

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

Rapport annuel du 01/01/2006 au 31/12/2006

INTRODUCTION

Vous trouverez ci-après le rapport annuel sur l'état d'avancement des engagements du **deuxième contrat d'administration** de l'Inami portant sur la période du **1er janvier 2006 au 31 décembre 2006**,

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

1. l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, notamment l'article 8 § 3;
2. l'arrêté royal du 19 juillet 2006 portant approbation du deuxième contrat d'administration de l'Inami;
3. l'article 2 du protocole de collaboration conclu le 24 septembre 2002 entre l'Administrateur général de l'Inami et les Commissaires du gouvernement représentant l'Etat;
4. le rapport semestriel sur l'état d'avancement des engagements figurant dans le contrat d'administration portant sur la période du 1er janvier 2006 au 30 juin 2006;
5. le compte-rendu du Commissaire du gouvernement envoyé le 28 septembre 2006 au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget relatif au rapport semestriel visé au point 4;
6. la création au sein de l'Inami d'une Cellule modernisation chargée notamment du suivi du contrat d'administration au moyen du plan d'administration et des tableaux de bord d'une part, et de la coordination et du soutien à l'élaboration du plan stratégique de management de l'Inami d'autre part.

Ce rapport comporte trois parties:

- Une description par objectif du bilan des engagements réalisés en 2006 et des perspectives en 2007 au regard des engagements repris dans le contrat d'administration;
- Les tableaux de bord actualisés au 31 décembre 2006;
- Les annexes démontrant la réalisation des engagements en 2006.

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

BILAN 2006 ET PERSPECTIVES 2007

- Le traitement/validation des données SHA éd. 12 (séjours comptabilisés du 1/1/2004 au 30/6/2005) étant terminée, les rapports sur la qualité et l'exhaustivité des données ont été envoyés aux OA avant le 31 décembre 2006. Pour rappel, ces données de l'éd. 12 reprennent trois nouveaux champs (lieu de prestation, date de prestation et numéro identifiant du dispensateur). Un exemplaire de rapport à un OA figure en annexe.
- Pour ce qui est des propositions concrètes (modification légales, arrêtés royaux, circulaires, ...), en vue de simplifier l'exploitation des données RCM-SHA par les organes consultatifs ou de gestion de l'Inami, celles-ci ont déjà été intégrées dans la loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé (articles 35 à 38). Dorénavant, l'Inami, tout comme le SPF Santé publique et le KCE, pourra disposer directement et sans autorisation préalable des données couplées SHA-RCM. Pour ce qui est de l'accélération de la procédure de constitution et de validation des données RCM-SHA, des contacts ont eu lieu avec les OA mais sa faisabilité semble risquée, notamment au regard de l'importance de ces données utilisées dans le cadre du calcul du forfait des spécialités pharmaceutiques ou de biologie clinique en milieu hospitalier. Les différents arguments invoqués en défaveur de cette accélération du couplage RCM-SHA sont repris dans une note annexée au présent rapport.
- Le rapport décrivant les évolutions constatées dans la validation des données SHA est terminé. Celui-ci sera déposé au Comité de l'assurance. Ce rapport est joint en annexe. Notons aussi que, uniquement sur demande précise du Comité de l'assurance et suite au rapport précité, un autre rapport relatif aux conclusions et enseignements à tirer des données SHA validées (constatations, analyses et explications) pourrait être réalisé pour le 31 mars 2007.
- En termes de résultat-engagement, les données SHA ont été, comme prévu dans le contrat, validées dans un délai inférieur à 3 mois (valeur-cible) après réception du dernier fichier acceptable. Pour rappel, il convient de souligner la volonté de l'Institut à réduire ces délais de mise à disposition dans la mesure où les valeurs-cibles étaient de 9 mois et de 6 mois respectivement pour les années 2002 et 2003 d'une part et 2004 et 2005 d'autre part.

Annexes 1, 2 et 3:

- Un rapport OA sur la qualité des données SHA éd. 12 ;
- La note relative à la simplification et l'accélération de l'exploitation et de la validation des données RCM-SHA ;
- Le rapport décrivant les évolutions constatées dans la validation des données SHA.

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

BILAN ANNÉE 2006

Ce projet vise à informer l'ensemble des acteurs de l'assurance indemnités des raisons qui sous-tendent les évolutions constatées au niveau du nombre d'invalides. Au 31 décembre 2002, le secteur des invalides salariés comptait 193.538 titulaires. Au 31 décembre 2004, ce nombre était déjà passé à 204.397, et il s'élevait à 208.595 au 31 décembre 2005.

En novembre 2005, une note a été rédigée pour la première fois. Elle a été soumise au Comité général de gestion et transmise au Ministre. L'engagement consiste à adapter chaque année la note aux dernières données connues. La note peut être développée, peaufinée et améliorée en fonction des discussions et des réactions des membres du Comité de gestion.

Le premier engagement figurant à l'article 9 consiste à rédiger une note à l'intention du Comité de gestion et de l'autorité de tutelle pour le 31 décembre 2006. La note a été rédigée fin 2006 par le Service des indemnités, mais doit encore être discutée au Comité de gestion. En raison d'un problème de calendrier pour les réunions de décembre 2006 et janvier 2007, elle sera discutée en mars 2007. La note pourra ensuite faire l'objet d'une discussion au Comité général de gestion de l'INAMI.

La note décrit ce qu'implique concrètement l'évolution du nombre d'invalides, avec quelques constatations, et avance quelques facteurs permettant d'expliquer cette évolution. La note intégrale ainsi que le communiqué de presse pourront être consultés sur le site Internet de l'INAMI et sont joints en annexe au rapport semestriel.

PERSPECTIVES 2007

Discussions de la note 2006 au Comité de gestion des indemnités le 21 mars et plus tard au Comité général de gestion de l'INAMI.

Le deuxième engagement consiste à actualiser la note pour fin 2007, en fonction des évolutions de cette année. Les facteurs explicatifs sont de nature macrosocio-économique et ne changent pas chaque année. Pour diminuer l'effet de répétitions dans la note, le service proposera, après discussion en Comité de gestion, d'opter pour l'élaboration d'une « version résumé ».

Annexe 4:

- Projet de note « facteurs explicatifs concernant l'augmentation du nombre d'invalides : salariés ».

Évaluation de l'impact financier d'une mesure prise dans le secteur des indemnités (art. 10)

BILAN ANNÉE 2006

Cet objectif permet au Service des indemnités d'informer correctement l'autorité de tutelle et le Comité de gestion de l'incidence financière des mesures prises dans le cadre de l'assurance indemnités. Cette incidence financière doit être comparée à l'estimation établie afin de pouvoir évaluer la qualité des estimations budgétaires.

L'autorité de tutelle peut de ce fait non seulement confronter les conséquences des décisions prises aux objectifs initiaux, mais également définir une stratégie à suivre, compte tenu d'un cadre budgétaire préalablement chiffré.

Sur le plan du contenu, le calcul des incidences financières des mesures prises en matière d'incapacité de travail dans le courant de l'exercice 2005 porte sur les mesures suivantes:

- effet du relèvement de l'âge de la pension des femmes
- depuis le 1.4.2004 : augmentation du montant maximal d'une indemnité jusqu'à 65% du plafond salarial pour un titulaire ayant charge de famille et jusqu'à 50% du plafond salarial pour les personnes isolées
- prolongation du congé d'adoption au 1er juillet 2004
- prolongation de 2 semaines du congé de maternité postnatal en cas de naissance multiple (1er juillet 2004)
- prolongation du congé de maternité pendant la période d'hospitalisation de l'enfant à partir du 8e jour de l'accouchement
- depuis le 1er octobre 2004 : augmentation de 1% de l'indemnité minimum accordée au travailleur non régulier
- depuis le 1.1.2005 : augmentation du plafond salarial hors indexation
- revalorisation des indemnités à concurrence de 2% au 1er septembre 2005 pour le titulaire dont les indemnités d'incapacité de travail ont été activées au plus tard le 31 août 1997 (1ère cohorte).

En ce qui concerne l'exercice 2006, les mesures suivantes ont actuellement été intégrées dans des arrêtés:

- augmentation des indemnités accordées dans le régime des travailleurs indépendants avec cessation d'activité jusqu'au niveau de l'indemnité minimum accordée au travailleur régulier avec ou sans charge de famille (1er janvier 2006).
- revalorisation des indemnités à concurrence de 2% au 1er septembre 2006 pour le titulaire dont les indemnités d'incapacité de travail ont été activées au plus tard le 31 août 1999 (2e cohorte).
- une semaine de repos postnatal supplémentaire en cas d'incapacité de travail à partir de la 6e ou 8e semaine (en cas de naissance multiple) précédant la date effective de l'accouchement. Cette mesure est d'application à partir du 1er septembre 2006.
- depuis le 1er octobre 2006 : augmentation de 1% de l'indemnité minimum accordée au travailleur non régulier.

Le premier engagement pour l'article 10 consiste à rédiger une note à l'intention du Comité de gestion et de l'autorité de tutelle pour le 31 décembre 2006. La note a été rédigée fin 2006, mais les discussions au Comité de gestion n'ont pas pu avoir lieu en raison de problèmes de calendrier. Cette note contient l'incidence financière des mesures prises en 2005 et est joint en annexe.

PERSPECTIVES 2007

Discussions de la note contenant l'incidence financière des mesures de 2005 au Comité de gestion des indemnités du 21 mars de cette année.

L'incidence financière des mesures décidées en 2006 fera l'objet d'une note pour le 31 décembre 2007, note qui sera ensuite soumise au Comité de gestion.

Annexe 5:

- Note contenant l'incidence financière des mesures de 2005 dans le secteur des indemnités.

Pharmanet (art 11)

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

Les sujets ponctuels relatifs à l'exploitation des données Pharmanet sont mis à disposition sur notre site web tous les trois mois. Chaque sujet, accepté par le CEM, comprend des tableaux ou graphiques, accompagnés de commentaires. Comme prévu, depuis début 2006, quatre sujets (n° 15, 16, 17 et 18) ont donc été traités :

- l'usage des médicaments contre l'acné (engagement au 31 mars 2006) ;
- l'usage des médicaments antiviraux dans le SIDA (engagement au 30 juin 2006) ;
- le « top » 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2005 (engagement au 30 septembre 2006) ;
- l'évolution des modes d'administration et des formes galéniques (engagement au 31 décembre 2006).

Les sujets 15 et 16 ont déjà été annexés au rapport semestriel et les sujets 17 et 18 sont joints au présent rapport.

Les données Pharmanet 2004 par groupe de prescripteurs (les médicaments prescrits par chacun des 26 groupes de prescripteurs selon différents niveaux de détail) ont été mises à temps sur le site web de l'Inami (engagement au 30 juin 2006). Ces données ont été annexées au rapport semestriel précédent.

Par ailleurs, en recevant les données trimestriellement plutôt que semestriellement, les données Pharmanet 2005 par groupe de prescripteurs (engagement au 30 juin 2007) sont déjà disponibles sur le site web (en annexe).

Avant la fin de l'année, plusieurs rapports ont été rédigés :

- le rapport annuel budgétaire interne c'est-à-dire le panorama des mesures budgétaires dans le domaine du médicament dans le secteur ambulatoire (impacts budgétaires et méthodologies suivies) ;
- le rapport d'analyse globale du contenu des données « Pharmanet piste unique » de 2005 (répartition de la consommation dans les groupes thérapeutiques par sexe, âge, statut social,.. ainsi que le coût des médicaments pour les bénéficiaires, les prestataires et l'assurance soins de santé). Avant d'envisager une diffusion plus large (universités,..) ainsi que sur notre site web, ce rapport sera tout d'abord communiqué au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments ;
- le rapport de synthèse sur les délais et la qualité (type d'erreurs, récurrence, ..) des données « Pharmanet piste unique » de 2006. Celui-ci a été envoyé aux OA et pour information, au Comité de l'assurance ;
- un document relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement. Il se présente sous forme d'un fichier excel et a été transmis par mail à une série de personnes susceptibles d'être intéressées (membres du CEM, de la CRM, de la Commission de convention OA – Pharmaciens, du Comité de l'assurance, du Conseil général,... mais aussi à la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et à des représentants des Administrations du budget, des affaires économiques, du KCE,...). Tous les trimestres, un fichier semblable sera transmis aux personnes inscrites sur la liste des intéressés.

Les tableaux de bord pharmaceutiques 2004 devraient être publiés sur notre site web d'ici trois à six semaines maximum. Etant donné qu'il s'agit des toutes premières données « Pharmanet piste unique », par ailleurs traitées pour la première fois par l'Inami (et non plus par la SmalS), de nombreuses discussions ont été engagées au niveau des indicateurs définis par le CEM afin de faire apparaître toute la richesse de ces données « piste unique ».

Sur la base des nouvelles données Pharmanet, les engagements réalisés en 2006 sont identiques en 2007.

Annexes 6, 7, 8, 9, 10 et 11:

- Les sujets ponctuels n° 17 et 18 ;
- Les données Pharmanet 2005 par groupe de prescripteurs
- Le rapport annuel budgétaire ;
- Le rapport d'analyse globale du contenu des données Pharmanet 2005 ;
- Le rapport sur les délais et la qualité des données Pharmanet 2005 ;
- Le fichier synthétique relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement.

Cotisations à charge des firmes pharmaceutiques (art. 12)

BILAN 2006

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

Tenant compte des recommandations de la Cour des comptes une proposition d'adaptation légale a été formulée au 30 juin 2006 (engagement 1). Cette proposition était déjà reprise en annexe au rapport semestriel de 2006 mais était élaborée dans une 1^{ere} phase sous la forme d'une structure globale qui devait encore être réécrite en texte de loi après discussions et décisions sur les options et le timing. Voici quelques éléments relatifs aux propositions d'adaptations éventuelles du système actuel :

- **les redevances et les cotisations sont calculées sur la base des dépenses INAMI (année civile) et non pas sur la base des chiffres d'affaires déclarés par les firmes.** Ainsi, les firmes ne sont plus tenues de déclarer leur chiffre d'affaires. Les données INAMI concernent les dépenses par spécialité tant des officines publiques que des officines hospitalières. Les dépenses seront additionnées par spécialité et groupées par « demandeur », afin d'obtenir les dépenses INAMI par firme. Cette modification aboutira à un système plus cohérent étant donné qu'une cotisation sera uniquement perçue sur les spécialités qui engendrent effectivement des dépenses pour l'INAMI. Les spécialités qui sont incluses dans le chiffre d'affaires, mais qui n'engendrent pas de dépenses pour l'INAMI, n'entreront plus en ligne de compte pour le calcul des cotisations.
- **réalisation de contrôles et rectifications des données « dépenses INAMI » en fonction des mouvements au cours de l'année concernée.**
- **calendrier plus souple pour le calcul des montants.** Au lieu de fixer annuellement, par une loi, le pourcentage des cotisations et contributions au fonds de provision, il serait utile de voir si le pourcentage peut également être fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres pour ensuite être éventuellement confirmé par une loi.
- **options au niveau du calendrier sur une base annuelle** de sorte que les firmes soient en mesure d'estimer, dès septembre/octobre de l'année X-1 (estimations budgétaires), les montants à payer pour l'année X.
- **propositions concernant une définition plus nuancée des termes utilisés et utilisation conséquente de ces termes** (par exemple « spécialité »). **Il y a lieu de définir des groupes sur la base de critères objectifs et vérifiables.**

Notons que le cadre légal a été modifié après que les engagements 1 et 2 du contrat d'administration eurent été fixés. La proposition tient compte de ces modifications. Il s'agit tant de modifications qui ont entre-temps été mises en œuvre (loi du 27.12.2005 – M.B. du 30.12.2005, édition 2, p. 57356, art. 65. Insertion du 15° octies et du 15° novies d'application à partir du 9.1.2006), que de modifications futures du cadre réglementaire (loi réformant les cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables, publiée le 8.9.2006, et projet de loi santé 2006, Section 5 – Cotisations ; art. 72 3°).

Les discussions de la proposition comme élaborée en juin de l'année précédente ainsi que l'avancement du processus de décision sont influencées fortement par les éléments repris ici. Cela complique le timing pour le passage au nouveau système :

- Au niveau européen, il n'y pas encore de réponse définitive sur la proposition de modulation des taxes, comme repris dans la loi du 10 juin 2006. Tout particulièrement, les propositions concernant les exceptions et les diminutions dans le calcul des cotisations sont difficilement acceptables et cela ralentit le processus.
- Les adaptations dans le cadre du forfait des médicaments et la mise sur pied du fonds de provision :
 - La création en 2006 du fonds de provision ou fonds de réserve exceptionnel auprès de l'INAMI remplace le système appelé 'clawback' (cotisation complémentaire à charge de l'industrie pharmaceutique en cas de dépassement du budget médicaments). Ce fonds de provision est financé par l'industrie pharmaceutique. En cas d'éventuel dépassement du budget des médicaments, un recours peut être fait au niveau des moyens financiers du fonds.
 - A partir du 1^{er} juillet 2006, les médicaments dans les hôpitaux sont remboursés par un nouveau système de forfait (les hôpitaux généraux passent à un remboursement forfaitaire des spécialités pharmaceutiques administrées par séjour quel que soit leur usage réel). Avec ce système, le dépassement du budget est limité. Les médicaments forfaitarisés sont en partie en dehors des calculs pour le fonds de réserve (pour l'année comptable 2007), e.a. sur base de leur contribution aux dépenses de l'INAMI.

PERSPECTIVES 2007

Après discussion et approbation de la proposition de révision de loi et tenant compte de la décision de modulation au niveau européen, nous fixons une période de six mois pour les adaptations à apporter au système de calcul et de suivi (engagement 2). Il faut attendre que les discussions en 2007 sur le projet de loi soient terminées et que tous les préparatifs pour la transition soient réalisés. Pour l'instant, aucunes conclusions n'ont été tirées par le gouvernement. L'application effective du nouveau système pourrait être possible à partir de 2008.

