux développer des connaissances et d'assurer un meilleur suivi et contrôle en la matière. Pour assurer la coordination de ces projets, une plate-forme de concertation périodique a été mise sur pied avec les organismes assureurs (OA) et le Collège intermutualiste national (CIN). Le but est de poursuivre ce développement de connaissances en analysant entre autres les facteurs explicatifs des évolutions statistiques de l'incapacité primaire. Les OA collaboreront avec l'INAMI afin d'identifier les activités de contrôle du médecin-conseil dans le cadre de l'ITP. En outre, l'INAMI développera des directives et des indicateurs concernant les attentes au niveau de la gestion et du contrôle de l'ITP au sein des OA.

Au niveau de l'invalidité, on peut signaler l'informatisation du dossier d'invalidité. Dans les années à venir, l'attention portée à la qualité de l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité sera renforcée par la Commission supérieure. Une telle analyse de qualité est indispensable afin:

- de définir et d'ajuster la politique générale d'assurance soins de santé (axée sur l'EBM) permettant d'évaluer les réelles possibilités de retour vers le milieu professionnel ou vers un autre environnement de travail et d'identifier un certain nombre d'obstacles éventuels;
- de mettre en place des instruments de mesure validés et de fixer des critères scientifiques qui permettent un suivi de l'état fonctionnel de l'assuré social;
- de soutenir l'exécution de directives qui seront élaborées dans le cadre de la mission du Conseil technique médical;
- de repérer, à un stade précoce, d'éventuelles incapacités de travail de longue durée en fixant un certain nombre de déterminants, ce qui permettra de proposer une politique adaptée à la situation;
- d'obtenir des modules statistiques permettant d'acquérir une meilleure connaissance des divers domaines de l'assurance invalidité (enregistrement affections médicales, professions de référence,...).

Ensuite il faut mentionner la question des partenaires sociaux dans le Comité de gestion du Service des Indemnités – et en ligne avec l'Accord interprofessionnelle de 2008 – concernant une étude sur l'application correcte des règles et de la notion de l'incapacité de travail. Il s'agit d'une étude aussi bien sur l'invalidité que sur l'incapacité de travail primaire. La question découle d'une étude antérieure sur les facteurs explicatifs des évolutions statistiques en matière d'invalidité. Cette étude contenait une partie 'non-expliquée' qui devrait être analysée plus profondément.

De grands défis sont à relever au niveau de la réinsertion socioprofessionnelle et de la réadaptation professionnelle. La question est de savoir comment améliorer davantage cette réinsertion, comment utiliser de façon optimale cet instrument qu'est la réadaptation professionnelle et quelles synergies doivent être créées pour y parvenir ? Il va de soi qu'il existe un lien avec l'article 6 qui reprend entre autres l'ambition d'analyser la manière dont le système de reprise partielle autorisée d'activités fonctionne en pratique.

Au niveau de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'ambition est d'analyser, dans les années à venir, le lien qui existe entre les systèmes de soins de santé et la problématique de l'incapacité de travail. Il est intéressant de savoir que la Belgique fait partie de ces quelques pays où l'assurance maladie et l'incapacité de travail sont trouvés dans le même régime, ce qui rend l'analyse du lien entre les deux facettes d'autant plus intéressante. L'INAMI et les OA doivent se concerter pour savoir comment répondre à cette demande d'analyse. La question se pose également de savoir quel rôle l'Agence intermutualiste (AIM) peut jouer à ce niveau. La base de données AIM pourrait par exemple être complétée de données concernant l'incapacité de travail.

Enfin, il convient de signaler d'autres facettes, comme l'analyse des conditions de vie des bénéficiaires d'indemnités, la réalisation d'une épidémiologie de l'incapacité de travail, etc.

Il est clair que de nombreux défis sont encore à relever au niveau de l'incapacité de travail. L'ambition finale est d'évaluer et d'améliorer l'efficacité du système en question. Ce défi dépasse la compétence de l'INAMI. Il convient d'examiner avec les différents partenaires, les OA/CIN/AIM, les universités, etc. qui peut remplir quel rôle tout en tenant compte des missions légales, des données disponibles, des moyens disponibles, etc. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à créer un Taskforce Incapacité de travail avec les divers partenaires et de soumettre, pour fin 2010, un plan d'approche afin d'analyser les divers défis à relever concernant le phénomène d'incapacité de travail et de les convertir en points d'action.

### **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.

### **Effets attendus**

- Meilleure compréhension des aspects administratifs et médicaux de l'incapacité de travail.
- Meilleurs conseils donnés en ce qui concerne l'approche stratégique du phénomène de l'incapacité de travail.

### **Facteurs externes**

- La collaboration des différents partenaires externes est requise.

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

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

### **Intitulé**

Améliorer les comptes rendus au sujet des activités et des résultats du SECM dans le cadre de la stratégie ICE (I = information; C = contrôle; E= évaluation)

### **Cadre**

Informeur, Conseiller

### **Lignes de force**

- Renforcer la communication externe

### **Contexte**

Il y a quelques années déjà, un processus de modernisation avait été mis en route au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) afin de répondre aux nouvelles tâches et missions qui lui avaient été confiées. Suite à la loi sur la responsabilisation de 2002, le SECM a développé les missions d'évaluation et d'information. La loi sur la responsabilisation de 2006 a renforcé l'efficacité du contrôle effectué par le SECM.

Le renouvellement du cadre réglementaire et les initiatives de modernisation du service ont abouti à une stratégie intégrée qui s'appuie sur trois piliers : information, contrôle et évaluation, en d'autres termes, la stratégie ICE. Le pilier "information" vise une meilleure information et sensibilisation des dispensateurs de soins, ce qui devrait déboucher sur moins d'infractions à la législation. Le pilier "évaluation" est essentiellement préventif et consiste à informer les dispensateurs de soins sur leurs pratiques de soins. À cette occasion, il est possible que des irrégularités soient détectées dans leurs pratiques de soins dans le cadre de l'assurance SSI. Enfin, le pilier "contrôle" vise à contrôler si les prestations de soins portées en compte par les dispensateurs de soins individuels et les établissements ainsi que les indemnités accordées aux assurés sont conformes aux dispositions et aux conditions légales. Les trois piliers de la stratégie ICE sont interactifs. Par une approche intégrée et efficace, le SECM opte pour la meilleure combinaison des missions et contribue ainsi à optimiser l'utilisation des moyens mis à disposition par l'assurance SSI.

Pour poursuivre le trajet de modernisation du SECM, une grande attention doit être portée à l'amélioration des comptes rendus internes et externes relatifs aux actions et aux résultats du service. Pour ce faire, il faut entre autres développer un système d'information du management et continuer d'organiser un colloque biennal auquel sont conviés également les clients et les partenaires du SECM. Dans le cadre de ce colloque biennal, différents rapports thématiques ont actuellement déjà été rédigés au sujet des actions menées au cours de l'exercice précédent. Le cas échéant, des comptes rendus ont également été rédigés au sujet des résultats concrets, tant sur le plan de la production ("outputs") que des résultats ("outcomes") des processus du SECM.

Au cours des prochaines années, le SECM veut s'appliquer à fournir un rapport annuel complet et intégré au sujet de la mise en œuvre de la stratégie ICE. Outre le compte rendu des activités réalisées pour chacun des trois piliers, on s'attachera également à mieux expliciter les résultats

(“outputs” et “outcomes”) de ces activités. Cette ambition va bien évidemment de pair avec le développement continu du système d’information du management du service. En plus une stratégie de publication scientifique sera développée, p.ex. dans le domaine du médecine de l’assurance, en ce qui concerne les résultats des différents projets ICE.

### **Actions –engagements :**

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.)

### **Effets attendus**

- Comptes rendus internes et externes plus transparents et justification des actions et des résultats s’inscrivant dans la stratégie ICE du SECM.

### **Facteurs externes**

- Aucun.

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

Cet article contient un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d’administration 2006-2008.

### **Intitulé**

Optimaliser le matériel statistique, la communication externe et le soutien à la gestion des données concernant les effectifs.

### **Cadre**

Informier, conseiller, contrôler.

### **Axes**

- Renforcer la communication externe.
- Maîtriser les dépenses.
- Application uniforme de la réglementation.

### **Contexte**

La Direction «Contrôle et gestion des données d’accessibilité et archivage des données » du Service du contrôle administratif gère de nombreux échanges de données dans le cadre de l’accessibilité administrative et financière. Il s’agit, d’une part, des données sur lesquelles se fonde le droit fondamental aux interventions (accessibilité administrative – p.ex. attestation de qualité, données de cotisations, ...), d’autre part, des données sur la base desquelles une diminution des coûts en soins de santé (accessibilité financière – p.ex. MAF, Omnio, ARR, ...) peut être réalisée. Les effectifs – le nombre d’assurés sociaux subdivisés en catégories – nous



donnent une vue d'ensemble globale des assurés sociaux pour lesquels ces échanges de données ont lieu.

Le fichier de ces effectifs contient aussi bien les titulaires proprement dits (c.-à-d. les personnes qui, en raison de leur qualité et remplissant les conditions d'assurabilité, personnellement, ont droit aux interventions et indemnités) que les personnes à leur charge (c.-à-d. les personnes qui, cohabitant ou ayant un lien de parenté avec le titulaire, comme les époux, les ascendants, les descendants, ..., bénéficient également du droit de ce titulaire).

Deux fois par an, les organismes assureurs transmettent les données des effectifs à la Direction «Contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données ». Ces fichiers se rapportent à la situation, telle qu'elle était connue au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

Les articles 345 et 332 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, constituent la base réglementaire pour établir ces effectifs. Des directives claires à propos du contenu et de la structure des données ainsi que des délais à respecter pour la transmission des données ont été formulées dans une circulaire (2008/493) aux organismes assureurs. Après quelques contrôles systématiques de qualité, les fichiers de tous les organismes assureurs sont stockés dans la « Datawarehouse » de l'INAMI.

Tant au niveau interne qu'au niveau externe, il existe un besoin permanent en données chiffrées de qualité. Les données des effectifs 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. A l'heure actuelle, ces données statistiques se répartissent en trois volets.

Premièrement, une note à l'attention du Comité général de gestion est rédigée deux fois par an. Par voie du présent article au Contrat d'administration, l'INAMI souhaite que cette note soit évaluée, analysée et optimisée de façon approfondie. L'objectif est de parvenir à une note reprenant et interprétant de façon synoptique des données chiffrées pertinentes.

Deuxièmement, un rapport annuel doit être rédigé et publié sur le site Internet. Dans ce rapport figureront un certain nombre de tableaux et graphiques dont certains seront également publiés dans le rapport annuel de l'INAMI. L'objectif de l'INAMI est également d'évaluer et d'analyser ce rapport de façon approfondie. A partir de cette analyse, notre intention est de parvenir à un rapport de qualité présentant des statistiques de base sensées ainsi qu'un encadrement et une interprétation claires des données chiffrées, de sorte que le rapport soit accessible à un public large.

Dans la note et le rapport susmentionnés, on reprendra d'information ponctuel concernant l'intervention majorée en général et plus précisément concernant le statut OMNIO.

Dans la note et le rapport on reprendra également d'information concernant e.a. les caractéristiques comme l'âge, le sexe et le domicile (province, région, communauté) des nombres d'assurés. La répartition géographique reprendra aussi les communes germanophones.

Troisièmement, la Direction «Contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données » répond aussi à un nombre important de demandes de données ad hoc provenant aussi bien d'instances externes que d'autres services au sein de l'INAMI. Afin de pouvoir traiter

ces demandes de données plus rapidement et plus efficacement, l'INAMI entend concevoir un formulaire standard par lequel le demandeur devra clairement définir les données précises qu'il souhaite obtenir. Ce formulaire sera disponible sur le site Internet de l'INAMI. Pour introduire une telle demande de données et compléter le formulaire, les informations de base nécessaires seront également mises à la disposition de l'utilisateur.

Enfin, il y a lieu de souligner qu'il faut également toujours tenir compte des modifications réglementaires. Ainsi, l'intégration des petits risques des travailleurs indépendants depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 a des implications importantes pour la reproduction et l'interprétation des données chiffrées relatives aux effectifs. Cette modification importante nécessite donc également une adaptation de la note au Comité général de gestion et du rapport annuel.

### **Action – engagements**

1. Evaluer, analyser et optimiser 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 optimiser 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.

### **Effets attendus**

- Concernant les effectifs, rapporter et conseiller plus efficacement.
- Augmenter la qualité de la communication externe concernant les données des effectifs.

### **Dépendances externes**

- Réception à temps des données des effectifs permettant le suivi de la composition de la population des bénéficiaires de l'assurance obligatoire.

## **TITEL V: Exploiter les possibilités de eHealth**

### **ARTICLE 20. Élections électroniques**

Cet article contient un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

#### **Intitulé**

Organiser les élections électroniques pour certains groupes de dispensateurs de soins (médecins, dentistes et kinésithérapeutes).

#### **Cadre**

Informar, conseiller.

#### **Axes**

- Simplification administrative
- Amélioration du processus et informatisation
- Application uniforme de la réglementation

#### **Contexte**

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.

La procédure comporte plusieurs phases dont le déroulement et les modalités sont déterminés par des arrêtés royaux et ministériels<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour le secteur des médecins :

- l'arrêté royal du 8 août 1997 fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- l'arrêté ministériel du 2 mars 1998 fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour le secteur des dentistes :

- l'arrêté royal du 6 février 2003 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de dentistes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des dentistes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;
- l'arrêté ministériel du 7 février 2003 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des dentistes telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 2, et 212 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour le secteur des kinésithérapeutes :

- l'arrêté royal du 7 décembre 1999 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de kinésithérapeutes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

Les principales phases se rapportant toutes aux trois élections sont les suivantes :

1. établir la liste électorale ;
2. agrégation des organisations professionnelles ou groupements représentatifs désirant participer aux élections ;
3. opérations électorales : tirage des numéros de liste, envoi recommandé des lettres électorales aux dispensateurs de soins inscrits sur les listes électorales, gestion des lettres électorales retournées et modération des incidents ;
4. dépouillement des voix.

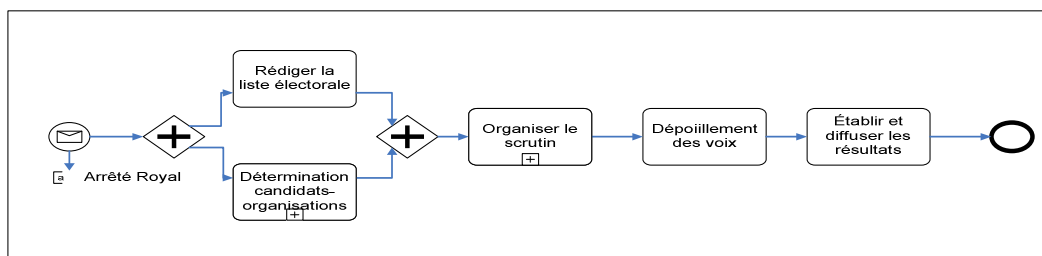
Cette procédure est lourde pour les dispensateurs de soins qui, en cas d'absence lors de la distribution postale, sont obligés d'aller chercher le pli recommandé au bureau de poste et de renvoyer également sous pli recommandé la lettre électorale, ce qui implique un nouveau déplacement. Elle est aussi contraignante pour les organisations professionnelles et groupement concernés qui doivent déléguer des témoins au dépouillement.

Les deux dernières phases de la procédure entraînent une lourde charge administrative pour l'INAMI :

- d'une part, parce que tous les documents relatifs à l'élection que l'INAMI doit envoyer doivent être mis sous enveloppe; à cet effet, plusieurs fonctionnaires sont réquisitionnés dans différentes directions;
- d'autre part, pour le dépouillement, des dizaines de bureaux de dépouillement doivent être constitués dont la présidence et le secrétariat doivent être également assurés par des fonctionnaires du service.

Pour ces motifs, l'INAMI a étudié la possibilité d'une procédure d'élection électronique pour toutes les élections à organiser. Un groupe de travail commun a été créé à cet effet composé de membres des organisations professionnelles représentatives des médecins, des dentistes et des kinésithérapeutes ainsi que des fonctionnaires de l'Institut en vue d'étudier les différentes possibilités d'une procédure d'élection électronique.

Dans ce cadre, le Service des soins de santé a élaboré une description détaillée du processus tant pour la situation actuelle (« as is ») que pour la situation future (« to be »), afin de préparer le mieux possible le développement ICT. Voici, dans le schéma suivant, la description du processus électoral en vision « hélicoptère » :



Le point de départ officiel du processus est la date que le Roi fixe pour rédiger la liste électorale provisoire. Ensuite se déroulent simultanément les processus « établissement des listes électorales » et « détermination candidats-organisations ». Lorsque les deux processus sont

- l'arrêté ministériel du 6 janvier 2000 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des kinésithérapeutes telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 2, et 212, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

terminés, le scrutin est organisé. Ensuite il y a le dépouillement et les résultats sont établis et diffusés.

Dans un premier temps, l'objectif du projet est l'organisation d'une procédure mixte qui permet une utilisation libre d'un vote écrit ou électronique. Les personnes qui ont le droit de voter reçoivent une invitation écrite munie d'un numéro personnel. Grâce à ce numéro, elles peuvent voter électroniquement en utilisant n'importe quel ordinateur. L'utilisation du code ordinateur annulera le code-barres figurant sur le formulaire de vote papier et vice-versa, afin d'éviter un double vote.

Les adaptations de la réglementation pour les médecins est en préparation, à savoir les adaptations de l'AR du 8 août 1997 et l'AM du 2 mars 1998. Sur le plan de l'ICT, les dispositions requises ont été prises.

Si les discussions finales avec les partenaires concernés se déroulent bien (mi-2009 et au cours de la seconde moitié de 2009), et si les modifications réglementaires sont effectuées dans les délais requis, les premières élections électroniques seront organisées en 2010 pour les médecins. Comme le système sera dédoublé dans un premier temps, tous les médecins recevront une lettre dans laquelle ils devront indiquer de quelle façon ils désirent voter (sur support papier ou électroniquement).

Les négociations en cours peuvent avoir un effet tardif vis-à-vis l'état d'avancement du projet.

Au cours de la période du 3<sup>e</sup> contrat d'administration, l'INAMI s'engage à organiser également pour les 2 autres groupes-cibles, des élections par la voie électronique, à savoir :

- pour les dentistes en 2011
- pour les kinésithérapeutes en 2012.

L'évaluation de la 1<sup>re</sup> élection électronique aura évidemment une influence sur l'organisation des élections pour les dentistes et les kinésithérapeutes. Comme il est mentionné ci-dessus, ces groupes-cibles participent aux discussions au sein du groupe de travail commun.

### **Actions-engagements**

1. Élections électroniques pour les médecins : Date-limite : le 30 juin 2010.
2. Élections électroniques pour les dentistes : Date-limite : au plus tard, le 31 décembre 2011.
3. Élections électroniques pour les kinésithérapeutes. Date-limite : au plus tard, le 31 décembre 2012.

### **Effets escomptés**

- Simplification de la procédure et diminution de la charge de travail administratif pour l'INAMI et ses partenaires (les organisations professionnelles sont également fortement impliquées dans le dépouillement : témoins, assesseurs,...)
- L'électeur reçoit le suivi du cheminement de son vote
- Sécurisation du dépouillement (scannage) et du vote numérique conservé dans une banque de données sécurisée
- Consultation de la liste électorale sur un site du web sécurisé.

### **Facteurs externes**

- Le suivi des négociations avec les partenaires externes.
- Adhésion des partenaires extérieurs (dispensateurs de soins) et plus spécifiquement par rapport aux aspects liés au scannage et au dépouillement automatique des votes ⇒ intervention d'une TTP (trusted third party) (*tierce partie de confiance*)
- Standards techniques d'échange de données entre le(s) partenaire(s) technique(s) et l'INAMI.

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

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

### **Intitulé**

Développement de l'e-box et promotion de son utilisation.

### **Cadre**

Informier, conseiller.

### **Axes**

- Simplification administrative
- Amélioration des processus et informatisation
- Renforcement de la communication externe

### **Contexte**

Les partenaires de la plateforme E-Health ont développé un nouveau moyen de communication, à savoir la boîte aux lettres E-Health 'E-box'. Cette boîte aux lettres permet au partenaire E-Health et au dispensateur de soins, d'échanger des données par voie digitale. Le remplacement des documents et formulaires papier par un flux de données électronique permet un traitement plus rapide et plus simple des données.

L'e-box est une boîte aux lettres électronique sécurisée accessible par le portail d'E-Health ([www.eHealth.be](http://www.eHealth.be)) au moyen d'une zone personnelle réservée. Cette zone fait fonction de boîte aux lettres électronique sécurisée. Ce qui signifie que seuls ceux qui en ont eu l'autorisation peuvent envoyer des informations à une e-box. D'autre part, seul le propriétaire d'une e-box peut demander et consulter des informations. Dans cette boîte aux lettres, les partenaires E-Health peuvent poster des documents se rapportant aux applications disponibles sur la plateforme E-Health (entre autres, des accusés de réception de déclarations, des documents...).

L'INAMI souhaite utiliser l'e-box pour envoyer aux dispensateurs de soins une information déterminée sous format électronique. Il s'agit, entre autres, de circulaires, de directives, de feedback,...

Sur le plan technique, le développement de l'application générique est en préparation. En 2010, un inventaire sera également établi, qui fera tout d'abord l'objet d'une discussion en interne, et ensuite d'une concertation avec les groupes-cibles externes éventuels, concernant le flux de données possibles que l'INAMI pourra offrir par l'e-box.

Après avoir concerté les groupes-cibles, l'ordre à suivre pour la mise à disposition des flux de données sera clairement déterminé. Sur cette base, un plan d'action intégrant les phases de l'implémentation sera établi.

### **Actions – engagements :**

1. 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.
2. Campagne d'information pour la promotion de l'e-box auprès des différents groupes-cibles. Date limite : le 31 octobre 2010.
3. Plan d'action en matière d'implémentation des flux de données possibles qui seront approuvés par les partenaires externes (quels flux de données, pour quel groupe-cible et quand seront-ils disponibles). Date limite : le 31 décembre 2010.

### **Effets attendus**

- Suppression des flux papier.
- Communication rapide.

### **Dépendances externes**

- Utilisation d'E-health par les dispensateurs de soins
- Accès pour les dispensateurs de soins aux moyens de l'ICT.

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

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

### **Intitulé**

Développer et gérer des fichiers de référence dans la cadre d'E-Health.

### **Cadre**

Informé

### **Axes**

- Amélioration du processus et informatisation

### **Contexte**

Au cours de la dernière décennie, les évolutions au niveau de l'ICT ont également créé de nouvelles possibilités dans le domaine des soins de santé . À ce sujet, l'INAMI et ses partenaires ont également lancé et réalisé divers projets au cours des dernières années dans le cadre de l'informatisation des flux de données et du développement d'applications pour divers utilisateurs. Le grand défi à relever par l'INAMI dans les années à venir sera de collaborer à l'élaboration de la plate-forme E-Health.

L'INAMI contribue notamment au développement méthodologique des services de base de la plate-forme (p.ex. normes, time-stamping et autres), ainsi qu'au développement de services ayant une plus-value. (p.ex. My CareNet, Medattest, Orthoprïde et autres). Une autre contribution fondamentale dans le cadre d'E-Health est le développement des fichiers de référence pouvant être utilisés comme source authentique validée. Sont considérées comme sources authentiques validées, les banques de données gérées par des acteurs dans le domaine des soins de santé, dont e.a. l'INAMI, ou par les dispensateurs de services choisis par ces derniers, et que les acteurs dans le domaine des soins de santé peuvent utiliser lors de l'exercice des soins de santé. De telles sources authentiques validées sont accessibles par le biais de la plate-forme E-Health.

L'INAMI est tout particulièrement intéressé par le développement de fichiers de référence au niveau des dispensateurs de soins, des établissements de soins, des médicaments, des produits, de la nomenclature, etc. Dans les années à venir, l'INAMI souhaite poursuivre la professionnalisation des fichiers de référence, conformément aux besoins, aux priorités et au planning fixés au niveau d'E-Health.

Plusieurs fichiers de référence ont déjà été réalisés au cours des dernières années, p.ex. dans le cadre de la nomenclature. Dans le courant de l'année 2009, des fichiers de référence ont notamment été développés pour les groupes-cibles suivants : les laboratoires (en partie), les offices de tarification, les "droits" (p.ex. assurabilité, accords, etc.), les médicaments remboursables, les firmes agréées commercialisant les implants, les implants mêmes, et autres. Au cours de la période 2010-2012, l'INAMI souhaite continuer à investir dans le développement de fichiers de référence.

Ci-dessous suit une liste non exhaustive de quelques initiatives qui seront prises durant la période courante du Contrat d'administration qui a été soumis.

