

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

Premier rapport annuel

01/01/2010 au 31/12/2010

INTRODUCTION

Vous trouverez ci-après le rapport annuel sur l'état d'avancement des engagements de **3^{ième} contrat d'administration** de l'INAMI portant sur la période du **1er janvier 2010 au 31 décembre 2010**.

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

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

Ce rapport comporte cinq parties:

1. Un tableau synthétique reprenant par projet un bref aperçu de l'état des lieux et des éventuels problèmes et points d'attention;
2. Une description des réalisations durant l'année 2010 ainsi que les perspectives par rapport aux engagements devant être réalisés en 2011;
3. Les tableaux de bord actualisés au 31 décembre 2010;
4. Les annexes¹ comme preuves de la réalisation des engagements durant le 2^{ième} semestre 2010.
5. L'état des lieux concernant 3 projets de l'avenant pour lesquels un retard avait été annoncé dans le rapport annuel de 2009 (tant intégré dans le tableau synthétique que dans les textes descriptifs qui suivent).

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

TABLEAU SYNTHETIQUE (état de la situation : 01/02/2011)

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> ^e 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Etat des lieux concernant 3 projets de l'avenant 2009 (en retard)					
Article 11. Pharmanet	☺	SdSS	<u>Engagement 4 réalisé avec un retard.</u> (4) Rapport annuel budgétaire interne (pour 31/12/09) - Réalisé en mars 2010: analyse pour la période 2007-2009.	Non Tableau de bord adapté.	Pas dans le 3 ^{de} CA
Article 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux	☹	SdSS	<u>Engagement réalisé partiellement avec retard:</u> une évaluation du système de forfaitarisation 6 mois après la mise à disposition des données couplées RCM-SHA à la cellule technique (= janvier 2009) et un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance) → date-limite était fin juin 2009. Le rapport est finalisé fin mars 2010. Le rapport a été soumis au Groupe de travail multipartite. Les discussions supplémentaires qui ont eu lieu dans ce groupe de travail ont retardé la présentation au Comité de l'assurance. Celle-ci aura normalement lieu en mars ou avril 2011.	Les raisons du retard : - des multiples tâches au sein du service (soutien à la Multipartite, montants de référence, beaucoup de questions et de demandes d'analyses par la cellule stratégique...) - les données nécessaires qui n'étaient pas disponibles à temps pour rédiger un rapport complet (dépendance interne : adaptations programme ICT) - Discussions supplémentaires dans le groupe de travail multipartite.	Pas dans le 3 ^{de} CA

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

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Article 32. Rapportage financier à la Commission de remboursement des médicaments	☺	SdSS	<u>Engagement 2 réalisé avec un retard.</u> (1) Rapport MORSE pour les données jusqu'au 2009SEM1 inclus: 31/12/09 <ul style="list-style-type: none"> - Une première version du rapport MORSE intégré, concernant non seulement les données jusqu'au premier semestre 2009, mais aussi jusqu'au second semestre 2009 inclus, a été réalisée avant la fin du mois de septembre 2010. Fin 2010, la version finale – enrichie d'une série d'informations supplémentaires – a été rendue et soumise à la CRM. 	Engagement 2: retardée en raison d'autres priorités externe: nouveau système de rémunération des pharmaciens; mesures gouvernementales d'économie; 1 ^{er} contrat remboursement médicaments	Pas dans le 3 ^{de} CA
<u>TITEL I: Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique</u>					
Article 11. Conversion de données en informations sur et pour les dispensateurs de soins (e.a. profils)	☺	SdSS	<u>Engagement 1 est réalisé en juillet 2010.</u> Optimiser le premier feedback vers les médecins généralistes, en ajoutant des données de pharmanet (date limite: 31 décembre 2010). <ul style="list-style-type: none"> - chaque médecin généraliste a reçu un rapport d'activités personnel de sa pratique pour l'année 2008. <u>Engagement 2 est en préparation.</u> Etablir un Balanced Scorecard (y comprenant des indicateurs de santé) pour la médecine générale (date limite: 31 décembre 2011). <ul style="list-style-type: none"> - Dans les temps. La procédure d'approbation et de validation des indicateurs est en cours. 	Non	Nouveau projet
Article 12. Moderniser la gestion dans le cadre du financement des maisons de repos	☹	SdSS	<u>Engagement 1 a pris du retard.</u> (1) Phase 1: Mise en production de la phase 1 de la nouvelle application (demande de données et module de calcul) (date limite: 01/01/11). <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse business est terminée. L'analyse fonctionnelle et technique est en partie achevée. - Volet 1 : module de calcul et extraction de données du système actuel vers le nouveau système. <ul style="list-style-type: none"> o Phase de développement : janvier 2011 – avril 2011. - Volets 2 + 3 : paiements (intégration dans le 	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>système générique) + communication et rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Phase de développement : pas encore démarrée – finalisation en juin 2011 - Phase de test : à partir de juillet 2011 - Mise en production : 1.1.2012 - Plan B disponible pour garantir la continuité du business. <p>(2) Phase 2: Mise en production de la phase 2 de la nouvelle application (demande de données supplémentaires, module de simulation, fonctionnalités de compte rendu) (date limite: 01/01/12).</p>		
Article 13. Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie	☺	SG	<p><u>Engagement 1 en préparation.</u></p> <p>(1) Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'implants' (date limite: 30/06/11).</p> <p>(2) Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'soins de santé' (date limite: 31/12/12).</p> <p>Attention : date limite de l'action-engagement 1 est 30/06/2011, et pas 30/06/2012 comme mis dans la version FR du contrat d'administration.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cellule Expertise & Coopami établie comme service de staff de la Direction générale. Composition: conseiller, gestionnaire de données (niveau B). Attaché analyste (niveau A), entré en service le 1.11.2010 (prévu dans le Contrat d'administration). - La composition du Comité d'accompagnement « Étude des implants » est achevée (INAMI – Bureau du Plan – ISP). - Le plan d'approche de l'étude « Implants » est établi, et a été soumis au Comité d'accompagnement. - L'analyse de la littérature est achevée. - Les méthodes d'analyse statistique et de modelage sont choisies. Les données disponibles sont traitées et 	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			complétées par des données supplémentaires. - La rédaction du « volet descriptif » est terminée.		
Article 14. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé	☹	SdSS	<u>Engagement 1 en retard.</u> Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé (date limite: 30 septembre 2010). - La rédaction du rapport concernant les données de 2007 et de 2008 se trouve dans la phase finale. Elle doit être achevée dans les semaines à venir. La date de présentation au Conseil général n'est pas encore connue.	Un retard a été encouru en interne en raison de l'absence de longue durée du chef de projet. Entre-temps, un nouveau collaborateur a été engagé.	Suite de l'Article N2 de l'Avenant
Article 15. Incapacité de travail primaire : statistiques et études	☺	SI	<u>Engagement 1 réalisé partiellement et à temps, en ce qui concerne la première date limite</u> (1) Rédaction d'un rapport de synthèse annuel sur l'évolution statistique de l'ITP (partie descriptive) (dates limites: 31/12/10; 31/12/11; 31/12/12). - Rapport pour les données 2009 est prêt et a été transmis au SECM au début du mois d'octobre 2010. <u>Engagements 2 et 3 en préparation un retard est attendu</u> (2) Rédaction d'une première étude concernant les facteurs explicatifs des évolutions de l'ITP sur la base des données 2009. (date limite: 31/03/11). (3) Approfondissement de la première étude explicative sur la base des données 2010. (date limite: 31/12/11) - Condition: adapter flux-ITP OA-INAMI (individualiser, enrichir, etc.). - Nouveau schéma XSD : la programmation technique effectuée par les OA et l'INAMI est en cours. La phase de test a démarré mi-2010. Le SI effectue un contrôle manuel des données. - Informatisation du flux de données via CareNet : le développement, du côté de l'INAMI, est en cours. Le flux, y compris le feed-back global concernant les facteurs bloquants, devrait pouvoir démarrer au cours	Dépendance au niveau du timing et la qualité de données des OA Dépendance au niveau de l'accès aux données ONEM	Suite de l'Article N1 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>du premier semestre 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès aux données de l'ONEm : autorisation d'accès au flux L035 (adapté) dès fin mars 2011 en ce qui concerne les données à partir de cette date (donc pas rétroactif). Cet accès a donc bien une répercussion sur la profondeur des analyses effectuées par le SI dans le cadre des données historiques. - Première étude explicative (action-engagement 2) : <ul style="list-style-type: none"> o en fonction de la date de mise en production du flux et de la qualité des données. - Étude explicative approfondissante (action-engagement 3) : <ul style="list-style-type: none"> o Pas d'analyse approfondie pour les données de 2009 et de 2010 (compte tenu de la non-rétroactivité de l'accès au flux enrichi L035). - Engagement du SI : premier rapport global contenant un certain nombre de facteurs explicatifs pour les données de 2009 et de 2010. Date limite : dans le courant de 2011. 		
Article 16. Reprise d'activités partielles autorisées : exploitation des données	☹	SI	<p><u>Avenant 2009</u> <u>Engagement 1 réalisé, partiellement en retard.</u> (1) Développement d'un système (contenu + technique) pour générer des statistiques détaillées sur la reprise d'activités partielles autorisées (pour 31/12/09)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volet 'contenu': OK. Une 20aine de tableaux est prévue avec des informations sur e.a.: durée, données par arrondissement, etc. - Volet technique: Service ICT a finalisé la programmation au cours du 2010SEM1. <p><u>Contrat d'administration 2010-2012:</u> <u>Engagement 1 en préparation.</u> (1) Rédaction d'une note concernant le fonctionnement du système de reprise d'activités partielles autorisées. (date limite: 31/12/10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nouveau flux informatisé est depuis longtemps 	Qualité des données OA	Suite de l'article 16 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>déjà entièrement opérationnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des données : plusieurs contrôles de la qualité (trois) ont été effectués : données électroniques versus données papier. Évolution favorable : en dessous du seuil critique des 5 % d'erreurs. C'est la raison pour laquelle le flux papier a été supprimé au 1.1.2011. - La qualité des données reste toutefois un point d'attention, notamment sur les plans de la réalité et de la cohérence des données. Un feed-back entre l'INAMI et les OA concernant, entre autres, la cohérence des données est en cours. Début 2011, le SI devrait pouvoir disposer de données de qualité pour les années 2009 et 2010 et ce, de la part de tous les OA. - Dès que les données sont de qualité suffisante : X + 2 mois pour la réalisation de l'étude. 		
Article 17. Taskforce Incapacité de travail	☺	SI	<p><u>Engagement 1 entièrement réalisé dans les délais impartis</u></p> <p>(1) Etablissement d'un plan d'approche concernant les défis à relever en ce qui concerne le phénomène d'incapacité de travail. (date limite: 31/12/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17/03/10: décision du CG-SI de créer des groupes de travail thématiques au sein de la Taskforce Incapacité de Travail. - 21/04/10: CG-SI décide à la création de 2 groupes de travail; (1) réinsertion; (2) évaluation médicale. - Les groupes de travail ont entamé leurs travaux en septembre 2010. - Le plan d'approche de la taskforce IT est établi : propositions de réforme générales et ponctuelles. Présentation au Comité de gestion de janvier 2011. 	Non	Nouveau projet
Article 18. Rapport annuel au sujet de la stratégie ICE du SECM	☺	SECM	<p><u>Engagement 1 réalisé partiellement et à temps, notamment en ce qui concerne la première date limite.</u></p> <p>(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</p>	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>Qualité fortement renforcée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encore à ajouter : responsables maisons de repos dans le cadre de la gestion des mandats. Le calendrier tient compte du planning ultérieur du projet My CareNet. <p>(4) Épurer le fichier de référence des praticiens de l'art infirmier. Date limite : 31 décembre 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisé à temps : qualité fortement renforcée <p><u>Engagements 2 et 5 en préparation.</u></p> <p>(2) Établir un fichier de référence des implants remboursables. Date limite : mise en production de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursés (voir article 30) + 6 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En fonction de la mise en production de la nouvelle procédure. - Entretemps le fichier de référence existant avec les implants remboursables reste opérationnel. <p>(5) Création d'un fichier de référence contenant la réglementation des médicaments du Chapitre 4. Étape 1 : adaptation du fonctionnement et du reporting de la CRM (date limite : date d'acceptation par la CRM de l'analyse effectuée par le CBIP + 3 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le travail du CBIP est achevé. - Il y a lieu de reformuler l'action-engagement. <p>L'analyse est en préparation.</p>	<p>Impact « affaires courantes ».</p> <p>Dépendance externe</p>	
Article 23. My CareNet	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1 et 2 réalisés, dans un délai faisable.</u></p> <p>(1) Développer un cadre réglementaire adapté (si nécessaire). (Date limite : 6 mois avant que l'infrastructure technique du secteur concerné ne soit opérationnelle).</p> <p>(2) Informer, par une circulaire et par le site web, tous les protagonistes concernés au sujet des nouvelles directives concrètes en matière de My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation,...). (Date</p>	Dépendance du timing de la mise en production par le CIN et communication à temps	Suite de l'article 21 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>limite : 3 mois avant que l'infrastructure pour le groupe pilote ne soit opérationnelle).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dates limites sont un peu 'fictives': plusieurs aspects et itérativité. Sensu stricto les dates limites ne sont pas respectées, mais généralement la problématique du 'cadre réglementaire' et de la 'communication' est sous contrôle : projet alors considéré comme 'vert'. - Protocole force probante: cadre général développé au niveau INAMI. Repris dans l'avant-projet de la Loi Santé, qui n'as pas été approuvé par le gouvernement précédent, et qui devra être remis à l'ordre du jour du Conseil des ministres du nouveau gouvernement. Entretemps: protocoles spécifiques par groupe cible. - Groupes cibles: <ul style="list-style-type: none"> o Praticiens de l'art infirmier à domicile: en production générale depuis mi 2010. Concrètement: environ 55 % (janvier 2011) o Labos: pilotes en production depuis mi 2010. Concrètement: environ 15 % des laboratoires. o Offices de tarification : un certain nombre d'entre eux est déjà en production depuis décembre 2010. o MRS-MRPA: techniquement opérationnel. L'inventaire « pilotes » est fixé. - Communication à différents échelons <ul style="list-style-type: none"> o Comité de l'assurance o Commissions de conventions (ou ad hoc à défaut de commissions de conventions) o Communication directe avec les projets (pilotes) o Circulaires o Site Internet 	Impact « affaires courantes ».	
Article 24. E-care – Quality oriented	☺	SdSS	<u>Engagements 1 est réalisé.</u> Extension de l'application Web	<u>Raison du retard</u>	Suite de l'Article 20

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Electronic Registration of Medical Implant Devices (Qermid)	☺ ☺		<p>aux pacemakers (date limite: 30 juin 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'application est en production depuis le 1^{er} janvier 2011. <p><u>Engagements 2 est en préparation.</u> Extension de l'application Web aux endoprothèses et ce, dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (=X) (date limite: X+ 24 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nomenclature a été publiée au MB le 30 juillet 2009. La date limite de cette action-engagement est donc le 30 juillet 2011. Les préparatifs de l'application ICT sont en cours. Une démonstration a été organisée pour les chirurgiens vasculaires et les radiologues le 9 juin de cette année. Entre-temps, des modifications sont apportées à l'application. La réception de l'application est prévue pour le premier semestre de 2011. <p><u>Engagements 3 est en préparation.</u> Extension de l'application Web aux tuteurs coronaires et ce, dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (=X) (date limite: X+ 12 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les préparatifs pour la publication de la nomenclature sont en cours. Il n'est pas encore possible de fixer une date limite pour l'action-engagement étant donnée que celle-ci dépend de la date de publication. La réalisation technique a déjà bien avancé et une démonstration a déjà été donnée pour un groupe restreint. 	(dépendance externe): Après la mise à disposition de l'application des <u>défibrillateurs cardiaques</u> (janvier 2010) les partenaires ont demandé quelques adaptations au programme. Suite à cette demande une 2 ^{ème} version de l'application a été développée. Ce release est fourni mi juillet de 2010. L'application "version 2" des défibrillateurs cardiaques est en production depuis mi juillet 2010.	de l'Avenant
Article 25. L'accréditation des médecins	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1 est réalisé.</u> 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'application web qui permet à des médecins individuels de suivre leur dossier individuel est mise à 	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
disposition.					
TITRE III: 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	☺	SdSS SCA	<p><u>Engagements 1 est en préparation.</u> Rédiger, au plus tard 3 mois après l'accord politique en matière d'intervention majorée, les textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR (date-limite : X + 3 mois (X=date de la communication de l'accord politique à l'INAMI)).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les textes nécessaires ont été préparés par l'INAMI. Intégré dans le projet de la loi santé. - L'AR concernent les chômeurs de longue durée de moins de 50 ans et les familles monoparentales a été approuvé par le Conseil des ministres le 19 mai 2010. Les mesures ont pris effet le 1^{er} juillet 2010. Le 9 juillet, l'arrêté royal a été publié au Moniteur belge. <p>.</p> <p><u>Engagements 2 est en préparation:</u> Adapter les flux de données aux adaptations réglementaires, en fonction du délai prévu dans les adaptations réglementaires pour appliquer la mesure.</p> <p><u>Engagements 3 est en préparation.</u> Rédiger, au plus tard 6 mois après l'accord politique sur la définition du « malade chronique » et de ses droits spécifiques, des textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR (date-limite : X + 6 mois (X = date de communication de l'accord politique à l'INAMI)):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Début 2010, le groupe de travail (composé de représentants de l'INAMI, des associations de patients et des OA) a proposé des critères pour les malades chroniques à la ministre. La ministre a marqué son accord sur cette proposition en avril 2010. La proposition de loi est rédigée et sera insérée dans la loi santé. Dès qu'il y aura un accord politique, l'AR pourra 	<p>La date d'entrée en vigueur de cette réforme dépend du démarrage d'un nouveau gouvernement et l'accord politique concernant le projet de loi santé.</p> <p>Dès qu'un nouveau gouvernement est installé et un accord politique pourra être dégagé, la procédure d'exécution pourra être entamée.</p>	Suite de l'Article N11 de l'Avenant





<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Article 27. Module "dispensateurs de soins" disponible via le site Internet de l'INAMI	☺	SdSS	<p>être rédigé.</p> <p><u>Engagements 1 et 2 en préparation.</u></p> <p>(1) Mise en production d'une module, par laquelle les médecins peuvent consulter et modifier leurs adresses de travail (pour 31/12/12).</p> <p>(2) Mise en production d'une module, par laquelle les dentistes peuvent consulter et modifier leurs modalités de conventionnement (pour 31/12/12).</p> <p>- Première priorité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Information financière : numéro de compte bancaire et responsabilité fiscale. Opérationnel premier semestre de 2011. <p>- Développement de fonctionnalités supplémentaires (voir actions-engagements) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Médecins – adresse du cabinet : opérationnel au courant du premier semestre de 2011. ○ Modalités de conventionnement : qu'à partir du prochain accord (médecins : 2011 ; praticiens de l'art dentaire : 2012) <p>- Utilisation module actuelle (situation en janvier 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Praticiens de l'art dentaire : 910 modifications de l'adresse de contact ; 530 modifications de l'adresse ou des adresses du/des cabinet(s). ○ Médecins : 2.600 modifications de l'adresse de contact. 	Non	Suite à l'article 37b de l'Avenant
Article 28. Dossier d'invalidité électronique - edid	☹	SI	<p><u>Engagement 1 a pris du retard.</u> 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).</p> <p><u>Engagement 2 est réalisé.</u> La fiche de projet pour le projet « contrôle de la qualité » est établie. (date limite : 31</p>	De nouvelles discussions entre le SI et les OA s'imposent, notamment au sujet du contenu du flux, des étapes du processus et des modalités techniques.	Suite de l'Article 17 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Article 30. Réforme du secteur des implants: la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables	☹	SdSS	<p><u>Engagement 1 en retard</u>: Mise en œuvre de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (date limite: le 1er novembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La procédure de notification est entrée en production au 1^{er} mai 2009 (arrêté royal du 1^{er} mars 2009. Au plus tard le 1 novembre 2009 le projet de texte devrait être présenté au Comité d'assurance. Le texte n'est pas encore présenté, suite à des adaptations nécessaires et imprévues au texte de l'art 35 septies. - le texte de modification de loi (article 35septies, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) a été rédigé. Ce texte sera inséré dans la prochaine loi santé. Le timing dépend d'un accord politique. - une proposition de texte pour l'AR concernant la procédure de remboursement est disponible. <p>➔ L'avant-projet de loi et le projet d'AR seront soumis au Comité de l'assurance au cours du premier trimestre.</p>	Facteurs de retard / dépendance externe: <ul style="list-style-type: none"> - adaptations nécessaires et imprévues au texte de l'art 35 septies. - dépendance de l'accord politique. 	Suite de l'Article 20 (volet 1) de l'Avenant
<u>TITRE V : Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé</u>					
Article 31. Mise en œuvre des trajets de soins	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 est réalisé</u>. Après que le Comité de l'assurance a donné son accord (= X) sur l'évaluation des trajets de soins, l'INAMI développera des accords avec l'ISP et l'AIM concernant l'évaluation à réaliser. Date limite : X + 3 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conventions avec l'ISP en matière d'analyse et de feed-back sur le terrain (= achil) et avec l'AIM (convention globale) ont été conclues. <p><u>Engagement 2 est réalisé (le 20/9/2010)</u>. Création d'un comité d'accompagnement pour l'évaluation et l'ajustement permanents des trajets de soins (date limite : 30 juin 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le 20 septembre, une note est soumise au Medicomut 	Non	Suite de l'Article N7 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			concernant la création du Comité d'accompagnement.		
Article 32. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées	☺	SdSS	<p><u>AV2009: projets premier appel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les délais pour les aspects administratifs, communicatifs, financiers, de reporting et d'évaluation sont respectés. <p><u>CA2010-2012: les engagements ont partiellement pris du retard en raison de facteurs externes.</u></p> <p>(1) Proposer une sélection de projets (deuxième appel) pour le Comité de l'assurance. <u>Date limite</u> : 31 décembre 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premier projet d'A.R. discuté par le Comité de l'assurance de 26/07/10: avis positif - Timing n'est plus correct: cf. retard premier appel (dépendances externes) + période 'affaires courantes'. Les projets du deuxième appel à projets pourront démarrer au plus tôt fin 2011. <p>(2) Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du premier appel. <u>Dates limites</u> : 30 juin 2011 ; 30 juin 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le premier rapport d'activités de l'équipe universitaire et le premier feed-back des peers reviewers sont déjà disponibles en ce qui concerne l'évaluation scientifique. - Fin juin 2011, l'INAMI recevra les premiers rapports intermédiaires concernant les projets, pour la période mars 2010 – mai 2011. - Le rapport intermédiaire sera soumis au Comité de l'assurance après les mois d'été de 2011 <p>(3) Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du deuxième appel. <u>Date limite</u> : 30 juin 2012.</p>	<p>La 1^{ère} phase a pris du retard en raison de facteurs externes : répercussion sur la 2^e phase.</p> <p>Impact « affaires courantes ».</p>	Suite de l'article N5 de l'Avenant



<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Article 33. Instauration et évaluation d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Préparer et transmettre toutes les informations nécessaires concernant le nouveau système aux pharmaciens, aux commerces de gros, aux OA, à l'industrie et au public (date limite: 1 mois avant l'entrée en vigueur du nouveau système de rémunération).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nouveau système a démarré le 1/04/2010 (cfr. Note CSS 2010/488). L'information général est disponible sur le siteweb. 2 circulaires ont été rédigés et envoyés: une circulaire pour les pharmaciens (concernant les honoraires spécifiques à accorder lors de l'accompagnement et de la première délivrance d'une spécialité remboursable) & une circulaire pour les OA (concernant les montants des honoraires de base et des honoraires spécifiques pour la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2010). <p><u>Engagement 2 est en préparation.</u> Effectuer une évaluation du nouveau système de rémunération des pharmaciens et ce, 18 mois après l'entrée en vigueur du système (=X) (date limite: X + 18 mois) (= 1/10/2011).</p>	Non.	Suite de l'Article N10 de l'Avenant
Article 34. Plan belge « maladies rares »	☺	SdSS	<p><u>L'engagement 1 est réalisé avec un peu de retard en raison de facteurs externes. L'engagement 2 est en préparation.</u></p> <p>(1) Inscription du rapport intermédiaire à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. (Date limite : 30 juin 2010).</p> <p>(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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premier rapport est finalisé par le FRB fin 2010T1, y inclus une estimation budgétaire. Fin mars 2010 discussion par le comité du management du FRB, adaptations après, nouvelle discussion et approbation. Il s'agit d'un Plan avec un degré élevé 		Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>d'opérationnalisation et des estimations budgétaires. Entretemps: élaboration par l'INAMI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport final entre-temps accepté par le ministre d'Affaires Sociales et présenté. - Présentation au Comité de l'assurance fin septembre, et au Comité consultatif des maladies chroniques et des affections spécifiques, fin octobre. Donne lieu à une mise à jour du 1^{er} rapport et à des questions supplémentaires concernant le 2^e rapport. - Opérationnalisation d'un certain nombre de recommandations par l'INAMI. Financement de 6 projets en définition. - Deuxième rapport attendu pour mi 2011. 	Impact «affaires courantes».	
TITRE VI: Optimiser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles					
Article 35. Contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation	☺	SdSS SCA	<p><u>Engagement 1 réalisé à temps.</u></p> <p>(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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Note de travail finalisé en juin 2010: status quaestionis AS IS; analyse des risques; actions-engagements concrètes; analyse du cadre réglementaire de contrôle INAMI/Inspection Sociale/communautés et régions. - Première discussion SSS-Direction générale : focus sur le renforcement de la première ligne. L'approfondissement de l'analyse des problèmes et des risques est en cours. - Ensuite : discussions internes et externes. 	Concertation nécessaire avec les partenaires externes (encore à définir)	Suite de l'article N12 de l'Avenant
Article 36. Évaluation médicale	☺	SECM	<p><u>Engagements réalisés à temps:</u></p> <p>Le scope du projet pour l'exécution des projets d'évaluation est beaucoup plus large que l'engagement repris dans le texte de base du CA.</p>	Non	Suite de l'Article 25 de l'Avenant
Article 37. Code-barres unique	☺	SECM	<u>Engagements en préparation</u>		Suite de l'article 26