Annexe: Néant

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

BILAN ANNÉE 2006

Suite aux questions et discussions des dernières années concernant le suivi des dépenses en soins de santé, et suite à l'article 10 du premier contrat d'administration 2002-2004 (revalorisation des données statistiques et comptables), l'INAMI s'est engagé à réaliser les engagements de l'article 13.

Les premiers engagements qui devaient être réalisés pour la fin de cette année ont été préparés et développés dans une TASK FORCE II, qui sera également chargée du suivi d'une série de recommandations formulées par la Cour des comptes.

Les réunions de la TASK FORCE II ont démarré le 30 novembre 2006, juste après la finalisation de la procédure budgétaire 2007 concernant la fixation et la répartition de l'objectif budgétaire global 2007. Les points suivants ont fait l'objet de discussions:

1. Missions et planning task force II.
2. Évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle (+ incidence financière).
3. Influence de la facturation mensuelle et trimestrielle sur la stabilité des données comptabilisées. Considérations générales.
4. Détection des accélérations et des retards dans la facturation et des surcomptabilisations et sous-comptabilisations dans les données comptabilisées (facturation mensuelle – documents N).
5. Détection des accélérations et des retards dans la facturation et des surcomptabilisations et sous-comptabilisations dans les données comptabilisées. Approche par la relation naissances-accouchements.
6. Analyse individuelle des hôpitaux au niveau du comportement de facturation et de l'effet sur la stabilité des données comptabilisées.
7. Examen d'un système de comptabilisation sur la base du mois de prestation. Proposition concrète.
8. Analyse, contrôle et exploitation des nouveaux états des dépenses comptables, des nouvelles données « T20 » et des nouvelles données « STATMD », ainsi que de la relation entre ces différentes sources de données. Méthodologie générale.
9. Premiers éléments de l'évaluation de l'A.R. du 17 septembre 2005 relatif à la procédure budgétaire.

Le texte du deuxième contrat d'administration stipule qu'il y a lieu d'examiner si les modifications qui ont été apportées à la définition des flux de données ont réellement un effet positif sur la stabilité des dépenses. Dans cet ordre d'idées, l'engagement numéro 1 a été réalisé dans le délai fixé (avant le 31 décembre 2006). Il s'agit de la note « Analyse, contrôle et exploitation des nouveaux états des dépenses comptables, des nouvelles données T20 et des nouvelles données STATMD ainsi que de la relation entre ces différentes sources de données ». Cette note est jointe en annexe et indique la mesure dans laquelle les organismes assureurs appliquent la règle de comptabilisation 'les dépenses en soins de santé doivent être comptabilisées dans le mois de réception des factures'. L'analyse couvre les dépenses mensuelles comptabilisées non cumulées de janvier 2001 à juillet 2006 inclus. Il ressort de cette

analyse que tous les organismes assureurs appliquent systématiquement le principe de comptabilisation précité.

Mi-2005, le ministre a confié une série de nouvelles missions à la task force. L'une d'entre elles consistait à évaluer la suppression de la facturation trimestrielle. Il s'agit du deuxième engagement de 2006, qui devait être réalisé pour le 31 décembre 2006. Le 'Rapport sur l'évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle (+ incidence financière)' a été terminé fin 2006 et soumis à la première réunion de la task force le 11 novembre. Un exemplaire de la note est joint en annexe. Cette note étudie les conséquences financières d'une éventuelle suppression de la facturation trimestrielle sur les documents N, qui sont les données comptabilisées. L'analyse porte sur les données comptabilisées de janvier 2004 à juin 2006 inclus. Si la facturation trimestrielle était supprimée, 13 mois de prestations seraient comptabilisés au lieu de 12 en 2005, parce que 4 mois de prestations sont comptabilisés dans les 3 premiers mois de 2005. Le surcoût de la suppression de la facturation trimestrielle serait donc égal à un mois de prestation et aurait une incidence sur l'année de la suppression.

Au cours de la réunion de la task force, il a été demandé de rédiger une note supplémentaire comprenant un bilan complet de tous les avantages et désavantages possibles, et ce depuis plusieurs points de vue (organismes assureurs, dispensateurs, INAMI, ...).

Le troisième engagement de 2006 est l'exécution des nouvelles dispositions contenues dans l'arrêté royal du 17 septembre 2005 concernant l'élaboration et l'affinement d'un audit permanent. En 2006, 4 rapports ont été rédigés (rapports transmis conformément aux dispositions de l'article 51, § 4, de la loi S.S.I.) :

1. le 15 février 2006, le rapport standardisé concernant les dépenses comptabilisées pour le troisième trimestre de 2005 ;
2. le 15 mai 2006, le rapport standardisé concernant les dépenses comptabilisées pour l'exercice 2005 ;
3. le 11 septembre 2006, le rapport standardisé concernant les dépenses comptabilisées pour le premier trimestre de 2006 ;
4. le 20 novembre 2006, le rapport standardisé concernant les dépenses comptabilisées pour le premier semestre de 2006.

Rédiger 4 rapports par an est une lourde charge pour le service. Lors de la réunion de la task force du 30 novembre de l'année passée, un accord de principe a été conclu pour réduire le nombre de rapports d'audit permanent de 4 par an à 2 par an. Cet accord pourrait être appliqué au plus tôt à partir de 2008.

PERSPECTIVES 2007

Rédiger pour fin 2007 un deuxième rapport sur l'analyse, le contrôle et l'exploitation des nouveaux états des dépenses comptables, des nouvelles données T20 et des nouvelles données STATMD, ainsi que de la relation entre ces différentes sources de données.

Poursuivre l'exécution des nouvelles dispositions contenues dans l'arrêté royal du 17 septembre 2005 concernant l'élaboration et l'affinement d'un audit permanent. La rédaction du cinquième rapport est prévue pour le premier trimestre de 2007, le

sixième rapport pour le deuxième trimestre, le septième rapport pour le troisième trimestre et le huitième rapport pour le quatrième trimestre de 2007.

Dans le cadre de la poursuite des activités de la task force sur la base des nouvelles missions qui ont été demandées par le Conseil des ministres, un rapport sera rédigé pour fin 2007 et examinera les effets comptables d'une éventuelle suppression des factures papier à partir de 2006 (CareNet) (pour la période 2006-2007).

Annexes 12, 13 et 14:

- Analyse, contrôle et exploitation des nouveaux états des dépenses comptables, des nouvelles données T20 et des nouvelles données STATMD, ainsi que de la relation entre ces différentes sources de données. Méthodologie générale (texte + graphiques). Note TFII 2006/08.
- Évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle (incidence financière). Note TFII 2006/02.
- Courriels concernant la transmission des rapports standardisés sur les dépenses comptabilisées.

<p align="center">Exploitation des données d'incapacité de travail primaire – volet statistique (art. 14).</p>

BILAN 2006

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

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

- le 31 octobre 2007 pour les données de 2005
- le 31 octobre 2008 pour les données de 2006

Cet engagement se concrétise dans les temps.

Au cours du premier semestre 2006, la direction « Finances et Statistiques » (Services des indemnités – S.I.) et le S.E.C.M. se sont concertés à propos du contenu et du mode de transmission des données, après quoi les statistiques relatives aux données de 2004 ont été transmises par le Service des indemnités au S.E.C.M.

Dans son commentaire sur le rapport semestriel relatif à la première moitié de 2006, le commissaire du gouvernement a signalé que la mise à disposition des statistiques deux ans après la date limite peut compromettre la réalisation de contrôles pertinents. Suite à cette remarque, le Service des indemnités de l'INAMI se propose de fournir les statistiques dans les 12 mois suivant l'année à laquelle les données ont trait. Les statistiques ne peuvent être fournies plus tôt étant donné que les données relatives au

quatrième trimestre de l'année x ne sont transmises au S.I. qu'en avril ou mai de l'année x+1. Ces données sont ensuite traitées, puis transmises au S.E.C.M. sous la forme de statistiques significatives.

Compte tenu du souhait d'écourter le délai de livraison des statistiques, les statistiques relatives aux données de 2005 ont été transmises au S.E.C.M. en octobre 2006. L'engagement a donc été largement honoré et ce, dans les temps impartis (date limite initiale : le 31 octobre 2007).

Le texte de l'article 14 du contrat d'administration 2006-2008 souligne que la qualité des fichiers fournis par les organismes assureurs (O.A.) représente un risque externe pour la réalisation du projet. Le Service des indemnités signale que la qualité de ces fichiers s'est améliorée depuis 2004, et que ceux-ci ne posent en général plus de problème majeur.

PERSPECTIVES 2007

Le Service des indemnités se propose de mettre les statistiques relatives aux données de 2006 à la disposition du S.E.C.M. en automne 2007.

Annexe : Néant

<p style="text-align: center;">Responsabilisation des O.A. par rapport à leurs frais d'administration (art. 15)</p>
--

BILAN ANNÉE 2006

Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. par rapport au montant de leurs frais d'administration, l'INAMI doit transmettre chaque année des informations à l'Office de contrôle des mutualités. Sur la base de ces données, l'Office de contrôle évalue les prestations de gestion des O.A. et des frais d'administration supplémentaires sont éventuellement alloués (la partie variable des frais d'administration).

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

1er critère

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

2e critère

- les délais dans lesquels sont traités les dossiers relatifs au Maximum à facturer et la rigueur dans la gestion de ces dossiers
- la rapidité de satisfaction aux autres obligations en matière de remboursement

3e critère

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

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

4e critère

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

5e critère

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

9e critère

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

Il s'est avéré dans le passé que l'INAMI n'a pas communiqué de données pour un certain nombre de ces critères ou éléments de critères, ce qui a eu pour conséquence qu'il n'y a pu y avoir d'évaluation ou qu'il y a eu une évaluation limitée ou de mauvaise qualité des O.A. par rapport à ces critères. Les données manquantes portent sur le critère 2 (2e partie), le critère 4, le critère 5 c) et le critère 9.

Les engagements de l'article 15 doivent nous permettre d'améliorer cette situation. Cette amélioration est axée sur deux volets :

- la définition de données significatives qui peuvent être communiquées à l'Office de contrôle et qui ont trait aux critères d'évaluation. D'une part, ce volet concerne les éléments qui seront contrôlés en 2006. Cela implique une optimisation des informations qui seront transmises de l'INAMI à l'Office de contrôle des mutualités. D'autre part, une modification de l'A.R. du 28 août 2002 est éventuellement à envisager afin que davantage d'indications permettent d'identifier les « mutualités qui fonctionnent bien ». Au niveau interne, un groupe de travail a examiné ces deux aspects au cours du premier semestre ;
- la transmission dans les délais de toutes les données prévues à l'Office de contrôle des mutualités.

Le premier engagement relatif à cet article est la rédaction, pour la fin du mois de juin 2006, d'une liste des données significatives par critère, en collaboration avec l'Office de contrôle des mutualités. Cette liste a été établie l'année dernière et jointe en annexe au rapport semestriel 2006. Après concertation interne fin 2006 et début 2007,

quelques éléments ont été ajoutés, modifiés ou supprimés pour l'année d'évaluation 2006. **La liste des adaptations 2006 est la suivante:**

Critère 1 – objectifs contrat d'administration

- L'objectif « Modernisation des flux d'informations relatifs à l'assurabilité » ne figure plus dans le deuxième contrat d'administration. Les données d'évaluation relatives aux listes d'effectifs seront désormais communiquées dans le cadre du critère 3.
- Résultats des missions de contrôle relatives au nouvel objectif « Audit et conseil en mutualités » (cf. article 24 du deuxième contrat d'administration).

Critère 2 – MAF et autres obligations de remboursement

- Pour les autres obligations de remboursement, il a été opté pour le forfait palliatif (après concertation interne il a été décidé de reporter aux données d'évaluation pour 2007).

Critère 3 – Transmission à temps des documents et des données correctes et complètes

- Transmission des listes dans le cadre de l'art.195

Critère 4 – études effectuées en vue d'élaborer une politique

- Étude de la consommation de médicaments dans les maisons de repos : données transmises par l'agence intermutualiste.
- Étude relative à l'extension du régime préférentiel.

Critère 5c – contrôle de la réalité et de la conformité

- Contrôle de conformité de la prise en compte de certaines prestations dentaires.
- Contrôle de conformité de la prise en compte des prestations 'holter' en cardiologie (simultanément non cumulables avec la prise en compte de consultation)
- Contrôle de conformité de la prise en compte de certaines prestations de réanimation en fonction des règles d'application
- Contrôle Chap. IV médicaments pour quatre médicaments en fonction des exigences de qualification du prescripteur

Critère 9 – données dont a besoin le S.E.C.M.

- Contrôle par sondage de la qualité des fiches d'invalidité dans le cadre des convocations à comparaître devant la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité

Le groupe de travail interne a donc poursuivi ses activités les mois passés (fin 2006, février 2007). En mars, une autre concertation interne est prévue. Il était annoncé dans le rapport semestriel une concertation avec l'Office de contrôle sur les éventuelles adaptations à l'A.R. du 28.8.2002, elle aura lieu en avril de cette année.

PERSPECTIVES 2007

La concertation en interne sera poursuivie en 2007, avec l'élaboration concrète de **nouvelles données d'évaluation pour 2007**. A côté de la livraison d'un certain nombre de données comparables comme pour 2006, les adaptations pour 2007 sont e.a.:

Critère 1 – objectifs contrat d'administration

- Résultats des tâches de contrôle concernant le nouvel objectif « Audit et conseil en mutualités » (cf. article 24 du deuxième contrat d'administration) : un contrôle thématique en indemnités (reprise partielle d'activités autorisées) et un en soins de santé (les résidents)
- Evaluation des différences entre les données financières (T20), comptables (doc. C) et statistiques (STATMD)
- Collaboration avec les OA concernant le démarrage du flux électronique des reprises partielles d'activités autorisées (art. 16 du deuxième contrat d'administration)

Critère 2 – MAF et autres obligations de remboursement

- Nouvelles parties du MAF : autosondages, pansements actifs, ...
- Pour les autres obligations de remboursement, il a été opté pour les données du forfait palliatif

Critère 3 – Transmission à temps des documents et des données correctes et complètes

- Données sur l'échantillon représentatif permanent des assurés en soins de santé (AIM)
- Livraison de données pour les projets d'évaluation (données-cube de l'AIM)

Critère 4 – études effectuées en vue d'élaborer une politique

- Données concernant des études spécifiques demandées auprès de l'AIM

Critère 5c – contrôle de la réalité et de la conformité

- Données concernant la liste des procédures de contrôle interne demandées par la Task force II
- Contrôle de la récupération des montants qui, par subrogation, auraient été payés
- Procédures de contrôle concernant la diminution de la fraude

Critère 9 – données dont a besoin le S.E.C.M.

- Contrôle de l'incapacité de travail primaire : profil des médecins-conseils

A long terme, un nouveau critère peut être ajouté, c'est en lien avec la protection du membre par rapport au dispensateur de soins : le contrôle de la facturation, des suppléments et du temps de réponse.

Après qu'un accord interne satisfaisant aura été trouvé, une proposition d'adaptation de l'A.R. du 28.8.2002 pourra être formulée. Le groupe de travail interne poursuivra ses activités en 2007. Une concertation aura lieu avec l'Office de contrôle le 19 avril.

Le deuxième engagement du C.A. concerne l'élaboration d'un tableau de bord pour la fin avril 2007. Le tableau donnera un aperçu de la nature des données qui ont effectivement été transmises à l'Office de contrôle, et des délais de transmission. Le tableau de bord contiendra également les informations relatives à la collecte et à l'éventuel mode de calcul des données communiquées. Concrètement, le tableau de bord sera complété par des données 2006 ayant été transmises à l'Office de contrôle. La transmission de ces données est prévue au mois de mars 2007.

Annexe: Néant.

Transmission électronique de données relatives à la « reprise partielle d'activité autorisée » (art. 16)

BILAN 2006

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

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

Les dates limites sont :

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

L'implémentation a déjà commencé. Au cours du premier semestre de 2006, des accords sur les données minimales devant être enregistrées dans la banque de données ont été conclus entre la direction Finances et Statistiques et le Conseil médical de l'invalidité du Service des indemnités d'une part, et entre le Service des indemnités et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux d'autre part.

Au cours du second semestre, des contacts ont été pris avec les organismes assureurs (O.A.), afin de négocier le contenu du flux électronique vers l'INAMI. Ces négociations étaient importantes, étant donné que la banque de données doit contenir toutes les données nécessaires aux services de l'INAMI, données qui se trouvent actuellement encore dans le flux papier (le flux papier sera supprimé). Aucun accord sur la communication des horaires variables au S.E.C.M. n'a cependant pu être trouvé avec les O.A. Le S.E.C.M. a dès lors assoupli sa position. Concernant les horaires variables, seuls les volumes devront être communiqués et non pas les horaires précis. Un accord sur le contenu du flux électronique a ainsi pu être trouvé entre les services de l'INAMI et les O.A. Vous trouverez en annexe un document de travail comprenant de plus amples informations sur le contenu exact du flux.

PERSPECTIVES 2007

Outre un accord sur le contenu du flux électronique, l'INAMI et les O.A. doivent se mettre d'accord sur le mode de transmission de ces données. Des pourparlers à ce sujet ont été entamés dès la fin de 2006. Un groupe de travail technique restreint, dans lequel siégeaient des représentants I.C.T. de l'INAMI et des O.A., s'est réuni à ce sujet le 16 janvier 2007. Mi-mars, une autre réunion sera organisée.

Le risque majeur de ce projet est que nous dépendons de la collaboration des organismes assureurs. Les O.A. estiment que les attentes de l'INAMI concernant les efforts I.C.T. qu'ils doivent fournir, tant pour ce projet que pour d'autres projets, sont trop importantes. Les O.A. affirment manquer de capacité I.C.T. pour pouvoir répondre à toutes ces attentes.

Une fois qu'il y aura un accord total avec les O.A. concernant les modalités de transmission des données, le service I.C.T. de l'INAMI pourra entamer les travaux de programmation. Pour ce faire, une BIO-analyse est élaborée par le service des indemnités avec tous les processus, flux d'information et acteurs concernés (au sein de l'INAMI, il y a le SI, le SCA et le SECM)

Annexe 15 :

- Document de travail : flux électronique « reprise partielle d'activité » : données à mentionner.