- Consolider le fichier de référence des laboratoires. Il s'agit notamment de compléter le fichier de référence actuel des laboratoires au moyen des informations enregistrées par l'Institut scientifique de la Santé publique (ISP) dans le cadre de l'accréditation des laboratoires.
- Établir un fichier de référence des implants remboursables. Il s'agit des implants qui ont été approuvés par la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI) ou qui répondent aux critères établis. Il existe un lien avec le projet 29 du présent Contrat d'administration
- Épurer le fichier de référence des maisons de repos. L'établissement de ce fichier de référence dépend aussi du développement d'une nouvelle application ICT pour la gestion du financement des maisons de repos (voir article 12 du présent Contrat d'administration), ainsi que du développement de My CareNet (voir article 23 du présent Contrat d'administration).
- Établir un fichier de référence de la réglementation dans le cadre des médicaments du Chapitre 4. On renvoie de ce fait aux médicaments pour lesquels une autorisation préalable du médecin-conseil est requise. Le fichier de référence concerne e.a. une liste de médicaments mentionnés au Chapitre 4, les conditions à ce sujet, etc. L'établissement de ce fichier de référence dépend également du développement de My CareNet (voir article 23 du présent Contrat d'administration).



- Épuré le fichier de référence des praticiens de l'art infirmier. L'établissement de ce fichier de référence dépend également du développement de My CareNet (voir article 23 du présent Contrat d'administration ).

Outre cette liste non exhaustive, on peut également signaler le développement des fichiers de référence pour les pratiques de groupe, les évaluateurs du diabète, etc.

Afin d'aborder le développement individuel des fichiers de référence de façon structurée et rationnelle, l'INAMI investira également dans une forme standardisée du Service Level Agreement (SLA) en ce qui concerne les fichiers de référence pour lesquels l'INAMI est responsable. Il y sera défini ce que l'on peut attendre de l'INAMI, tant au niveau business que technique. Cette forme de SLA pourra notamment être utilisée dans le cadre de la mise à disposition des fichiers de référence comme source authentique validée pour la plate-forme eHealth.

### **Actions – engagements:**

1. Consolider le fichier de référence des laboratoires. Date limite : 30 mars 2010.
2. Établir le fichier de référence des implants remboursables. Date limite : Mise-en-production de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (cf. article 30) + 6 mois.
3. Épuré le fichier de référence des maisons de repos. Date limite : 30 juin 2010.
4. Épuré le fichier de référence des praticiens de l'art infirmier. Date limite : 31 décembre 2010.
5. Établir un fichier de référence de la réglementation concernant les médicaments du Chapitre 4. Première étape: adaptation du fonctionnement et du reporting de la CRM. Date limite : Date d'acceptation par la CRM de l'analyse du CBIP + 3 mois.

### **Effets attendus**

- Des fichiers de référence épurés pouvant être utilisés dans le cadre d'E-Health.

### **Facteurs externes**

- La collaboration de l'ISP est requise pour pouvoir compléter le fichier de référence des laboratoires.

## **ARTICLE 23. My CareNet**

Cet article concerne la poursuite d'un projet (article 21) figurant déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009.

### **Intitulé**

Dans le cadre de My CareNet, soutenir le développement et la mise à disposition des services à plus-value.

### **Cadre**

Réglementer, informer, conseiller

### **Axes**

- Simplification administrative
- Amélioration du processus et informatisation
- Amélioration de la communication externe

### **Contexte**

Dans le Contrat d'administration 2006-2008 et dans l'Avenant 2009 il figurait déjà un projet (article 21) contenant les engagements de l'INAMI de contribuer au développement de CareNet et de My CareNet, qui, à l'avenir, auront une dénomination commune : My CareNet. Ils visent à moderniser, informatiser et simplifier l'échange d'informations et de données entre les organismes assureurs (OA) d'une part, et les dispensateurs de soins professionnels (tant les organismes que les dispensateurs de soins individuels), d'autre part. Le développement d'une série de nouveaux services y apportera une plus-value tant pour les dispensateurs de soins que pour les bénéficiaires. My CareNet fonctionne comme un service qui apporte une plus value dans le cadre du développement de la plateforme eHealth et utilisera aussi les services de base de la plateforme eHealth.

Le développement technique de ces plateformes a été coordonné au niveau du Collège intermutualiste national. La participation de l'INAMI se situe en particulier sur le plan de la création d'un cadre réglementaire adéquat et sur le plan de l'information des dispensateurs de soins concernés au sujet de la nouvelle réglementation et des nouvelles directives. Par ailleurs, on peut souligner le rôle joué par l'INAMI au niveau du développement des sources authentifiées dans le cadre de la plateforme eHealth, à savoir les fichiers de référence des dispensateurs de soins et des organismes de soins (voir aussi l'article 22 du présent Contrat d'administration).

Pour l'implémentation de My CareNet, un déroulement en phases a été choisi. Les secteurs seront intégrés les uns après les autres. À cet effet, une approche par des pilotes a été préconisée pour ensuite intégrer progressivement le secteur complet. Par ailleurs, les fonctionnalités seront développées en phases.

CareNet a été introduit dans les hôpitaux en 2002. Ce projet comporte trois volets : l'administration de l'hôpital, la facturation et la suppression de la facture papier.

En ce qui concerne les deux premiers volets, la plupart des hôpitaux sont déjà en production ; quant au dernier volet il y a un développement permanent.

My CareNet est opérationnel dans le secteur des soins à domicile depuis le début 2009. Une série de pilotes sont déjà en production pour les fonctionnalités « droits du bénéficiaire » (entre autres, l'assurabilité) et « facturation via My CareNet ». Au cours de 2009 et 2010, les fonctionnalités continueront à être développées (« Katz », « palliatif », « spécifiquement technique ») et le nombre de dispensateurs de soins y participant sera augmenté.

En 2009, le programme prévoit aussi l'intégration du secteur des laboratoires médicaux en ce qui concerne les fonctionnalités « droits du patient » et « facturation via My CareNet ». En 2009, il s'agit de l'intégration d'une série de pilotes. En 2010, l'intégration sera élargie.

Au cours de la période 2010 jusqu'à 2012 inclus, My CareNet sera étendu aux secteurs suivants figurant sur le programme :

- Pharmaciens : « droits du bénéficiaire » ; « Chapitre 4 »
- Médecins : « droits du bénéficiaire » ; « Chapitre 4 » ; « facturation » ; SAFE
- Maisons de repos (MRPA/MRS): « facturation » ; « Katz »
- Éventuellement, d'autres groupes-cibles pourront aussi être intégrés.

Comme mentionné ci-dessus, l'INAMI veut contribuer concrètement, au moins sur trois niveaux, au développement de My CareNet, à savoir en :

- développant le cas échéant les sources authentifiées requises (fichiers de référence) au sujet des dispensateurs de soins et des organismes de soins. Cet engagement est développé dans l'article 22 du présent Contrat d'administration ;
- adaptant le cas échéant la réglementation ;
- informant les dispensateurs de soins et les organismes de soins au sujet de la nouvelle réglementation et des nouvelles directives dans le cadre de My CareNet.

### **Actions – engagements**

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 du 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.

### **Effets attendus**

- Simplification administrative pour les protagonistes concernés : dispensateurs de soins, bénéficiaires, organismes assureurs. Cette simplification administrative (suppression des documents papier et des flux papier) entraînera aussi des économies.
- De meilleures prestations de services dans le cadre de nouveaux services à plus-value : paiements accélérés, moins d'erreurs, sécurité accrue de la transaction, moins de rejets, etc.

### **Facteurs externes**

- L'avancement du projet My CareNet dépend fortement du développement de l'infrastructure technique au niveau du CIN ainsi que du développement des fonctionnalités en matière d'accès aux applications par e-Health.

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

Le présent article est la poursuite du projet (article 20) inscrit dans le Contrat d'administration 2006-2008 et de l'avenant 2009.

### **Intitulé**

Poursuite du développement de l'approche E-care.

## **Cadre**

Organiser, attribuer.

## **Axes**

- Maîtrise des dépenses et limitation des suppléments à charge du patient.
- Amélioration de processus et informatisation.
- Simplification administrative.

## **Contexte**

Le secteur des implants a subi une réorganisation intégrale au cours des dernières années, tant au sein du Service des soins de santé qu'au sein des organes de l'INAMI. La Loi-santé du 13 décembre 2006, publiée le 22.12.2006, en est une preuve. Cette loi prévoit en particulier une nouvelle approche intégrale de la réorganisation du secteur. Cette approche comprend 2 volets, à savoir:

1. 1<sup>er</sup> volet: exécution des éléments de la nouvelle Loi-santé
2. 2<sup>e</sup> volet: le système d'enregistrement en ligne des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Depuis avril 2009 une nouvelle application ORTHOpride « ORTHOpedic Prosthesis Identification Data » est disponible sur le portail eHealth. Ceci concerne une application électronique d'enregistrement et de consultation des données concernant le placement des prothèses de hanche et de genou.

Le présent article comprend les défis en ce qui concerne le deuxième volet. Il s'agit des projets concernant E-care (Qermid). Les éléments concrets du premier volet sont compris dans l'article concernant la réforme du secteur des implants – suite.

Le deuxième volet concerne le système d'enregistrement en ligne des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables en tenant compte des éléments suivants:

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

Le développement du deuxième volet est intégré dans un développement générique de l'enregistrement de données médicales (de nature clinique, scientifique ou qualitatif) au niveau de l'INAMI. Un rôle important est dévolu à:

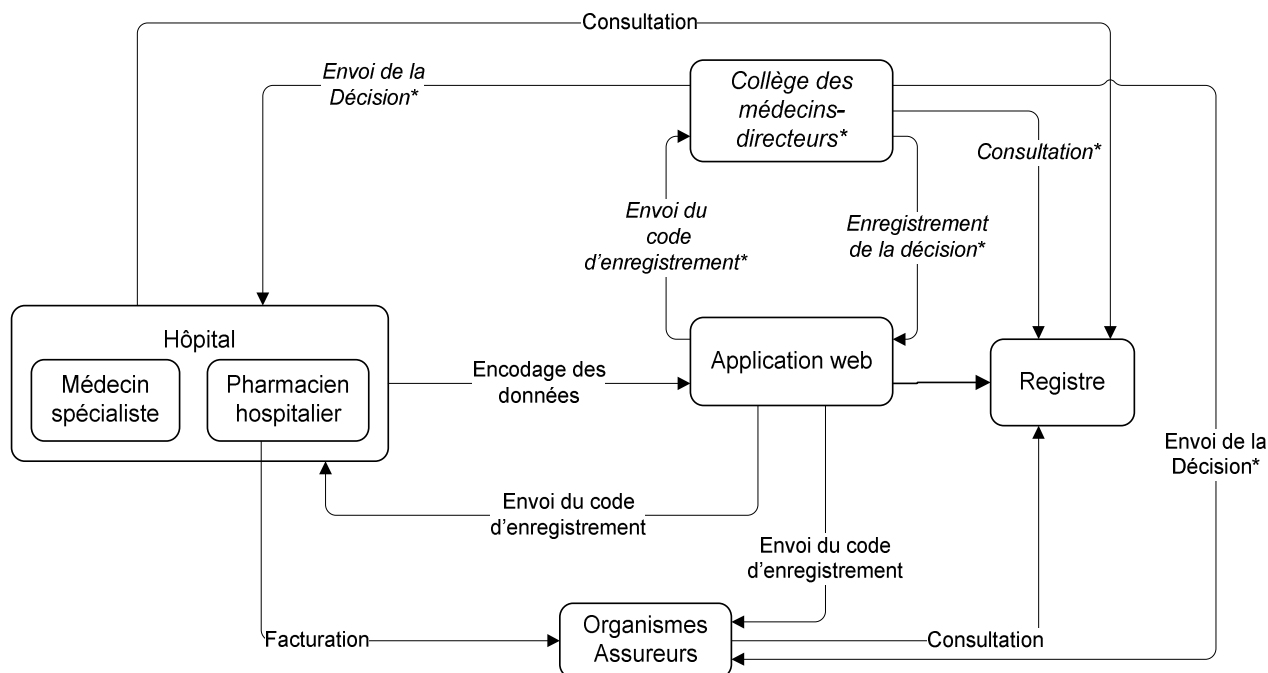
- la plate-forme E-Health, pour laquelle la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation a été publiée.
- l'ASBL e-care créée en 2009.

En 2009, une application Web a été développée. Elle sera mise en production début 2010 pour les défibrillateurs cardiaques. L'application "Qermid@Implantscardiaques" est un service en ligne permettant d'enregistrer des données individuelles et médicales de patients ainsi que des données concernant des défibrillateurs cardiaques et des interventions. Ainsi, les différents centres de cardiologie disposent rapidement et simplement des données nécessaires, augmentant ainsi la qualité des soins médicaux prodigués aux patients. L'enregistrement de ces

données permet aussi à l'hôpital d'envoyer, de manière électronique, la demande de remboursement à l'INAMI qui pourra renvoyer, ici aussi électroniquement, la décision de remboursement à l'hôpital.

Concrètement, le cardiologue exerçant son activité dans un centre de cardiologie agréé par l'INAMI peut, par le biais d'un enregistrement en ligne, introduire dans le registre les données dans le cadre de l'application de la nomenclature. Ensuite, un message est envoyé au médecin-conseil et un au Collège des médecins-directeurs pour demande d'accord. Le Collège peut ensuite introduire sa décision dans le système. À terme, les organismes assureurs pourront également vérifier les données de leurs bénéficiaires par le biais d'un code.

Ci-après figure un schéma expliquant la procédure à suivre pour les défibrillateurs cardiaques:



\* tout ce qui concerne le Collège des médecins-directeurs fait partie de la phase 2 pour les pacemakers et n'est pas d'application pour les tuteurs coronaires.

L'INAMI souhaite étendre cette application à d'autres secteurs. Voici une liste de registres qui seront éventuellement intégrés dans les années à venir dans la gestion électronique.

<b>Implants</b>
Dilatations coronaires et tuteurs coronaires
Endoprothèses
Pacemakers
Prothèses de cheville
Cathéters d'ablation – électrophysiologie
Valves cardiaques
Cœur artificiel
Prothèses de disque
Moniteurs cardiaques

DbS - Catégorie 5
Neurostimulateur dans le cas de la douleur
Implants cochléaires
Ablation chirurgicale
Dialyse hépatique
Neurostimulateur dans le cas de l'incontinence fécale
Neurostimulateur dans le cas d'une ischémie des membres inférieurs
Stimulateur du nerf vague dans le cas d'épilepsie

L'INAMI prévoit en 2010 l'extension aux pacemakers et tuteurs coronaires et en 2011 aux endoprothèses. Pour chaque secteur spécifique, l'intégration dans le circuit électronique se déroulera en plusieurs phases et ce, de manière spécifique (tel qu'indiqué également sur le schéma). MyCareNet devra être opérationnel pour le transfert automatique des données des hôpitaux vers les organismes assureurs (par le biais de l'AIM).

En ce qui concerne les années 2011 et 2012, le rapport annuel mentionnera au point relatif à l'état d'avancement de l'exécution de l'engagement, quels autres secteurs seront intégrés. Il est actuellement impossible de se prononcer de manière définitive à ce sujet.

### **Actions – engagements:**

1. Extension de l'application Web aux pacemakers. Date limite: 30 juin 2010.
2. 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.
3. 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.

### **Effets attendus**

- Intervention plus rapide dans les frais engendrés
- Meilleur suivi (au niveau budgétaire et médico-scientifique) de la nomenclature (modifications).
- Suppression maximale des documents papier.
- Limitation des suppléments à charge du patient.
- Maîtrise des dépenses.

### **Dépendances externes**

- Collaboration des organismes assureurs.
- MyCarenet.
- Collaboration du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

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

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

### **Intitulé**

Simplification administrative de l'accréditation des médecins et soutien aux groupes locaux de qualité.

## **Cadre**

Informé, accorder

## **Lignes de force**

- Simplification administrative
- Amélioration du processus et informatisation
- Renforcement de la communication externe

## **Contexte**

Pour pouvoir être accrédité, le médecin individuel doit satisfaire aux quatre conditions d'accréditation principales suivantes :

1. Réaliser un minimum d'activités : on part du principe qu'il faut réaliser un minimum d'activités pour pouvoir dispenser des soins de qualité. La règle de base stipule que le médecin doit totaliser annuellement 1250 contacts avec des patients; pour certaines disciplines de spécialisation, un seuil équivalent a été établi, exprimé en nombres de valeurs de nomenclature. Des exceptions existent pour des médecins débutants et des médecins en fin de carrière.
2. Suivre une formation continue. La règle de base stipule qu'il faut acquérir 20 crédit-points (CP) au cours d'une période de référence de 12 mois.
3. Collaborer à un peer review. La règle de base stipule en l'occurrence qu'un médecin doit au moins assister à deux réunions du groupe local de qualité (GLEM) auquel il a adhéré.
4. Introduire une demande d'accréditation auprès du Service de soins de santé. L'accréditation est un système volontaire: celui qui veut y participer doit en faire la demande au moyen d'une demande d'accréditation. Ce document contient une série de données d'identification, d'informations financières et une déclaration du médecin, entre autres en ce qui concerne le seuil d'activité à atteindre. En outre, des informations sont demandées au sujet du siège de la pratique médicale où l'activité principale est exercée, le temps consacré à l'activité principale et l'identification du GLEM auquel le médecin a adhéré. Les médecins débutants peuvent demander une accréditation provisoire pour un an. Ils doivent joindre à leur demande, les preuves qu'ils ont satisfait au cours de la période antérieure (pour 1 ou 3 ans) aux conditions en matière de formation continue et de peer review.

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 (2<sup>e</sup> phase), par les responsables de la formation complémentaire, des demandes individuelles d'agrément de la formation. 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.

Le projet d'accréditation a été lancé il y a quelques années et les phases suivantes ont déjà été réalisées :

- PHASE 1. Une gestion en ligne des GLEM (groupes locaux de qualité) : cela permet au responsable des GLEM de gérer entièrement en ligne la composition des GLEM et des réunions des GLEM ayant eu lieu depuis le 1er janvier 2008. Il s'agit de:
  - l'inscription d'un (nouveau) membre au GLEM ou de sa radiation
  - l'introduction du rapport annuel des GLEM contenant les thèmes traités au cours de l'année écoulée.
  - l'information au sujet des participations aux réunions des GLEM. Au départ d'un nouveau GLEM ou en cas de changement de responsable du GLEM, un document papier doit toutefois encore être rempli et transmis à l'INAMI.L'application a été offerte aux 1691 responsables de GLEM dont 1646 s'y sont déjà effectivement connectés.
  
- PHASE 2. L'introduction électronique des demandes d'agrément pour une formation complémentaire (réalisée en 2009). Les responsables de la formation complémentaire ont désormais également accès à l'application web. Les organisations belges de formation complémentaire peuvent également enregistrer en ligne les personnes présentes aux activités de la formation complémentaire.

Dans les deux prochaines années, l'INAMI s'investira dans la réalisation de la PHASE 3. Les médecins individuels disposeront d'une application web pour un suivi en ligne de leur dossier d'accréditation et un contrôle de leur participation aux activités d'une formation complémentaire qu'ils ont suivie ainsi que de leur présence au GLEM.

Enfin, la phase finale consistera à prévoir l'introduction en ligne d'une demande d'accréditation.

### **Actions – engagements**

1. Mettre à la disposition des médecins individuels une application web pour un suivi en ligne de leur dossier d'accréditation et un contrôle de leur participation aux activités d'une formation complémentaire ainsi que de leur présence au GLEM. Date limite : 31 octobre 2010.
2. L'introduction en ligne de la demande d'accréditation. Date limite : 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Supprimer les flux papier.
- Meilleur service au médecin individuel de sorte que les données relatives au dossier d'accréditation pourront être envoyées plus rapidement et plus efficacement par le Service des soins de santé.

### **Facteurs externes**

- - Collaboration des dispensateurs de soins



## **TITEL VI: Améliorer en permanence l'accessibilité aux soins, moderniser l'attribution des droits aux individus et renforcer la sécurité en matière de tarifs**

### **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.**

Cet article est la prolongation du projet (article N11) figurant déjà dans l'Avenant 2009 au deuxième Contrat d'administration 2006-2008.

#### **Intitulé**

Préparer les adaptations réglementaires afin d'améliorer l'accessibilité à l'intervention majorée et d'exécuter le plan de la Ministre pour les malades chroniques.

#### **Cadre**

Réglementer, informer, contrôler

#### **Axes**

- Renforcer l'accessibilité
- Simplification administrative
- Application uniforme de la réglementation

#### **Contexte**

Comme le 2<sup>e</sup> plan stratégique le mentionne également, l'INAMI souhaite expressément continuer à s'investir au cours des prochaines années pour obtenir une meilleure accessibilité aux soins. Cet article porte, d'une part, sur une réforme de l'intervention majorée et, d'autre part, sur les actions à mener pour les malades chroniques.

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 1<sup>er</sup> 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.

L'Avenant 2009 souligne que le nombre de bénéficiaires est sensiblement inférieur au nombre escompté et qu'il n'est pas clairement établi que l'effet visé en matière de soins plus accessibles ait été suffisamment ressenti.

En 2008, un projet d'enquête à ce sujet a été introduit auprès du Centre fédéral d'expertise. L'étude visait à expliquer ou à souligner l'effet insuffisamment ressenti. Cette étude peut fournir

des propositions de simplification administrative et d'amélioration de l'accès aux droits. Le résultat de cette étude est attendu au courant de l'année 2010.

En 2009, une liste exhaustive des problèmes relatifs à l'application actuelle d'OMNIO et du régime préférentiel a été établie. Citons quelques-uns de ces problèmes :

- la notion de situation de famille est définie de plusieurs façons,
- problèmes au niveau de la détection et du contrôle de certains revenus,
- le fait que le droit soit accordé sur la base de revenus antérieurs,
- problèmes d'application en raison de trop de situations familiales différentes,
- trop grande diversité de possibilités pour prétendre au droit à l'intervention majorée.

Ces problèmes ont été étudiés en profondeur au sein du groupe de travail assurabilité et servent d'introduction aux débats en cours (entre autres, au sein d'un groupe de travail en concertation avec la Cellule stratégique Finances et la Cellule stratégique Affaires sociales) et sont aussi à la base des textes réglementaires de réforme. L'objectif poursuivi est de déterminer des solutions et actions postérieures en ce qui concerne les problèmes constatés.

Le 17 juillet 2009 le Conseil des Ministres a décidé de réaliser un rapprochement entre les statuts OMNIO et BIM, en prenant pour législation de référence la réglementation BIM. Le groupe de travail « assurabilité » de l'INAMI est chargé d'élaborer des propositions concrètes de rapprochement maximal des statuts BIM et OMNIO, l'objectif étant d'aboutir à une procédure d'octroi le plus semblable possible à l'actuelle procédure en vigueur pour le statut BIM.

L'INAMI s'engage à :

- effectuer les adaptations réglementaires requises sur la base des résultats des actions susmentionnées (discussions avec les acteurs du terrain ainsi qu'avec les autres institutions dont la collaboration est nécessaire, élaboration des textes à discuter au sein du groupe de travail « assurabilité »,...);
- analyser l'incidence des propositions de modification des flux de données et à étudier les possibilités administratives et techniques de modification des flux de données; et en fonction de cette analyse, adapter les flux de données ;
- évaluer les adaptations effectuées, sur la base des données extraites du flux de données (comparaison du nombre de personnes bénéficiant de la mesure avec le nombre présumé, etc.).

Un 2<sup>e</sup> pilier de cet article consiste à consacrer plus d'attention aux malades chroniques et ce, en application du 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,...).

L'INAMI souhaite faire des efforts supplémentaires au cours des prochaines années pour protéger les malades chroniques, en application du plan de la Ministre. Ce plan comprend, entre autres, les points suivants :

- une reconnaissance officielle de malades chroniques (nécessitant des frais plus élevés) qui leur permettrait à terme de bénéficier d'une série de droits spécifiques et d'une protection sociale plus importante ;
- continuer à développer le maximum à facturer ;
- un meilleur remboursement des soins dispensés aux malades chroniques, comme, entre autres, les médicaments, le matériel médical, les frais de laboratoire...;
- la création d'un guichet unique pour les malades chroniques (la mutualité) ;
- contribuer à mettre sur pied un plan stratégique à suivre pour les maladies rares et les médicaments pour les maladies orphelines en collaboration avec le groupe directeur des maladies rares ;
- rendre opérationnel l'observatoire des malades chroniques, entre autres, en optimisant la collaboration entre l'INAMI et les associations de patients ;
- réformer l'accessibilité à la maison de soins psychiatriques en collaboration avec le SPF Santé publique ;
- stimuler les nouveaux développements par les projets-pilotes (soins de répit, cliniques de la mémoire, centres de référence pour les affections génétiques,...).

#### **Actions-engagements :**

1. 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).
2. Adapter les flux de données aux adaptations réglementaires, en fonction du délai prévu dans les adaptations réglementaires pour appliquer la mesure.
3. 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).

#### **Effets attendus**

- Amélioration de l'accessibilité à l'intervention majorée.

#### **Facteurs externes**

- Collaboration du SPF Finances, de l'ONSS, du CIN et des autres SPF (entre autres le SPF Sécurité sociale).
- Clarté et caractère complet de l'accord politique.

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet déjà inscrit dans le cadre de l'avenant 2007 (article 37) et de l'avenant 2009 (article 37b).

## **Libellé**

Développer un module permettant aux dispensateurs de soins de pouvoir consulter et modifier certaines données via le site Internet de l'INAMI et par le biais duquel le patient peut consulter certaines données concernant ces dispensateurs de soins.

