

CONTRAT D'ADMINISTRATION 2006-2008

ENTRE L'ETAT ET

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

TABLE DES MATIERES

Dispositions préliminaires.....	5
TITRE I: Définitions	9
Article 1er. Définitions.....	9
TITRE II: Missions et tâches	11
Article 2. Missions et tâches	11
Article 3. Les missions opérationnelles	12
Article 4. Les missions de support.....	14
Article 5. Les missions de conseil	14
TITRE III: Domaines stratégiques et axes prioritaires.....	15
Article 6. Domaines stratégiques.....	15
Article 7. Axes prioritaires.....	18
TITRE IV: Meilleure exploitation et gestion des données – élaboration d'études	20
Article 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA) – Couplage des données Résumé clinique minimum (RCM) et SHA.....	20
Article 9. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides	24
Article 10. Évaluation de l'impact financier d'une mesure prise dans le secteur des indemnités.....	25
Article 11. Pharmanet.....	26
Article 12. Cotisations à charge des firmes pharmaceutiques	29
Article 13. Exécution des conclusions de la task force « Suivi des dépenses et modification des procédures »	30
Article 14. Exploitation des données d'incapacité de travail primaire – volet statistique	33
Article 15. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration.....	34
TITRE V: Modernisation de la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités..	37
Article 16. Transmission électronique des données relatives à la « reprise d'activités partielles autorisées »	37
Article 17. Dossier d'invalidité électronique	38
Article 18. Fonds spécial de solidarité	41
Article 19. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables.	43
Article 20. Réforme du secteur des implants	44
Article 21. Mise en œuvre de « CareNet » – « My CareNet ».....	48
Article 22. Paiements et perceptions / Montants, honoraires, forfaits et tarifs.....	49
Article 23. Harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux.....	51
TITRE VI: Optimisation des missions d'évaluation et de contrôle	55
Article 24. Audit et conseil en mutualités.....	55
Article 25. Evaluation médicale.....	57
Article 26. Code-barres unique	60
Article 27. Incapacité de travail primaire – Qualité des contrôles.....	62
Article 28. Informatisation des dossiers d'enquêtes du S.E.C.M - Projet FlowDos	63
TITRE VII: Amélioration du soutien aux organes.....	65
Article 29. Conseil Technique Médical des Indemnités.....	65
Article 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général.....	66
Article 31. Rapportage des activités en Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité	69
Article 32. Rapportage financier à la Commission de remboursement des médicaments	70
TITRE VIII: Adaptations réglementaires et financières.....	73
Article 33. Réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail sur le marché du travail	73
Article 34. Maximum à facturer et intervention majorée de l'assurance	75
Article 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux.....	77
TITRE IX: Renforcement de la communication externe.....	80
Article 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM.....	80

Article 37. Site web – Accueil téléphonique – Communication proactive.....	82
TITRE X: Développement de nouveaux instruments de gestion.....	85
Article 38. Système de contrôle interne et service d'audit interne.....	85
Article 39. Comptabilité analytique.....	88
Article 40. Cadre d'Auto-évaluation de la Fonction publique (CAF).....	89
TITRE XI: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs.....	90
Article 41.....	90
TITRE XII: Engagements généraux communs aux deux parties.....	91
Article 42.....	91
Article 43.....	91
TITRE XIII: Engagements de l'Etat.....	92
Article 44.....	92
Article 45.....	92
Article 46.....	92
Article 47.....	92
Article 48.....	93
Article 49.....	93
Article 50.....	93
Article 51.....	93
Article 52.....	93
Article 53.....	94
Article 54.....	94
Article 55.....	94
Article 56.....	94
Article 57.....	95
TITRE XIV: Fixation des crédits de gestion et du montant maximal des crédits de personnel relatif aux agents statutaires.....	96
Annexe 1: Les tâches de l'Institut.....	100
I. MISSIONS DE BASE OPERATIONNELLES	100
Missions financières	100
Payer	100
Percevoir.....	101
Répartir	103
Récupérer	103
Missions administratives.....	104
Octroyer	104
Contrôler	105
Régler (traiter les litiges).....	107
Réglementer.....	108
Délivrer.....	109
Organiser	109
Informé.....	112
Conseiller.....	115
Autres	116
II. MISSIONS DE SUPPORT	119
Gérer les ressources humaines.....	119
Gérer les biens mobiliers et immobiliers.....	120
Gérer les finances.....	120
Gérer le traitement de l'information	122
Gérer le contentieux, la documentation et la traduction.....	123
III. MISSIONS DE CONSEIL	125
ANNEXE 2: Le budget de gestion.....	126

Ventilation crédits de gestion	126
Adaptations des crédits de gestion	128
Liste des abréviations	129

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

Dispositions préliminaires

Considérant:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

et

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 4 octobre 2005;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné le 27 juin 2005 sur l'avant-projet de contrat d'administration et le 27 janvier 2006 sur le projet de contrat négocié avec le gouvernement;

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

vu l'accord du Gouvernement après délibération en Conseil des Ministres du 31 mars 2006 ;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008, entre
- l'Etat belge, représenté par

Rudy Demotte
Ministre des Affaires sociales

Christian Dupont
Ministre de la Fonction publique

Freya Van den Bossche
Ministre du Budget

et

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

Yolande Avontroodt
Présidente du Comité général
de gestion

Johan De Cock
Administrateur général

Benoît Collin
Administrateur général adjoint

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

Bernadette Adnet

Rudy De Leeuw

Marcel Savoye

Ivo Van Damme

Patrick Verertbruggen

Edouard Descampe

TITRE I: Définitions

Article 1er. Définitions

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

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

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

TITRE II: Missions et tâches

Article 2. Missions et tâches

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

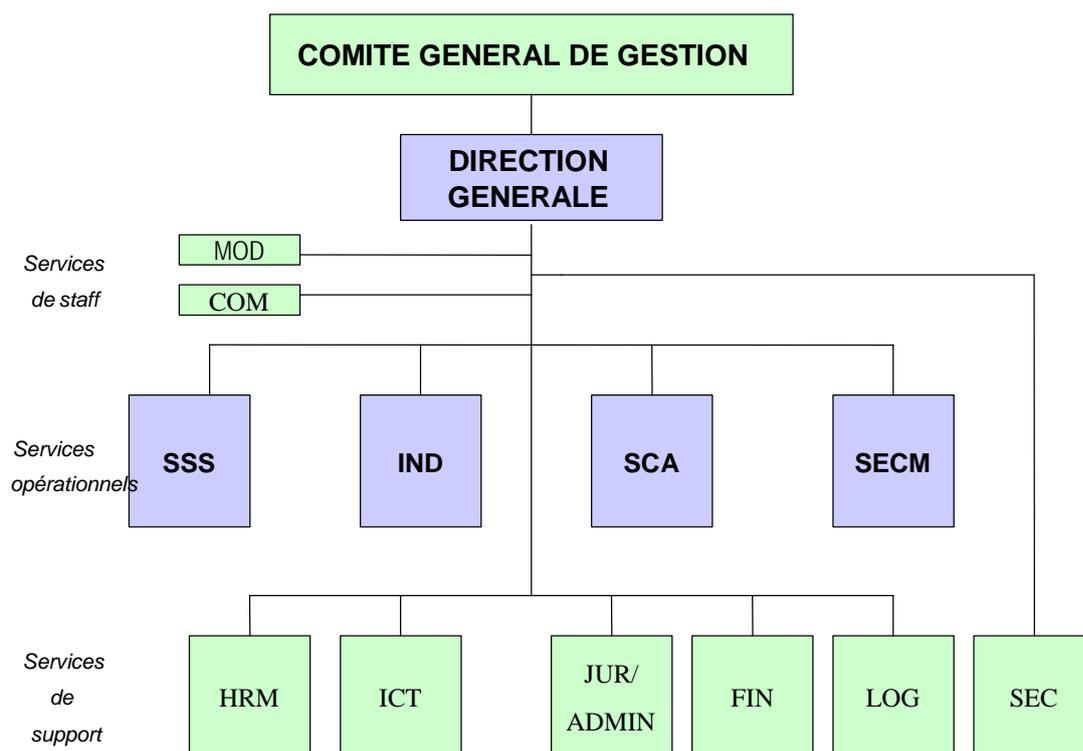
Dans ce cadre, l'Institut est appelé à:

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

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

1. les missions opérationnelles, qui recouvrent les tâches incombant à l'Administration pour rencontrer ses obligations légales au sens large (services opérationnels dans l'organigramme ci-dessous);
2. les missions de support, qui reprennent l'ensemble des moyens nécessaires au fonctionnement de l'Administration (services généraux de support dans l'organigramme ci-dessous);
3. les missions de conseil, qui renvoient aux fonctions de staff, de conseil, d'assistance et de recommandations en matière de management et de communication exercées respectivement par la cellule modernisation et la cellule communication (services de staff dans l'organigramme ci-dessous).

Voici la structure organisationnelle administrative de l'Institut:



Chaque objectif repris sous les titres IV à X s'inscrit donc dans le cadre de la réalisation d'une ou de plusieurs des missions de l'Institut (rubrique 'cadre').

Article 3. Les missions opérationnelles

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

Les missions financières consistent à:

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

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

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

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

Les missions administratives consistent à:

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

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

Evaluer et Contrôler: ces concepts recouvrent:

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 4. Les missions de support

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

Elles consistent essentiellement à:

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

Article 5. Les missions de conseil

Deux cellules – la cellule modernisation et la cellule communication – dépendent directement de l'Administration générale de l'Institut et exercent des fonctions de conseil, d'assistance respectivement en matière de management et de communication. Elles ont donc pour fonction de faire des recommandations dans ces domaines, aux différents services de l'INAMI et à leurs responsables.

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

TITRE III: Domaines stratégiques et axes prioritaires

Article 6. Domaines stratégiques

L'Institut a déterminé 7 domaines permettant de regrouper de manière structurée et cohérente les différents objectifs repris sous les titres IV à X. Ces domaines stratégiques s'inscrivent dans la philosophie du plan stratégique 2003-2007 de l'INAMI.

Ci-dessous, une brève explication de chaque domaine stratégique:

- **Meilleure exploitation et gestion des données – Elaboration d'études;**

Outre le SPF Santé publique, depuis la création par la loi-programme du 24 décembre 2002 du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et de l'Agence intermutualiste, l'INAMI a été amené, dans un souci de collaboration de complémentarité avec les acteurs du système d'assurance soins de santé et indemnités, à développer sa plus-value dans des domaines stratégiques. Cette orientation dans l'exécution de ses missions se manifeste notamment par une volonté de mieux exploiter les données récoltées et validées afin de pouvoir élaborer des études en réponse à l'actualité. La mise sur pied de la Direction de « Recherche, développement et promotion de la qualité » au sein du Service des soins de santé constitue un exemple significatif de la volonté de l'INAMI d'investir, en partenariat avec les autres acteurs, ce champ d'activité stratégique.

Réaliser une étude multifactorielle de l'évolution des titulaires en invalidité; évaluer la pertinence des critères et des données transmises à l'Office de contrôle des mutualités en vue de déterminer la partie variable des frais d'administration des organismes assureurs dans le cadre de leur responsabilisation financière; établir des constatations, tirer des conclusions de l'analyse des données hospitalières (édition annuelle des séjours hospitalier anonymes) et formuler des propositions concrètes pour simplifier la procédure de traitement des données RCM-SHA; proposer des solutions en vue d'une plus grande maîtrise du budget des soins de santé constituent autant de projets du présent contrat d'administration qui s'inscrivent dans notre capacité à étudier et analyser, si possible de manière proactive, les données traitées.

In fine, l'INAMI entend donc situer son action à trois niveaux: le traitement et la validation des données, l'analyse de ces données, tant sur la forme (qualité des données) que sur le fond (constatations, évolutions, explications,...) et enfin, de manière à pouvoir éclairer les acteurs, fournir un feedback et formuler des commentaires, propositions et recommandations que ce soit ici aussi au niveau de la qualité ou du contenu des données.

- **Modernisation de la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités;**

Que ce soit en matière de confection du budget, d'élaboration de la réglementation ou encore de gestion de la concertation, le système de l'assurance soins de santé et indemnités est particulièrement complexe. Pour cette raison, l'INAMI veut se positionner comme un précurseur dans la recherche de solutions et le développement de projets de modernisation de notre système d'assurance. Entre 2006 et 2008, l'INAMI veillera notamment à informatiser le dossier d'invalidité, à harmoniser les procédures d'octroi des avantages sociaux, à moderniser le secteur des implants ou encore à collaborer activement

au développement du système de facturation électronique dans le cadre de « CareNet/My CareNet ».

- **Optimalisation des missions d'évaluation et de contrôle;**

La mise en œuvre de la loi du 24 décembre 2002 en matière de responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins et de réforme du contrôle médical fut bien entendu un catalyseur dans l'orientation stratégique de l'INAMI à développer une nouvelle mission «d'évaluation».

Pour ce qui concerne l'autre service de contrôle de l'INAMI (le Service du contrôle administratif), même si aucune obligation légale n'est intervenue, il importe, au regard des autres acteurs en présence (systèmes de contrôle interne dans les OA, missions de l'Office de contrôle des mutualités, ...), de développer une méthodologie d'inspection basée sur la formulation de recommandations et donc davantage orientée vers l'audit et le conseil en mutualités.

En outre, la mise sur pied d'un système de gestion intégré de suivi des dossiers d'enquêtes du SECM représente une contribution importante à la réalisation d'un contrôle efficient.

Ceci dit, il convient de souligner que cette nouvelle orientation 'évaluation – prévention – audit' n'empêchera pas les inspecteurs du Service d'Evaluation et de Contrôles Médicaux et du Service du Contrôle Administratif de continuer à exercer, conformément à la loi, la politique de contrôle avec, en cas de nécessité, d'éventuelles sanctions. Ainsi, il est prévu, au regard des grandes variations au niveau de la qualité du travail de contrôle, que le SECM accentue le contrôle des médecins-conseil dans le cadre de l'incapacité de travail primaire.