Dossier d'invalidité électronique (art 17)

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

Le 1er engagement (au 1^{er} octobre 2006) prévoit la transmission aux instances concernées d'un tableau de bord (de la réception du dossier jusqu'à l'envoi de la décision en mutualité) dans le système actuel de dossiers-papier et dans celui en cours de développement de dossier électronique (edid).

Malgré un certain retard, cet objectif est aujourd'hui réalisé. Le lecteur trouvera donc dans les tableaux de bord annexés au présent rapport les valeurs enregistrées durant l'année 2006. Celles-ci seront véritablement significatives lorsque nous serons en possession des valeurs des trimestres suivants et lorsqu'edid sera complètement finalisé (tous les dossiers d'invalidité entièrement en version électronique) afin de pouvoir tirer des conclusions pertinentes de l'évolution des délais de traitement des dossiers.

Ceci dit, nous pouvons déjà constater à la lecture de ce tableau de bord que les délais les plus longs de traitement des dossiers d'invalidité concernent surtout les 'prolongations'. Ainsi, 82,35 % (71064 dossiers sur un total de 86297 en 2006) de dossiers ont été traités au-delà des 49 jours calendrier, c'est-à-dire en dehors de la période légale des 28-49 jours. Concernant le traitement des dossiers de « première invalidité » ('fiches primaires'), la courbe des délais est plus équilibrée et, même si 39,16 % des dossiers se situent au-delà des 49 jours calendrier, la moitié des dossiers (51,50 %) est traitée dans la norme des 28-49 jours.

Environ 12 % des dossiers d'invalidité, soit les assurés de trois 'petits' OA sont actuellement implémentés en edid. Etant donné que l'INAMI souhaitait procéder au plus vite à l'extension du projet edid à l'ensemble des OA afin notamment de motiver l'ensemble des acteurs, et surtout les médecins des OA, le Service a anticipé depuis le 1er janvier 2007 par rapport à la date du contrat (1er juillet 2007) l'extension du système à l'ensemble des fiches primaires de tous les OA (assurés n'ayant pas encore un dossier d'invalidité).

Les autres engagements de ce projet edid sont planifiés en 2007 et 2008 mais, au regard de l'importance de ceux-ci, ils sont déjà en cours d'analyse, d'exécution ou de validation :

- Ainsi, le 2ème engagement, prévu pour le 1er octobre 2007, est en cours de réalisation. Il s'agit de l'extension vers les sites provinciaux (Commissions régionales du Conseil médical de l'Invalidité chargées de l'examen corporel des assurés) avec une transmission électronique cryptée bidirectionnelle (soit la possibilité pour la province de consulter le dossier d'invalidité de l'assuré à examiner, retour de la décision de la Commission régionale).
- En vue de la réalisation de l'étude d'une possibilité de flux de documents électroniques de et vers les OA (prévue dans le contrat pour le 1er octobre 2008), un groupe de travail composé de membres des OA et de l'Inami a déjà tenu plusieurs réunions techniques.

Considéré par le Comité de direction comme un projet essentiel et prioritaire, celui-ci fait l'objet d'un suivi rigoureux quant aux développements à venir et à la maîtrise des risques éventuels.

Annexes : Néant

Fonds spécial de solidarité (art. 18).

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

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

Les demandes de remboursement par le Fonds spécial de solidarité sont traitées par le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI. En 2006, 2402 demandes ont été traitées. Les délais de traitement des dossiers sont positifs.

BILAN 2006

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

- Le tableau de bord en annexe affiche des valeurs très positives. En ce qui concerne le deuxième semestre de 2006, plus de 99% des dossiers ont été préparés dans un délai de 15 jours. Presque toutes les décisions du C.M.D. ont été notifiées aux O.A. et aux assurés sociaux dans les 15 jours. Le délai de « maximum 40 jours ouvrables pour la préparation de 100% des dossiers » est un délai maximum que le Service doit respecter, dans des circonstances normales, pour chaque dossier. Ce délai maximum a toujours été respecté.
- Les informations relatives au délai de paiement des assurés sociaux sont collectées, dans le cadre de la responsabilité financière des O.A., chaque année sur une période de deux mois. Les données les plus récentes concernent les décisions de janvier 2006 et d'octobre 2006. Le délai de paiement moyen des organismes assureurs est de 5 jours, avec un maximum de 68 jours-calendrier et un minimum de 0 jour-calendrier.
- La création d'un fichier de données médicales informatisé (outil pour les décisions et instrument statistique) a été finalisée en 2003. Le programme informatique doit encore être adapté en fonction des modifications prévues par la loi santé du 27 avril 2005. À cet effet, le Service a donné le signal pour une analyse business intégrale. La formation Business process management a été donnée en septembre 2006 (et en partie en octobre). Le coaching individuel pour le projet F.S.S. est prévu pour la mi-février 2007. Ces formations donneront au Service I.C.T. un bon aperçu des processus du F.S.S. (tant des processus existants que des processus éventuellement à renouveler), et permettront de concrétiser efficacement les adaptations nécessaires.
- La brochure d'information à l'intention des assurés sociaux (engagement 1), contenant des informations sur le F.S.S. et sur les conditions pour bénéficier d'une intervention, a été finalisée à la mi-avril 2006. Cette brochure était jointe en annexe au rapport semestriel de 2006.
- L'aperçu annuel 2005 des décisions du Fonds était joint en annexe au rapport semestriel 2006. Ce rapport révèle une baisse du montant total des demandes et du nombre de patients concernés en 2005 par rapport à 2004. Cette baisse est essentiellement due au fait que certaines prestations particulièrement onéreuses figurent dans la nomenclature (par exemple le Replagal, le Tracleer).
- L'inventaire du nombre et des motifs de renvois de dossiers aux organismes assureurs en 2005 figurait également dans les annexes du rapport semestriel de 2006.

PERSPECTIVES 2007

Les modifications de la loi décrites ci-dessus augmentent considérablement la complexité et donc la charge de travail au sein du Service. Dans le cadre légal actuel, le maintien des objectifs actuels représente un défi pour le Service.

Les engagements qui seront concrétisés en 2007 sont les suivants : le Service rédigera d'ici la fin février 2007 un rapport d'activités annuel contenant les décisions du F.S.S.

(engagement 2), ainsi qu'un rapport annuel mentionnant le nombre de plaintes et leur typologie (engagement 3). Une évaluation de l'impact de la nouvelle réglementation spécifique au volet « enfants » est prévue pour la fin du premier trimestre 2007 (engagement 4).

Annexe : Néant

Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables (art. 19)

BILAN 2006 ET PERSPECTIVES PREMIER SEMESTRE 2007

L'engagement consiste à respecter les délais légaux pour l'examen des demandes d'admission au remboursement des spécialités pharmaceutiques. Le Service dispose d'un certain délai pour envoyer la proposition de la Commission de remboursement des médicaments (C.R.M.) au ministre. Au 31 décembre 2006, pratiquement 100 % des dossiers traités dans l'année 2006 l'ont été dans les délais légaux impartis. Pour de plus amples explications, il convient de consulter le tableau de bord annexé.

La dernière phase de l'instauration du système d'échange de données avec les firmes pharmaceutiques est en cours. L'application de l'introduction électronique des dossiers est tout à fait prête et pourra être utilisée par les firmes pharmaceutiques pour l'introduction de leurs demandes d'admission au remboursement dès que l'application du suivi administratif interne aura été mise en production. En raison d'autres missions « prioritaires » dans la cadre élargi de ce projet (non prévues dans le contrat d'administration mais néanmoins nécessaires pour l'exécution des tâches des services, par exemple la perception des remboursements/cotisations, l'actualisation du système de remboursement de référence, l'exécution de nouvelles dispositions légales prévues dans la loi-programme du 27.12.2005,...), la phase finale de ce projet commencera au cours du deuxième semestre de 2006.

La procédure de validation et d'acceptation du service interactif d'échange de données avec les firmes pharmaceutiques par le biais d'Internet, notamment pour l'introduction des dossiers, est terminée. La version finale de l'application est disponible depuis fin 2005. À la demande du Service, une version plus conviviale du service interactif est en cours de préparation. Cette nouvelle version sera finalisée dans le courant de mars 2007. Il sera alors techniquement possible pour les firmes pharmaceutiques d'introduire leurs demandes par Internet. Dans une phase ultérieure, le suivi administratif interne, et plus particulièrement les processus de travail internes spécifiques, y sera adapté.

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

Annexe:

- Aucune (le tableau récapitulatif qui était transmis jusqu'à présent n'est plus disponible sous la même forme. Si toutefois des informations plus détaillées concernant le tableau de bord sont nécessaires, l'INAMI peut fournir des informations complémentaires sur demande).

Réforme du secteur des implants (art. 20)

BILAN 2006

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

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

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

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

1. Volet 1 : Exécution des éléments de la nouvelle loi santé :

- a. instauration d'une notification pour des implants avec certificat C.E. ;
- b. nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables + création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » ;
- c. intervention plus rapide de la communauté dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;
- d. possibilité pour le Ministre de refuser une demande de suppression de remboursement d'un implant par une firme ou possibilité pour lui d'imposer le remboursement d'un implant pour lequel aucune demande n'a été introduite ;
- e. chaque firme responsable de la mise sur le marché d'implants et de dispositifs médicaux invasifs doit avertir l'INAMI du retrait de la vente, des modifications apportées aux produits, des dysfonctions et des effets secondaires de ses produits ainsi que des mesures qui ont été prises afin d'y remédier. Grâce à ces informations, l'INAMI peut assurer en permanence le remboursement d'implants et de dispositifs médicaux invasifs de qualité.

2. Volet 2 : Système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (il s'agit essentiellement d'une redéfinition des dates-limite):
- a. développement d'une application Internet I.C.T. ;
 - b. sur le plan juridique, rédaction des textes nécessaires concernant l'échange de données et élaboration des dispositions relatives à la protection de la vie privée ;
 - c. développement et gestion de la banque de données.

Comme annoncé dans le rapport semestriel, les engagements qui figurent actuellement dans le texte du contrat d'administration ne collent plus à la réalité actuelle. L'INAMI, et en particulier le SdSS, formule ci-après (après les perspectives) une proposition de nouveaux engagements qui s'inscrivent dans le cadre de la nouvelle approche qui émane de la loi santé.

État d'avancement général Volet 1 et Volet 2

Afin de garantir une bonne préparation des modifications 'business' et 'ICT', une phase d'analyse a été entamée dans la seconde moitié de 2006. En septembre 2006, l'INAMI (avec le SdSS comme projet-pilote) a en effet lancé les formations et les trajets d'accompagnement en matière d'analyse de processus 'business' (B.P.M. ou Business Process Management) et déterminé les besoins I.C.T. Le projet des implants a été défini comme un des projets prioritaires dans le cadre du développement du B.P.M. L'analyse B.I.O. est partiellement disponible pour le volet 1 ; pour le volet 2, celle-ci est quasi finalisée. Elle comprend l'analyse¹ des processus business, y compris l'inventaire des flux d'informations, des structures et de l'organisation du travail. Une telle approche permet de préparer efficacement les systèmes I.C.T. Elle nous permet par ailleurs de définir d'autres besoins que des besoins I.C.T. : besoins R.H., stratégie de communication, formations, adaptation de la réglementation, infrastructure.

État d'avancement concret Volet 1

Le projet d'A.R. relatif à la composition et à la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » (C.R.I.D.M.I.) a été soumise au Comité de l'assurance du 05 mars 2007. Le Comité de l'assurance émet un avis, puis l'INAMI transmet l'A.R. à la Cellule stratégique du ministre. La procédure de publication peut ensuite être entamée. Le projet d'A.R. figure en annexe.

État d'avancement concret Volet 2

L'élaboration du volet 2 s'inscrit dans un développement générique au niveau de l'INAMI. Il s'agit de la mise au point d'un système générique d'enregistrement de données médicales (de nature clinique, scientifique ou qualitative). La préparation d'une application générique est actuellement en cours d'exécution pour les implants et les données anti-tnf.

PERSPECTIVES 2007

¹ L'analyse comprend tant une présentation schématique sur la base de graphiques qu'une documentation de tout le processus.

Une élaboration plus approfondie des analyses BIO est prévue. Pour le volet 1, cela se fera en plusieurs phases. La partie « procédure de notification » du volet 1 sera en principe terminée pour la fin mars 2007.

Concrètement pour le volet 1

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

- 1) la notification même par les firmes et l'enregistrement de cette notification sur la liste (y compris le choix de la classification à utiliser) avec une distinction dans la notification des nouveaux implants et dans la modification des implants notifiés et compte tenu des implants déjà disponibles sur le marché belge avant la date d'entrée en vigueur de la procédure de notification ;
- 2) la publication de la liste des produits notifiés ;
- 3) l'utilisation de la liste notifiée :
 - a) par les hôpitaux et les organismes assureurs lors de la tarification ;
 - b) pour l'application de l'art. 75bis, §3 (possibilité pour le ministre d'admettre au remboursement un implant pour lequel aucune demande de remboursement n'est introduite) ;
- 4) Enregistrement des firmes. Les firmes qui lancent des implants sur le marché belge devront se faire connaître auprès de l'INAMI. Ceci signifie qu'elles devront se faire enregistrer auprès de l'INAMI. Ces firmes recevront alors un code d'enregistrement avec lequel elles auront accès à une application en ligne pour la notification des implants qu'elles mettent sur le marché.

Les modalités d'exécution de l'art. 35septies, § 1^{er} (partie 1), un élément des parties 2) et 4) de la procédure de notification, de la loi AMI feront tout d'abord l'objet d'un projet d'A.R. L'INAMI enverra en principe ce projet d'ici la fin mars, début avril à la Cellule stratégique.

Ce travail d'analyse et de rédaction a lieu en même temps qu'un affinement du planning I.C.T. Pendant la période préalable à la publication de cet A.R., l'INAMI préparera le volet I.C.T. interne et veillera à une période de validation à laquelle un groupe d'utilisateurs externe participera.

Sans promettre de date fixe ici, nous prévoyons que cette première phase entrera en production d'ici fin octobre. Notons que nous dépendons ici de la date de publication de l'A.R.

La phase suivante du volet 1 est la publication de la liste des produits remboursés (nomenclature) qui figurent dans la nomenclature définitive. Ces publications doivent être utilisables pour les O.A. et les hôpitaux, et doivent pouvoir être intégrées dans la tarification électronique. L'évolution de cette phase sera détaillée dans les rapports suivants.

Concrètement pour le volet 2

L'application I.C.T. concernant le système d'enregistrement générique des données médicales sera en production à l'automne 2007 avec les implants comme projet-pilote.

Dans le cadre des recrutements nécessaires (et prioritaires), l'INAMI a communiqué toutes les informations utiles à Selor pour les nouvelles fonctions se rapportant à la gestion de données. Selor lancera en principe la procédure de sélection pour les 2 gestionnaires de données aux alentours du mois de mars. Ces nouveaux collaborateurs seront tout d'abord employés pour le volet 2.

La liste des ACTIONS-ENGAGEMENTS (remplace les engagements du texte de base du deuxième contrat d'administration tel que publié au Moniteur belge le 22 septembre 2006)

1. Élaborer le projet d'A.R. relatif à la composition et à la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » et la transmettre à la Cellule stratégique (volet 1, partie b).
Date limite : fin mars 2007.
2. Mise en production de la phase 1, au plus tard 2 mois après la publication (= X) de l'A.R. avec les dispositions d'exécution de l'art. 35septies, § 1^{er} (volet 1, partie a). Date limite : X + 2 mois.
3. Soumettre le projet de texte relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement (volet 1, partie b). Date limite : date de la 1^{ère} réunion du Comité de l'assurance en 2009.
4. Développer l'application web (le noyau) de sorte que le dispensateur de soins puisse introduire les données dans le cadre de l'application de la nomenclature via un enregistrement en ligne et de sorte qu'il reçoive un accusé de réception (code). Ce code doit permettre aux organismes assureurs de vérifier les données de leurs bénéficiaires (volet 2). Date limite : 31 décembre 2008.

Annexe 16 :

- Le projet d'A.R. relatif à la composition et à la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ».

Mise en œuvre de « CareNet » - « My CareNet » (art. 21)
--

BILAN 2006

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

- CareNet

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

Le volet CareNet du contrat d'administration 2006-2008 contient une action-engagement, à savoir procéder à toutes les adaptations réglementaires nécessaires. La date limite en est le 31 décembre 2006.

La possibilité de facto de supprimer la facture récapitulative et les annexes aux notes d'hospitalisation constitue la portée de cet engagement. La réalisation de cet objectif suppose différentes actions interdépendantes.

Il y a lieu d'adapter le règlement des soins de santé du 28 juillet 2003. Dans la pratique, il s'agit simplement d'insérer une disposition permettant l'implémentation du circuit électronique. Avant de pouvoir passer à ce circuit électronique, il y a lieu de réaliser les actions suivantes.

La description technique de l'emploi de la signature électronique et de l'intégration, dans les messages, des signatures du directeur administratif, du médecin-chef et du pharmacien, constitue une problématique importante. Une note dans laquelle cette problématique est décrite et dans laquelle une proposition de solution est donnée, a été rédigée par la SmAS début décembre 2006 (en annexe). La proposition serait d'intégrer les trois signatures dans les factures individuelles. Cette proposition aurait pour conséquence qu'aucune adaptation du protocole de force probante du 19.4.2001 ne serait nécessaire. Le document a entre-temps été soumis une première fois au Conseil technique de l'hospitalisation (C.T.H.). La faisabilité de cette proposition est actuellement mise à l'étude au sein d'un certain nombre d'hôpitaux. La raison d'être de la facture récapitulative a même été mise en question. Cette note devra être développée plus en détail au niveau de la Commission d'informatique.

Un accord avec le S.P.F. Finances concernant la suppression des vignettes de concordance et la formulation d'une alternative pour le S.P.F. Finances (par exemple la transmission annuelle des numéros des factures individuelles) s'impose. Plusieurs concertations ont déjà eu lieu à ce sujet. Le S.P.F. Finances a transmis une contre-proposition concrète au sujet de laquelle l'INAMI doit prendre position.