## **Cadre**

Informier

## **Axes**

- Amélioration des processus et informatisation
- Simplification administrative
- Renforcement de l'accessibilité
- Renforcement de la communication externe

## **Contexte**

Dans le cadre des avenants 2007 et 2009, une action-engagement avait été prévue concernant le développement d'un module informatique permettant aux dispensateurs de soins de modifier leurs données via le site Internet de l'INAMI. Dans un premier temps, le but était de consulter et de modifier l'adresse de contact. Dans le courant de l'année 2008, un module informatique de ce type a été installé pour les praticiens de l'art dentaire et ensuite pour les médecins. Grâce à ce module, ils peuvent désormais consulter et modifier leur adresse de contact. L'accès à ce module (en attendant une solution définitive dans le cadre d'E-Health) est possible par l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe que les praticiens de l'art dentaire peuvent créer sur le site Internet à l'aide de leur numéro INAMI.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à étendre ce module au niveau des fonctionnalités. Dans un premier temps, les lieux de travail des dispensateurs de soins concernés seront intégrés en vue d'être consultés et adaptés. Cette intégration a déjà été prévue pour les dentistes. Dans un deuxième temps, les modalités de conventionnement des dispensateurs de soins concernés pourront également être intégrées.

Le développement de tous les aspects du module présente une plus-value importante dans le cadre d'une meilleure accessibilité pour le patient. Le module permet en effet d'informer au mieux le patient du fait que son (future) dispensateur de soins traitant est conventionné(e) ou non et donc des tarifs dont il/elle (peut) bénéficier. Nous renvoyons entre autres à l'accord dento-mutualiste qui mentionne ce besoin de transparence en la matière. L'INAMI souhaite dès lors contribuer à une meilleure transparence en la matière pour le patient en publiant, e.a. sur le site Internet des OA et de l'INAMI, les lieux de travail des dispensateurs de soins et en indiquant les modalités de conventionnement des dispensateurs de soins.

## **Actions – engagements**

1. Mise-en-production d'un module informatique permettant aux médecins de consulter et modifier leurs adresse de travail et modalités de conventionnement. Date-limite : 31 décembre 2012.

2. Mise-en-production d'un module informatique permettant aux dentistes de consulter et modifier leurs modalités de conventionnement. Date-limite : 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Meilleure transparence et accessibilité pour le patient.
- Simplification administrative pour le dispensateur de soins dans le cadre de la consultation et modification de certaines de ses données.

### **Facteurs externes**

- Aucun.

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

Le présent article concerne la suite du projet (article 17) intégré dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'avenant 2009.

### **Intitulé**

Poursuite du développement et de l'optimisation des dossiers d'invalidité informatisés.

### **Cadre**

Octroyer.

### **Axes**

- Simplification administrative.
- Amélioration du processus et informatisation.
- Application uniforme de la réglementation.

### **Contexte**

Le présent article concerne le traitement électronique des dossiers d'invalidité, tant dans le cadre de la gestion interne des dossiers sur les plans administratif et médical que dans le cadre du flux de données entrants des OA et du flux de décisions sortants vers les OA.

Ci-après, vous trouverez un résumé des réalisations de ces dernières années :

- Tous les nouveaux dossiers (les fiches primaires (l'entrée en invalidité à partir du 1 janvier 2007) et prolongations) sont entièrement intégrés dans le système E-did.
- L'intégration des travailleurs indépendants dans le nouveau système (avec historique du dossier).
- Les médecins de la Commission restreinte prennent actuellement toutes les décisions dans le programme E-did. Mille à deux mille « décisions électroniques » sont ainsi prises chaque semaine.

- Suivi des délais de traitement des dossiers à l'aide d'un tableau de bord. Nous constatons, en l'occurrence, une amélioration systématique des délais de traitement des dossiers d'invalidité tant pour les fiches « primaires » que pour les « prolongations ».
- Un projet de « roll out scanning e-dossiers » a été lancé en 2008 et ce, pour l'intégration (indexation, scanning et contrôle de la qualité) dans E-did de tous les dossiers des assurés actuellement reconnus en invalidité (environ 240.000 « dossiers actifs »). Ce projet court jusque septembre 2011. Le scanning présente plusieurs avantages : tous les dossiers seront traités de la même façon, l'espace de stockage requis diminuera et le coût du mainframe sera supprimé. Ceci permettra de recueillir des données statistiques homogènes à l'avenir.
- En ce qui concerne le flux de documents électronique des organismes assureurs et vers les organismes assureurs :
  - o L'output, c'est-à-dire les notifications directement de l'INAMI vers les OA par la piste électronique (E-did). Il a été convenu avec les OA d'envoyer un « prototypage » des notifications des décisions directement par la piste électronique (File Transfert Protocol/FTP dans une phase transitoire et Carenet à terme). Le FTP est en production pour la plupart des OA.
  - o L'input, c'est-à-dire la transmission des fiches des OA vers l'INAMI via E-did. En 2009, une étude de faisabilité a été réalisée avec les conditions et les modalités d'envoi électronique des documents des OA. Cette étude sera discutée lors des réunions de concertation avec les OA et constitue la base pour l'implémentation ultérieure.

Au cours des prochaines années, l'INAMI souhaite davantage développer les aspects suivants :

Tout d'abord, la finalisation du transfert électronique des décisions médicales directement de l'INAMI vers les OA via E-did et ce, en passant par Carenet.

Deuxièmement, il y a la mise en production des fiches des OA vers l'INAMI via E-did (input), supprimant ainsi le flux papier venant des OA. Ceci aboutira à une simplification du travail administratif (tant pour les OA que pour l'INAMI) et à un traitement plus rapide des dossiers. Il y a lieu d'entreprendre un certain nombre d'actions préliminaires :

- Analyser et déterminer soit le choix d'un ou de plusieurs OA-pilotes pour le test et la création du flux, soit le lancement du flux avec l'ensemble des OA et la possibilité technique d'intégrer le volume du flux.
- Définir, en collaboration avec la Commission supérieure du CMI, les données médicales et, en collaboration avec les OA, les données administratives à transmettre et le format électronique servant de support à la transmission.
- Définir les modalités d'intégration automatisée des données dans le dossier E-did avec des critères de qualité et de contrôle de la qualité des données.
- Définir les différents documents nécessaires à une évaluation correcte et uniforme de l'invalidité et uniformisation du type de documents à transmettre, de leur format et origine.
- Définir les modalités d'intégration des fiches médicales des médecins-conseils et des « images » scannées des rapports médicaux provenant du secteur thérapeutique.

L'attention portée à la qualité de l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité sera ensuite renforcée par la Commission supérieure. Le but est plus précisément de démarrer une étude de la qualité de l'appréciation des dossiers d'invalidité (et cela en collaboration des médecins-conseils. Cette étude de la qualité offre l'avantage qu'à terme, un traitement uniforme des fiches établies par les médecins-conseils sera possible par les membres de la Commission supérieure. Une telle étude est indispensable afin :

- de déterminer et d'ajuster la politique générale d'assurance médicale (axée sur l'EBM) permettant d'évaluer les chances réelles de retour vers le milieu professionnel ou vers un autre environnement de travail et de repérer un certain nombre d'obstacles éventuels ;
- de mettre en place des instruments de mesure validés et de fixer des critères scientifiques qui permettent un suivi de l'état fonctionnel de l'assuré social ;
- de soutenir l'exécution de directives qui seront élaborées dans le cadre de la mission du Conseil technique médical ;
- de repérer, à un stade précoce, d'éventuelles incapacités de travail de longue durée en fixant un certain nombre de déterminants, ce qui permettra de proposer une politique adaptée à la situation ;
- d'obtenir des modules statistiques permettant d'acquérir une meilleure connaissance des divers domaines de l'assurance invalidité (enregistrement des affections médicales, professions de référence,...).

Concrètement, l'INAMI entreprendra les actions suivantes :

- apporter des adaptations dans l'application E-did en modélisant et modernisant les écrans E-did actuels en développant des modules pour :
  - évaluer l'invalidité sur les fiches à l'aide de certains critères via un menu : code affection, code professionnel, type de fiche,...
  - importer et exploiter toutes les données enregistrées, ce qui permet une analyse statistique détaillée sur la base de critères bien spécifiques ;
- garantir un flux de qualité dans les dossiers encore à traiter par la Commission supérieure (Commission restreinte) ;
- optimiser la collaboration avec la direction médicale OA ;
- prévoir un budget pour l'emploi d'experts scientifiques universitaires (aux niveaux national et international).

### **Liste des actions – engagements**

1. Sur la base des résultats de l'analyse de faisabilité, un planning sera établi (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.
2. Élaborer une fiche de projet pour le lancement du projet « Étude de la qualité ». Date limite : 31 décembre 2010.
3. Réaliser une analyse BIO pour le projet « Étude de la qualité ». Date limite : 31 décembre 2010.

### **Effets attendus**

- Accélérer le traitement des dossiers d'invalidité.
- Sécuriser l'accès aux données personnelles, tant administratives que médicales, des assurés.
- Optimiser le traitement des dossiers sur le plan administratif.
- Mesurer la qualité et la quantité du travail fourni par les médecins, les membres de la Commission supérieure et de la CRCMI et les sensibiliser et responsabiliser aux résultats enregistrés et à la prise de mesures correctrices apprises.

### **Facteurs externes**

- La collaboration des organismes assureurs, en particulier des médecins-conseils.

- Accord de protocole entre l'INAMI et les OA pour le flux de données via Carenet.

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

Cet article contient un nouveau projet qui ne figure pas dans le CA 2006-2008.

### **Intitulé**

Développement d'une approche de l'évaluation et de la simplification de formulaires pour les assurés sur le plan de la lisibilité.

### **Cadre**

Attribuer et informer

### **Lignes de force**

- Simplification administrative
- Amélioration de l'accessibilité aux soins

### **Contexte**

De par la complexité de la réglementation, souvent les formulaires destinés aux assurés dans le cadre de l'assurance obligatoire ne sont pas très « lisibles » (= clairs et accessibles). Les modèles de ces formulaires figurent souvent dans la réglementation et ont été publiés dans le Moniteur belge. Il n'est donc pas si évident d'adapter les formulaires. Dès lors, il faut également faire preuve de suffisamment de circonspection et se concerter tant avec les services de l'INAMI qu'avec les mutualités qui fournissent la plupart des formulaires aux assurés.

### **• Méthode**

#### **→ Les formulaires disponibles pour les assurés**

1. Élaboration d'un inventaire des formulaires disponibles pour les assurés ainsi que de la base réglementaire de ces formulaires.

Qui ?

Les différents services de l'INAMI établiront l'inventaire des formulaires et le transmettront à la Cellule de communication de l'INAMI, qui pourra ainsi avoir une bonne vue d'ensemble des formulaires disponibles et des principaux points noirs.

2. Remanier progressivement les formulaires disponibles pour les assurés, sur la base de 5 grands principes de lisibilité (voir ci-après).

Qui ?

- La Cellule de communication de l'INAMI remaniera progressivement les formulaires disponibles (2 par an).



- Les services de l'INAMI vérifieront si les formulaires remaniés sont corrects du point de vue réglementaire.
- L'instauration des formulaires remaniés se fera en concertation avec les mutualités.

### → Nouveaux formulaires pour assurés

1. Élaboration d'une nouvelle procédure et d'une note d'information à ce sujet à envoyer à tous les services de l'INAMI : soumettre au préalable à la Cellule de communication les nouveaux formulaires pour « les assurés » pour avis de lisibilité, et ce, avant de soumettre les formulaires aux comités de gestion de l'INAMI, pour accord (sauf en cas d'extrême urgence).

Qui ?

La Cellule de communication de l'INAMI développera la nouvelle procédure et la note d'information et les communiquera aux services de l'INAMI.

2. Avis de lisibilité pour tous les nouveaux formulaires pour assurés selon la procédure et sur la base des 5 grands principes de lisibilité et check-list (voir ci-dessous).

Qui ?

- La Cellule de communication de l'INAMI donnera un avis de lisibilité pour tous les nouveaux formulaires.
- Les services de l'INAMI vérifieront si les avis/les modifications proposées sont corrects du point de vue réglementaire.

### → Check-list de la lisibilité des formulaires

Élaboration d'une check-list pour les services de l'INAMI, spécifiquement destinée à la rédaction de formulaires lisibles.

Qui ?

La Cellule de communication de l'INAMI dressera une **check-list** en se basant sur les principes de lisibilité mentionnés ci-après.

Elle vérifiera également dans quelle mesure la rédaction de **templates** de formulaires est possible. L'objectif est que les services de l'INAMI acquièrent une plus large connaissance / une plus grande indépendance sur le plan de la lisibilité. L'avis de la Cellule de communication de l'INAMI relatif aux nouveaux formulaires n'est donc finalement qu'un contrôle du respect des principes de lisibilité et de la check-list spécifique.

#### • Principes généraux de lisibilité :

1. Tenir compte du lecteur : Rédigez toujours le formulaire en fonction de ceux qui devront le remplir. Par exemple : donnez des instructions pour remplir si les questions le nécessitent, dites clairement qui doit remplir quoi, énumérez les questions dans un ordre logique pour celui qui doit les remplir, ...
2. Structure : Faites en sorte que le formulaire constitue un ensemble bien construit et cohérent. Par exemple : intitulez clairement le formulaire, donnez des « instructions de route » si toutes les questions ne s'appliquent pas à tous ceux qui devront remplir le formulaire, choisissez pour chaque question la question-type la plus appropriée mais évitez une trop grande diversité de questions,...

3. Style : Adoptez toujours un style simple, neutre et moderne. Formulez des questions positives, évitez des doubles questions, des questions au passif, évitez d'utiliser un jargon administratif,...
4. Langue : Évitez les erreurs linguistiques. Veillez à adopter une syntaxe et une orthographe correctes.
5. Présentation : Soignez la présentation du formulaire. Prévoyez un espace suffisant pour la réponse, numérotez les questions et les pages en tenant compte de la charte graphique,...

### **Actions - engagements**

1. Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication). Dates-limites : les 31.12.2010, 31.12.2011 et 31.12.2012.
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.
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 1.3.2010.

### **Effets attendus**

- Les assurés pourront remplir les formulaires d'une façon plus autonome et plus facilement. Les services de l'INAMI et les mutualités devront donner moins d'explications lors de la remise de formulaires.
- Des formulaires lisibles feront gagner du temps à toutes les parties, et par conséquent, les dossiers pourront également être traités plus rapidement.

### **Facteurs externes**

- La rapidité de la concertation avec les mutualités.

## **TITEL VII: 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.**

Cet article est la continuation du projet (article 20) s'inscrivant dans le Contrat d'administration 2006-2008 et dans l'avenant 2009.

#### **Intitulé**

Optimaliser la méthode de travail/les procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

#### **Cadre**

Organiser, octroyer.

#### **Grands axes**

- Contribuer à la maîtrise des dépenses et à la limitation des suppléments à charge du patient.
- Amélioration de processus et informatisation.
- Simplification administrative.

#### **Contexte**

Ces dernières années, le secteur des implants a subi une réorganisation intégrale tant au sein du Service des soins de santé qu'au sein des organes de l'INAMI. La loi santé du 13 décembre 2006, publiée le 22.12.2006 en est la preuve. Cette loi contient en particulier, une toute nouvelle approche sur le plan du remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. Cette approche comporte deux volets :

3. Volet 1 : exécution des éléments contenus dans la nouvelle loi santé
2. Volet 2: système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Cet article contient les défis du volet 1. Les projets se rapportant au volet 2 figurent dans l'article e-care (Qermid).

Le premier volet contient les éléments suivants :

- L'instauration d'une notification pour les implants avec un certificat CE.  
Cette notification n'émet aucune appréciation sur la qualité des produits qui sont déjà disponibles sur le marché mais offre à l'assurance obligatoire soins de santé un aperçu de tous les implants déjà disponibles sur le marché.

Seuls les implants pour lesquels l'obligation de notification prévue dans cette nouvelle disposition aura été respectée pourront faire l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire.

Les implants non notifiés, même s'ils sont soumis à l'obligation de notification, ne peuvent être facturés aux bénéficiaires. En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, les implants seront complètement à charge du budget des moyens financiers.

- Nouvelle procédure de remboursement des implants remboursables et des dispositifs médicaux invasifs + création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ».

Une des modifications qui a été instaurée avec la nouvelle procédure concerne le respect d'un délai maximum de rédaction d'une proposition d'acceptation éventuelle des demandes d'inscription sur la liste des implants remboursables et ce, au cas où la demande est introduite par une firme qui met un implant sur le marché. Par « liste des implants remboursables », on entend la liste indiquant le contenu des prestations, que cette liste soit ou non associée à une liste nominative de produits remboursables.

La procédure compte 3 volets :

- la recevabilité de la demande ;
- la proposition formulée par la nouvelle Commission ;
- la décision du Ministre des affaires sociales.

La nouvelle Commission formulera des propositions au sujet des demandes d'inscription sur la liste des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables et, à la demande du Ministre, émettra des avis au sujet de la politique de remboursement de ceux-ci.

Des délais maximum ne sont pas applicables lorsque cette Commission, de sa propre initiative ou à la demande du Ministre, formule des propositions de modification de la liste des implants remboursables ou lorsqu'il s'agit de propositions concernant des dispositifs médicaux invasifs, quelle que soit leur origine.

Dans la formulation de ces propositions, il sera tenu compte de la valeur thérapeutique, du prix, de l'importance dans la pratique médicale en rapport avec les besoins thérapeutiques, de l'incidence budgétaire et du rapport coût-valeur thérapeutique.

Cette nouvelle Commission pourra également revoir les modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, en se basant sur ces critères.

- Une intervention plus rapide de la communauté dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Via la nouvelle procédure et en fonction de la date de publication de la décision du Ministre, le financement de l'implant ou du dispositif médical invasif en question, sera à charge de l'assurance obligatoire soins de santé :

- soit à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant la date de publication de la décision du Ministre si cette publication a été faite au plus tard le 30 septembre ;
- soit à partir du 1<sup>er</sup> janvier de la deuxième année suivant la date de publication de la décision du Ministre si cette publication a été faite après le 30 septembre.

Dans la période se situant entre la date de publication de la décision du Ministre et l'intervention de l'assurance obligatoire, l'implant ou le dispositif médical invasif concerné

n'est plus à charge du patient mais du budget des moyens financiers. Il s'agira en l'occurrence exclusivement de la partie à charge de l'assurance obligatoire soins de santé.

- Le Ministre peut refuser la demande d'une firme de supprimer le remboursement d'un implant et l'obliger de rendre remboursable un implant pour lequel elle n'a pas introduit de demande.
- Toute firme responsable de la mise sur le marché d'implants et de dispositifs médicaux invasifs est tenue d'informer l'INAMI du retrait du marché, des modifications, des dysfonctionnements et des effets secondaires de ses produits, ainsi que des mesures prises pour y remédier. Sur la base de ces informations, l'INAMI peut garantir en permanence, le remboursement d'implants et de dispositifs médicaux invasifs de qualité.

Le volet 1 partie a concerne l'instauration de la procédure de notification. Pour ce faire, l'arrêté royal avec les dispositions d'exécution relatives à la procédure de notification a été publié le 26 mars 2009. L'application ICT de la procédure de notification est entrée en production le 1<sup>er</sup> mai 2009. Ceci permettra la publication de la liste des produits notifiés (nomenclature) que les OA et les hôpitaux peuvent utiliser. Ces produits peuvent en outre être intégrés dans la tarification électronique. La liste est mise à jour en permanence depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009.

Le volet 1 partie b concerne la nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables et la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ». La création de la CRIDMI a eu lieu dans la période du 2<sup>e</sup> contrat d'administration.

Le projet de texte de l'arrêté royal relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement sera soumis au Comité de l'assurance, fin 2009.

La mise en œuvre de cette procédure de remboursement figure comme action-engagement dans le 3<sup>e</sup> contrat d'administration.

### **Liste des actions-engagements**

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

### **Effets attendus**

- Une amélioration de la qualité des décisions prises.
- Une intervention plus rapide de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations (avec des délais performants au niveau des procédures de remboursement).
- Un meilleur suivi (budgétaire et médico-scientifique) de la nomenclature (modifications).
- Une suppression maximale des documents papier.
- Une limitation des suppléments à charge du patient.
- Une maîtrise des dépenses.

**Dépendances externes**

Aucun.

## **TITEL VIII: Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé**

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet (article N7) qui figurait déjà dans l'Avenant 2009 au deuxième Contrat d'administration 2006-2008.

#### **Intitulé**

Mise en œuvre des trajets de soins et préparation de l'évaluation des trajets de soins en cours.

#### **Cadre**

Informier, conseiller.

#### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation.
- Renforcement de la communication externe.
- Approches innovatrices.

#### **Contexte**

Le développement des trajets de soins a été annoncé dans l'avenant 2009. Un trajet de soins est la prise en charge d'un malade chronique sur la base d'un engagement contractuel entre le patient, le médecin généraliste et le médecin-spécialiste, pour une période de quatre ans et communiqué à l'organisme assureur du patient. Le trajet de soins vise une meilleure collaboration entre les médecins, centrée sur le patient et une amélioration de la qualité des soins dispensés au patient. L'objectif poursuivi est un meilleur échange de données entre les dispensateurs de soins, un meilleur suivi et une meilleure coordination des soins ainsi qu'une participation active du patient malade chronique.

Le fait que les consultations soient entièrement remboursées est un encouragement pour le patient. D'autres avantages peuvent également être accordés pour des groupes de patients spécifiques. Le médecin généraliste et le médecin-spécialiste s'associent dans un partenariat et perçoivent des honoraires forfaitaires.

À titre de soutien, il est en outre prévu de développer la collaboration multidisciplinaire locorégionale dans laquelle le cercle de médecins généralistes joue un rôle central, et de prévoir des modules adaptés dans le dossier médical électronique.

Des procédures, dérivées des recommandations de bonne pratique, sont proposées dans le cadre des trajets de soins. Ces procédures mettent l'accent sur les soins ambulatoires et tentent de freiner spécifiquement les facteurs liés à l'évolution et à l'aggravation de la maladie. Ces procédures permettent également une adaptation du traitement et un suivi multidisciplinaire. L'approche multidisciplinaire permet d'utiliser la compétence la plus appropriée pour un type d'intervention donné.

Les médecins généralistes, les médecins-spécialistes et les patients sont liés par un contrat fixant les droits et les obligations de chacun. Les organismes assureurs contribuent à l'application de ces droits, par exemple par le paiement des honoraires forfaitaires et par la prolongation du trajet de soins.

Le trajet de soins vise à :

- organiser, coordonner et planifier la prise en charge, le traitement et le suivi du patient en fonction de sa situation spécifique ;
- stimuler le dialogue avec le patient de sorte que celui-ci ait une bonne compréhension de sa maladie et du traitement. Un plan de soins personnel est établi à cet effet ;
- favoriser une collaboration optimale entre médecin-généraliste, médecin-spécialiste et autres dispensateurs de soins ;
- optimiser la qualité des soins.

L'approche concrète du projet « trajets de soins » s'organise autour des thèmes suivants :

1. un enregistrement uniforme des données médicales et administratives du patient ;
2. l'utilisation de ces données pour le suivi de chaque patient (et la détection de patients à risque) et pour l'évaluation de l'approche du médecin ;
3. la mise à disposition des données à d'autres dispensateurs de soins (rapports, accès aux dossiers,...) ;
4. l'utilisation des données (rendues anonymes) pour évaluer les trajets de soins sur le plan politique. Il s'agit d'une évaluation scientifique du trajet pour laquelle la médico-mut devra constater les données à communiquer par type de trajet de soins ;
5. l'amélioration de l'efficacité administrative (élaboration de documents sur la base de données adéquates déjà disponibles).

L'A.R. relatif aux trajets de soins a été publié au Moniteur belge du 6 février 2009. Les trajets de soins pour l'insuffisance rénale chronique sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009, ceux pour les patients diabétiques de type 2, le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Cela concerne quelque 72.000 patients diabétiques et quelque 6.000 patients souffrant d'insuffisance rénale. Pour avoir droit à un trajet de soins, le patient doit répondre à des critères médicaux fixés par la médico-mut.

Les engagements dans l'avenant 2009 concernent essentiellement le développement d'un plan de communication de qualité, la réalisation d'un certain nombre d'objectifs de communication opérationnels et la conclusion de contrats avec quelques réseaux multidisciplinaires locaux. Entre-temps, les actions suivantes ont été réalisées :

- l'INAMI a créé, en interne, un groupe de communication ainsi qu'un centre de communication ;
- un certain nombre de documents d'information ont en outre été établis :
  - un document à l'attention des médecins généralistes, des médecins-spécialistes et des cercles de médecins généralistes ;
  - un document concernant les réseaux locaux multidisciplinaires à l'attention des dispensateurs de soins de première ligne ;
  - un document d'information au patient.
- Des brochures d'information ont également été rédigées (une brochure d'information générale, une brochure spéciale sur le diabète, une brochure spéciale sur l'insuffisance rénale et une brochure spéciale sur les réseaux multidisciplinaires).
- Depuis mai 2009, un site web a spécialement été créé pour les trajets de soins, tant pour les patients que pour les professionnels.
- Du matériel didactique est mis à disposition.



- Un appel à projets pilotes à introduire par les réseaux multidisciplinaires locaux (Comité de l'assurance du 15 juin 2009, note CSS 2009/218).