- **Amélioration du soutien aux organes;**

Au regard du nombre d'organes qui se réunissent à l'INAMI, l'optimalisation de notre soutien à la concertation entre les différents acteurs de l'assurance constitue sans nul doute un objectif essentiel dans le cadre d'une gestion efficace du système. La volonté de mieux servir les membres des organes passe par notre souhait d'améliorer le soutien aux organes existants (la standardisation des notes et PV du Comité de l'assurance et du Conseil général afin de mettre en lumière les points essentiels du document, la mise en place d'un système sécurisé de consultation et d'archivage des documents par le biais d'Internet, la mise en place d'un rapportage financier pour la Commission de remboursement du médicament,...) mais aussi de préparer la mise sur pied de nouveaux organes (le Conseil technique médical du service des Indemnités).

- **Adaptations réglementaires et financières;**

Par définition, l'INAMI assure le suivi et la mise en œuvre des mesures prises par le Gouvernement. Il appartient donc à l'INAMI, dans ses tâches continues, de veiller à tout mettre en œuvre (aux niveaux réglementaire, financier, des flux de données, du traitement des dossiers, etc.) afin que l'exécution, la gestion et le suivi de la mesure gouvernementale soient garantis.

Ceci dit, l'INAMI souhaite inscrire dans ce contrat quelques projets prioritaires afin de démontrer notre 'bon fonctionnement' dans la réalisation d'objectifs répondant à des enjeux

stratégiques et d'actualité. Il en a ainsi de l'harmonisation du régime préférentiel (intervention majorée de l'assurance) et du Maximum à facturer, de la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux et de la réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail sur le marché du travail.

- **Renforcement de la communication externe;**

Soucieux de son « image de marque » et de satisfaire au mieux les besoins en information des différents groupes-cible de l'INAMI (OA, dispensateurs de soins, Cellule stratégique, assurés sociaux, ...), l'INAMI s'engage à améliorer sa communication externe, et en particulier en renforçant sa pro-activité en matière de diffusion de l'information (création d'une newsletter, modules d'information aux nouveaux dispensateurs de soins, ...).

Au niveau de l'efficacité de notre accueil (rapidité à obtenir une réponse correcte), l'INAMI étendra – si nécessaire – le call-center existant à l'ensemble des services devant faire face à un nombre important d'appels téléphoniques.

- **Développement de nouveaux instruments de gestion.**

L'INAMI souhaite poursuivre son processus de modernisation et ce, sur trois niveaux essentiellement.

Outre l'élaboration de tableaux de bord permettant de mesurer le suivi et la réalisation d'un objectif mais aussi d'objectiver 'notre bon fonctionnement' tant en interne qu'en externe (cfr. annexe 2), l'INAMI s'engage à mettre en place un système de contrôle interne afin notamment de garantir la fiabilité des données et la qualité de nos points de contrôle. La création d'une cellule d'audit interne constituera la suite logique de cette réalisation.

Ensuite, l'INAMI étudiera les potentialités d'un système de comptabilité analytique plus avancé.

Enfin, sensible à la manière dont le personnel perçoit les efforts fournis, les problèmes rencontrés et les perspectives d'avenir, l'INAMI procédera à une auto-évaluation de type CAF (Common Assessment Framework ou Cadre d'Auto-évaluation de la Fonction publique) afin de connaître ses points forts mais aussi et surtout d'identifier et de prendre les actions nécessaires par rapport aux points à améliorer.

Signalons enfin que, dans le cadre du projet de mise à disposition plus rapide des procès-verbaux et des notes du Comité de l'assurance et du Conseil général et d'élaboration d'une bibliothèque électronique, une enquête de satisfaction, similaire à celle entreprise dans le cadre du premier contrat d'administration mais limitée aux deux organes précités, sera réalisée.

Article 7. Axes prioritaires

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

Les axes retenus de commun accord entre les parties sont:

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

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

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

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

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

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

Les parties conviennent de retenir, pour la période du **1er janvier 2006 au 31 décembre 2008**, les objectifs regroupés par domaines prioritaires sous les titres IV à X. Pour certains objectifs, le suivi du degré de réalisation sera assuré au moyen de tableaux de bord (article 41).

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

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

Pour ce qui est de la **simplification administrative**, l'INAMI participe déjà à différents projets (par exemple le Groupe de travail 'Simplification de l'intervention personnelle' suite à l'accord médico-mutualiste 2004-2005). Par ailleurs, l'INAMI est aussi actif au travers la réalisation de plusieurs objectifs de ce contrat:

- La simplification de la procédure de traitement des données SHA-RCM;
- L'adaptation du système des redevances à charge des firmes pharmaceutiques;
- La transmission électronique des données relatives à « la reprise d'activités partielles autorisées ».
- L'informatisation du dossier d'invalidité;
- La réforme du secteur des implants;
- L'échange électronique sécurisé de données et d'informations entre les acteurs de l'assurance maladie: « CareNet » (informatisation notamment du système de facturation pour les établissements hospitaliers), « My CareNet » (extension pour les prestataires de soins individuels des fonctionnalités: formulaires, facturation, informations relatives à l'assurabilité,..). Par ailleurs, il importe de signaler que l'INAMI participe au développement d'un autre projet global (intégration de CareNet et My CareNet) et ambitieux de mise en place d'une plate-forme télématique d'accès commun aux prestataires de soins et aux acteurs de la sécurité sociale (« Be-Health »);
- L'harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux aux différentes catégories de dispensateurs de soins qui en bénéficient (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens et dentistes);
- L'informatisation du suivi des dossiers d'enquête du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux (Flowdos);
- L'élaboration d'une bibliothèque électronique par la mise à disposition rapide et sécurisée des procès-verbaux et des notes standardisés du Comité de l'assurance et du Conseil général sur le site web. Ces notes reprendront notamment, de manière systématique et pour chaque nouvelle décision, l'impact en termes de charge administrative pour l'INAMI.
- Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux.

Cette liste n'est pas exhaustive. D'autres projets de simplification administrative pourront être développés en concertation avec l'Agence pour la Simplification Administrative.

TITRE IV: Meilleure exploitation et gestion des données – élaboration d'études

Article 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA) – Couplage des données Résumé clinique minimum (RCM) et SHA

Intitulé

Améliorer la qualité, les délais de mise à disposition et l'utilisation des données statistiques par « Séjour Hospitalier Anonyme » et des données couplées « Résumé Clinique Minimum » et « Séjour Hospitalier Anonyme »

Cadre

Informier, conseiller

Axes

Contribution à la maîtrise des dépenses
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Ce projet s'inscrit dans la continuité de l'art. 6 du contrat d'administration 2002-2004.

Pour ce qui concerne les données SHA

Pour rappel, l'Institut reçoit annuellement des organismes assureurs des données concernant les séjours hospitaliers anonymisés, appelées données SHA. Ces données portent pour l'instant sur les séjours en hôpitaux généraux (hors hospitalisation de jour).

L'objectif de ce projet dans le cadre du présent contrat est de poursuivre le respect des engagements issus du contrat d'administration 2002-2004 et de son avenant 2005:

- Diminution des délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables. A la lecture du tableau de bord ci-dessous, il importe de constater que ce délai n'a cessé de diminuer depuis 2002.

RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur de départ	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004	Objectif 2005
Diminution des délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables.	Temps écoulé entre la date de réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative et la mise à disposition du fichier SHA. Objectif (en mois):	10	9	9	6	6
	Valeurs réalisées: Edition 6 Edition 7 Edition 8 Edition 9 Edition 10 Edition 11		4,3 3,8 3,3		3,4	1

- Dresser à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé sur qualité et l'exhaustivité des données SHA, en donnant priorité à la rapidité et la fiabilité des données. Chaque année, ce rapport a été envoyé.

Ceci dit, il importe de mentionner que dans le cadre du présent contrat:

- les données SHA seront plus complètes et riches (à partir de l'édition 12, les données seront reprises avec l'identification complète du dispensateur de soins, le lieu et la date de la prestation);
- un nouveau flux similaire à celui des données SHA en matière d'hospitalisation de jour est prévu.

Pour ce qui concerne le couplage des données RCM avec les données SHA

Dès que la phase de validation est terminée, les données SHA sont couplées avec les données RCM (Résumé Clinique Minimum). Malheureusement, même si un effort a été fourni au niveau des délais de mise à disposition des données SHA, les données couplées RCM-SHA sont disponibles avec pratiquement 2 ans de retard. Actuellement, la Cellule technique INAMI – SPF Santé publique ne dispose que des données RCM-SHA 2002. Si toutes les données sont correctes et complètes, on peut raisonnablement espérer que les données couplées RCM-SHA 2003 soient disponibles fin septembre 2005 (dans le meilleur des cas).

Cette situation est principalement due au fait que les données SHA sont collectées une fois par an sur une base comptable de 18 mois et que le délai de transmission accordé aux OA est beaucoup trop long (6 mois). Il faudrait envisager de constituer cette base de données sur une année de prestation et raccourcir le délai de transmission accordé aux OA ainsi que le délai de validation de l'INAMI.

En parallèle, il faudrait voir avec le SPF Santé publique s'il n'y a pas moyen de raccourcir le délai de validation des données RCM.

Schématiquement et à titre d'exemple, la procédure serait la suivante pour l'année 2006:

- transmission par les organismes assureurs à l'INAMI des hospitalisations 2006 pour le 30 juin 2007 -> validation par l'INAMI pour le 30 septembre 2007;
- transmission par les hôpitaux au SPF Santé publique du RCM du 1^{er} semestre 2006 pour le 31 décembre 2007 et du RCM du 2^e semestre 2006 pour le 30 juin 2007 -> validation par le SPF Santé publique pour le 30 septembre 2007;
- transmission par l'INAMI et le SPF Santé publique à la Cellule technique des bases de données SHA et RCM et des tables de correspondance le 30 septembre 2007 -> couplage des données par la Cellule technique fin décembre 2007 au plus tard.

En résumé, au lieu de disposer des données couplées RCM-SHA 2006 fin de l'année 2008, nous en disposons fin 2007. Nous pourrions donc théoriquement gagner une année.

En raison du long processus de constitution et de validation mais aussi en raison de la procédure légale existante régissant leur exploitation, ces données RCM-SHA ne sont pas

assez utilisées au regard de la richesse d'information que l'on peut pourtant en tirer. Il importe donc de réduire ce délai trop long de mise à disposition de données fiables et de simplifier la procédure légale d'exploitation des données couplées RCM-SHA. Celles-ci sont déjà utilisées à de multiples fins et pourraient l'être encore plus notamment dans le cadre:

- des réunions de la Commission de profils des hôpitaux qui n'a plus été convoquée depuis longtemps;
- des missions du SECM (évaluation, prévenir/lutter la surconsommation);
- du calcul du forfait de biologie clinique dont une partie est calculée à partir des données RCM-SHA;
- de la mise en œuvre et l'évaluation du système des montants de référence dans les hôpitaux où les montants de récupération sont calculés sur base des données RCM et SHA;
- de la méthodologie et des simulations nécessaires en vue de la forfaitarisation de l'usage des médicaments en hospitalisation (autre projet du présent contrat d'administration 2006-2008);
- d'un soutien optimal à la définition de la politique hospitalière de la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales.

Dans le cadre du premier contrat d'administration, les données SHA ont été utilisées afin de réaliser des études thématiques particulières (séjours relatifs à une résection endoscopique de la prostate - TURP ou portant sur la réanimation). Pour ce qui est du présent contrat, les données SHA seront exploitées - et combinées avec d'autres comme Pharmanet piste unique, les profils, les données IMS-Health, les données-cube fournies par l'AIM,...- dans le cadre de l'objectif relatif aux projets d'évaluation menés par le Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux.

Liste des actions-engagements

1. Dresser chaque année à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité des données SHA et à organiser, le cas échéant, des réunions avec chaque organisme assureur ou avec l'ensemble de ceux-ci en vue de remédier aux problèmes identifiés. Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007 et 2008
2. Déposer auprès des instances concernées et en concertation avec tous les acteurs (SPF Santé publique, Cellule stratégique du Ministre, OA, Cellule technique..) des propositions concrètes (modification légales, arrêtés royaux, circulaires, ...), en vue d'accélérer la procédure de constitution et de validation des données RCM-SHA et en vue de simplifier l'exploitation des données RCM-SHA par les organes consultatifs ou de gestion de l'INAMI. Date-limite: le 31 décembre 2006
3. Déposer auprès des instances concernées (notamment le Comité de l'assurance) un rapport décrivant les données et leurs évolutions dans le cadre de la validation des données à partir de l'édition 12 portant sur les séjours de l'année 2004. Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007 et 2008
4. Sur demande précise du Comité de l'assurance suite au rapport précité à l'action-engagement n°3 (X), déposer un rapport relatif aux conclusions et enseignements à tirer des données SHA validées (constatations, analyses et explications). Date-limite: X + 3 mois

Liste des résultats-engagements

1. Rendre disponibles, entre autres auprès de la Cellule technique INAMI – SPF Santé publique, des données SHA validées dans un délai de 3 mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative. Il convient de souligner la volonté de l'Institut à réduire davantage 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.
2. En fonction de l'approbation et de l'exécution par les institutions et les organes concernés des propositions et mesures envisagées afin d'accélérer la procédure de constitution et de validation des données RCM-SHA et afin de simplifier l'exploitation des données RCM-SHA par les organes consultatifs ou de gestion de l'INAMI, ainsi qu'en fonction de la mise en place des modifications légales nécessaires (cfr. action-engagement n° 2 ci-dessus), mettre à disposition des organes consultatifs ou de gestion de l'INAMI, dans le cadre de leurs missions légales, des données RCM-SHA validées d'une année calendrier dans les douze mois qui suivent pour autant que la Cellule technique soit en possession de ces données.