Le Collège intermutualiste doit encore formuler une proposition concernant les annexes « papier », jointes aux factures. Ce n'est pas encore réalisé.

Un accord avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (S.E.C.M.) s'impose également dans le cadre du projet CareNet. Le S.E.C.M. souhaite avoir la garantie que les O.A. puissent fournir des données de facturation authentiques. Une analyse business des méthodes de contrôle au sein du S.E.C.M. et des conditions de travail probantes est actuellement en cours au sein du S.E.C.M.

La date-limite pour l'exécution des adaptations réglementaires, à savoir le 31 décembre 2006, n'a pas été respectée. Signalons toutefois que la réalisation de cet engagement dépend dans une large mesure de la concertation avec d'autres acteurs.

- My CareNet

Le volet My CareNet porte sur les données administratives des praticiens de l'art infirmier à domicile. Le secteur des soins infirmiers à domicile et ensuite le secteur

des maisons de repos ont été retenus par le Collège intermutualiste national pour démarrer My CareNet. Le volet My CareNet comporte deux actions-engagements.

Tout d'abord, les adaptations réglementaires nécessaires doivent être apportées. La date-limite en est le 31 décembre 2006.

Le Service juridique a préparé une adaptation de l'article 159bis de l'arrêté royal du 3.7.1996. L'article 159bis, qui prévoyait jusqu'à présent que la preuve de l'utilisation de la carte SIS par le dispensateur de soins concerné entraîne, en application du régime du tiers-payant, une obligation de paiement, a été modifié. La priorité est en effet donnée à la consultation des données d'assurabilité sur un réseau pour obtenir cette obligation de paiement des organismes assureurs. Les problèmes liés à une éventuelle non-actualisation des données de la carte SIS par l'assuré (avec comme conséquence possible des récupérations) pourront ainsi être évités. L'adaptation de l'article 159bis de l'arrêté royal a été soumise au Comité de l'assurance en décembre 2006. Certains représentants des dispensateurs de soins ont demandé de soumettre cette adaptation à la Commission de convention avant qu'elle ne soit approuvée par le Comité de l'assurance.

En outre, le Service juridique collabore également avec la Banque-Carrefour de la sécurité sociale au développement d'une demande en vue d'obtenir une autorisation de principe du comité sectoriel de la sécurité sociale pour la communication des données à caractère personnel par les organismes assureurs aux dispensateurs de soins et ce, dans le but de déterminer le statut d'assurabilité des patients concernés dans le cadre du régime du tiers-payant.

Au cours du quatrième trimestre de 2006, à la fin du P.O.C. (proof of concept), un groupe restreint d'utilisateurs issus du secteur ont testé un certain nombre de fonctionnalités (consultation de l'assurabilité, facturation,...).

PERSPECTIVES 2007

- CareNet

Comme mentionné ci-dessus, plusieurs réunions de concertation sont prévues dans les semaines à venir, en vue de réaliser les différentes actions-engagements. Le 29 mars 2007, la note de la SmalS relative à l'intégration des trois signatures est portée à l'ordre du jour du C.T.H. Concernant la problématique de la vignette de concordance l'INAMI prendra position par rapport à la proposition du SPF Finances. Concernant les annexes jointes aux factures, ce sera discuté au sein du CINAMI du 27 mars 2007, ce qui permettra d'adapter le règlement. Une analyse business, ayant pour but de résoudre la problématique de la force probante, sera par ailleurs effectuée au sein du S.E.C.M. au cours du premier trimestre de 2007.

- My CareNet

L'adaptation de l'article 159bis a fait l'objet d'une discussion au sein de la Commission de conventions des praticiens de l'art infirmier (le 11.1.2007) et au sein de la Commission de conventions des pharmaciens (le 19.1.2007).

Dès lors, le projet retournera une nouvelle fois à l'approbation du Comité de l'assurance. Au comité de l'assurance du 29/01/07, il a été décidé de reporter la note avec le projet d'AR. Par le Collège intermutualiste national (CIN), il a été suggéré d'utiliser une autre méthode d'identification que SIS-eID. En vue d'éclaircir ce point, un groupe de travail sera mis sur pied avec des représentants du CIN, du SdSS/INAMI et de la BCSS.

En janvier 2007, le comité sectoriel a marqué son accord sur le contenu de la demande d'autorisation pour la consultation des données d'assurabilité par les dispensateurs de soins (comprend les volets « My CareNet » et « MAF/doubles paiements »).

Dès l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, il y a lieu d'informer tous les acteurs concernés des nouvelles directives (adaptations de la facturation, réglementation,...) et ce, par circulaire et via le site Internet. La date-limite pour ce faire est à chaque fois de trois mois avant l'entrée en vigueur des nouvelles directives. La proposition d'arrêté royal prévoit que le Roi décide de la date d'entrée en vigueur (laquelle doit encore être approuvée par le Comité de l'assurance).

Annexe 17:

- CareNet : fiche de projet, version du 4.12.2006 + note de la SmalS jointe en annexe (INAMI : signature digitale des factures récapitulatives).

Paiements et perceptions (art. 22)

BILAN 2006

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

En fonction des remarques émises lors des réunions avec les différents acteurs (fonctionnaire dirigeant, direction finances, responsables des paiements dans les services, ...), le tableau de bord initial a été affiné.

Le tableau de bord a été complété la première fois pour le troisième trimestre de 2006 et a ensuite été adapté trimestriellement. Le tableau de bord a été réalisé avec une feuille de calcul par catégorie de paiement. Des feuilles de calcul ont été créées pour les dépenses suivantes :

- dépenses fin de carrière et harmonisation salariale ;
- dépenses accréditation, avec une distinction pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire ;
- forfaits gestion télématique et électronique du dossier médical (EMDMI) et forfaits participation aux services de garde organisés (honoraires de disponibilité) ;
- statut social pour les pharmaciens et les kinésithérapeutes ;
- statut social pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire ;

- avances payées aux O.A. dans le cadre de l'article 202 de la loi coordonnée du 14.7.1994 ;
- paiements mensuels le deuxième jour ouvrable du mois aux hôpitaux ;
- paiements mensuels le cinquième jour ouvrable du mois aux hôpitaux psychiatriques ;
- paiements mensuels le deuxième jour ouvrable du mois pour la contribution Santé publique.

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

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

L'action-engagement 1 de l'article 22 consiste à rédiger une note de synthèse relative aux informations fournies par l'instrument de suivi des paiements et perceptions. La date-limite en est le 31 décembre 2006. Une note de synthèse a été réalisée, elle contient une explication sur le contenu des informations qui peuvent être puisées dans les tableaux. Quelques points importants y sont également mentionnés. Il s'agit entre autres du fait que pour de nombreux paiements, il n'y a pas de versement d'un seul montant, mais souvent un grand nombre de régularisations. Cela complique la présentation du tableau de bord. Il est en outre parfois impossible de comparer la date réelle d'exécution du paiement avec une date-limite légale parce que cette dernière n'existe pas toujours. Pour de plus amples informations, nous renvoyons à la note de synthèse.

PERSPECTIVES 2007

Les tableaux de bord seront actualisés chaque trimestre. La note de synthèse sera mise à jour fin 2007.

Annexe 18:

- Note de synthèse relative aux informations fournies par l'instrument de suivi des paiements et perceptions.

<p>Harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux (art 23)</p>
--

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

Comme indiqué dans le contrat, la première séance du groupe de travail « Harmonisation statut social » a été convoquée avant le 31 mars 2006. Ce groupe de travail était constitué des différents partenaires concernés: dispensateurs de soins,

organismes assureurs, assureurs privés, INAMI. Il s'est réuni à de multiples reprises (16 février 2006, 20 avril 2006, 03 mai 2006, 08 juin 2006, 13 juillet 2006...).

Pour rappel, des multiples réunions de ce groupe de travail, il n'est pas souhaité par toutes les parties d'aboutir à une harmonisation totale des quatre sortes de statuts sociaux. L'harmonisation s'opèrerait essentiellement à deux niveaux : uniformisation entre pharmaciens et kinésithérapeutes d'une part et entre dentistes et médecins d'autre part.

Par ailleurs, il a été constaté que le point le plus important concernant l'harmonisation des procédures est le délai de paiement. Ainsi, les membres du groupe de travail sont tous d'accord pour l'introduction d'un intérêt de retard en cas de paiement du statut social hors délais. Il a également été acté que certains groupes de dispensateurs de soins ne sont pas demandeurs de l'envoi par l'Inami des formulaires de demande du statut social.

La note reprenant les propositions concrètes d'harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux (modifications de textes) est annexée au présent rapport.

Afin de respecter le 2^{ème} engagement du contrat d'administration, l'Inami a essayé de soumettre cette proposition finale aux différentes Commissions concernées avant le 31 décembre 2006. Malheureusement, notamment pour des questions de calendrier, cela n'a pu être le cas.

Le rapport final de ce GT a été soumis les 3 et 5 octobre 2006 devant les Commissions de conventions OA et respectivement des kinésithérapeutes et des pharmaciens.

Les textes ont été également soumis à la Commission nationale médico-mutualiste le 12 décembre 2006. Pour ce qui concerne la Commission nationale dento-mutualiste, la note n'a pu être présentée que le 17 janvier 2007. Cette situation s'explique par un élément extérieur à savoir le fait que cette Commission n'a pu se réunir faute de président en exercice (la nomination du nouveau président, également fonctionnaire dirigeant du service des Soins de Santé, nécessitant une modification légale – parue le 22 décembre 2006 et un arrêté spécifique, pris le 11 janvier 2007 par le Roi).

Soulignons d'ailleurs que ce projet de modification a été très positivement accueilli par tous les membres de ces organes.

Enfin, la présentation de la note susmentionnée avec les avis des Commissions au Comité de l'assurance, normalement prévue dans le contrat avant la fin de l'année 2006 mais vu le retard de calendrier expliqué ci-dessus, a pu être réalisée, avec approbation, lors de la séance du Comité du 29 janvier 2007 (cfr annexe).

Tous les projets d'arrêtés ont été envoyés à la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales le 1er février 2007.

Les quatre premiers engagements du contrat sont donc réalisés (convocation du groupe de travail, note aux Commissions concernées, note au Comité de l'assurance et envoi des textes à la Cellule stratégique).

En 2007, les engagements sont les suivants :

1. Après approbation ministérielle et signature royale des textes réglementaires, publication au Moniteur belge. Date-limite: publication au Moniteur belge dans la quinzaine de la réception de l'arrêté royal signé (avec entrée en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant celui de la publication)
2. Après publication, information des intéressés (dispensateurs et assureurs privés) des nouveautés par circulaire et via le site Web. Date-limite: dans la semaine qui précède la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal.

Annexe 19 :

- Note du Comité de l'assurance CSS 2007/30 (note reprenant les propositions concrètes d'harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux).

Audit et conseil en mutualités (art 24)
--

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

Ce projet du contrat s'inscrit dans un processus beaucoup plus large de modernisation des missions d'inspection du Service du contrôle administratif (SCA). Dans le cadre de cette réforme, de multiples groupes de travail ont été constitués. Plusieurs notes et rapports ont déjà pu être discutés en interne.

La méthodologie des contrôles thématiques, activité essentielle pour l'inspection du SCA, est donc soumise à réflexion afin d'optimiser le travail des inspecteurs en termes d'organisation du travail, d'efficacité des contrôles,... Pour que la nouvelle politique de prévention et de contrôle orienté audit et conseil en mutualités porte ses fruits, il importe que les conditions de réalisation de ces contrôles soient favorables. La préparation (étudier les données et flux existants, concevoir l'échantillon, examiner la législation en la matière,...), l'exécution et le suivi du contrôle thématique sont donc des étapes qui, à l'heure actuelle, font chacune l'objet d'une attention toute particulière.

Les deux axes principaux de la modernisation du contrôle en mutualités sont les suivants :

- l'affinement des méthodologies des contrôles permettant une analyse globale des processus en jeu au sein des organismes assureurs et la détection systématique de l'origine ainsi que de la récurrence des erreurs constatées ;
- le développement du rôle de recommandation générale de l'inspection du SCA tant à l'égard des organismes assureurs que des organes de gestion et des services de l'Inami dont la mission est de créer la réglementation.

Dans ce cadre, le service doit également préciser son rôle et ses missions par rapport à d'autres intervenants tels que l'Office de contrôle des mutualités (OCM) et les services d'audit interne des organismes assureurs.

Pendant la durée de ce second contrat d'administration, le service d'inspection est tenu aux engagements suivants :

1. Réaliser chaque année :

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

Soulignons par ailleurs que le SCA entend également améliorer la présentation des résultats des contrôles et réaliser dorénavant des rapports analytiques communs aux deux corps d'inspection francophones et néerlandophones.

En 2006, le contrôle relatif à l'assurance indemnités était consacré à la charge de famille "art. 225 et suivants de l'AR du 03/07/1996". Ce contrôle a été effectué de mars à mai 2006. Le rapport commun résumant les résultats des contrôles menés par les deux sections du contrôle (Fr et NI) est terminé, il est en phase de traduction et dernière finition.

L'autre contrôle thématique de 2006 dans le cadre de l'assurance soins de santé a eu pour thème l'intervention majorée. Les résultats de ce contrôle étaient évidemment extrêmement attendus, notamment par les membres du Groupe de travail Assurabilité (GTA) élargi, dans la mesure où les conclusions tirées du travail d'inspection sur le terrain peuvent alimenter la réflexion quant à la réforme de l'intervention majorée et à l'introduction du statut OMNIO. Ce contrôle s'est clôturé en décembre 2006 du côté francophone mais du côté néerlandophone, certains dossiers doivent encore être revus. Le service prépare donc actuellement la rédaction du rapport commun, dont la finalisation est prévue pour début mai, tout en fournissant parallèlement au Service des soins de santé les grandes tendances des problèmes constatés afin de l'éclairer et de l'alerter sur certains points dans le cadre de l'élaboration de la réglementation en matière d'intervention majorée et de statut OMNIO. La note relative à la réforme de l'intervention majorée et à l'introduction du statut OMNIO a été présentée au Comité de l'assurance du 12 février 2007 (cfr l'art. 34 du présent rapport relatif au MAF et à l'intervention majorée).

Enfin, concernant le contrôle de l'art. 195 (listes de récupérations), il n'y a pas eu de contrôle en 2006 et celui de 2007 se déroulera cet été (juillet-août). Notamment au niveau de la méthodologie utilisée, des contacts sont pris avec des représentants de l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

En 2007, le premier contrôle thématique soins de santé portera sur les titulaires « résidents », les personnes inscrites au registre national des personnes physiques. Celui-ci est en cours de préparation (contrôle exploratoire en mutualité, analyse des flux et de la réglementation, constitution de l'échantillon,...) et débutera en mars 2007 et durera 2 mois. Le contrôle thématique indemnités aura quant à lui pour objet l'art. 230 de l'AR du 03/07/1996 (reprise partielle d'activités autorisées). Ce contrôle aura lieu en automne 2007. Soulignons à ce sujet que le service d'inspection pourra, dans la phase préparatoire du contrôle thématique, disposer de données pertinentes en la matière puisque la reprise partielle d'activités autorisées fait l'objet depuis le premier contrat d'administration 2002-2004 d'un suivi par tableau de bord.

Soulignons enfin que, dans le cadre de la professionnalisation du travail d'inspection, un guide méthodologique pouvant servir de 'mode d'emploi' pour les contrôles thématiques réalisés par les inspecteurs a été rédigé. Ce guide est actualisé et enrichi sur la base des expériences et « best practices » à s'échanger. Par ailleurs, afin notamment d'optimiser l'efficacité des activités de contrôle thématique, un tableau de bord sera élaboré. Ce tableau permettra de suivre l'état d'avancement des contrôles, d'en vérifier la qualité mais aussi le temps consacré à chacune des phases de contrôle (préparation, exécution, production et diffusion du rapport)

Annexe : Néant

Évaluation médicale (art 25)

BILAN ANNÉE 2006

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

- d'une part, l'évaluation générale qui présente au secteur des soins de santé, pour chaque sujet d'évaluation bien déterminé, le reflet des modèles de consommation et d'une bonne utilisation des moyens ;
- d'autre part, des évaluations ciblées (recherches) où le S.E.C.M. examine de manière ciblée l'étendue et la généralisation des faits ou problèmes spécifiques constatés.
- À ces évaluations succèdent des mesures d'impact. Il s'agit de mesures effectuées au terme de campagnes de feed-back (diffusion de rapports finaux, convocations individuelles,...) afin d'en vérifier l'impact.

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

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

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

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

Les réalisations concrètes de l'année 2006 sont les suivantes.

- Pour la **mesure d'impact TURP**, la phase de l'analyse des données a été terminée au cours du premier semestre 2006. Le rapport a été rédigé au cours du second semestre 2006.
- Une **mesure d'impact** a également été achevée fin 2006 en ce qui concerne un projet réalisé en 2005 sur l'attestation excessive d'échographies urinaires complexes par les médecins internistes et les gastroentérologues.
- Le dossier relatif à la **colposcopie** a été introduit auprès du C.N.P.Q. en mars 2006 et commenté par le S.E.C.M. en réunion plénière du C.N.P.Q. en avril 2006. La poursuite de la mise en œuvre concrète de ce projet d'évaluation dépendait du C.N.P.Q., qui avait jusqu'au 15.9.2006 pour préciser et communiquer son point de vue. Le C.N.P.Q. n'a pas réagi dans le délai fixé, de sorte que les indicateurs sont considérés comme provisoirement acceptés par le C.N.P.Q. Avant de pouvoir appliquer les indicateurs, ceux-ci doivent être publiés au Moniteur belge et sur le site Internet de l'INAMI.
- Le projet d'évaluation chirurgie de **l'omphalocèle** est complètement terminé et les déviations constatées ont donné lieu à une série de contrôles qui sont actuellement encore en cours.
- Les propositions faites au Conseil technique médical (C.T.M.) à propos du projet d'évaluation « suppléments pour anesthésie dans le cadre de la chirurgie cardiaque », exécuté en 2005, ont été discutées et approuvées au cours du premier semestre 2006 au sein du C.T.M. (réuni en séance plénière le 30.5.2006).
- Le projet d'évaluation relatif aux prestations diagnostiques de cardiologie invasive est terminé et donne lieu tant à des contrôles qu'à des propositions d'adaptation de la nomenclature qui ont été présentées au président du Conseil technique médical.