Il importe d'évaluer les activités développées dans le cadre des trajets de soins. Dans la période du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration, l'INAMI préparera et soutiendra ce processus d'évaluation. Au niveau politique, on insiste pour que les résultats d'évaluation soient disponibles dans les plus brefs délais. Une évaluation intermédiaire doit par conséquent être réalisée. Afin de préparer l'évaluation, l'INAMI développera, après l'accord du Comité de l'assurance, des contrats avec l'ISP et l'AIM chargés de l'exécution de cette évaluation.

L'INAMI veillera également à la création et au soutien d'un Comité d'accompagnement. Ce Comité jouera un rôle permanent dans l'évaluation et l'adaptation des trajets de soins. Le Comité sera composé de représentants des secrétariats médicaux, des OA, de l'INAMI et de la plateforme eHealth.

Un point qui mérite notre attention lors de l'évaluation des trajets de soins est la collecte de données. Il y a lieu de procéder à cette collecte par un réseau d'information intégré (basé sur le DME) de médecins généralistes. Il est par ailleurs indispensable que ces données soient collectées à temps.

Enfin, outre l'évaluation des trajets de soins en cours, il est bon d'évaluer le processus décisionnel au niveau de la préparation et du démarrage des trajets de soins. Dans ce contexte, un audit de tous les processus décisionnels et de tous les processus d'implémentation des trajets de soins est indiqué. Ceci permettra d'éviter des problèmes constatés lors de l'instauration de nouveaux trajets de soins.

### **Actions – engagements**

1. 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.
2. Création d'un comité d'accompagnement pour l'évaluation et l'ajustement permanents des trajets de soins. Date limite : 30 juin 2010.

### **Dépendances externes**

- La collaboration des associations de médecins, des cercles de médecins généralistes et des hôpitaux.
- Un soutien ICT adapté pour les dispensateurs de soins (ceux-ci doivent disposer d'un logiciel DME adapté) de sorte que les données requises puissent être enregistrées.

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet déjà inscrit dans l'avenant 2009 (art. N5).

### **Intitulé**

Soutenir les projets concernant les formes de soins alternatifs et de soutien aux personnes âgées.

### **Cadre**

Organiser, payer, évaluer et contrôler, conseiller

### **Axes**

- Approches innovatrices

### **Contexte**

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

Par analogie avec les projets thérapeutiques dans le secteur de la santé mentale, les autorités publiques ont préféré que les acteurs sur le terrain formulent eux-mêmes des projets de soins alternatifs et de soutien plutôt que de les imposer elles-mêmes.

Le 28 juillet 2008, le Comité de l'assurance a approuvé un projet d'arrêté royal en exécution de l'article 56 de la loi AMI. Au terme de quelques remarques du Conseil d'État, ce projet a été quelque peu modifié et approuvé par le Comité de l'assurance le 24 janvier 2009. L'AR a été publié au Moniteur belge le 16 juillet 2009.

Dans le projet d'AR sont notamment prévus: la procédure de sélection, le rapport et l'échange de données prévus ainsi que le mode de financement des projets. Outre un projet d'AR, le Comité de l'assurance a également approuvé un certain nombre de propositions pour la réalisation concrète du projet d'AR. Ces propositions concernent entre autres la formulation d'objectifs et la fixation de critères formels relatifs au contenu auxquels doivent répondre les projets, la description de l'intervention, les éléments devant figurer dans une convention avec le Comité de l'assurance, le planning jusqu'en 2015 et le financement progressif des projets.

L'incidence administrative de l'AR dépend du nombre de projets qui seront introduits. L'exécution de l'AR génère entre autres les tâches administratives suivantes pour l'INAMI:

- Chaque proposition de projet devra être examinée sur la base des critères formulés dans l'AR. Cette évaluation se fera par 4 jurys à composer au sein de l'INAMI: 1 pour la Communauté flamande, 1 pour la Région wallonne, 1 pour la Communauté germanophone et 1 pour la Région de Bruxelles-Capitale. L'INAMI assurera la préparation des jurys, tant sur le plan administratif que du contenu.
- Pour chaque projet sélectionné, il y a lieu d'établir une convention personnalisée qui devra être approuvée par le Comité de l'assurance.
- Pour chaque projet sélectionné, il y a lieu de prévoir un accompagnement et un suivi. L'accompagnement et le suivi sont assurés par des rapports intermédiaires qui donneront lieu à une adaptation de l'intervention et à d'autres mesures de correction.

- En collaboration avec l'équipe interuniversitaire, établir un document contenant des propositions de projets. Les idées concernant le renouvellement de soins pourront être traduites en un ensemble structuré (lois, décrets, réglementation...).

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

L'avenant 2009 prévoyait un premier appel aux projets dans le courant d'octobre 2008 qui seraient évalués au cours du premier trimestre de 2009 par des jurys au sein de l'INAMI. Une proposition de sélection et de répartition en deux phases d'exécution serait ensuite soumise au Comité de l'assurance. Suite aux adaptations au projet d'AR demandées par le Conseil d'État, le planning et la publication de l'AR ont été décalés. A partir de la publication dans le Moniteur belge le 16 juillet 2009, les intéressés ont 90 jours pour introduire une demande. Dans le courant des mois d'octobre et de novembre 2009, le jury évaluera les propositions de projets, à la suite de quoi le groupe de travail du Comité de l'assurance soumettra une proposition au Comité de l'assurance au plus tard en décembre 2009. Les conventions pourront être signées dans le courant du mois de janvier 2010. A ce moment débutera l'exécution des projets assortis d'un suivi et d'un rapport. En septembre 2010, un deuxième appel aux projets sera lancé suivant le même processus. Les projets sélectionnés lors du premier et du deuxième appel se termineront au plus tard en septembre 2015.

### **Actions – engagements**

1. Soumettre une proposition de projets sélectionnés (deuxième appel) au Comité de l'assurance. Date limite: 31 décembre 2010.
2. Établir un rapport intermédiaire à l'intention du Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés lors du premier appel. Dates limites: 30 juin 2011 ; 30 juin 2012.
3. Établir un rapport intermédiaire à l'intention du Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés lors du deuxième appel. Date limite: 30 juin 2012.

### **Effets attendus**

- Développement de formes de soins alternatifs et de soutien aux personnes âgées vulnérables.

### **Facteurs externes**

- Aucun

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

Le présent article concerne la poursuite du projet (article N10) inscrit dans le cadre de l'avenant 2009 au Contrat d'administration 2006-2008.

### **Libellé**

Évaluation du nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leurs activités en officine publique.

## **Cadre**

Évaluer.

## **Axes**

- Maîtrise des dépenses.
- Application uniforme de la réglementation.
- Approches innovatrices.
- Améliorer la communication externe.

## **Contexte**

Un nouveau système de rémunération des pharmaciens est instauré en exécution de l'article 35 octies de la loi SSI et des directives de bonne pratique pharmaceutique, telles qu'établies par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

L'objectif du présent article est d'accorder une place plus importante au pharmacien qui délivre pour son rôle de "passeur" d'informations au patient, et de lui octroyer à cette fin une rémunération adaptée. Jusqu'à présent, la marge du pharmacien était liée au prix de vente maximum de produits de marque au public. La marge représente un certain pourcentage du prix de vente au public. Cette marge est toutefois plafonnée pour les médicaments onéreux. Le plafonnement de la marge du pharmacien à un certain montant et l'augmentation incessante des produits de marque ont donc entraîné une érosion de sa rémunération.

La réforme du système de rémunération poursuit donc un double objectif:

- d'une part, une raison économique en vue de stopper l'érosion de la marge
- d'autre part, la valorisation du rôle du pharmacien liée à la reconnaissance accrue de soins pharmaceutiques de qualité tels que ceux dispensés par les pharmaciens (utilisation correcte, compliance thérapeutique). Le pharmacien joue de plus en plus un rôle d'accompagnateur dans le cadre d'une utilisation optimale des médicaments délivrés aux patients.

Cette rémunération s'intègre dans une nouvelle base de remboursement des médicaments autorisés (produits de marque). L'objectif est de tendre à une neutralité budgétaire sur le plan macro-économique pour les pharmaciens, les bénéficiaires et l'assurance obligatoire.

Ce système entrera normalement en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2010. La réglementation SPF Économie est actuellement en cours d'adaptation. Plusieurs mesures doivent encore être prises:

- Publication de la liste des médicaments autorisés accompagnés de la nouvelle base de remboursement au 1<sup>er</sup> mars 2010;
- Établissement des instructions de tarification;
- Élaboration et application des nouveaux algorithmes dans le module de calcul des médicaments autorisés;
- Application de l'algorithme pour le calcul de l'intervention personnelle;
- Adaptation de la réglementation en vigueur:
  - Intégration d'une modification de loi dans la loi-santé (fin 2009);
  - Rédaction d'un AR en décrivant la structure et le contenu des honoraires.

L'INAMI souhaite évaluer ce système et ce, 18 mois après son entrée en vigueur.

### **Liste des actions – engagements**

1. 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.
2. 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.

### **Effets attendus**

- Une rémunération des pharmaciens qui tient compte de leur rôle d'accompagnateur du patient.

### **Facteurs environnementaux**

- Collaboration des OA et des représentants des pharmaciens à la Commission de conventions
- Publication en temps utile des arrêtés et listes nécessaires à l'entrée en vigueur de ce système
- Publication de la loi santé.

## **ARTICLE 34. Plan belge « maladies rares »**

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

### **Intitulé**

Contribuer au développement du Plan belge pour les maladies rares.

### **Cadre**

Payer, informer, conseiller

### **Axes**

- Approches innovatrices
- Renforcement de l'accessibilité

### **Contexte**

Le 12 février 2009, la Chambre des représentants a approuvé à l'unanimité une résolution relative à la mise en œuvre d'un plan d'action en ce qui concerne les maladies rares et les médicaments orphelins (Doc. 0505/001). Cette résolution s'inspire d'une communication de la Commission européenne au Parlement européen (SEC (2008) 2712 et 2713) recommandant aux pays de l'UE de mettre en œuvre un plan d'action « maladies rares » d'ici 2011.

Le Fonds Maladies rares et Médicaments orphelins assurera la coordination et la direction de la mise en œuvre du Plan belge « maladies rares ». La mise en œuvre du plan est cofinancée par la Fondation Roi Baudouin et le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Le Plan belge « maladies rares » vise une approche structurelle et intégrale de toutes les activités en matière de maladies rares et de médicaments orphelins afin d'aboutir à une politique cohérente devant améliorer la qualité de vie du patient atteint d'une affection rare ainsi que celle de son entourage. Dès lors, le plan comportera également des propositions visant un diagnostic optimal, des soins irréprochables, la recherche et le développement de médicaments et de traitements adéquats, et un accès à ces prestations de santé durable et financièrement abordable pour les patients.

Jusqu'à la réalisation des propositions, le Comité d'administration du Fonds veillera concrètement :

- à la rédaction d'un plan stratégique, afin :
  - o de mieux informer les dispensateurs de soins et le grand public au sujet des maladies rares ;
  - o d'encourager le développement de médicaments orphelins ;
  - o d'améliorer l'accès au diagnostic ;
  - o d'améliorer l'accès au traitement ;
- à associer les patients et leurs associations au processus de réflexion constructif et au processus décisionnel relatif aux maladies rares et médicaments orphelins ;
- à la mise en œuvre et au soutien de mécanismes aux niveaux national et européen afin d'améliorer et d'assouplir l'échange d'informations relatives aux maladies rares.

Par voie de ses représentants membres du Comité d'administration du Fonds maladies rares et médicaments orphelins, l'INAMI appuiera les activités du Fonds, par exemple en communiquant des avis quant aux structures de santé existantes.

À la fin du trimestre 2010, le Fonds transmettra au Comité de l'assurance un rapport intermédiaire des activités prestées en 2009. L'ambition est de mettre ce rapport intermédiaire à l'ordre du jour de la présidence belge de l'Union européenne en 2010. Au terme du deuxième trimestre de 2011, le Fonds transmettra au Comité de l'assurance un rapport final sous forme de Plan belge « maladies rares ».

### **Actions – engagements**

1. Inscription du rapport intermédiaire à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. Date limite : 30 juin 2010.
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.

### **Effets attendus**

- Faire mieux connaître les affections rares auprès des prestataires de soins et du grand public, encourager le développement de médicaments orphelins et promouvoir l'accès aux médicaments orphelins ;
- Prévoir des mécanismes adéquats de définition, de codification et d'inventaire des maladies rares et élaborer des guides de bonnes pratiques afin de fournir un cadre pour la reconnaissance de ces maladies et le partage des connaissances et expertise ;
- Encourager la recherche sur les maladies rares, y compris par la coopération et la collaboration transfrontalières afin d'exploiter au maximum le potentiel en ressources scientifiques présent dans toute l'Union européenne ;

- Assurer l'accès à des soins de santé de qualité, notamment en identifiant les centres d'expertise nationaux et régionaux et en encourageant leur participation aux réseaux de référence européens ;
- Mettre en place des mécanismes permettant de réunir l'expertise nationale dans le domaine des maladies rares et la mettre en commun avec celle des autres pays européens ;
- Prendre des mesures pour assurer la responsabilisation et la participation des patients et des organisations qui les représentent ;
- Veiller à ce que des dispositions appropriées accompagnent ces actions afin de garantir leur pérennité.

### **Facteurs externes**

- Le travail de recherche proprement dit et les rapports y afférents seront effectués au niveau du Fonds maladies rares.

## **TITEL IX: Optimiser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles**

### **ARTICLE 35. Contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation**

Le présent article concerne la poursuite d'un projet déjà inscrit dans l'avenant 2009 (art. N12).

#### **Intitulé**

Renforcer le contrôle administratif des paiements effectués aux maisons de repos et centres de rééducation.

#### **Cadre**

Évaluer et contrôler

#### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation
- Maîtrise des dépenses

#### **Contexte**

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

L'ambition au sein de l'INAMI serait de renforcer et de professionnaliser ce système de contrôle restreint. Ambition motivée d'une part, par le nombre d'établissements concernés et d'autre part, par l'ampleur des paiements effectués à ces établissements. Ce sont plus précisément plus de 700 centres de rééducation et 1650 maisons de repos qui sont concernés. Soit chaque année, plus de 2 milliards d'euros versés au total à ces établissements sur la base des dossiers qu'ils introduisent à l'INAMI.

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



Le renforcement de l'organisation et du fonctionnement du contrôle administratif des données envoyées par les maisons de repos et les centres de rééducation à l'INAMI n'est pas un exercice évident. Il requiert une profonde réflexion concernant, entre autres, les aspects suivants : identification et évaluations des risques dans le cadre du contrôle administratif actuel, objectifs du contrôle administratif renforcé, organisation et contenu de l'échange de données, répartition interne et externe des compétences, organisation et coordination du contrôle, description du profil de fonction et de compétences du personnel chargé des contrôles, etc.

Dans le cadre de l'avenant 2009, il est prévu d'élaborer une note conceptuelle pour fin 2009 qui offre des éléments de réponse aux questions posées ci-dessus. Cette note peut servir de base de discussion avec l'ensemble des acteurs internes et externes concernés.

Au moment de la rédaction du présent Contrat d'administration, il est impossible de formuler déjà des actions-engagements concrets, étant donné que la note conceptuelle est en cours de préparation et que la concertation nécessaire avec les partenaires internes et externes doit encore être menée par la suite. Vu l'intérêt stratégique du projet et le souhait de maintenir le projet dans le Contrat d'administration, l'INAMI s'engage dès lors à formuler des actions-engagements concrets dans le courant du premier semestre 2010 ayant trait à la période 2010-2012 et portant sur le renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation.

Bien évidemment il y a un lien entre ce projet et l'article 12 du présent Contrat d'administration, dans lequel on prévoit de moderniser et d'informatiser la gestion et le 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.

### **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.

### **Effets attendus**

- Un contrôle administratif plus efficace des données transmises par les maisons de repos et centres de rééducation au Service des soins de santé en vue de divers paiements.
- Une affectation plus correcte des moyens aux maisons de repos et centres de rééducation.

### **Facteurs externes**

- La formulation d'actions-engagements pour la période 2010-2012 concernant le renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation dépend fortement des moyens en personnel qui pourront être prévus pour réaliser ces actions-engagements. L'élargissement du cadre du personnel prévu du côté de l'INAMI dans les accords sociaux peut seulement se faire si les moyens seront mis à disposition.

## **ARTICLE 36. Évaluation médicale**

Le présent article concerne la poursuite du projet (article 25) inscrit dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et de l'avenant 2009.

### **Libellé**

Réaliser des projets d'évaluation afin de réduire la surconsommation et l'attestation abusive de prestations de santé et de suivre l'impact que ces projets d'évaluation ont sur cet objectif.

### **Cadre**

Informé, conseiller, contrôler

### **Axes**

- Maîtrise des dépenses
- Application uniforme de la réglementation

### **Contexte**

Dans le cadre de la loi AMI, l'INAMI, et plus particulièrement le SECM, souhaite, via des projets d'évaluation, renforcer la lutte contre la surconsommation et l'attestation abusive de prestations. Une distinction peut être faite entre 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,...) pour en mesurer l'impact.

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 d'un certain nombre de critères (huit):

- 1) La solidité de l'hypothèse de travail
- 2) Personnel et ressources engagés en vue des résultats (un minimum d'input pour un maximum d'output)
- 3) Pertinence par rapport à la 'régislation et réglementation' ou valeur ajoutée pour le travail d'enquête
- 4) Caractère transversal de l'étude
- 5) L'impact attendu de l'étude (budget, modification de comportement)
- 6) Actualité
- 7) Le caractère innovateur de l'étude
- 8) Faisabilité de l'étude.

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

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

Plusieurs propositions d'études, projets et mesures d'impact ont été réalisés au cours des dernières années. Ceux-ci ont été présentés en détail dans les rapports annuels du 2<sup>e</sup> Contrat d'administration. Voici entre autres quelques projets importants réalisés: les quinolones, le dossier infirmier, la chirurgie du canal carpien (mesure d'impact), les échographies gynécologiques, les potentiels évoqués.

Durant la période du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration, au minimum deux nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure d'impact par an seront exécutés.

Ce projet apporte déjà une contribution fondamentale dans le cadre de la préparation d'un compte rendu intégré concernant les effets des actions ICE (Information, Contrôle et Évaluation) réalisées par le SECM. Les mesures d'impact constitueront la base des futures mesures intégrées concernant les effets des actions d'information, d'évaluation et de contrôle. L'élaboration de ces mesures intégrées se fera dans les prochaines années.

### **Actions – engagements:**

1. 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, 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Identification et, le cas échéant, adaptation des modèles de consommation déviants (individuellement ou par groupe de professions) sur la base d'une approche responsable
- Amélioration du dialogue avec et entre les dispensateurs, les organismes assureurs et les autres instances intéressées en ce qui concerne l'utilisation correcte des moyens
- Optimalisation de la collaboration et cette matière entre les différents services concernés de l'INAMI.

## **ARTICLE 37. Code-barres unique**

Cet article concerne la poursuite d'un projet (article 26) qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009.

### **Intitulé**

Améliorer le contrôle de la délivrance effective des médicaments dans le cadre d'une bonne gestion des moyens financiers destinés au remboursement des médicaments.

### **Cadre**

Évaluer et contrôler.

### **Axes**

- Amélioration du processus et informatisation.
- Application uniforme de la réglementation.
- Simplification administrative.
- Maîtrise des dépenses.

### **Contexte**

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et des Avenants 2007 et 2009 (article 26), un système a été développé en vue d'améliorer le contrôle de la délivrance effective des médicaments dans le cadre d'une bonne gestion des moyens financiers destinés au remboursement des médicaments.

Le système développé prévoit une analyse particulière et comparative des fichiers à codes-barres uniques des firmes pharmaceutiques (FP) d'une part, et des offices de tarification (OT) d'autre part. Les firmes pharmaceutiques apposent en effet un code-barres unique individuel sur chaque conditionnement de médicaments et informent le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI au sujet des conditionnements mis en circulation. Les offices de tarification, quant à eux, transmettent au SECM des informations concernant les prestations médicamenteuses facturées par les pharmaciens et le code-barres unique du conditionnement délivré.

L'analyse particulière des données des offices de tarification permet d'ores et déjà, dans une certaine mesure, de vérifier tant au niveau général qu'au niveau individuel, si les pharmaciens utilisent correctement le système du code-barres unique. Il est ainsi par exemple possible de constater si un code-barres unique a été encodé et attesté plus d'une fois, soit par le même pharmacien, soit par différents pharmaciens.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, le SECM veut poursuivre ces analyses et les affiner le cas échéant. Si la qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques (tant au niveau du format qu'au niveau du contenu) est suffisamment élevée, les fichiers des offices de tarifications d'une part, et des firmes d'autre part, pourront faire l'objet d'une comparaison adéquate, ce qui permettra d'encore mieux contrôler l'application correcte du système du code-barres unique. Il sera alors possible de constater par exemple si les codes-barres uniques facturés par les pharmaciens ont effectivement été commercialisés par les firmes pharmaceutiques. Une

concertation et une collaboration seront mises en place avec les firmes pharmaceutiques afin d'améliorer effectivement la qualité des données qu'elles transmettent.

Sur le plan technico-formel, le transfert actuel de données peut encore être amélioré. Le transfert de données entre les FP et les OT d'une part, et le SECM d'autre part, s'effectue aujourd'hui par voie de CD-ROM. L'INAMI veut concrétiser un transfert de données informatique entre les FP et les OT, avec pour avantage que la réception, l'enregistrement et le premier traitement des données pourront être entièrement automatisés. En outre, des feed-back informatisés pourront être donnés au sujet d'éventuelles erreurs constatées au niveau de la forme et du contenu.

Un feed-back systématique des résultats des analyses sera donné aux partenaires concernés : les pharmaciens, les firmes pharmaceutiques et les offices de tarification. On tend vers un modèle de collaboration constructive en vue d'une meilleure application du système, au niveau tant des pharmaciens et des offices de tarification que des firmes pharmaceutiques. Parallèlement, les résultats peuvent aboutir à un contrôle plus ciblé et donc plus efficient et plus effectif.

### **Actions – engagements**

1. Rédiger 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.
2. Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OT et les FP d'une part, et l'INAMI d'autre part. Date limite : 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Économies au niveau des moyens destinés au remboursement des médicaments.
- Contrôle davantage ciblé d'erreurs et de fraudes en matière d'attestation de médicaments prescrits mais non délivrés.

### **Facteurs externes**

- La richesse des analyses dépend entre autres de la qualité des fichiers de données transmis par les firmes pharmaceutiques et les offices de tarification.
- Le développement d'un transfert de données entièrement informatisé entre les firmes pharmaceutiques et les offices de tarification d'une part et l'INAMI d'autre part requiert leur collaboration.

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

Cet article concerne la poursuite d'un projet qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 (art.27) et l'Avenant 2009.

### **Intitulé**

Développer une cartographie des activités de contrôle des médecins-conseils dans le cadre de l'incapacité de travail primaire.

### **Cadre**

Informier, conseiller.

### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation
- Amélioration du processus et informatisation
- Simplification administrative
- Maîtrise des dépenses

### **Contexte**

Dans le cadre de la gestion du secteur des indemnités, la connaissance et l'analyse des données de l'incapacité de travail primaire (ITP) constituent une source d'informations importante et utile. Ce projet vise entre autres à contribuer à l'analyse d'un des facteurs pouvant influencer l'entrée en invalidité, à savoir la façon dont les médecins-conseils effectuent leurs contrôles dans le cadre de l'ITP.

Pour pouvoir exécuter de façon optimale sa mission de contrôle sur les médecins-conseils dans cette matière, le SECM doit pouvoir disposer de données complètes et fiables. Dans le cadre de l'article 27 du Contrat d'administration 2006-2008, nous avons entamé l'élaboration d'un système grâce auquel il sera possible d'établir une cartographie des médecins-conseils. La cartographie se réalise sur la base d'un transfert trimestriel de données des OA vers l'INAMI. Par un traitement de ces données, une cartographie pourra être établie. À cette fin, 15 paramètres ont été développés. Ils concernent entre autres la charge de travail du médecin-conseil, le suivi des assurés pendant la période d'incapacité de travail primaire, la courbe de survie des incapacités de travail, le nombre de dossiers ITP aboutissant à une invalidité, le taux de rechute en incapacité de travail et le taux de reprise du travail.

Au cours de 2009, plusieurs problèmes ont été constatés, handicapant l'exécution du projet. Les actions-engagements de l'actuel Contrat d'administration tendent à résoudre ces problèmes.

Premièrement, un problème a été constaté sur la base d'un échantillon en ce qui concerne la non-conformité entre les données transmises électroniquement par les OA au SECM et les données qui sont récoltées dans les dossiers, sur place au sein des mutualités. Cette non-conformité ainsi que les diverses façons dont les OA transmettent leurs données handicapent certaines analyses (des données déjà reçues). Il faut lancer un trajet avec les OA afin de clarifier la façon dont les données doivent être enregistrées et transmises.

Deuxièmement, le mode actuel de transfert des données peut encore être amélioré, tant au niveau technique et de la forme qu'au niveau du contenu.

Du point de vue technique et formel, le transfert de données s'opère actuellement entre les OA et le SECM au moyen de CD-ROM. L'INAMI veut réaliser un transfert de données électronique avec les OA. L'avantage est que la réception et le premier traitement des données seront totalement informatisés. En outre, des feed-back automatisés pourront avoir lieu à l'égard des OA concernant d'éventuelles erreurs de format ou de contenu constatées.