Effets attendus

- Amélioration des délais de fourniture par les organismes assureurs de fichiers acceptables.
- Amélioration de la qualité des données exploitées.
- Amélioration des délais nécessaires à la validation des données SHA.
- Amélioration des délais nécessaires à la mise à disposition des données couplées RCM-SHA par rapport à l'année sur laquelle portent les séjours.
- Amélioration de l'utilisation et de l'exploitation des données couplées RCM-SHA par les organes consultatifs ou de gestion de l'INAMI.

Facteurs d'environnement

- La collaboration du SPF Santé publique est essentielle.

Article 9. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides

Intitulé

Actualiser et peaufiner l'étude relative aux facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides - travailleurs salariés.

Cadre

Informier, conseiller

Axes

Contribution à la maîtrise des dépenses

Contexte

Ce projet vise à informer tous les acteurs de l'assurance indemnités au sujet des raisons qui sous-tendent les développements constatés au niveau de l'évolution du nombre d'invalides. Au 31 décembre 2002, le secteur des travailleurs salariés invalides comptait 191.554 titulaires; au 31 décembre 2003, il en comptait 199.543 et au 31 décembre 2004, le nombre de travailleurs salariés invalides s'élevait à 203.615.

Une première note présentant les facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides est soumise le 15 juin 2005 au Comité de gestion de l'assurance indemnités, régime général. En novembre 2005, une version définitive de la note déposée est transmise au Comité général de gestion et au Ministre.

Chaque année, la note sera adaptée en fonction des dernières données connues et elle sera développée, peaufinée et améliorée en fonction des discussions et des réactions des membres du Comité de gestion. C'est pourquoi l'étude ne constitue que le début d'une analyse qui sera poursuivie.

Concrètement, l'Institut s'engage à:

- établir des notes complémentaires pour le Comité de gestion et l'autorité de tutelle, en fonction des questions concrètes qui seront posées par la suite et en fonction des nouvelles données qui nous seront communiquées dans le courant de 2005-2008.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger chaque année une note au Comité de gestion et à l'autorité de tutelle, en fonction des questions concrètes qui seront posées par la suite. Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007 et 2008

Effets attendus

- Le Comité de gestion et l'autorité de tutelle apportent leur soutien dans la prise de décisions stratégiques en matière d'invalidité.

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

Intitulé

Informier l'autorité de tutelle et le Comité de gestion au sujet de l'incidence financière des mesures prises dans le cadre de l'assurance indemnités.

Cadre

Informier, conseiller

Axes

Contribution à la maîtrise des dépenses

Contexte

Les instruments de travail nécessaires à l'évaluation financière de l'exécution des mesures stratégiques qui ont été prises au niveau de l'assurance indemnités peuvent être optimisés. Ceci permet à l'autorité de tutelle non seulement de confronter les conséquences des décisions prises aux objectifs initiaux mais également de définir une stratégie à suivre, compte tenu d'un cadre budgétaire préalablement chiffré.

Le Service des indemnités souhaite dès lors informer correctement l'autorité de tutelle et le Comité de gestion au sujet 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. Le nombre de décisions présentant un impact financier s'élève environ à 10 pour l'année 2005.

Contenu:

Calcul des incidences financières des mesures prises dans le cadre de l'incapacité de travail, e.a:

- effet du relèvement de l'âge de la pension des femmes;
- depuis le 01.04.2004: 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 des personnes isolées;
- depuis le 01.01.2005: augmentation du plafond salarial hors indexation.

Les incidences financières des mesures ne doivent être calculées que jusqu'à ce que leur effet se soit stabilisé.

Liste des actions-engagements

1. À la fin de 2006, 2007 et 2008, soumettre au Comité de gestion une note explicative présentant le calcul des incidences financières des mesures prises au cours de l'année précédente. Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007 et 2008

Effets attendus

- Le Comité de gestion et l'autorité de tutelle apportent leur soutien à l'aide de données chiffrées fiables afin de pouvoir mener leur politique au niveau de l'assurance indemnités d'une manière financièrement bien étayée.

Article 11. Pharmanet

Intitulé

Améliorer l'exploitation et la diffusion des données de Pharmanet .

Cadre

Informier et conseiller

Axes

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

Contexte

Depuis 1996, les offices de tarification transmettent au Service des soins de santé de l'INAMI, par l'intermédiaire des organismes assureurs, des données statistiques relatives au médicament. Ce réseau d'informations répond au nom de Pharmanet et porte exclusivement sur la prescription des médicaments remboursables dans le cadre de la médecine ambulatoire. Il s'agit d'environ 100 millions de prescriptions par an.

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

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

Depuis 2004, les informations transmises ont été enrichies principalement par l'ajout d'un code anonyme permettant d'isoler sur le plan statistique le patient. Cela permettra d'étudier des questions telles que la co-médication, la dynamique des prescriptions, la taille de la population traitée ou encore la « compliance » des patients.

L'évaluation de la prescription se fait dans le cadre du Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments (CEM) dans un but purement informatif. Des données sont ainsi mises à disposition du public via le site internet de l'INAMI: tableaux de

bord pharmaceutiques publiés tous les ans, info-spot (sujet ponctuel) tous les trimestres, données chronologiques globales via un moteur de recherche, données par groupe de prescripteurs tous les ans. Le volet individuel de l'exploitation des données (transmission de leurs données personnelles aux prescripteurs) se fait dans le cadre du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ).

Les données de Pharmanet sont également exploitées dans le cadre:

- des besoins internes à caractère budgétaire: estimation de l'impact de certaines mesures, calcul des dépenses de l'assurance pour les médicaments de type x, etc.;
- du support aux travaux de la Commission de remboursement des médicaments (CRM): données mises à disposition des experts et des membres du secrétariat;
- du support aux travaux pour l'application uniforme de la législation dans tout le pays menés au sein du Conseil général;
- de la transmission de données à des tiers ayant introduit une demande jugée recevable par le CEM dans le cadre de travaux scientifiques ou didactiques.

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

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

Les engagements de cet objectif s'inscrivent dans la continuité de ceux du contrat d'administration 2002-2004 et de son avenant 2005, c'est-à-dire dans le cadre de la récolte et de l'exploitation des données « Pharmanet piste unique ».

Etant donné que de nouveaux critères sont disponibles (identifiant anonymisé du patient,...), la richesse des informations à tirer des données « Pharmanet piste unique » est plus grande.

Dès lors, les sujets ponctuels relatifs à l'exploitation de ces données, habituellement publiés tous les deux mois, seront dorénavant plus approfondis et mis à disposition sur notre site web tous les trois mois.

Les premières données « Pharmanet piste unique » ont été envoyées à l'INAMI depuis novembre 2004. Une analyse des données « Pharmanet piste unique » trimestrielles sera réalisée tant au niveau de la qualité de celles-ci que des constatations à tirer.

Liste des actions-engagements

1. Publier trimestriellement sur le site web de l'INAMI un sujet ponctuel relatif à l'exploitation des données Pharmanet. Dates-limite: les 31 mars 2006/2007/2008, 30 juin 2006/2007/2008, 30 septembre 2006/2007/2008 et 31 décembre 2006/2007/2008
2. Mettre à disposition les données 2004, 2005 et 2006 par groupe de prescripteurs sur le site web de l'INAMI. Dates-limite: les 30 juin 2006/2007/2008
3. Rédiger un rapport d'analyse globale du contenu des nouvelles données « Pharmanet piste unique »: 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. Dates-limite: les 31 décembre 2006/2007/2008

4. Rédiger un rapport annuel budgétaire interne: panorama des mesures budgétaires dans le domaine du médicament dans le secteur ambulatoire; impacts budgétaires et méthodologies suivies. Dates-limite: les 31 décembre 2006/2007/2008
5. Publier les tableaux de bord pharmaceutiques 2004, 2005 et 2006 sur le site web de l'INAMI. Dates-limite: les 31 décembre 2006/2007/2008
6. Intervenir auprès des organismes assureurs en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité: déposer au Comité de l'assurance et envoyer à chaque OA un rapport de synthèse sur les délais et la qualité (type d'erreurs, récurrence, ..) des données 2005, 2006 et 2007 « Pharmanet piste unique ». Dates-limite: les 31 décembre 2006/2007/2008
7. Rédiger, à l'attention des instances concernées, un document relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement. Ce texte sera synthétique (rapide à rédiger et à lire) et consacré à l'actualité. Les sujets abordés pourraient être par exemple:
 - les principaux groupes de médicaments responsables de la croissance des dépenses (dans le trimestre en cours, dans l'année en cours, etc.),
 - l'évolution (dépenses-volume-nombre de patients) de certains groupes spécifiques selon la nécessité de l'actualité (ex.: les statines),
 - classement des conditionnements ayant les dépenses les plus élevées,
 - évolution des génériques,
 - etc. (sujets à la demande).Dates-limite: A partir de la deuxième moitié de 2006. Ce document sera réalisé dans le mois suivant la réception et la validation des données complètes du trimestre.

Effets attendus

- La maximisation du rapport coût/efficacité en matière de prescription de produits pharmaceutiques (via une sensibilisation accrue des prescripteurs à leur comportement de prescription et aux coûts qu'il engendre).
- Le développement des informations issues de Pharmanet mises à destination du public et des responsables de la gestion de l'assurance.
- La réduction des délais de mise à disposition des données par les organismes assureurs et l'amélioration de leur qualité.

Article 12. Cotisations à charge des firmes pharmaceutiques

Intitulé

Collecte des données contrôlées relatives au chiffre d'affaires et adaptation du système des cotisations, prioritairement axées sur la responsabilisation des firmes pharmaceutiques.

Cadre

Perception

Axes

Contribution à la maîtrise des dépenses pour les spécialités pharmaceutiques
Simplification et amélioration des procédures administratives
Contribution à l'application uniforme de la législation

Contexte

En vue de la maîtrise des dépenses pour les spécialités pharmaceutiques, différentes cotisations à charge des firmes pharmaceutiques sont fixées par la loi et perçues par le Service des soins de santé.

Les montants dus sont calculés au moyen de pourcentages - déterminés de façon réglementaire - du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge durant l'année précédant celle pour laquelle les cotisations sont dues (loi coordonnée du 14.07.1994, art. 191, 15° et suivants). Les ressources effectives s'élevaient à 148.972.103 EUR en 2003, et ce montant était de 352.925.585 EUR en 2004. A l'heure actuelle, les ressources attendues pour 2005 sont estimées à 326.578.438 EUR.

La législation en la matière présente un certain nombre d'imprécisions qui prêtent à interprétation. En outre, actuellement, l'INAMI ne dispose pas des moyens nécessaires pour contrôler la déclaration.

Dans le rapport d'audit du 27 avril 2005 intitulé « La responsabilisation des firmes pharmaceutiques dans la maîtrise des dépenses en soins de santé », la Cour des Comptes émet un certain nombre de recommandations pour une adaptation de la réglementation, l'exercice du contrôle et l'exécution des procédures de perception.

L'objectif consiste dans une perception plus simple, univoque et transparente des cotisations. A cet effet, il est nécessaire:

- de formuler une proposition de modification de la loi:
 - déconnecter le calcul des cotisations des chiffres d'affaires communiqués par les firmes (dépendance au niveau du calendrier et du contenu) et les baser sur des données validées telles que les données Pharmanet.
 - des procédures administratives plus univoques et simplifiées.
 - des systèmes de 'clawback' modulés pour un budget global et des budgets partiels.
- d'apporter, sur la base de la modification de la loi, des adaptations au système actuel de calcul et de suivi informatisé, par firme et au niveau du conditionnement.

Liste des actions-engagements

1. Elaboration de la proposition de modification de la loi. Date-limite: le 30 juin 2006
2. Adaptation du système de calcul et de suivi. Date-limite: 6 mois après l'approbation de la modification de la loi

Effets attendus

- Données fiables servant de base au calcul.
- Calendrier du calcul qui ne dépend plus de la collaboration des firmes.
- Augmentation du degré d'acceptation et par conséquent, la volonté de paiement au moyen de procédures plus transparentes et univoques.

Facteurs d'environnement

- Approbation à temps de la proposition de modification de la loi
- Disponibilité des données Pharmanet

Article 13. Exécution des conclusions de la task force « Suivi des dépenses et modification des procédures »

Intitulé

Développement et implémentation d'une nouvelle procédure de détection des risques de dépassement de l'objectif budgétaire global et des objectifs budgétaires partiels.

Cadre

Informé, conseiller

Axes

Contribution à la maîtrise des dépenses

Contexte

Cet objectif fait suite à l'article 10 du premier contrat d'administration 2002-2004, qui concerne la revalorisation des données statistiques et comptables.

Ces dernières années, le suivi des dépenses en soins de santé a suscité à plusieurs reprises des questions et des discussions.

Le Ministre de tutelle a pris une série de mesures au cours des années écoulées, notamment:

- l'audit sur la méthode utilisée par l'INAMI pour réaliser les estimations budgétaires, sur les mécanismes de facturation des dépenses par les dispensateurs de soins et

sur les mécanismes de comptabilisation des dépenses auprès de l'INAMI par les OA;

- la demande de modification de l'arrêté royal du 05 octobre 1999 (l'arrêté relatif aux clignotants). Suggestions formulées dans le rapport de la Commission de contrôle budgétaire;
- la demande adressée à la Cour des Comptes en vue d'examiner les mécanismes sur le plan de l'établissement du budget, de la maîtrise des dépenses et de l'évaluation des mesures prises en matière d'assurance obligatoire soins de santé;
- la demande adressée à l'Office de contrôle des mutualités en vue d'examiner la validité des procédures de contrôle appliquées par les OA;
- la demande en vue de prêter attention aux propositions visant à améliorer le contrôle de la justification de l'utilisation efficace des moyens financiers concernés;
- la demande à l'Administrateur général de l'INAMI de proposer une nouvelle procédure pour détecter à temps les risques de dépassement de l'objectif budgétaire global et les objectifs budgétaires partiels. Cette nouvelle procédure devra donner des garanties suffisantes d'efficience. Les nouveaux critères à définir pour les risques doivent être très rigoureux, davantage que maintenant. Dans ce cadre, les institutions doivent transmettre systématiquement les données dont elles disposent et qui lui sont demandées par l'INAMI.