<u>Objectif</u>	  	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>(1) Elaboration d'un rapport annuel sur les résultats de l'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. (31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012).</p> <p>(2) Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OT (offices de tarifications) et les FP (firmes pharmaceutiques) d'une part, et l'INAMI d'autre part. (31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring continu et profond de la qualité (95%) et du respect des délais (73%) des fichiers des firmes pharmaceutiques. Des procédures de feed-back sont prévues. - Première fiche projet réalisée en vue de l'informatisation/automatisation du transfert de données (focus sur le flux avec les firmes). Une analyse BIO est en préparation. - Continuation des contrôles (degré d'utilisation par les pharmacies; pourcentage de codes doubles dans une ou plusieurs pharmacies ; etc.): évolution positive. Un rapport annuel intégré n'est pas disponible, mais des rapports séparés le sont. - 2011: première comparaison des données des firmes pharmaceutiques / offices de tarification. - 2011SEM1 : projet de revalorisation du tableau de bord. Déjà en cours. 	Qualité des données des firmes pharmaceutiques	de l'Avenant
Article 38. Incapacité de travail primaire : cartographie des activités du médecin-conseil		SECM	<p><u>AV2009: engagement réalisé avec un retard</u></p> <p>(1) Elaboration d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins- conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (date limite : 31/12/2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fin mars un premier rapport avec quelques indicateurs a été finalisé sur base des données de 2008 (10/15). - Présentation au Conseil Supérieur + OA ont reçu les rapport (par OA). Ils peuvent se comparer avec 		Suite de l'article 27 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>le moyen national.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feedback OA: demande d'enrichissement du rapport (1) veulent recevoir les cartographies au niveau des fédérations; (2) Ajouter les 5 derniers paramètres (p.ex. rechute, réinsertion). - Calendrier prévu : 2011SEM1 (14/15 paramètres + jusqu'au niveau de la fédération) <p><u>CA2010-2012: engagements en préparation</u></p> <p>(1) Elaboration d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins- conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (y compris le feedback aux OA). (Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes transfert données 2009SEM2: abordés - Timing prévu pour les cartographies (sur base des données 2009): 2011SEM1 (14/15 paramètres + jusqu'au niveau de la fédération) <p>(2) Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OA et l'INAMI. (Date limite : 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automatisation transfert de données + transfert via CareNet + ajout numéro NISS: reporté. Formuler une réponse formelle CIN/OA au CINAMI du 23.3.2011. <p>Point d'attention permanent : la qualité des données transmises par les OA, tant au niveau de la cohérence des données électroniques qu'au niveau de la conformité entre les données électroniques et le dossier au sein de la mutualité. Ceci met en cause la qualité et l'utilité des cartographies.</p>	Qualité/conformité des données de la part des OA	
Article 39. Flowdos: Informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins	☺	SECM	<p><u>Engagements en préparation</u></p> <p>(1) Intégration des dossiers d'enquête en cours (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. (Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents +</p>	Non	Suite de l'article 28 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>6 mois).</p> <p>(2) Intégration des dossiers d'enquête clôturés (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. (Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 12 mois).</p> <p>(3) Rédaction d'un rapport sur les éléments du flux de travail à implémenter dans Flowdos. (Date limite : 30 juin 2011).</p> <p>(4) Mise en production d'éléments du flux de travail dans Flowdos. (Date limite : 31 décembre 2011).</p> <p>(5) Rédaction d'un rapport sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. (Date limite : 31 décembre 2012).</p> <p>Documents Flowdos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en production Phase 2 : 2010T4. - Une série d'éléments Workflow déjà opérationnels. - Intégration des dossiers « vivants » en préparation. 		
Article 40. Rapports en matière de fraude sociale	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Rédiger un rapport intégré concernant les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale (date limite : 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rapport est rédigé et distribué en juillet 2010. 	Non.	Suite de l'Article N13 de l'Avenant
Article 41. Fraude sociale: Croisement des données DMFA-PI	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Croiser les données DMFA et les données PI et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité (date limite : 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le croisement des données a été effectué, de même que les contrôles au sein des mutualités (données de 2008). La phase d'analyse est clôturée ; le rapport est rédigé (fin novembre 2010). 	Non.	Suite de l'Article N13 de l'Avenant
Article 42. Fraude sociale: Dossiers d'assujettissement fictif	☺	SCA	<p><u>Engagement est réalisé.</u> effectuer une analyse quant à la qualité du feed-back des organismes assureurs relatif aux dossiers d'assujettissement fictif (date limite : 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse portant tant sur le nombre de cas traités que sur la qualité du traitement des dossiers, est terminée. Le rapport est prêt depuis la mi-décembre. 	Non.	Suite de l'Article N13 de l'Avenant

<u>Objectif</u>		<u>Service</u> <u>e²</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
Article 43. Contrôles thématiques : audit, feed-back et conseil en mutualités		SCA	<u>Engagements en préparation</u> (1) Élaboration de deux rapports de contrôle thématique par an : un sur les soins de santé ; un autre sur les indemnités. (Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012). <ul style="list-style-type: none"> - Secteur 'indemnités': indemnités aux travailleurs indépendants. Focus sur: assurabilité, assimilation pour cause de maladie, reprise d'activités autorisée, cumul indemnités accident de travail/maladie professionnelle. Contrôles réalisés en mai/juin; le rapport final est achevé, mais doit encore être traduit. Il sera soumis à la Commission technique début 2011. - Secteur 'soins de santé': assujettissements irréguliers/fictifs. Préparation 'contenu et méthodologie terminée'. Concertation avec les OA en septembre 2010 en vue d'explications concernant les procédures de feedback de la part du SCA. Réunion de lancement avec les inspecteurs sociaux en octobre 2010. Les contrôles ont été effectués début 2011. Rédaction en cours. 	Non	Suite de l'article 24 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Servic</u> <u>e³</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou</u> <u>suite du 2^{ème} ou</u> <u>avenant</u>
<u>TITRE VII : Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI</u>					
Article 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Rédiger un premier rapport comprenant une synthèse des discussions de l'année écoulée (date limite: 31 décembre 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une note relative aux discussions avec les OA est disponible. <p><u>Engagement 3 est en préparation.</u> Analyse des systèmes de plaintes en vigueur dans les OA et les mutualités et rédaction d'un rapport y afférent, et ce, en collaboration avec le CIN (date-limite: le 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plaintes des OA concernant les SPOC ont fait l'objet d'une enquête. - L'analyse est terminée et un rapport a été rédigé. 	Non.	Suite de l'Article 15 de l'Avenant
<u>TITRE VIII : Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI</u>					
Article 45. Information aux dispensateurs de soins et communication externe émanant du SECM: Infobox	☹	SECM	<p><u>Engagements en retard:</u> cfr. Voir le rapport annuel de 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4^{ème} module: infobox pharmacien (prévu en mars 2011) <p><u>Entre-temps réalisé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cinquième module : l'infobox kiné a été réalisé en novembre 2010 et envoyé à 2.500 exemplaires. - 6^{ème} module: infobox praticiens de l'art infirmier finalisé en juillet 2010 (envoyé sur 10.800 exemplaires) 	Les Infobox contiennent plus d'informations que les brochures de la première génération et leur mise en page est plus soignée. Il est également très important que les questions ou suggestions des dispensateurs de soins puissent figurer dans les versions mises à jour et/ou dans les nouvelles brochures Infobox. <u>Le module des</u>	Suite de l'Article 36 de l'Avenant

³ **Remarque :** **SG** = Services généraux de support; **SI** = Service Indemnités; **SdSS** = Service des Soins de Santé; **SECM** = Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux, **SCA** = Service du contrôle administratif

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e₃</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
				pharmaciens a pris du retard : dépendance externe (relecture du module).	
<u>TITRE IXI : Améliorer la coordination avec le niveau Européen et international</u>					
Article 46. Implémentation de la législation européenne en matière de coordination	☺	SdSS SI	<u>Engagements partiellement réalisés, dans les délais faisables.</u> (1) et (3): Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination. - Nouvelle législation européenne entrée en vigueur le 1er mai 2010. Conséquence: sensu stricto la date limite était 1er février 2010. - Date limite (X - 3 mois) n'est pas atteinte. Néanmoins: concertation périodique entre l'INAMI et les OA deux fois par mois selon une logique 'question - réponse' qui aboutira à une circulaire. Il s'agit donc d'un processus itératif ; retard n'est pas problématique, donc projet catalogué 'vert'. - SSS: circulaires concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif sont en élaboration. Volet 'financier-administratif' (plan comptable) déjà finalisé; la circulaire a été envoyée. La circulaire juridico-administrative est en cours de finalisation. - SI: circulaires relatives à l'interprétation juridico-administrative (et non à l'interprétation financière et administrative) : la première circulaire est prête à être envoyée (présentation générale ; traitement de la demande d'invalidité) ; la circulaire relative à	Dépendances: développements au niveau européens; collaboration avec le BCSS et les OA	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e³</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>l'affaire Leyman a également été envoyée ; la troisième circulaire en élaboration (déclaration incapacité de travail ; contrôle médical incapacité de travail primaire et invalidité).</p> <p>(2) et (4). Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. (Date limite: 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel).</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ce qui concerne le volet 'flux électroniques': concertation périodique au niveau de la Commission européenne. Entretemps le rapport Siemens en retard considérable est terminé. La production des flux électroniques démarrera certainement avec retard. - SSS: première série de documents a été approuvée. Une concertation avec les OA suivra. - SI: pas encore de documents (secteur non-prioritaire). 		
Article 47. Observatoire de la mobilité des patients	N/A	SdSS	<p><u>Engagement reformulé (voir rapport semestriel 2010),¹ vu qu'à l'heure actuelle l'engagement n'est plus adéquat</u></p> <p>1. Élaboration d'un projet d'arrêté royal portant exécution de la loi du 4 juin 2007 relative à la promotion de la mobilité des patients. Date limite : 30 juin 2010.</p> <p>(1) Prise d'initiative en matière de composition de l'Observatoire de la mobilité des patients (date limite : 30.6.2010). L'engagement est réalisé dans les temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observatoire 'entré en vigueur' depuis 1/07/2010. - Concertation INAMI - SPF SPSCAE: appel à candidature auprès des organisations représentées dans l'Observatoire. Presque 	L'action-engagement a été reformulée.	Suite de l'article N9 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e₃</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2^{ème} ou avenant</u>
			<p>toutes les candidatures ont été réceptionnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparation des notes techniques par l'INAMI et le SPF SCAE en vue des premières réunions de l'Observatoire (probablement au printemps 2011). Note intégrée en préparation. - Momentanément: pas encore d'A.R. exécutif: en fonction des options prises par l'Observatoire. Proposition de reformuler l'action-engagement : 'démarrer la procédure pour la composition de l'Observatoire'. 		
Article 48. COOPAMI – Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable	☺	SG	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français (date limite : 31 mars 2010, 2011, 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation en anglais s'est déroulée du 1^{er} au 12 février 2010, celle en français du 1^{er} au 26 mars 2010, la thématique abordée étant « la gestion de la sécurité sociale » - Entre-temps, l'offre de formation est renouvelée (formation commune IMT-COOPAMI). <p><u>Engagement 2 est réalisé.</u> Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence (date limite : 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vidéoconférence avec l'Egypte: problèmes techniques le 3/3/2010. À planifier. - Le système WEBEX a été mis en service avec succès. 	Non.	Suite de l'Article N16 de l'Avenant
Article 49. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international	☹	SI	<p><u>AV2009: engagement n'est pas réalisé</u> (2) Module 6: tableaux de bord (date limite: 31/12/09)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas OK. Développement pas encore lancé. <p><u>CA2010-2012:</u> (1) Mise en production des modules 1, 2, 4 et 5 (date limite: 30/06/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Module 3 (module de calcul) encore en phase de développement. 80 % déjà en phase de 	Non.	Suite de l'article N4 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> <u>e³</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou</u> <u>suite du 2^{ème} ou</u> <u>avenant</u>
			test. - Modules 1 et 2 : seront intégrés dans une solution générique pour la gestion de la correspondance à l'INAMI.		

TITREX : Développement de l'organisation et bonne gouvernance

Article 50. Instruments de stratégie et de gestion dans le cadre d'une vision intégrée	☺	Cel. Modernisation	L'article 50 ne reprend pas d'actions engagements concrètes, sauf pour le domaine de l'RH pour la fin de 2012. Entre-temps l'exécution des différents projets interne est bien en cours, e.a. le management des projets, le management des processus, l'audit interne,... Dans le texte qui suit nous donnons un état des lieux détaillé concernant l'avancement des différents instruments de gestion.	Non	Partiellement repris dans le 2ième CA sous les articles 38a, 38b, 39, N13, N14
Article 51. Développement durable	☹	SG	Il est prévu de réaliser une certification EMAS par année d'un bâtiment de l'INAMI. Afin de pouvoir faire ceci, l'engagement d'un attaché a été prévu dans le cadre des négociations du Contrat. <ul style="list-style-type: none">- Description de fonction finalisée: Attaché 'Responsable développement durable et installations techniques'- Analyse du comité de pondération: achevée, mais la nouvelle cartographie doit encore être publiée au Moniteur belge. La publication n'est toutefois pas possible en « affaires courantes ».- Publication vacature en fonction de la publication de la nouvelle cartographie au M.B. Impact sur le timing du début des certification EMAS des bâtiments INAMI.	Engagement d'un attaché est une condition Impact «affaires courantes»	Nouveau projet

AVENANT 2009 ARTICLE 11. Pharmanet

INTRODUCTION

Au moment de la rédaction du rapport annuel 2009, une action-engagement de l'article 11 de l'Avenant 2009 concernant le projet Pharmanet n'avait pas encore été réalisée, à savoir :

4. Rédiger un rapport annuel budgétaire interne : panorama des mesures budgétaires dans le domaine du médicament dans le secteur ambulatoire ; impacts budgétaires et méthodologies suivies. Date limite : 31 décembre 2009.

BILAN 2010

Comme mentionné dans le rapport annuel à propos de l'exécution du Contrat d'administration -Avenant 2009 -, le rapport budgétaire interne a été réalisé au cours du mois de mars 2010 (voir annexe). La charge de travail supplémentaire imposé à la direction concernée à la suite de la mise en place du nouveau système de rémunération des pharmaciens et de l'exécution de l'accord médico-mutualiste avait compromis la réalisation dans les délais de ce rapport qui nécessitait beaucoup de temps.

Pour bien situer le rapport budgétaire interne, nous en précisons une fois encore le contexte. La cellule Pharmanet au sein de la direction Médicaments du Service des soins de santé (SSS) procède annuellement à plus de 30 estimations budgétaires (2/3 à la demande de la Cellule stratégique et 1/3 sur demande interne). Ces estimations portent sur :

- les mesures budgétaires (l'estimation budgétaire est particulièrement utile pour la confection du budget)
- la préfiguration des mesures (simulations utiles pour la prise de décisions)
- des évaluations a posteriori des mesures (rarement effectuées).

Chaque année, la cellule Pharmanet analyse a posteriori les estimations faites dans le secteur ambulatoire au cours des dernières années et elle utilise les données disponibles les plus récentes pour réévaluer l'impact des mesures.

Le rapport budgétaire interne joint en annexe porte sur les mesures prises au cours de la période 2007-2009, période pour laquelle la cellule Pharmanet avait fait une estimation.

Ensuite, on procède, pour information, à une analyse de l'évolution globale des spécialités pharmaceutiques dans le secteur ambulatoire pour voir quels groupes de médicaments sont responsables des plus fortes hausses de dépenses de l'assurance au cours des 24 derniers mois pour lesquels des données sont disponibles.

PERSPECTIVES 2011

Les actions-engagements de l'article 11 de l'Avenant 2009 ont été intégralement réalisées. Le projet Pharmanet ne se trouve plus dans le nouveau Contrat d'administration 2010-2012, à l'exception de ce qui concerne les tableaux de bord. Quant à ces tableaux de bord, on propose de ne rendre compte désormais sur le site web de l'INAMI, dans le cadre du Contrat d'administration, que de l'information relative à la consultation des données Pharmanet.

Les délais de mise à la disposition de l'INAMI par les OA des données, les coefficients d'erreurs et les délais de traitement des données par l'INAMI ont en effet tous évolué dans un sens extrêmement favorable. Par ailleurs, ils restent nettement stables au cours des différents trimestres. Bien entendu, ces aspects doivent encore être suivis en interne de sorte que de brusques écarts puissent encore être décelés et rectifiés à temps.

En ce qui concerne les indicateurs plus stratégiques, à savoir la maximalisation du rapport coût/efficacité en matière de prescription de produits pharmaceutiques, ces informations sont traitées dans des études et des rapports étayant la stratégie de la cellule Pharmanet de l'INAMI, où il est en outre possible de trouver beaucoup plus d'informations et d'indicateurs ; ces études et rapports peuvent être consultés sur le site web de l'INAMI.

Annexe: Aucun.

AVENANT 2009

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

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'article 32 de l'Avenant 2009 qui porte sur le projet « MORSE » (ou rapport financier à la CRM), une action-engagement n'avait pas encore été réalisée au moment de la rédaction du rapport annuel 2009 :

(2) Élaboration du rapport MORSE pour les données jusqu'au 1^{er} semestre 2009 inclus. Date limite : 31 décembre 2009.

BILAN 2010

Dans l'Avenant, il était prévu de finaliser le rapport MORSE relatif aux données jusques et y compris le 1^{er} semestre de 2009 avant la fin de 2009 (action-engagement 2). L'action-engagement n'a pu être réalisée dans les délais en raison de plusieurs autres priorités au sein de la Direction Médicaments du Service des soins de santé (SSS) (nouveau système de rémunération des pharmaciens, mesures d'économie du gouvernement, 1^{er} contrat de remboursement des médicaments,...) et du départ d'un certain nombre d'acteurs-clés au sein de la Direction. Compte tenu de la problématique RH, un certain nombre de mesures ont été prises durant le premier semestre de 2010.

Au cours du premier semestre, il a par ailleurs été décidé d'intégrer les deux rapports semestriels prévus pour les données jusques et y compris 2009. Fin septembre 2010, la première version de ce rapport MORSE intégré a été remise (action-engagement 2). À l'issue de discussions internes, ce rapport a été enrichi d'informations complémentaires, entre autres, en matière d'évaluation des mesures prises en 2009. Fin 2010, la version améliorée du rapport MORSE a été remise. Actuellement, le rapport doit encore être traduit en français et en anglais. Il a toutefois déjà été présenté à la Commission de remboursement des médicaments (CRM).

PERSPECTIVES 2011

Lorsque le rapport MORSE intégré aura été traduit, il sera remis au Comité de l'assurance et il sera également publié sur le site web de l'INAMI.

Les actions-engagements se rapportant à l'article 32 de l'avenant 2009 ont été intégralement réalisées. Le projet MORSE n'est plus inclus dans le nouveau Contrat d'administration 2010-2012. Bien entendu, le rapport MORSE est maintenu. L'INAMI entend rédiger chaque printemps un rapport MORSE sur la base des données de l'année précédente.

Annexe 1:

– Rapport MORSE intégré (données relatives au second semestre de 2009) (uniquement la version NL).

AVENANT 2009 ARTICLE 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux
--

BILAN ANNEE 2009 & 2010

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

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

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

Il est important de souligner que cette liste est mise à jour mensuellement et mise à disposition notamment via notre site web. Outre le calcul annuel du nouveau forfait basé sur les données les plus récentes et l'analyse des dossiers de contestation introduits par certains hôpitaux, cette actualisation de la liste constitue donc une activité importante du service dans le cadre de ce dossier.

Le dernier engagement concernant ce projet a été intégré avec retard dans le rapport annuel relatif à l'Avenant 2009 au 2^e Contrat d'administration. Cette action-engagement porte sur une évaluation du système de forfaitarisation six mois après que les données couplées RCM-SHA ont été mises à la disposition de la cellule technique (= janvier 2009) et qu'un premier rapport a été mis à la disposition des organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance). La date limite était fin juin 2009. Le Service a finalisé ce rapport le 31 mars 2010 (engagement partiellement réalisé). Ce rapport a été annexé au rapport semestriel de 2010. Entretemps la présentation et plusieurs discussions au groupe de travail de la Multipartite ont eu lieu, mais ont retardé la présentation au Comité d'assurance (dépendance externe). Une réunion suivante de la Multipartite est prévue le 17 février 2011. Normalement on doit arriver à un rapport final pour la Multipartite de mars. Après le rapport sera déposé au Comité d'assurance.

Annexe: aucune.

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

INTRODUCTION

Par le biais du présent article, l'INAMI souhaite développer une stratégie d'information intégrée à l'attention des dispensateurs de soins. Celle-ci a pour but d'inciter les professionnels inscrits à l'INAMI à la réflexion concernant leur performance (en tant que groupe et en tant qu'individu). 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 banques de données seront utilisées pour ce faire et les données seront converties en informations pertinentes. D'une part, les informations seront contextualisées et, d'autre part, les pratiques seront traduites en indicateurs lisibles à l'aide de comparaisons.

Un groupe de travail permettra un travail en étroite collaboration avec les professionnels, tant pendant la conception que pendant la validation des résultats. Ce comité ad hoc sera composé des professionnels ciblés par le produit, appuyé par des experts et représentants des commissions.

L'opérationnalisation de ce projet est échelonnée dans le temps. Ici nous nous intéressons uniquement aux engagements figurant dans le 3^e Contrat d'administration. Ils constituent en effet les premières étapes de ce vaste projet.

Les engagements pour 2010 et 2011 sont axés sur la médecine générale, soit le 1^{er} thème de ce projet.

- En premier lieu, le feedback vers les médecins généralistes sera élargi et optimisé en 2010.
- Deuxièmement, en 2011, l'INAMI établira un Balanced scorecard pour la médecine générale. Ce 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.).

BILAN ANNEE 2010

Pour 2010, une action-engagement figure dans le texte de base du 3^e Contrat d'administration.

Engagement 1: Optimiser le premier feedback vers les médecins généralistes, en ajoutant des données de pharmanet. Date limite: 31 décembre 2010.

Cet engagement est réalisé. En juillet 2010, la Commission de profils des médecins généralistes de l'INAMI a envoyé à chaque médecin généraliste un rapport d'activités personnel de sa pratique pour l'année 2008. 10 772 médecins pour qui on dénombrait au moins 500 contacts avec des patients dans le cadre de l'assurance soins de santé en 2008 ont reçu un rapport d'activités individuel.

Le rapport d'activités a pour premier objectif de donner au généraliste un aperçu personnalisé des différents domaines de sa pratique (prestations, prescriptions, médicaments,...). Les informations sont exprimées en données financières ou en volume (nombre d'actes, de prescriptions, etc.).

Le second objectif est de permettre au médecin de se situer par rapport à l'activité des ses confrères. Les résultats sont en effet comparés à ceux d'un groupe de médecins généralistes.

Cette campagne poursuit un objectif didactique : elle veut attirer l'attention du médecin sur les frais qu'il génère par patient et sa responsabilité concernant les prescriptions diagnostiques en matière d'imagerie médicale et de biologie clinique (en vue d'éviter les examens inappropriés, répétés et superflus).

Un manuel pouvant aider le médecin à interpréter les résultats et les indicateurs utilisés était joint au rapport d'activités.

Afin d'améliorer la qualité de cette campagne d'information, l'INAMI a envoyé un questionnaire d'évaluation à chaque généraliste en même temps que le rapport d'activités personnel. La lettre au médecin généraliste était annexée au rapport semestriel.

PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2011

Engagement 2: *Etablir un Balanced Scorecard (y compris des indicateurs de santé) pour la médecine générale. Date limite: 31 décembre 2011.*

Cette action-engagement est en cours de réalisation. Des experts ont été sélectionnés et une réunion de démarrage pendant laquelle le projet a été décrit a été organisée le 15 juillet. Une première sélection d'indicateurs a été présentée lors de la réunion suivante, le 2 septembre 2010. Tant le cadre conceptuel que la première sélection des indicateurs ont été approuvés. L'information est reprise en annexe.

La procédure d'approbation et de validation des indicateurs est en cours. Normalement, la liste d'indicateurs pourra être approuvée en février 2011. Viendront ensuite l'extraction des données en fonction des indicateurs et la confection de la documentation accompagnant les indicateurs. Comme précisé dans l'action-engagement, un *Balanced Scorecard* sera disponible fin 2011 pour la médecine générale.

Annexe 2:

- Informations sur le cadre conceptuel et première sélection d'indicateurs.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

1. Phase 1 : Mise en production de la phase 1 de la nouvelle application (demande de données et module de calcul) Date limite : 1er janvier 2011.
2. Phase 2 : Mise en production de la phase 2 de la nouvelle application (demande de données supplémentaires, module de simulation, fonctionnalités de compte rendu). Date limite : 1^{er} janvier 2012.

BILAN 2010

En 2009 déjà, le Service des soins de santé (SSS) avait déjà procédé à une première analyse *business* en vue de la préparation d'une nouvelle application informatique. Dans cette analyse

de processus, le processus a été façonné et documenté sur le plan de ses activités et tâches, ses « business rules » (règles du business), l'organisation et les responsabilités, et naturellement aussi les besoins et conditions de l'ICT.

Cette analyse *business* a été approfondie en 2010. Pour ce faire, un soutien externe a été recherché vu notamment la complexité de la problématique et la capacité disponible au sein du service concerné. Cette analyse *business* élargie a été clôturée en octobre 2010. Selon la méthodologie utilisée, cette analyse business doit servir de point de départ à l'élaboration d'une analyse des besoins. Une analyse fonctionnelle et une analyse technique pourront ensuite être réalisées par le service ICT, en accord avec les responsables du secteur *business* bien entendu.

'Fase 1' van de nieuwe toepassing bestaat uit drie grote onderdelen:

- (a) Le module de calcul lui-même ainsi que le transfert des fonctionnalités de l'ancienne application vers la nouvelle application,
- (b) Un volet « paiements » qui implique la liaison du module de calcul au module de paiement générique de l'INAMI,
- (c) Un module « communication et rapport » qui contient notamment le courrier relatif aux calculs et aux paiements.

Concernant le volet (a), le développement du module de calcul a démarré entretemps. Vu la fluctuation des moyens disponibles, la clôture de la phase de développement est prévue pour le deuxième trimestre de 2010. Pour les deux autres volets aussi, la fin de la phase de développement est actuellement prévue à la mi-2010.

Une fois la phase de développement terminée, les phases de test et de validation pourront commencer. Leur préparation a déjà été entamée.

Les trois volets de la phase 1 (action-engagement 1) devraient pouvoir entrer en production à partir du 1^{er} janvier 2012. En soi, le retard encouru par rapport à la date limite prévue dans le Contrat d'administration n'engendre aucun blocage pour les paiements aux maisons de repos étant donné que le SSS dispose d'un plan B pour assurer la continuité des affaires.

PERSPECTIVES 2011

Comme indiqué précédemment, le développement des trois volets de la phase 1 est programmé pour le premier semestre 2011. Ensuite commenceront les phases de test et de validation. La production de la phase 1 de la nouvelle application devrait pouvoir démarrer le 1^{er} janvier 2012.

L'analyse fonctionnelle de la phase 2 de la nouvelle application (action-engagement 2) – qui concerne les fonctionnalités relatives à la demande de données supplémentaires, un module de simulation et des fonctions supplémentaires pour l'élaboration de rapports – commencera à la mi-2011.

Annexe: Aucune.

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

INTRODUCTION

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

Les actions engagements sont les suivantes :

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

BILAN 2010

Le projet en question constitue une nouvelle ambition de l'INAMI. Une organisation adéquate est donc nécessaire pour remplir correctement cette mission. Ainsi, une cellule Expertise & Coopami a été créée au cours du premier semestre 2010. Ce service de staff de la Direction générale se consacrera à cette nouvelle mission et apportera également son soutien au projet COOPAMI (voir également l'article 48 du Contrat d'administration 2010 - 2012).

À l'origine, la cellule Expertise & Coopami était composée d'un conseiller qui dirige la cellule et d'un gestionnaire de données (niveau B). Ce dernier rassemblera des chiffres, procédera aux extractions en la matière afin de constituer des échantillons, effectuera des recherches etc., tant pour le volet 'Expertise' que pour le volet 'Coopami'. Le 1^{er} novembre 2010, un analyste (niveau A) est aussi entré en service. Cet analyste sera à la disposition du projet pour le volet 'Expertise' exclusivement, autrement dit pour les projets 'impact du vieillissement'. Cette embauche avait été décidée dans le cadre des négociations sur le Contrat d'administration.

Le premier engagement de ce projet concerne la rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur des « implants » (date limite : le 30 juin 2011). La cellule dispose déjà d'une base pour ce faire, à savoir un premier rapport rédigé sur ce thème en 2009. Le but est d'approfondir et de détailler ce premier rapport, de mieux l'étayer et de préciser le contexte. Pour ce faire, la cellule s'inspirera aussi des rapports existant à l'échelle nationale et internationale et fera des liens avec ces ouvrages.

Au cours du second semestre, un plan d'approche a été élaboré pour le premier rapport thématique sur le vieillissement (voir annexe) qui est déjà pleinement en cours depuis. Tout d'abord, une analyse de la littérature a été effectuée. Ensuite, il a fallu choisir les méthodes à utiliser pour l'analyse analytique et la modélisation. Puis les données déjà disponibles ont été traitées et complétées par des éléments supplémentaires. Sur la base de ces différentes phases, le volet descriptif du rapport au sujet du vieillissement a alors été achevé.

Quant au pilotage du projet, la composition du comité d'accompagnement a été clôturée fin 2010. Dans ce comité d'accompagnement, outre les collaborateurs de l'INAMI, siègent également des représentants du Bureau du plan et de l'Institut scientifique de santé publique.

PERSPECTIVES 2011

Début février, le comité d'accompagnement pour le rapport thématique sur les implants se réunira une première fois. Au cours de cette réunion, l'approche et la situation intermédiaire du projet seront examinées.

Mi-2011, une procédure de recrutement et de sélection débutera afin de continuer à renforcer la cellule Expertise & Coopami par un collaborateur de niveau A et un collaborateur de niveau B supplémentaires.