- La première analyse du projet d'évaluation « **chirurgie bariatrique** et prestations associées » prévoyant un rapport interne intermédiaire a entraîné un projet « spin off », dans lequel on a fait un tour d'horizon sur la façon dont les prestations laparoscopiques complémentaires sont indûment attestées en plus de la prestation chirurgicale de base dans les cas où l'intervention est pratiquée de façon laparoscopique. Fin 2006, les hôpitaux concernés ont été sommés, dans le cadre d'une action de prévention ciblée, de corriger cette forme d'attestations erronées.
- Une analyse a été mise en œuvre au sujet de l'attestation de dispositifs médicaux et d'implants sur la base des données SHA. Ces données sont communiquées régulièrement par les O.A. à l'INAMI. Cette analyse a permis de constater que les données en question étaient incomplètes et pas réellement valides pour les items examinés. Les organismes assureurs en ont été informés (par le biais du Service des soins de santé) et ont été priés de fournir à l'avenir des données correctes.
- Une action combinée de contrôle et d'évaluation concernant les prestations diagnostiques de type '**evoked potentials**' a été réalisée en 2006. Tant des dispositions réglementaires que des aspects de bonne pratique médicale ont été examinés. Un aspect bien défini (condition réglementaire de la présence physique du dispensateur de soins lors de l'exécution de ce type d'examen) a fait l'objet d'un rapport lors de la conférence E.H.F.C.N. en octobre 2006 (E.H.F.C.N. : European Healthcare Fraud and Corruption Network (Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé)).
- En 2006, des actions sur le terrain ont été entreprises pour un certain nombre de projets qui avaient débuté auparavant, plus particulièrement les projets d'évaluation « **cellules endothéliales** par des ophtalmologues » (convocation individuelle de 130 dispensateurs de soins), « chirurgie du **syndrome du tunnel carpien** » (convocation de médecins en chef d'établissements de soins et convocation individuelle de dispensateurs de soins présentant un profil inhabituel).
- En 2006, le projet relatif à la qualité du comportement prescripteur des médecins en matière de quinolones a également été réalisé. La phase d'analyse de ce projet a été achevée fin 2006. Les premiers résultats préliminaires ont été communiqués au cours de la première réunion du groupe de travail mixte Médicomut-C.R.M. qui a eu lieu en janvier 2007.
- À l'aide des données séjours hospitaliers anonymes édition 11, les prestations attestées par les chirurgiens plasticiens et les prestations de chirurgie plastique (qui peuvent également être attestées par d'autres chirurgiens) ont été analysées. Le rapport final est entre autres à l'origine de la décision d'aborder la problématique de la chirurgie plastique (et plus particulièrement la chirurgie esthétique) au niveau du Centre fédéral d'expertise (KCE). Une proposition d'étude dans ce sens a été introduite pour le programme annuel 2007 du KCE et a été retenue. Le même rapport sera également utile pour les discussions qui auront lieu dans le courant de 2007 au sein du groupe de travail chirurgie du Conseil technique médical (C.T.M.), au cours desquelles la problématique relative à la chirurgie mammaire reconstructrice sera abordée.

- Au cours de l'automne 2006, un envoi a été préparé à l'intention d'environ 300 gynécologues en lien avec l'attestation d'échographies (échographie transvaginale versus échographie transabdominale).
- Au cours de l'année 2006, une étude pilote restreinte a également été effectuée au sujet de l'utilisation de l'érythropoïétine dans les hôpitaux belges.
- L'équipe d'évaluation médicale (e-team) a également collaboré au sein du S.E.C.M. à une première analyse officieuse concernant la prescription de médicaments bon marché (article 73, § 2, de la loi S.S.I.) et la fiabilité du flagging de la prescription des spécialités sous DCI par les pharmaciens.

PERSPECTIVES 2007

Les **mesures d'impact** concernant les projets d'évaluation 'cellules endothéliales' par les ophtalmologues et chirurgie du syndrome du tunnel carpien sont planifiées pour l'année 2007.

En ce qui concerne les projets d'évaluation dont la phase d'analyse est provisoirement terminée, **les actions sur le terrain** sont planifiées pour 2007 : projets d'évaluation échographies transvaginales, MEP-EMG, GS-Sandostatine, attestation d'érythropoïétines et dérivés (sous réserve des conclusions de l'étude pilote). Pour le projet d'évaluation colposcopie, il y a lieu d'attendre la publication des indicateurs avant de planifier des actions prospectives.

Pour d'autres projets d'évaluation, notamment les projets examens de screening prénatals, orthopantomogramme et champs opératoires en chirurgie dentaire, utilisation d'orthèse de genou et de lombostats, les **analyses mises en œuvre seront poursuivies**.

Le projet relatif au comportement prescripteur en matière de quinolones requiert dans le courant de 2007 une attention particulière au niveau de la **communication externe**, afin de réaliser la correction de ce comportement prescripteur.

Annexes 20, 21, 22, 23, 24, 25 et 26:

- Présentation Powerpoint mesure d'impact TURP.
- Rapport colposcopie.
- Rapport omphalocèle anonymisé.
- Présentation Powerpoint des résultats préliminaires comportement prescripteur en matière de quinolones.
- Rapport final anonymisé concernant la mesure d'impact EUC (échographies urinaires complexes).
- Rapport concernant la prescription en DCI.
- La lettre au CNPQ concernant l'acceptation des indicateurs

Code-barres unique (art. 26)

BILAN 2006

L'objectif de cet engagement est de contrôler la délivrance effective des médicaments dans le cadre d'une bonne gestion des moyens financiers destinés au remboursement des médicaments.

Une première action afin de réaliser cet engagement consiste à rédiger un rapport à l'intention des organismes assureurs sur les données communiquées par les firmes pharmaceutiques, relatives aux codes des conditionnements mis sur le marché en Belgique. La date-limite en était le 30 juin 2006. La deuxième action consiste à rédiger un rapport annuel sur les résultats des contrôles effectués dans le cadre de la comparaison des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. La date-limite en était le 31 décembre 2006.

Ces actions-engagements comprennent un volet I.C.T. important. Ce volet a été finalisé en novembre 2006. Quatre modules ont notamment été développés.

- Un module pour l'importation, le contrôle de la qualité et l'accès aux données relatives aux codes-barres mis sur le marché. Ces données sont transmises trimestriellement par les firmes pharmaceutiques au S.E.C.M. et stockées dans le DataWareHouse (D.W.H.).
- Un module pour l'importation mensuelle (sans contrôle de la qualité) et pour l'accès aux données Pharmanet des offices de tarification. Celles-ci sont également stockées dans le DataWareHouse.
- Un module pour la détection des fraudes, lequel doit permettre de détecter l'utilisation abusive d'un même code-barres (cf. action-engagement 2).
- Un module permettant de transmettre aux O.A. les données mensuelles de toutes les firmes pharmaceutiques et ce, sous la forme d'un seul fichier XML (cf. action-engagement 1).

La réalisation de ces deux actions-engagements dépend dans une large mesure de la qualité des fichiers transmis. Il y a, dans ce contexte, deux flux entrants : les fichiers des firmes pharmaceutiques et les fichiers des offices de tarification.

Les problèmes se situent essentiellement au niveau de l'échange de données avec les firmes pharmaceutiques. En matière de délais, les dispositions de l'arrêté ministériel du 2.9.2004 sont relativement bien respectées. 90% des firmes envoient comme prévu leurs fichiers au S.E.C.M. et ce, dans les deux mois suivant chaque trimestre. La qualité des fichiers augmente également (cf. tableau de bord). Les fichiers de 51% des firmes, concernant les trimestres 2004T3 à 2006T2 inclus, ont été contrôlés jusqu'à aujourd'hui. Environ 87% des codes-barres uniques mentionnés dans ces fichiers sont corrects. L'annexe jointe à ce rapport comprend des informations plus précises sur la quantité des erreurs, leur nature et leur répartition parmi les firmes. Malgré l'évolution positive, des problèmes subsistent, souvent en raison d'une rotation du personnel au sein des firmes. La nécessaire transmission interne de données n'a pas toujours lieu. Le responsable du S.E.C.M. doit alors prendre à nouveau contact avec le nouveau responsable au sein de la firme, afin de rappeler et de préciser les accords en matière de format et de contenu des fichiers.

En cas d'erreurs constatées lors de la lecture et du contrôle de la qualité des fichiers transmis, ceux-ci sont renvoyés aux firmes. Le but est de renvoyer ces fichiers dans des délais raisonnables. La loi ne prévoit cependant pas de dates limites précises à cet effet. Les délais dans lesquels les firmes envoient les fichiers corrigés varient. Ici aussi, le responsable du S.E.C.M. doit souvent reprendre contact avec les firmes séparément. Ces contacts individuels demandent bien sûr beaucoup de temps.

Dans les informations actuelles à l'intention des offices de tarification, il est prévu que ceux-ci doivent transmettre leur fichier au plus tard un mois après la demande du S.E.C.M. Pour le S.E.C.M., il suffit dans la pratique qu'ils les envoient dans les deux mois suivant chaque trimestre. 100% des offices de tarification respectent actuellement ces délais. Aucun problème ne se pose donc au niveau des délais. Les fichiers envoyés sont par ailleurs de bonne qualité.

Pour pouvoir faire rapport aux O.A. d'une manière sensée (action-engagement 1) et pour pouvoir faire des comparaisons utiles entre les fichiers des firmes pharmaceutiques et ceux des offices de tarification (action-engagement 2), les fichiers doivent être corrects à 100%. Dans le cas contraire, des problèmes peuvent apparaître lors d'éventuelles comparaisons ou de recherches ciblées. La condition selon laquelle les fichiers doivent être corrects à 100% retarde toutefois la réalisation des engagements.

Le S.E.C.M. a choisi de viser immédiatement des fichiers exhaustifs et corrects pour la période allant du « trimestre 3 de 2004 » (2004T3) au « trimestre 2 de 2006 » (2006T2) inclus. Le contrôle de la qualité et la lecture de ces fichiers s'opèrent donc simultanément, par firme, pour l'ensemble des trimestres. Les fichiers de cette période servent en fait de processus d'apprentissage initial. Le but est de maximaliser, par firme, l'effet d'apprentissage en matière de normes de qualité pour les fichiers. C'est la raison pour laquelle, par firme, plusieurs trimestres sont contrôlés comme un tout et renvoyés avec un commentaire. Ce sont en effet toujours les mêmes erreurs qui reviennent chez les firmes. L'inconvénient de cette approche globale initiale, c'est qu'il faut beaucoup de temps pour obtenir des fichiers corrects pour l'ensemble des firmes. Dès que cette longue période - de 2004T3 à 2006T2 inclus - aura entièrement été contrôlée pour l'ensemble des firmes et dès que celles-ci auront reçu un feed-back, le niveau de qualité du flux de données trimestriel sera normalement tel que peu ou plus de renvois ne seront nécessaires. Les fichiers pourront alors immédiatement être enregistrés dans le DataWareHouse et immédiatement utilisés pour effectuer des comparaisons avec les fichiers des offices de tarification.

Quelques premières tentatives de contrôle ont déjà été effectuées en la matière. Un contrôle a par exemple été effectué sur les fichiers des offices de tarification. Pour le mois de janvier 2006, ce contrôle a permis de constater, pour les 24 offices de tarification flamands, que 3,8% des lignes de tarification qui devaient contenir un code-barres unique n'en contenaient pas. Une autre problématique est que les codes-barres sont parfois lus plusieurs fois par un même pharmacien ou par plusieurs pharmaciens. De telles problématiques seront abordées dans le rapport qui sera présenté dans le cadre de l'action-engagement 2.

PERSPECTIVES 2007

En 2007, nous poursuivrons le contrôle de la qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques restantes (50%) et ce, pour la période de 2004T3 à 2006T2 inclus. Dès que le S.E.C.M. aura réceptionné les fichiers corrigés, ceux-ci seront enregistrés dans le DataWareHouse. Le S.E.C.M. prévoit que cet enregistrement pourra avoir lieu d'ici fin mai 2007. Dès que tous les fichiers corrects de toutes les firmes auront été enregistrés dans le DataWarehouse, un fichier pourra être transmis à tous les O.A. (action-engagement 1). Les comparaisons entre les fichiers des offices de tarification et ceux des firmes pharmaceutiques pourront en même temps commencer.

Les fichiers des trimestres suivants (à partir de 2006T2) pourront ensuite également être contrôlés et enregistrés. Le but final est d'écourter au maximum, d'une part, la période entre la date à laquelle les fichiers se rapportent et la date de transmission des données aux O.A. et, d'autre part, les comparaisons entre les deux types de fichiers. Ceci dépendra beaucoup du processus d'apprentissage, au cours de l'année écoulée, des firmes pharmaceutiques en ce qui concerne les normes de qualité pour les fichiers.

Annexes 27 et 28 :

- Code-barres unique : pourcentage de fichiers corrects, par firme : du trim. 2004T3 au trim. 2006T2 inclus
- Qualité des fichiers enregistrés.

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

BILAN 2006

Cet engagement vise à optimiser le contrôle des médecins-conseils dans le cadre de l'incapacité de travail primaire (I.T.P.). Cet engagement est logiquement associé à l'article 14 du contrat d'administration 2006-2008 : Exploitation des données d'incapacité de travail primaire – volet statistique.

Le principal objectif de ce projet est l'optimisation du système d'enregistrement des décisions des médecins-conseils en matière de contrôle de l'incapacité de travail primaire (profil de convocation, durée moyenne de l'incapacité,...), en vue de mettre des informations utiles à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, du Service des indemnités et des Services généraux de support de l'INAMI. Le produit final doit être un système entièrement opérationnel sur la base duquel il est possible d'établir un profil du médecin-conseil dans le cadre de sa mission de contrôle de l'I.T.P. La date-limite en est le 31 décembre 2008.

La réalisation de cet objectif dépend dans une large mesure de la collaboration des O.A. Ceux-ci doivent en effet transmettre à temps à l'INAMI leurs données relatives aux activités des médecins-conseils. Cet envoi est effectué tous les trois mois. Outre la ponctualité, la fiabilité des données constitue également un élément essentiel. Ce flux des O.A. vers le S.E.C.M. est organisé depuis 1997. Grâce aux avancées I.C.T., il existe de nos jours de nombreuses nouvelles possibilités techniques permettant de

traiter les données. À cet effet, la fiabilité des données est toutefois cruciale. Afin de trouver un équilibre entre les aspects qualitatifs et les dates limites, plusieurs réunions de concertation entre l'INAMI/S.E.C.M. et les O.A. ont été prévues en automne 2006.

Il y a tout d'abord une concertation technique mensuelle entre l'INAMI et les O.A. sur la façon dont ces derniers doivent transmettre leurs fichiers au S.E.C.M. Les O.A. envoient leurs fichiers I.T.P. au S.E.C.M. tous les trois mois. Environ 10% des fichiers ne sont actuellement pas en ordre. Il existe deux types d'erreurs : d'une part les erreurs de syntaxe dans le fichier du trimestre concerné (ex. : une lettre a été complétée au lieu d'un chiffre), d'autre part les erreurs de compatibilité entre les fichiers de différents trimestres. Dans ce cas, il peut par exemple s'agir d'une « erreur séquentielle » : un assuré est exclu de l'I.T.P., alors qu'il n'avait même pas été reconnu dans un fichier précédent. Pour prévenir cette problématique, il importe d'augmenter la qualité du flux de données entrant. La note technique de 1997 contient trop d'imprécisions et de lacunes, et était en cours de révision. Une concertation a eu lieu début septembre avec les techniciens des O.A. sur la base d'une proposition du S.E.C.M. Il en ressort une volonté d'investir dans des données plus fiables, mais cela suppose en même temps des investissements I.C.T. et R.H. supplémentaires de la part des O.A., investissements au sujet desquels les techniciens ne décident pas. L'analyse se poursuit, afin de trouver une réponse aux préoccupations des O.A. Ceci signifie entre autres qu'il faut investir le moins possible dans les anciens fichiers, en raison des coûts élevés au niveau des R.H. et de l'I.C.T. au sein des O.A. En même temps, il y a bien sûr lieu de garantir les futurs objectifs du projet.

Une concertation avec la direction médicale des O.A. a également été organisée. Outre les aspects techniques, il y a les « aspects politiques » du projet, lesquels ont trait à l'acceptation du système « d'envoi – demande de réenvoi – réenvoi » par les O.A. La nouvelle procédure requiert en effet des efforts R.H. et I.C.T. supplémentaires de la part des O.A. Il s'agit donc pour l'INAMI de stimuler les O.A. à investir du temps et du personnel dans la réalisation des adaptations nécessaires sur le plan I.C.T. Une concertation a eu lieu le 20 octobre. Le S.E.C.M. a présenté la proposition d'échange de données I.T.P. et l'exploitation de ces données par le S.E.C.M. Une proposition concernant les seuils de qualité et les dates limites a également été formulée. Si les principes généraux ne suscitent plus de discussion, aucun accord sur les délais et les seuils de qualité n'a encore été trouvé. Une concertation ultérieure avec les O.A. s'impose donc.

PERSPECTIVES 2007

La note technique sera optimisée sur base des fréquents contacts avec les OA (pour l'instant, version 5). En 2007, il y a lieu de se mettre d'accord avec les O.A. sur les seuils de qualité et les dates limites des fichiers envoyés. Vu le retard au niveau de l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des données transmises par les O.A., il est encore trop tôt pour prendre des initiatives concrètes en la matière. La technique de « réenvoi » se trouve actuellement encore en phase de test. Un quatrième et dernier 'demande le réenvoi' est arrivé à cet égard dans la deuxième moitié de février 2007. Il faut attendre que le flux prévu de 'envoi – demande de réenvoi – réenvoi' puisse démarrer sur base des données du trimestre 2 de 2007. Dès qu'une évaluation de la qualité actuelle sera possible (ce n'est pas uniquement le nombre de rejets de lignes des données reçues qui déterminent le niveau de qualité des informations fournies,

mais également leur répartition dans les différents dossiers d'incapacité de travail), nous pourrions discuter des seuils de qualité et des dates limites.