Au début de l'année 2005, l'Administrateur général de l'INAMI a transmis un rapport au Ministre des Affaires sociales. Ce rapport comprend trois volets.

1. Le premier volet comporte des propositions d'optimisation du suivi du processus de facturation et de comptabilisation des dépenses en soins de santé; entre autres en ce qui concerne le délai de facturation par les dispensateurs de soins, le rythme de comptabilisation par les OA des factures acceptées, l'augmentation des informations sur les dépenses (documents T 20) et une adaptation des documents C;
2. Le deuxième volet comprend une analyse de l'AR relatif aux clignotants, ainsi que les propositions formulées par la Commission de contrôle budgétaire et des suggestions complémentaires à ce sujet;
3. Le dernier volet comprend un certain nombre de suggestions, en particulier concernant un établissement du budget plus rigoureux (vérification des estimations sur la base des dépenses du 1er semestre précédant les fixations de l'objectif budgétaire global), une analyse et un monitoring permanents (outre les informations sur les objectifs budgétaires partiels, des renseignements sur des aspects plus détaillés devront être communiqués aux organes et instances compétents), les médicaments et un certain nombre de nouvelles mesures et initiatives.

Pendant les premiers mois de 2005, un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI, des organismes assureurs, de la Cellule stratégique Budget, de la Cellule stratégique Affaires sociales et de l'Office de contrôle des mutualités, s'est penché sur cette problématique (task force). Les résultats ont été communiqués dans un rapport à la fin du mois de juin 2005.

Le Conseil des Ministres du 01/07/2005 a discuté et approuvé ce rapport. De plus, une série de nouvelles missions ont été confiées à la task force:

- Évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle (+ effet financier);
- Vérifier les effets comptables d'une éventuelle suppression des factures papier à partir de 2006 (CareNet);

- Étude sur la régularité de facturation et le respect des règles de facturation par les dispensateurs;
- Étude sur l'organisation du contrôle primaire par les OA;
- Étude sur le système d'enregistrement sur la base du mois de prestation;
- Étude de l'impact des mesures avec effet sur le Maximum à facturer.

Diverses propositions du rapport de fin juin 2005 ont été traduites en arrêté royal publié au Moniteur belge du 23 septembre 2005 et au sein duquel la procédure budgétaire et de suivi des dépenses a été modifiée en profondeur. Des modifications en rapport avec les données T20 et STATMD sont en préparation.

Entre-temps, la réforme des documents C/N est pratiquement finalisée. Les premières nouvelles données des dépenses soins de santé ont été envoyées par les OA à l'INAMI pour le 28 octobre 2005 au plus tard. Pendant une période de 6 mois, le système fonctionnera selon les deux flux: les OA enverront à l'INAMI aussi bien les documents comptables actuels que les nouveaux documents comptables.

Ultérieurement, il est indiqué de procéder à une évaluation des décisions prises et ainsi de vérifier si les modifications réalisées concernant la définition des flux de données (dépenses comptables, données STATMD, données T20,..) ont bien un effet positif sur la stabilisation des dépenses.

Les modifications dans la procédure budgétaire seront aussi évaluées: e.a. les modifications répondent-elles aux attentes, existe-t-il des problèmes dans l'application pratique de cette nouvelle procédure.

Enfin, une attention particulière sera accordée au mécanisme d'audit permanent: système effectivement implémenté, réponses des résultats de l'audit par rapport aux attentes.

Liste des actions-engagements

1. 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 (mission permanente pour 2006, 2007 et 2008). Dates-limite: 31 décembre 2006/2007/2008
2. Exécution des nouvelles dispositions contenues dans l'arrêté royal du 17 septembre 2005 en rapport avec l'élaboration et l'affinement de l'audit permanent (mission permanente 2006 (phase de départ) – 2007 (par trimestre) – 2008 (par trimestre)). Dates-limite: 31 décembre 2006, 31 mars 2007, 30 juin 2007, 30 septembre 2007, 31 décembre 2007, 31 mars 2008, 30 juin 2008, 30 septembre 2008, 31 décembre 2008
3. Evaluation des décisions qui ont été prises dans le cadre des activités de la task force (mission permanente pour 2006- 2007 – 2008):
 - Rédiger un rapport avec comme contenu: l'élaboration d'indicateurs qui indiquent si la modification dans les définitions des différents flux de données (dépenses comptables, données STATMD, données T20) ont bien un effet positif sur la stabilisation des dépenses. Date-limite: 31 décembre 2008
 - Elaborer un rapport sur la nouvelle procédure budgétaire: évaluation de la 'nouvelle' procédure budgétaire en comparaison avec 'l'ancienne' procédure budgétaire. Inventaire des problèmes pratiques qui sont constatés et mise en oeuvre des solutions possibles. Date-limite: 31 décembre 2008

- Elaborer un rapport sur l'évaluation du démarrage de l'audit permanent: évaluation des mesures qui ont ou n'ont pas été prises sur la base des rapports 'audit permanent'; évaluation de l'exécution pratique des mesures qui ont été prises sur la base des rapports 'audit permanent'. Date-limite: 31 décembre 2008
4. Poursuivre les activités de la task force sur la base des missions supplémentaires qui lui auront été assignées par le Conseil des Ministres:
- Elaborer un rapport sur l'évaluation de la suppression de la facturation trimestrielle (+ impact financier). Date-limite: 31 décembre 2006
 - Elaborer un rapport où seront examinés les effets comptables d'une suppression éventuelle des factures papier à partir de 2006 (CareNet) (sur la période 2006-2007). Date-limite: 31 décembre 2007

Sur la base du rapport de la task force des initiatives seront aussi prises en matière de:

- régularité de facturation et de respect des règles de facturation par les dispensateurs;
- organisation du contrôle primaire par les OA;
- étude d'un système d'enregistrement sur la base du mois de prestation;
- évaluation des mesures avec effet sur le Maximum à facturer.

Ces initiatives seront concrétisées dans le courant de l'année 2006 via un avenant au contrat.

Effets attendus

- Meilleur suivi des dépenses en soins de santé.
- Procédure d'amélioration du processus budgétaire complet qui va in fine de la fixation de l'objectif budgétaire global à sa répartition en objectifs budgétaires partiels.
- Sur la base des dépenses, chiffrer et adapter dans le cadre d'un processus continu.

Facteurs d'environnement

- Réception à temps des données.

Article 14. Exploitation des données d'incapacité de travail primaire – volet statistique

Intitulé

Développer des indicateurs en incapacité de travail primaire devant permettre au SECM d'effectuer des contrôles ciblés.

Cadre

Informer, conseiller

Axes

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

Context

L'objectif d'amélioration de l'exploitation des données en matière d'incapacité de travail primaire peut contribuer à la réalisation du projet du SECM concernant l'augmentation de la qualité des contrôles en incapacité de travail primaire. La confrontation des données de la direction finances et statistiques du Service des indemnités aux données relatives à l'incapacité de travail dont dispose le SECM peut y contribuer.

Cet objectif d'amélioration de l'exploitation des données paraît essentiel au regard de la population visée. En effet, en 2003, la Belgique comptait 359.122 titulaires en incapacité de travail primaire.

Liste des actions-engagements

1. Établir des statistiques indiquant le nombre de jours d'incapacité primaire communiqué par les organismes assureurs au niveau de l'union. Les résultats de ces statistiques sont transmis au SECM qui peut comparer les données avec ses fichiers d'incapacité de travail. Dates-limite: le 31 octobre 2007 pour les données de 2005 et le 31 octobre 2008 pour les données de 2006.

Effets attendus

- En créant des accords de coopération avec d'autres Services de l'INAMI, obtenir un contrôle plus efficace qui doit, à terme, contribuer à aboutir à une maîtrise des dépenses en matière d'incapacité primaire.

Facteurs d'environnement

- Le Service finances et statistiques dispose des données nécessaires à la fourniture des statistiques demandées. Sauf difficultés imprévues, les données de l'exercice 2005 peuvent être fournies en octobre 2006. Les premières conclusions pourront être tirées après analyse des données chiffrées.
- La qualité des fichiers transmis par les organismes assureurs constitue un risque externe pour la réalisation du projet.

Article 15. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration

Intitulé

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

Cadre

Informier

Axes

Contribution à l'application uniforme de la législation

Contexte

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

L'AR 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

2ème critère:

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

3ème critère:

- la transmission, dans les délais prévus et dûment établis, des documents administratifs, comptables, financiers et statistiques légalement prévus
- la transmission, dans les délais, des données correctes et complètes nécessaires aux experts qui sont chargés d'élaborer les paramètres qui serviront à établir la clé de répartition normative dans le cadre de la responsabilisation financière des OA

4ème critère:

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

5ème 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.

9ème critère:

- la bonne exécution des tâches dévolues aux médecins-conseil

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

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, limitée ou de mauvaise qualité, des OA par rapport à ces critères.

Les données manquantes portent sur le critère 2 (2ème partie), le critère 4, le critère 5 c) et le critère 9.

Cet objectif comprend 2 volets, à savoir:

- la définition de données pertinentes qui peuvent être communiquées à l'Office de contrôle et qui ont trait aux critères d'évaluation prévus par l'AR du 28.08.2002.
- la transmission dans les délais de toutes les données prévues à l'Office de contrôle des mutualités.

Liste des actions-engagements

1. Établir, par critère et en collaboration avec l'Office de contrôle des mutualités, la liste des données pertinentes. Date-limite: le 30 juin 2006
2. Créer un tableau de bord: quelles sont les données qui ont effectivement été transmises à l'Office de contrôle et dans quels délais? Le tableau de bord comprend également les informations relatives à la collecte et à l'éventuel mode de calcul des données communiquées. Date-limite: le 30 avril 2007

Effets attendus

- Évaluation efficace des performances de gestion des OA.

TITRE V: Modernisation de la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités

Article 16. Transmission électronique des données relatives à la « reprise d'activités partielles autorisées »

Intitulé

Informatiser le transfert des données concernant la "reprise de travail partielle autorisée par le médecin-conseil" en vue de supprimer le support papier.

Cadre

Informier

Axe

Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Ce projet sera réalisé en étroite collaboration entre le Service des indemnités et le SECM. Le flux papier existant constitue actuellement un double flux vers l'INAMI. Il existe, d'une part, un flux vers les provinces (SECM) et, d'autre part, un flux central vers le Service des indemnités.

Ce projet de passage à un flux électronique n'est pas négligeable dans la mesure où le flux papier sur une base annuelle en matière de reprise d'activités partielles comprend plus ou moins 25.000 documents du côté du service des indemnités et l'équivalent au niveau du service d'évaluation et de contrôle médicaux. Pour ce qui est du pourcentage de bénéficiaires en reprise d'activités partielles autorisées, on peut se référer au tableau de bord figurant dans l'art. 33 du présent contrat relatif à la réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail.

Une banque de données commune doit être créée afin que chaque Service concerné puisse en extraire des informations selon ses propres besoins. Le SECM a besoin de cette banque de données pour consulter des données alors que le Service des indemnités utilise plutôt ces données à des fins statistiques. En outre, ces données peuvent, à un stade ultérieur, être intégrées dans le dossier d'invalidité électronique.

Les données suivantes doivent y figurer:

- Nom et prénom
- Union nationale et mutualité
- Travailleur salarié – travailleur indépendant (art. 100 – art. 23)
- Numéro national
- Numéro d'invalidité
- Profession
- Type d'activité exercée

- Date de début de la maladie
- Date de début et de fin de l'activité autorisée
- Volume: - nombre de jours de travail autorisé par semaine, - nombre d'heures de travail autorisé par semaine

Les différentes phases de ce projet sont les suivantes:

- ✓ En concertation avec tous les Services concernés, fixer les données minimales qui doivent figurer dans la banque de données. Mener des négociations, d'une part, avec les organismes assureurs sur la façon dont le transfert électronique des données doit être organisé et, d'autre part, avec le Service ICT pour le traitement de ces données.
- ✓ Analyse des données par le SECM et le Service des indemnités avec, pour objectif, une amélioration du matériel statistique en matière de « reprise de travail partielle ».
- ✓ Préparer un feed-back à l'attention du Comité de gestion et de l'autorité de tutelle sur le succès des mesures concernant la réinsertion professionnelle sur le marché du travail.

Liste des actions-engagements

1. Développer une banque de données commune sur la base des données transmises électroniquement par les organismes assureurs, données qui sont utiles tant au Service des indemnités qu'au SECM Dates-limite: Phase de test au plus tard au 31 décembre 2007 et opérationnel au plus tard au 31 décembre 2008

Facteurs d'environnement

- La réalisation du projet dépend assez fort de la collaboration des organismes assureurs.

Article 17. Dossier d'invalidité électronique

Intitulé

Informatiser et optimiser le traitement des dossiers d'invalidité.

Cadre

Octroyer, délivrer

Axes

Amélioration du service rendu aux usagers
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Tandis que l'incapacité de travail primaire est gérée directement par les organismes assureurs sous le contrôle du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux, les décisions

relatives à la reconnaissance de l'invalidité (au-delà de la première année d'incapacité de travail) relèvent de la compétence du Conseil Médical de l'Invalidité.

Les dossiers établis par les médecins-conseils au sein des mutualités sont transmis, via les directions médicales des organismes assureurs, au Service des indemnités, en principe dans un délai minimum de six semaines avant l'entrée en invalidité ou l'expiration de la période de reconnaissance en invalidité.

En 2004, le nombre de documents relatifs aux dossiers médicaux à traiter sur base annuelle est élevé (environ 170.000), de même que le nombre de dossiers à gérer: on compte un effectif total de 221.000 invalides. Environ 140.000 fiches et documents médicaux demandent une décision au cours d'une année.

Ces dossiers, préparés par le service sur base des pièces communiquées par les organismes assureurs, sont soumises au Conseil Médical de l'Invalidité (CMI) qui siège en Commission restreinte de manière permanente.