Annexe 3:

- Protocole d'enquête (uniquement en FR).

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

Ce projet permet 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^e 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)

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

Engagement 1: Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé. Date limite: 30 septembre 2010 (données 2008).

Action-engagement en retard. L'affinement du premier rapport standard sur les données de 2007 et 2008, prévu pour 2010, a pris quelques mois de retard en raison de problèmes d'effectifs (notamment maladie prolongée du chef de projet). Le rapport se trouve toutefois en phase de finalisation. Il sera finalisé dans les prochaines semaines. Actuellement, aucune date n'a encore été fixée pour la présentation de celui-ci au Conseil général.

Fin 2010 un nouveau collaborateur a été recruté afin d'éviter des problèmes de disponibilités dans le futur. Celui-ci s'occupe des préparations du rapport suivant concernant les données 2009.

Engagement 2: Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé. Date limite: 31 mars 2011 (données 2009).

En 2011, un troisième rapport sera élaboré sur les données de 2009.

Annexe: Aucune.

ARTICLE 15. Incapacité de travail primaire : statistiques et études

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

BILAN 2010

Le projet « Incapacité de travail primaire : statistiques et études » figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Le rapport qui suit s'inscrit dès lors dans le prolongement des précédents rapports concernant ce projet.

- Adaptation et informatisation du flux de données OA - INAMI

L'adaptation de l'échange de données qui existait déjà entre les OA et l'INAMI était une condition pour avoir une meilleure vue sur l'évolution de l'incapacité de travail primaire et les facteurs qui l'expliquent. Cette adaptation comprenait entre autres l'intégration du flux de données comptables et statistiques et l'individualisation des données. On en a déjà fait le compte rendu dans des rapports antérieurs.

Dans le courant de 2010, le nouveau schéma XSD, qui définit le format et le contenu de l'information dans le flux de données, a été finalisé. Un certain nombre de problèmes ont encore été résolus au cours du second semestre. Les OA ont entre-temps implémenté le nouveau schéma XSD dans leur environnement technique. Au cours de ces derniers mois, des tests de transfert de données dans le schéma XSD ont déjà été effectués entre les OA et l'INAMI. Le transfert et le contrôle des données se font, à ce jour, encore manuellement. Les OA reçoivent un feed-back « manuel » à propos des résultats, par exemple des erreurs constatées dans les données.

Outre le contenu et le format du flux de données, le but était - dès le départ - d'automatiser le flux de données. Cette automatisation via le canal CareNet signifie : (a) que l'OA fait un envoi, (b) que l'INAMI le réceptionne, (c) que l'INAMI effectue un certain nombre de contrôles sur les données, (d) que l'INAMI donne un feed-back à l'OA concernant ces contrôles, (e) que l'OA effectue, si nécessaire, un deuxième envoi adapté à l'INAMI.

Pour pouvoir automatiser ce flux de données, le Service des indemnités (SI) compétent a effectué une analyse BIO, modelant et décrivant le processus, et formulant un certain nombre de besoins sur le plan de l'informatisation : par exemple la manière dont les données doivent être réceptionnées, traitées et contrôlées à l'INAMI, la façon de donner ensuite un feed-back,... Le Service ICT est responsable du développement technique proprement dit du flux de données.

- Accès aux données de l'ONEm

Comme déjà signalé dans des rapports antérieurs, le SI a besoin - outre d'un flux de données adapté avec les OA - de données supplémentaires de l'ONEm. Ces données sont

nécessaires pour pouvoir analyser les facteurs explicatifs de l'évolution de l'incapacité de travail, par exemple transition chômage - incapacité de travail.

Le SI a effectué une analyse et une description des besoins au cours du premier semestre de 2010. Cette analyse a ensuite été discutée avec l'Office national de l'emploi (ONEm). Un accord de principe a été conclu avec l'ONEm au cours du second semestre de sorte que le SI puisse avoir accès au flux LO35. Pour ce faire, quelques mises à jour du contenu du flux s'imposeront du côté de l'ONEm. L'INAMI a déjà introduit une demande d'accès au flux LO35 enrichi auprès du Comité sectoriel qui lui en a donné effectivement l'autorisation. La date limite d'accès opérationnel au flux est fin mars 2011.

- Rapport de synthèse annuel sur l'évolution des statistiques (action-engagement 1)

En attendant les études explicatives, le SI rédige, chaque année, un rapport descriptif des données statistiques et de l'évolution de l'ITP. Au cours du premier semestre de 2010, le SI a rédigé un rapport de synthèse des données et de l'évolution statistiques sur la base des données de 2009. Ce rapport a été transmis au cours du second semestre de 2010 au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

PERSPECTIVES 2011

- Première étude explicative de l'évolution ITP (action-engagement 2)

Le développement du flux de données adapté et automatisé entre les OA et l'INAMI a encouru du retard, notamment en raison des moyens ICT restreints, disponibles au sein de l'INAMI.

Le nouveau flux de données, accompagné d'un feed-back global des facteurs bloquants, devrait en principe démarrer au cours du premier semestre de 2010. À partir de ce moment-là, le SI devrait pouvoir disposer des données globales de 2009 et de 2010. En fonction de la qualité de ces données, le SI pourra commencer à les analyser et à réaliser une première étude explicative. Le contrôle relatif aux erreurs non bloquantes (contrôles de détail) sera développé à un stade ultérieur, par le Service ICT de l'INAMI.

Le retard encouru dans le démarrage du flux de données automatisé a pour conséquence que la date limite initialement prévue pour l'action-engagement 2 n'est plus réalisable.

- Approfondissement de l'étude explicative (action-engagement 3)

Comme nous l'avons déjà dit, l'approfondissement de l'étude explicative dépend de l'accès à un certain nombre de données de l'ONEm. Il est prévu que le SI aura accès au flux LO35 enrichi à partir de fin mars 2011. Étant donné que cet accès au flux enrichi ne sera en principe pas rétroactif (donc pour des données d'avant mars 2011), une analyse approfondie des données de 2009 et de 2010 ne pourra pas encore être effectuée.

Outre l'accès aux données de l'ONEm, le fait qu'un couplage des données statistiques et comptables disponibles en matière d'ITP avec les codes ICD-10 n'est actuellement pas possible au niveau de la direction compétente, a également des répercussions, vu que de ce fait une désagrégation n'est pas possible à un niveau détaillé de pathologie. La ventilation se limitera donc à 17 clusters de pathologies plus génériques. Quoi qu'il en soit, cette problématique ne pourra être résolue qu'à plus long terme.

Compte tenu du retard encouru dans la phase de démarrage du nouveau flux de données avec les OA, et des restrictions sur le plan de l'approfondissement des données, le SI se propose quand même de rédiger, dans le courant de 2011, un premier rapport global sur l'évolution des statistiques et de fixer un certain nombre de facteurs explicatifs pour les

données de 2009 et de 2010. Il s'agirait donc d'une combinaison de l'action-engagement 1 et de certains éléments de l'action-engagement 2. On examinera ensuite comment approfondir davantage encore les études explicatives.

Annexe : aucune.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

BILAN 2010

Le projet « reprise d'activités partielles autorisées au moyen de statistiques et d'études » figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Le rapport qui suit s'inscrit dans le prolongement des précédents rapports concernant ce projet.

- Flux électronique de données

En ce qui concerne le flux électronique de données, mis en place ces dernières années entre les organismes assureurs (OA) et l'INAMI, en remplacement du double flux papier, nous tenons à rappeler clairement qu'ils sont entièrement opérationnels. Le flux électronique de données est entré en production début 2010.

La qualité des données transmises par voie électronique constitue bien entendu un point d'attention important. Les données ainsi transmises correspondent-elles, par exemple, à celles transmises via le flux papier ? En mars 2010, les contrôleurs sociaux de l'INAMI ont effectué une première comparaison entre les données transmises par les OA via le nouveau flux électronique et celles transmises par les OA via les documents papier. Cette comparaison a quand même révélé un certain nombre de problèmes majeurs, avec un taux d'écart d'environ 50 %. Il s'agissait entre autres de décisions qui n'apparaissaient pas dans le flux électronique, mais bien dans le flux papier, d'erreurs au niveau des dates de décisions, d'erreurs de périodes, d'erreurs d'horaires,... Il y a eu une concertation à ce sujet avec les organismes assureurs.

En juin 2010, une deuxième comparaison a été faite entre les données électroniques et les données papier. Aux termes de cette comparaison, le taux d'écart ne s'élevait plus qu'à 10 % environ. Un feed-back a de nouveau été donné aux OA, et on a examiné comment la qualité des données électroniques pourrait encore être améliorée.

Début septembre 2010, on a procédé à une troisième comparaison. Cette fois-ci, le taux d'écart était de moins de 5 %, ce qui constitue le seuil critique pour pouvoir évoluer vers la suppression du flux papier. Au 1^{er} janvier 2011, le flux papier a effectivement été supprimé.

Ceci ne signifie en aucun cas qu'il n'y aurait plus de problèmes au niveau de la qualité des données électroniques. Les études comparatives portaient sur les écarts entre le flux

électronique et le flux papier, mais dans le flux électronique proprement dit, il y a aussi un certain nombre de points d'attention. Les problèmes et erreurs constatés ont été communiqués aux OA pour qu'ils puissent les rectifier.

- Module permettant de générer des données statistiques

Dans le cadre de l'Avenant 2009, il était par ailleurs prévu de développer un système (tant au niveau du contenu que sur le plan technique) permettant de générer des statistiques détaillées. Ce module a été réalisé dans le premier semestre de 2010. Il doit permettre une exploitation optimale du flux électronique de données dans le cadre des statistiques et des études à réaliser.

PERSPECTIVES 2011

- Rédaction d'une note sur le fonctionnement du système (action-engagement 1)

Entre autres les problèmes relatifs à la qualité des données transmises par voie électronique ont fait qu'une analyse des données n'a pas encore pu être faite, et que l'étude n'est donc pas encore réalisée (action-engagement 1). La date limite prévue n'a donc pas pu être respectée.

Début 2011, le Service des indemnités (SI) disposera en principe de données statistiques de qualité de tous les OA, pour les années 2009 et 2010. Une analyse et une étude du fonctionnement du système d'autorisation pour une reprise d'activité à temps partiel pourront ensuite être entamées (action-engagement 1). Dès qu'il disposera de suffisamment de données de qualité, le SI prévoit un délai de deux mois pour effectuer l'analyse et finaliser l'étude.

- Suppression du flux papier

Comme mentionné plus haut, le flux papier a été supprimé début 2011. Le SI a en outre envoyé une circulaire à ce sujet aux OA. Le remplacement du flux papier par un flux électronique nécessite de toute façon encore quelques modifications dans un certain nombre de textes réglementaires. La direction juridique du SI prépare ces modifications réglementaires.

Au cours du premier semestre de 2011, le SI procédera par ailleurs à une évaluation de l'impact et des effets de la suppression du flux papier sur la simplification administrative et l'écologie.

Annexe : aucune.

ARTICLE 17. Taskforce Incapacité de travail

INTRODUCTION

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

Actions-engagements :

1. Établissement d'un plan d'approche concernant les défis à relever en ce qui concerne le phénomène d'incapacité de travail. Date limite : 31 décembre 2010.

BILAN 2010

Le 17 mars 2010, le Comité de gestion du Service des indemnités (SI) a décidé de créer des groupes de travail thématiques qui pourraient alimenter les débats menés au sein de la Taskforce Incapacité de travail. Une proposition concrète de création de groupes de travail a été présentée lors de la réunion dudit Comité de gestion le 21 avril 2010. Il a été décidé de lancer deux groupes de travail, des groupes supplémentaires pouvant encore être constitués ultérieurement.

Primo, le groupe de travail « réinsertion socioprofessionnelle » a été créé. Il est chargé d'analyser les procédures et la politique actuelle en matière de réinsertion professionnelle, notamment sous l'angle spécifique des maladies mentales et des lésions musculaires, tendineuses et osseuses.

Secundo, le groupe de travail « évaluation médicale » a été mis sur pied. Il est chargé d'analyser l'évolution de l'évaluation médicale de l'incapacité de travail sous l'angle de l'apparition de nouvelles pathologies, l'évolution du rôle du médecin-conseil et les procédures permettant d'améliorer la qualité de l'approche médicale dans le secteur.

Les travaux de ces deux groupes sont complémentaires à ceux menés dans les organes officiels comme le Conseil médical de l'invalidité (CMI), le Conseil technique médical (CTM), etc. Il est néanmoins prévu de se concentrer sur les problématiques prospectives relatives à l'évolution du système.

Les membres du Comité de gestion ont été invités aux réunions de démarrage de ces groupes de travail. Ils ont pu choisir de continuer à participer eux-mêmes ou de déléguer des experts de leur organisation.

Le Service des indemnités assure un soutien adéquat aux groupes de travail, tant pour l'administration que pour le contenu (il fournit des notes servant de base aux discussions).

Les groupes de travail font périodiquement rapport sur leurs travaux au Comité de gestion, ce dernier restant bien entendu entièrement compétent pour décider comment donner suite aux apports des groupes de travail. Le Comité de gestion chapeaute et supervise les différents groupes de travail de la Taskforce Incapacité de travail.

Les deux groupes de travail se sont réunis à deux reprises au cours du second semestre de 2010. Ils ont ensuite aussi fourni un rapport intermédiaire au Comité de gestion du Service des indemnités. Ces travaux ont débouché sur un projet de Plan d'approche (action-engagement 1) comprenant une analyse ainsi que des propositions de réforme tant globales que ponctuelles. Ce Plan a été présenté au Comité de gestion en janvier 2011. L'action-engagement a donc été réalisée à temps.

PERSPECTIVES 2011

Le projet de Plan d'approche sera adapté en fonction des remarques du Comité de gestion du Service des indemnités. Il sera à nouveau soumis au Comité de gestion dans le courant de février 2011. On définira aussi les prochaines étapes et la manière dont le Plan d'approche peut être appliqué de manière adéquate.

Annexe : aucune.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

1. Rédaction d'un rapport annuel intégré relatif aux activités et résultats dans le cadre de la stratégie ICE du SECM. Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012. Il s'agit chaque fois d'un rapport annuel sur l'année X-1.

BILAN 2010

Au cours du premier trimestre 2010, le SECM a rédigé un rapport d'activités pour l'année 2009. La date limite fixée a donc été largement respectée.

Outre une description générale du SECM, le rapport annuel donne un aperçu des activités et résultats en termes d'informations aux dispensateurs de soins, de fonction consultative au sein des conseils techniques et des commissions de conventions, de projets d'évaluation, de contrôle de l'assurance maladie au moyen d'enquêtes individuelles et thématiques, de procédures de sanction et de récupération, de contrôle de l'assurance indemnités et de contrôle primaire des organismes assureurs. Outre une rétrospective sur les activités réalisées et les résultats obtenus, quelques perspectives sont dégagées pour chaque thème précité.

Le rapport d'activités a été présenté au Comité du SECM le 26 mars 2010 et au ministre des Affaires sociales. Après consultation de la Cellule Communication, ce rapport a été transmis en avril à quelques journalistes de la presse spécialisée.

PERSPECTIVES 2011

Le prochain rapport annuel (exercice 2010) sera livré au cours du premier semestre 2011.

En outre, il peut être signalé que le SECM souhaite s'investir davantage dans la promotion de la qualité de ses rapports. A cet effet, un attaché spécialisé en communication entrera en service le 1^{er} mars 2011. Il devra également rédiger des textes scientifiques, notamment en vue de la diffusion des activités et des résultats du SECM par les canaux scientifiques.

Annexe: Aucun

ARTICLE 19. Études statistiques sur la base des effectifs.

Les effectifs – les nombres d'assurés sociaux subdivisés en catégories – nous donnent une vue d'ensemble globale des assurés sociaux. 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.

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:

- Rédiger, deux fois par an, une note destinée au Comité général de gestion. 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 de façon synoptique des données chiffrées pertinentes.
- Rédiger, chaque année, un rapport qui est 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.
- Répondre à un nombre considérable de demandes de données ad hoc émanant tant d'externes que de services 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.

BILAN ANNÉE 2010 & PERSPECTIVES 2011

Engagement 1 : *Évaluer, 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.*

Cet engagement est réalisé. La Direction « Contrôle et gestion des données d'accessibilité » a élaboré un projet de note claire et synoptique pour le Comité général de gestion. Cette proposition a été discutée en interne avec les services de l'INAMI concernés (Services généraux de support, Service des indemnités, Service des soins de santé et Cellule Communication) le 25 novembre 2009. La première version de la note a été adaptée à la suite de cette concertation. Une nouvelle note relative aux effectifs à la date du 31.12.2009 a entre-temps été rédigée et présentée au Comité général de gestion le 17 mai 2010 (la note 2010/36 était annexée au rapport semestriel de 2010). Cette note se compose de 4 parties, à savoir :

- Chiffres généraux,
- Répartition des assurés sociaux en fonction de leur qualité,
- Répartition des assurés sociaux en fonction de leurs caractéristiques socioéconomiques,
- Mesures relatives à l'accessibilité financière distinguées selon le statut BIM et OMNIO.

La discussion de cette note au sein du Comité général de gestion a donné lieu à une série de questions complémentaires (sur le régime de faveur lors de l'inscription des personnes à charge, sur les étudiants dans l'enseignement supérieur et les salariés actifs entre autres et

sur l'évolution du nombre de personnes à charge). Ces questions font l'objet de notes explicatives complémentaires (2010/60, 2010/90) qui ont été exposées lors des réunions du Comité général de gestion des 10 septembre et 13 décembre 2010.

Engagement 2 : Évaluer, analyser et optimiser le rapport annuel concernant les effectifs sur le site Internet de l'INAMI. Date limite : 31 décembre 2010.

L'exécution de cette action-engagement connaît du retard. L'état d'avancement de l'engagement 2 est le suivant :

- Une formation « Rédiger des textes administratifs lisibles » a été suivie à l'IFA (en mars 2010) pour apprendre à écrire un rapport annuel clair et compréhensible.
- Pendant le mois de juin 2010, le rapport (ancienne version) a été actualisé avec des chiffres datant du 30 juin 2009 et il a été publié sur le site web. Les chiffres à la date du 30 juin 2010 seront publiés conformément à la nouvelle forme du rapport.
- L'actuel rapport annuel a été analysé avec un regard critique. Sur la base de cette analyse, il est proposé de concevoir un outil dynamique d'auto-production de rapports (au lieu d'un rapport classique) qui remplacerait le rapport actuel. Les citoyens pourraient alors générer eux-mêmes (via le site web de l'INAMI) des tableaux de base en sélectionnant certains paramètres. Cette approche constituerait une amélioration notable pour la communication externe sur les effectifs et s'inscrirait dans une démarche de publicité active par l'administration. Un tel outil est d'ailleurs déjà utilisé par d'autres IPSS, notamment par l'ONAFTS, l'INASTI et la BCSS.
- Une concertation avec le service ICT a été organisée le 27 octobre 2010 dans le but de concevoir cet instrument. Le SCA a aussi sélectionné les paramètres à utiliser dans cet outil. Pour l'instant, le service ICT étudie quelle solution technique est possible.
- Comme on s'oriente d'un rapport annuel classique vers un instrument moderne et dynamique d'auto-production de rapports, l'échéance de fin 2010 ne peut plus être respectée. Nous proposons dès lors de la reporter à fin 2012 afin de disposer du temps nécessaire pour mettre cet instrument en ligne.
- Entretemps, le Service optera pour une solution intermédiaire en apportant des modifications (minimales) à l'actuel rapport (statique) pour le rendre plus lisible et plus accessible.

Engagement 3 : Élaborer un formulaire standard pour la demande de données concernant les effectifs. Date limite : 31 décembre 2010.

L'action-engagement a été réalisée (avec un peu de retard). Le Service du contrôle administratif a étudié des ouvrages de référence et des bonnes pratiques en matière de formulaires dans le contexte de la législation sur la publicité de l'administration pour préparer un projet de formulaire. Il a discuté de ce projet avec la Cellule de communication (voir article 29 relatif à la lisibilité). Entretemps, le formulaire a été traduit et la mise en page a été adaptée pour respecter la charte graphique. Le formulaire a été mis sur le site à la mi-février 2011. Il est prévu d'informer les utilisateurs des données relatives aux effectifs à ce sujet. Ce formulaire pourra être utilisé pour des questions spécifiques sur les statistiques qui ne peuvent pas être obtenues au moyen de l'instrument d'auto-production d'un rapport.

Annexe : aucune.

ARTICLE 20. Élections électroniques

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

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

Dans la période du 3^e Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à organiser les élections électroniques pour 3 groupes cibles :

- pour les médecins en 2010 ;
- pour les praticiens de l'art dentaire en 2011 ;
- pour les kinésithérapeutes en 2012.

BILAN ANNEE 2010

Engagement 1: Élections électroniques pour les médecins. Date-limite : le 30 juin 2010.

Cet engagement a été réalisé. Voici un bref aperçu des actions réalisées :

- établissement de la liste électorale le 22 février 2010 (date de début de la procédure électorale) ;
- communication de la décision concernant la demande de reconnaissance de la représentativité aux organisations et groupements qui se sont portés candidats aux élections médicales ;
- tirage au sort des numéros de liste le 18 mai 2010, y compris une démonstration de la procédure à suivre en cas de vote électronique ;
- envoi des lettres recommandées au médecin généraliste ou au médecin spécialiste le 2 juin 2010 (vote jusqu'au 17 juin 2010 inclus) ;
- dépouillement le 29 juin 2010 (9.149 médecins généralistes et 12.160 médecins spécialistes ont participé au vote) ;

Un peu moins de 20 % des électeurs ont voté par voie électronique.

PERSPECTIVES ANNEE 2011

Engagement 2: Élections électroniques pour les dentistes. Date-limite: au plus tard, le 31 décembre 2011.

Les opérations préparatoires sont en cours. Les nouveaux textes pour l'arrêté royal de base et pour l'arrêté ministériel ont été rédigés par le service. Les documents ont été soumis le 3 novembre 2010 à la Commission nationale dento-mutualiste et présentés le 29 novembre 2010 au Comité d'assurance. En annexe se trouve la note du Comité d'assurance (CSS/385). L'arrêté fixant le début des opérations est rédigé et sera soumis pour signatures royale et ministérielle.

Après des rencontres avec les associations dentaires, la décision a été prise d'organiser une élection mixte (électronique et papier).

Normalement la procédure électorale débutera le 3 mars 2011 et les opérations de votes et de dépouillement pour les dentistes se dérouleront dans le courant du mois de juin 2011. La date définitive de fin des opérations ne sera connue précisément que dans le courant du mois d'avril/mai de cet année.

Annexe 4:

- Note au Comité d'assurance de 29 novembre (CSS/385).

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

Les partenaires de la plateforme eHealth développent un nouveau moyen de communication, c'est-à-dire la boîte aux lettres « **eHealthbox**. » 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.

eHealthbox est une boîte aux lettres électronique sécurisée, accessible par le portail d'eHealth (<https://www.ehealth.fgov.be/fr/homepage/index.html>) 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.

Concrètement, les dispensateurs de soins auront accès à leur eHealthbox, en introduisant leur numéro INAMI ou leur numéro de registre national. Dès qu'un message est envoyé à leur eHealthbox, ils en sont informés par un avis envoyé à leur adresse e-mail personnelle (communiquée au préalable dès la première inscription). Dans une première phase, les dispensateurs de soins ne peuvent que recevoir des messages, et donc pas en envoyer.

L'INAMI utilisera eHealthbox pour envoyer certaines informations par voie électronique aux dispensateurs de soins. Il s'agit, entre autres :

- de courriers administratifs de nature générale ;
- de courriers administratifs d'ordre personnel : feed-back ;
- d'informations sanitaires.

Pour l'INAMI, les avantages sont les suivants :

- l'adresse e-mail personnelle n'est pas requise pour envoyer un message à un dispensateur de soins ;
- une réduction des frais et une diminution de la charge de travail étant donné que les envois postaux seront progressivement remplacés par des envois électroniques ;
- la vitesse de communication ;
- la sécurisation de la communication ;
- l'amélioration de la communication (images, vidéos, son, couleurs,...).

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

Le développement technique d'une application générique a été poursuivi ces derniers mois. Dans l'intervalle, une deuxième version de eHealthbox a été développée en collaboration avec eHealth. Cette version constitue un affinement de la première version de l'e-box.

Engagement 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.

L'engagement 1 a été réalisé. Une première liste des flux de données possibles est disponible. L'analyse intègre aussi bien des informations sur les types de flux que des informations sur les caractéristiques de ces différents flux (comme notamment des informations personnalisées - en autres des feed-back - ou générales - notamment des circulaires, de la documentation..., des informations de nature informative ou réglementaire ainsi que des informations sur le volume des flux,...). Le résultat de cette analyse avait été annexé en tant qu'inventaire au rapport semestriel 2010.

Outre la première action-engagement, les actions-engagements suivantes ont été reprises dans le troisième Contrat d'administration :

- Engagement 2: Campagne d'information pour la promotion de l'e-box auprès des différents groupes-cibles. Date limite : le 31 octobre 2010.
- Engagement 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.

Ces actions-engagements n'ont pas été réalisées. Vu la complexité du développement d'un nouvel outil de communication de ce type et les dépendances imprévues (externes et internes), l'INAMI propose de reformuler les actions-engagements 2 et 3.

D'abord, le développement ainsi que la réalisation de eHealthbox est un projet où la mise en place d'une concertation étroite avec les partenaires externes, comme notamment le SPF Santé publique, l'AFMPS, le CIN,... , revêt une importance fondamentale. Le fait que ce projet relève de certains choix stratégiques communs (notamment en termes de modalités techniques, d'accords portant sur le contenu et sur le mode de communication, de possibilités en matière de conservation papier ou non, d'aspects liés à la sécurité ou à la vie privée) a été sous-estimé lors de l'élaboration du texte du troisième Contrat d'administration.

Ensuite, l'utilisation de eHealthbox s'accompagnera d'une réorganisation interne et d'une redéfinition assez importantes des processus de communication, d'impression et d'expédition. Cette approche globale requiert davantage de temps que prévu initialement.

Enfin, il faut citer le double volet ICT. La première partie de ce volet a été développée par eHealth et est opérationnelle. Parallèlement, il y a la partie ICT propre à l'INAMI, dont le proof of concept a partiellement abouti. Une connexion a été établie avec le service web eHealth et quelques recommandations (« requirements ») ont été communiquées à eHealth, qui, selon le Service ICT de l'INAMI, sont indispensables pour permettre l'utilisation de eHealthbox.

Entre-temps, on a choisi de lancer la communication d'un numéro INAMI en tant que projet pilote. Dans un premier temps, l'INAMI utilisera eHealthbox pour communiquer aux kinésithérapeutes le numéro INAMI qui leur a été attribué ainsi que d'autres informations pertinentes pour l'exercice de leur profession. Les préparatifs nécessaires sont en cours. Les communications utiles seront faites aux kinésithérapeutes par l'intermédiaire de la Commission de conventions.

En tout état de cause, la communication aux groupes cibles ne se fera qu'à partir du moment où toutes les dispositions nécessaires pour les envois par eHealthbox auront été prises sur le plan technique et sur celui du contenu. Cela signifie que, dans un premier temps, il conviendra de clarifier l'ensemble des dépendances internes et externes.

L'INAMI propose dès lors de reformuler l'action-engagements 2 comme suit :

Engagement 2: Lancement et utilisation de eHealthbox pour un premier groupe cible. Date limite : 31 décembre 2011

Dans le rapport semestriel une reformulation de l'action-engagement 3 sera intégrée.

Annexe : Aucun.

ARTICLE 22. Fichiers de référence : développement et gestion

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

BILAN 2010

En ce qui concerne la consolidation du fichier de référence 'laboratoires', signalons que cet engagement a été réalisé dans les délais impartis (action-engagement 1). L'actualisation et la communication du fichier de référence constituent désormais une routine dans le cadre de la plateforme E-Health.

Notons par ailleurs que le fichier de référence des implants actuellement remboursables est encore toujours opérationnel. Dès que la nouvelle procédure de remboursement (voir également l'article 30 du Contrat d'administration) entre en production, un fichier de référence adapté sera établi dans un délai de 6 mois (action-engagement 2). On ignore encore la date exacte de mise en production. Les textes réglementaires préliminaires requis ont été rédigés mais doivent encore être examinés par le Comité de l'assurance pour ensuite être approuvés et publiés.