Dès que l'INAMI disposera de fichiers fiables, une application informatique devra permettre d'en déduire les indicateurs nécessaires. L'élaboration de ces indicateurs est déjà en cours. Sur la base du contenu de la nouvelle note technique et de la note de principe, quelques rectifications ont cependant été apportées (« I.C.T. change requests »). Les trois premiers indicateurs devraient être mis techniquement au point en avril 2007. Ces indicateurs ne deviendront vraiment fonctionnels que si la création de fichiers efficaces se développe en parallèle.

Le chef de projet a établi une liste de quinze indicateurs qui permettra à terme de dresser un profil du comportement des médecins-conseils en matière de contrôle de l'I.T.P. jusqu'au niveau d'une mutualité individuelle et ce, à l'intention des médecins-inspecteurs du S.E.C.M. On suppose que la mise à disposition d'un tel profil devrait inciter les médecins-conseils à adopter un comportement plus uniforme en matière de contrôle, moyennant des contacts nécessaires avec eux en cas de comportement déviant. La collaboration avec les directions médicales des différents O.A. peut également jouer un rôle important en la matière.

À plus long terme (ceci n'est pas prévu dans le contrat d'administration actuel) et moyennant l'implémentation des données reçues, les médecins-conseils pourraient disposer de leur profil individuel et comparer leur comportement de contrôle avec celui de leurs collègues, ce qui devrait optimiser la répartition des indemnités.

Annexe 29:

- Présentation aux directions médicales des O.A., le 20.10.2006.

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

BILAN 2006

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

Une première action dans le cadre de cet engagement est la mise à disposition sous forme électronique des dossiers d'enquête en cours. Cette action comporte trois phases:

- modules de base de scanning et de production pour les documents et démarrage d'un DocCenter. Cette phase implique que tous les documents entrants soient scannés, que des documents électroniques soient établis, que les documents soient indexés et qu'une recherche/consultation des documents dans le format initial et dans le format pdf soit possible ;
- modules de recherche et de contrôle avancés ;
- intégration de tous les dossiers d'enquête en cours

La date limite pour cette première action (en trois phases) était le 30 juin 2006. Cette action n'a pas encore été réalisée pour différentes raisons.

- Dès le début du projet, il y a eu une longue discussion technique sur le choix entre deux programmes informatiques, ce qui a retardé le démarrage du projet.
- L'évaluation de la complexité de l'application génère des difficultés. Cette complexité a été sous-estimée au début du projet. Au fur et à mesure que l'analyse détaillée progressait, on a découvert des éléments de plus en plus complexes, avec comme conséquence des reculs successifs de la date limite. Le projet est en outre constitué de différentes phases. Il y a un risque que les fonctionnalités demandées dans les phases ultérieures aient un impact sur les phases antérieures, ce qui peut provoquer des problèmes et des retards supplémentaires.
- Cette importante complexité a également des implications pour la programmation. Des compétences au niveau du contenu doivent être développées chez les collaborateurs I.C.T. pour pouvoir réaliser le projet. Il a été pourvu à ce développement des compétences, notamment par un coaching externe.
- On a également fait appel à une consultance externe pour l'expertise spécifique, entre autres en matière de .Net. Vu que cette expertise est rare sur le marché, cette recherche a demandé un certain temps. Il s'avère toutefois aussi que la consultance externe ne peut pas résoudre tous les problèmes.
- L'équipe de projet a par moments été instable. Cette instabilité était due à la problématique du recrutement par des contrats cadres SMALS. Quelques changements de personnel ont de ce fait eu un impact sur le projet.

- Quelques problèmes se sont également posés en matière de direction du projet. L'expérience limitée du chef de projet a gêné l'avancement du projet. Au cours du 4^e trimestre de 2006, une personne plus expérimentée a été désignée comme chef de projet.
- En matière de suivi du projet, différentes initiatives ont été prises pour acquérir une vue aussi claire que possible sur l'avancement du projet et pour pouvoir l'adapter au besoin dans les plus brefs délais. Au sein du Service I.C.T., un suivi quotidien de l'équipe de projet a été organisé par le management I.C.T. et les coaches externes au moyen de « stand-up meetings » avec, le cas échéant, correction immédiate et coaching. En outre des réunions de projets régulières et des groupes de pilotage sont mis sur pied, où tous les intéressés (I.C.T., business, Cellule de modernisation) peuvent se concerter. Enfin, trois groupes de pilotage exceptionnels ont eu lieu, dans lesquels, outre tous les intéressés (collaborateurs et management de l'I.C.T., business et Cellule de modernisation), l'administrateur général et l'administrateur général adjoint également étaient présents pour apporter le soutien et les adaptations nécessaires.
- Le suivi plus important des projets a également pour objectif de prévoir une meilleure communication entre le business et l'I.C.T., ainsi qu'envers le management. Certains retards et problèmes ont parfois été mal communiqués, ou trop tardivement. Le rapport donnait parfois aussi une image dépassée de la réalité. De ce fait, les nouvelles dates-limite communiquées dans le rapport semestriel pour la réalisation de la première action-engagement (dossiers d'enquête en cours sous forme électronique) n'étaient pas non plus exactes.

Pour le moment, les collaborateurs du S.E.C.M. travaillent déjà à un environnement pré-FlowDos. Le pré-FlowDos est un système intermédiaire qui comporte une centaine de paramètres des dossiers d'enquêtes. Ce n'est qu'une petite partie de l'ensemble des paramètres qui seront intégrés dans le FlowDos. L'encodage des données relatives aux dossiers est effectué par les collaborateurs dans les services provinciaux et centraux. Dans FlowDos, l'encodage sera automatisé pour les données relatives au déroulement des dossiers. Grâce à pré-FlowDos, il est possible de suivre les principales caractéristiques des dossiers d'enquêtes. Exemples de paramètres : date d'ouverture du dossier d'enquête, premier pro justitia, fin du traitement au niveau de la province, ... D'autres paramètres concernent par exemple les montants dus : montants pour lesquels un remboursement spontané a été effectué par le dispensateur de soins, montants payés après une décision du Comité, etc.

PERSPECTIVES 2007

Lors de la réunion de suivi exceptionnelle du 14 décembre 2006, il apparaissait clairement que les problèmes perduraient et qu'aucun « deliverable » n'était prévu à court terme. En outre, il y avait certains doutes quant à la technologie utilisée et ce, malgré le soutien externe. Dans le courant de janvier 2007, la Cellule modernisation a pris les initiatives nécessaires pour arriver à une solution structurelle aux problèmes continus du projet FlowDos. Le 24 janvier 2007, une première concertation a eu lieu entre le management du SECM et le Service ICT pour discuter des problèmes et envisager les solutions possibles. Sur base de cette 1^{ère} rencontre, le 6 février 2007 une réunion s'est tenue avec toutes les personnes concernées par le projet. Un accord a été conclu entre le SECM et l'ICT pour travailler en deux étapes :

- L'étape 1 est orientée vers une livraison rapide du PreFlowDos+ sur base duquel le business peut disposer des informations de management utiles. Cela consiste en l'adaptation de PreFlowDos à la nouvelle réglementation ainsi qu'une extension du nombre de paramètres dans PreFlowDos. L'objectif est que PreFlowDos+ soit opérationnel dans le courant du 2^{ème} trimestre 2007. Pour le 19 mars 2007 il aura décidé sur quelle technologie cela va fonctionner : Sharepoint ou Access (plus tard à intégrer dans Sharepoint).
- L'étape 2 suppose l'analyse des 2 alternatives (sur le plan de la technologie) pour que le projet FlowDos même puisse se poursuivre dès que PreFlowDos+ est livré. La 1^{ère} alternative consiste en la poursuite du projet dans l'actuelle technologie (W4). La 2^{ème} alternative est la construction de FlowDos sur base de Sharepoint. Dans le cadre de cette dernière option, une visite au lieu le 13 février 2007 à Fedict afin de connaître les possibilités de Sharepoint. Fedict fait déjà usage de Sharepoint dans le cadre de la gestion des cahiers de charges. Le 27 février 2007, après une analyse complète consciencieuse, l'alternative Sharepoint a été choisie. Cela signifie que FlowDos sera construit en différentes couches. Chaque couche signifiera une extension des fonctionnalités. Pour le 19 mars 2007, le contenu précis de chaque couche sera explicité ainsi que le timing appliqué.

En raison des éléments précités, il est actuellement impossible de déterminer avec exactitude quand l'engagement 1 du contrat d'administration pourra être réalisé. Quand l'infrastructure informatique requise sera opérationnelle, les dossiers en cours devront encore être intégrés dans l'application. Suite aux retards encourus par l'action-engagement 1, on peut déjà affirmer que la fourniture d'un système entièrement opérationnel de gestion pour les dossiers d'enquêtes pour le cycle de vie complet (action-engagement 2), planifiée pour le 31 décembre 2007, sera également retardée.

Annexe: Néant

Conseil technique médical des Indemnités (art 29)

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

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

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

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

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

En 2006, un engagement a été inscrit dans le contrat d'administration. Il s'agissait, d'ici le 31 décembre, de modifier le système de classification d'affections médicales pour lesquelles une entrée en invalidité est demandée. Dans la phase initiale, il est question de réaliser une étude des systèmes de classification d'affections / de pathologies médicales sur la base de l'examen de la littérature et des avis d'experts (cette étape a été réalisée). Ensuite, il convient de préparer et implémenter la transformation de la classification actuellement utilisée en un nouveau système en tenant compte des développements ultérieurs au sein de « E-did » (dossier d'invalidité électronique).

Un léger retard a été pris dans la réalisation de cet engagement. Les membres de ce conseil sont déjà nommés mais la première réunion n'a pu avoir lieu que le 27 février 2007. Il y a été notamment question de deux documents actuellement finalisés : le règlement d'ordre intérieur et surtout la note analytique sur le système de classification d'affections / de pathologies médicales utilisé (annexés au présent rapport).

En 2007, outre les discussions sur l'étude du système de classification d'affections / de pathologies médicales en vue de son éventuelle adaptation, le CTM des Indemnités réalisera une étude de faisabilité relative au développement de directives concernant l'évaluation de l'incapacité de travail / de l'invalidité sur la base de la littérature médicale et des avis d'experts (belges / étrangers), en tenant compte de la médecine basée sur l'évidence (« evidence-based medicine »).

Il ne fait donc aucun doute que les activités de cet organe devraient permettre d'améliorer et d'uniformiser la qualité de l'évaluation médicale de l'incapacité de travail d'un assuré social ainsi que la qualité du dossier médical d'invalidité.

Annexes 30 et 31:

- Le règlement d'ordre intérieur ;
- La 1^{ère} note analytique sur le système de classification d'affections / de pathologies médicales utilisé

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

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

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

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

Nous avons déjà souligné dans notre rapport semestriel précédent que la standardisation des notes (template à respecter par les auteurs des notes) était déjà effective.

Nous avons également mis en évidence que, dans le cadre du développement d'un thésaurus à l'Inami, des efforts importants ont d'ores et déjà été consentis en matière de structuration des mots-clé. Cette étape se révèle cruciale afin de garantir un moteur de recherche performant et un archivage adéquat des documents.

Une première analyse BIO du projet (bedrijfsprocessen, informatiestromen en – gebruik, organisatie structuren en werkorganisatie) est terminée. Suite à la formation en « business process management » (BPM) donnée au dernier trimestre 2006 à l'Inami, les processus de ce projet ont été formalisés et modélisés afin notamment de faciliter le dialogue à venir avec l'ICT.

Actuellement, il semble que la solution technique la plus adéquate soit Microsoft Sharepoint 2007. Une démonstration de cet outil de gestion de documents a été réalisée à Fedict en février 2007. Etant donné qu'il s'agit d'un outil générique 'flexible', une partie de programmation (notamment au niveau du thésaurus) et de sécurisation (identity management) serait encore à réaliser.

Il a été décidé par le Comité de direction que ce projet serait le « POC » (Proof Of Concept) de cette application informatique Sharepoint.

A partir de février 2007, l'ICT et le Service des soins de santé se réuniront activement, sur la base de l'analyse et de la modélisation des processus, afin d'implémenter l'outil en phase test et procéder aux corrections nécessaires.

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

De manière très concrète, le Comité de direction de l'Inami a déterminé la date de mise à disposition de l'application au plus tard en janvier 2008 et ce, notamment afin que l'enquête de satisfaction prévue dans le contrat ait encore un intérêt. En effet, l'idée était, dès que ce projet était finalisé et opérationnel, de pouvoir comparer les résultats de l'enquête de 2008 avec ceux de 2002 afin de juger de la satisfaction accrue attendue de la part des membres du Comité de l'assurance et du Conseil général.

Afin de respecter cette date-limite du 1^{er} janvier 2008, la direction du service des soins de santé a mis en place un comité de pilotage permettant de suivre attentivement l'évolution du projet et de prendre les décisions nécessaires au respect du planning.

Annexes : Néant

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

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

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

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

Ce projet étant commun aux services des Indemnités et d'Evaluation et de Contrôle Médicaux, une note concernant les données statistiques significatives (données indispensables sur le fonctionnement des CR-CMI) pour les indemnités et le contrôle médical a été rédigée (ci-joint en annexe).

Dès lors qu'un consensus existe sur la nature des données, d'autres discussions avec l'IT ont déjà lieu afin d'examiner la manière d'organiser le transfert de ces données. Pour ce faire, un groupe de travail technique et un autre plutôt « business » ont été mis sur pied et une « BIO analyse » est en cours de réalisation. Cette analyse permettra notamment d'identifier clairement les différents flux existants et les nouveaux à mettre en place afin d'effectuer la récolte des données et donc d'alimenter le rapportage.

A partir de ce moment, les services pourront procéder au traitement statistique des données afin de pouvoir établir un rapportage adéquat des résultats. En effet, d'ici fin 2007, il est prévu de réaliser un rapport annuel à l'attention de la Commission supérieure et du Comité de gestion de l'assurance indemnités (travailleurs salariés / travailleurs indépendants) sur les activités du CMI dans le cadre du contrôle médical de la reconnaissance de l'invalidité dans les différentes Commissions régionales du CMI.

Annexe 32 :

- Note définitive des données statistiques significatives sur le fonctionnement des CR-CMI.

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

BILAN 2006

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

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

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

Trois actions-engagements ont été fixées dans le contrat d'administration:

Premièrement, il y a lieu de rédiger un rapport de monitoring standard pouvant être utilisé pour tout rapport ultérieur. La date limite du 31 mars 2006 a été respectée. Le premier rapport sur les statines (en annexe au rapport semestriel) a en effet permis de définir dans les grandes lignes le format des rapports. Le rapport suivant concernant les antidépresseurs (en annexe au rapport semestriel) a permis d'optimiser quelque peu ce format. Nous pensons que le format est à présent quasi définitif. Un rapport sera toujours composé de deux parties : une première partie récapitulative de deux à trois pages constituant en quelque sorte un « executive summary » du rapport ; puis, le rapport à proprement parler dans lequel figureront in extenso les coûts, les mesures, l'efficacité des mesures, les prévisions en matière de coûts, des commentaires et une conclusion. Enfin, les rapports individuels concernant chaque produit seront également joints séparément.

Deuxièmement, il y a lieu d'automatiser le rapport. Ici aussi, la date limite (le 30 juin 2006) a été respectée. Le premier rapport (statines) a encore été rédigé par les collaborateurs du Service « Médicaments » et par l'expert interne de la C.R.M., qui ont donc extrait les éléments nécessaires des données brutes (6000 enregistrements Pharmanet par mois) et qui les ont traitées. Avec l'automatisation du rapport, l'I.C.T. traite les données brutes et fournit des informations « prêtes à l'emploi » (ex. statistiques, graphiques,...), ce qui permet à l'expert interne de la C.R.M. et à l'administration de l'INAMI de consacrer toute leur énergie à l'interprétation des données et à la rédaction du rapport.

Troisièmement, il y a lieu d'effectuer une analyse et de rédiger un rapport sur le top 80% du budget. La date limite pour ce faire était le 30 juin 2006, date qui n'a pas été respectée. L'action-engagement a été réalisée en septembre (rapport en annexe). La réalisation de cette action-engagement a été quelque peu reportée, afin de pouvoir d'abord rédiger le rapport sur les antidépresseurs. Au cours du mois de juin, une réunion de consensus a en effet été organisée à ce sujet. Ce rapport représentait dans ce contexte une plus-value importante.

Un rapport sur les inhibiteurs de la pompe à protons (I.P.P.) a été encore rédigé au cours du deuxième semestre de 2006 (en annexe). Pour tout commentaire sur le contenu des rapports, nous faisons référence au « executive summary » et aux analyses plus approfondies qui figurent dans les deux rapports mêmes.

Enfin, l'administration a déposé un résumé à l'intention de l'International Society on Pharmaceutical Outcomes Research, une organisation internationale qui se penche sur des sujets liés à l'économie de la santé. Cette organisation publie également une revue. Elle a organisé un congrès en octobre 2006. En déposant un résumé, l'INAMI souhaite consolider sa méthodologie et la mettre à l'épreuve dans un contexte international. Vous trouverez ce résumé en annexe au rapport semestriel. Il a été accepté et approuvé pour servir de présentation au congrès. L'attention était essentiellement axée sur la méthode spécifique qui consiste à prévoir les dépenses pour la sécurité sociale et ce, sur la base de chiffres de vente récents des médicaments.

PERSPECTIVES 2007

Le projet MORSE tentera surtout de travailler en synergie avec d'autres initiatives d'analyse de l'impact financier des médicaments, plus particulièrement avec le projet « audit permanent » de l'actuariat.

Le Comité de l'assurance a fait savoir qu'il aimerait désormais recevoir les rapports MORSE. C'est la raison pour laquelle l'administration donnera, en 2007, des explications sur les rapports déjà réalisés.