Sur le plan du contenu, il faut, en vue d'une analyse correcte par le SECM, compléter le flux de données existant par le numéro de registre national (NRN). Cet ajout permettra de reconstituer correctement des dossiers d'incapacité de travail primaire en cas de rechute ou de mutation.

Troisièmement, les OA se posent encore quelques questions concernant les 15 paramètres et leur utilisation. Il est clair que les 15 paramètres qui ont été développés en collaboration entre le SECM et les OA ne procurent qu'une image partielle de la façon dont les médecins-conseils effectuent leurs contrôles dans le cadre de l'ITP. L'établissement par le SECM d'une cartographie au niveau des OA et des mutualités suscitera bien évidemment un débat sur la façon d'optimiser davantage les paramètres afin d'affiner les cartographies. Le SECM adopte en l'occurrence une approche ouverte : les premiers essais en matière de cartographie effectués sur la base des 15 paramètres actuels servent précisément à stimuler ce débat. Il faut voir, en concertation avec les OA, comment les activités du médecin-conseil en matière d'ITP peuvent être définies de manière optimale. Lorsque le mode d'établissement des cartographies sera suffisamment précis et à maturité, il faudra vérifier comment utiliser les résultats des cartographies de manière plus approfondie à des fins stratégiques et de contrôle.

### **Actions – engagements**

1. Rédaction 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 feed-back aux OA). Dates limites: 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012.
2. Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OA et l'INAMI. Date limite: 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Une meilleure vision de la façon dont les médecins-conseils effectuent leurs contrôles dans le cadre de l'ITP.
- Un comportement de contrôle plus uniforme de la part des OA, des mutualités et des médecins-conseils.
- Une utilisation optimale des moyens du Service des indemnités.

### **Facteurs externes**

- L'exactitude des cartographies dépend également de la ponctualité et de la qualité du transfert de données entre les OA et le SECM.
- Le développement d'un transfert de données complètement informatisé entre les OA et l'INAMI requiert la collaboration des OA.

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet (article 28) déjà intégré dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et de l'avenant 2009.

### **Intitulé**

Continuer à développer un système de gestion informatisée des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins.

### **Cadre**

Évaluer et contrôler

### **Axes**

- Amélioration des processus et informatisation
- Application uniforme de la réglementation

### **Contexte**

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et des avenants 2007 et 2009 (article 28), un système – intitulé Flowdos – a été développé pour la gestion et le suivi des dossiers d'enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) devant, à terme, couvrir toutes les dimensions et tous les stades des dossiers d'enquête.

La première partie du système Flowdos, à savoir Flowdos-Data, est actuellement opérationnelle. Cette première partie concerne tout d'abord une gestion structurée des dossiers qui, bien que incomplète, répond toutefois déjà aux besoins de base du 'business'. Deuxièmement, un lien est prévu vers certaines sources de données existantes, p. ex. Nomensoft. Troisièmement, une série de fonctions de recherche ont été intégrées. La portée des fonctions de recherche du système Flowdos dépend du niveau de compétence de l'utilisateur respectif. Quatrièmement, une série de fonctions de rapport ont été intégrées dans le système actuel de Flowdos.

Début 2010, la deuxième partie de Flowdos, à savoir Flowdos-Documents, sera normalement entièrement opérationnelle. Cette deuxième partie concerne le scanning des documents entrants ainsi que la production de documents par le service. Dès que cette partie sera opérationnelle, les dossiers en cours et clôturés depuis 2003 devront être intégrés en Flowdos. Ces actions-engagements pourront normalement être entamés dans le courant de 2010.

Dans le courant de 2010, la première partie de Flowdos, à savoir Flowdos-Data, sera optimisée. Il s'agit de peaufiner et de compléter davantage les informations de gestion intégrées, p. ex. en rajoutant de nouveaux paramètres nécessaires ou en prévoyant la possibilité d'attribuer plusieurs valeurs à un paramètre existant (p. ex. plusieurs bases légales pour un seul grief). Une autre adaptation concerne l'instauration de contrôles ou un formatage des champs de données afin d'éviter des erreurs d'encodage. Il ne s'agit que de quelques exemples à titre d'information, sans vouloir être exhaustif.

Dans le courant de 2011, les fonctionnalités de Flowdos seront davantage développées. Il s'agit plus précisément de l'ajout des éléments de flux de travail. Ceux-ci apportent un soutien aux utilisateurs dans l'exercice de certaines missions, p. ex. en sollicitant automatiquement un avis ou visa après avoir effectué une certaine mission. Ces flux de travail permettent également de suivre automatiquement les délais de traitement, les échéances et les clignotants.

Parallèlement à l'implémentation de Flowdos-Documents et l'optimisation de Flowdos-Data, le rapport fait au management sur la base des données disponibles dans Flowdos sera davantage professionnalisé. Cela s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large du SECM visant à développer un 'dashboard' à travers duquel les activités du service peuvent être suivies de manière optimale. Ce 'dashboard' ne se limite pas uniquement aux dossiers d'enquête actuellement intégrés dans Flowdos.

Il apparaît clairement du trajet parcouru entre-temps et des ambitions pour les années à venir que le développement de Flowdos représente un projet pluriannuel. D'une part, des



fonctionnalités supplémentaires sont systématiquement développées au sein du système de gestion. D'autre part, Flowdos sera, à terme, étendu à d'autres types de dossiers. En effet, Flowdos se limite actuellement aux dossiers d'enquêtes, dits dossiers E. À terme, d'autres dossiers peuvent également être intégrés dans le système, p. ex. les dossiers d'évaluation. Pour la fin du présent Contrat d'administration, une note de vision sera établie concernant l'extension du système de gestion Flowdos à d'autres types de dossiers.

### **Actions – engagements**

1. Intégration des dossiers d'enquête en cours (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. Date limite: Date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 6 mois.
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 des éléments de flux de travail à implémenter dans Flowdos. Date limite: 30 juin 2011.
4. Mise en production d'éléments de flux de travail dans Flowdos. Date limite: 31 décembre 2011.
5. Rédaction d'un rapport concernant le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. Date limite: 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Un soutien efficace apporté aux différents utilisateurs lors de la réalisation de leurs missions dans le cadre de la gestion et du suivi des dossiers d'enquête et ce, dans une application informatique conviviale garantissant un niveau de sécurité adapté.
- Une politique de contrôle plus efficace engendrant moins de dépassements des délais légaux avec comme conséquence une récupération plus importante des montants indûment perçus.
- Une justification renforcée des actions et résultats obtenus dans le cadre des dossiers d'enquête du SECM.

### **Facteurs externes**

- Aucun.

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

Cet article concerne la poursuite d'une partie d'un projet (article N13) qui figurait déjà dans l'Avenant 2009 au 2<sup>e</sup> Contrat d'administration.

### **Intitulé**

Elaborer des rapports en matière de fraude sociale.

### **Cadre**

Contrôler, informer, conseiller.

## **Axes**

- Lutte contre la fraude sociale
- Amélioration de la communication externe

## **Contexte**

Le lancement d'un programme INAMI en matière de lutte contre la fraude sociale était annoncé dans l'Avenant. Ce programme s'inscrit dans le cadre des plans d'action du gouvernement et du SIOD/SIRS relatifs à la lutte contre la fraude sociale. Le développement du programme a pour objectif d'aboutir à une politique INAMI intégrée en ce qui concerne la lutte contre la fraude sociale et est une priorité pour l'INAMI.

Par cet article, l'INAMI souhaite poursuivre et affiner, dans les prochaines années, les rapports périodiques mis en œuvre afin de disposer 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).

Des informations seront rassemblées de manière intégrée concernant les actions entreprises par les divers services d'inspection de l'INAMI dans le cadre de la fraude sociale. Un premier rapport a déjà été rédigé en 2009, affinant et complétant les données trimestrielles transmises par l'INAMI pour la période jusque 2008. Le but est d'aboutir dans les 3 prochaines années à un rapport annuel intégré sur les résultats de la lutte contre la fraude. À plus long terme, le fonctionnement intégral des services d'inspection sera également pris en compte afin d'aboutir à un « Rapport annuel sur le fonctionnement et les résultats des offices de contrôle de l'INAMI, en ce compris la lutte contre la fraude sociale ».

Ces rapports comporteront aussi une partie consacrée aux indicateurs issus du système de mesure de la performance en cours de développement pour les résultats des contrôles effectués et les recommandations. Comme stipulé dans l'article relatif aux contrôles thématiques, le SCA investit de plus en plus dans l'efficacité des contrôles et des recommandations ad hoc. Une évaluation de ces actions et un suivi des effets des recommandations formulées sont fondamentaux. Par le développement d'indicateurs, il sera vérifié dans quelle mesure les organismes assureurs ont adapté leurs procédures internes et optimisé leur fonctionnement. A terme, un profil de mutualité qui fonctionne bien pourra être esquissé tandis qu'un tableau de bord intégré mentionnant des indicateurs de performance pourra être établi systématiquement. Tout ceci aboutira à des informations stratégiques pertinentes ainsi qu'à une meilleure estimation de problèmes éventuels tant par rapport aux organismes assureurs (système de contrôle interne défaillant, contrôles a posteriori manquants,...) qu'au niveau de la réglementation.

## **Actions – engagements**

1. Rédiger 1 fois par an un rapport intégré concernant les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012.

## **Dépendances externes**

néant

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

Le présent article concerne la poursuite d'une partie du projet (article N13) déjà intégrée dans le cadre de l'avenant 2009 au deuxième contrat d'administration 2006-2008.

### **Intitulé**

Croiser les données de la DMFA et les données concernant les indemnités payées aux personnes invalides.

### **Cadre**

Contrôler, informer, conseiller

### **Axes**

- Lutte contre la fraude sociale.
- Application uniforme de la réglementation.
- Maîtrise des dépenses.

### **Contexte**

L'avenant annonce le lancement d'un programme "fraude sociale" développé par l'INAMI. Ce programme s'inscrit dans le cadre des plans d'action de lutte contre la fraude sociale du gouvernement et du SIOD/SIRS. Le développement du programme doit permettre à l'INAMI de mettre au point une politique intégrée de lutte contre la fraude sociale. Celui-ci est considéré comme une priorité pour l'INAMI.

Par le biais du présent article, l'INAMI souhaite poursuivre et peaufiner les actions entreprises 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. Il s'agit concrètement ici de personnes invalides qui entament une activité non autorisée et pour lesquels l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Pour les repérer, l'INAMI (le SCA) utilise une technique de datamatching ou de 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.

En 2008, un premier exercice a été réalisé sur les données de 2006, pour les personnes en invalidité pendant toute l'année 2006. Concrètement, les cumuls non autorisés ont été détectés (après extraction des reprises de travail partielles ou totales autorisées par le médecin-conseil, ...) et vérification a ensuite été faite auprès des mutualités qu'une procédure de régularisation ou de récupération des montants a effectivement été entamée. Cette régularisation a également été retenue comme indicateur de fonctionnement des mutualités (voir l'article concernant le rapport en matière de fraude sociale). En effet, une mutualité qui fonctionne bien doit effectuer automatiquement ce croisement des données dont elle dispose dans le cadre de son fonctionnement journalier. En cas de non-régularisation, les cas concrets sont examinés au sein des mutualités. L'INAMI engage ensuite une procédure de récupération et une sanction administrative est imposée à l'assuré.

En 2009, le SCA a effectué une analyse du premier exercice réalisé sur les données de 2006. Le Service a également répété en 2009 l'exercice sur les données DMFA 2007 et sur les données de la base de données PI 2007.

Les données seront à nouveau croisées en 2010, 2011 et 2012 et les secteurs économiques y seront également rajoutés à l'aide des numéros ONSS des employeurs. On pourra ainsi mieux cerner les secteurs les plus critiques.

### **Actions – engagements**

1. Croiser chaque année les données DMFA et les données PI et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Dates limites: 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012.

### **Dépendances externes**

- Recevoir à temps les données DMFA.

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

Cet article concerne la poursuite d'une partie du projet (article N13) qui figurait déjà dans l'Avenant 2009 au 2<sup>e</sup> Contrat d'administration 2006-2008.

### **Intitulé**

Analyser la qualité du feed-back des organismes assureurs concernant les dossiers d'assujettissement fictif ou frauduleux.

### **Cadre**

Contrôler, informer, conseiller.

### **Axes**

- Lutte contre la fraude sociale.
- Application uniforme de la réglementation.
- Maîtrise des dépenses.

### **Contexte**

Le lancement d'un programme INAMI de lutte contre la fraude sociale a été annoncé dans l'Avenant au Contrat d'administration. Ce programme s'inscrit dans le cadre des plans d'action du Gouvernement et du SIOD/SIRS en matière de lutte contre la fraude sociale. Le développement du programme a pour objectif d'aboutir à une politique intégrée de l'INAMI en matière de lutte contre la fraude sociale. C'est une priorité pour l'INAMI.

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. 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.

L'analyse sera réitérée en 2010, tant en ce qui concerne le nombre de cas traités qu'en ce qui concerne la qualité du traitement des dossiers. L'analyse se focalisera essentiellement sur l'incidence de l'analyse précédente (2008-2009) et le feed-back formulé. L'objectif est notamment que les organismes assureurs traitent dorénavant les dossiers de manière proactive et plus rigoureuse, avec la rapidité requise. Les analyses reprennent tant les résultats qualitatifs que les délais de réponse du feed-back.

### **Actions – engagements**

1. Faire en 2010 une analyse de la qualité du feed-back des organismes assureurs concernant les dossiers d'assujettissement fictif. Date limite: 31 décembre 2010.

### **Dépendances externes**

- Réception dans les délais des données des organismes assureurs.

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

Cet article porte sur la poursuite d'un projet (article 24) qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et dans l'Avenant 2009.

### **Intitulé**

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.

### **Cadre**

Contrôler, informer, conseiller.

### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation
- Lutte contre la fraude sociale
- Amélioration de la communication externe
- Maîtrise des dépenses

## **Contexte**

Le contrôle en mutualités est une activité centrale pour le SCA. Les inspecteurs sociaux vérifient la bonne application de la réglementation soins de santé et indemnités par les mutualités en y effectuant des contrôles sur le terrain.

Au cours de ces dernières années, le SCA a beaucoup investi dans une nouvelle approche du contrôle administratif vis-à-vis des mutualités. Le centre de gravité des contrôles s'est déplacé. De contrôles axés sur les dossiers individuels on est passé à des contrôles thématiques relatifs à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le but de ces contrôles est notamment d'analyser les procédures de contrôle interne mises en place par les mutualités afin d'établir correctement les droits des assurés aux prestations de l'assurance, d'identifier les dysfonctionnements, de repérer les erreurs répétitives et de nature structurelle dans la détermination des prestations ainsi que d'en examiner l'origine.

Un élément spécifique dans lequel il conviendra d'investir les prochaines années dans le cadre des contrôles thématiques est le développement systématique d'indicateurs permettant de suivre et d'évaluer, tant quantitativement que qualitativement, la gestion par les OA de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (aussi bien au niveau global de l'union nationale qu'au niveau des mutualités séparément).

Les analyses qui sont effectuées dans le cadre des contrôles thématiques aboutissent toujours à un rapport complet mentionnant également des recommandations, d'abord à l'adresse des organismes assureurs mêmes. En tant que tel, le SCA veut renforcer son rôle préventif par voie de feed-back et d'avis.

Des rapports systématiques concernant les résultats et recommandations des contrôles thématiques seront également rédigés à l'attention des organes compétents de l'INAMI. Ces rapports verront le jour sous réserve de la réforme des organes telle qu'elle est prévue dans le cadre de la réorganisation du SCA par la création d'une Commission technique d'une part, et sous réserve du transfert des compétences décisionnelles de l'actuel Comité SCA vers le Comité général de gestion, d'autre part.

Dans le cadre de ce Contrat d'administration, il est prévu d'effectuer deux contrôles thématiques par an : un dans le domaine de l'assurance soins de santé et un dans le domaine de l'assurance indemnités.

## **Actions - engagements**

1. Rédaction de deux rapports de contrôles thématiques par an : un en matière d'assurance soins de santé et un en matière d'indemnités. Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012.

## **Facteurs externes**

- Accessibilité des inspecteurs aux programmes informatiques consultables en mutualités et aux banques de données (ONEM, INASTI, ...)
- Collaboration des OA pour l'obtention de flux de données fiables et l'élaboration de solutions aux dysfonctionnements constatés
- La mise en œuvre des rapports concernant les résultats et les recommandations des contrôles thématiques à l'attention des organes (de gestion) de l'INAMI dépend aussi de l'approbation de la réforme prévue des organes dans le cadre de la réorganisation du SCA.

## **TITEL X: Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI**

### **ARTICLE 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration**

Le présent article concerne la poursuite du projet (article 15) inscrit dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et de l'avenant 2009.

#### **Intitulé**

Informations fournies dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion des OA.

#### **Cadre**

Informier

#### **Axes**

- Application uniforme de la réglementation

#### **Contexte**

Dans le cadre de la responsabilisation des OA sur le montant de leurs frais d'administration, l'INAMI doit transmettre chaque année des informations à l'Office de contrôle des mutualités. Sur la base de ces données, l'Office de contrôle évalue les prestations de gestion des OA et, lorsque des manquements sont constatés, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire allouée (la partie variable des frais d'administration) en fonction de l'ampleur de ces manquements.

L'AR du 28 août 2002 mentionne 10 critères, dont 6 critères pour lesquels l'INAMI doit fournir des informations, à savoir:

1<sup>er</sup> critère:

- la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires pour atteindre les objectifs mentionnés dans le Contrat d'administration
- l'exécution, dans les délais et de manière correcte, des tâches et missions visées dans ce Contrat d'administration

2<sup>e</sup> critère:

- les délais dans lesquels sont traités les dossiers auxquels s'applique la réglementation relative au maximum à facturer et la rigueur dans la gestion de ces dossiers
- la rapidité de satisfaction aux autres obligations en matière de remboursement

3<sup>e</sup> critère:

- la transmission, dans les délais prévus et dûment établis, des documents administratifs, comptables, financiers et statistiques légalement prévus



- la transmission, dans les délais, des données correctes et complètes nécessaires aux experts qui sont chargés d'élaborer les paramètres qui serviront à établir la clé de répartition normative dans le cadre de la responsabilisation financière des OA

4<sup>e</sup> critère:

- la qualité de la participation à des études effectuées en vue de déterminer une politique, notamment la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires

5<sup>e</sup> critère:

- l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne porte sur:
  - a) le respect des modalités particulières de remboursement des prestations
  - b) la récupération des paiements subrogatoires ou indus
  - c) la qualité des contrôles de validité institués en vue du remboursement et du décompte corrects des prestations et la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité de ces prestations
  - d) la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité du Résumé clinique minimum
  - e) la présence d'une faute, erreur ou négligence, lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail, le Comité de gestion du Service des Indemnités renonçant à la récupération des montants indus.

9<sup>e</sup> critère:

- la bonne exécution des tâches dévolues aux médecins-conseil
- la transmission dans les délais et la bonne qualité des données nécessaires à l'exécution des missions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Au cours des dernières années, l'INAMI a veillé à:

- définir les données pertinentes concernant les critères d'évaluation (voir plus haut), avec un enrichissement des données. Notons à cet effet e.a. une comparaison entre les données comptables et les données de trésorerie afin d'améliorer la qualité des données de trésorerie.
- communiquer dans les délais les données nécessaires à l'Office de contrôle et à assurer son suivi au moyen d'un tableau de bord.
- intensifier la concertation avec l'Office de contrôle des mutualités.
- appliquer le principe de la communication au préalable des données aux OA et ce, avant le transfert des données à l'Office de contrôle. Cela permet d'améliorer la qualité des données, d'éviter des discussions inutiles par la suite et surtout de mettre en place une procédure plus rapide.
- une évaluation interne du système actuel et à l'opérationnalisation des conclusions de l'évaluation interne effectuée:
  - quelle est la charge de travail du système actuel?
  - le système a-t-il une incidence sur le bon fonctionnement des OA?
  - quelles sont les éventuelles propositions de réforme du système actuel?

L'efficacité du système actuel n'est pas optimale. Il a en effet un impact insuffisant sur le bon fonctionnement des OA. C'est pourquoi l'INAMI souhaite formuler une proposition concrète d'adaptation des règles opérationnelles actuelles dans ce Contrat d'administration pour fin 2011. Un rapport intermédiaire concernant les discussions sera également fait.

Lors de la concertation bilatérale en juillet 2009, les discussions concernant l'article 44 ont abouti à quelques suggestions & engagements se rapportant aux systèmes de plaintes :

- L'information des systèmes de plaintes des OA peut, dans le cadre de la responsabilisation, être utilisée pour la réflexion au sujet des nouvelles règles opérationnelles et pour leur développement. Songeons, entre autres, aux indicateurs concernant les délais de réponse de plaintes reçues et traitées par les OA.
- Afin d'harmoniser les systèmes de plaintes des OA et de l'INAMI et de les consolider à terme, des initiatives seront prises au cours des prochaines années en ce qui concerne la préparation et la consolidation des systèmes de plaintes des OA et de l'INAMI, à savoir :
  - Une analyse des systèmes en vigueur dans les OA et les mutualités ainsi qu'un rapport y afférent, et ce, en collaboration avec le CIN (31.12.2010).
  - L'élaboration de propositions de collaboration et d'harmonisation entre les OA et l'INAMI et la détermination d'indicateurs ainsi qu'éventuellement l'élaboration d'une typologie commune (30.9.2011).
  - L'implémentation des propositions de synergies entre les OA et l'INAMI, 12 mois après un accord (= X) au sujet de la consolidation des systèmes des OA et de l'INAMI.
  - Un premier rapport de synthèse commun concernant le système de plaintes consolidé, 12 mois après l'implémentation (= X) de celui-ci.

### **Actions – engagements:**

1. Rédiger un premier rapport comprenant une synthèse des discussions de l'année écoulée. Date limite: 31 décembre 2010
2. Faire une proposition d'adaptation des règles actuellement applicables. Date limite: 31 décembre 2011.

Des engagements spécifiques en ce qui concerne la préparation et la consolidation des systèmes de plaintes des OA et de l'INAMI :

3. 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 : le 31 décembre 2010.
4. Propositions de collaboration et d'harmonisation pour les systèmes de plaintes des OA et de l'INAMI et détermination des indicateurs ainsi qu'éventuellement l'élaboration d'une typologie commune. Date-limite : le 30 septembre 2011.
5. Implémentation des propositions de synergies en ce qui concerne les systèmes de plaintes en vigueur dans les OA et à l'INAMI, 12 mois après un accord (= X) au sujet de la consolidation des systèmes des OA et de l'INAMI. Date-limite : X + 12 mois.
6. Un premier rapport de synthèse commun concernant le système de plaintes consolidé, 12 mois après l'implémentation (= X) de celui-ci. Date-limite : X + 12 mois.

### **Effets attendus**

- Évaluation performante des prestations de gestion des OA.

## **TITEL XI: Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI**

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

Le présent article concerne la poursuite du projet (article 36) qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009.

#### **Intitulé**

Établissement et diffusion d'informations simples et compréhensibles à l'attention des dispensateurs de soins, axées spécifiquement sur les missions du SECM.

#### **Cadre**

Informier.

#### **Axes**

- Maîtrise des dépenses
- Application uniforme de la réglementation
- Renforcement de la communication externe

#### **Contexte**

Le présent objectif est la concrétisation de la mission informative confiée au Service d'évaluation et de contrôle médicaux et 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 informations sont diffusées par le biais des infobox papier et sont également disponibles sur le site Internet. L'infobox se compose de 6 parties, p.ex. pour l'infobox du médecin généraliste: le cadre général, la facturation, la prescription, le médecin et son patient, l'incapacité de travail et la communication.

Différents modules (= Infobox) ont été élaborés et actualisés au cours des dernières années. Il s'agit des 6 modules suivants :

- Infobox médecin généraliste (2006, 2007, 2009),
- Brochure info SECM: missions et procédures de sanction (2007, 2009),

- infobox médecin spécialiste (2008),
- infobox pharmacien (2009),
- infobox kinésithérapeute (2009),
- infobox praticien de l'art infirmier (2009).

Dans le 3<sup>e</sup> Contrat d'administration, un nouvel infobox sera conçu tant en 2011 qu'en 2012. Il s'agira probablement d'un infobox pour les dentistes et d'un infobox « général » pour toutes les autres catégories de dispensateurs de soins (bandagistes, ...).

Les brochures existantes seront actualisées chaque année.

### **Actions – engagements**

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.

### **Effets attendus**

- Meilleure relation entre dispensateurs de soins et pouvoirs publics.
- Meilleure compréhension des missions du SECM.
- Diminution du nombre d'erreurs de forme commises par méconnaissance de la facturation de prestations.

## **TITEL XII: Améliorer la coordination avec le niveau Européen et international**

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

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

#### **Intitulé**

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

#### **Cadre**

Réglementer

#### **Axes**

- Amélioration des processus et informatisation
- Simplification administrative
- Application uniforme de la réglementation
- Amélioration de la communication externe

#### **Contexte**

Au cours des dernières années, une nouvelle législation en matière de coordination a été développée au niveau européen dans le domaine de la sécurité sociale, plus particulièrement dans le Règlement (CE) n° 883/2004 concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1<sup>er</sup> mars 2010. Cette nouvelle législation en matière de coordination signifie entre autres que les documents et flux papier existant actuellement entre les États-membres seront uniformisés et informatisés. Il s'agit d'échanger des données concernant des factures et créances, des documents relatifs aux droits de l'assuré social, etc. Si la nouvelle législation en matière de coordination entre effectivement en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2010, l'échange de données doit normalement se faire exclusivement par voie électronique à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012.