L'épure du fichier de référence 'maisons de repos' a été effectuée au cours du premier semestre (action-engagement 3), entre autres en séparant les maisons de repos actives des maisons de repos non actives. Des mises à jour ont également été effectuées concernant le statut, le nombre de lits, les fusions, etc. Entre-temps, la qualité des fichiers de référence « maisons de repos » s'est fortement améliorée. L'action-engagement 3 est quasi intégralement réalisée en tant que telle, sauf en ce qui concerne l'inventaire et l'encodage des responsables dans le cadre de la gestion des mandats dans les maisons de repos. Il faut compléter le fichier de référence de manière synchronisée avec le planning du projet My

CareNet, et donc en fonction des pilotes prévus. D'ici le troisième trimestre 2011, le fichier de référence sera complètement mis en production.

En ce qui concerne l'épure du fichier de référence 'praticiens de l'art infirmier', une quarantaine de problèmes majeurs ont été examinés et résolus au cours du premier semestre. Le problème majeur subsistant concernait le mode d'insertion des associations de praticiens de l'art infirmier dans le fichier de référence. Ce problème a entre-temps été analysé et quasiment résolu. Le fichier de référence est entre-temps de très bonne qualité. L'action-engagement a donc été réalisée dans les délais impartis (action-engagement 4).

Enfin, en ce qui concerne le fichier de référence concernant la réglementation en matière de médicaments du chapitre 4, signalons que nous attendons encore l'analyse du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Entretemps le travail du côté du CBIP a été finalisé. L'action-engagement prévoyait que, trois mois après l'approbation de l'analyse finale par la Commission de remboursement des médicaments (CRM), une nouvelle procédure pour la construction du fichier de référence serait lancée. L'action-engagement et la date-limite doivent être adaptées comme elles ne correspondent plus à l'approche réelle ; cette adaptation est encore en préparation en interne. Dans le cadre du prochain reporting plus d'informations seront mises à disposition bien évidemment. De toute façon, les décisions de la CRM sont, aujourd'hui aussi, introduites manuellement dans une base de données. L'INAMI assure donc déjà une continuité à ce niveau.

PERSPECTIVES 2011

Les dates limites des deux actions-engagements non encore réalisées (actions-engagements 2 et 5) dépendent de la date à laquelle d'autres actions-engagements seront réalisées. On continuera bien sûr à y travailler au cours du 2011.

En ce qui concerne l'action-engagement 3 déjà réalisée partiellement, le fichier de référence évoluera en fonction du planning du projet My CareNet pour les maisons de repos. D'ici la fin du troisième trimestre 2011 le fichier de référence sera complètement mis en production.

Une mission essentielle du Service des soins de santé (SSS) compétent et de ses directions consiste bien sûr en la mise à jour des différents fichiers de référence, dans le contrôle de leur qualité et dans l'assurance d'une communication fluide vers la plateforme E-Health. Quant au contrôle de qualité permanent, l'INAMI élaborera, en collaboration avec les OA, une procédure au cours de l'année 2011. En fonction de celle-ci, l'INAMI examinera également si des tableaux de bord peuvent être rédigés afin de vérifier les résultats de ce contrôle de la qualité.

Annexe: Aucune.

ARTICLE 23. My CareNet

INTRODUCTION

Ce projet vise à soutenir le développement et la mise à disposition des services à plus-value dans le cadre de My CareNet.

Les actions-engagements consistent à :

1. Développer un cadre réglementaire adapté (si nécessaire). Date limite : 6 mois avant que l'infrastructure technique du secteur concerné ne soit opérationnelle.

2. Informer, par une circulaire et par le site web, tous les protagonistes concernés au sujet des nouvelles directives concrètes en matière de My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation,...). Date limite : 3 mois avant que l'infrastructure pour le groupe pilote ne soit opérationnelle.

BILAN 2010

- Cadre réglementaire adapté

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

Un point particulier dans la fixation du cadre réglementaire adéquat pour les différents groupes cibles au sein de My CareNet consiste à prévoir un cadre réglementaire pour la force probante des données électroniques, plus précisément pour les données de facturation. My CareNet (pour ceux qui sont déjà en production) coexiste actuellement encore avec le flux papier. Cela signifie, par exemple, que les données de facturation sont encore toujours transmises sur support papier, même si elles l'ont déjà été par voie électronique, via My CareNet. Cette situation s'est également présentée en milieu hospitalier, pendant un bon bout de temps, dans le cadre de CareNet. Au printemps 2010, l'INAMI et la plateforme eHealth ont continué à œuvrer à un cadre général pour remédier à cette situation. Celui-ci figure dans l'avant-projet de la loi santé de mai 2010 qui est actuellement pendant. En attendant, des protocoles distincts relatifs à la force probante sont rédigés provisoirement, par groupe cible, au sein de My CareNet. Le protocole pour les praticiens de l'art infirmier à domicile – le premier groupe à être entièrement opérationnel dans le cadre de My CareNet – a été approuvé par le Comité sectoriel de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) au second semestre 2010. Un cadre réglementaire est également en cours d'élaboration pour les laboratoires et les maisons de repos (MRPA-MRS).

En ce qui concerne la concrétisation de My CareNet, les informations suivantes peuvent déjà être communiquées.

Le groupe des praticiens de l'art infirmier à domicile est le premier groupe à avoir mis My CareNet en production « générale », dès la mi-2010. Cette mise en production générale leur permet de consulter les droits d'assurabilité du patient, de transmettre les factures ainsi qu'une série de documents médico-administratifs aux organismes assureurs (OA) et ce, par voie électronique. À la mi-janvier 2011, 55 % des praticiens de l'art infirmier à domicile avaient adhéré à My CareNet.

Le prochain groupe cible à avoir mis My CareNet en production est le groupe des laboratoires. Depuis le 1^{er} avril 2010, une vingtaine de groupes pilotes ont démarré My CareNet, ce qui représente environ 15 % des laboratoires.

Certains offices de tarification ont aussi entamé en tant que pilote la phase de production en décembre 2010.

Concernant les maisons de repos (MRPA – MRS), My CareNet est techniquement opérationnel depuis la mi-2010. Une approche et une programmation structurées ont été discutées au sein de la Commission de conventions et des pilotes ont notamment été définis. En outre, une concertation est déjà prévue avec les responsables des maisons de repos et les fournisseurs de logiciels. Pour l'instant, on prévoit que les premiers pilotes entameront la phase de production en avril ou juin 2011. Le calendrier exact dépend de la date à laquelle une solution pourra être trouvée quant aux conséquences financières, pour les maisons de repos, du passage de la facturation trimestrielle à la facturation mensuelle. Cette problématique fait partie du dossier que l'INAMI a préparé pour le prochain gouvernement fédéral.

- Communication aux protagonistes concernés

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

En sa séance du 29 mars 2010, le Comité de l'assurance a par ailleurs largement détaillé les projets de simplification administrative et d'informatisation, leur contenu et timing ainsi que les projets My CareNet (voir annexe). À cette occasion, tous les membres ont reçu un synopsis global du planning en la matière. Cette communication détaillée a été rediffusée au cours d'une conférence de presse, le 30 juin 2010 à laquelle tant la presse spécialisée que la presse générale étaient invitées.

PERSPECTIVES 2011

Au cours du 2011, le SSS continuera à travailler au cadre réglementaire et à améliorer la communication dans le cadre du développement de My CareNet pour différents groupes cibles.

Beaucoup de choses sont prévues en 2011 quant au déploiement de MyCareNet parmi les groupes cibles.

Concernant les praticiens de l'art infirmier à domicile, l'objectif est de finaliser le déploiement de MyCareNet pour la fin de 2011. À cet égard, il sera aussi proposé à la Commission de conventions compétente d'imposer MyCareNet pour garantir un déploiement total.

Concernant les laboratoires, le déploiement se déroule difficilement pour l'instant. On prévoit de lancer le déploiement de MyCareNet dans les laboratoires qui n'étaient pas de pilotes au cours du premier semestre. On étudie la question de savoir si subordonner la suppression de l'obligation de rédiger des rapports administratifs / statistiques à l'adhésion à MyCareNet, tant pour l'assurabilité que pour la facturation, peut servir d'incitant.

Concernant les offices de tarification, un déploiement est aussi prévu à partir de février 2011. Une réunion avec tous les offices de tarification est prévue une fois la convention avec les pharmaciens approuvée.

Concernant les pharmacies (officines/titulaires), il est prévu que le déploiement de la fonctionnalité « consultation des droits/de l'assurabilité » de MyCareNet puisse commencer à la mi-2011. Le calendrier du déploiement de cette fonctionnalité doit être adapté à la suppression de la carte SIS, prévue en 2013. Un déploiement est prévu fin 2011 début 2012 pour la fonctionnalité « consultation du chapitre IV ».

Pour les maisons de repos (MRPA – MRS), la problématique du passage de la facturation trimestrielle à la facturation mensuelle sera incluse dans le dossier préparé par l'INAMI pour le prochain gouvernement fédéral. Les premières maisons de repos pourront peut-être entrer en phase de production à partir d'avril ou de juillet 2011.

Pour les médecins, les OA étudient actuellement, en concertation avec la plate-forme eHealth, le calendrier pour la mise en production de la fonctionnalité « consultation du chapitre IV ». Le démarrage du déploiement de la fonctionnalité « consultation des droits / de l'assurabilité » est prévu dans le courant de 2011. En outre, toujours en 2011, un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI et des OA chargé d'étudier la question des attestations et de la facturation électroniques sera mis sur pied.

Des projets ou des demandes d'accession à une ou plusieurs fonctionnalités de MyCareNet existent aussi pour bon nombre d'autres groupes cibles (hôpitaux, praticiens de l'art dentaire, centres de rééducation pour toxicomanes, maisons médicales, kinésithérapeutes, etc.). Concernant les hôpitaux, le début du déploiement de la fonctionnalité « consultation du chapitre IV » est prévu à partir de 2011. Pour les praticiens de l'art dentaire, l'accord dento-mutualiste 2011-2012 prévoit que la Commission nationale dento-mutualiste entamera les préparatifs de l'introduction de MyCareNet dans le secteur dentaire au plus tard dans le courant de l'année 2013. Le calendrier doit encore être fixé pour les autres groupes cibles. Il est évident que ce faisant, il faut tenir compte de la capacité et des moyens des différents partenaires.

Annexe : aucune

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

Le présent projet vise à mettre « en ligne » un système (système d'enregistrement associé à la transmission de données cliniques) de demande de remboursement pour certains implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. Pour ce faire, les éléments suivants devront être développés :

- 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.

En 2009, une application Web a été développée. Celle-ci est entrée en production en janvier 2010 pour les défibrillateurs cardiaques. Pour information, 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.

L'extension du système aux stimulateurs cardiaques, aux tuteurs coronaires et aux endoprothèses est prévue dans une étape suivante. Pour chaque secteur spécifique, l'intégration dans le circuit électronique se déroulera en plusieurs phases et ce, de manière spécifique. MyCareNet devra être opérationnel pour le transfert automatique des données des hôpitaux vers les organismes assureurs (par le biais de l'AIM).

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES ANNEE 2011

Ce projet comprend les actions-engagements suivantes :

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

Après la mise à disposition de l'application des défibrillateurs cardiaques (janvier 2010), un certain nombre d'adaptations (facteurs externes) ont été demandées par les partenaires (plus précisément par les spécialistes cardiologues) qui ont entre autres demandé de rendre la mention des données plus conviviale. Des efforts supplémentaires ont dès lors été consentis au cours du premier semestre de 2010 pour développer une deuxième version de cette application. Cette version a été réceptionnée en 2010 et l'application « version 2 » des défibrillateurs cardiaques est mise en production depuis mi-juillet 2010.

Entre-temps, l'application web également a été mise en production début janvier 2011 pour les pacemakers, permettant le traitement électronique du flux entier des demandes de remboursement de stimulateurs cardiaques et/ou d'électrodes (à l'exception du circuit avec les OA – voir ci-après). L'action-engagement a donc été réalisée. Le retard de 6 mois par rapport à la date limite est dû à des facteurs externes (besoins supplémentaires de partenaires), à savoir :

- Des efforts supplémentaires nécessaires ont été déployés pour l'application des défibrillateurs cardiaques (voir ci-dessus), ce qui a entraîné un certain retard et n'a pas permis de respecter la date limite pour les pacemakers.
- À la demande des cardiologues, l'application des pacemakers est plus étendue que prévu initialement.

La communication nécessaire a eu lieu vis-à-vis du groupe cible. Toutes les informations utiles figurent sur le site web de l'INAMI. Le courrier explicatif relatif à la mise en production de l'application web pour les pacemakers a été joint en annexe au présent rapport.

Engagement 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.

Action-engagement en cours d'exécution, dans le délai. La nomenclature a été publiée au MB le 30 juillet 2009. La date limite de cette action-engagement est donc fixée au 30 juillet 2011. Le développement de l'application ICT est en cours. Une démo a été organisée le 9 juin 2010 pour les chirurgiens vasculaires et les radiologues. Entre-temps, des modifications sont apportées à l'application. La période test démarre en avril 2011 ; la production de l'application est prévue pour juillet 2011.

Engagement 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.

Action-engagement en cours d'exécution, dans le délai. Les préparatifs en vue de la publication de la nomenclature sont en cours. L'arrêté royal a été élaboré (voir en annexe) et la publication de celui-ci est prévue au mois de février 2011. La date limite définitive sera fixée sitôt la date de publication connue. La mise en œuvre technique a déjà bien progressé et une démo en a déjà été faite pour un groupe restreint.

Pour ce qui concerne la demande et la conservation des données, une demande a actuellement été introduite auprès de la Commission pour la protection de la vie privée et ce, tant pour les endoprothèses que pour les tuteurs coronaires. La date d'approbation pourrait encore avoir un impact négatif sur la date de mise en production de l'application web pour les endoprothèses.

Enfin, il y a lieu de signaler une avancée dans le volet facturation électronique avec les organismes assureurs qui, jusqu'à ce jour, n'avaient toujours pas intégré le circuit électronique Qermid. L'INAMI créera dans ce cadre un groupe de travail avec les représentants de organismes assureurs.

Annexes 5 et 6:

- Courrier explicatif du 20 décembre 2010 relatif à la mise en production de l'application web pour les pacemakers.
- L'arrêté royal relatif à la nomenclature des tuteurs coronaires.

ARTICLE 25. L'accréditation des médecins

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

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

Ce projet a été lancé il y a quelques années. Les phases 1 et 2 ont entre-temps été réalisées. Cela signifie qu'aujourd'hui, un responsable de GLEM peut gérer intégralement en ligne la composition des GLEM et les réunions des GLEM qui ont eu lieu à partir du 1^{er} janvier 2008. L'introduction électronique des demandes d'agrément d'une formation complémentaire a été réalisée en 2009. Les responsables de la formation complémentaire ont accès à l'application web et les organisations belges de formations complémentaires ont la possibilité d'enregistrer en ligne les présences aux activités de formation complémentaire.

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

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

Pour l'année 2010, l'INAMI a promis de tenir l'engagement suivant :

Engagement 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.

Cet engagement a été tenu. L'application web permettant aux médecins individuels de suivre leur dossier personnel, a été développée et mise en production au cours de la semaine du 8 novembre 2010. Le retard d'une semaine par rapport au calendrier prévu s'explique par des ressources insuffisantes en personnel la semaine précédente (vacances d'automne).

Depuis le 8 novembre, les nouvelles fonctions suivantes sont disponibles :

1. Fonction pour la consultation en ligne des personnes présentes aux réunions GLEM et aux activités de postformation suivies. Par l'intermédiaire de cette fonction, les médecins et pharmaciens-biologistes peuvent vérifier individuellement pour quelles activités GLEM et activités de postformation qu'ils ont suivies, des données de participation ont été enregistrées dans l'application Web.
2. Fonction pour la gestion en ligne des demandes d'agrément pour les activités de postformation à l'étranger et les publications. Cette fonction offre aux médecins et aux pharmaciens-biologistes la possibilité d'introduire individuellement en ligne les demandes d'agrément d'activités de postformation à l'étranger et de les suivre. Les demandes d'agrément de publications peuvent être transmises en ligne via cette fonction.

Le 8 novembre, une lettre a été envoyée aux médecins et aux pharmaciens-biologistes accrédités. La lettre est jointe en annexe à ce rapport.

Le dernier engagement relatif à l'article 25 se rapporte à l'introduction en ligne de la demande d'accréditation (phase 3). C'est prévu d'ici la fin décembre 2012. Le compte rendu y afférent figurera dans le prochain rapport annuel.

Annexe 7:

- Lettre envoyée début novembre aux médecins et aux pharmaciens-biologistes accrédités.

<p>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.</p>

Comme le 2e 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 1er juillet 2007, le statut OMNIO donne droit à un meilleur remboursement des frais médicaux (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, hospitalisation, ...) aux ménages ayant des revenus modestes. La quote-part personnelle (le ticket modérateur) à payer pour ces prestations est sensiblement inférieure.

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. Une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du Régime préférentiel a en outre été établie en 2009. Cette liste a été l'amorce d'une réforme de l'intervention majorée à laquelle on travaille actuellement intensément. Les actions de l'année dernière sont détaillées dans la partie « Bilan » ci-après.

Un 2e 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,...).

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

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

Engagement 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).

Les problèmes relatifs à l'application actuelle du statut OMNIO et du Régime préférentiel ont amplement été discutés au groupe de travail « Assurabilité ». Ils ont servi à alimenter les discussions avec les Cellules stratégiques « Finances » et « Affaires sociales » et à rédiger les textes réglementaires relatifs à la réforme.

Le 17 juillet 2009, le Conseil des ministres a décidé de regrouper les statuts OMNIO et BIM et d'utiliser la réglementation BIM comme législation de référence.

À la mi-septembre 2009, le groupe de travail « Assurabilité » a transmis un rapport à ce sujet à la ministre. Le groupe de travail a rédigé une note d'orientation esquissant les grands axes de la réforme envisagée qui, à l'exception de quelques points, ont été approuvés à l'unanimité par les membres du groupe de travail susmentionné. Une estimation du coût budgétaire de la réforme du statut OMNIO a en outre été effectuée. L'INAMI a étudié les différentes possibilités en collaboration avec la Cellule stratégique et a organisé la concertation avec le SPF Finances et la Cellule stratégique du ministre des Finances. La date d'entrée en vigueur de cette réforme dépend de la date à laquelle le nouveau gouvernement sera mis en place et se prononcera sur le projet de loi santé qui contiendra cette réforme.

Durant l'année 2010, le groupe de travail assurabilité a

- élaboré le projet de loi réalisant la réforme de l'intervention majorée ;
- élaboré un projet d'arrêté royal réalisant la réforme de l'intervention majorée ;
- examiné plusieurs problématiques se posant dans le cadre de cette réforme : cela concernait le contrôle de l'ouverture du droit, la gestion des modifications dans la composition des ménages, IM et enfants, simplification de la déclaration sur l'honneur

(aussi visée à l'article 29 du contrat d'administration), rétroactivité de l'ouverture du droit, moment du contrôle systématique.

Parallèlement à l'intégration de ces statuts, la Cellule stratégique a demandé d'apporter les modifications ponctuelles, déjà proposées, au statut BIM, comme il sera prévu dans la loi santé. Ces adaptations concernent les chômeurs de longue durée de moins de 50 ans et les familles monoparentales. Le groupe de travail « Assurabilité » s'en est chargé. Le projet d'arrêté royal a été soumis au Comité de l'assurance le 29 mars 2010 (celui-ci a émis un avis favorable), et transmis à la Cellule stratégique. Ce projet d'arrêté royal est joint en annexe au présent rapport (note CSS 2010/86). Il a en outre été approuvé par le Conseil des ministres le 19 mai 2010. Les mesures ont pris effet le 1^{er} juillet 2010. Le 9 juillet 2010, l'arrêté royal a été publié au Moniteur belge.

Une autre extension du statut BIM a été proposée par la ministre des Affaires sociales : le gouvernement a approuvé une modification de la loi AMI afin d'étendre le droit à l'intervention majorée - au terme d'un contrôle du revenu effectué par la mutualité concernée - aux bénéficiaires des catégories 2 et 3 du Fonds Mazout, tel qu'il a été accordé par les CPAS. Le projet d'arrêté royal a été rédigé et approuvé au sein du groupe de travail « Assurabilité », et a été soumis au Comité de l'assurance (Note CSS 2010/270 - séance du 6 septembre 2010). La note est annexée en annexe de ce rapport. Entretemps le Service a reçu l'avis du Conseil d'état. Les préparations concernant la mise en œuvre des flux de données sont en cours. La date de publication et la date d'entrée en vigueur sont encore à déterminer.

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

Engagement 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).

Début 2010, le groupe de travail (composé de représentants de l'INAMI, des associations de patients et des OA) a proposé des critères pour les malades chroniques à la ministre. La ministre a marqué son accord sur cette proposition en avril 2010.

Le projet de base légale a été rédigé et sera repris dans la loi- santé. Dès qu'un accord politique pourra être dégagé, la procédure d'exécution (e.a. la rédaction des AR) pourra être entamée.

Annexes 8:

- Note Comité de l'assurance (CSS 2010/270) – projet d'arrêté royal concernant l'octroi de l'intervention majorée aux bénéficiaires des catégories 2 et 3 du Fonds Mazout, tel qu'il a été accordé par les CPAS.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

BILAN 2010

Un module avait déjà été développé dans le cadre du Contrat d’administration 2006-2008 et de l’Avenant 2009 permettant aux médecins de consulter et d’adapter leurs coordonnées, et aux praticiens de l’art dentaire de consulter et d’adapter leurs coordonnées ainsi que leurs adresses de travail. Ce module est par ailleurs un succès. Jusqu’aujourd’hui, quelque 2.600 médecins avaient (depuis la date respective de mise en production, voir les rapports semestriels et annuels précédents) déjà modifié leur adresse de contact ; environ 910 praticiens de l’art dentaire avaient déjà modifié leur adresse de contact, et quelque 530 praticiens de l’art dentaire leur(s) adresse(s) de travail.

Le projet actuel mentionné dans le Contrat d’administration est basé sur les premières réalisations. Les deux actions-engagements sont en cours de développement. L’élargissement ira d’ailleurs au-delà de ce qui avait initialement été décidé dans le Contrat d’administration.

Concernant les groupes cibles, il est prévu de déployer chez tous les dispensateurs de soins le module leur permettant de consulter et de modifier l’adresse de contact et l’adresse de travail.

Concernant les fonctionnalités, il est prévu de permettre aux dispensateurs de soins de consulter et de modifier leur numéro de compte bancaire et leur responsabilité fiscale via ce module. Cette fonctionnalité supplémentaire a été prévue à la suite du problème rencontré ces dernières années avec les fiches fiscales. Dans le cadre de leurs paiements pour le DMG et les trajets de soins, les OA pourront aussi utiliser les informations disponibles dans le module.

PERSPECTIVES 2011

La mise en production est prévue pour le premier semestre 2011 pour les groupes cibles supplémentaires et les fonctionnalités susmentionnées.

Il a été convenu que les praticiens de l’art dentaire et les médecins ne pourraient consulter et éventuellement modifier les modalités d’adhésion à la convention qu’à partir du prochain accord. L’actuel accord dure jusqu’en 2012 inclus pour les praticiens de l’art dentaire et

jusqu'en 2011 inclus pour les médecins. Quoi qu'il en soit, la question de l'adhésion aux accords doit aussi être étudiée plus fondamentalement.

Annexe : aucune.

ARTICLE 28. Dossier d'invalidité électronique - edid

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.

Bon nombre de choses ont été réalisées ces dernières années. Pensons par exemple à :

- l'intégration de toutes les fiches primaires (entrée en invalidité à partir du 1^{er} janvier 2007) et prolongations dans le système edid (pour tous les OA) ;
- L'intégration des travailleurs indépendants (avec historique du dossier) ;
- les médecins de la commission restreinte prennent toutes les décisions dans le programme edid (environ 600 décisions par jour) ;
- Suivi des délais de traitement des dossiers à l'aide d'un tableau de bord;
- le lancement d'un projet pour le « roll-out scanning dossiers électroniques » en vue de l'intégration (indexation, scanning et contrôle de la qualité) de tous les dossiers d'assurés actuellement reconnus en invalidité (environ 245.000 « dossiers actifs ») ;
- l'accord conclu avec les OA en matière de flux électronique de documents vers les organismes assureurs (l'output), à savoir les notifications de l'INAMI directement vers les OA via edid pour envoyer directement un « prototype » des notifications des décisions via edid (File Transfer Protocol/FTP).

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

- la finalisation de la transmission électronique, via Carenet, des décisions médicales, de l'INAMI directement vers les OA via edid ;
- la mise en production des fiches des OA vers l'INAMI via edid (input), supprimant ainsi le flux papier venant des OA. Ceci entraînera une simplification du travail administratif (tant au sein des OA qu'à l'INAMI) et une accélération du traitement des dossiers (voir engagement 1) ;
- l'amélioration de la qualité de l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité par la Commission supérieure. Le but est d'entamer une étude de la qualité de l'évaluation des dossiers d'invalidité (et ce, en collaboration avec les médecins-conseils). Cette étude de la qualité offre la valeur ajoutée suivante : elle permet, à terme, un traitement uniforme par la Commission supérieure des fiches établies par les médecins-conseils (voir engagements 2 et 3). Ceci 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,...).

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

Engagement 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.

Action-engagement 1 en retard. Plusieurs réunions de concertation ont été organisées l'année dernière avec les OA afin de préparer le flux électronique des documents des organismes assureurs (l'input), à savoir l'envoi des fiches des OA à l'INAMI via e-dld. Un premier document a également été établi, contenant notamment les conditions et les modalités d'envoi électronique des documents des organismes assureurs. Toutefois, un calendrier n'a pas encore été établi, notamment en raison des discussions complémentaires nécessaires concernant le contenu du flux, les différentes étapes du processus dans chaque organisme assureur et les modalités techniques. Entre-temps, ces points d'action ont été examinés fin janvier de cette année avec les représentants des organismes assureurs et il a été convenu de concevoir une analyse de processus pour chaque organisme assureur. Cela permettra d'avoir une meilleure connaissance de la situation AS IS par OA et de définir ensuite une approche commune réalisable pour le futur flux de données vers l'INAMI. L'INAMI soutiendra la conception de ces analyses de processus et flux connexes par la désignation spécifique d'un business analyste qui, conjointement avec le coordinateur ICT du Service des indemnités, veillera à la mise en place de la concertation individuelle avec les OA. La phase de l'analyse de processus s'étalera encore très vraisemblablement sur tout le premier semestre. La réalisation de l'action-engagement 1 est donc reportée au second semestre. Le rapport semestriel de 2011 fournira davantage d'informations à ce sujet.

Engagement 2: Élaborer une fiche de projet pour le lancement du projet « Étude de la qualité ». Date limite : 31 décembre 2010.

La fiche de projet pour le projet « Étude de la qualité » avait déjà été établie (avant la date limite du 31 décembre 2010 prévue initialement) et annexée au rapport semestriel de 2010. L'engagement 2 a été réalisé.

Le premier volet du projet concerne la finalisation d'une modélisation complète de tous les processus d'un dossier d'incapacité de travail en invalidité (ceci fait partie du regroupement des processus). Dans un deuxième volet, les problèmes et risques sur le plan de la qualité, ayant un impact sur le processus, sont décrits et analysés. Sur la base des données ainsi inventoriées, des directives (recommandations) seront élaborées ou des modifications apportées aux processus de traitement, en fonction du type de risque ou du type de problème. Des modifications peuvent également être apportées sur le plan technique dans le cadre de l'application e-dld.

Engagement 3: Réaliser une analyse BIO pour le projet « Étude de la qualité ». Date limite : 31 décembre 2010.

L'analyse BIO a été effectuée et est annexée au présent rapport. L'engagement 3 a été réalisé.