Les volumes particulièrement importants de documents-papier (qui posent des problèmes de stockage et de manutention) ont amené le service à développer une informatisation et un scannage des dossiers d'invalidité (projet E-did) qui ont débuté par un organisme assureur de taille moyenne (soit l'OA 400).

Actuellement, soit en mai 2005, l'historique de 52.000 dossiers de cet organisme assureur (sur un total de 69.000) a été introduit dans le nouveau système. 6.670 dossiers sont scannés sur un total de 16.480 dossiers actifs et 9.068 dossiers non actifs sont scannés sur un total de 35.699 dossiers non actifs. De l'ordre de 6.000 faces de pages sont scannées par semaine après préparation et indexation du dossier.

Les décisions médicales relatives aux dossiers introduits dans le nouveau système sont prises par les médecins du service dans la perspective d'assurer un feed-back des problèmes rencontrés vers les informaticiens et depuis mai, par 8 médecins, membres de la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité, qui se sont portés volontaires.

Le service veillera au déploiement du projet E-did:

1. Extension du nombre de médecins, membres de la Commission supérieure du CMI, utilisant le programme E-did, ce qui nécessitera la mise en place de l'infrastructure et de la logistique nécessaires (local de la Commission restreinte, local de réunion pour la séance plénière du CMI qui doit offrir la possibilité de consulter les dossiers électroniques présentés).
2. Intégration de fonctionnalités supplémentaires (article 101, 23ter, corrections, intégration de lettres créées par le service, ...) permettant le traitement complet d'un dossier d'invalidité par la piste électronique. La réalisation de cet objectif est impérative avant l'élargissement du projet E-did aux organismes assureurs ayant le nombre d'assurés le plus important.
3. Etude de l'implémentation de dossiers annexes au dossier d'invalidité: il s'agit des demandes de reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne (ATP) et des dossiers veufs-veuves.

Liste des actions-engagements

1. Compléter et transmettre aux instances concernées un tableau de bord couvrant la période depuis la réception du dossier jusqu'à l'envoi de la décision en mutualité avec analyse des données de productivité et de rendement dans le système actuel de dossiers-papier et développer un tableau de bord adapté au dossier électronique. Date-limite: le 1er octobre 2006
2. 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 et des documents médicaux scannés par la province vers le service des Indemnités). Date-limite: le 1er octobre 2007
3. Développement du nouveau système: soit l'intégration d'un organisme assureur important quant au nombre d'assurés, soit le traitement de toutes les fiches primaires par E-did. Date-limite: le 1er juillet 2007
4. Etude de la possibilité de flux de documents électroniques vers le SECM (enquêtes des contrôleurs sociaux, visites à domicile des médecins-inspecteurs ou des infirmiers-contrôleurs avec prise en compte de l'aspect de sécurité des données sur systèmes informatiques portables) ou de documents électroniques provenant des organismes assureurs (fiches d'invalidité qui existent sous format électronique, sont imprimées et envoyées sous format papier par l'OA pour ensuite être scannées par le service) ou adressés vers les organismes assureurs. Date-limite: le 1er octobre 2008
5. Tous les dossiers entrants devront se faire par la piste électronique pour tous les organismes assureurs. Les versions papier vont donc disparaître. Le service procédera à une étude aux fins d'optimiser le nombre de pièces papier à conserver ou à détruire conformément à la législation et à la force probante des pièces électroniques. Date-limite: le 31 décembre 2008

Effets attendus

- Accélérer le traitement des dossiers d'invalidité par rapport à la situation des dossiers papiers qui ne permettent pas le respect des délais légaux. Le but est d'augmenter le pourcentage de transmission dans les délais légaux des décisions médicales.
- Sécuriser l'accès aux données personnelles des assurés, tant administratives que médicales, en octroyant des accès limités en fonction des tâches à accomplir par le membre du personnel ou le médecin traitant le dossier et en traçant tout accès au dossier d'invalidité.
- Suivre et prendre les actions correctrices nécessaires en fonction des valeurs enregistrées dans les tableaux de bord aux fins d'optimiser le traitement des dossiers au niveau administratif / mesurer en qualité et en quantité le travail des médecins, membres de la Commission supérieure et des Commissions régionales du Conseil médical de l'Invalidité, de les sensibiliser et responsabiliser aux résultats enregistrés en prenant des mesures correctrices adaptées.

Facteurs d'environnement

- La collaboration des OA est essentielle.

Article 18. Fonds spécial de solidarité

Intitulé

Le traitement administratif des dossiers individuels relevant du Fonds spécial de solidarité.

Cadre

Informé, octroyer

Axes

Amélioration du service rendu aux usagers

Contexte

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

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

3.531 demandes d'intervention ont été traitées en 2004. Comme il ressort des réalisations du premier contrat d'administration, les délais de traitement des dossiers sont très rapides. Voici quelques exemples pour le second semestre de 2004: 99,75% des dossiers ont été préparés dans un délai de 15 jours. Le pourcentage d'exécution dans les 15 jours des décisions prises par le CMD est de 99,82%. Enfin, toutes les décisions du CMD ont été notifiées à l'assuré social dans les 15 jours (99,82%).

La loi-santé du 27 avril 2005, publiée le 20 mai 2005, prévoit toutefois un certain nombre de modifications pour le traitement des dossiers.

L'article 25 régissant le Fonds Spécial de Solidarité, permettait d'accorder jusqu'au 1^{er} avril 2005 (date d'application du nouveau texte) des interventions pour des prestations exceptionnelles, les soins pour les enfants atteints de maladies chroniques et les soins effectués à l'étranger.

Dans le but de mieux répondre aux besoins exprimés par les demandes, et donc pour que le FSS puisse mieux remplir son rôle, le paragraphe concernant les prestations exceptionnelles a été remplacé par 3 autres articles:

- 25 bis, indications rares,
- 25 ter,
 - 25 ter, §1, affections rares,
 - 25 ter, § 2, affections rares qui nécessitent des soins continus et complexes,
- 25 quater, techniques médicales innovantes

Les articles concernant les frais supplémentaires qui sont liés au traitement médical des enfants atteints de maladies chroniques et des soins prodigués à l'étranger sont restés quasi inchangés.

Dans le cadre du deuxième contrat d'administration, l'Institut continuera à suivre les délais de traitement sous la forme de tableaux de bord tels qu'ils figurent dans le premier contrat d'administration. Les valeurs-cible actuelles seront maintenues. Dans le cadre légal actuel, ceci constitue un nouveau défi pour le Service.

Liste des actions-engagements

1. Adapter la brochure d'information renseignant les assurés sociaux sur le FSS et sur les conditions requises pour pouvoir bénéficier d'une intervention. La brochure comprend e.a. les informations suivantes:
 - la nature des interventions accordées par le Fonds spécial de solidarité;
 - les démarches à entreprendre auprès de l'organisme assureur pour introduire une demande;
 - les différentes phases de traitement du dossier (ainsi que les problèmes qui peuvent survenir et le retard qui peut s'accumuler lors du traitement du dossier);

Date-limite: le 31 mars 2006
2. Rédiger un rapport d'activités annuel des décisions prises par le FSS. Dates-limite: le 28 février 2007, 2008 et 2009
3. Produire un rapport annuel sur le nombre de plaintes introduites par les assurés sociaux et sur leur typologie. Dates-limite: le 28 février 2007, 2008 et 2009
4. Mesure de l'impact de la nouvelle réglementation et spécifiquement du volet 'FSS enfants'. Date-limite: le 31 mars 2007

Liste des résultats-engagements

1. Respect des délais fixés dans le contrat d'administration 2002-2004 dans le cadre du traitement des dossiers individuels.

Effets attendus

- Maintenir les résultats positifs actuels dans le cadre de la nouvelle réglementation légale.
- Mieux utiliser le FSS et étendre ainsi son utilisation.

Article 19. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Intitulé

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

Cadre

Organiser, conseiller, octroyer

Axes

Contribuer à la maîtrise des dépenses

Contexte

L'article 6 de la directive 89/105/C.E.E. du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation de prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie, fixe la procédure d'établissement d'une liste positive et impose un délai de maximum 180 jours pour mener cette procédure à terme. Ce délai figure à l'article 35bis, § 3, de la loi coordonnée S.S.I.

Le secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) réceptionne les dossiers de demande relatifs au remboursement des spécialités pharmaceutiques et en assure le suivi tout au long de la procédure jusqu'à la mise à jour éventuelle de la liste des spécialités remboursables. Toutes les données pertinentes sont stockées dans un système informatique performant. Il s'agit de quelque 750 dossiers par an.

Des experts internes préparent le travail de la CRM Ils évaluent la justification fournie par la firme et sur laquelle la proposition relative aux modalités de remboursement est basée.

Il est prévu dans la procédure que la CRM formule, sur la base d'un dossier introduit, une proposition motivée qui doit être soumise au ministre dans les 150 jours. Le ministre dispose d'un délai de 30 jours pour prendre une décision motivée et pour la communiquer au demandeur.

En l'absence d'une décision dans les 180 jours, la spécialité est remboursable selon les modalités de remboursement proposées par la firme pharmaceutique.

Liste des résultats-engagements

1. Le principal engagement consiste à respecter les délais légaux pour l'examen des demandes de remboursement des spécialités pharmaceutiques. Le Service dispose d'un certain délai pour envoyer la proposition de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) au ministre. Au 31 décembre 2004, 100% des dossiers ont été traités dans les délais légaux impartis (dates-limite du tableau de bord). Un tableau de bord sera établi tous les trois mois pour le suivi de ces délais légaux.

Article 20. Réforme du secteur des implants

Intitulé

Optimaliser la méthode de travail/les procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et implémenter CareNet (suppression des documents papier) dans le secteur des implants.

Cadre

Organiser, octroyer

Axes

Contribuer à la maîtrise des dépenses (et à limiter les suppléments à charge du patient)
Simplifier et améliorer les procédures administratives

Contexte

À ce jour, la section « Implants et dispositifs médicaux invasifs » a dû se contenter de (se limiter à) une approche presque exclusivement administrative, juridique et budgétaire des demandes de remboursement de nouvelles technologies dans le domaine des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Les évolutions technologiques de ce type de produits sont importantes, fréquentes et rapides et compliquent de la sorte le suivi du (des modalités de) remboursement(s), d'autant plus que les données disponibles (informatisées ou non) ne sont collectées, traitées et utilisées de manière accessible et transparente ni par l'INAMI ni par les organismes assureurs.

L'introduction de CareNet exige que l'on supprime au maximum les documents papier. Plusieurs implants nécessitent un contrôle a priori; des documents papier sur lesquels figurent des données médicales doivent à cet effet être transmis au médecin-conseil. Ces contrôles a priori ne peuvent pas être supprimés sans incidences (budgétaires).

Pour pouvoir suivre et analyser sérieusement le (les modalités de) remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs au niveau des indications, des évolutions technologiques, des coûts/bénéfices,... et pour permettre à CareNet de fonctionner pleinement pour ce secteur, il est indispensable que:

- 1) la section « Implants et dispositifs médicaux invasifs » développe une approche scientifique approfondie des demandes;
- 2) un système de gestion administrative soit élaboré pour les dossiers de demande relatifs aux listes des implants admis au remboursement;
- 3) un système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables soit implémenté.

En résumé, ces mesures permettront de réaliser un suivi rigoureux et une analyse du secteur au niveau:

- des coûts/bénéfices
- des indications remboursables
- de l'évolution des dispositifs médicaux et de la pratique médicale,

à l'aide d'un système d'enregistrement en ligne et d'un meilleur soutien scientifique au Conseil technique des implants et à ses groupes de travail, ainsi qu'à la Commission de conventions fournisseurs d'implants - organismes assureurs.

Cet objectif comprend 2 grands volets expliqués séparément ci-après.

VOLET 1: Elargissement de l'approche administrative avec un volet consacré au soutien scientifique

Ce volet consacré au soutien scientifique a pour but la rédaction d'un rapport critique concernant les produits/techniques pour lesquels une demande de remboursement a été introduite. Ce rapport sera à la base des décisions des groupes de travail et du Conseil technique.

Ces éléments scientifiques médico-sociaux, ajoutés au dossier de demande initial introduit par la firme, permettront un « meilleur » processus décisionnel.

Pour développer ce volet, il convient notamment de fixer la méthode d'analyse des dossiers et de poursuivre le développement des réseaux existants: trouver des sources d'informations sur l'Internet et dans des revues, établir des contacts avec les associations scientifiques, les médecins individuels (médecins spécialistes), l'étranger,...

Les nouvelles demandes pour les implants pour lesquels aucun remboursement n'est encore prévu dans la nomenclature seront traitées de cette façon.

Cette approche plus scientifique et le système d'enregistrement en ligne permettront d'évaluer les modalités de remboursement introduites.

VOLET 2: Système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Ce volet a pour but:

- la suppression des documents papier dans le cadre de CareNet;
- une collecte rapide des données (notamment médicales) permettant de veiller à l'application de la nomenclature;
- une analyse et une évaluation des technologies médicales soumises à cet enregistrement et ce, en concertation avec les associations scientifiques (HTA)

Ce système d'enregistrement peut être étendu aux numéros de lot et/ou de série individuels du produit pour permettre la traçabilité des implants.