Surtout en ce qui concerne le domaine de l'assurance maladie-invalidité, l'INAMI est associé aux activités des divers groupes de travail chargés de préparer l'application de la nouvelle législation en matière de coordination. L'INAMI contribuera en outre à une exécution correcte et rapide de la nouvelle réglementation européenne. Cette exécution concerne aussi bien les aspects d'ordre juridique-administratif et financier-administratif que les aspects relatifs à l'échange de données par voie électronique.

Au niveau **juridique-administratif** et **financier-administratif**, les services compétents de l'INAMI élaboreront les circulaires nécessaires à l'attention des organismes assureurs (OA). Ces circulaires expliquent la nouvelle législation en matière de coordination, donnent des instructions

au niveau de l'interprétation, au niveau du règlement financier, etc. Outre les circulaires qui se veulent déjà très explicatives, l'INAMI répondra à toutes les questions ponctuelles posées par les OA et les assurés sociaux concernant l'application de la nouvelle législation en matière de coordination. Étant donné qu'il s'agit, d'une part, d'une réforme fondamentale, et que, d'autre part, une période transitoire de 2 ans est prévue, au cours de laquelle tant le nouveau système électronique que le circuit papier continueront de coexister, on peut s'attendre à ce que les services concernés devront s'investir pour répondre aux questions posées en la matière.

Nous signalons en particulier qu'au niveau de l'assurance indemnités, la nouvelle législation européenne en matière de coordination aura un grand impact. Le Règlement actuel 1408/71 organise deux types de régime d'invalidité :

- le type A : les prestations sont liées au risque et le montant est indépendant de la durée des périodes d'assurance. C'est le cas de la Belgique.
- le type B : le montant des indemnités dépend de la durée des périodes d'assurance.

Actuellement, lorsqu'un assuré a travaillé exclusivement dans deux ou plusieurs pays de type A, les droits aux prestations sont liquidés en totalité par l'institution dont l'assuré a relevé en dernier lieu. En cas d'activité dans des pays de type A et de type B, un prorata est établi sur base du coefficient de carrière.

Le nouveau Règlement 883/2004 prévoit que toutes les liquidations d'indemnités d'invalidité s'effectueront selon les règles applicables en matière de pension de vieillesse, c'est-à-dire au prorata. Sur la scène européenne, la Belgique devient donc un pays de type B tout en conservant sa spécificité nationale de type A. Il s'agira donc de concilier ces deux visions en :

- identifiant toutes les conséquences juridiques du passage de type A à type B ;
- en adaptant les procédures internes de travail ;
- en collaborant avec les organismes assureurs qui partagent la gestion des dossiers individuels Conventions Internationales.

Au niveau du passage à un **échange de données par voie électronique**, une distinction peut être faite entre l'échange de données entre les États membres d'une part, et l'échange de données au sein des États membres d'autre part, en particulier entre l'ONSS, l'INAMI et les OA.

En ce qui concerne l'échange de données par voie électronique entre la Belgique et les autres États membres, la Banque-Carrefour de la sécurité sociale (BCSS) joue le rôle de coordinateur. Tous les documents électroniques d'autres États membres seront en effet centralisés à l'ONSS et dispatchés vers l'organe compétent. Inversement, les documents à envoyer à d'autres États-membres seront également centralisés à l'ONSS et transmis par la suite. Au niveau technique-formel, l'ONSS est compétent pour harmoniser le tout au niveau européen et implémenter ce système dans le contexte belge. Au niveau du contenu des documents électroniques développés, les instances compétentes ont de toute façon un rôle crucial à remplir. Il importe de mentionner que l'avancement au niveau belge, pour ce qui est des aspects formels-techniques et du contenu des documents et échange de données électroniques, est subordonné aux évolutions au niveau européen et au sein des autres États membres.

En ce qui concerne l'échange de données par voie électronique au sein de la Belgique, en particulier entre l'ONSS, l'INAMI et les OA, l'INAMI joue un rôle crucial. Cela signifie que les flux de données existant dans le contexte belge doivent être adaptés aux flux de données développés au niveau européen. Un projet est actuellement en cours entre l'INAMI et les OA visant à moderniser le transfert de données entre l'INAMI et les OA au niveau des règlements belges en passant d'un transfert de données par bandes magnétiques au transfert de données par le biais de CareNet. Ce projet doit être étendu à la totalité du transfert de données entre

l'INAMI et les OA visé par la nouvelle législation européenne en matière de coordination. Ceci demande des investissements tant au niveau technique-formel qu'au niveau du contenu. En outre, les modifications à apporter au niveau du transfert électronique de données auront un impact important sur le back-office de l'INAMI et des OA. Les circulaires nécessaires à l'attention des OA concernant le passage à un transfert intégral de données par voie électronique seront préparées.

### **Actions – engagements:**

Secteur de l'assurance maladie:

1. 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.
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 invalidité:

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.
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.

### **Effets attendus**

- Simplification administrative.
- Traitement plus rapide des règlements.

### **Facteurs externes**

- Le timing en matière d'élaboration et de diffusion de circulaires au niveau juridique-administratif est subordonné à la date réelle de publication et d'entrée en vigueur de la nouvelle législation européenne en matière de coordination.
- Le timing en matière d'élaboration et de diffusion de circulaires concernant l'échange de données par voie électronique est subordonné au timing de la mise en production de l'infrastructure technique.

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

Le présent article concerne la poursuite d'un projet qui figurait déjà dans l'Avenant 2009 (art. N9).

### **Intitulé**

Préparer la création de l'Observatoire de la mobilité des patients, tant sur le plan juridique que sur le plan organisationnel et administratif.

## **Cadre**

Conseiller, réglementer, organiser.

## **Axes**

- Maîtriser les dépenses.
- Approches innovatrices.

## **Contexte**

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

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

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

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

La loi du 4 juin 2007 doit être exécutée par voie d'un arrêté délibéré en Conseil des ministres. Les modalités d'exécution concernent entre autres la subvention de l'Observatoire, la représentation des Communautés, les conditions et règles de communication des données enregistrées à l'Observatoire, une série de conditions et de règles destinées aux hôpitaux, etc.

Initialement, l'entrée en vigueur de la loi du 4 juin 2007 était prévue au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2008 en prévoyant un AR définissant des modalités d'exécution. Dans la loi-programme du 8 juin 2008, cette date d'entrée en vigueur a été reportée au 1<sup>er</sup> juillet 2009 au plus tard. Dans le projet de loi santé 2009 soumis à discussion pour la rédaction du présent Contrat d'administration, il a été prévu de reporter une fois de plus la date d'entrée en vigueur d'un an, au 1<sup>er</sup> juillet 2010. Par ailleurs, il a été prévu que l'Observatoire serait créé au sein de l'INAMI et du SPF Santé publique.

Au cours du premier semestre 2009, l'INAMI a préparé une note de discussion avec une analyse des modalités d'exécution, de l'impact organisationnel et administratif et des flux de



données à organiser dans le cadre de la création de l'Observatoire de la mobilité des patients. Au cours du second semestre 2009, une concertation sera organisée à ce sujet avec la Cellule stratégique Affaires sociales et Santé publique et le SPF Santé Publique. Sur cette base, et compte tenu des dispositions précitées dans le projet de loi santé 2009 – pour autant qu'elles soient approuvées -, l'INAMI élaborera un cadre réglementaire pour les aspects qui relèvent de sa compétence.

### **Actions – engagements**

1. Rédaction d'un projet d'arrêté royal portant exécution de la loi en vue de promouvoir la mobilité des patients du 4 juin 2007. Date limite : 30 juin 2010.

### **Effets attendus**

- Une capacité d'analyse renforcée et une connaissance de divers aspects de la mobilité des patients.

### **Facteurs externes**

- Le projet de loi santé 2009 et les dispositions qui y figurent ayant un impact sur le futur Observatoire de la mobilité des patients n'ont pas encore été approuvés lors de la rédaction de ce contrat d'administration.
- En ce qui concerne l'élaboration du cadre réglementaire, il convient de faire remarquer que si l'Observatoire veut accomplir ses tâches pleinement, le SPF Santé publique devra lui aussi adapter sa législation, notamment en ce qui concerne l'enregistrement des données hospitalières.

## **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**

Le présent article est la poursuite du projet (article N16) intégré dans le cadre de l'avenant 2009 au Contrat d'administration 2006-2008.

### **Intitulé**

Contribuer à la mise en place d'un système de santé dans les pays en voie de développement.

### **Cadre**

Informier, conseiller

### **Axes**

- Renforcer l'expertise et la communication externe

### **Contexte**

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

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

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

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

Dans le passé, l'INAMI a accueilli diverses délégations de pays étrangers qui viennent s'informer sur le système belge d'assurance maladie. Il s'agissait d'un simple échange d'informations avec peu de feed-back. L'INAMI a toutefois eu des contacts plus suivis, voire plus structurels, avec un certain nombre de pays comme la Bulgarie, le Maroc, l'Algérie, le Rwanda.

Afin de fournir des réponses adéquates à chaque pays (qui requièrent une expertise diversifiée sur le plan légistique, budgétaire, médicale, informatique, de la microfinance), une plate-forme de coopération a été créée l'année passée afin de centraliser les informations en matière d'expertise, laquelle ne se trouve pas toujours entièrement à l'INAMI, et que l'on pourrait consulter pour fournir une réponse appropriée.

Les éléments suivants ont été réalisés en 2009:

- Un site COOPAMI reflétant l'offre d'expertise est disponible (depuis juin 2009), ainsi qu'une adresse e-mail et un LOGO.
- Une base de données de personnes ressources en matière d'assurance soins de santé issues de l'INAMI, mais également d'organismes assureurs, de SPF, d'hôpitaux, d'associations professionnelles médicales, d'universités, d'ONG (micro-finance), de bureaux d'expertise..., ayant une expérience dans différents pays et se préoccupant de la réforme ou de la mise en place d'une telle assurance dans les pays en développement.

- Une base de données de personnes ressources issues principalement de l'INAMI mais également d'organismes assureurs, de la Banque-Carrefour, de SPF ..., disposées à assurer des modules de formation.
- Un programme de formation pour la gestion de la sécurité sociale diffusé dans 37 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Ce programme est disponible aussi bien en français qu'en anglais.
- Entretien avec le Directeur général de la protection sociale en mai 2009 à Burundi concernant les échanges autour des caractéristiques du système d'assurance soins de santé belge (rôle de l'INAMI) et du projet actuellement en cours de mise en place d'un système d'assurance soins de santé burundais.
- Accueil d'une délégation égyptienne en mars 2009 concernant les échanges autour de l'accessibilité aux soins de santé dans le système belge.
- Elaboration d'une étude de faisabilité pour la mise en place de mutuelles de santé, en République Démocratique du Congo (Kinshasa) (mars 2009)
- Organisation d'un « Atelier d'expertise et d'échanges en Belgique avec l'Agence nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) » (février 2009)
- Participation en République Démocratique du Congo (Kinshasa), à deux colloques sur « Les mutuelles de santé » (février 2009)
- E.a.

Dans le cadre de la COOPAMI, l'INAMI souhaite prendre bon nombre d'initiatives dans les années à venir, comme e.a. :

- Organiser annuellement des formations en anglais et en français sur les mois de février et mars.
- Elaborer annuellement le programme de ces formations.
- Parvenir d'ici 2012 à ce que la durée de la formation en anglais soit de quatre semaines au lieu de deux actuellement.
- Développer un suivi des stagiaires sur le terrain après le stage de formation.
- Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence.
- Mener une recherche opérationnelle préalable à la mise en place d'une assurance soins de santé dans au moins un pays.
- Démarrer un projet de développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays.

### **Liste des actions – engagements**

1. Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français. Dates limites : 31 mars 2010, 2011, 2012.
2. Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence. Date limite : 31 décembre 2010.
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.
4. Démarrer un projet de développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays. Date limite : 31 décembre 2012.

### **Effets attendus**

- Mise en place de systèmes de santé solidaires, universels et durables dans les pays en voie de développement.

## **Dépendances externes**

- Néant.

## **ARTICLE 49. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international**

Le présent article concerne la poursuite d'un projet (article N4) déjà inscrit dans le cadre de l'avenant 2009.

### **Intitulé**

Améliorer la gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international, tant au niveau du processus que de l'informatisation.

### **Kader**

Accorder, communiquer, informer

### **Axes**

- Amélioration des processus et informatisation
- Application uniforme de la réglementation

### **Contexte**

La section Conventions Internationales du Service des Indemnités (SI) gère les demandes de pension d'invalidité introduites par des assurés ayant exercé une activité professionnelle en Belgique et à l'étranger et calcule les proratas de pension d'invalidité à charge de l'AMI belge. Chaque dossier est traité en deux étapes :

(1) L'analyse et la préparation des demandes

Les demandes de pension d'invalidité à charge de l'AMI belge sont introduites auprès de la section Conventions Internationales par :

- l'organisme assureur pour les assurés ayant cessé leur activité professionnelle en Belgique (assurés belges)
- l'organisme étranger pour les assurés ayant cessé le travail à l'étranger (assurés étrangers)

Ces demandes sont enregistrées, identifiées, vérifiées et complétées dans la section avant d'être transmises aux organismes étrangers ou aux organismes assureurs.

(2) La réalisation de la décision administrative et financière

La section Conventions Internationales réceptionne :

- les décisions rendues par les organismes étrangers (assurés belges).
- les propositions de décisions rédigées par les organismes assureurs (assurés étrangers).

Celles-ci sont vérifiées. Les proratas de pension d'invalidité à charge de l'AMI belge sont ensuite calculés et les règlements financiers sont effectués par compensation sur les arrérages dont dispose l'organisme étranger.

Un audit interne réalisé en 2006 au sein de la section des Conventions Internationales a révélé des dysfonctionnements de trois types :

- un manque de rationalité des processus de travail (flux de travail) ;
- un déficit dans la gestion et le transfert des connaissances (KM) tant à l'intérieur de l'INAMI qu'au niveau des partenaires externes (OA);
- l'existence de programmes informatiques incomplets (n'assurant que 20% des activités de la section) et obsolètes (incapables d'absorber les modifications législatives successives).

Dans le cadre de l'avenant 2009 (article N4), la Section a élaboré une analyse BIO dans laquelle les processus actuels sont décrits et documentés. Sur base de cette analyse, les processus ont été actualisés en vue de simplifier les procédures, de moderniser la gestion administrative et de développer des instruments de gestion pour le suivi des risques et la qualité des processus. Au niveau de la gestion et de la répartition des connaissances aussi, diverses initiatives ont été prises, p.ex. la rédaction d'un manuel d'emploi, la création d'un centre de documentation, etc. Les organismes assureurs (OA) ont collaboré à la mise en place d'une plate-forme de coordination pour l'échange d'informations et de connaissances, e.a. en vue de la nouvelle législation européenne en matière de coordination (cf. également article 35 du présent Contrat d'administration).

Dans le cadre du présent Contrat d'administration et des processus à améliorer, la Section Conventions internationales souhaite miser sur une modernisation de l'application ICT utilisée pour gérer les demandes de pension d'invalidité dans le cadre international. L'analyse des besoins ICT qui fait partie de l'analyse BIO effectuée, propose la création d'une nouvelle solution informatisée structurée en 6 modules intégrés permettant l'informatisation complète de la chaîne du processus métier, composée par les différentes activités de la section:

- Module 1: Gestionnaire des courriers entrants
- Module 2: Gestionnaires des dossiers sortants
- Module 3: Gestionnaire des demandes de pension d'invalidité
- Module 4: Gestionnaire des décisions
- Module 5: Gestionnaire de la comptabilité générale
- Module 6: Gestionnaire des statistiques et tableaux de bord

La mise-en-production des modules 3 et 6 sera réalisé avant le 1 janvier 2010 (cf. Avenant 2009). Dans le courant de 2010-2012, les autres modules seront également développés et mis en production. La modernisation de la gestion informatisée des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international est également importante en vue de l'échange de données par voie électronique dans le cadre de l'implémentation de la nouvelle législation européenne en matière de coordination (cf. article 46 du présent Contrat d'administration).

### **Actions – engagements**

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

### **Effets attendus**

- Gestion plus efficace par les agents de la Section Conventions internationales.
- Raccourcissement des délais de traitement des demandes.

- Réduction du nombre d'erreurs lors du traitement des demandes.

**Facteurs externes**

- Aucun.

## **TITEL XIII: Développement de l'organisation et bonne gouvernance**

### **Article 50. Instruments de stratégie et de gestion dans le cadre d'une vision intégrée**

Cette partie est consacrée à la prolongation de projets (articles 38a, 38b, 39, N14 et N15) qui s'inscrivent dans l'Avenant 2009 au deuxième Contrat d'administration 2006-2008.

#### **Intitulé**

La prolongation du développement des différents instruments de stratégie et de gestion dans le cadre d'une vision intégrée.

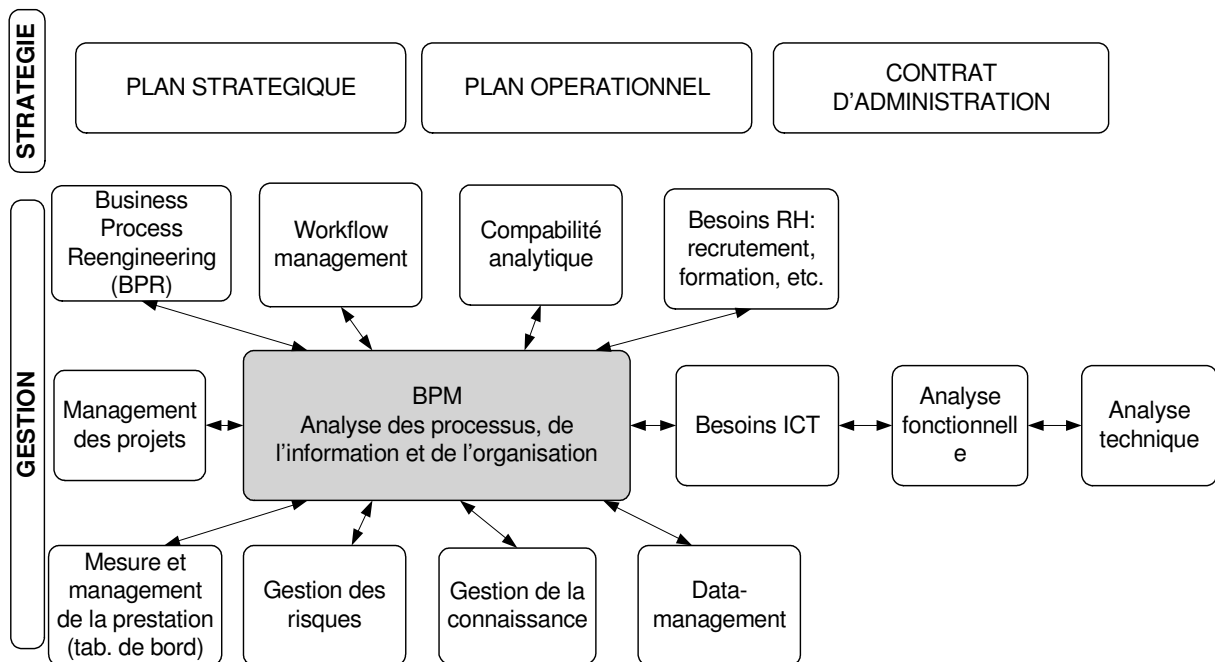
#### **Axes**

- Amélioration du processus et informatisation
- Simplification administrative
- Renforcement de la communication avec l'extérieur

#### **Contexte**

Au cours des années écoulées, l'INAMI a pris diverses initiatives dans le but de développer une bonne gouvernance. Certaines d'entre elles figuraient déjà dans le 2<sup>e</sup> Contrat d'administration et dans l'Avenant 2009. Il s'agit de projets dans les domaines, entre autres, de la comptabilité analytique, de la gestion des risques, du contrôle interne et de l'audit interne, de la mesure et du management des prestations, du Business Process Management (BPM), du management de la qualité (CAF) et de la gestion des plaintes.

Ces différentes méthodes et techniques et ces divers instruments de stratégie et de gestion ont un rôle à jouer dans le fonctionnement quotidien de l'organisation de l'INAMI. Les liens entre ces méthodes, techniques et instruments forment la base du développement d'une vision intégrée de la stratégie et de la gestion. Par le passé, diverses initiatives ont déjà été prises pour concrétiser une approche intégrée de l'évolution vers une bonne gouvernance. Dans cette optique, un modèle intégré de stratégie et de gestion a été élaboré pour l'INAMI. Il s'agit de notre modèle de management qui se présente ainsi :



Le développement de ce modèle ainsi que la mise sur pied de divers projets de stratégie et de gestion trouvent leur origine dans la nécessité et le souci spécifiques d'une maîtrise de l'organisation. La maîtrise de l'organisation se définit le mieux de la façon suivante : un processus adopté par le management et le personnel afin d'être assurés raisonnablement de pouvoir réaliser les objectifs organisationnels visés. Plus spécifiquement, le système de contrôle interne a été créé pour s'assurer raisonnablement :

- d'atteindre les objectifs imposés, d'appliquer les décisions et d'en assurer le suivi ;
- du respect des lois, décrets, arrêtés, réglementations et procédures ;
- que l'information financière et gestionnelle soit minutieuse, exacte, complète, transmise dans les délais et utilisable ;
- de l'efficacité de ses opérations et de l'utilisation efficace de ses moyens ;
- de la protection de ses actifs et de la prévention de la fraude.

Pour être concrets, nous renvoyons également à l'évaluation de la Cour des comptes au sujet de la première génération des Contrats d'administration et de l'accent mis sur l'importance de la mesure des performances, et aussi à la notification du Conseil des ministres du 31.3.2006 qui exprime la nécessité de connaître et d'assurer le suivi des points faibles et de contrôle de sorte que la réalisation des objectifs du Contrat d'administration puisse être fixée avec certitude.

Une vision a été développée utilisant un langage commun et des méthodes de gestion corrélées (voir le tableau ci-dessus) afin de faire face à la nécessité croissante d'une meilleure maîtrise de l'organisation.



Au cours des années précédentes, diverses initiatives ont été prises à plusieurs niveaux. Ces initiatives figurent dans les rapports annuels du deuxième Contrat d'administration et dans l'Avenant de 2009. Nous mentionnons ci-après, par domaine, les principaux défis à relever au cours des prochaines années sur le plan du Management de processus, de la Mesure de prestation (KPI ou key performance indicators, tableaux de bord), de la Maîtrise du risque, de l'Audit interne, de la Comptabilité analytique et du management de projets. Quelques défis spécifiques internes sont également à relever sur le plan de l'ICT et des RH.

Enfin, nous voulons souligner que pour garantir le succès de la conception du modèle de management, il faudra qu'une approche similaire soit garantie pour tous les services, afin que chaque service puisse s'impliquer dans une approche définie et en assurer l'implémentation. C'est un point d'attention important auquel il faudra veiller.

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

Comme vous pouvez le voir en lisant l'illustration présentée ci-avant, le BPM (Business Process Management) revêt une importance capitale parmi tous les autres instruments de gestion. Afin de développer un système de contrôle interne de qualité, il est fondamental de connaître les processus. Quand on les connaît, 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. C'est pourquoi, l'INAMI a fait un choix important au cours des années précédentes, celui d'ancrer fondamentalement le BPM dans les différents services dans le but de réaliser les objectifs stratégiques et opérationnels d'une manière efficace et effective.

Un trajet BPM a été mis en route fin 2005-début 2006. En voici, les réalisations, à ce jour :

- La mise au point d'une méthodologie adéquate, en collaboration avec des experts externes, les cellules soutien stratégique et de gestion décentralisées (cellules SSG) et la cellule de modernisation centrale :
  - élaboration d'un manuel pour les formations de base ;
  - élaboration de modèles de présentation (templates) pour les analyses BIO ;
  - détermination des normes à utiliser telles que VISIO<sup>2</sup> et BPMN<sup>3</sup>;
  - développement d'une méthode uniforme d'analyse des besoins en ICT, RH, réglementation et communication ;
  - attention à la gestion des risques et au développement des mesures de contrôle nécessaires y afférentes ;
  - suivi d'un processus à l'aide d'indicateurs répondant au principe SMART ;
- Formations de base BPM pour un certain nombre de détenteurs du processus et pour les coaches internes.
- Sessions de coaching spécifiques pour soutenir les responsables fonctionnels.
- Atelier de gestion visant à sensibiliser une classe importante du management à la valeur ajoutée tant opérationnelle que stratégique du BPM.

---

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

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

- Développement concret d'analyses BIO pour certains processus tant au sein des services centraux que dans les services opérationnels.

Un exercice de regroupement des macro-processus à l'intention de l'INAMI et de ses services a aussi démarré dans le trajet BPM en 2007. Ce regroupement identifie les grands domaines de processus de l'INAMI. Ces domaines de processus regroupent des processus individuels semblables. L'objectif est d'arriver à une approche intégrée de l'amélioration des processus, de la gestion des risques et de la mesure des performances. Il s'agit d'un exercice complexe et intensif. 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 trajet se poursuivra également au cours des prochaines années et comportera, entre autres, une troisième session de formation au BPM, l'épuration du regroupement des macro-processus, la poursuite de l'optimisation de la communication entre le business et l'ICT.