À titre d'information, le projet pour le « roll-out scanning dossiers électroniques » qui vise l'intégration (indexation, scanning et contrôle de la qualité) de tous les dossiers d'assurés actuellement reconnus en invalidité (« dossiers actifs ») a été poursuivi en 2010. Ce projet sera poursuivi en 2011. L'avantage du scanning réside dans le fait que tous les dossiers seront traités de manière uniforme et que l'espace de stockage requis ira en diminuant. Ceci permettra de recueillir des données statistiques homogènes à l'avenir.

Annexe 9:

- Analyse BIO pour le projet « Étude de la qualité ».

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

INTRODUCTION

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

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 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.

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

C'est la Cellule Communication de l'INAMI qui mène ce projet. Elle a déjà entrepris diverses actions en matière de lisibilité l'année dernière. Ses réalisations sont présentées ci-après par action-engagement figurant dans le texte de base du 3^e Contrat d'administration.

Engagement 1: Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication). DATES-LIMITE: le 31/12/2010.

L'action-engagement a été réalisée.

Après enquête auprès des Services opérationnels, il a été décidé de remanier les 2 formulaires suivants :

- demande d'inscription à un organisme assureur (cf. l'annexe de l'AR du 3.7.1996),
- déclaration sur l'honneur relative aux revenus pris en compte pour l'octroi de l'intervention majorée (cf. l'annexe de l'AR du 1.4.2007).

Le formulaire de « Demande d'inscription à un organisme assureur » a été retravaillé en interne. Une concertation avec les mutualités devra montrer si d'autres modifications sont nécessaires et permettra de discuter de questions fondamentales telles que :

- Quel est le rôle/la responsabilité des organismes assureurs (rôle proactif ?) et des assurés sociaux par rapport à ce formulaire ? Pour un tel formulaire, ne devons-nous pas évoluer vers un formulaire électronique ou un formulaire intelligent avec assistance personnelle ?
- Quel est le lien entre cette recherche de lisibilité et le contexte de la charte de l'assuré social (et de la publicité de l'administration) d'une part et le contexte de demande de données sociales à caractère personnel d'autre part ?

L'actuelle version retravaillée de ce formulaire figure en annexe de ce rapport.

Le formulaire « Intervention majorée de l'assurance : déclaration sur l'honneur concernant les revenus » a été retravaillé en interne. Cette version retravaillée a aussi déjà été soumise à plusieurs reprises aux mutualités. L'actuelle version retravaillée figure en annexe du présent rapport. Entretemps, vu l'absence d'accord politique sur la réforme générale de l'intervention

majorée, un facteur environnemental inattendu est apparu : aucune réponse ne pourra être apportée aux questions qui subsistent tant que la réforme n'est pas terminée. L'utilisation de ce formulaire est dès lors reportée pour une durée indéterminée (dépendance d'un facteur externe).

Ces derniers mois, la Cellule Communication a apporté un soutien supplémentaire à quelques services, sur le plan de la lisibilité, plus spécifiquement pour :

- le formulaire « Matériel d'autogestion » dans le cadre des trajets de soins (à compléter par le dispensateur de soins),
- le formulaire interne « Dossier de candidature - Programme de développement « Devenir formateur interne » »,
- le modèle pour les rapports de stage que les chefs fonctionnels doivent rédiger (interne),
- les formulaires d'enregistrement en tant que regroupement en médecine générale (externes),
- le formulaire « Aide juridique » (interne),
- le formulaire de demande de congé (interne),
- la reconnaissance d'un diplôme ou d'une formation comme équivalent à une formation certifiée (interne).

En 2011 aussi, il est prévu de retravailler 2 formulaires. La Cellule de communication est en train de préparer le choix de ces 2 formulaires. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le rapport semestriel 2011.

Engagement 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.

L'action-engagement a été réalisée. La série « Conseils pour des formulaires efficaces » (+ la check-list s'y rapportant) de l'INAMI a été rédigée. Cette check-list s'inscrit dans un projet plus vaste de la Cellule de communication sur la lisibilité en général (donc pas uniquement la lisibilité des formulaires). Ce projet a été lancé cet automne et la version définitive de la check-list a été mise à disposition. Elle figure en annexe du présent rapport.

Engagement 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.

L'action-engagement a été réalisée. La Cellule de communication a défini une procédure pour élaborer de nouveaux formulaires destinés aux assurés, l'accent étant mis sur les conseils en lisibilité. Elle a communiqué les informations nécessaires aux différents services par courriel interne et via l'Intranet. Depuis le 1^{er} mai, la Cellule de communication donne des conseils en lisibilité selon la procédure établie pour les nouveaux formulaires destinés aux assurés. Cette procédure figure en annexe du présent rapport.

La Cellule de communication a déjà fait part de ses remarques sur un nouveau formulaire du Service du contrôle administratif (Direction 'contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données'). Ce formulaire sera utilisé dans le cadre des demandes de données relatives aux effectifs (demandes émanant tant d'externes que de services de l'INAMI). Un formulaire standard est actuellement conçu afin de rendre le traitement de ces demandes de données plus rapide et plus efficace. Le demandeur devra y indiquer clairement quelles données il souhaite précisément.

Ce formulaire sera mis à disposition via le site web de l'INAMI. À ce sujet, nous renvoyons à l'article 19 du 3^e Contrat d'administration.

Annexes 10, 11, 12 et 13:

- formulaire retravaillé « Demande d'inscription à un organisme assureur »
- formulaire retravaillé « Intervention majorée de l'assurance : déclaration sur l'honneur concernant les revenus »
- document « Conseils pour des formulaires efficaces » (avec la check-list s'y rapportant)
- procédure d'avis en matière de lisibilité pour les nouveaux formulaires destinés aux assurés sociaux

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

Le présent article consiste en la poursuite du projet (article 20) inscrit dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Il s'agit de la suite des développements en matière de méthode de travail/de procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

La procédure de notification est entrée en production au 1^{er} mai 2009 (arrêté royal du 1^{er} mars 2009 (MB du 26 mars 2009 + modification au MB du 30 avril 2010) portant exécution de l'article 35septies, § 1^{er}). Elle permet la publication de la liste de produits notifiés (nomenclature), utilisables pour les OA et les hôpitaux et intégrables dans la tarification électronique. Depuis mai 2009, la liste est continuellement mise à jour.

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

La mise en production de cette procédure de remboursement figure comme action-engagement dans le 3^e Contrat d'administration. Voici un état d'avancement.

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

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

En 2009, les documents préparatoires concernant la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables ont été établis pour la partie évaluation. Pour ce faire, il a entre autres été fait usage de la connaissance acquise dans le cadre de la mise en place de la procédure « CRM ».

En novembre 2009, des discussions ont été entamées avec un groupe de travail élargi (OA, pharmaciens hospitaliers, gestionnaires d'hôpitaux et industrie). Il a en outre été constaté que le texte de loi actuel (art. 35septies) n'apporte pas suffisamment de clarté sur certains points et qu'il présente quelques lacunes pour pouvoir développer la procédure comme souhaité. Des modifications à la loi s'imposaient.

Entre-temps :

- le texte de modification de loi (article 35septies, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) a été rédigé.

Ce texte sera inséré dans la prochaine loi santé. Le timing dépend d'un accord politique ;

- une proposition de texte pour l'AR concernant la procédure de remboursement est disponible. Le groupe de travail élargi a par ailleurs marqué son accord (voir ci-dessus) ;
- Les prochains mois, l'avant-projet de loi et le projet d'arrêté royal seront présentés au Comité de l'assurance. Les annexes, soit la liste nomenclature et la liste des produits notifiés, seront soumises ultérieurement. Toutefois, avant que ce sujet ne puisse être mis à l'ordre du jour du Comité de l'assurance, on devra encore débattre d'un point délicat relatif à l'article 102 de la loi relative aux hôpitaux. Il s'agit de la prise en charge par l'hôpital de l'utilisation d'implants non notifiés.

Des retards dans le cadre de ce projet sont dus à des facteurs externes (la procédure d'adaptation de l'article 35 septies n'a pas pu démarrer à cause de la démission du gouvernement). Tant qu'il y a un gouvernement en affaires courantes, la phase finale de ce projet est gelée pour une durée indéterminée).

Annexe : Aucune.

ARTICLE 31. Mise en œuvre des trajets de soins.

INTRODUCTION

Les trajets de soins visent une meilleure collaboration entre les médecins au profit des patients ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins qui leur sont dispensés. Il s'agit d'un meilleur échange de données entre les dispensateurs de soins (médecins généralistes, médecins spécialistes et autres professionnels de la santé) pour des groupes de patients qui nécessitent des soins complexes. Autrement dit, les soins aux patients sont suivis et coordonnés.

L'approche 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).

Dans la période de l'Avenant, l'arrêté royal relatif aux trajets de soins a été publié au Moniteur belge (le 6 février 2009). L'arrêté royal relatif au trajet de soins pour les patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique est entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 ; celui pour les patients diabétiques de type 2, le 1^{er} septembre 2009. Quelque 72.000 patients diabétiques et 6.000 patients souffrant d'une insuffisance rénale sont concernés par ces trajets.

BILAN ANNEE 2010

Dans l'Avenant de 2009, les engagements concernaient avant tout l'élaboration d'un plan de communication de qualité, la réalisation d'un certain nombre d'objectifs de communication

opérationnels et la conclusion de conventions avec quelques réseaux multidisciplinaires locaux. Toutes ces actions ont été réalisées dans les délais impartis.

Il importe d'évaluer les activités développées dans le cadre des trajets de soins. Dans la période du 3^e Contrat d'administration, l'INAMI préparera et soutiendra ce processus d'évaluation. Les responsables politiques ont insisté pour que les résultats de cette évaluation soient rapidement disponibles. Une évaluation intermédiaire s'imposera donc éventuellement. Afin de préparer l'évaluation, l'INAMI développera – après avoir obtenu l'accord du Comité de l'assurance - des conventions avec l'ISP et l'AIM. Ceux-ci sont chargés de procéder à cette évaluation.

État d'avancement de l'exécution des engagements :

1. Engagement 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.*

L'action-engagement est réalisée. Les conventions avec l'ISP en matière d'analyse et de feed-back sur le terrain (= achil⁴) et avec l'AIM (convention globale) ont été conclues, et approuvées par le Comité de l'assurance. Ce document figurait déjà en annexe au rapport semestriel de 2010.

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

Le texte du Contrat d'administration stipule que l'INAMI s'engage à créer et à soutenir un Comité d'accompagnement. Ce comité jouera un rôle permanent au niveau de l'évaluation et de l'ajustement des trajets de soins. Il est composé de représentants des associations des médecins, des OA, de l'INAMI et de la plateforme eHealth. L'action-engagement est réalisée. La note relative à la création du Comité d'accompagnement chargé d'évaluer et d'ajuster les trajets de soins a été soumise au Comité de l'assurance le 20 septembre ; c'est - il est vrai - un peu plus tard que prévu dans l'engagement (voir note en annexe). Entre-temps, une première réunion du Comité d'accompagnement a déjà eu lieu.

Les deux actions-engagements qui figurent dans le 3^e Contrat d'administration sont donc réalisées.

Annexe 14:

- Note au Comité de l'assurance relative à la création du Comité d'accompagnement : Évaluation des trajets de soins – Appel au Comité d'accompagnement (Note CSS 2010/316).

ARTICLE 32. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées

INTRODUCTION

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

⁴ L'*Ambulatory Care Health Information Lab* (ACHIL) a été créé par le Comité de l'assurance en vue de rassembler des données de première ligne, de nature épidémiologique ou expérimentale ou des données relatives aux trajets de soins, et pour donner un feed-back spécifique ou global.

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

BILAN 2010

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

- Aspects administratifs et financiers relatifs aux projets du premier appel

Au cours du premier semestre de 2010, un certain nombre de démarches ont été effectuées en vue de démarrer les projets sélectionnés lors du premier appel. Les préparatifs ont eu lieu tant au niveau de l'INAMI qu'au niveau du groupe de travail du Comité de l'assurance et sur la base des décisions prises par celui-ci.

Dans le cadre de ces préparatifs, un modèle de convention entre le Comité de l'assurance et les responsables des projets sélectionnés a entre autres été élaboré. Sont précisés dans les conventions : l'objet de la convention, les partenaires du projet, les objectifs du projet, les aspects organisationnels et financiers, les obligations réciproques, quelques dispositions relatives à la sécurité et à la protection des données, la durée du projet,...

Les modalités concernant le modèle de convention, en ce compris les aspects relatifs au suivi et au rapport, ont finalement été approuvées par le Comité de l'assurance le 15 mars 2010. Fin mai 2010, un nouveau relevé des 66 projets sélectionnés a été soumis au Comité de l'assurance. Il a ensuite été procédé à la conclusion définitive des conventions.

Au cours du second semestre de 2010, chacun des 66 projets sélectionnés a conclu une convention avec le Comité de l'assurance. Par la suite, un certain nombre d'avenants à ces conventions ont encore été approuvés par le Comité de l'assurance (voir annexes). Tout d'abord, plusieurs modifications génériques ont été apportées aux conventions, plus particulièrement concernant le lancement tardif des projets du premier appel qui a entraîné la modification de certaines dispositions figurant dans la convention-type initiale. En outre, un certain nombre de modifications de dispositions spécifiques à des projets et figurant dans les conventions ont aussi été approuvées.

Entre-temps, l'ensemble des 66 projets a bénéficié de coûts de démarrage uniques et les 3 premiers versements ont été effectués.

- Volet communication

En mars 2010, l'INAMI a organisé une première session d'information pour les 66 projets sélectionnés. Les thèmes suivants y ont entre autres été abordés : le contexte et l'objectif des projets en matière de renouvellement des soins, la préparation administrative, les aspects financiers ainsi que certains aspects relatifs à la collecte des données et à l'évaluation des projets.

En octobre 2010, l'INAMI a organisé une deuxième session d'information. L'état d'avancement du projet en matière de renouvellement des soins y a été exposé et certaines questions et points problématiques ont également été examinés. En outre, l'équipe

scientifique a donné une présentation sur la manière dont les 66 projets seront évalués sur le plan du contenu.

Les documents des sessions d'information sont disponibles sur le site web de l'INAMI: http://www.inami.fgov.be/care/fr/residential-care/alternative_forms/index.htm#4.

- Collecte des données et aspects évaluatifs des projets

En matière de renouvellement des soins, un transfert de données doit être effectué entre plusieurs partenaires dans le cadre des projets : les projets mêmes, l'INAMI, l'équipe scientifique, l'Agence intermutualiste, la plateforme E-Health et les organismes assureurs. Cet échange de données est notamment important pour le suivi et l'évaluation des projets de renouvellement en matière de soins.

La convention-type accorde une attention particulière à l'évaluation des projets. Cette évaluation se fait, dans un premier temps, au niveau du patient et de l'entourage dispensant des soins qui seront évalués périodiquement sur la base des questionnaires BelRAI ou RAI-P3 (soins et soutien aux soins), WHOQOL-8 (qualité de vie), ZB-12 (les capacités de l'entourage dispensant des soins) et d'un questionnaire économique.

Toujours dans le cadre de l'évaluation des projets, les responsables de projet feront une fois par an ainsi qu'après les trois premiers mois de fonctionnement du projet rapport à l'équipe scientifique et ce, au moyen d'une étude. Une analyse approfondie d'une dizaine de projets sera également effectuée par le biais d'interviews approfondies.

Au cours du mois d'avril 2010, le Comité sectoriel de la BCSS a donné son accord pour la collecte de données au moyen des différents instruments de collecte de données. Des autorisations supplémentaires ont été accordées fin 2010.

Concernant le suivi de nature plus administrative et l'évaluation, on prévoit la transmission périodique des données afférentes au projet à l'INAMI, par exemple concernant le personnel engagé et affecté, le volume d'activité, etc., par le biais de rapports périodiques intermédiaires. L'INAMI a élaboré pour ce faire certains rapports standard. L'INAMI prévoit également un accès à l'application BelRAI susmentionnée sur la base de la transmission sur l'honneur des données personnelles. Cela se fera par l'intégration du personnel concerné dans une source authentique nouvellement développée pour certains groupes de dispensateurs de soins (notamment des assistants sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes) qui n'avaient pas encore été repris dans les fichiers de référence actuels des dispensateurs de soins. Entre-temps, cette source authentique est opérationnelle.

Au printemps 2010, l'équipe scientifique aussi a été désignée - moyennant l'accord du Comité de l'assurance le 15 mars 2010 - pour évaluer les projets de renouvellement des soins. Il s'agit plus précisément d'un consortium composé de l'Université catholique de Louvain (IRSS), de la Katholieke Universiteit Leuven (Lucas), de l'Université de Liège et de l'Universiteit Antwerpen (PICA). Des spécialistes de l'ULB, de l'université de Gand (Ugent) et de la VUB viennent renforcer le Comité d'accompagnement, créé antérieurement, pour conseiller et évaluer l'équipe de recherche. Ils rejoignent les représentants de l'INAMI, du SPF Santé publique et/ou du SPF Sécurité sociale, de l'Institut scientifique de la Santé publique (ISP), du Centre fédéral d'expertise (KCE), de l'Agence intermutualiste (AIM) ainsi que les représentants du Comité de l'assurance. Outre ces regroupements d'experts, une peer review internationale est également prévue, avec notamment des experts issus de France, du Canada et des Pays-Bas.

- Préparation du deuxième appel

Le projet d'arrêté royal concernant le deuxième appel a déjà été soumis, pour avis, au Comité de l'assurance du 26 juillet 2010. Un avis favorable a été émis sous réserve de quelques précisions. Un certain nombre de modifications ont été apportées à l'arrêté royal relatif au premier appel, publié le 2 juillet 2009 : précisions ou explications de la définition des partenaires et participants, plafonnement des frais d'administration, meilleure description de l'enregistrement et de l'échange de données,... Quelques modifications ont en outre été apportées aux critères formels et de fond, et au poids des items.

Le deuxième appel est de facto et dans une large mesure déjà prêt : les documents requis comme le dossier de demande, le manuel, la note conceptuelle, et autres ont déjà été établis. D'autres éléments, tels que la procédure de jugement, sont en cours d'élaboration.

PERSPECTIVES 2011

- Projets du premier appel

La plupart des 66 projets recevront prochainement un quatrième versement. Certains ne le recevront que lorsqu'ils auront pu démontrer qu'ils disposaient de suffisamment d'activités, de case-load et/ou de personnel.

Concernant le quatrième versement, il sera en outre tenu compte du case-load déjà atteint. On prévoit donc une révision à la baisse du financement pour les projets qui, jusqu'à aujourd'hui, auraient affecté trop de personnel par rapport au case-load atteint. Cette révision se fera selon une formule convenue et les règles d'application y afférentes.

Dans le cadre de l'échange de données entre les différents acteurs précités dans les projets en matière de renouvellement de soins, les actions restantes seront examinées et suivies par le groupe de travail « évaluation scientifique du flux de données ».

D'ici fin 2011, l'INAMI attend les premiers rapports intermédiaires des projets pour la période mars 2010 – mai 2011. Le rapport standard est actuellement en cours d'élaboration. En fonction des résultats, l'intervention spécifique allouée aux projets sera recalculée pour la période septembre 2011 – août 2012. Ce recalcul du financement ainsi que le recalcul prévu à partir de septembre 2012 et la facturation réalisée par le biais des organismes assureurs sont en cours de préparation au sein d'un groupe de travail « recalcul du financement du renouvellement des soins ».

Faisant suite aux rapports sur les projets, un rapport intermédiaire pourra être établi à l'intention du Comité de l'assurance sur le déroulement des 66 projets du premier appel (action-engagement 2). On donnera un aperçu des activités réalisées au cours des 12 premiers mois dans les 66 projets, des patients admis, du personnel affecté à ces projets ainsi que des paiements déjà effectués et des éventuelles corrections. Ces rapports établis ne pourront être transmis au Comité de l'assurance qu'à l'automne 2011.

Concernant l'évaluation scientifique, nous disposons déjà d'un premier rapport d'activités de l'équipe universitaire et d'un premier feed-back concernant le commentaire des « peer reviewers ». L'INAMI dispose également déjà des tous premiers résultats (quoique très sommaires) des questionnaires BeIRAI, Zarit Burden et WHO-QoL-8 mais n'a encore rien concernant le questionnaire économique. En février 2011, les projets recevront normalement un feed-back individuel de l'équipe.

- Deuxième appel

Pour réaliser les objectifs du Protocole 3, c'est-à-dire de l'accord de protocole conclu le 13 juin 2005 entre l'administration fédérale et les Communautés et Régions dans le cadre de la

politique de soins aux personnes âgées pour la période 2005-2010, un deuxième appel à projets devait être lancé à l'automne 2010 en vue de démarrer les projets en juin ou septembre 2011. La date limite initialement fixée au 31 décembre 2010 pour la transmission d'une proposition de sélection de projets au Comité de l'assurance (action-engagement 1) n'a cependant pas pu être respectée vu le retard accusé dans le lancement des projets du premier appel (en raison de facteurs externes). De plus, la base réglementaire pour le deuxième appel doit encore être approuvée au niveau politique, par voie d'arrêté royal (dont le projet est préparé par l'INAMI), et ensuite publiée. L'approbation de cet arrêté royal ne peut se faire pour le moment vu la situation du gouvernement en affaires courantes.

Quoi qu'il en soit, une période de 3 mois s'écoulera après la publication de l'arrêté royal, période au cours de laquelle des dossiers de projets pourront être introduits. Suivront ensuite une vérification et une évaluation des dossiers, l'ajout de compléments aux dossiers, la préparation du jugement, la convocation des jurys ainsi que la communication des résultats au groupe de travail au sein du Comité de l'assurance. Ensuite seulement, une proposition de sélection de projets (deuxième appel) pourra être soumise au Comité de l'assurance (action-engagement 1). En cas d'approbation, on procédera à la conclusion de conventions avec les projets. Vu ces étapes successives, les projets du deuxième appel ne pourront démarrer au plus tôt que d'ici la fin de 2011.

Annexe 15:

- Notes du Comité de l'assurance relatives aux avenants aux conventions.

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

Le nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leur activité en officine publique est entré en vigueur le 1er avril 2010.

Les pharmaciens qui délivrent des médicaments se voient attribuer un rôle plus important en tant que fournisseurs d'informations et accompagnateurs du patient. Pour ce faire, ils recevront une rémunération appropriée. Avant la réforme, la marge de distribution 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.

Ces principes et règles sont fixés dans les instructions pour les pharmaciens, lesquelles ont été ajoutées à l'arrêté royal du 21 janvier 2009.

BILAN ANNEE 2010

Dans le 3e Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à :

- transmettre toutes les informations nécessaires concernant le nouveau système aux pharmaciens, aux commerces de gros, aux OA, à l'industrie et au public (au plus tard 1 mois avant l'entrée en vigueur du nouveau système);
- évaluer le nouveau système de rémunération des pharmaciens et ce, 18 mois après l'entrée en vigueur du système.

Engagement 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.

Cet engagement a été réalisé. L'INAMI a affiché des informations générales à ce sujet sur le site Internet. Deux circulaires ont par ailleurs été établies et transmises (ces circulaires avaient été jointes en annexe au rapport semestriel 2010):

- une circulaire pour les pharmaciens concernant les honoraires spécifiques à accorder lors de l'accompagnement et de la première délivrance d'une spécialité remboursable ;
- une circulaire pour les OA concernant les montants des honoraires de base et des honoraires spécifiques pour la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2010.

PERSPECTIVES 2011

Engagement 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.

L'évaluation doit être faite d'ici le 1^{er} octobre 2011. La préparation de l'évaluation est actuellement en cours et ce, tant du point de vue de l'approche méthodologique que du point de vue de l'exécution. Un groupe d'experts s'est penché au cours de ces derniers mois sur une proposition d'indicateurs à utiliser éventuellement. Il s'agit tant d'indicateurs de quantité (via les données pharmanet) et d'indicateurs de processus (entre autres, y-a-t-il eu ou non un contact entre le pharmacien et le médecin traitant) que d'indicateurs de qualité (entre autres, l'évaluation du degré de satisfaction des patients en ce qui concerne les prestations fournies). Ces indicateurs ont été proposés à la commission des conventions pharmaciens – OA. Aucune remarque fondamentale n'a été émise.

Annexe : Aucune.

ARTICLE 34. Plan belge « maladies rares »

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

Le Fonds Maladies rares et Médicaments orphelins assure la coordination et la direction de la mise en œuvre du Plan belge « maladies rares ». Il est géré par la Fondation Roi Baudouin. Le Plan est financé par la Fondation Roi Baudouin et le Comité de l'assurance du Service des soins de santé (SSS) de l'INAMI. L'INAMI est membre du Comité de gestion du Fonds via ses

représentants. Il lui apporte son soutien pour ses activités, notamment en lui fournissant des informations stratégiques.

BILAN 2010

Un premier projet de rapport, contenant une série de constatations et de recommandations, y compris une première estimation budgétaire des coûts liés à l'application des recommandations, a été publié au cours du premier trimestre de 2010. Un large éventail d'acteurs ont collaboré pour le rédiger : réunis dans divers groupes thématiques, ils ont élaboré les différentes parties du rapport. L'INAMI était un de ces acteurs puisque le SSS a participé à différents groupes de travail, par exemple à ceux sur les tests diagnostiques et les médicaments, l'organisation des centres d'expertise, le statut du patient. Les autres acteurs étaient les organismes assureurs (OA), des universitaires, les associations de patients, des représentants des Communautés et des Régions, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), l'industrie pharmaceutique, etc.

Les différentes parties du rapport ont été rassemblées dans un projet de rapport intégré au cours de réunions plénières. Ce projet a fait l'objet de discussions et de commentaires. Au cours du deuxième trimestre de 2010, il a été discuté puis approuvé par le Comité de gestion du Fonds des maladies rares (voir annexe) après les dernières adaptations. Le rapport final a ensuite été transmis à la ministre des Affaires sociales.

Il n'y a pas eu un rapport intermédiaire au Comité de l'assurance (action-engagement 1), vu que le projet de rapport était déjà finalisé à la fin du premier trimestre. Toutefois le projet de rapport a été présenté au Comité de gestion du Fonds des maladies rares, ce qui fait que de nombreux acteurs ont quand même été étroitement associés à l'élaboration et la finalisation du rapport. Il a dès lors été possible d'apporter les adaptations nécessaires et de s'assurer que la mission financée par la Fondation Roi Baudouin et le Comité de l'assurance de l'INAMI était correctement menée. Par ailleurs, il a été décidé que le Comité de gestion du Fonds ferait part de ses commentaires aux acteurs de terrain aussi, par exemple aux représentants des médecins, pour fournir des informations et permettre des discussions sur le Plan « maladies rares ». Une vaste tournée d'information et de consultation a été organisée.

Le gouvernement étant en affaires courantes – comme cela avait déjà été précisé dans le rapport semestriel – le Plan belge pour les maladies rares n'a au départ pas été accepté par la ministre des Affaires sociales. Il n'a donc pas non plus pu être inscrit à l'ordre du jour d'une réunion du Comité de l'assurance. Ce dossier a toutefois été débloqué et il a été présenté au Comité de l'assurance fin septembre et au Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques fin octobre. L'avis de ce comité (voir annexe) a été transmis au Comité de l'assurance début décembre puis à la ministre et au Fonds également. Ces organes ont formulé des remarques. En outre, l'avis de certains autres acteurs a été demandé, par exemple celui du Conseil supérieur d'anthropogénétique. Les diverses remarques ont donné lieu à une adaptation du premier rapport ou à l'ajout de sujets et de précisions pour le deuxième rapport.

L'INAMI avait entretemps déjà préparé la mise en œuvre de certaines recommandations et modalités du Plan belge pour les maladies rares. Il s'était demandé quelles actions concrètes pouvaient être entreprises. Il a en outre précisé les estimations budgétaires relatives à ces actions. Un financement a été prévu pour six projets : registre national des maladies rares, centres de référence pour les maladies rares, développement d'Orphanet Belgium, création d'un site portail national, remboursement des tests de dépistage génétique effectués à l'étranger et remboursement plus rapide de thérapies novatrices ou de médicaments hors indication. Ces projets sont en train d'être définis.