Annexes 33 et 34 :

- Rapport « I.P.P. »
- Rapport Top 80%

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

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

Pour rappel, depuis le 1er janvier 2005, le système du double calcul a disparu et la nouvelle règle de cumul indemnités/revenus d'une activité autorisée (et donc la suppression de l'ancienne règle) est entrée en vigueur.

Un rapport d'évaluation de cette nouvelle règle de cumul (article 230 de l'A.R. du 3 juillet 1996) a d'ailleurs été réalisé (engagement repris dans l'avenant 2005 au contrat).

En 2006, l'engagement consistait à procéder aux adaptations réglementaires nécessaires dans les trois mois après réception de la réponse du Ministre des Affaires sociales aux propositions contenues dans les deux rapports du service des Indemnités sur la réinsertion socio-professionnelle et la réadaptation professionnelle.

Un courrier de la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales a été envoyé le 07 avril 2006 en réaction aux rapports susmentionnés.

Malgré la position favorable d'un nombre important de membres du Comité de gestion mais en l'absence d'unanimité, les propositions relatives à la clarification du critère d'incapacité en cas de reprise autorisée n'ont pas été retenues. D'autres éléments ont toutefois été acceptés : l'adaptation de l'article 101 de la loi coordonnée, l'étude à mener sur le problème des incapacités répétées pour cause de traitement médical, les modifications en matière de réadaptation professionnelle intégrées dans un projet de loi plus large sur la réinsertion professionnelle, en ce compris les accidents du travail et les maladies professionnelles,...

Afin d'éclaircir et de préciser certains points, plusieurs réunions ont eu lieu au SPF Sécurité sociale (concertation au sujet des mesures à prendre dans le cadre du projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que de réinsertion professionnelle).

L'aperçu des mesures de réadaptation professionnelle prévues dans les trois secteurs concernés a été mis à jour et une réunion s'est tenue le 27 octobre 2006 pour déterminer le contenu des dispositions de l'arrêté royal d'exécution qui pourrait être commun aux trois secteurs (accidents du travail, maladies professionnelles, assurances indemnités). Suite à cette réunion, le Service a adressé au SPF en date du 16 novembre 2006 un courriel formulant la position du Service des Indemnités (cfr annexe).

Après concertation avec le Service des soins de santé, il a été décidé que le transfert de la matière de la réadaptation professionnelle aurait lieu au sein de l'Inami (transfert du Collège des médecins directeurs au Conseil médical de l'invalidité) à la date du 1er janvier 2008. Diverses réunions visant à réaliser ledit transfert seront organisées dans le courant de l'exercice 2007.

En ce qui concerne la procédure de régularisation visée à l'article 101, le service des Indemnités a élaboré un projet de nouvelle disposition légale qui pourrait être insérée ultérieurement dans un projet de loi plus global. Un échange de courriers relatifs à ce sujet a eu lieu entre la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et le Service des Indemnités (cfr annexes).

L'étude sur les problèmes posés par les incapacités répétées ou à fréquence régulière est en cours de finalisation et devrait être soumise aux instances concernées dans le courant du premier trimestre 2007.

Au regard des adaptations réglementaires à prendre par l'Inami et dont celui-ci avait entièrement la maîtrise, nous pouvons donc constater que l'engagement est en très grande partie réalisé.

Annexes 35 et 36:

- Réadaptation professionnelle
 - o Courriel du 06/11/2006 émanant du SPF et réponse par courriel du S.I. en date du 16/11/2006
- Article 101 de la L.C.
 - o Courriel du 06.10.2006
 - o Courriel du 10.10.2006
 - o Courriel du 05.12.2006
 - o Courriel du 11.12.2006
 - o Courriel du 16.01.2007
 - o Courriel du 23.01.2007

<p>Maximum à facturer et intervention majorée de l'assurance (art 34)</p>
--

BILAN 2006 et PERSPECTIVES 2007

Les engagements sont au nombre de deux :

1. Dès que les propositions visant à harmoniser les deux systèmes de protection (Régime préférentiel et Maximum à facturer) auront été approuvées, procéder 6 mois plus tard à toutes les nécessaires adaptations réglementaires et des flux.
2. Dès qu'une décision aura été prise concernant l'intégration du MAF fiscal dans le MAF revenus, procéder 3 mois après aux adaptations réglementaires et des flux.

1. Pour ce qui est des adaptations légales et réglementaires nécessaires en vue de l'amélioration des deux systèmes de protection (Intervention majorée/IM et Maximum à facturer/MAF), il est important de souligner la préparation de la mise en œuvre du statut OMNIO. Si l'harmonisation, dans un souci de simplification, reste l'objectif à terme, il ressort des analyses et discussions menées en groupe de travail assurabilité ainsi que des décisions politiques que celle-ci n'est pas réalisable ni souhaitée actuellement. Par contre, les adaptations nécessaires ont été apportées ou le seront à l'occasion de la mise en œuvre du statut OMNIO pour éliminer les effets indésirables nés de la coexistence des différents mécanismes. Suite à la réunion du 16 novembre 2006 avec la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et les OA, une note sur l'IM et l'instauration de l'OMNIO a été discutée en Groupe de travail assurabilité (GTA) élargi. Suite à la décision du gouvernement et aux orientations du Ministre, nous pouvons considérer, au regard de la mise en œuvre de l'OMNIO au 1er avril 2007, que la date du 31 décembre est celle qui sera prise en considération pour calculer le respect du délai de 6 mois nécessaires à l'Inami afin de procéder à toutes les adaptations réglementaires.

Après de multiples réunions, notamment du GTA, un projet de texte réglementaire a été envoyé début février à la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales, a été examiné le 07 février 2007 en Commission de contrôle budgétaire et soumis le 12 février 2007 au Comité de l'assurance (cfr note en annexe).

Soulignons par ailleurs que le SCA a formulé un feedback à la Direction juridique et accessibilité des soins de santé quant aux constatations établies par les inspecteurs en mutualités concernant l'application de l'intervention majorée afin de

tirer les leçons nécessaires dans le cadre de la réflexion sur l'introduction du statut OMNIO dans l'assurance soins de santé.

De son côté, le Service du contrôle administratif prépare l'adaptation des flux de données transmises par les OA et le SPF Finances ainsi que la structure du formulaire de déclaration sur l'honneur. Pour rappel, la majeure partie du projet de simplification du formulaire de demande d'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance a déjà été réalisée mais son contenu (notamment, la redéfinition des notions de 'cohabitant' et 'revenus') reste dépendante des discussions qui ont eu lieu quant à la réforme de l'intervention majorée et l'instauration du statut OMNIO.

2. Enfin, en 2005 déjà, les Services du contrôle administratif et des soins de santé avaient procédé à la préparation technique (des flux) et réglementaire nécessaire dans le cadre de l'intégration du MAF fiscal au MAF revenus. Etant donné que le Gouvernement a décidé d'intégrer, à partir du 1er janvier 2005, le MAF fiscal dans le MAF revenus (loi-programme du 27/12/2005 et MB du 30/12/2005), l'Inami était donc déjà en mesure de pouvoir traiter les premières demandes 2005 émanant des OA. Pour rappel, nous avons déjà annexé au précédent rapport semestriel une note rédigée par le SCA ayant pour but de présenter les flux échangés entre l'Inami et les OA dans la cadre de l'exécution du MAF 'année 2005' suite à l'intégration du MAF fiscal dans le MAF revenus ainsi qu'un document reprenant les statistiques des remboursements effectués par les OA dans le cadre du MAF revenus 2005 après intégration. Une version actualisée de ce document figure en annexe. Nous joignons également deux documents. Le premier confirme la fiabilité des simulations effectuées par le SCA dans le cadre des travaux préparatoires. Le second document démontre l'impact positif de l'intégration du MAF fiscal dans le MAF revenus.

En ce qui concerne l'application du MAF 2006, les ménages dont les revenus sont supérieurs à la deuxième tranche de revenus visés à l'article 37 undecies ne feront l'objet d'un remboursement qu'en 2007 ; conformément à l'article 45 de la loi programme publiée au MB en date du 30/12/2005.

Annexes 37, 38, 39, 40 et 41:

- Note GTAE 19.01.07/1 sur la réforme de l'IM et l'instauration de l'OMNIO ;
- Statistiques actualisées relatives aux remboursements pour des prestations effectuées en 2005 (période du 01/01/2005 au 31/12/2006) ;
- Tableau comparatif entre la simulation et les chiffres réels ;
- Histogramme relatif à l'impact de l'intégration du MAF fiscal dans le MAF revenus ;
- Note CSS 2007/53 du 12.02.07 du Comité de l'assurance (réforme de l'IM et instauration de l'OMNIO).

Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux (art 35)

BILAN 2006

L'essentiel de ce projet devait et a été réalisé en 2006.

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

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

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

Il est important de souligner que cette liste est mise à jour mensuellement et mise à disposition notamment via notre site web.

Le 1^{er} engagement (31 mars 2006) consistant en la rédaction des projets d'arrêtés royaux liés à la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques remboursables dans les hôpitaux a donc été atteint. Les cinq arrêtés royaux figuraient en annexe au précédent rapport semestriel.

Les 2^{ème} et 3^{ème} engagements (30 avril 2006 et 31 mai 2006) ont également été réalisés puisque tout a été mis en œuvre pour que le système soit opérationnel à partir du 1^{er} juillet 2006 : mise en place du nouveau système de facturation (nouveaux pseudo codes nomenclature et modification des instructions concernant le lay-out de la facture hospitalière) et communication aux organismes assureurs et aux hôpitaux du montant du forfait à facturer ainsi que de toutes les informations nécessaires relatives au calcul du forfait (méthodologie, Case-Mix, moyennes nationales, liste des produits exclus, ...).

Vu l'importance mais aussi la complexité de ce nouveau système et au regard des efforts de communication que l'Inami entend mener, une session d'information sur cette forfaitarisation des médicaments a eu lieu le 30 mai 2006. Il y avait été notamment question d'informations relatives à l'historique du projet, la réglementation, le champ d'application (types d'hôpitaux et de spécialités pharmaceutiques exclus du système) ou encore le mode de calcul des forfaits.

Par ailleurs, toutes les informations nécessaires relatives à la forfaitarisation figurent sur notre site web, en ce compris une liste de FAQ (questions fréquemment posées).

Lorsque les données couplées RCM-SHA concernant la première année de forfaitarisation seront disponibles au sein de la Cellule technique, il conviendra (4^{ème} et dernier engagement), trois mois plus tard, de procéder à une évaluation de ce système de forfaitarisation et de déposer un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance).

Annexe: Néant

<p style="text-align: center;">Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du S.E.C.M. (Art. 36)</p>
--

BILAN 2006

L'article 36 s'inscrit dans la continuité du projet éducatif tel qu'il est présenté dans l'article 13 du premier contrat d'administration. Cet objectif consiste à informer convenablement les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'organisation des soins de santé remboursés par l'assurance maladie. Grâce à cette information, des infractions à la réglementation existante sont évitées et les moyens octroyés sont utilisés conformément aux objectifs du législateur.

Concrètement, il s'agit de produire et de diffuser, pour les dispensateurs de soins, des informations simples et compréhensibles, spécifiquement axées sur les missions du S.E.C.M. Ces informations donneront aux dispensateurs de soins une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif sans qu'ils doivent éplucher tous les textes de loi. Les infractions commises par ignorance diminueront par conséquent et les dispositions légales seront appliquées de manière plus uniforme.

En ce qui concerne la production et la diffusion de la documentation de base pour les nouveaux dispensateurs de soins, un premier engagement a été fixé dans le contrat d'administration avec pour date limite le 31 décembre 2006. Il s'agit de la conception de deux modules : un module pour le médecin généraliste débutant et un pour le médecin spécialiste en formation.

Le premier module a été mis au point, et envoyé le 22 décembre 2006 sous la forme d'un dossier à tous les médecins généralistes ayant débuté en 2006. Ce module a été publié sur le site Internet le 9 janvier dernier. L'approche et la présentation sont nouvelles par rapport aux brochures antérieures. C'est la première fois qu'un tel module, en réalité une « brochure Infobox », a été conçu par l'INAMI, ce qui a bien sûr demandé plus de temps en comparaison des modules précédents. Les Infobox ont pour objectif d'apporter une réponse aux principales questions que peuvent se poser les médecins généralistes débutants. L'Infobox comprend en outre des informations compréhensibles sur la réglementation, ainsi que des liens vers des informations supplémentaires que les médecins généralistes souhaitent recevoir à propos d'un

sujet donné. Une attention particulière a été accordée au lay-out, à la lisibilité, au confort d'utilisation et au design.

Le deuxième module, à l'intention des médecins spécialistes en formation, n'a pas encore été réalisé, notamment en raison de facteurs externes. Nous énumérons ci-après les raisons de ce retard et nous demandons un report de la date limite en 2007:

- En raison de la nouvelle loi santé de 2006, qui comprend d'importantes modifications au niveau de la procédure de sanction, le S.E.C.M. s'est vu obligé d'adapter son programme de communication. Depuis l'année dernière, une brochure d'informations sur le S.E.C.M et sur les nouvelles procédures de sanction est en préparation au sein du S.E.C.M. Elle sera terminée dans le courant du deuxième trimestre de cette année. Cette brochure s'adresse à tous les dispensateurs de soins, y compris aux médecins spécialistes.
- En ce qui concerne le premier module, l'idée de départ était de rédiger une Infobox de grande qualité, ce qui a demandé un peu plus de temps que pour la rédaction des brochures précédentes.
- L'équipe de communication du S.E.C.M., chargée de la rédaction des brochures, a collaboré en 2006 à la rédaction de la brochure consacrée aux médicaments du chapitre II. Cette brochure a été rédigée à la demande de la Cellule stratégique du ministre et a donc été traitée en priorité.
- Finalement, il importe pour le Service de connaître les réactions par rapport à la première Infobox avant d'entamer la rédaction d'une deuxième brochure. Le feed-back sur la première Infobox peut être intéressant tant pour le contenu que pour le lay-out. Le S.E.C.M. peut alors entièrement tenir compte de ces réactions lors de la rédaction de la deuxième Infobox.
- L'INAMI propose de reporter la date limite pour le deuxième module, c'est-à-dire fin 2006, à fin 2007.

Un deuxième volet de cet article 36 concerne la publication sur le site Internet de l'INAMI des décisions définitives du Comité du S.E.C.M. et des Chambres de recours en ce qui concerne l'application de l'assurance soins de santé. Les tableaux de bord présentent une liste de ces décisions avec la date de signature et la date de publication sur le site Internet et ce, jusqu'à la mi-septembre 2006. Depuis fin janvier 2007, ces décisions sont publiées sur le site Internet dont la présentation a été renouvelée. Pendant la phase d'implémentation de cette nouvelle présentation du site Internet (fin 2006), quelques publications ont été exceptionnellement planifiées plus tard que prévu (dans un délai d'un mois).

PERSPECTIVES 2007

La brochure d'information sur le S.E.C.M. et les nouvelles procédures de sanction sera finalisée au cours du second trimestre de 2007. La brochure s'adressera à tous les dispensateurs de soins, y compris aux médecins spécialistes.

Après avoir analysé les réactions sur la première Infobox, le Service élaborera et diffusera l'Infobox à l'intention des médecins spécialistes. La proposition est de finaliser cette Infobox d'ici fin 2007.

Les autres engagements sont pris pour 2008. Il s'agit de la réalisation de quatre modules supplémentaires pour le 31 décembre 2008, à savoir un module de base qui

serait disponible pour quatre catégories de dispensateurs de soins (par exemple pour les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les pharmaciens).

Annexe 42 :

- Infobox envoyée le 22 décembre 2006 à tous les médecins généralistes débutants, et publiée sur le site Internet de l'INAMI.

<p align="center">Site web – accueil téléphonique – communication proactive (art. 37)</p>
--

BILAN 2006

Cet engagement vise l'amélioration du site web et de l'accueil téléphonique ainsi que le renforcement d'une communication proactive.

Pour le premier semestre 2006, la concrétisation (inscription et diffusion) des listes de diffusion était programmée. L'objectif était de lancer une liste de diffusion, à l'intention de groupes cibles de l'INAMI, permettant au destinataire de savoir quelles rubriques ont été adaptées et/ou modifiées sur le site web de l'INAMI. Libre à chacun de s'inscrire sur les listes de diffusion qui l'intéressent. La date-limite était fixée au 31 mars 2006 mais n'a pas été respectée en raison principalement de problèmes techniques. Il est cependant possible depuis le 18 juillet 2006 de s'inscrire sur une liste de diffusion sur le site web de l'INAMI. Il n'en existe qu'une pour l'instant. Les groupes cibles ne sont par conséquent pas encore définis. Chaque fois qu'un changement (quel qu'il soit) survient sur le site web, la personne inscrite en est informée. Début janvier 2007, un millier de néerlandophones et autant de francophones s'étaient déjà inscrits. A terme, l'objectif est d'optimiser le système existant. Il faudra ensuite considérer la scission de la liste de diffusion par groupes cibles, voir comment augmenter progressivement le nombre d'inscrits et comment faire un usage optimal de cet instrument.

La rédaction d'une brochure de présentation a également été entamée en 2006. La date limite, fixée au 31 octobre 2006, n'a pas été respectée. Un projet de version francophone était prêt fin novembre 2006. Il a été présenté à un panel d'une quarantaine de personnes d'horizons différents chargées d'évaluer le contenu de la brochure. Ces évaluateurs étaient pour certains membres du personnel de l'INAMI, d'autres de services de communication de différents services publics fédéraux, d'autres encore étaient de simples citoyens. Ils avaient pour mission d'évaluer le contenu et la lisibilité de la brochure, page par page et dans son ensemble. Cette consultation a été finalisée fin décembre.

PERSPECTIEVES 2007

Pour l'instant, la brochure de présentation est en relecture auprès des membres du Comité de direction. Début mars 2007, cette phase de relecture était terminée. La brochure de présentation sera finalisée durant le premier semestre 2007, mise en

page, traduite et diffusée. Dans le même temps, un plan de diffusion est élaboré, l'objectif étant de le réaliser vers la mi-2007.