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

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

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

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

Entre-temps, en 2009, une Balanced Scorecard<sup>4</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), les agents et les services opérationnels comme client des RH (C), innovation, compétence et formation (I)). Pour ces facteurs de réussite, des indicateurs de performance critiques ont été déterminés (KPI). Le Comité de direction suivra périodiquement ces indicateurs. Ils garantissent une transparence au sujet d'une série d'éléments clés au niveau des RH et permettent, le cas échéant, d'entreprendre des actions spécifiques. Dans ce cas également, nous parlons d'un « système de management des prestations MRH intégré » dont les informations sont utilisées dans le processus décisionnel.

---

<sup>4</sup> Le BSC est un tableau de bord qui peut être intégré dans l'organisation globale ou partielle (par exemple le MRH). Ce tableau de bord consiste concrètement en un set de mesures qui procure au management une vision rapide et riche en éléments ainsi qu'une idée de l'organisation. Le management peut l'utiliser pour implémenter, mesurer, communiquer et rectifier. En d'autres mots, le BSC permet de diriger « d'une façon intégrée ».

Le développement ultérieur et l'utilisation des tableaux de bord ainsi que la préparation d'une scorecard intégrée pour le Comité de direction (avec KPI au niveau de l'INAMI) sont autant de défis à relever au cours des prochaines années.

Avant l'échéance du 3<sup>e</sup> contrat d'administration, l'INAMI définira également un certain nombre d'indicateurs dans le cadre d'un système de mesure de l'efficacité destiné aussi bien au rapport interne qu'au rapport externe (une extension des tableaux de bord actuels avec des éléments de maîtrise des dépenses).

Ce type de système de mesure permettra de comprendre le rapport entre les inputs (les 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,...d'une manière qualitative et selon un calendrier à respecter). Un meilleur rendement entraîne une diminution du coût des outputs.

Pour la fin de 2012, l'INAMI souhaite disposer d'un certain nombre d'indicateurs de performance pertinents pour des domaines qu'il reste à déterminer. A cet effet, les informations issues de la comptabilité analytique (voir article 50.5) seront valorisées.

Des éléments liés à l'efficacité et à l'efficience auxquels des effets stratégiques prévus (et obtenus) ont été intégrés pour le calcul des indicateurs pourront être ajoutés ultérieurement. Cela concerne le rapport des inputs par rapport aux effets obtenus et se situe au niveau de l'évaluation stratégique.

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

Une organisation souhaitant atteindre ses objectifs d'une façon performante, efficiente et effective doit avoir une vue exacte des risques qu'elle encourt en remplissant ses missions. Il s'agit tant de risques stratégiques qu'opérationnels. En instaurant un management des risques, nous voulons en fait nous donner les moyens de maîtriser les différents types de risques. Il s'agit de l'identification, de l'évaluation et de la maîtrise des factures et des événements éventuels qui sont qualifiés comme risques. Et ce, finalement pour offrir une bonne gouvernance en vue d'atteindre les objectifs organisationnels. Le renforcement des systèmes de contrôle internes de l'INAMI, entre autres en développant le management des risques, constitue un projet important pour l'INAMI.

Tout d'abord, il y a le management des risques stratégiques. Il concerne la détermination des risques encourus pour obtenir les objectifs stratégiques. Il s'agit de risques dépassant les processus individuels et/ou le niveau des services ; ils doivent être gérés au niveau de l'INAMI. Un management des risques stratégique comprend l'identification et l'évaluation de ces risques stratégiques, la détermination des mesures à prendre pour les maîtriser et le suivi de ces mesures de maîtrise des risques. Pour le planning stratégique, on procède déjà à l'identification des risques stratégiques pour déterminer les priorités. Pour le planning stratégique des services de support (entre autres, les RH, l'ICT, la stratégie et la gestion), on prend certainement quelques initiatives importantes s'y rapportant. L'objectif consiste à prendre encore davantage d'initiatives et de renforcer simultanément le suivi des risques stratégiques.

Quant aux risques opérationnels, on peut distinguer le management des risques pour les projets du management des risques pour les processus.

En ce qui concerne les projets, on peut signaler que pour la fiche de projet, il est prévu une rubrique destinée à expliciter les conditions marginales, les facteurs externes et les dépendances. En réalité, il s'agit donc d'une simple identification des points à risques. Mais tout compte fait, cette méthode a ses limites. La professionnalisation prévue du management des projets (voir ci-dessus) contribuera à renforcer la gestion des risques pour les projets.

En ce qui concerne le management des risques pour les processus, une rubrique est prévue dans le modèle de présentation (template) Bio dans le cadre de la définition des processus et de la documentation y afférente. Cette rubrique sert à identifier méthodiquement les risques, à les évaluer et à prévoir des mesures de contrôle. Cette méthode qui s'inspire des meilleurs usages méthodologiques et pratiques, a également fait l'objet d'un manuel. En d'autres mots, il s'agit d'une approche déjà très élaborée. La méthode est également appliquée déjà à quelques descriptions de processus. L'INAMI veut s'efforcer d'appliquer plus largement la méthode.

## **Article 50.4. Audit interne**

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

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

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

Au cours des années précédentes, différentes initiatives ont été prises par l'INAMI dans le but de développer une fonction d'audit interne. Un projet pilote d'audit concret a été lancé concernant l'analyse des processus d'achat, et diverses recommandations ont été formulées en la matière.

De même, d'autres petits projets pilotes d'audit ont été lancés concernant, notamment, l'organisation et les procédures de gestion de crise. Parallèlement à ces projets pilotes, une vision du développement structurel et de l'ancrage d'une fonction d'audit interne au sein de l'INAMI a été développée. Pour ce faire, il a été tenu compte autant que possible des standards internationaux, des AR susmentionnés, des bonnes pratiques en vigueur dans d'autres institutions publiques et de la traduction concrète dans le contexte propre à l'INAMI.

Pendant la durée du présent Contrat d'administration, l'INAMI souhaite entreprendre de nouvelles démarches dans le sens d'une fonction d'audit interne professionnelle et de qualité. Il s'agit entre autres :

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

## **Article 50.5. Comptabilité analytique**

La modernisation du système comptable liée à une utilisation efficace des moyens par l'instauration d'une comptabilité analytique a été mise sur pied au cours de ces dernières années (voir TITRE XVII, article 82). Cette orientation est inscrite tant dans le deuxième Contrat d'administration que dans la notification du Conseil des ministres comme un objectif souhaité (imposé), à savoir : « *générer et exploiter davantage d'informations analytiques budgétaires et comptables dans le but d'adapter la gestion et d'introduire un système harmonisé de comptabilité analytique pour toutes les IPSS4* ».

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

Entre-temps, une version retravaillée des unités d'œuvre (centres de coûts) est disponible et est déjà utilisée par les différents services. En 2009, les premières données de gestion ont également été livrées. Celles-ci sont basées sur toutes les données déjà disponibles (centres de coûts ou unités d'œuvre et certains types de frais comme les frais de personnel et les coûts informatiques).

L'objectif est également de définir dans les prochaines années, les éléments pour la troisième dimension (activités, missions, projets,...). Ces éléments doivent répondre aux besoins d'une gestion interne optimale et aux besoins externes.

## 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.

L'INAMI a prévu l'organisation et les pratiques 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. Cette fiche s'intitule « plan d'administration » pour le Contrat d'administration et « fiche de projet » pour les plans opérationnels. Outre ces fiches, il est également prévu de désigner des responsables de projet ou des chefs de projet par objectif.

Outre le développement de différents instruments (fiche de projet, modèles de présentation (templates), proposition de schémas des procédures à utiliser,...), l'INAMI doit continuer à professionnaliser la méthodologie du pilotage, du management et de la coordination de projet intégrés. Voici quelques exemples :

- être en permanence attentif à l'identification, au développement, à la détermination des priorités, à la coordination, aux comptes rendus et au contrôle de la gestion, pour tous les projets (prioritaires) ;
- utiliser des fiches de suivi standardisées pour tous les projets (projets figurant au Contrat d'administration, projets opérationnels, projets ICT) ;
- faire des comptes rendus standardisés en utilisant éventuellement un bon logiciel ;
- prévoir une disponibilité électronique et sécurisée permanente des documents utiles (scope de projet, p.-v., descriptions de processus,...), état de l'avancement et tous les acteurs d'un projet spécifique.

Pour étayer le management de projet, le service ICT utilise un nouveau logiciel de gestion de projet. L'extension au niveau business sera un défi important à relever au cours des prochaines années. Par conséquent, plusieurs éléments sont également importants dans le développement d'une approche intégrée du management de projet :

- Déterminer l'approche méthodologique du management de projet
  - Quelles doivent être les différentes phases « du cycle de vie » d'un projet (en fonction ou non du type de projet) : depuis l'initiation, en passant par la détermination du scope et l'exécution jusqu'à l'évaluation et la clôture d'un projet.
  - Le standard PMI international - que le service ICT utilise déjà - constitue la source méthodologique d'inspiration pour le « processus du management de projet ».
  - Il y a lieu de prêter à cet effet, une attention toute particulière au développement d'un système de suivi des projets, tant au niveau des services qu'au niveau de l'INAMI.
- Quelle documentation faut-il prévoir pour chaque projet ?
  - Optimiser la fiche de projet standard et veiller à ce que cette documentation soit bien utilisée.
  - Le standard Prince2 international - que le service ICT utilise déjà - constitue la source méthodologique d'inspiration pour la documentation de projet.
- Quel serait l'outil ICT pouvant servir d'étayage pour le management de projet ?
  - Ainsi, toute la documentation de projet serait conservée électroniquement et la direction pourrait constater dans quelle phase se trouve tel projet, etc.
  - L'ICT utilise le « PMTalk » et (en ce qui concerne le planning et le suivi de l'emploi des moyens) le « MS Project/Enterprise Project Management (EPM) ». Il serait donc

opportun de favoriser ces systèmes aussi du côté business. Il est évident qu'en l'occurrence un trajet de formation important doit être assuré.

## **Article 50.7. La gestion des plaintes**

Depuis le 1er 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 (prévu en 2009) via le site web de l'INAMI facilitera le dépôt, l'enregistrement, le traitement et le suivi des plaintes.

Depuis le 1er janvier 2009, le traitement des plaintes fait l'objet d'un suivi par le biais d'un tableau de bord et de différents indicateurs. Ce tableau de bord est actualisé trimestriellement. Dans le courant du premier trimestre de 2009, sur un total de 60 courriers, 24 se révèlent être des plaintes recevables, c'est-à-dire relatives au fonctionnement de l'Institut. Une grande partie (+/- 60%) des courriers entrants sont, en réalité, des demandes d'information. Outre le fait que le tableau de bord reprend la répartition des plaintes par types de problèmes, par statut de traitement (clôturé, fondé ou non, etc.) ou encore par catégorie de plaignants, il permet également de suivre les délais.

Ainsi, au cours de ce premier trimestre 2009, les délais moyens d'envoi de l'accusé de réception et de réponse au plaignant étaient de 5 jours calendrier et de 27 jours calendrier; les valeurs-cible étant respectivement de 10 jours calendrier et de 45 jours calendrier. Il sera fait exception à ces valeurs-cible pour les plaintes d'assurés sociaux convoqués en Commissions régionales du Conseil Médical de l'Invalidité (CR-CMI), notamment un délai de 3 mois maximum est prévu pour le traitement spécifique de ces plaintes. Dès le 1er janvier 2010, les délais de traitement des plaintes en CR-CMI seront aussi suivis et intégrés au tableau de bord actuel relatif à l'ensemble des plaintes à l'INAMI.

Soulignons enfin que, dans le cadre de l'Article 43 des contacts seront pris avec les OA afin d'analyser les systèmes de gestion des plaintes existantes mis en place au niveau des mutualités et des OA's (en collaboration avec le CIN et le Collège des Médiateurs fédéraux). A terme une consolidation des différents systèmes INAMI-OA's-mutualités peut être envisagée.

## **Article 50.8. GRH**

Dans l'exercice en préambule au deuxième Contrat d'administration, l'attrait pour l'institution est à l'ordre du jour. Des initiatives concrètes seront donc prises pour attirer de jeunes travailleurs. En outre, il est nécessaire d'effectuer une analyse des indicateurs comme les départs et les rotations, et d'entreprendre les actions nécessaires y afférentes, à savoir, entre autres, des procédures adéquates de recrutement et de sélection, un accueil performant, l'élargissement du projet de télétravail en cours, le développement de possibilités de carrière, les interviews en cas d'intention de départ et les interviews pour rester en fonction, le souci du bien-être,...

Afin d'augmenter l'attrait, l'INAMI s'engage à exécuter les engagements concrets suivants pendant la durée du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration :

- Intensifier les actions au niveau de la formation. Concrètement, cela concerne les initiatives suivantes :
  - Etendre le trajet pilote « assistance du chef fonctionnel ». Ce trajet a été accompli au sein du Service des indemnités au cours de 2009 et sera étendu aux autres services de l'INAMI en 2010.
  - Développer un plan de formation avec des choix stratégiques clairs et un premier plan d'action. Ce « plan stratégique en matière de formation » sera établi en 2010. Le but est également de commencer déjà en 2010 avec les premières actions en la matière.
  - Il a également été clairement décidé qu'il faudra augmenter le nombre d'heures de formation. Cela sera suivi et démontré les années qui viennent.
- Suite à l'évaluation CAF, l'INAMI a commencé à mener des interviews exit. Il s'agissait d'un point d'action prioritaire (quick-win) repris dans l'évaluation CAF. Les résultats de ces interviews seront traités et un plan de rétention sera établi.
- Les prochaines années, l'INAMI veut également augmenter son score au niveau du télétravail. Le bilan privé/travail, et plus particulièrement la migration pendulaire, est très important pour l'INAMI (situation Montgomery). Actuellement, l'INAMI atteint un score de 5,8 %<sup>5</sup>. L'INAMI s'engage à atteindre un score d'au moins 10 % à la fin du 3<sup>e</sup> CA.
- Ensuite, l'INAMI s'efforcera d'être plus proactif au niveau de la politique de l'absentéisme. A cet effet, l'INAMI s'engage à faire baisser le résultat actuel de 5,55%<sup>6</sup> d'absences pour cause de maladie.
- L'INAMI souhaite également suivre de près la rotation du personnel, et s'efforcer d'abaisser le chiffre actuel de migration. En 2008, le score était de 7,10%<sup>7</sup>.
- Le trajet des cercles de développement pour lequel l'INAMI obtient un bon score (le taux d'application des cercles de développement s'élève à 71,10%<sup>8</sup>) sera étendu. La préparation des Plans de développement a commencé. On s'occupera d'abord des groupes cibles comme les médecins, les juristes et les agents de l'ICT. Les points d'attention principaux sont : procurer suffisamment de possibilités en matière d'épanouissement individuel et offrir des perspectives de carrière. C'est un énorme défi. Un premier pas consisterait à rendre plus performant le programme d'accueil en prévoyant un coaching personnel et le parrainage.
- Une enquête de satisfaction du personnel a été menée en 2006. L'indicateur de stress dans la première enquête de satisfaction du personnel affichait un taux de 3,2 % pour « le mal-être psychique général » (contre 2,4 % pour le groupe de référence). En 2010, l'INAMI organisera une deuxième enquête de satisfaction pour tous les collaborateurs. Ensuite, un plan d'action sera établi et sa réalisation fera l'objet d'un suivi.
- Enfin, les faiblesses en matière d'attrait seront analysées en 2010 et les causes possibles seront examinées.

---

5 Indicateur P&O n° 17 = (nombre d'agents faisant du télétravail / nombre total de collaborateurs).

6 Indicateur P&O nr° 15 = % d'absences pour cause de maladie = (nombre total de jours d'absence pour cause de maladie / (nombre total de jours de travail\*nombre de collaborateurs))

7 Indicateur P&O n° 6a = migration du personnel = ((nombre d'agents IN / nombre total de collaborateurs) + (nombre d'agents OUT / nombre total de collaborateurs)) / 2

8 Indicateur P&O n° 16 = (nombre d'entretiens de bilan au cours du cycle précédent / nombre total de collaborateurs concernés par les CD)



L'analyse des indicateurs de la BSC révèle que les collaborateurs de plus de 55 ans représentent 22 % de l'effectif. Par conséquent, l'INAMI s'appliquera dans les prochaines années à veiller en permanence à la transmission du savoir et au maintien de l'expertise. Pour étendre le trajet BPM, il conviendra d'explicitier et de décrire la connaissance sur les procédures, les activités, les tâches, etc. A ce propos, nous renvoyons au trajet BPM (voir le trajet BPM ci-dessus) dans le cadre duquel des formations sont organisées, des templates sont conçus,... Nous avons aussi déjà fait référence au parrainage.

Par ailleurs, des plannings de personnel à long terme seront établis de sorte que la proactivité nécessaire soit garantie tant au niveau des besoins qu'au niveau des évolutions du personnel. A cet effet, on veillera à assurer une coordination avec Selor pour effectuer les recrutements nécessaires. Au Comité de direction du 27 août 2009, une première analyse étendue de la pyramide d'âge a été commentée, y compris les évolutions au cours des 10 à 15 ans à venir, en mettant l'accent sur les départs à partir de 60-65 ans. Remarque importante :

- de 2010 à 2020 (les 10 prochaines années), 25 % des collaborateurs auront 65 ans et partiront par conséquent ;
- de 2010 à 2025 (les 15 prochaines années), ce pourcentage s'élève déjà à 46 % des collaborateurs;
- la période la plus critique en termes de départs liés aux retraites sera la période 2016-2026 (en moyenne 30 départs par an).

L'analyse a été faite par service. Le but est de voir qui sera remplacé et qui ne le sera pas. Cela devra être examiné annuellement.

L'INAMI est aussi favorable au développement des liens de collaboration intensive avec d'autres établissements. L'INAMI a fait un premier pas dans cette direction en participant intensivement au projet FED-20 qui a été mis sur pied par le SPF P&O. Cela permet de suivre les évolutions des indicateurs des RH, de trouver ensemble des explications et d'effectuer un benchmarking par l'échange de bonnes pratiques et l'affinement de processus spécifiques.

Ces efforts auront une influence positive sur les obligations au niveau de la transmission de l'information et des comptes rendus, sur la qualité et la précision requises des données transmises. En collaboration avec le SPF P&O, le groupe de travail FED-20 fera des propositions pour optimiser certains flux de données en matière de formations, de télétravail,...

Enfin, l'INAMI souhaite fournir des efforts au niveau de e-RH, en informatisant les processus des RH. Une description et une simplification préalables seront effectuées.

## **Article 50.9. ICT**

De nombreuses initiatives et mesures stratégiques prévues dans le présent Contrat d'administration requièrent un environnement informatisé. Ces ambitions de la stratégie externe exigent qu'il y ait une organisation interne adaptée, en particulier au niveau des processus et services de l'ICT. Pour chacun des projets ayant un impact ICT et figurant dans la stratégie externe, un planning et une approche ICT doivent être développés. Par ailleurs, l'ICT veut développer une série d'initiatives plus génériques qui peuvent figurer dans la stratégie interne. Ces initiatives se rapportent entre autres, par exemple, au développement méthodologique, au développement technologique, à la stratégie de la communication interne du service, etc..

Sur le plan de la modernisation de l'organisation et du fonctionnement au niveau de l'ICT, l'INAMI a considérablement progressé au cours de ces dernières années. Les collaborateurs de

l'INAMI disposent d'un matériel informatique et de logiciels performants pour effectuer leurs tâches. Le service ICT a été professionnalisé, entre autres, en créant un helpdesk, en instaurant un système de management de projet, en créant des fonctions de contact entre l'ICT et le business (coordinateurs ICT et coordinateurs de programme), etc. Au cours des prochaines années, l'INAMI souhaite mieux collaborer avec les différents services dans le but d'exploiter les opportunités offertes au niveau de l'ICT, tant au niveau des processus opérationnels qu'au niveau des processus de management et de support. l'ICT peut jouer un rôle dans l'amélioration du fonctionnement interne de l'INAMI.

Au cours des prochaines années, l'INAMI veut s'appliquer plus particulièrement à continuer à aligner le business et l'ICT et à améliorer la communication entre eux. L'INAMI veut continuer à moderniser la technologie et à introduire la méthodologie adéquate.

Un premier projet spécifique qui doit s'inscrire dans le présent 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.

Un deuxième projet spécifique porte sur la problématique de la sécurisation de l'information. De par la nature de l'information que l'INAMI rassemble, traite et dévoile, il est nécessaire de disposer, pour la sécurisation de l'information, d'un bon système d'identification des points faibles et de formulation et de suivi des mesures de contrôle. Au cours des années précédentes, les systèmes requis ont été développés. L'INAMI veut procéder à un audit des mesures prises en utilisant le cadre de référence ISO en tant qu'étalon et si nécessaire continuer à optimaliser les systèmes.

## **Article 51. Développement durable**

L'INAMI veut intégrer dans son organisation la perspective du développement durable. Au niveau de l'organisation interne, cela signifie, entre autres, que l'INAMI veut mettre sur pied une politique et des actions se rapportant à la consommation d'énergie et d'eau, à la production de déchets, à la consommation de papier, aux trajets entre le domicile et le travail et à d'autres domaines similaires.

Actuellement, quelques projets sont déjà en cours dans ces domaines, comme par exemple la collecte séparée de vieux papier, l'incitation à utiliser les transports en commun, l'utilisation de la bicyclette et du covoiturage, etc. Il s'agit toutefois de projets ad hoc qui s'inscrivent encore insuffisamment dans une approche intégrée en matière de développement durable.

Une étape cruciale pour démarrer une politique de développement durable au niveau de la consommation d'énergie, de la production de déchets, « de la mobilité » et d'autres domaines similaires, consiste à développer et à suivre des indicateurs adéquats se rapportant à la consommation, au coût, à l'incidence écologique, etc. Ces informations peuvent servir ensuite de base au développement d'une politique intégrée en matière de développement durable au sein de l'INAMI.

L'INAMI commencera donc à court terme à développer des indicateurs et des tableaux de bord en matière de développement durable.

Comme actions concrètes, nous annonçons deux projets que l'INAMI veut mettre sur pied dans le cadre du présent Contrat d'administration.

Premièrement, l'INAMI veut lancer un audit EMAS en plusieurs phases, pour ses bâtiments. EMAS signifie « Environmental Management and Audit Scheme ». Il s'agit d'un système de politique environnementale et d'audit qui permet à l'organisation de s'améliorer sur le plan de l'environnement. L'INAMI ambitionne de soumettre chaque année un de ses bâtiments à une telle procédure d'audit. Il se fera assister à cet effet par le SPP Développement durable et Fedesco.

Deuxièmement, l'INAMI va investir dans une application (Concerto) qui doit permettre de mettre les documents et les rapports relatifs aux organes (comités, commissions, conseils, collèges), d'une manière informatisée, à la disposition tant des membres externes de ces organes que des collaborateurs de l'INAMI, lui-même. La réalisation en phases d'une telle application pour les organes peut considérablement contribuer à diminuer la consommation de papier et d'encre.

L'INAMI établira annuellement, dans le cadre du rapport annuel concernant l'exécution du Contrat d'administration, un synopsis de la progression de l'intégration des perspectives de durabilité dans l'organisation interne.

## **TITEL XIV: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs**

### **Article 52**

Les objectifs repris dans ce contrat seront suivis, mesurés et évalués au moyen de tableaux de bord.

Pour chaque objectif, un tableau de bord a été défini et reprend:

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

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

Par ailleurs, dans la mesure du possible, seront également indiqués les éventuels **effets attendus** de la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire les résultats escomptés sans que l'administration puisse les garantir.

Les tableaux de bord adaptés et actualisés, tant au niveau des indicateurs que des valeurs, sont disponibles chaque trimestre auprès de la Cellule modernisation de l'INAMI (modernisation@inami.fgov.be).

## **TITEL XV: Engagements généraux communs aux deux parties**

### **Article 53 - Cadre juridique du contrat**

**Article 53.** Le choix politique du cadre juridique d'un contrat engendre le remplacement du rapport d'autorité classique par un rapport plus contractuel. Les deux parties s'engagent dès lors à une concertation structurelle et à des accords réciproques en tant que partenaires équivalents.

Afin de permettre à l'INAMI l'exécution qualitative de sa mission, l'Etat fédéral s'engage à mettre les moyens convenus à la disposition de l'INAMI. Il s'agit d'une condition substantielle pour que l'institution puisse être tenue au respect des engagements dans le cadre du présent contrat.

### **Article 54 & 55 - Principes de gestion**

**Article 54.** Les parties contractantes s'engagent à respecter les principes de la gestion paritaire. Le Comité de gestion et les acteurs de la gestion journalière agissant en tant que réels partenaires.

**Article 55.** Les parties contractantes s'engagent à mettre tout en œuvre pour créer les conditions favorables à la réalisation des engagements réciproques fixés dans le présent contrat.

Si l'INAMI doit, dans le cadre d'une mission légale, collaborer avec un organisme public fédéral, l'Etat fédéral s'engage à entreprendre toutes les actions afin d'assurer la collaboration de l'organisme public avec l'INAMI.