Ceci sera réalisé comme suit:

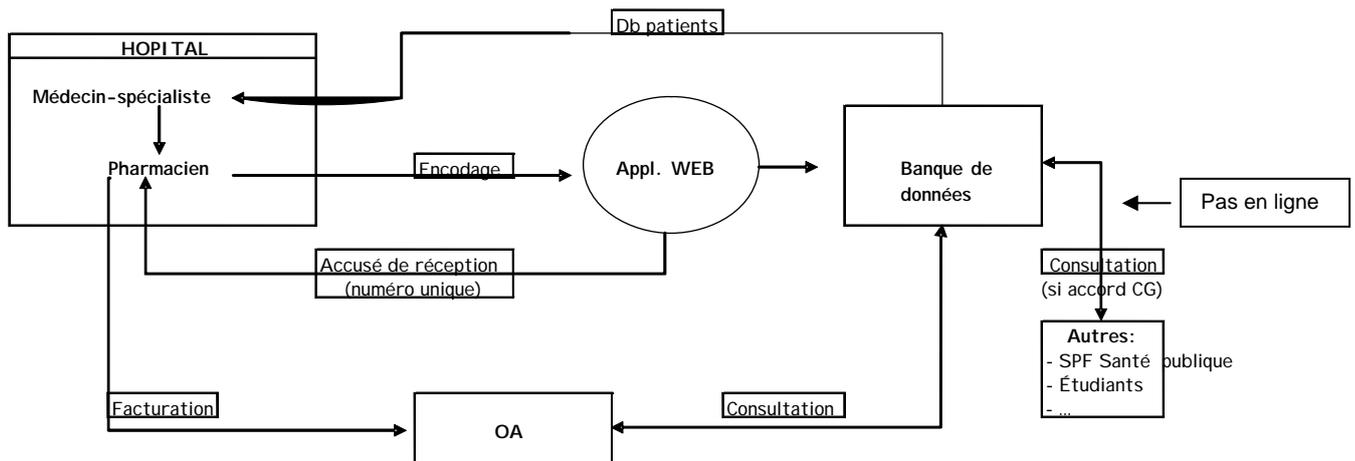
➤ Développement d'une application informatique web:

- les données requises dans le cadre de l'application de la nomenclature sont enregistrées en ligne par le dispensateur de soins. Celui-ci reçoit automatiquement

un accusé de réception sur lequel figure un code unique pour la facturation (facture patient + bande magnétique). Ce code unique permet aux organismes assureurs de contrôler les données pour leurs bénéficiaires et de procéder ou non au paiement/à l'approbation (= noyau),

- dans une deuxième phase, la banque de données est rendue accessible au dispensateur de soins qui peut alors consulter en ligne les données de ses patients et positionner sa pratique médicale par rapport à celle de ses confrères,
- la consultation de la banque de données par d'autres intéressés ne s'effectue pas en ligne.

Représentation schématique:



- Sur le plan juridique, il faudra rédiger les textes nécessaires relatifs aux échanges de données et élaborer les dispositions relatives à la vie privée.
- Gestion et développement de la banque de données.

Concrètement, nous visons les résultats suivants:

- la suppression des documents papier dans le cadre de CareNet
- une collecte en ligne des données (notamment médicales) permettant de veiller au respect de la nomenclature, ainsi que d'analyser et d'évaluer, en concertation avec les associations scientifiques (HTA), les technologies médicales soumises à cet enregistrement
- la création d'un outil de gestion du budget disponible
- l'élargissement de ce système à la traçabilité des implants doit être envisagé lors de l'élaboration de ce projet

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un rapport critique (première phase) sur la base duquel les groupes de travail et le Conseil technique prennent des décisions. Date-limite: le 1^{er} février 2007
2. Rédiger un protocole relatif aux échanges de données. Date-limite: le 31 décembre 2007
3. Rédiger des textes juridiques concernant la protection de la vie privée lors d'échanges de données. Date-limite: le 31 décembre 2007
4. Développer l'application web (noyau) de sorte que le dispensateur de soins puisse - par un enregistrement en ligne - introduire les données dans le cadre de l'application de la

nomenclature et recevoir un accusé de réception sur lequel figure un code permettant aux organismes assureurs de vérifier les données de leurs bénéficiaires. Date-limite: le 31 décembre 2008

Effets attendus

- Une amélioration de la qualité des décisions du Conseil.
- Un meilleur suivi (budgétaire et médical/scientifique) (des modifications) de la nomenclature.
- Une suppression maximale des documents papier.
- Une limitation des suppléments à charge du patient.
- Une maîtrise des dépenses.

Facteurs d'environnement

- Le secteur des implants est en pleine réorganisation tant au sein du Service des soins de santé qu'au sein des organes de l'INAMI. La réglementation (loi, Santé publique,...) sera modifiée à plusieurs reprises au cours du présent contrat d'administration (cf. implants non actifs).
- L'organisation de la traçabilité nécessite une concertation avec le SPF Santé publique et les secteurs concernés.
- Vu que le deuxième volet consiste à stocker et traiter les données médicales des patients, l'accord du Comité sectoriel de la Sécurité sociale doit être demandé. Un important point d'attention peut être en outre le délai de conservation des données qui est motivé par le besoin d'une évaluation scientifique sur des données à long terme ainsi que par le couplage de cette banque de données avec la traçabilité des produits utilisés. L'étude et la décision de ce Comité peuvent avoir une influence sur la date-limite de cette partie du contrat d'administration.
- Pour le stockage comme pour le traitement des données du volet 2, une modification de la loi est éventuellement exigée.

Article 21. Mise en œuvre de « CareNet » – « My CareNet »

Intitulé

Opérationnalisation de la mise à disposition de services à valeur ajoutée dans le cadre de l'application de l'assurance obligatoire (« CareNet », « My CareNet » via BeHealth).

Cadre

Réglementer, informer, conseiller

Axes

Amélioration du service rendu aux usagers (sécurité, efficacité)
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

- Développements au niveau des OA

Le projet CareNet vise à moderniser et à simplifier l'échange d'informations et de données entre les OA d'une part et, dans un premier temps, les hôpitaux d'autre part.

Cet échange électronique, qui se déroule de manière sécurisée via Internet, concerne la transmission des informations administratives et du fichier de facturation.

Si actuellement, plusieurs hôpitaux utilisent déjà CareNet, l'objectif est, à terme, d'amener l'ensemble des établissements hospitaliers à passer par ce nouveau système. Autrement dit, la suppression de la facture papier, résultante du projet CareNet, devrait être généralisée à terme.

Dans la continuité de CareNet est né le projet My CareNet. Ce projet a pour objectif d'étendre les fonctionnalités (formulaires, facturation, informations relatives à l'assurabilité,..) à tous les professionnels de la santé et donc en ce compris, les prestataires de soins (ambulatoire). 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 ce projet.

- Développements au niveau de l'INAMI

Dans le cadre de CareNet, l'INAMI a déjà procédé à de multiples modifications réglementaires en vue de son implémentation. D'autres restent à faire. Il en sera de même dans le cadre de My CareNet (projet pilote des soins infirmiers à domicile) via BeHealth (plate-forme télématique d'accès commun aux prestataires de soins et aux acteurs de la sécurité sociale) où l'INAMI jouera un rôle essentiel comme soutien au développement du projet, essentiellement au niveau des adaptations réglementaires nécessaires à sa mise en œuvre.

Liste des actions-engagements

Dans le cadre de la poursuite du projet CareNet, il est prévu de :

1. procéder à toutes les adaptations réglementaires nécessaires. Date-limite: 31 décembre 2006.

Par ailleurs, un rapport concernant le suivi de l'évolution du rythme de facturation et des dépenses sera réalisé. Cet engagement est déjà repris à l'article 13 du présent contrat relatif à l'exécution des conclusions de la task force de suivi des dépenses (effets comptables de la suppression des factures papier).

Dans le cadre du projet pilote de My CareNet démarrant le 1er janvier 2006 et visant les données administratives des soins infirmiers à domicile, il est prévu de:

1. procéder à toutes les adaptations réglementaires nécessaires. Date-limite: 31 décembre 2006;
2. informer, par circulaire et via le site web, tous les acteurs concernés des nouvelles instructions (modifications de facturation, de la réglementation, ...) Date-limite: 3 mois avant que les nouvelles instructions n'entrent en vigueur.

En fonction du calendrier de poursuite de la mise en œuvre de « CareNet » et d'implémentation de « My CareNet » fixé par le Groupe de gestion de la plateforme BeHealth (créé en application de la décision du Conseil des ministres du 23 décembre 2004), la liste des engagements pourra être complétée en cours de contrat.

Effets attendus

- Diminution des documents sur support papier (factures, attestations de soins et de fournitures,..)
- Accélération des procédures
- Amélioration des données par l'automatisation et le couplage possible avec les sources de référence authentiques (pex nomenclature, cadastre)

Facteurs d'environnement

- Collaboration avec le Groupe de gestion de la plateforme BeHealth, les OA (CIN) et le SPF Finances

Article 22. Paiements et perceptions / Montants, honoraires, forfaits et tarifs

Ce projet s'inscrit dans la continuité de l'avenant 2005 au contrat d'administration 2002-2004.

Volet 1: Paiements et perceptions

Intitulé

Paiements corrects et à temps des montants par l'INAMI à destination de différents 'usagers'

ET

Perception correcte et à temps des montants par l'INAMI à charge de différents 'usagers'

Cadre

Payer, Récupérer

Axes

Amélioration des procédures administratives
Contribution à l'application uniforme de la législation

Contexte

A côté des missions administratives (octroyer des droits, contrôler, régler des litiges, réglementer, ...), les missions financières occupent une place importante au sein de l'INAMI.

L'INAMI paie, perçoit, répartit et récupère un certain nombre de montants.

La première et sans aucun doute la plus importante de ces missions consiste en l'octroi d'avances aux OA, c'est-à-dire à la distribution des fonds aux OA pour le financement des prestations et pour leur propre fonctionnement.

Citons aussi à titre d'exemples:

- le financement des hôpitaux;
- le paiement des honoraires de disponibilité, de l'EMDMI, du statut social des médecins, dentistes, kinésithérapeutes et pharmaciens, de l'accréditation des médecins, dentistes et pharmaciens-biologistes,...;
- les forfaits DMG;
- l'harmonisation des salaires en maison de repos et de soins (MRS) et maison de repos pour personnes âgées (MRPA), la prime syndicale MRS-MRPA.

En ce qui concerne le suivi des récupérations et montants à verser à l'INAMI, citons la redevance par conditionnement et cotisation sur le chiffre d'affaires des firmes pharmaceutiques, la perception et la récupération des cotisations suite au contrôle des déclarations des compagnies d'assurance et retenues sur pensions.

Liste des engagements (actions et résultats):

Actions - engagements

1. Présenter annuellement aux instances concernées une note de synthèse relative aux informations fournies par l'instrument de suivi des paiements et perceptions (tableaux de bord). Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007, 2008

Résultats - engagements

1. Respect des délais de paiement et de l'exactitude des montants versés aux différents usagers ou partenaires.
2. Dans le sens inverse, démontrer les efforts de l'INAMI afin de percevoir à temps et correctement l'ensemble des montants à charge des différents usagers ou partenaires.

Volet 2. Honoraires, montants, forfaits et tarifs

Intitulé

Communication à temps et correcte des honoraires, montants, forfaits et tarifs à appliquer

Cadre

Informier

Axes

Contribution à l'application uniforme de la législation
Amélioration du service rendu aux usagers

Contexte

L'INAMI, comme lieu de concertation, réunit l'ensemble des acteurs de l'assurance soins de santé afin de conclure des accords en matière de fixation d'honoraires, de tarifs, de forfaits et de montants de l'intervention personnelle à appliquer.

Liste des résultats-engagements

1. Les honoraires et tarifs de remboursement seront mis à disposition sur le site web de l'INAMI (et par circulaire OA) au plus tard le jour qui précède la date d'entrée en vigueur, dans le cas où il y a une base légale 'suffisante' pour communiquer ces informations. Lorsqu'un dossier pour lequel les honoraires et tarifs de remboursement sont d'application avec effet rétroactif, l'actuariat mettra ces informations sur le site web de l'INAMI dans les cinq jours ouvrables après la décision (base légale 'suffisante').
2. Pour le secteur des indemnités, l'INAMI s'engage, à la date de la dernière modification des montants des indemnités, à calculer et diffuser, via le site web (en gris) et par circulaire, les montants de la prochaine indexation.

Article 23. Harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux

Intitulé

Simplification et harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux.

Cadre

Réglementer, informer, conseiller, payer

Axes

Simplification et amélioration des procédures
Amélioration du service rendu aux usagers
Contribution à la maîtrise des dépenses
Contribution à l'application uniforme de la législation

Contexte

Les avantages sociaux constituent des avantages financiers accordés par l'INAMI aux dispensateurs de soins qui appliquent les tarifs des accords et conventions, et ce, dans le cadre des pensions de retraite et de survie ou leur incapacité de travail. Le nombre de dossiers de dispensateurs de soins visés est, en 2005, de 42.280.