En ce qui concerne l'accueil téléphonique au sein des services, une évaluation et une optimisation du call-center existant est en cours. De même, la Cellule communication de l'INAMI se charge d'analyser les besoins des autres services. Cette analyse des besoins et la concrétisation du nouvel accueil téléphonique doivent être réalisées pour la fin décembre 2007.

La date-limite pour la publication de toute la coordination officieuse sur le site web, en plus de la loi coordonnée, est fixée au 30 juin 2007. Cet engagement a déjà été préparé en 2006 et différentes pistes ont été examinées. Décision a été prise de placer DocLeg, une banque de données de textes réglementaires dont l'atout majeur est la présence d'un historique des textes, sur le site web de l'INAMI dans le courant 2007. Cette banque de données est déjà présente aujourd'hui à l'INAMI, mais n'est accessible que par l'Intranet. Quelque 80 % des textes réglementaires visés dans le 1^{er} engagement de l'article 37 du Contrat d'administration sont déjà présents dans la banque de données. Les textes réglementaires les plus importants seront bientôt reproduits dans leur intégralité. La préparation de la mise en place de DocLeg sur le site web se poursuivra au printemps 2007. L'engagement doit être réalisé pour le 30 juin 2007.

Un module informatique doit également être développé pour la fin 2007 et devrait permettre de consulter une liste de dispensateurs de soins sur le site web de l'INAMI. Cette liste devrait préciser si les dispensateurs sont ou non conventionnés et fournir des informations sur les éventuelles modalités de cette convention. La réalisation de ce projet requiert avant tout un examen du fichier existant des dispensateurs de soins et une vérification des données. Cette liste devrait principalement intéresser les assurés sociaux, mais également les C.P.A.S. et autres institutions qui jouent le rôle d'intermédiaire pour les assurés. La préparation de ce projet a déjà commencé. Dans le courant du mois de février, le cadre juridique de cet engagement sera précisé. Parallèlement, il sera procédé à une analyse « business » du processus de structuration du fichier existant. La plate-forme IBIS visera l'harmonisation avec le S.P.F. Santé publique afin de clarifier le lien avec Medega.

Annexe : Néant

Systeme de controle interne et service d'audit interne (art. 38)

BILAN 2006

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

Cet engagement comporte deux actions:

- 1) Rédaction d'un rapport pour le Comité de direction sur l'analyse des forces et des faiblesses du système de contrôle interne existant et parfois informel et sur

l'identification des principaux risques et points de contrôle. Date limite : le 31 décembre 2007.

- 2) Rédaction d'un rapport concernant le développement d'un système de contrôle interne formalisé et d'un service d'audit interne. Date limite : le 31 décembre 2008.

Au cours du premier semestre de 2006, un collaborateur de la Cellule modernisation a présenté son mémoire de stage rédigé en néerlandais et intitulé « Risicobeheersing en interne controle in het RIZIV : van theorie naar praktijk » (trad. : Maîtrise des risques et contrôle interne à l'INAMI : de la théorie à la pratique). Ce mémoire de stage développe la théorie en matière de maîtrise des risques et de contrôle interne en s'inspirant des modèles standard internationaux COSO et COSO II/Enterprise Risk Management. La problématique du management des risques et du contrôle interne y est placée dans le contexte de la contractualisation. Par ailleurs, le système existant en matière de gestion des risques et de contrôle interne à l'INAMI est analysé tandis que des suggestions sont formulées afin d'évoluer vers un processus explicite, formalisé et systématique de gestion des risques et de contrôle interne. Tout ce processus doit en outre se dérouler dans le cadre d'une vision intégrée de la stratégie et de la gestion telle qu'elle a été développée par l'INAMI au cours des dernières années. L'analyse faite dans ce mémoire de stage contribue aux deux actions-engagements de l'article 38 du contrat d'administration et peut servir à la rédaction des rapports prévus dans les actions-engagements. Il est vrai cependant que seul le volet « système de contrôle interne » a été étudié et pas celui de l'audit interne.

Parallèlement, l'INAMI a participé en 2006 aux travaux du groupe de validation / groupe de travail technique relatifs à l'étude réalisée par le Pr Christian de Visscher et Michaël Stassart (AURAP, U.C.L.) sur le développement de la gestion et maîtrise des risques, du contrôle interne et de l'audit interne au sein des Institutions publiques de sécurité sociale.

Il peut également être fait référence à deux autres initiatives au sein de l'INAMI concernant la problématique de la gestion des risques, du contrôle interne et de l'audit interne.

Dans le cadre de la professionnalisation du management de projets, un trajet de croissance est en cours de préparation à l'INAMI. L'objectif est de greffer le management de projets à l'INAMI sur des modèles internationaux tels que PMI et Prince2. La gestion des risques liés aux projets constitue un chapitre important de ces modèles. Le développement du management de projets au sein de l'INAMI aura de ce fait également un impact positif sur la gestion des risques et le contrôle interne.

Il peut être encore fait référence à la modernisation des services d'inspection du Service du contrôle administratif de l'INAMI (cf. également article 24 du contrat d'administration). Cette modernisation a notamment pour effet le développement du Service d'inspection dans le sens de l'audit externe où les mécanismes de contrôle et d'audit internes au sein des mutualités et des O.A. font l'objet d'une radioscopie aboutissant enfin à la formulation d'avis. Des éléments tels que l'analyse de risques de la réglementation et des procédures ont également leur rôle à jouer dans le trajet de modernisation. Bon nombre des concepts et modèles applicables dans le cadre de ce projet sont aussi applicables au niveau du renforcement du management des risques, du contrôle interne et de l'audit interne à l'INAMI. Afin d'éviter un double travail et d'optimiser les opportunités d'apprentissage internes, un « learning centre » ad hoc sera mis en place au sein de l'INAMI.

PERSPECTIVES 2007

En 2007, des progrès seront réalisés au niveau de l'identification des principaux risques et points de contrôle à l'INAMI. Dans le cadre de la préparation du nouveau Plan stratégique, tous les processus opérationnels de l'INAMI seront identifiés. Les principaux points de risque ne pourront être déterminés et des mesures de contrôle ne pourront être prises que lorsque ces processus seront connus et auront été explicités.

Deux autres initiatives plus ciblées méritent une attention particulière dans ce contexte. Premièrement, il est jugé utile de dresser l'inventaire des processus de contrôle interne en matière d'achats au sein de l'INAMI. Les premières démarches dans ce sens seront entreprises en 2007. Deuxièmement, le responsable de la sécurité de l'information de l'INAMI souhaite entamer en 2007 un mesurage « zéro » du respect de la sécurité des informations par rapport à une série de normes minimales qui ont été établies au sein de la sécurité sociale ainsi que par rapport aux normes ISO ad hoc (ISO 27001).

Au niveau de l'audit interne, la procédure de recrutement d'un responsable ad hoc pour l'INAMI sera également préparée en 2007.

Annexe : Néant

Comptabilité analytique (art. 39)

Bilan 2006

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

La première phase de cette évaluation consiste à dresser un bilan de la situation actuelle et à réaliser une étude de faisabilité relative à l'instauration d'une comptabilité analytique, en précisant leurs avantages et inconvénients ainsi que les facteurs critiques de succès.

Durant le premier semestre de cette année, des contacts ont été pris avec le S.P.F. Budget et Contrôle de gestion. Une concertation a également été organisée en interne en vue d'harmoniser les éléments existants et futurs. Sur la base des résultats obtenus, une note préliminaire a été rédigée. Elle présente la méthodologie à suivre, à savoir :

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

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

La note préliminaire a été examinée au Comité de direction peu après l'été 2006. Ce document a également servi de base à l'étude de faisabilité finalisée à la fin de l'année.

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

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

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

L'étude de faisabilité des différentes orientations possibles relatives à l'instauration d'une comptabilité analytique a été finalisée (engagement 1). Outre la concrétisation des aspects de la note préliminaire (cf. supra), l'étude expose également des éléments concrets pour la poursuite du développement de la comptabilité analytique à l'INAMI et présente une amorce de solution pour les obstacles précités. Un exemplaire de l'étude est joint en annexe.

PERSPECTIVES 2007

En 2007, le plan d'action sera affiné avec le nouveau conseiller général du Service finances, et son implémentation sera lancée. Concrètement, 3 dimensions (cf. supra)

devront être développées et l'aspect « responsabilité budgétaire » devra être abordé. Des groupes de travail internes se pencheront sur le sujet.

Annexe 43 :

- L'étude de faisabilité des différentes orientations possibles relatives à l'instauration d'une comptabilité analytique à l'INAMI de fin septembre 2006, à laquelle s'ajoute un complément rédigé après la journée d'étude.

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

BILAN 2006

Pour pouvoir faire un bilan de la situation et des progrès de l'INAMI en matière de gestion de la qualité dans l'organisation, une évaluation C.A.F. sera effectuée.

L'action-engagement stipule qu'une évaluation C.A.F. doit avoir été effectuée pour fin 2007 et que les résultats de l'évaluation devront aboutir à un plan d'amélioration pour le 30 juin 2008. Le modèle C.A.F. analyse l'organisation à l'aide de 9 critères clés de qualité : leadership, gestion des ressources humaines, stratégie et planification, gestion des partenariats et des ressources, gestion des processus et du changement, résultats auprès du personnel, auprès des « clients-citoyens », auprès de la société et au niveau des performances clés.

En février 2006, la Cellule modernisation a soumis une note aux syndicats et au Comité de direction, dans laquelle le concept de « gestion totale de la qualité » et le modèle « Common Assessment Framework » sont concrétisés et placés dans le contexte de l'INAMI. La note intégrale a été jointe au rapport semestriel. La note visait à sensibiliser et à obtenir un soutien plus important dans la gestion totale de la qualité tant de la part de la direction que de la part des syndicats. Un premier feed-back sur les principes et les possibilités de la méthodologie C.A.F. a en même temps été donné.

La note de la Cellule modernisation consacre une attention particulière à l'harmonisation avec d'autres instruments de qualité et/ou d'enquête.

Il y a tout d'abord l'enquête sur le bien-être, laquelle a été effectuée au cours de 2005. Cette enquête portait en fait sur le septième critère du modèle C.A.F., c'est-à-dire sur les « résultats auprès du personnel ». Un groupe de travail, chargé de la préparation et du suivi des actions d'amélioration, a été créé en 2006 sur la base des résultats de cette enquête. Quelques actions-engagements ont déjà été intégrées dans le plan opérationnel 2006-2008 sur la base de l'enquête.

En deuxième lieu, signalons également une autre initiative s'inscrivant dans le modèle C.A.F. Au printemps 2006, l'instrument de réflexion Gestion des connaissances a été appliqué à l'INAMI. Cet instrument a été développé par le S.P.F. Personnel et Organisation en vue de faire un état de la situation de la gestion des connaissances dans l'organisation, conformément à la méthodologie C.A.F. Il s'agit en fait d'un sous-critère du critère 4 du modèle C.A.F., à savoir « gestion des partenariats et des ressources ». Un plan d'amélioration sera développé en la matière sur la base des résultats de cet instrument de réflexion et sur la base d'un inventaire en matière de gestion des connaissances en 2007.

Compte tenu des deux initiatives susmentionnées, lesquelles ne font en fait pas partie des engagements formulés à l'article 40 du contrat d'administration actuel, mais qui y sont associées, on a choisi de ne poursuivre la préparation du C.A.F. intégral au sein de l'INAMI qu'à partir de la fin de 2006.

PERSPECTIVES 2007

La Cellule modernisation présentera, au cours du premier trimestre de 2007, un plan d'approche détaillé pour exécuter l'évaluation C.A.F. au sein de l'INAMI. Ce plan d'approche a été élaboré sur la base des premiers feed-back au début de 2006 et sur la base du nouveau manuel C.A.F., qui a été réalisé à la fin de 2006 par le S.P.F. P&O. Pour le plan d'approche au sein de l'INAMI, il est également fait appel à l'avis du C.A.F. Resource Center du European Institute of Public Administration (E.I.P.A.). Le plan d'approche fait l'objet de discussions avec la direction, les syndicats et la plateforme P&O au sein de l'INAMI.

La concertation au sujet du plan d'approche doit prendre fin au printemps, afin que l'auto-évaluation puisse commencer en automne. Au besoin, il sera fait appel au soutien du C.A.F. Resource Center. On a explicitement choisi d'utiliser les résultats de l'évaluation C.A.F. comme input pour le nouveau plan stratégique. Tous les domaines et toutes les actions d'amélioration seront dès lors intégrés dans le cycle de planning et de suivi stratégiques et opérationnels actuellement en vigueur au sein de l'INAMI. Cette méthode de travail devrait maximaliser la plus-value de l'exercice C.A.F.

Annexe: Néant

CONCLUSIONS

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

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

Pour 2006, nous pouvons attirer l'attention sur les points suivants réalisés:

- la rapidité de validation des données SHA et l'envoi de rapports aux OA concernant la qualité et l'exhaustivité de ces données ;
- la note sur les facteurs explicatifs d'augmentation du nombre d'invalides (régime salariés) ;
- la note sur l'impact financier d'une mesure dans le secteur des indemnités (année 2005);
- la diffusion de statistiques et d'informations relatives aux données Pharmanet (infospots, différents rapports,...) ;
- l'analyse, contrôle et exploitation des nouveaux états de dépenses comptables, des nouvelles données T20 et STATMD et de la relation entre ces différentes sources de données ;
- l'évaluation de la suppression de la facture trimestrielle ;
- les 4 rapports d'audit permanent ;
- une liste pour l'OCM des données significatives qui par critère seront transmises en 2007 concernant l'année d'évaluation 2006 ;
- l'élaboration de statistiques sur le nombre de jours d'incapacité de travail primaire qui ont été communiquées par les OA au niveau des unions nationales (pour les années 2004 et 2005) ;
- la réalisation d'un tableau de bord concernant les délais de traitement des dossiers d'invalidité (de la réception du dossier jusqu'à l'envoi de la décision en mutualité) ;
- résultats très positifs du délai de traitement des demandes d'octroi du FSS ;
- le respect des délais légaux pour le traitement des demandes d'admission au remboursement des médicaments ;
- les tableaux de bord pour le suivi des paiements et perceptions ainsi que pour la communication des montants, forfaits, honoraires et tarifs à appliquer ;
- une note de synthèse concernant l'information qu'on peut tirer de l'instrument de suivi des paiements et perceptions ;
- la rédaction du rapport et de la réglementation relative à l'harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux des médecins, dentistes, kinésithérapeutes et pharmaciens ;
- la réalisation des contrôles thématiques effectués en mutualités par les inspecteurs du SCA quant à l'application de l'art. 225 et suivants de l'AR du 03/07/1996 (indemnités) et de l'invention majorée (soins de santé) ;
- le rapport de mesure d'impact TURP;
- le rapport de mesure d'impact concernant la prise en compte excessive des échographies urinaires complètes par les internistes et les gastro-entérologues ;
- le rapport colposcopie;

- le rapport relatif au projet d'évaluation chirurgie pour omphalocèle;
- la fin du projet d'évaluation concernant les prestations cardiologiques invasives avec comme suite des propositions d'adaptation de la nomenclature ainsi que des enquêtes de contrôle;
- une action préventive dans le cadre du projet d'évaluation de chirurgie bariatrique; plus précisément en vue de diminuer les attestations erronées dans les hôpitaux concernés;
- le rapportage pendant la conférence de l'EHFCN d'octobre 2006 sur la combinaison des actions d'évaluation et de contrôle autour des prestations diagnostiques de type 'evoked potentials';
- présentation des premiers résultats préliminaires du groupe de travail mixte Médicomut-CRM concernant le comportement de prescription qualitatif des quinolones par les médecins généralistes;
- le rapport final d'analyse des attestations par les chirurgiens plasticiens et les prestations de chirurgie plastique sur base des données SHA éd. 11 ;
- le rapport concernant la prescription en DCI;
- la rédaction, dans le cadre de la 1^{ère} réunion du Conseil technique médical des Indemnités, du règlement d'ordre intérieur et d'une note analytique sur le système de classification d'affections / de pathologies médicales ;
- l'élaboration de la réglementation relative à la réforme de l'intervention majorée et à l'introduction du statut OMNIO ;
- la mise en œuvre complète (réglementation, calculs, FAQ's,..) de la forfaitarisation des médicaments en milieu hospitalier ;
- la définition des données relatives au fonctionnement des CR-CMI qui feront l'objet d'un rapportage auprès notamment de la Commission supérieure du CMI ;
- la réalisation d'un rapportage et analyse automatisés pour le top 80 % budgétaire des classes de médicaments. Ce rapportage financier sert pour la CRM. Dans le cadre de l'évaluation des propositions d'impact budgétaire dans les dossiers de demandes du remboursement de médicaments, des rapports spécifiques ont été établis pour les réducteurs de cholestérol, les inhibiteurs d'acide gastrique et les antidépresseurs;
- la rédaction des adaptations réglementaires dont l'Inami avait totalement la maîtrise en matière de réinsertion socio-professionnelle et de réadaptation professionnelle ;
- le respect des délais concernant la mise à jour du site web de l'Inami pour la coordination officielle du texte de la nomenclature soins de santé et pour celle de la loi du 14 juillet 1994 ;
- une brochure Infobox avec les questions et demandes qui sont posées au niveau médical;
- l'exécution d'une liste de distribution à laquelle toutes personnes intéressées peuvent s'inscrire via le site web de l'Inami et recevront un avis électronique dès que des modifications y seront apportées ;
- une analyse des points forts et faibles de système existant de maîtrise des risques et du contrôle interne dans le cycle de planning de l'Inami ;
- l'étude de faisabilité concernant l'implémentation d'une comptabilité analytique;

Cette liste non-exhaustive des résultats concrets enregistrés grâce à l'implication de tous les membres du personnel de l'Inami et de ses acteurs externes montre clairement les avancées que l'Inami peut faire valoir.

En même temps, il est clair que pour quelques projets un suivi rigoureux s'impose au sein de l'Inami afin de pouvoir réaliser les engagements du contrat. Dans le cadre du prochain rapport semestriel, il y aura bien entendu un rapportage à ce niveau.