## **TITEL XVI: Engagements de l'Etat**

### **Engagements concernant les adaptations en cours de contrat**

#### **Article 56 - Prise d'avis, concertation et information préalables**

**Article 56.** Conformément aux dispositions de la loi du 25 avril 1963, l'Etat Fédéral soumet à l'avis de l'organe de gestion de l'institution tout avant-projet de loi ou d'arrêté visant à modifier la législation que l'INAMI est chargée d'appliquer. Dans ce cadre, l'Etat fédéral s'engage à tenir l'INAMI au courant des différentes étapes législatives pertinentes et de communiquer, le cas échéant, les modifications éventuelles en cours de procédure.

L'Etat s'engage à établir des contacts avec l'INAMI pour, d'une part, tenir compte des aspects techniques et de la faisabilité de mise en œuvre des modifications légales ou réglementaires envisagées et, d'autre part, lui permettre de préparer les adaptations nécessaires. Après concertation avec l'institution, l'Etat fixe la date d'entrée en vigueur des modifications ou nouvelles mesures envisagées.

### **Engagements concernant les modifications du contrat**

#### **Article 57 & 58 - Modification du contrat**

**Article 57.** Chaque partie a le droit de proposer à l'autre partie une révision du contrat avant son terme.

**Article 58.** Actuellement les articles 8 et 9 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 impose que toute modification des termes de la convention est assujettie à la même procédure de base que celle qui a donné lieu à la conclusion du contrat.

Les parties contractantes s'engagent à formuler une proposition de modification de la procédure d'avenant.

#### **Article 59 - Communication des décisions**

**Article 59.** L'Etat fédéral s'engage à communiquer à l'INAMI ainsi qu'aux commissaires du gouvernement, les décisions prises lors du Conclave budgétaire et ce, dans les plus brefs délais.

## **Engagements concernant le suivi de la réalisation des contrats**

### **Article 60, 61, 62 & 63 - Suivi de la réalisation des objectifs**

**Article 60.** L'Etat fédéral et l'INAMI s'engagent à suivre avec attention la réalisation des objectifs et des projets tels qu'ils sont décrits dans le contrat d'administration.

**Article 61.** Durant la durée d'exécution du contrat, les Ministres de tutelle des institutions publiques de sécurité sociale travailleront, en concertation avec les institutions publiques de sécurité sociale, à professionnaliser et à optimiser la fonction des commissaires de gouvernement qui les représentent, le cas échéant, via la mise en place du Collège des commissaires du gouvernement, tel que prévu par les articles 7 à 11 de l'arrêté royal du 14 novembre 2001 réglant les conditions de nomination et l'exercice de la mission des Commissaires du Gouvernement auprès des Institutions publiques de sécurité sociale.

**Article 62.** Si aucun protocole de collaboration n'est d'application lors de l'entrée en vigueur du présent contrat, un protocole de collaboration sera conclu dans les meilleurs délais entre les commissaires du gouvernement et l'administration générale de l'INAMI et ce, en vue de déterminer les modalités de mise en œuvre en matière de rapportage relatif à l'exécution des engagements repris dans le contrat d'administration.

**Article 63.** Conformément à l'article 8, §3, al.3 de l'arrêté royal du 3 avril 1997, en vue de l'évaluation annuelle de la réalisation des engagements respectifs, les parties contractantes s'engagent à organiser chaque année et par institution une réunion de concertation entre les commissaires du gouvernement et les représentants de l'INAMI. Un rapport contradictoire et motivé concernant les résultats de cette concertation sera rédigé par les participants, dans lequel les différents points de vue seront présentés en ce qui concerne les matières sur lesquelles un accord n'est pas intervenu.

Les parties s'engagent à développer conjointement une méthodologie en vue de la rédaction dudit rapport.

### **Article 64 - Calendrier**

**Article 64.** Les parties contractantes s'engagent à respecter un calendrier relatif aux missions de rapportage et de suivi qui incombent aux institutions ainsi qu'aux commissaires du gouvernement. Le calendrier est établi de commun accord entre l'INAMI et les commissaires du gouvernement. Il est communiqué au(x) Ministre(s) de Tutelle et du Budget et de la Fonction publique.

Ce calendrier en vue de l'évaluation annuelle ne pourra toutefois pas prévoir des délais supérieurs à ceux prévus ci-dessous :

- transmission d'un projet d'évaluation de la réalisation des engagements respectifs par l'INAMI aux commissaires du gouvernement au plus tard pour le 31 mars ;
- organisation de la réunion de concertation dans les 15 jours qui suivent la remise du projet d'évaluation de la réalisation des engagements respectifs par l'INAMI;

- transmission du rapport contradictoire et motivé sur les résultats de la concertation dans les 15 jours après la fin de la concertation ;
- le cas échéant, adaptation du contrat d'administration à la situation modifiée en exécution de l'article 8, § 3, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 3 avril 1997.

## **Article 65 - Rapport annuel**

**Article 65.** Les parties contractantes veilleront à établir ou à maintenir, s'il existe déjà, un schéma rédactionnel commun pour la rédaction du rapport annuel relatif à l'évaluation des engagements respectifs repris dans le contrat d'administration et du rapport du commissaire du gouvernement qui s'y réfère. Ce schéma est élaboré en concertation avec le(s) commissaire(s) du gouvernement et établi au plus tard pour la première réunion de concertation. Le Collège des Institutions publiques de sécurité sociale et l'Etat fédéral veilleront à la cohérence des différents schémas ainsi proposés. En outre, la rédaction des rapports d'évaluation annuelle devra respecter les critères de qualité rédigés par le Collège des Institutions publiques de Sécurité sociale lors de sa réunion du 3 décembre 2004.

## **Engagements concernant l'évaluation de la réalisation des contrats**

### **Article 66 - Impact des mesures décidées après la signature du contrat**

**Article 66.** Dans le cadre de l'évaluation annuelle de la réalisation des engagements réciproques repris dans le contrat d'administration et conformément à la logique de contractualisation, l'Etat fédéral tiendra compte de l'impact des mesures décidées ou mises en œuvre après la conclusion du présent contrat et ayant entraîné une augmentation significative et mesurable des tâches ou de leur complexité ou de certaines dépenses, pour autant que l'INAMI ait communiqué à temps l'impact que ces modifications ont entraîné.

### **Article 67 - Respect des engagements**

**Article 67.** En cas d'impossibilité pour l'une des parties de respecter complètement ou partiellement les engagements souscrits, cette partie en informera immédiatement l'autre partie et se concertera avec elle afin de convenir de mesures à prendre afin de remédier à cette situation ou de l'atténuer.

En cas de litige sur l'existence même du non-respect de tout ou partie des engagements repris au présent contrat ou en cas de désaccord fondamental sur les mesures à prendre pour remédier à une défaillance, les parties tenteront, autant que faire se peut, de se consulter. En cas de désaccord persistant, les parties conviendront dans un rapport contradictoire de la meilleure manière de se départager.

A défaut d'un tel accord concerté ou en cas de non-respect du suivi donné à un tel accord, le dossier sera soumis au Conseil des Ministres après avis du Comité de gestion de l'INAMI concernée et du Collège des Institutions publiques de sécurité sociale.



## **Article 68 - Normes de sécurité**

**Article 68.** L'INAMI s'engage à respecter les normes minimales de sécurité qui sont d'application au sein du réseau de la sécurité sociale.

## **Article 69 & 70 - Engagements concernant la gestion du personnel**

**Article 69.** En matière de gestion des ressources humaines, l'Etat s'engage à ce que le plus rapidement possible, un ou plusieurs SLA's soient conclus entre Selor et les institutions publiques de sécurité sociale. Les institutions publiques de sécurité sociale apporteront leur soutien à la conclusion de ces SLA's.

Les discussions autour de ces SLA's devront porter sur les thématiques suivantes :

- La responsabilisation des institutions en matière d'organisation des recrutements de contractuels et des épreuves complémentaires pour les recrutements de statutaires, ce qui suppose une attention particulière pour une politique dynamique de certification ainsi que des engagements mutuels de la part de Selor et des institutions ;
- L'optimisation de la coopération entre Selor et les institutions prévoyant une représentation de celles-ci au sein d'un organisme d'avis, appelé board of stakeholders de Selor ;
- L'organisation de sélections communes à l'ensemble (ou une partie) des institutions en vue de recruter des fonctions spécifiques mais communes, ce qui suppose une attention particulière pour une utilisation dynamique des réserves avec le support actif de Selor ;
- La gestion des recrutements futurs en tenant compte des problèmes des institutions liés à la pyramide des âges qui seront déterminés par les institutions.

Le SLA ou les SLA seront évalués quant à leur exécution de manière à analyser si des adaptations réglementaires doivent être prises afin d'élargir le champ des possibilités des IPSS en matière de gestion de leur politique de personnel.

**Article 70.** L'INAMI s'engage à respecter ses obligations en matière de communication et de reporting en matière de fonction publique et à collaborer de manière constructive à toute obligation future en la matière.

A cet égard, l'Etat fédéral s'engage à effectuer une concertation préalable sur la manière la plus efficace en matière d'échange d'informations.

## **Article 71 & 72 - Engagements concernant la gestion des financements**

**Article 71.** Après concertation préalable avec les institutions et dans le respect de la politique budgétaire, l'Etat s'engage à respecter le plan de trésorerie établi annuellement pour le versement des subventions à la Gestion, des financements alternatifs et des affectations spécifiques.

**Article 72.** L'Etat s'engage à fournir à l'INAMI les hypothèses de base nécessaires à l'établissement du budget des missions, entre 12 et 17 jours ouvrables avant la séance du Comité de gestion de la Sécurité Sociale (ou le Conseil d'Administration pour l'INASTI) au cours de laquelle le rapport budgétaire au gouvernement est établi ou avant l'échéance prévue pour la transmission des tableaux budgétaires si celle-ci est demandée préalablement. Il s'agit ici des hypothèses de base définies par le Comité Scientifique pour le Budget Economique.

## **Article 73 - Engagements concernant la gestion durable**

**Article 73.** Dans le cadre des engagements de l'INAMI en matière de gestion durable, l'Etat fédéral appuiera et soutiendra toutes les initiatives de collaboration avec Fedesco et le SPP Développement durable.

## **Article 74 - Engagement en matière de synergies entre IPSS**

**Article 74.** L'INAMI s'engage à rechercher au maximum des synergies avec les autres institutions.

Concernant les synergies en matière de gestion, le Collège des IPSS établira chaque année à l'attention de l'Etat fédéral un rapport décrivant les initiatives prises en la matière au cours de l'année écoulée ainsi que leur degré de réalisation. Les initiatives en matière d'ICT seront rapportées par le Comité général de coordination via les canaux actuels de reporting.

Dans ce cadre et pour autant que les initiatives communes répondent à des besoins propres, l'institution y apportera sa pleine collaboration.

Lors du Conseil des Ministres du 13 octobre 2009, l'Etat fédéral a décidé d'installer un groupe de travail sous la présidence des ministres de tutelle, chargé, entre autres, de réfléchir à la gestion financière et à la gestion des réserves, à la gestion des bâtiments, à l'organisation de la perception des cotisations sociales, à l'équipement informatique. Les institutions s'engagent à y apporter leur pleine collaboration, afin que ce groupe de travail puisse déposer ses conclusions à la mi-2011 (ou plus rapidement sur certains thèmes) et rencontrer ainsi le souhait du gouvernement de continuer à améliorer le fonctionnement des IPSS et de les préparer aux défis futurs de la sécurité sociale.

Au sein du même groupe de travail, une concertation aura lieu concernant...

- différents aspects prioritaires en matière de fonction publique, de gestion de personnel et de recrutement ;

- la thématique des recettes propres de gestion (hors recettes propres qui résultent de prestations effectuées pour des tiers) ;
- la thématique des sanctions positives et négatives telles que prévue par la Loi du 26 juillet 1996 et l'arrêté royal du 3 avril 1997.

Ce groupe de travail est composé par les Ministres de Tutelle, qui en assureront la présidence, le Ministre de la Fonction publique, le Ministre du Budget, les représentants du Collège des IPSS et les représentants des partenaires sociaux.

## **Article 75 - Lutte contre la fraude sociale, les erreurs et les indus**

**Article 75.** L'INAMI établira, chaque année, à l'attention des Ministres concernés, un rapport sur les initiatives prises (et à prendre) et les résultats engrangés concernant la lutte contre la fraude sociale, les indus et les erreurs et l'analyse et la constatation des phénomènes de fraude, d'indus et d'erreur (voir article 40).

## **TITEL XVII: Fixation des crédits de gestion et du montant maximal des crédits de personnel relatif aux agents statutaires**

Le contenu du présent chapitre est régi par l'AR du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des Institutions publiques de Sécurité Sociale, l'AR du 22 juin 2001 fixant les règles en matière de budget, de comptabilité et de comptes des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'AR du 3 avril 1997 précité et des circulaires subséquentes.

### **Article 76 à 82 - Définitions et généralités**

**Article 76.** Le budget de gestion comprend l'ensemble des recettes et des dépenses relatives à la gestion de l'INAMI, telles qu'énumérées à l'annexes 1 et 2 de la circulaire du 19 juillet 2007 aux institutions publiques de sécurité sociale.

**Article 77.** Les recettes propres, qui résultent de prestations effectuées pour des tiers sur la base d'un recouvrement des frais, s'ajoutent à l'enveloppe de gestion en respectant les procédures de fixation et d'adaptation du budget telles que fixées par l'arrêté royal du 3 avril 1997.

**Article 78.** Si au cours de la période d'exécution du présent contrat d'administration l'INAMI est chargée de missions complémentaires (en front et/ou en back office) entraînant une augmentation de ses dépenses de gestion, ses crédits de gestion seront augmentés d'un montant reconnu nécessaire (après analyse des besoins dans le cadre des enveloppes allouées) de commun accord entre l'INAMI et le Gouvernement représenté par le (s) Ministre(s) de Tutelle, le Ministre du Budget et le cas échéant, le Ministre de la Fonction publique.

Si les moyens disponibles (humains ou budgétaires) sont réduits, ou que les missions sont élargies sans que les crédits soient majorés, ce manque de moyens sera répercuté dans l'exécution des objectifs du contrat, sur la base d'un instrument de mesure objectif.

**Article 79.** La répartition des articles budgétaires dans les différentes catégories est conforme aux instructions contenues dans la circulaire du 19 juillet 2007 portant les directives concernant le volet budgétaire des contrats d'administration des Institutions publiques de sécurité sociale.

Une distinction est opérée entre :

- les dépenses de personnel ;
- les dépenses de fonctionnement ordinaire ;
- les dépenses de fonctionnement informatiques ;
- les dépenses d'investissements (bien immobiliers, informatique et bien mobiliers).

**Article 80.** Le budget de gestion ne comporte que des crédits limitatifs, à l'exception des crédits relatifs aux impôts directs et indirects, redevances dues en vertu de dispositions fiscales ou dépenses suite à des procédures ou décisions judiciaires.

**Article 81.** Au cours d'un même exercice, les transferts entre les crédits de personnel, d'une part, et, d'autre part, l'ensemble des crédits de fonctionnement et d'investissements, à l'exclusion des crédits d'investissements immobiliers, tels que prévus par l'article 14§1 de l'AR du 3 avril 1997, sont traités dans les conditions prévues par l'article 14, § 1<sup>er</sup>, précité et dans les meilleurs délais par le Commissaire du Gouvernement du Budget.

**Article 82.** Le report de crédits à l'exercice suivant est autorisé dans les conditions prévues à l'article 14§2 du même arrêté.

Les crédits légalement reportés d'une année à l'autre s'ajoutent aux crédits de l'année en cours.

## Article 83 - Budget de gestion pour l'année 2010, 2011 en 2012

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

**Article 83.** Le budget de gestion de l'INAMI pour l'année 2010, fixé conformément à l'article 79 et à la décision du Conseil des Ministres du 27 novembre 2009, est établi comme suit :

En EUR	2010	2011	2012
<b>Dépenses de personnel</b>	<b>81.498.575</b>	<b>82.013.787</b>	<b>82.583.613</b>
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>36.826.164</b>	<b>33.407.088</b>	<b>33.143.617</b>
<i>Dont : Fonctionnement ordinaire</i>	<i>19.479.691</i>	<i>19.479.691</i>	<i>19.479.691</i>
<i>Informatique</i>	<i>17.346.473</i>	<i>13.927.397</i>	<i>13.663.926</i>
<b>Investissements</b>	<b>2.589.840</b>	<b>3.230.840</b>	<b>3.357.840</b>
<i>Dont : Investissements ordinaires</i>	<i>559.840</i>	<i>559.840</i>	<i>559.840</i>
<i>Investissements informatiques</i>	<i>520.000</i>	<i>524.000</i>	<i>790.000</i>
<i>Investissements immobiliers</i>	<i>1.510.000</i>	<i>2.147.000</i>	<i>2.008.000</i>
<b>Total</b>	<b>120.914.579</b>	<b>118.651.715</b>	<b>119.085.070</b>

Conformément à l'article 5 de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel relatif aux agents statutaires est fixé à 77.985.862 € pour l'exercice 2010.

L'exécution du budget 2010 se fera conformément aux décisions et la notification du Conseil des Ministres du 27 novembre 2009.

Une provision pour le paiement des arriérés de primes de compétence qui seront dus est constituée annuellement. Le montant des dépenses de personnel autorisées par IPSS tel que repris dans le contrat d'administration sera augmenté du montant nécessaire à la liquidation des arriérés relatifs aux primes de compétence liquidées en septembre, pour autant que la somme des montants de toutes les institutions ne dépasse pas le montant total de la provision.

Cette augmentation sera autorisée dans le courant du mois d'octobre par le Secrétaire d'Etat au Budget, sur proposition du ou des Ministres de tutelle de l'institution concernée et sur base des pièces justificatives des paiements effectués et de l'avis du commissaire du gouvernement représentant le Ministre du Budget auprès de l'INAMI.

Les montants budgétaires pour les exercices 2011 et 2012 sont obtenus sur base de la méthode de calcul propre à l'INAMI et sur base des hypothèses actuelles. Ces montants pourront faire l'objet d'une réévaluation annuelle et sont donc mentionnés à titre indicatif. Néanmoins, dans la mesure du possible et de la politique budgétaire de l'Etat fédéral, l'Etat fédéral s'engage à respecter au maximum les montants inscrits (ou réévalués en cas de réévaluation) pour les exercices 2011 et 2012.

Si dans le cadre de la politique budgétaire de l'Etat, l'Etat fédéral ne pouvait respecter ce cadre budgétaire, et pour autant que les décisions budgétaires soient susceptibles de mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, l'INAMI, le cas échéant, adaptera, en concertation avec le Ministre de Tutelle, les objectifs à atteindre à due concurrence à l'aide de son modèle de fixation automatique des crédits de gestion. L'évaluation du contrat tiendra compte de l'adaptation intermédiaire des objectifs.

## Article 84 - Réévaluation annuelle

**Article 84.** A politique inchangée, chacune des 2 années suivantes, les montants de chaque catégorie de dépenses seront réévalués de la manière suivante :

### a. Crédits de personnel

Les crédits de personnel seront paramétrés en fonction de l'évolution du coefficient moyen de liquidation selon la formule :

$$\frac{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N (1)}}{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N-1 (2)}}$$

- (1) hypothèse du budget économique du Bureau du Plan
- (2) Coefficient réel

Toutefois, si le montant global des crédits de personnel calculé de la manière indiquée ci-dessus était inférieure au montant obtenu par la méthode de calcul propre à l'INAMI, et pour autant que cette différence soit susceptible de mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat ou le plan de personnel, cette problématique sera discutée sur l'initiative de l'Institution concernée pendant la préfiguration ou le contrôle budgétaires, et des crédits complémentaires seront éventuellement accordés.

Les dépenses de personnel supplémentaires obligatoires, nécessaires et imprévisibles qui sont la conséquence d'une décision gouvernementale seront ajoutées aux crédits de personnel, conformément aux principes d'adaptation repris à l'article 78.

### b. Crédits de fonctionnement et d'investissements à l'exclusion des crédits d'investissements immobiliers

Les crédits de l'année précédente évoluent en fonction de l'indice santé figurant dans le budget économique qui sert de base à l'établissement du budget de l'année concernée.

Si l'application de la formule ci-dessus devait mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, cette problématique sera discutée à l'initiative de l'INAMI concernée pendant la préfiguration ou le contrôle budgétaires, et des crédits complémentaires éventuellement accordés.

### c. Crédits d'investissements immobiliers

Les crédits d'investissements immobiliers sont déterminés chaque année en fonction des besoins établis, moyennant l'avis favorable du Commissaire du gouvernement du Budget, tenant compte, en particulier, de l'évolution du programme pluriannuel.

## **Article 85 - Opérations immobilières**

**Article 85.** Dans la limite de ses missions, l'INAMI peut décider de l'acquisition, de l'utilisation ou de l'aliénation de biens matériels ou immatériels et de l'établissement ou de la suppression de droits réels sur ces biens, ainsi que l'exécution de pareilles décisions.

Toute décision d'acquérir, construire, rénover ou aliéner un immeuble ou un droit immobilier dont le montant dépasse 5 millions d'euros est soumise à l'autorisation préalable du (es) Ministre (s) de tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions.

L'affectation du produit de l'aliénation des immeubles doit recevoir l'accord préalable du (es) Ministre (s) de tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions.

## **Article 86 - Comptabilité analytique**

**Article 86.** L'INAMI s'engage à procéder au développement et à l'implémentation d'un plan comptable fondé sur le plan comptable normalisé pour les Institutions publiques de sécurité sociale.

L'INAMI mettra à profit la période du présent contrat pour développer ou approfondir un système de comptabilité analytique permettant de déterminer le coût des principales activités de base, ainsi que du développement et de l'entretien des nouveaux projets.

Ce système sera évalué selon les procédures généralement admises de contrôle et d'audit interne.

Les Institutions publiques de sécurité sociale organiseront un réseau de contacts et d'échanges méthodologiques et techniques concernant ces matières, auquel le SPF BCG apportera son soutien.

## **Article 87 - Transmission des états périodiques**

**Article 87.** L'INAMI communiquera trimestriellement au(x) Ministre (s) de tutelle et au Ministre ayant le budget dans ses attributions un état des recettes et des dépenses de missions et de gestion.



## **TITEL XVIII: Dispositions finales**

### **Article 88.**

**Article 88.** Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'INAMI de respecter les divers textes légaux et réglementaires qui contiennent des directives générales, qui s'imposent aux institutions de sécurité sociale lors de l'examen des droits à prestations et dans les relations avec les assurés sociaux, à savoir:

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

Pour chaque service ayant des contacts avec les assurés sociaux, les dispositions de la Charte de l'assuré social s'appliquent et les engagements doivent être respectés.

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

## ANNEXE : Le budget de gestion

### Ventilation crédits de gestion

Article budgétaire	Libellé
<b>CREDITS DE PERSONNEL</b>	
811.1	Rémunérations du personnel
811.2	Cotisations sociales à charge de l'organisme
811.3	Allocations sociales directes et indirectes
811.7	Autres obligations réglementaires
<b>CREDITS DE FONCTIONNEMENT</b>	
<b>Fonctionnement ordinaire</b>	
811.5	Service social du personnel
811.6	Rétributions à des personnes attachées administrativement à l'organisme
812.1	Indemnités diverses couvrant des charges réelles
812.2	Formation professionnelle du personnel
812.3	Frais de représentation, de déplacement et de transport
812.4	Contentieux (non limitatif)
812.5	Honoraires autre que pour le contentieux
812.6	Frais de locaux, matériel, machines et mobilier, matériel roulant et fournisseurs
812.7	Dépenses de consommation énergétique
812.8	Frais de bureau, de publication et de publicité
812.9	Frais financiers courants
816.1	Exonération, renonciation, annulation et moins-value de créances autres que de prestations sociales
816.2	Annulation de créances en matière de traitements, indemnités et rétribution dues au personnel en service actif ou pensionné
821.1	Intérêts emprunts émis sur le marché
821.9	Intérêts divers et charges financières courantes
824.4	Pertes diverses sur placements

841.3	Impôts directs sur les revenus(non limitatif)
843.2	Taxes provinciales et communales (non limitatif)
883.3	Prêts financiers et avances
884.1	Garanties et cautionnements
891.1	Remboursements emprunts émis sur le marché
893.9	Remboursements garanties et cautionnements
<b>Fonctionnement informatique</b>	
813.11	Licences et droits similaires en matière de logiciels
813.12	Maintenance
813.13	Travaux de développement informatique
813.15	Location et leasing de matériel informatique
<b>Fonctionnement informatique - Smals</b>	
813.14	Travaux d'exploitation informatique confiés à la Smals
813.16	Rétribution du personnel, spécialisé en informatique, mis à disposition par la Smals
<b>CREDITS D'INVESTISSEMENTS</b>	
<b>Investissements informatiques</b>	
873.1	Dépenses d'investissements en matière informatique
<b>Investissements mobiliers (non informatiques)</b>	
874.1	Achat mobilier, matériel et cloisons à usage administratif
874.2	Achat machines à usage administratif
874.3	Achat matériel roulant à usage administratif
874.4	Achat bibliothèque professionnelle à usage administratif
<b>Investissements immobiliers</b>	
871.1	Acquisition de biens immobiliers à usage administratif
871.3	Acquisition d'installation téléphonique privée s à usage administratif
872.1	Frais de construction et d'extension augmentant la valeur d'immeubles à usage administratif

## Liste des abréviations

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