Ci-dessous, les différentes conditions et procédures applicables à l'heure actuelle:

Conditions	MEDECIN <ul style="list-style-type: none">- L'adhésion doit porter sur l'année entière et le médecin doit avoir exercé effectivement son activité (art. 1er)- Cette condition ne doit pas être remplie pour l'année au cours de laquelle: (1) le médecin décède; (2) débute une incapacité de travail de longue durée; (3) est effectué le service militaire; (4) est effectué un stage de spécialisation (art. 1er).- N'est pas considéré comme ayant effectivement exercé son activité: le médecin qui, dans le courant d'une année, pour une période de plus de 15 jours civils: (1) a été suspendu par l'Ordre des médecins; (2) a fait l'objet d'une décision d'une Chambre restreinte du Comité du SCEM, interdisant aux OA d'intervenir dans le coût des prestations dispensées; (3) a été condamné par un juge à une interdiction temporaire d'exercer sa fonction (art. 1er).	DENTISTE <ul style="list-style-type: none">- L'adhésion doit porter sur l'année entière (art. 5).- Cette condition ne doit pas être remplie pour l'année au cours de laquelle: (1) le service militaire est effectué; (2) le dentiste décède; (3) ou tombe en incapacité de travail (art. 5)- Le praticien de l'art dentaire qui reste en incapacité totale de travail, continue à bénéficier des avantages sociaux, pour chaque année au cours de laquelle il est en incapacité de travail, à condition qu'il n'ait pas refusé d'Accord dans l'année où l'incapacité de travail s'est déclarée (art. 5).
Conditions	PHARMACIEN <ul style="list-style-type: none">- L'adhésion doit porter sur l'année entière et le pharmacien doit avoir exercé effectivement son activité (art. 4, §1er)- Est également considérée comme activité professionnelle: l'inactivité résultant d'une maladie, d'un accident de travail, d'une maladie professionnelle, d'un repos de grossesse ou de vacances annuelles (30 jours) (art. 4, §3, a, b en c)- L'avantage est également accordé pour l'année pendant laquelle le pharmacien décède ou prend sa pension légale de retraite (art. 4bis)- L'avantage n'est pas accordé au pharmacien qui, dans le courant d'une année, pour plus de 15 jours civils: (1) a été suspendu par l'Ordre des pharmaciens; (2) a fait l'objet d'une décision d'une Chambre restreinte du Comité du SCEM, interdisant aux OA d'intervenir dans le coût des prestations dispensées; (3) a été condamné par un juge à une interdiction temporaire d'exercer sa fonction (art. 4bis).	KINESITHERAPEUTE <ul style="list-style-type: none">- L'adhésion doit porter sur l'année entière et le kinésithérapeute doit avoir exercé effectivement son activité (art. 4, §1er).- L'avantage est également accordé pour l'année pendant laquelle le kinésithérapeute décède ou prend sa pension légale de retraite (art. 5).- L'avantage n'est pas accordé au kinésithérapeute qui, dans le courant d'une année: (1) n'était pas en possession d'un agrément durant plus de 15 jours civils; (2) s'est vu infliger une amende administrative de 1.000 euros au moins par le Comité du SCEM; (3) a été condamné par un juge à une interdiction temporaire d'exercer la kinésithérapie (art. 5).

Procédure	<p style="text-align: center;">MEDECIN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les trois mois suivant la publication de l'AR fixant la cotisation, une demande écrite annuelle obligatoire doit être introduite, confirmant l'adhésion à l'Accord et définissant les conditions d'une adhésion partielle éventuelle (art. 2, §§ 1er, 2 en 3). - Après réception de cette demande, le SSS dispose de 3 mois pour adresser au médecin un formulaire à option (système 1 ou 2) (art. 3) - Le médecin doit retourner ce formulaire précisant son choix au plus tard 1 an après la publication de l'AR fixant la cotisation (art. 3) 	<p style="text-align: center;">DENTISTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les trois mois suivant la publication de l'AR fixant la cotisation, une demande écrite annuelle obligatoire doit être introduite, confirmant l'adhésion à l'Accord et définissant les conditions d'une adhésion partielle éventuelle (art. 2, §§ 1er, 2 en 3). - Après réception de cette demande, le SSS dispose de 3 mois pour adresser un formulaire au dentiste (art. 5bis). - Le dentiste doit retourner ce formulaire dûment complété au plus tard 1 an après la publication de l'AR fixant la cotisation (art. 5bis)
Procédure	<p style="text-align: center;">PHARMACIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du 1er janvier au 31 mars, le pharmacien a le loisir d'introduire une demande écrite annuelle obligatoire (art. 3, §§1er-2). - Jusqu'au 31 juillet, le SSS envoie des lettres de demande de renseignements complémentaires (art. 3, §2). - Sous peine de forclusion, les renseignements doivent parvenir au SSS au plus tard le 31 octobre (art. 3, §2). - Le SSS règle la cotisation avant le 31 décembre ou au plus tard 120 jours après le jour de la publication de l'AR fixant la cotisation, si cette publication intervient au-delà du 2 septembre (art. 3, §2) - La cotisation est versée, au choix du pharmacien à une des institutions, en vue de la constitution d'une rente, d'une pension ou d'un capital (art. 5) - Lorsque le bénéfice de la rente, de la pension ou du capital est accordé, l'institution ou la caisse de pension avec laquelle des contrats d'assurance peuvent être conclus, est tenue de le signaler par écrit au SSS (art. 5) 	<p style="text-align: center;">KINESITHERAPEUTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du 1er janvier au 31 mars, le kinésithérapeute a le loisir d'introduire une demande écrite annuelle obligatoire (art. 3, §§1er-2). - Jusqu'au 31 juillet, le SSS envoie des lettres de demande de renseignements complémentaires (art. 3, §2). - Sous peine de forclusion, les renseignements doivent parvenir au SSS au plus tard le 31 octobre (art. 3, §2). - Le SSS règle la cotisation avant le 31 décembre ou au plus tard 120 jours après le jour de la publication de l'AR fixant la cotisation, si cette publication intervient au-delà du 2 septembre (art. 3, §2) - La cotisation est versée, au choix du kinésithérapeute, à une des institutions, en vue de la constitution d'une rente, d'une pension ou d'un capital (art. 6) - Lorsque le bénéfice de la rente, de la pension ou du capital est accordé, l'institution ou la caisse de pension avec laquelle des contrats d'assurance peuvent être conclus, est tenue de le signaler par écrit au SSS (art. 6)

L'objectif de ce projet est d'harmoniser les procédures (modalités, conditions,...) d'octroi des avantages sociaux pour les quatre catégories de dispensateurs concernés: médecins, dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes.

La plus-value du projet se situe à différents niveaux:

- L'absence d'harmonisation crée aujourd'hui certaines frustrations entre ces catégories de dispensateurs de soins (souhait d'une catégorie de dispensateurs de soins d'avoir accès aux nouvelles procédures proposées au Comité de l'assurance pour une autre catégorie de dispensateurs).

L'harmonisation et la simplification des modalités d'octroi et des procédures des avantages sociaux sera de nature à réduire ces frustrations dans la mesure où l'uniformisation permettra d'appliquer un « traitement non discriminatoire » entre les quatre catégories de dispensateurs concernés.

- L'harmonisation entraînera une plus grande transparence dans la gestion de ces avantages sociaux tant en interne (gestions de dossiers harmonisées, interprétation

univoque des textes, possibilité d'informatisation de la procédure d'octroi des avantages sociaux dans un deuxième temps), que vis-à-vis de nos partenaires externes, notamment les assureurs vie, retraite et incapacité de travail (compréhension plus aisée du système, démarches uniformes vis-à-vis de l'INAMI pour la gestion des dossiers).

- L'harmonisation de procédures plus claires, notamment quant aux délais de paiement des avantages sociaux, permettra de mieux prévoir globalement les dépenses en frais d'administration de l'INAMI.
- Une offre systématique d'avantages sociaux aux dispensateurs conventionnés simplifiera aussi d'une part, la vie des dispensateurs de soins qui ne devront plus prendre l'initiative d'introduire une demande et favorisera d'autre part, la conclusion des conventions et accords par l'application de procédures de paiements structurées (en d'autres termes, plus la procédure sera structurée, plus les dispensateurs de soins seront assurés du paiement de leurs avantages sociaux qui compensent la pratique d'honoraires conventionnés).

Pour la fin de l'année 2005, le Service des soins de santé établira un recensement des contextes historiques de l'établissement des différents régimes d'avantages sociaux (décision du Comité de l'assurance du 13 juin 2005).

Liste des actions-engagements

1. Convocation d'un groupe de travail « Harmonisation statut social » avec les différents partenaires concernés: dispensateurs de soins, organismes assureurs, assureurs privés, INAMI. Date-limite: le 31 mars 2006
2. Présentation aux différentes Commissions concernées, ainsi qu'à la Commission de contrôle budgétaire, d'une note reprenant des propositions concrètes d'harmonisation des procédures d'octroi des avantages sociaux. Date-limite: le 1er octobre 2006
3. Présentation au Comité de l'assurance de la note susmentionnée avec les avis des Commissions. Date-limite: le 31 décembre 2006
4. Envoi de la note susmentionnée au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique suite à l'avis du Comité de l'assurance. Date-limite: le 20 janvier 2007
5. 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)
6. 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

Effets attendus

- Plus grande satisfaction des quatre catégories de dispensateurs de soins visées et des assureurs privés.
- Plus grande transparence dans la gestion de ces avantages sociaux.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des membres du GT « Harmonisation statut social » (dispensateurs de soins, organismes assureurs, assureurs privés).

TITRE VI: Optimisation des missions d'évaluation et de contrôle

Article 24. Audit et conseil en mutualités

Intitulé

Développement du rôle d'audit et de conseil de l'inspection en mutualités et auprès des organes de gestion.

Cadre

Contrôler, informer, conseiller

Axes

Contribution à l'application uniforme de la législation
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Le contrôle en mutualités est une activité centrale pour le SCA. Les inspecteurs sociaux vérifient la bonne application de la réglementation soins de santé et indemnités par les mutualités en y effectuant des contrôles sur le terrain. Ils ont également certaines missions de contrôle dans les offices de tarification, les maisons de repos et de soins et les maisons de repos pour personnes âgées.

S'ils constatent des erreurs (par exemple, montants remboursés en trop ou en trop peu), ils rédigent un rapport et l'adressent au service central du SCA qui, après vérification, notifie les erreurs à la mutualité.

Plus concrètement, le projet vise à:

- clarifier et objectiver (notamment par le biais des tableaux et rapports synthétiques) tant les résultats des contrôles que la manière dont ils sont réalisés;
- renforcer le rôle de prévention (feedback, conseil) du service au niveau des mutualités;
- améliorer la collaboration avec les autres services opérationnels de l'INAMI,
- optimiser les procédures de travail des inspecteurs, c'est-à-dire de mieux préparer, réaliser et évaluer les contrôles;
- mieux exploiter les données servant de base aux contrôles ciblés.

L'objectif de ce projet est donc de faire évoluer les missions du service de contrôle selon deux orientations:

- l'affinement d'une méthodologie des contrôles permettant une analyse globale des processus et la détection de l'origine des erreurs constatées;
- le développement du rôle de recommandation tant à l'égard des organismes assureurs que des organes de gestion de l'INAMI et des services internes dont la mission est de créer la réglementation.

Annuellement, des contrôles spécifiques seront réalisés aussi bien dans le secteur des soins de santé que dans celui des indemnités. Les orientations sont justifiées par le fait que le service d'inspection du Service du contrôle administratif est compétent pour vérifier l'application des dispositions légales relevant tant du secteur de l'assurance soins de santé que de l'assurance indemnités.

Le service développera et affinera une méthodologie des contrôles déjà expérimentée, notamment lors des opérations réalisées dans le cadre de l'article 12 du premier contrat d'administration et ce, de manière à s'orienter de façon décisive vers des procédures d'analyse et d'audit.

Liste des actions-engagements

1. Chaque année, il est prévu de réaliser:

- un contrôle thématique en indemnités;
- un contrôle thématique en soins de santé;
- le contrôle des listes de récupérations prises en considération pour la majoration des frais d'administration.

Les résultats (constatations) de toutes ces missions de contrôle sont pris en compte dans le cadre de la responsabilité financière des organismes assureurs.

La planification durant les trois prochaines années tiendra compte des données disponibles via les flux informatiques ou d'autres sources.

La systémique envisagée est la suivante: les contrôles en mutualités sont basés sur un tri de données informatiques disponibles afin de permettre un ciblage et la constitution d'échantillons représentatifs permettant de dégager des tendances générales et comparatives entre les organismes assureurs.

Le contrôle interne alimente donc de la sorte la réalisation du contrôle externe.

Les thèmes seront majoritairement choisis en fonction de l'actualité législative afin de contrôler l'application de nouvelles réglementations par les mutualités.

Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007 et 2008

2. Au terme de chaque opération de contrôle, faire rapport aux organes de gestion (Soins de santé et Indemnités) concernés ainsi qu'au Comité du SCA sur les résultats des contrôles.

Ces rapports mettront en évidence les erreurs constatées au niveau de l'application de la réglementation (typologie, nombre et fréquence, causes, analyse des risques, etc.) mais surtout, dans le cadre de cette nouvelle orientation du service vers l'audit, les recommandations émises par les inspecteurs aux responsables des mutualités afin d'éviter l'apparition d'erreurs similaires d'une part et aux responsables des services réglementation des services des soins de santé et des indemnités de l'INAMI afin d'examiner s'il n'y aurait par exemple pas lieu de rédiger et d'envoyer une circulaire interprétative aux OA d'autre part.

Date-limite: x (date de fin des contrôles) + 5 mois

Effets attendus

- Application plus uniforme de la réglementation par les différents organismes assureurs.
- Diminution du nombre d'erreurs commises par les organismes assureurs dans l'application et l'interprétation de la réglementation soins de santé et indemnités.
- Participation à l'élaboration ou aux modifications des réglementations existantes en « éclairant » les différents acteurs concernés sur les difficultés d'application de celles-ci.
- Harmonisation des procédures de contrôles dans les OA.

Facteurs d'environnement

- Accessibilité des inspecteurs aux programmes informatiques consultables en mutualités et mise à leur disposition du matériel ad hoc: PC, imprimante.
- Accès aux banques de données (ONEM, INASTI, ...).

Article 25. Evaluation médicale

Intitulé

Exécuter des projets d'évaluation en vue de réduire la surconsommation et l'utilisation incorrecte des prestations de santé et assurer le suivi de l'impact de ces projets d'évaluation.

Cadre

Informé, conseiller, contrôler

Axes

Contribuer à la maîtrise des dépenses
Contribuer à l'application uniforme de la législation

Contexte

L'évaluation médicale est un pilier à part entière du SECM réformé.

Nous pouvons faire une distinction entre 2 types d'évaluation médicale:

- a) d'une part, une 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;
- b) d'autre part, des évaluations ciblées (recherches) où le SECM examine de manière ciblée l'étendue et la généralisation des faits ou problèmes spécifiques constatés.

Le terme « évaluation » doit être interprété de façon large. On peut, par exemple, envisager l'évaluation d'un numéro de la nomenclature; une convention ou une utilisation spécifique de médicaments comme angle d'approche ou thème d'évaluation; ou également analyser la propre responsabilité de l'assuré.