PERSPECTIVES 2011

Le Comité de gestion du Fonds des maladies rares s'est réuni fin 2010 pour déjà préparer la deuxième phase de la recherche. Elle consistera notamment à poursuivre le travail sur certains thèmes et domaines qui n'avaient pas pu être finalisés dans le premier rapport (statut du patient, formation des dispensateurs de soins professionnels, soins à domicile, etc.). Le deuxième rapport sera remis au cours du premier semestre 2011.

Les 6 projets en cours d'élaboration seront entamés dans le courant de l'année 2011. Lors de l'exécution du Plan, il faudra être attentif au lien avec les mesures du Plan pour les maladies chroniques afin d'éviter tout chevauchement notamment.

Un suivi et un rapport d'avancement seront prévus pour l'exécution du Plan et des différents projets. Les modalités de ce suivi et de ce rapport restent à définir.

Annexe 16:

- Avis du Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques

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

INTRODUCTION

Ce projet vise à renforcer le contrôle administratif des paiements effectués aux maisons de repos et centres de rééducation.

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.

BILAN 2010

Le rapport annuel 2009 sur l'exécution du Contrat d'administration – Avenant 2009 – mentionnait déjà qu'une note de travail présentant une analyse des risques des contrôles actuels en première ligne et énumérant des éléments potentiels pour un contrôle en deuxième ligne était en cours d'élaboration. Cette note se composait d'un volet administratif (sur lequel porte le présent article du Contrat d'administration) et d'un volet médico-infirmier (contrôle de l'utilisation de l'échelle de KATZ par exemple).

Au cours du premier semestre de 2010, la note de travail sur le renforcement du contrôle administratif (tant en première qu'en deuxième ligne) a été finalisée (action-engagement 1). Cette note a été annexée au rapport semestriel 2010. Plus précisément, une note a été rédigée, contenant les renseignements suivants:

- les données actuellement collectées par la Direction Établissements et services de soins du Service des soins de santé (SdSS) ;
- la manière dont le contrôle administratif et financier se déroule et est organisé actuellement ;
- les actions-engagements potentielles pour améliorer ce contrôle (tant en première qu'en deuxième ligne) ;
- le traitement des éventuels dossiers de litiges ;
- la façon de communiquer avec les institutions et organisations concernées.

À cette note de travail était jointe une annexe détaillée dans laquelle était analysé le cadre réglementaire actuel pour le contrôle. Le but était d'étudier comment organiser un contrôle administratif renforcé en première et deuxième ligne. Le cadre réglementaire actuel pour le contrôle a été défini à trois niveaux :

- les dispositions actuelles de la loi relative à l'assurance maladie et invalidité en matière de contrôle ;
- les compétences des Communautés et Régions en matière de contrôle, en particulier les liens possibles avec le contrôle effectué à l'échelle fédérale, notamment par l'INAMI ;
- les compétences de l'Inspection sociale en matière de contrôle, en particulier les liens possibles avec le contrôle effectué par l'INAMI.

La note de travail a été discutée au niveau du SSS et de la DG, discussion qui a entraîné la mise en œuvre de trois points d'actions importants à aborder de manière séquentielle :

- (1) Investir en priorité dans le renforcement du contrôle actuellement mené en première ligne au sein de la Direction Établissements de soins du SSS. Cela implique la mise en œuvre de certaines actions-engagements possibles figurant dans la note conceptuelle. Les besoins RH à cet égard seront aussi définis.
- (2) Engager ensuite, sur la base de la note conceptuelle, un débat avec les services de contrôle au sein de l'INAMI, à savoir le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif (SCA). Depuis un certain temps, une procédure de recrutement est en cours pour ces deux services, en vue de la désignation d'un fonctionnaire dirigeant. Outre le fait que le SSS souhaite d'abord finaliser en interne ses analyses et propositions, vu la nature et l'impact stratégiques de celles-ci, le calendrier de la discussion avec les services de contrôle dépendra également de la nomination de ces deux nouveaux mandataires, ce qui n'exclut évidemment pas de premières discussions exploratoires.
- (3) Engager ensuite un débat sur la base de la note de travail et d'une vision intégrée de l'INAMI avec d'autres services de contrôle externes à l'INAMI, notamment l'Inspection des lois sociales et les corps d'inspection des Communautés et Régions.

Concernant le point d'action (1), le SSS s'est attelé au cours du second semestre à approfondir l'analyse des problèmes et risques inhérents à l'approche actuelle du contrôle, prioritairement afin de pouvoir formuler des propositions d'amélioration. Différents rapports sont notamment en cours ou prévus, qui se focalisent à chaque fois sur une problématique bien précise. Ils constitueront la base d'une nouvelle approche. La capacité en personnel sera également renforcée en fonction des choix opérés. L'INAMI a déjà prévu les crédits de personnel requis.

PERSPECTIVES 2011

Comme mentionné ci-dessus, l'INAMI s'investira en priorité dans l'élaboration et ensuite dans l'implémentation de propositions opérationnelles en vue de l'amélioration du contrôle en première ligne. Les analyses nécessaires à ce sujet sont en cours.

Nous soulignons que le renforcement du contrôle administratif sur les maisons de repos et les centres de rééducation fonctionnelle constitue un projet hautement stratégique, comportant de nombreuses facettes et nécessitant une analyse et une concertation importantes sur le plan du contenu. La coordination du projet est assurée en outre par une Direction qui dirige déjà un certain nombre d'autres projets vastes et stratégiques, comme par exemple les trajets de renouvellement des soins en matière de soins aux personnes âgées (article 32), la nouvelle application pour le financement des maisons de repos (cf. article 12), l'évaluation du précédent Accord social 2005-2012, etc. Cela entraîne évidemment une pression en termes de capacité qui influe également sur la vitesse d'avancement de certains autres projets.

ARTICLE 36. Évaluation médicale

INTRODUCTION

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 (détectations) 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 'législation et réglementation' ou valeur ajoutée pour le travail d'enquête
- 4) Caractère transversal de l'étude
- 5) L'impact attendu de l'étude (budget, modification de comportement)
- 6) Actualité
- 7) Le caractère innovateur de l'étude
- 8) Faisabilité de l'étude.

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

En fonction du sujet, différentes sources de données dont dispose ou peut disposer l'INAMI sont consultées. Les principales sources sont les suivantes : données de profil du dispensateur-prescripteur, données SHA, piste unique Pharmanet, données de l'IMS-Health, cubes de données demandés auprès de l'Agence intermutualiste, données couplées RCM/RFM et les fichiers classiques authentifiés (art. 138 de la loi AMI). Les résultats d'analyses effectuées par d'autres instances (au sein d'autres services de l'INAMI ou les analyses externes) entrent également en ligne de compte. L'expérience nous apprend toutefois que dans un certain nombre de cas, il conviendrait d'améliorer la communication des données dans les délais impartis ainsi que le contenu de ces données car, sinon, le déroulement d'un projet d'évaluation pourrait être entravé. 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.

BILAN ANNEE 2010

Pour l'année 2010, nous trouvons une action-engagement pour cet article, à savoir :

Engagement 1: Réaliser chaque année au minimum 2 nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure d'impact. Dates limites: 31 décembre 2010.

Les réalisations concrètes pour le premier semestre de 2010 sont les suivantes :

- Un vaste plan d'action avait été préparé pendant le premier semestre de 2007 pour le projet sur le comportement en matière de **prescription de Plavix**. La première phase de ce plan consistait à demander à toutes les mutualités des informations sur toutes les demandes de remboursement de ce médicament (pour le mois de mars 2007). Une action de terrain à destination des prescripteurs (deuxième phase) a été préparée à partir des résultats de l'analyse. Le degré de difficulté de ce projet, plus élevé que prévu, a nécessité plusieurs adaptations de la méthodologie. Sur la base des résultats d'un test antérieur (2^e semestre de 2008), on a procédé à une vaste collecte de données auprès de dispensateurs-prescripteurs. L'analyse de ces données a été entamée au cours du second semestre de 2009 et s'est poursuivie en 2010. Une première version du rapport final a été réceptionnée fin 2010. La finalisation est prévue pour le premier semestre 2011.
- En 2007, une collecte ciblée de données a été réalisée dans le cadre du plan d'action pour le projet **orthèses du genou et lombostats** : les documents concernant la prescription et la délivrance par des dispensateurs spécifiques (les bandagistes) ont été demandés aux mutualités. Un rapport interne contenant les résultats de cette collecte de données a été élaboré lors du second semestre de 2007. Les constatations figurant dans ce rapport ont donné lieu à une action sur le terrain pendant le premier semestre de 2008 qui a permis de récolter des informations complémentaires pour certains assurés. L'analyse des données ainsi collectées a entre-temps été finalisée. Le rapport final ainsi qu'un plan d'action et de communication ont été réceptionnés au cours du premier semestre 2010. Un certain nombre de prestataires de soins ont été soumis à un contrôle.
- Fin 2007, un plan d'action a été rédigé pour le projet « **Utilisation de l'orthopantomogramme** ». Après analyse des résultats d'une « phase de test » antérieure, il a été décidé de collecter des données sur le terrain. L'action sur le terrain a été préparée pendant le premier semestre de 2010 et un questionnaire sur les indications a été envoyé à 275 dentistes. L'analyse des réponses a été effectuée au cours du second semestre 2010. Le rapport est prévu pour le premier semestre 2011.
- Un projet d'évaluation sur les **dépistages prénatals** a été finalisé au cours du second semestre de 2007. Certaines incohérences dans les ensembles de données ont pu être supprimées au cours du premier semestre de 2008. Une première version du rapport final a été fournie début 2010 ; sa finalisation est prévue pour le premier semestre 2011.
- Deux propositions d'étude motivées ont été introduites au KCE : « **Scintigraphies dans la pratique clinique** » et « **Coquilles-sièges sur mesure : quel matériel, pour quelles indications ?** » Le KCE a retenu la première proposition après avoir opéré une sélection parmi toutes les propositions d'études introduites.
- Une étude sur les **PET-scans et la médecine nucléaire** s'inscrit dans les efforts conjoints du SECM et du SSS dans ces domaines. Le SECM apporte sa contribution, d'une part, en identifiant les PET-scanners (illégaux) et leurs circuits de facturation et, d'autre part, en analysant les indications pour les examens de médecine nucléaire en vue de proposer une adaptation de la NPS. La première phase a été exécutée au cours du second semestre de 2008. La deuxième phase, à savoir une collecte de données sur l'utilisation des tests de médecine nucléaire, a été menée sur le terrain au cours du second semestre de 2009. L'analyse du volet PET-scan est terminée et le rapport final a été réceptionné au cours du second semestre 2010. Un rapport des constatations faites est transmis au ministre compétent.

L'analyse du volet « médecine nucléaire » se poursuivra au cours du premier semestre 2011.

- Les données pour **mesurer l'impact définitif concernant les quinolones** ont été analysées. Vu la complexité de la thématique, des analyses complémentaires étaient nécessaires. Une première version du rapport final a été réceptionnée fin 2010. La finalisation est prévue pour le premier semestre 2011.
- Une analyse complémentaire sur les interventions pour la **dilatation de la carotide** a été menée dans le cadre du projet sur la **chirurgie vasculaire périphérique**. Le rapport final a été réceptionné au cours du second semestre 2010 et des actions de contrôle sont en cours de préparation.
- L'action combinée de **contrôle et d'évaluation** des prestations diagnostiques du type **potentiel évoqué** (*evoked potentials*) entamée en 2006 s'est poursuivie. Quelques aspects de réalité/conformité ont entre-temps déjà fait l'objet d'actions de contrôle. La complexité des aspects de bonne pratique médicale a donné lieu à l'introduction d'une proposition d'étude motivée sur le sujet auprès du Centre fédéral d'expertise (KCE). Les résultats du projet d'évaluation ont été intégrés dans cette proposition d'étude. Le rapport KCE n° 109 a entre-temps été publié. Un plan d'action prévoyant une proposition de modification de la nomenclature et une campagne de sensibilisation auprès des neurologues a été rédigé. Le groupe de travail Médecine interne du Conseil technique médical discute actuellement de cette proposition de modification de la nomenclature. La campagne de sensibilisation a été menée au cours du second semestre 2010. 324 dispensateurs de soins ont reçu un courrier préventif personnalisé. Le rapport est prévu pour le premier semestre 2011.
- En janvier 2008, le KCE a publié le rapport KCE n°71 sur les **tests diagnostiques de routine en ophtalmologie**. Un projet d'étude avait été introduit par l'E-team du SECM. Pour ce thème, un projet de campagne de sensibilisation a été lancé ; l'analyse des données est en cours.
- Après une analyse préparatoire des données en 2009, le projet sur « **l'Attestation des prestations de médecine d'urgence dans les services d'urgence** » a démarré en 2010. L'analyse des données est en cours. Un premier rapport intermédiaire est prévu pour le premier semestre 2011.
- L'analyse de données pour la **mesure d'impact** visant à étudier l'effet de la campagne de sensibilisation « **Échographie gynécologique par des gynécologues** » de **2007** a été effectuée. La modification de la nomenclature ayant été effectuée entre-temps, on ne prévoit plus d'autres actions.
- Les projets « **Consultation oncologique médicale** » et « **Dilatations vasculaires percutanées** » (**autres que les dilatations carotidiennes**) ont été lancés.

PERSPECTIVES PREMIER SEMESTRE 2011

Hormis les actions et analyses figurant déjà dans la rubrique «réalisations année 2010 » qu'il est prévu de poursuivre au 1^e semestre de 2011, les initiatives suivantes entre autres sont prévues pour les 6 mois à venir :

- La **mesure d'impact** visant à étudier l'effet de la campagne de sensibilisation « **Utilisation des tests de la fonction pulmonaire** » de 2009 a démarré.

- Le projet d'évaluation relatif à l'**endoscopie** a redémarré.
- Dans le cadre de la surveillance plus étroite des bonnes pratiques médicales en matière de consommation de médicaments, un projet est prévu concernant la « **Molsédomine : le comportement prescripteur dans la pratique du médecin généraliste** ». Le projet n'a pas encore commencé à cause de problèmes liés à la capacité.
- La mesure d'impact des **soins inefficaces dans les services de soins intensifs** était initialement prévue au cours du second semestre de l'exercice 2008, mais a été suspendue (capacité insuffisante). Il s'agit en l'occurrence du suivi d'un projet commun SSS/SECM réalisé dans le cadre du premier Contrat d'administration.
- Le développement d'une application pragmatique pour l'analyse des **profils de prescription en matière de prestations pharmaceutiques** est temporairement arrêté.
- Une étude sur l'attestation **d'orthèses d'assise** est prévue dans le cadre de l'analyse commune SSS-SECM de l'audit 2007. Certaines analyses ont été effectuées et une proposition d'étude a été introduite auprès du KCE mais celle-ci n'a pas été retenue (feasibility). Le projet a été supprimé.
- Quelques projets résultant de l'analyse des rapports d'audit 2008 et 2009 sont en cours de préparation :
 - **prothèses du membre inférieur** : étude desk
 - **imagerie médicale peropératoire** : étude desk

Annexe : Aucune.

ARTICLE 37. Code-barres unique

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

BILAN 2010

Le projet du code-barres unique figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Le rapport qui suit s'inscrit dans le prolongement des précédents rapport concernant ce projet.

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

Les tableaux de bord relatifs au projet démontrent que la qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques s'est quelque peu stabilisée après avoir progressé considérablement au cours de l'année 2008. Environ 95 % des codes uniques utilisés dans les fichiers et transmis par les firmes au SECM, sont corrects. 73 % des firmes transmettent les fichiers dans le délai fixé de deux mois suivant chaque semestre.

Le SECM veille rigoureusement à la qualité et à la ponctualité des fichiers des firmes pharmaceutiques. Le cas échéant, il prend contact en vue d'un feed-back et de la mise à jour de ces fichiers. Une attention particulière est accordée en l'occurrence au suivi des erreurs les plus préjudiciables, comme par exemple des chevauchements de codes, entraînant la mise sur le marché accidentelle, par les firmes, de doubles séries de codes. Dans ce cas, le SECM invite toutes les firmes à signaler ce type d'erreurs à temps et de leur propre initiative, ce que certaines font déjà. Un autre type d'erreurs constatées porte sur l'ordre incorrect des codes, le code final se trouvant par exemple avant le code initial. Il s'agit en l'espèce d'une erreur commise plutôt par négligence, tout comme celles relatives au format du fichier. Ainsi, au cours du second semestre 2010, cette méthode de travail portant sur le contrôle de la qualité et le feed-back a été poursuivie. Sept firmes ont reçu un feed-back détaillé. Elles ont été priées de clarifier les causes internes des erreurs et d'effectuer, dans la mesure du possible, les adaptations requises.

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

- Informatisation et automatisation de la transmission des données

Le Contrat d'administration 2010-2012 prévoit, le cas échéant, d'informatiser et d'automatiser la transmission des données dans le cadre du « projet de code-barres unique », en matière de réception, de feed-back et de contrôle. Il s'agit d'un vaste projet nécessitant une préparation et une concertation sérieuses avec les partenaires concernés. Au cours du premier semestre, un projet de fiche avait été élaboré par le gestionnaire de projet en vue de définir et de délimiter celui-ci. Compte tenu des problèmes actuels précités, en termes de qualité et de ponctualité des données, le choix a été fait de mettre l'accent sur l'informatisation et l'automatisation de la gestion des données avec les firmes pharmaceutiques.

Au cours du second semestre 2010, la préparation de l'analyse BIO a été entamée. Elle doit décrire en détail le flux de données, entre autres, au niveau de son contenu, de son format, du canal par lequel les données sont transmises, de la façon dont les données sont reçues par l'INAMI et contrôlées au niveau de leur qualité, de la façon dont le feed-back du contrôle de la qualité sera donné aux firmes, et de la façon dont un deuxième envoi éventuel des données de l'INAMI sera reçu. On examinera également de quelle façon certaines fonctionnalités de rapport (p.ex. les indicateurs) pourraient être liées à l'informatisation et à l'automatisation du flux. Une description détaillée du processus s'avère en tout cas nécessaire, aussi bien pour pouvoir mener une discussion approfondie avec les firmes afin que l'informatisation se fasse de manière effective et efficace, que pour savoir quelles modifications doivent être effectuées au niveau de la réglementation et de l'organisation « business ».

- Analyses sur la base des fichiers des données

Le SECM dispose de plus en plus d'expérience et de routine pour l'exploitation de fichiers de données des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. Comme indiqué dans de précédents rapports, on vérifie entre autres dans quelle mesure les pharmaciens utilisent effectivement les codes-barres uniques.

Par ailleurs, l'analyse (voir également les tableaux de bord) permet de constater, depuis 2006, une évolution favorable au niveau des codes doublement lus et attestés, soit par le même

pharmacien, soit par différents pharmaciens. La progressivité de l'évolution des chiffres est certainement due au fait que l'analyse s'effectue toujours sur une période glissante de 8 trimestres afin d'esquisser la situation de manière aussi fiable que possible.

Pour les pharmaciens où des anomalies sont constatées concernant des doubles codes, une analyse plus approfondie (au-delà de la problématique des doubles codes) est effectuée par les pharmaciens-inspecteurs du SECM. Le(s) pharmacien(s) en question est/sont ensuite contacté(s) en vue d'entamer un débat contradictoire. S'il y a lieu, le SECM procède à l'établissement d'un dossier d'enquête.

Un rapport annuel intégré (action-engagement 1) sur les contrôles menés et les résultats n'est pas disponible. Par contre, le SECM peut fournir les informations et la documentation nécessaires.

PERSPECTIVES 2011

Le SECM poursuivra en 2011 ses activités dans le cadre du projet « code-barres unique ». Pour la première fois, les données des Offices de tarification seront comparées avec celles des firmes pharmaceutiques; cette analyse est actuellement en préparation.

L'analyse BIO concernant l'informatisation et l'automatisation du transfert de données aux firmes pharmaceutiques doit être développée davantage et doit faire l'objet d'un débat avec un certain nombre de partenaires internes, notamment, avec le service ICT.

Enfin, le SECM prendra l'initiative d'établir, dans le cadre de la revalorisation des tableaux de bords, une série d'indicateurs concernant le nombre de dossiers d'enquête résultant de la constatation des codes doublement lus et attestés. A cet effet, une première concertation a déjà eu lieu début 2011. Le tableau de bord est aujourd'hui en cours d'actualisation.

Annexe: Aucun.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

1. Elaboration d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins- conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (y compris le feed-back aux OA). Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012.
2. Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OA et l'INAMI. Date limite : 31 décembre 2012.

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

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

BILAN 2010

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

- Cartographies sur la base des données de 2007

Au cours du premier semestre de 2010, un rapport contenant un profil des activités des médecins-conseils a été élaboré pour la première fois à l'intention des organismes assureurs (OA). L'action-engagement 1 de l'article 27 de l'Avenant 2009 a donc été réalisée. Cette cartographie a été établie sur la base des données reçues pour l'année 2008. Elle a été établie au niveau de l'Union nationale/OA et fournit donc une information agrégée. Concrètement, 10 paramètres sur 15 ont été repris dans le rapport. Chaque OA a reçu non seulement ses propres résultats mais également le résultat moyen pour l'ensemble des OA. Cela permet aux OA de se comparer entre eux et, s'il y a lieu, de prendre les mesures correctrices nécessaires. Il a été demandé aux OA d'examiner les résultats et de communiquer leurs réactions et observations au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Les résultats globaux de cet exercice ont également été présentés au Conseil supérieur des médecins-directeurs. Celui-ci se compose des médecins-directeurs des OA, du médecin-directeur général et des médecins-inspecteurs généraux du SECM. Il est chargé de rechercher et de promouvoir une approche organisée dans le cadre des missions de contrôle et d'évaluation médicaux, tant entre les OA qu'en complément du SECM.

Les réactions à ce premier exercice étaient plutôt limitées. Ainsi, les OA ont demandé d'établir ces cartographies au niveau de la 'fédération'. Il a également été demandé de fixer les cinq derniers paramètres contenant notamment des informations relatives à la rechute et à la reprise partielle des activités. L'INAMI a marqué son accord sur ces questions.

La préparation de l'élargissement et de l'approfondissement des cartographies requérait une programmation supplémentaire de la part de l'INAMI, programmation à laquelle on a encore travaillé au cours du second semestre de 2010.

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

Au cours de 2010 une attention a également été accordée à la qualité de la transmission des données entre les OA et le SECM, précisément pour permettre l'établissement de cartographies ponctuelles et précises.

Quelques problèmes se sont posés au cours du deuxième semestre de 2009 en ce qui concerne la transmission des données de 2009. Le retard encouru en raison de ces problèmes a été comblé dans le courant de 2010.

Signalons que la qualité reste un point d'attention permanent. Il s'agit tant de la qualité que de la cohérence des données transmises par les OA. Dans l'intervalle, le pourcentage d'erreur des OA atteint environ 5 %. Il s'agit en outre de la cohérence entre les données se trouvant dans le dossier du médecin-conseil en mutualité et celles transmises par voie électronique au SECM. Pour contrôler cette cohérence, le SECM organise des contrôles par échantillonnage. Début 2010, pareil contrôle a été effectué, lequel a permis de constater une série de problèmes concernant, entre autres, la détermination correcte du médecin-conseil, les données enregistrées, l'existence d'une étude clinique,... Un feed-back a été donné à ce sujet aux OA. Il y a lieu de souligner que la qualité et la conformité des données varient fortement entre les fédérations et les OA.

Au cours du second semestre de 2010, un nouvel exercice d'échantillonnage a été entamé afin de réétudier l'évolution au niveau de la qualité. Pour être plus précis, deux fédérations par

union nationale/OA ont été examinées, chaque fois concernant une trentaine de dossiers. Un feed-back à ce sujet a également été donné aux OA pour qu'ils puissent ajuster leur mode de fonctionnement.

- Transmission des données : enrichissement et informatisation

En vue d'améliorer la qualité et l'efficacité de la transmission de données entre les OA et l'INAMI, il est également prévu d'effectuer une transmission informatisée des données (action-engagement 2). Dans ce contexte, le SECM a entrepris les premiers préparatifs en élaborant une fiche de projet.

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

La note rédigée par le SECM concernant l'enrichissement et l'informatisation du flux de données a été soumise, le 14 décembre, au CINAMI. Les OA ont annoncé qu'ils réagiront de front par rapport à cette note lors du CINAMI du 23 mars 2011. Il va sans dire que la collaboration positive des OA est indispensable pour les modifications demandées au flux de données.

PERSPECTIVES 2011

- Transmission de données : qualité des données

On attend des OA qu'ils adaptent leur modus operandi en fonction du feed-back qu'ils reçoivent du SECM concernant la qualité des données transmises. En 2011 aussi, cet aspect méritera bien sûr toute notre attention vu la piètre qualité des données compliquées, la création de cartographies précises, à un niveau plus désagrégé qu'actuellement. Un contrôle de la qualité sera de nouveau effectué au plus tôt pour les données 2010T4 ou 2011T1.

En outre, trois OA travaillent actuellement à une nouvelle application informatique devant résoudre un certain nombre de problèmes d'encodage, ce qui devrait améliorer la qualité des données.

- Transmission de données : enrichissement et informatisation

Lors du CINAMI du 23 mars 2011, les OA réagiront ensemble aux questions du SECM concernant l'enrichissement et l'informatisation du flux de données entre les OA et l'INAMI. L'INAMI pourra ensuite entamer une analyse BIO qui comprendra une description détaillée du contenu du flux électronique de données et, d'autre part, du processus du flux de données. Ce dernier aspect fait référence au format des données, à leur canal de transmission, à la façon dont les données des OA seront réceptionnées par l'INAMI, aux contrôles qui seront effectués sur ces données, à la façon dont un feed-back sera ensuite donné aux OA et à une éventuelle deuxième version - mise à jour - des données qui sera transmise à l'INAMI. Cette analyse BIO fera bien sûr l'objet d'une concertation avec les OA. Dès qu'il y aura un accord sur le contenu, la forme et le processus d'approche du nouveau flux de données électronique, les services ICT pourront entamer leur analyse au terme de laquelle se succéderont, comme d'habitude, une phase de développement, une phase de test et de validation puis une mise en production.

- Cartographies

À la mi-février 2011, une première version des cartographies actualisées (données 2008 et 2009) sera en principe prête. Les cartographies incluront 14 des 15 paramètres. Le paramètre qui fait défaut est le paramètre se rapportant à la « courbe de survie » des incapacités primaires. Sur le plan technique, il y a lieu de développer davantage encore ce paramètre.

Dès qu'elles seront finalisées et validées, les cartographies seront diffusées de la même manière qu'autrefois, c'est-à-dire via une présentation générale au Conseil supérieur des médecins-directeurs, et leur mise à disposition de chaque OA, pour leurs fédérations, avec la possibilité de se comparer à la moyenne nationale. Le but est d'organiser ensuite un feedback détaillé et un tour de table concernant les résultats, la méthodologie utilisée, les paramètres utilisés et l'exploitation future de ces informations.

Annexe: Aucune.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

1. intégration des dossiers d'enquête en cours (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 6 mois.
2. Intégration des dossiers d'enquête clôturés (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 12 mois.
3. Rédaction d'un rapport sur les éléments du flux de travail à implémenter dans Flowdos. Date limite : 30 juin 2011.
4. Mise en production d'éléments du flux de travail dans Flowdos. Date limite : 31 décembre 2011.
5. Rédaction d'un rapport sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. Date limite : 31 décembre 2012.

BILAN 2010

Ce projet figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Le présent rapport s'inscrit dans le prolongement des précédents rapports semestriels et annuels.

Au cours du 2010, le développement de Flowdos-Documents a été poursuivi. Il s'agit de la deuxième partie du système de gestion Flowdos pour les dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins. Cette deuxième partie porte notamment sur les fonctionnalités relatives au scanning des documents entrants, et sur la production de documents par le service. Au cours du premier semestre de 2010, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a effectué les travaux nécessaires pour tous les modèles de documents requis. Ceux-ci ont ensuite été programmés dans le système.

Au cours du premier semestre de 2010, le manuel a également été rédigé et il sera intégré dans le Flowdos-Documents. Ce manuel offre ainsi un soutien optimal aux utilisateurs lors de l'utilisation de l'application. En même temps, le processus de traitement des dossiers d'enquête a largement été documenté et clairement délimité.

Mi-juillet 2010, le serveur de test permettant à une quarantaine d'utilisateurs-clés de tester le Flowdos-Documents, était opérationnel. Il s'agit d'utilisateurs de différents échelons, issus tant du management que des services centraux et des services provinciaux. Ces utilisateurs-clés donnent systématiquement un feed-back concernant les fonctionnalités utilisés. Deux inventaires sont ainsi établis : un inventaire des problèmes liés au « business » ; un inventaire des problèmes techniques.

Nous constatons qu'un certain nombre de flux de travail automatisés ont d'emblée été intégrés dans le Flowdos-Documents (cf. actions-engagements 3 et 4). Il s'agit notamment : de l'envoi automatique du dossier au service central après qu'il a été finalisé au sein du service provincial, de l'ajout automatisé de documents scannés à un dossier ; d'une série de feed-back automatisés à caractère informatif aux fonctionnaires dirigeants concernant les dossiers d'enquête, etc.

Une formation des utilisateurs finaux a été prévue dans le courant du mois de septembre 2010. En octobre, Flowdos-Documents est entièrement entré en production. La mise en production a été évaluée lors de la réunion du groupe de direction de début 2011. Aucun incident critique n'a été constaté lors de ou depuis la mise en production. Il y a toutefois lieu d'éliminer encore quelques problèmes et bogues mineurs, après quoi l'application pourra passer à la phase de maintenance.

PERSPECTIVES 2011

Il avait été convenu que, dès que Flowdos-Documents entrerait en production générale, les dossiers d'enquête en cours et les dossiers d'enquête clôturés seraient intégrés dans le système (actions-engagements 1 et 2). Par souci d'efficacité, le SECM a choisi de se focaliser sur les dossiers qui sont effectivement en cours de traitement, dans lesquels des modifications sont par exemple apportées, des documents ajoutés et qui sont mis à l'ordre du jour d'un organe. On examine aujourd'hui avec le Service ICT si un module d'enregistrement informatisé pourrait encore être développé en vue d'intégrer ces dossiers historiques, ce qui permettrait entre autres de conserver la cohérence et la chronologie des dossiers.

Enfin, il était prévu dans le Contrat d'administration qu'après la mise en production de Flowdos-Documents, un rapport serait également rédigé sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos (action-engagement 5). Le Service ICT prépare actuellement un dossier où la problématique des systèmes de gestion de dossiers au sein de l'INAMI pourrait être abordée de manière intégrée, en mettant à disposition des modules réutilisables ayant des fonctionnalités bien spécifiques. On tentera par ailleurs de créer un environnement technique qui, outre une plus grande stabilité, offrira aussi des fonctionnalités supplémentaires, et qui répondra à un certain nombre de besoins généraux majeurs tels que la gestion de la correspondance et la force probante des documents électroniques contenus dans le dossier. L'application Flowdos actuelle pourrait être intégrée dans ce nouvel environnement technique. En 2011, le SECM effectuera déjà une analyse organisationnelle (« business ») du processus et de l'application existants en vue de les intégrer éventuellement plus tard dans ce nouvel environnement technique. Outre la description de la situation telle qu'elle est (AS IS), une liste des fonctionnalités supplémentaires souhaitées sera établie, fonctionnalités dont il existe aujourd'hui déjà un premier inventaire.

Annexe: Aucune.

ARTICLE 40. Rapports en matière de fraude sociale.

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

BILAN ANNEE 2010

En ce qui concerne cet article, nous notons, pour l'année 2010, 1 action-engagement, à savoir :

Engagement 1: Rédiger un rapport intégré concernant les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale. Date limite : 31 décembre 2010.

Le rapport intégré a été rédigé et distribué en juillet de cette année aux organes de gestion (y inclus un commentaire au Comité général de gestion) et aux acteurs externes. L'engagement 1 avec comme date limite le 31 décembre 2010 a donc été réalisé (plus tôt que prévu).

Dans ce rapport figure une quantité importante d'informations. On y peut également lire une conclusion et des recommandations. Cinq domaines ont été examinés en 2009 :

- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'une indemnité de rupture de contrat de travail ou d'une activité non autorisée néanmoins déclarée à l'ONSS (Office national de sécurité sociale) ;
- l'absence de l'assuré lors du contrôle effectué par le médecin-conseil ;
- le travail au noir dans une période d'incapacité de travail (cumul d'indemnités et d'activités non déclarées) ;
- l'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale.

Le rapport souligne la nécessité de poursuivre les actions en matière de lutte contre la fraude sociale. La collaboration avec d'autres instances (également judiciaires) est cruciale, de même qu'un exercice de réflexion par les organismes assureurs sur les procédures internes en matière de traitement de dossiers et une intervention proactive dans le domaine de la détection de cumuls. Pour de plus amples informations, nous vous renvoyons volontiers au rapport semestriel auquel le rapport a été ajouté en annexe.

PERSPECTIVES 2011

Le prochain rapport intégré est prévu pour la mi-2011.

Annexe: Aucune.

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

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

BILAN ANNEE 2010 & PERSPECTIVES 2011

En ce qui concerne cet article, nous notons, pour l'année 2010, l'action-engagement suivant(e), à savoir :

Engagement 1: *Croiser les données DMFA et les données PI et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date limite : 31 décembre 2010.*

Cet engagement a été réalisé. Le croisement des données a été effectué, de même que les contrôles au sein des mutualités (données de 2008). Entre-temps, la phase de l'analyse est terminée et le rapport a été livré fin novembre 2010.

Les résultats du premier exercice (en 2009) indiquent qu'il existe des procédures de contrôle au niveau des organismes assureurs mais qu'il s'avérait peut-être nécessaire d'améliorer structurellement ces procédures. Il avait également été constaté que les OA pourraient utiliser davantage des documents de cotisations et des flux électroniques qui comportent des informations relatives aux cumuls. Les conclusions du rapport actuel indiquent que le pourcentage des cumuls non traités a légèrement augmenté. Cela confirme ce qui figurait dans le premier rapport, à savoir la nécessité d'intensifier l'utilisation des flux électroniques (DMFA) et de renforcer la procédure de contrôle interne en vue d'une intervention plus efficace et davantage proactive.

Pour l'année 2011, nous inscrivons aussi 1 action-engagement relative à cet article :

Engagement 2 : *Effectuer un croisement des données DMFA et PI ainsi qu'examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date limite : 31 décembre 2011.*

Un troisième exercice sur les données DMFA et PI sera effectué en 2011.

Annexe 17:

- Rapport 2010, y compris les résultats du croisement des données DMFA-PI.

ARTICLE 42. Fraude sociale: Dossiers d'assujettissement fictif

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

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

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

- Après réception du feed-back, l'inspecteur social se rend dans la mutualité pour examiner les cas pour lesquels une procédure en récupération a été engagée. L'inspecteur social doit en

effet examiner l'exactitude des montants indûment versés et établir un procès-verbal en vue d'infliger une sanction administrative.

- Les cas (un échantillonnage) pour lesquels la mutualité constate qu'il n'y a pas d'incidence due à l'emploi frauduleux sont également contrôlés (à partir de 2010).
- Enfin les cas pour lesquels le feed-back est imprécis ou incomplet sont contrôlés.

BILAN ANNEE 2010

Pour l'année 2010, une première action-engagement est prévue à cet article :

Engagement 1: effectuer une analyse quant à la qualité du feed-back des organismes assureurs relatif aux dossiers d'assujettissement fictif. Date limite : 31 décembre 2010.

L'analyse tant du nombre de cas traités que de la qualité du traitement des dossiers est terminée. L'analyse se focalise essentiellement sur l'incidence de l'analyse précédente (2008-2009) et sur le feed-back formulé. L'objectif est que les organismes assureurs traitent dorénavant les dossiers de manière plus proactive et plus rigoureuse, avec la rapidité requise. Les analyses comprennent tant les résultats des analyses qualitatives que les délais de réponse du feed-back. Le rapport a été remis en décembre 2010 et joint en annexe à ce rapport annuel. L'action-engagement a donc été réalisée.

Les conclusions du rapport révèlent que les dossiers sont mieux gérés quand on compare au rapport précédent (concernant les dossiers des années 2008 et 2009). Par ailleurs, dans certaines mutualités, des cellules de coordination spéciales ont été créées, ce qui a entraîné un coefficient d'erreurs moins élevé. Cependant, les unions nationales doivent faire preuve de la vigilance requise surtout auprès des plus petites mutualités parce que ces mutualités traitent peu de dossiers de cette nature et ne sont donc pas encore bien au courant des procédures du feed-back.

Au cours des prochaines années, cette analyse et le compte rendu y afférent continueront à se faire dans le cadre de l'activité en continu sans qu'un compte rendu spécifique y afférent ne soit prévu pour cet article.

Annexe 18:

- Compte rendu concernant la qualité du feed-back des OA sur les dossiers d'assujettissement fictif.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes:

1. Élaboration de deux rapports de contrôle thématique par an : un sur les soins de santé ; un autre sur les indemnités. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012.

BILAN 2010

- Contrôle thématique 1 : secteur « Assurance indemnités »

Un premier contrôle thématique effectué par le Service du contrôle administratif (SCA) en 2010 concerne les indemnités aux travailleurs indépendants. Ce contrôle thématique comprend un certain nombre de contrôles portant sur le respect des règles et des procédures en matière :

- d'assurabilité ;
- d'assimilation pour cause de maladie ;
- de reprise d'activités autorisée ;
- de cumul à des indemnités allouées dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Au terme d'une préparation sur le fond, d'une préparation méthodologique et d'une concertation préparatoire avec l'ensemble des inspecteurs sociaux concernés, les contrôles à proprement parler ont été effectués en mutualités, en mai et juin 2010. Le rapport final (NL) a été livré au cours du second semestre 2010.

- Contrôle thématique 2 : secteur « Assurance soins de santé »

Le rapport relatif au contrôle thématique effectué en 2009 à propos d'OMNIO a été livré au printemps 2010 et discuté au sein des organes appropriés.

Le contrôle thématique « soins de santé » - entamé en 2010 - porte sur les assujettissements irréguliers et fictifs dans le secteur de l'assurance soins de santé. La préparation quant au fond et à la méthodologie du contrôle ainsi que l'élaboration d'un programme de travail étaient terminées en septembre 2010. Une concertation de travail a ensuite été organisée avec les inspecteurs sociaux, en octobre.

Parallèlement à la réalisation de ce deuxième contrôle thématique, une concertation a également été organisée en septembre 2010 avec les organismes assureurs (OA) concernant les procédures de feed-back que le SCA applique actuellement vis-à-vis des OA en ce qui concerne les assujettissements irréguliers et fictifs. Les OA avaient en effet demandé des éclaircissements à ce sujet.

PERSPECTIVES 2011

La traduction du rapport final du contrôle thématique « Indemnités des travailleurs indépendants » sera prête début 2011. Le rapport fera ensuite l'objet d'un débat au sein de la Commission technique.

En ce qui concerne le contrôle thématique « Assujettissements irréguliers et fictifs » dans le secteur de l'assurance soins de santé, on a terminé les contrôles début 2011 et la rédaction du rapport a débuté.

Annexes 19, 20, 21 et 22:

- Contrôle thématique « OMNIO » : résumé
- Contrôle thématique « OMNIO » : rapport intégral
- Contrôle thématique « Indemnités travailleurs indépendants » : résumé (uniquement version NL)
- Contrôle thématique « Indemnités travailleurs indépendants » : rapport intégral (uniquement version NL)

<p style="text-align: center;">ARTICLE 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration</p>
--

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, en outre, abouti à quelques suggestions et engagements concrets 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.

BILAN ANNEE 2010

Ci-après figure l'état d'avancement des actions-engagements pour l'année 2010.

Engagement 1: Rédiger un premier rapport comprenant une synthèse des discussions de l'année écoulée. Date limite: 31 décembre 2010.

Cet engagement est réalisé (avec un retard limité). Une note préparatoire a été établie fin 2010 et une concertation commune a eu lieu le 18 janvier de cette année avec l'ensemble des organismes assureurs et le Office de contrôle des mutualités. La note a entre-temps été complétée par les remarques et ajouts résultant de la discussion, et a été annexée au présent rapport. Les rencontres internes nécessaires ont également été organisées entre-temps. Une concertation aura également lieu, début février, avec l'Office de contrôle des mutualités. Une prochaine concertation sera organisée, le 29 mars, avec les organismes assureurs.

Engagement 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.

Le Service du contrôle administratif a entrepris les actions nécessaires. Un groupe de projet a notamment été créé et différentes réunions préparatoires ont été organisées. Le choix a été fait ensuite de questionner les personnes responsables des plaintes auprès des organismes assureurs. Pour assurer le bon déroulement des interviews entre les inspecteurs sociaux et le responsable des plaintes, un template a été conçu, reprenant les différentes questions à poser au cours des interviews. Au cours des mois de mai et juin derniers, des interviews ont été effectuées auprès de chaque organisme assureur au sujet des plaintes adressées au SPOC (au total, 7 interviews). Entre-temps, tous les éléments ont été traités et le rapport a été réceptionné et annexé au présent rapport. L'action-engagement est donc réalisée. Il ressort du rapport que :

- toutes les mutualités ne disposent pas de systèmes de plaintes formalisés,
- lorsqu'il existe un système de plaintes, des procédures de suivi spécifiques sont généralement aussi prévues,
- que les plaintes sont toujours traitées rapidement.

PERSPECTIVES ANNEE 2011

Les actions-engagements suivantes ont été reprises au cours de l'année 2011 :

Engagement 2 : Faire une proposition d'adaptation des règles d'application actuelles. Date limite : 31 décembre 2011.

Les discussions en cours seront poursuivies. Une proposition visant à apporter des adaptations au système actuel sera formulée d'ici fin 2011.

Engagement 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.

À cette fin, le Service du contrôle administratif entamera les travaux préparatoires requis. On examinera en outre de quelle manière les informations des systèmes de plaintes des organismes assureurs peuvent être utilisées, dans le cadre de la responsabilisation, pour la réflexion au sujet des nouvelles règles opérationnelles et pour leur mise en œuvre (cf. Engagement 2). Songeons, entre autres, aux indicateurs concernant les délais de réponse pour les plaintes reçues et traitées par les OA.

Annexes 23 et 24:

- Rapport des discussions menées avec les organismes assureurs dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs concernant leurs frais d'administration.
- Le rapport sur l'analyse des systèmes de plaintes des organismes assureurs.

<p style="text-align: center;">ARTICLE 45. Information aux dispensateurs de soins et communication externe émanant du SECM: Infobox</p>
--

INTRODUCTION

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

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

BILAN ANNEE 2010

Au cours des dernières années, différents modules ont été élaborés sous la forme d'un Infobox. Citons, entre autres, l'Infobox pour les médecins généralistes (dernière version : juillet 2007), la Brochure d'information au sujet du SECM (dernière version : novembre 2007), la brochure pour le médecin-spécialiste (dernière version : septembre 2008), l'actualisation de l'Infobox du médecin généraliste (2009), l'actualisation de la brochure d'information SECM (missions et procédures de sanction) (2009).

L'Infobox pour le praticien de l'art infirmier a été publié le 8 juillet 2010. 10800 exemplaires ont été envoyés. Le communiqué de presse et l'Infobox ont été joints au rapport semestriel 2010.

L'Infobox pour le kinésithérapeute a été publié en novembre 2010. 2500 exemplaires ont été envoyés. Le communiqué de presse et l'Infobox sont en annexe.

Un point important à prendre en considération concerne le temps nécessaire à l'élaboration de ces brochures d'information. Les Infobox contiennent plus d'informations que les brochures de la première génération et leur mise en page est plus soignée. Il est également très important que les questions ou suggestions des dispensateurs de soins puissent figurer dans les versions mises à jour et/ou dans les nouvelles brochures Infobox. Une attention toute particulière est également prêtée à la concordance entre les versions des deux langues nationales.

Depuis 2009, le comité de lecture a été élargi au SPF Santé publique en vue d'une amélioration continue.

PERSPECTIVES ANNEE 2011

L'Infobox pour le pharmacien est en phase finale de diffusion. La publication est prévue en mars 2011. Elle subit un retard du fait que les pharmaciens ont demandé un délai supplémentaire afin de relire les textes.

Dans les prochaines années, l'INAMI actualisera, s'il y a lieu, les modules disponibles et élaborera 2 nouvelles brochures d'information (1 Infobox pour le 31 décembre 2011 et un autre pour le 31 décembre 2012).

Annexes 25 et 26:

- Communiqué de presse relatif à l'Infobox pour les kinésithérapeutes 2010.
- Infobox pour les kinésithérapeutes – année 2010.

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

INTRODUCTION

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

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

Secteur de l'assurance soins de santé :

1. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation 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 indemnités :

3. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif.

Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination.

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

BILAN 2010

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

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

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

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

En ce qui concerne le secteur des soins de santé, une circulaire relative au règlement financier-juridique (plan comptable) a entre-temps été rédigée, finalisée et diffusée parmi les OA au cours du deuxième trimestre 2010. Quant à la circulaire concernant l'interprétation juridique-administrative, celle-ci est en cours de finalisation.

En ce qui concerne le secteur des indemnités, une longue circulaire générale a été préparée, acceptée et diffusée au cours du troisième trimestre 2010. Cette circulaire générale esquisse le cadre de la nouvelle législation ainsi que le traitement des demandes d'invalidité. Outre et dans le prolongement de cette circulaire générale (action-engagement 3), toute une série de circulaires plus détaillées sont rédigées sur des thèmes spécifiques tels par exemple, la déclaration d'incapacité de travail, le contrôle médical d'incapacité de travail primaire et d'invalidité et sujets similaires. La circulaire relative à la déclaration d'incapacité de travail primaire est déjà officieusement disponible. Par ailleurs, une circulaire a également été rédigée au sujet de la jurisprudence de la Cour européenne de justice dans l'affaire Leyman.

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

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

Comme mentionné dans la description du projet de l'article 46 du Contrat d'administration, la nouvelle législation en matière de coordination comporte non seulement un volet réglementaire mais aussi un volet en matière d'échange de données par voie électronique entre les États membres, en remplacement des flux papier actuels. Initialement, il avait été prévu au niveau européen que ces flux électroniques seraient mis en route en mai 2012. Pendant une phase transitoire de deux années, les flux électroniques et papier auraient continué à coexister. En raison d'un retard encouru par la firme soutenant la Commission européenne dans la préparation des flux électroniques, la date de mai 2010 initialement prévue ne pourra pas être respectée. La firme a toutefois fourni son rapport au cours du second semestre 2010.

La préparation du passage vers les flux électroniques comporte, dans une première phase, le développement des documents électroniques au niveau de la Commission européenne. Une concertation aura ensuite lieu avec les États membres au sujet de ces projets de documents électroniques. En Belgique, une concertation a également lieu à ce sujet entre la BCSS – qui coordonne le volet électronique et développera les programmes de base -, l'INAMI et les OA. Dans le prolongement de cette concertation, le SSS et le SI de l'INAMI concevront également des documents qui aboutiront finalement à la création de circulaires (actions-engagements 2 et 4).

PERSPECTIVES 2011

Les travaux relatifs à l'élaboration de circulaires et à la préparation du passage à l'échange de données par voie électronique se poursuivront.

Annexe: Aucun.

ARTICLE 47. Observatoire de la mobilité des patients

INTRODUCTION

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

L'action-engagement initiale était la suivante :

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

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

Action-engagement remplaçant l'ancienne action-engagement :

1. Prendre une initiative au niveau de la composition de l'Observatoire de la mobilité des patients. Date limite : pour le 30 juin 2010.

BILAN 2010

La loi du 10 décembre 2009 portant dispositions diverses en matière de santé prévoit que la loi du 4 juin 2007 (encore revue par la Loi portant dispositions diverses en matière de santé de 19 mai 2010 (M.B. de 2 juin 2010, ed.2)) portant modification de la législation en vue de

promouvoir la mobilité des patients entrerait en vigueur le 1^{er} juillet 2010. L'Observatoire de la mobilité des patients est institué auprès de l'INAMI et du SPF Santé publique.

Pour l'heure, il a été décidé de ne pas encore élaborer un ou plusieurs arrêtés royaux d'exécution (action-engagement 1) étant donné que cela n'a, à ce stade-ci, pas vraiment de sens. Strictement parlant, un arrêté royal n'est pas requis pour le premier démarrage de l'Observatoire. La loi prévoit un cadre suffisant pour la phase de démarrage. Les décisions relatives à l'élaboration ou non d'arrêtés d'exécution par l'INAMI ou le SPF Santé publique seront prises en fonction de l'input du processus décisionnel par les représentants de l'Observatoire de la mobilité des patients.

Au printemps 2010, l'INAMI et le SPF Santé publique ont décidé de préparer l'établissement de l'Observatoire. Les deux partenaires se sont réunis le 2 juin 2010 et ont convenu de prendre les initiatives requises afin de constituer l'Observatoire (action-engagement 1) et de préparer un certain nombre de notes techniques en vue de rendre l'Observatoire encore plus opérationnel.

▪ Constitution de l'Observatoire

Il a tout d'abord été décidé d'adresser une lettre aux organisations qui, conformément à l'article 5 de la loi du 4 juin 2007, siègent au sein de l'Observatoire. Dans cette lettre, il leur est demandé de bien vouloir communiquer le(s) nom(s) de leurs représentants avant le 15 septembre 2010. Cette lettre a été envoyée début août aux organisations représentatives des employeurs, aux organisations représentatives des travailleurs indépendants, aux organisations représentatives des travailleurs, aux organismes assureurs et aux dispensateurs de soins (gestionnaires des établissements hospitaliers et représentants des médecins).

Puis, il a été décidé d'inviter les ministres des Régions et des Communautés qui ont la Santé publique dans leurs attributions, à la prochaine Conférence interministérielle de la Santé publique (CIM) pour qu'ils y communiquent leur représentant à l'Observatoire. Lors d'une réunion préparatoire de la CIM le 29 juin 2010, les Régions et Communautés ont estimé que ce point ne devait pas être discuté à la CIM. Il a ensuite été décidé que le SPF Santé publique organiserait un appel à candidature, également par lettre.

Outre les acteurs cités, le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'INAMI, le SPF Sécurité sociale et les Institutions publiques de Sécurité sociale désigneront également leurs représentants à l'Observatoire.

Après un rappel aux acteurs qui, à la mi-septembre 2010, n'avaient pas encore désigné de représentants, toutes les candidatures sauf une ont été réceptionnées fin 2010. L'acteur qui fait défaut désignera son représentant sous peu.

▪ Notes techniques

Outre l'aspect « constitution », il a également été décidé, au printemps de 2010, de préparer quelques notes techniques en vue de poursuivre l'opérationnalisation de l'Observatoire par l'INAMI et le SPF Santé publique. La rédaction de ces notes a commencé au cours du second semestre 2010. Les notes contiennent entre autres :

- les données dont dispose l'INAMI concernant les patients étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique (note de l'INAMI) ;
- les données SHA-AZV (note de l'INAMI) ;
- les données RCM et RHM (note du SPF SPSCAE) ;
- les données disponibles via Finhosta (note du SPF SPSCAE) ;

- la répartition des patients dans les hôpitaux belges (à partir du 1^{er} juillet 2010) en fonction du système de financement sous lequel ils tombent (note du SPF SPSCAE).

Ces notes ont été présentées fin octobre, lors d'une concertation entre l'INAMI et le SPF SPSCAE.

PERSPECTIVES 2011

Une nouvelle concertation entre l'INAMI et le SPF SPSCAE au sujet de l'Observatoire de la mobilité des patients est prévue début février 2011. Les différentes notes techniques seront alors coulées dans une note globale. La date de la première réunion de l'Observatoire sera en outre fixée à ce moment-là.

Annexe: Aucun.

<p align="center">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)</p>

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

Ces dernières années, le projet COOPAMI a entre autres les réalisations suivantes à son actif (voir www.coopami.be) :

- Création d'une plate-forme de coopération
- Création d'un site Internet sur lequel COOPAMI partage son expertise
- Mise à disposition de banques de données de correspondants / d'experts à différents niveaux
- Accueil de délégations étrangères
- Conclusion de conventions d'échange d'expertise avec l'étranger
- Organisation de modules de formation en français et en anglais en Belgique
- Organisation d'ateliers en Belgique
- Organisation de stages individuels (avec mémoire de stage depuis 2010) en Belgique
- Organisation de séminaires à l'étranger
- Missions d'expertise à l'étranger
- Etc.

Le 16 septembre 2010, une Cellule Expertise et Coopami a été créée. Ce service de staff relève de la Direction générale. L'article 48 est géré par cette Cellule.

BILAN 1^{ier} SEMESTRE 2010 & PERSPECTIVES 2^{ième} SEMESTRE 2010 & SUIVANTS

Les actions-engagements suivantes figurent dans le 3^e Contrat d'administration pour l'année 2010.

Engagement 1: *Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français. Date limite : 31 mars 2010.*

Cette action-engagement est réalisée. La formation en anglais s'est déroulée du 1^{er} au 12 février 2010, celle en français du 1^{er} au 26 mars 2010, la thématique abordée étant « la gestion de la sécurité sociale ».

Entre-temps, l'offre de formation est renouvelée (formation commune IMT⁵-COOPAMI, prolongation de la formation actuelle qui passe de 4 à 6 semaines, etc.). En annexe de ce rapport le document comprenant la présentation de la formation.

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

Cette action-engagement est réalisée :

- Le 18 février 2010, une première vidéoconférence a été organisée avec le Maroc.
- Un autre essai infructueux (problème de liaison) avait été programmé avec l'Egypte le 3/3/2010 (suite à l'accueil d'une délégation le 12/3/2009).
- Suite au chantier de la réforme de la nomenclature au Maroc qui a débuté par un colloque en octobre 2010 l'installation sera utilisée pour le suivi ultérieur des travaux.
- Afin de mettre en place un « coaching » de la cellule actuarielle nationale de la sécurité sociale qui se met en place en Algérie le recours à des visioconférences via Webcams (système WEBEX) se met en place (26/2/2011), ce système est également utilisé pour le partenaire CNOPS au Maroc (27/2/2011) et à amené à ce développer avec d'autres pays.

Indépendamment des réalisations liées à ces 2 actions-engagements, d'autres projets sont actuellement menés avec le Burundi, les Congos (Kinshasa et Brazzaville), la Côte d'Ivoire, l'Algérie et le Maroc (avec qui une collaboration structurelle a été mise sur pied) ; un protocole d'accord a été signé en décembre 2010 avec la Mauritanie et un autre est en cours de finalisation avec la Tunisie.

Annexes 27:

- La Présentation de la formation en « Protection sociale en santé » IMT - COOPAMI
- Des autres informations détaillées sont disponibles sur le site de Coopami.

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

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

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

- Module 1 : Module de gestion du courrier entrant
- Module 2 : Module de gestion des dossiers sortants
- Module 3 : Module de gestion des demandes de pension d'invalidité (en cours)

⁵ Institut de Médecine Tropicale.

- Module 4 : Module de gestion des décisions
- Module 5 : Module de gestion de la comptabilité générale
- Module 6 : Module de gestion des statistiques et des tableaux de bord (déjà prévu dans l'Avenant 2009 ; date limite : 30.6.2010 ; non encore réalisé).

BILAN 2010

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

En 2010, l'ICT a poursuivi le développement du module 3, en collaboration avec le « business » du SI. Dans ce cadre, toutes les « règles d'activité » (*business rules*) qui sont applicables au calcul de la pension d'invalidité doivent être programmées. La programmation est une activité de longue haleine et complexe vu le nombre de règles, d'exceptions, de modifications au fil du temps, etc. Entre-temps, une première partie du module relatif aux calculs a été développée. Les collaborateurs « business » du SI entament ensuite une phase de validation sur la base de scénarios de tests préalablement conçus. Fin 2010, le module relatif aux calculs avait été développé et testé à raison de quelque 80 %.

PERSPECTIVES 2011

Les 20 % restants de ce module relatif aux calculs doivent être réalisés au cours du premier semestre 2011. La phase de développement est déjà en cours. Le module pourra entrer en phase de production après la phase test et la phase de validation.

Les collaborateurs « business » du SI et l'ICT devront ensuite procéder ensemble à l'actualisation du planning des cinq modules restants. En ce qui concerne les modules de gestion du courrier, ceux-ci devront être intégrés dans un projet plus large d'informatisation de la gestion du courrier à l'INAMI. Il est clair que le module relatif aux calculs (module 3) est celui qui requiert le plus de moyens et de temps. Il est également clair que la livraison intégrale des 5 autres modules ne pourra avoir lieu avant mi-2011 comme c'était prévu dans les actions-engagements. L'adaptation du calendrier fera bien évidemment l'objet d'un compte rendu dans le cadre des rapports relatifs à l'exécution du Contrat d'administration.

Annexe : Aucune.

<p>Article 50.1. Management de processus : le BPM en tant que point de référence du contrôle interne</p>

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

Pour les réalisations du trajet BPM de 2006 à 2009, nous renvoyons volontiers au texte de base du 3^e Contrat d'administration. Ci-après nous décrivons la progression en 2010 :

- L'amélioration de la méthodologie se poursuit et ce, en collaboration avec des experts externes, les cellules de soutien stratégique et de gestion décentralisées (cellules SSG) et la cellule de modernisation centrale. Le contenu du manuel et des transparents pour les formations de base de BPM a été amélioré. Une nouvelle version du modèle de présentation (template) pour les analyses BIO a également été élaborée. À cet effet, on a veillé tout particulièrement à faire une nette ventilation entre la situation 'AS IS' et la situation 'TO BE', ainsi qu'au lien avec la carte macro-processus et les objectifs stratégiques et opérationnels.
- Un 3^e cycle de formation de base BPM a été organisé fin 2010 et ce, pour une série de détenteurs de processus et pour quelques coaches internes (SPOCS SSG). Il s'agit d'un groupe d'environ 40 personnes. Depuis le début jusqu'à ce jour, nous comptons un total d'environ une centaine de personnes ayant suivi une formation BPM.
- Des sessions spécifiques de coaching ont été organisées pour soutenir les responsables fonctionnels. Ces sessions de coaching sont toujours en cours et seront terminées au cours du mois de mars.
- Le développement concret des analyses BIO pour les processus spécifiques des services centraux et des services opérationnels se poursuit.

Le développement du regroupement des processus de l'INAMI se poursuivra en 2011. 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,...). Au cours des prochains mois, des initiatives seront prises pour achever ce regroupement des macro-processus. On fera également l'inventaire de toutes les descriptions de processus disponibles.

Article 50.2. Mesure des performances

L'initialisation de l'évaluation des performances à l'INAMI remonte à 2002. Le processus de suivi mis en place dans le cadre de l'exécution du premier Contrat d'administration – et les rapports internes et externes y afférents – est appuyé par des tableaux de bord. Au cours des derniers mois, quelques tableaux de bord ont été révisés et adaptés le cas échéant. Une correction régulière des tableaux de bord est nécessaire afin que les tableaux et les indicateurs utilisés restent suffisamment pertinents. Les tableaux de bord suivants ont été revus :

- les données issues de pharmanet,
- les informations relatives à la nomenclature, c'est-à-dire le contenu, l'utilisation et la qualité de l'application Nomensoft,
- les informations concernant les fichiers, les délais et les résultats des contrôles pour les données du code-barres unique,
- quelques tableaux concernant des paiements que l'INAMI effectue directement en faveur de groupes-cibles spécifiques.

En 2011, un nouveau tableau pour les fichiers de référence sera élaboré et le tableau de bord actuel traitant des données flowdos sera actualisé.

En 2009, une Balanced Scorecard⁶ (BSC) a été conçue pour les RH. Des facteurs de réussite ont été déterminés pour 4 domaines (finances et planning (F), processus internes du Service des RH (P), agents et services opérationnels comme clients des RH (C), innovation, compétence et formation (I). Pour ces facteurs de réussite, des indicateurs de performance critiques ont été déterminés (KPI). Ces indicateurs feront l'objet de rapports périodiques au Comité de direction.

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

Article 50.3. Maîtrise des risques

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

On peut lire dans le Contrat d'administration que, par le passé déjà, l'INAMI a intégré certains éléments fondamentaux de la maîtrise des risques dans son fonctionnement, notamment dans le cadre de la gestion des projets et des processus. Le volet « maîtrise des risques » a aussi été évalué et adapté à la lumière d'une nouvelle méthodologie pour les projets en cours d'élaboration à l'INAMI (cf. rapport sur l'article 50.6.). Dans le cadre de la « phase de définition » et de la « phase d'implémentation » par exemple, une rubrique est prévue pour identifier et évaluer les risques prévus ou effectifs ainsi que pour prévoir des mesures de maîtrise des risques. La méthodologie de maîtrise des risques révisée est décrite dans un manuel détaillé rédigé pour les chefs de projets. Bien entendu, une formation et un accompagnement adaptés seront nécessaires pour maîtriser correctement les risques mais aussi pour bien concrétiser les autres facettes de la gestion de projets (programmation, gestion de la qualité, détermination des moyens nécessaires, etc.). Des séances d'information ont aussi été organisées entretemps à l'INAMI.

Nous voudrions aussi mentionner le projet « Safe Info » (cf. rapport sur l'article 50.9) actuellement mené à l'INAMI. Il consiste à identifier et à évaluer, dans les différents processus, les risques et les mesures de gestion en matière de sécurité de l'information (confidentialité, intégralité et disponibilité). Ce projet va évidemment fortement encourager la Direction générale, les responsables hiérarchiques et l'ensemble du personnel à réfléchir à la maîtrise des risques à l'INAMI. La méthodologie à utiliser a fait l'objet d'une concertation préalable avec les consultants de Ernst & Young qui assurent l'accompagnement du projet. Vu les objectifs du projet Safe Info, cette méthodologie va un peu plus loin que l'actuelle méthodologie de gestion des processus et des projets à l'INAMI. Bien entendu, il faudra

⁶ La BSC est un tableau de bord qui peut être intégré dans l'organisation globale ou partielle (par exemple la GRH). Ce tableau de bord consiste concrètement en un set de mesures procurant au management une vision et une idée rapides et globales de l'organisation. Le management peut l'utiliser pour implémenter, mesurer, communiquer et rectifier. En d'autres termes, la BSC permet de diriger « de façon intégrée ».

attendre que la nouvelle méthodologie ait été appliquée pour pouvoir tirer des leçons sur son fonctionnement.

Article 50.4. Audit interne

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

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

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

Concrètement, une note exposant la vision sur le développement de la fonction d'audit interne dans les IPSS a été présentée à la mi-2010, lors d'un séminaire stratégique du Collège des IPSS. À cette occasion, un certain nombre d'orientations générales ont d'emblée été fixées, notamment dans les domaines suivants :

- la création d'un comité d'audit commun qui jouera plus particulièrement un rôle de soutien au niveau du développement, de la qualité et de la professionnalisation de la fonction d'audit interne dans les IPSS, et qui soutiendra l'harmonisation de l'approche, de l'organisation, des méthodes et des techniques de la fonction d'audit interne dans les IPSS ;
- le souhait de fixer également les orientations communes majeures sur le plan de l'audit interne dans une charte d'audit commune ;
- le souhait de développer un plan d'action commun en vue de concrétiser les possibilités de synergie, de collaboration et d'harmonisation dans le domaine de l'audit interne, sans toutefois mettre en cause la spécificité et la maturité de chaque IPSS individuelle ;
- prévoir la possibilité de collaborer – jusques et y compris les « Shared services » – en matière d'audit interne entre deux ou plusieurs IPSS ;
- souligner l'importance du « single audit », et par conséquent de l'harmonisation avec d'autres acteurs de contrôle au sein, et en dehors, des IPSS ;
- l'intérêt de développer la fonction d'audit interne comme nouvelle étape du processus d'amélioration continue au sein des IPSS ; d'où l'importance de la complémentarité des systèmes développés dans le cadre de la gestion des risques et du contrôle interne, au sein des IPSS.

Ces orientations générales ont également été communiquées à la Cour des comptes dans le cadre de la procédure contradictoire concernant une analyse de l'état d'avancement de l'audit

interne au sein des IPSS, effectuée par la Cour des comptes en 2009/2010. Le Collège des IPSS s'engage explicitement à faire des progrès en la matière dans les années à venir.

Deux projets de chartes ont été rédigés au cours du second semestre de 2010 en vue de concrétiser les orientations en matière d'audit interne formulées par le Collège des IPSS lors de son séminaire stratégique à la mi-2011.

La première charte concerne une charte commune de la fonction d'audit interne au sein des IPSS, et décrit entre autres les aspects suivants :

- le contexte de l'audit interne au sein des IPSS ;
- la mission de la fonction d'audit interne ;
- le champ d'action ;
- les types d'audit ;
- les aspects d'indépendance, d'objectivité et d'autorité ;
- un certain nombre de dispositions en matière de planning, d'exécution et de rapport des missions d'audit ;
- des dispositions relatives à la surveillance et à l'amélioration de la qualité ;
- l'intérêt d'un esprit de partenariat dans le cadre de la fonction d'audit interne ;
- et les modalités d'approbation et de modification de la charte.

L'objectif de cette première charte est de fixer un cadre commun permettant de réaliser les fonctions d'audit internes au sein des IPSS. Il va sans dire que ce cadre a été fixé dans le respect des normes de l'I.I.A. (Institute of Internal Auditors). Toutes les IPSS ne seront certainement pas à même d'appliquer d'emblée toutes les dispositions. C'est la raison pour laquelle une méthodique « comply or explain » est proposée, leur permettant ainsi de motiver pourquoi elles ne peuvent (pour l'instant) pas encore appliquer certaines dispositions.

La deuxième charte concerne la charte du Comité d'audit commun à créer pour l'ensemble des IPSS. Cette charte précise entre autres les aspects suivants : le contexte dudit Comité, sa mission, ses tâches, sa composition, son fonctionnement, etc.

Ces projets de chartes, rédigés par le groupe de travail « Audit interne », ont été discutés une première fois au Collège des IPSS, début février 2011. Ces projets de chartes seront adaptés en fonction des remarques formulées. Un certain nombre d'analyses seront par ailleurs effectuées en vue d'opérationnaliser ces chartes, et de mettre en place les fonctions d'audit internes proprement dites au sein des IPSS, en tenant compte à chaque fois des spécificités et de la maturité de chaque IPSS individuelle. Une nouvelle discussion est prévue au niveau du Collège des IPSS au cours du deuxième trimestre.

Article 50.5. Comptabilité analytique

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

- Comptabilité analytique : troisième dimension

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

L'objectif est de concrétiser également la troisième dimension de la comptabilité analytique dans les prochaines années. Cela signifie que l'INAMI sera capable de calculer le coût au niveau de l'activité. À la base, il s'agit de calculer le coût d'un processus déterminé mais aussi le coût d'un projet.

La Direction Finances et la Cellule de modernisation de l'INAMI ont sélectionné deux activités pilotes relatives au Contrat d'administration qui feront l'objet d'un test de méthodique en matière de calcul de coût de ces activités. Cette méthodique a été élaborée par la Direction Finances sur la base d'une analyse littéraire et pratique, bien entendu en concertation avec les responsables des activités pilotes. Ces deux exercices pilotes seront réalisés au cours de 2011.

Article 50.6. Management de projet

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

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

L'an dernier, l'INAMI a lancé le projet PMC (Project Management Culture) afin de poursuivre la professionnalisation de la méthodologie du pilotage, du management et de la coordination de projet, intégrés. L'approche méthodologique du management de projet se fait sous la coordination de la plate-forme SSG où siègent tous les coordinateurs SSG décentralisés et où la cellule de modernisation centralisée joue le rôle de pilote. Les éléments suivants figurent dans le projet PMC (une série d'entre eux ont été effectués entre-temps, d'autres sont en préparation.) :

- Sur le plan de la documentation de projets, un nouveau template de fiche de projet a été créé en 2010 et un manuel pour les utilisateurs y a été annexé. Complémentairement, des sessions d'information ont été organisées pour une large partie des chefs de projets de l'INAMI.
- Par ailleurs un groupe de travail a été créé pour tracer les différentes phases d'un projet, à savoir le « 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 jusques et y compris l'évaluation et la clôture d'un projet.
- Entre-temps, on a poursuivi l'élaboration d'un système de suivi des projets, tant au sein des services (Business Steering Group) qu'au niveau de l'INAMI (Comité de direction). Dans la plupart des services, des BSG sont déjà opérationnels et les projets sont systématiquement suivis.
- En rapport avec ce suivi, une identification unique des projets et une liste de projets sont en préparation. Cela permettra de faire un compte rendu intégré efficace au niveau de l'INAMI.
- En 2011 on poursuivra la mise en place d'un outil ICT pouvant servir d'étagage au management de projet. L'avantage sera de pouvoir conserver électroniquement toute la

documentation de projets et de voir rapidement dans quelle phase se trouve le projet. On étudie actuellement l'extension du logiciel au niveau business pour la gestion de projets du service ICT. Un groupe de travail interne s'en charge. Vous trouverez plus d'informations dans le prochain compte rendu. L'intérêt d'une approche intégrée du management de projet est ici essentiel.

Article 50.7. La gestion des plaintes

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

Depuis le 1^{er} janvier 2009, le traitement des plaintes est suivi au moyen d'un tableau de bord et de différents indicateurs. Ce tableau de bord est actualisé trimestriellement. En 2010, sur un total de 159 courriers, 67 plaintes se sont avérées recevables. Comme en 2009, une grande partie (+/- 58%) des courriers entrants sont, en réalité, des demandes d'information. Ainsi en 2010, les délais moyens d'envoi de l'accusé de réception et de réponse au plaignant étaient respectivement de 1 jour calendrier et de 32 jours calendrier; les valeurs-cibles étant respectivement de 10 jours calendrier et de 45 jours calendrier.

Nous renvoyons également à l'article 44 dans le cadre duquel, en 2010, une analyse des systèmes de plaintes actuels au sein des OA et des mutualités a été effectuée. Dans ce cadre, une consolidation éventuelle des différents systèmes INAMI-OA-Mutualités est envisagée à terme.

Article 50.8. GRH

Le Service RH de l'INAMI a entamé l'année 2010 en accueillant un nouveau manager RH. Les 12 derniers mois, un plan opérationnel de qualité dans le domaine des Ressources Humaines a été développé. Fin 2010, ce plan a été proposé au Comité de direction et mi-février 2011 au Conseil de direction et au Comité de concertation de base. Entre-temps, en 2010, de nombreuses initiatives RH ont été prises. Nous donnons ci-après un aperçu des réalisations au cours des mois précédents et nous faisons le lien avec les plans pour les 12 mois à venir.

Sur le plan de l'attrait de notre institution, le Service RH, en collaboration avec la cellule de communication, conçoit actuellement un dépliant comportant les informations générales au sujet des missions de l'INAMI ainsi que des informations au sujet de l'INAMI en tant qu'employeur. Le but visé est d'utiliser ces dépliants lors d'événements à l'extérieur comme par exemple, une bourse à l'emploi. L'INAMI a également mené en 2010 une large campagne de recrutement à l'occasion de la sélection de médecins. Cette campagne sera relancée en 2011 en accordant une attention particulière au groupe public des jeunes médecins et aux fonctions critiques.

Sur le plan des formations, en 2010, un trajet (« connect ») a été développé qui vise spécifiquement le développement de leadership. Ce trajet tend à soutenir les dirigeants dans le développement d'un style de direction tenant compte de la personne et explorera les compétences et les qualités nécessaires à cet effet. Un partenaire externe a été désigné pour ce trajet. La première phase vise le management stratégique (les membres du Conseil de direction), vu le rôle d'exemple qu'ils jouent dans l'organisation. Après l'évaluation de cette première phase, le but visé est d'étendre ce trajet à tous les dirigeants de l'INAMI.

En outre, en 2010, un premier inventaire a été dressé de tous les besoins en formation au niveau de l'INAMI pour les trois prochaines années. Tant « top down » (descendant) (ce dont l'INAMI a besoin) que « bottom up » (ascendant) (les besoins des collaborateurs individuels). L'analyse de ces besoins est en cours. Un planning des actions 2011 sera bientôt disponible et leur exécution commencera aussi effectivement.

Quant aux exit-interviews (entrevues de départ), un rapport a été proposé en avril 2010 au Comité de direction et au Comité de concertation de base, présentant le résultat des interviews 2009. Il a été tenu compte des résultats de ces interviews pour l'établissement du plan opérationnel des RH. Actuellement, le rapport concernant les « exit-interviews » (entrevues de départ) 2010 est en cours.

En 2010, le projet-pilote de télétravail (Service de traduction) a encore été élargi aux autres Services de l'INAMI. L'indicateur est passé de 5,8 %⁷ (2008) à environ 10% fin 2010. Au cours des mois à venir, le Service ICT et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux seront également intégrés dans le projet de télétravail. Entre-temps, une évaluation de l'application du télétravail est en cours. Les résultats en seront communiqués en 2011 ainsi que les propositions éventuelles de correction de la procédure actuelle et d'extension de fonctions télétravaillables éventuelles.

En 2011, sur le plan de la politique de la gestion de l'absentéisme, on fera un compte rendu systématique des absences au Comité de direction. Ce compte rendu permettra d'aborder avec précision certaines dérives (par exemple dans certains Services).

Dans le texte de base du 3^e contrat d'administration, il est stipulé que l'INAMI suivra minutieusement la rotation du personnel et qu'il s'efforcera d'obtenir une baisse du chiffre actuel de la migration. Nous notons une baisse de ce chiffre : il passe d'un score de 7,10%⁸ en 2008 à celui de 6,38% en 2009.

Les cercles de développement à l'INAMI ont toujours été relativement bien appliqués (taux d'application des cercles de développement : 71,10%⁹ en 2008). Cependant, nous avons constaté que l'application en 2009 est moins bonne que les années précédentes. Au cours des prochains mois, une série d'actions d'encouragement seront lancées. Nous espérons que le trajet du développement leadership aura un effet positif sur le taux d'application des cercles de développement.

En 2006, une première enquête de satisfaction a été menée auprès du personnel. Une deuxième enquête de satisfaction a été effectuée entre-temps. La communication et l'élaboration d'un plan d'action sont prévues dans les prochaines semaines.

⁷ Indicateur P&O n°. 17 = (nombre de membres du personnel télétravailleurs/nombre total de collaborateurs).

⁸ Indicateur P&O n° 6a = migration du personnel = (nombre de collaborateurs IN / nombre total de collaborateurs) + (nombre de collaborateurs OUT / nombre total de collaborateurs) / 2

⁹ Indicateur P&O n° 16 = (nombre d'entretiens de bilan au cours du cycle précédent / nombre total de collaborateurs concernés par les CD)

Sur le plan de la stimulation de la transmission interne des connaissances, un projet « task force de formateurs internes » a été lancé. Le but visé est de promouvoir la transmission interne des connaissances sur la base du développement de formations internes et ce, au sein d'une large offre de formations. Il s'agit de formateurs internes ayant une expertise spécifique qui développent des formations et qui les assurent. Ils suivent d'abord une formation IFA « train the trainer » au cours de laquelle ils bénéficient d'un soutien méthodologique pour l'élaboration de leur module de formation. Les formateurs seront chargés d'assurer des formations n'existant pas à l'extérieur ou applicables spécifiquement au sein de l'INAMI.

Enfin, nous voulons encore souligner les liens de collaboration intensive entretenus par l'INAMI avec les autres établissements sur le plan de la GRH. Citons entre autres, une participation intensive de l'INAMI au projet FED20 que le SPF P&O a mis sur pied (suivi des indicateurs RH). Par ailleurs, en 2010, sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI, un groupe de travail a été créé au sein des IPSS, s'occupant du développement de synergies entre les IPSS. Les premiers résultats seront tangibles en 2011.

Une de ces synergies vise le développement des e-RH. En 2010, l'INAMI a fait une analyse à ce sujet en ce qui concerne sa propre situation existante (« AS IS ») (en l'état) ainsi que la situation souhaitée (TO BE) (à atteindre) sur la base des applications existant dans d'autres institutions ou Services publics et sur la base d'applications existant sur le marché. Un compte rendu en a été fait au management de l'INAMI. Les étapes suivantes doivent encore être déterminées. Nous vous fournirons de plus amples informations dans les comptes rendus ultérieurs.

ARTIKEL 50.9. ICT

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

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

Un premier projet spécifique qui doit s'inscrire dans le Contrat d'administration actuel 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.

Depuis un certain temps déjà, le Service ICT utilise une Balanced Scorecard pour le fonctionnement de helpdesk. Celle-ci n'est actuellement suivie et relatée qu'au niveau interne. Dans une phase ultérieure, on veut en faire un compte rendu plus large. Par ailleurs, le Service ICT dispose d'une série d'indicateurs qui suivent les résultats du fonctionnement des projets ICT. Ces indicateurs sont actuellement en phase de redéfinition dans le cadre d'une approche « lean project management » (« projet de gestion allégée »).

Dans un premier temps, le but est d'optimiser les indicateurs et les tableaux de bord (helpdesk, fonctionnement de projets) existant au sein du Service ICT et d'en diffuser le compte rendu au Comité de direction et aux clients internes. Dans une phase ultérieure,

d'autres facettes et dimensions des performances du Service ICT pourront encore se révéler par des indicateurs supplémentaires.

- Exécution d'une analyse de risques en matière de sécurisation de l'information à l'INAMI

Un second projet spécifique dans lequel l'INAMI souhaite s'investir dans le cadre du Contrat d'administration actuel concerne la problématique de la sécurisation de l'information. De par la nature des informations réunies, traitées et révélées au sein de l'INAMI, un bon système d'identification des points à risque s'avère nécessaire tandis que des mesures de contrôle doivent être formulées et suivies. Les systèmes requis à cet effet ont été développés au cours des années précédentes.

Au cours de l'année 2010, l'INAMI a confié à Ernst & Young sous la forme d'une adjudication publique, un projet ISMS dans le but de faire l'audit de la sécurité de l'information et des procédures sous-jacentes. ISMS est l'abréviation de « Information Security Management System », un système de gestion de la sécurisation de l'information décrit dans la norme ISO sous la référence « ISO 27001 ». Par le truchement de ce projet, l'INAMI veut vérifier si et de quelle façon la sécurisation de son information est intégrée dans la manière de travailler. Concrètement, on cherche une réponse aux questions suivantes : la sécurisation de l'information fait-elle partie des processus ? Y-a-t-il des engagements pris en ce sens ? Y-a-t-il des procédures ? Etc. Si on relève des manquements, on examinera quelles sont les solutions pour y remédier. Le projet a été baptisé « Safe Info » suite à un concours interne qui avait été lancé entre autres pour que l'ensemble du personnel connaisse mieux le projet ISMS et s'y investisse davantage.

Le projet Safe Info apporte certainement une importante plus-value à l'INAMI, tant sur le plan externe que sur le plan interne :

- Sur le plan externe : il permet d'améliorer notre fonctionnement et d'augmenter notre valeur ajoutée à l'égard des responsables politiques, de nos partenaires (par exemple, les dispensateurs de soins, les compagnies d'assurance, les entreprises, etc.) et de chaque assuré social.
- Sur le plan interne : il montre clairement à chaque collaborateur de l'INAMI comment échanger des informations au sens large du terme. Par exemple, pour l'échange de courriels et le traitement de dossiers confidentiels, mais aussi pour l'archivage correct des documents papier, pour le partage d'informations entre collègues, pour l'octroi responsable de droits d'accès aux fichiers de données,...

Safe Info est un vaste projet qui s'étalera sur deux années environ. L'INAMI se fera encadrer, comme nous l'avons signalé plus haut, par Ernst & Young qui a beaucoup d'expertise en tant qu'organisme consultant. Ernst & Young sera responsable tant de l'analyse des risques de sécurisation de l'information dans nos processus que de l'accompagnement du projet au sein de l'INAMI. La coordination du projet au niveau de l'INAMI sera assurée par le Service ICT. Le Comité de direction orientera et suivra le projet en qualité de groupe de direction.

Le projet se déroulera en plusieurs phases, service après service. Cela signifie que l'on commencera par un service-pilote dont Ernst & Young effectuera l'analyse des processus. Sur la base de ce pilote, nous tirerons des leçons pour analyser les processus des autres services et les améliorer, si nécessaire. Avant de faire démarrer le projet-pilote, un groupe de travail a été créé pour la méthodologie ; il était composé de consultants d'Ernst & Young qui ont présenté leur méthodologie pour le feed-back et l'amélioration à une série de protagonistes directement concernés à l'INAMI, comme la Cellule de modernisation, le coordinateur de la sécurisation de l'information et des représentants des coordinateurs ICT. Ce groupe de travail pour la méthodologie a terminé ses travaux au cours du quatrième trimestre 2010.

Fin 2010, Ernst & Young a d'ores et déjà présenté une analyse plus générale - dépassant le cadre du processus - au sujet d'une série d'aspects et de risques génériques en matière de sécurisation de l'information auxquels l'INAMI est confronté.

En janvier et février 2011, les processus du service-pilote – à savoir le Service des indemnités – ont été analysés sur le plan des risques qu'ils présentent en matière de sécurité de l'information (confidentialité, intégrité et disponibilité).

Plus généralement, nous aimerions aussi souligner que, parallèlement à la préparation, à l'exécution et au déroulement du projet Safe Info, un volet détaillé « communication » est prévu afin d'informer largement tant la direction que les protagonistes directement concernés, les collaborateurs des services qui sont analysés progressivement et l'ensemble du personnel au sujet des objectifs et de la progression du projet ainsi qu'au sujet de leur propre responsabilité en matière de sécurisation de l'information.

Article 51. Développement durable

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

- **Audit EMAS**

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.

Dans le cadre des négociations relatives au Contrat d'administration, il avait été signalé que cette ambition ne pourrait être réalisée que dans la mesure où le service de coordination prévoirait la capacité RH supplémentaire requise. Ces moyens ont été fournis dans le cadre du Contrat d'administration. Début 2010, l'INAMI a élaboré une description de fonction pour un attaché présentant un profil mixte « développement durable et installations techniques ». La fonction d'attaché « développement durable » constitue un nouveau type de fonction qui a fait l'objet d'une pondération (A1) et qui devrait être reprise dans le cadre de la nouvelle cartographie des fonctions de l'autorité fédérale. Cette nouvelle cartographie des fonctions, gérée par le SPF P&O, est déjà établie depuis longtemps, mais elle ne pouvait pas encore être publiée au Moniteur belge, le Gouvernement étant en affaires courantes. De ce fait, l'INAMI n'a pas encore pu entamer la procédure de recrutement.

Le lancement des audits EMAS dépendra de l'entrée en service effective du nouveau collaborateur.

- **Concerto**

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. À ce jour, on a économisé près de 10 % en termes de consommation de

papier pour les notes du Comité de l'assurance, suite à la suppression de la distribution interne des documents. Désormais, les agents de l'INAMI peuvent consulter toutes les notes de manière électronique. Au cours des prochains mois et des prochaines années, ces économies ne feront qu'augmenter (suppression des exemplaires pour les personnes extérieures). Le prochain rapport fournira davantage d'informations à ce sujet.

CONCLUSIONS

Ainsi, l'INAMI achève sa première année d'exécution du troisième contrat d'administration.

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

Le tableau synthétique repris en début de rapport donne un aperçu de toutes les réalisations de 2010. Ces résultats concrets sont réalisés grâce à l'implication de tous les membres du personnel de l'INAMI et de ses acteurs externes et montre clairement les avancées que l'INAMI peut faire valoir.

En même temps, il est clair qu'en 2011, pour quelques projets, un suivi rigoureux s'impose au sein de l'INAMI. Dans le cadre du prochain rapport semestriel de 2011, il y aura bien entendu un rapportage à ce niveau.

A côté de l'exécution des missions de base et les projets spécifiques du 3^{ème} contrat d'administration, l'INAMI a dans le cadre de la présidence Européenne participé aux conférences suivantes:

- La conférence 'Investing in Europe's Health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration' du 9 et 10 septembre 2010
- La conférence Interministérielle "Innovation et Solidarité" qui a eu lieu le 23 et 24 septembre 2010.
- La conférence European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN) du 28 septembre 2010
- La conférence Malades chroniques du 20 octobre 2010
- La conférence Pricing Reimbursement du 16 décembre 2010