L'évaluation médicale est entre autres axée sur les résultats suivants:

- a) l'identification macro des problèmes au niveau de la bonne utilisation des moyens pour les soins de santé.
- b) la prévention générale par une large diffusion des rapports finaux et des conclusions des enquêtes d'évaluation réalisées.
- c) la prévention ciblée:
 - i) par des notifications individuelles aux dispensateurs qui accusent un comportement déviant
 - ii) par l'analyse des réponses et des renseignements transmis par les dispensateurs de soins concernés
 - iii) par un suivi via vérification ultérieure (mesure d'impact)
- d) des propositions pour un pilotage ciblé des enquêtes (contrôle médical).

L'évaluation et le contrôle médicaux sont complémentaires.

- a) Les projets d'évaluation médicale ne sont pas procéduraux en soi et ne sont pas des enquêtes (examens de contrôle médical).
- b) L'évaluation contribuera à une politique de contrôle plus efficace. En outre, tant l'évaluation que la mesure d'impact (évaluation post-hoc) peuvent entraîner une enquête individuelle ciblée.
 - i) L'évaluation médicale du SECM n'est donc pas facultative
 - ii) L'évaluation ne représente donc pas « l'approche en douceur » par rapport à « l'approche ferme » du contrôle. Les deux, évaluation et contrôle, constituent ensemble une « approche globale et intégrale ».
- c) L'évaluation médicale permet, par la mise en œuvre de moyens limités, d'assurer une présence maximale sur le terrain des soins de santé; le SECM peut ainsi obtenir plus de résultats dans un certain nombre de domaines.
- d) Cela ne signifie pas pour autant que l'évaluation remplacera le contrôle médical. Les deux missions se complètent. Leur synergie permettra de relever le niveau d'efficacité du service.

Par les projets d'évaluation, l'INAMI, et plus particulièrement le SECM, souhaite accroître son impact sur la surconsommation et l'utilisation incorrecte des prestations.

Le choix des projets d'évaluation:

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
- 3) La pertinence par rapport à la « législation ou 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.

A partir d'une approche scientifique/statistique du comportement déviant (outliers), les études d'évaluation serviront d'une part pour les enquêtes de surconsommation (sur la base de l'art. 73§4) et d'autre part, comme base aux discussions (au sein du Conseil National de Promotion pour la Qualité) pour ce qui concerne le sens et l'intérêt à déterminer des indicateurs (art. 73§2).

Sources des données:

En fonction du sujet, on utilise différents types de sources de données dont dispose ou que peut obtenir l'INAMI. Les plus importantes sont: les données des profils, les données relatives aux séjours hospitaliers anonymes, les données Pharmanet-piste unique, les données IMS-Health, les données-cubes demandées à l'Agence intermutualiste, les données jumelées RCM/RFM et les fichiers classiques authentifiés (art. 138, loi SSI). Les résultats d'analyses d'autres instances (dans d'autres services de l'INAMI ou analyses externes) sont également pris en considération.

Liste des actions-engagements

Durant la période du contrat d'administration, au minimum 2 nouveaux projets d'évaluation et (au plus tard à partir de 2007) au moins une analyse/mesure d'impact par an seront exécutés. Différents domaines des soins de santé y entreront en ligne de compte.

Dates-limite: les 31 décembre 2006, 2007 et 2008

Les sujets à traiter pour 2006, 2007 et 2008 seront déterminés au plus tard mi-décembre de l'année précédente. A partir de septembre de l'année qui précède, les études préliminaires nécessaires seront réalisées. Cela signifie que les sujets de 2006 seront communiqués en décembre 2005, les sujets pour 2007 en décembre 2006 et que les sujets de 2008 seront transmis en décembre 2007

Effets attendus

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

Article 26. Code-barres unique

Intitulé

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

Cadre

Contrôler

Axes

Contribuer à la maîtrise des dépenses
Contribuer à l'application uniforme de la législation

Contexte

Le contrôle de la délivrance des médicaments requiert un système standardisé et structuré avec un code-barres unique pour chaque conditionnement de médicament remboursé par l'assurance maladie.

L'industrie pharmaceutique (tant les producteurs que les importateurs) appose à cet effet un code-barres individuel sur chaque conditionnement de médicament et informe l'INAMI des conditionnements mis en circulation.

Il s'agit des données suivantes: code-barres unique identifiant le médicament au moyen du code national (cnk) et d'un numéro croissant unique de chaque conditionnement individuel. Concrètement, les firmes qui commercialisent des médicaments remboursés sur le marché belge envoient, tous les trois mois, au SECM, les codes-barres uniques des médicaments commercialisés sur le marché belge (actuellement, sur CD-ROM en format texte). Le code-barres unique permet d'isoler le cnk et d'identifier le produit.

Les offices de tarification transmettent à l'INAMI les données cruciales concernant les délivrances de médicaments tarifées. Ils envoient les codes-barres uniques des médicaments facturés au SECM

Ce fichier doit au moins comporter les données suivantes: tous les codes-barres par mois, par pharmacien avec mention du numéro de la prescription de médicaments.

En examinant le fichier provenant des offices de tarification, il est possible de voir si un code-barres unique a été introduit et porté en compte plus d'une fois soit par le même pharmacien, soit par plusieurs pharmaciens.

Le fichier des firmes permet de vérifier si les codes-barres uniques facturés par les pharmaciens, ont bel et bien été commercialisés par les firmes.

Dans le cadre du projet Pharma bc, un système informatique a été mis sur pied pour la réception/l'enregistrement des flux de données entrants et pour la comparaison systématique des médicaments délivrés avec la liste des médicaments existants; ce système a résulté en la communication systématique d'un même conditionnement de médicament (code-barres unique) porté en compte à l'assurance une deuxième fois, voire une énième fois.

Réglementation:

1. Art. 72bis, § 1er, 5°, de la loi coordonnée AMI:

Obligation pour les firmes d'apposer le code-barres unique sur les conditionnements des médicaments remboursés.

2. Arrêté royal du 5 décembre 2003 (M.B. du 17.12.2003) modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques:

Les firmes transmettent les codes-barres pour les produits commercialisés à partir du 1er juillet 2004.

3. Arrêté ministériel du 2 septembre 2004 (M.B. du 16.09.2004) fixant les modalités réglementaires de l'échange de données dans le cadre du code numérique unique sur les conditionnements publics des spécialités pharmaceutiques:

- les firmes envoient, dans les deux mois qui suivent chaque trimestre, un support digital au SECM, de préférence un CD-ROM, comportant les codes dans un fichier Excel.
- contenu du support digital: nom de la firme, trimestre, flag, numéro de départ, numéro de fin.
- le SECM transmet les données aux organismes assureurs de manière structurée.

4. Arrêté royal du 16 décembre 2004 (M.B. du 29.12.2004) modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques: Modifications au § 2 de l'art. 90 de l'AR du 21 décembre 2005.

Listes des actions-engagements

1. 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. Dates-limite: le 31 décembre 2006, 2007 et 2008
2. Un rapport sera rédigé à l'attention des organismes assureurs sur les données communiquées par les firmes, relatives aux codes des conditionnements mis sur le marché en Belgique. Date-limite: le 30 juin 2006

Effets attendus

- Une réelle économie pour l'assurance soins de santé: garantir que seuls les médicaments effectivement délivrés au patient soient facturés et empêcher de la sorte qu'un même conditionnement soit deux fois porté en compte à l'assurance maladie.
- Une prévention systématique et par conséquent une détection rapide des fraudes consistant à porter en compte des médicaments non délivrés: ce système d'évaluation permettra au SECM d'effectuer un contrôle beaucoup plus efficace des fraudes consistant à porter en compte des médicaments prescrits mais non délivrés.

Facteurs d'environnement

- Collaboration de l'industrie pharmaceutique et des pharmaciens.

Article 27. Incapacité de travail primaire – Qualité des contrôles

Intitulé

Optimaliser le contrôle des médecins-conseil dans le cadre de l'incapacité de travail primaire

Cadre

Contrôler, informer

Axes

Amélioration du service rendu aux usagers
Contribution à l'application uniforme de la législation

Contexte

Tout comme l'art. 14 du présent contrat relatif à la qualité des données, la problématique se réfère au secteur de l'incapacité de travail.

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

Pour pouvoir exercer de façon optimale sa tâche de contrôle sur les médecins-conseil dans cette matière, le SECM doit pouvoir disposer de données complètes et fiables. Le SECM a constaté que la collecte des données de base ITP, transmises par les organismes assureurs, doit être revue et peut être améliorée.

Ce projet vise à optimiser le système d'enregistrement des décisions des médecins-conseil quant au contrôle de l'ITP (profil de convocation, durée moyenne d'incapacité,...), dans le but de mettre à disposition, après analyse, des informations utiles:

- au SECM, à titre d'informations de gestion à l'appui du contrôle des médecins-conseil individuels;
- au Service des indemnités, à titre d'informations de politique et de gestion;
- aux Services généraux de support, à titre d'informations de base pour l'évaluation des prestations de gestion des OA dans le cadre de la partie variable de leurs frais d'administration (critère 9);
- aux directions médicales des OA, à l'appui de leur politique relative au fonctionnement des médecins-conseil (feed-back, profils).

Liste des actions-engagements

1. Système entièrement opérationnel (« profil » du médecin-conseil dans le cadre de son travail de contrôle de l'ITP). Date-limite: 31 décembre 2008

Effets attendus

- Un comportement de contrôle plus uniforme de la part des médecins-conseil
- Une utilisation optimale des moyens du Service des indemnités

Article 28. Informatisation des dossiers d'enquêtes du S.E.C.M - Projet FlowDos

Intitulé

L'organisation d'un système intégré pour le suivi des dossiers d'enquêtes, couvrant toutes les phases des dossiers d'enquêtes.

Cadre

Contrôler

Axes

Contribution à l'application uniforme de la législation
Simplifier et améliorer les procédures administratives

Contexte

Les missions du SECM telles qu'elles sont décrites dans la loi coordonnée et qui ont donné lieu au lancement du projet 'FlowDos', sont:

- le contrôle des prestations de santé sur le plan de la réalité et de la conformité;
- la recherche d'une éventuelle surconsommation en vue d'accroître la responsabilité individuelle des dispensateurs de soins.

Dans le cadre de ces missions, le S.E.C.M est chargé de:

- constater, poursuivre et pénaliser les infractions à la loi;
- réprimer des déviations manifestes (surconsommation) quand les mesures préventives n'ont pas d'effet;
- récupérer l'indu des différentes infractions.

Pour poursuivre des infractions et réprimer la surconsommation, le S.C.E.M ouvre des dossiers d'enquêtes. La loi du 24 décembre 2002 (entrée en vigueur le 15 février 2003) prévoit de nouvelles procédures de traitement des dossiers d'enquêtes et fixe, à partir du jour où une infraction a été constatée, un délai de 3 ans dans lequel les amendes administratives doivent être prononcées par le Comité du S.C.E.M. Les procédures, méthodes de travail et structures du contrôle médical ont dès lors dû être adaptées à cette nouvelle loi.

Les différentes phases d'un dossier d'enquête sont entre autres: l'enregistrement des données, le soutien des flux de travail et d'informations, la surveillance des phases intermédiaires, la rédaction des rapports de gestion et des rapports stratégiques, la production du dossier, l'archivage, la consultation, etc.

L'objectif principal du projet « FLOWDOS » est par conséquent la conception et l'instauration d'un système de gestion pour les dossiers du S.C.E.M., et ce au cours de l'enquête (préliminaire), de la poursuite, de l'application de la sanction et des procédures de recours. Le système de gestion doit en outre suivre les entrées et les sorties des dossiers de et vers les systèmes collatéraux.

La conception et l'instauration d'un tel système de gestion doivent parallèlement atteindre les objectifs secondaires suivants:

- un niveau de sécurité permettant de protéger les données médicales et juridiques contre tout accès interdit;
- un mode uniforme de traitement des dossiers, quels que soient la localisation et/ou le stade de l'enquête;
- un processus optimisé, en fonction des moyens disponibles, permettant de gérer et de suivre l'ensemble des dossiers de façon efficace et effective;
- un processus documenté, intelligible et transparent générant les données de gestion nécessaires et apportant ainsi sa pierre à l'édifice du programme de gestion des connaissances de l'INAMI, notamment le programme 'KM@INAMI'.

Liste des actions-engagements

1. Dossiers d'enquêtes en cours disponibles sous forme électronique. Date-limite: le 30 juin 2006
2. Système de gestion des dossiers d'enquêtes « up-and-running » pour un cycle complet. Date-limite: le 31 décembre 2007

Effets attendus

- Contribuer à l'élaboration d'un contrôle plus efficace.
- Processus transparents et univoques en ce qui concerne les enquêtes.
- Accès contrôlé aux informations médicales et juridiques.
- Diminution des dépassements des délais légaux et accroissement des récupérations des sommes perçues indûment.

Facteurs d'environnement

- Législation changeante

TITRE VII: Amélioration du soutien aux organes

Article 29. Conseil Technique Médical des Indemnités

Intitulé

Mise en route du Conseil technique médical des Indemnités (CTM).

Cadre

Organiser, informer, conseiller

Axes

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

Contexte

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. À l'aide de données statistiques relatives à l'incapacité de travail, on procède à des investigations portant sur le fonctionnement de l'assurance indemnités et des avis sont émis sur des problèmes qui surgissent en la matière.

La composition et les modalités de fonctionnement du Conseil technique médical sont fixées à l'article 198bis, alinéa 1er, 3°, de l'AR du 03.07.1996.

Ce conseil est composé de membres des facultés de médecine de toutes les universités, de membres des organismes assureurs, de membres du Service des indemnités, de membres du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, et de membres des organisations représentatives des travailleurs et des employeurs.

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.

Les premiers jalons d'un important ouvrage de référence en ligne seront posés au cours des trois prochaines années (en tenant compte de paramètres de protection de données).

Celui-ci pourra être consulté par des médecins-conseil et des médecins-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Liste des actions-engagements

1. Modification du système de classification d'affections médicales pour lesquelles une entrée en invalidité est demandée. Dans la phase initiale, réaliser une étude des systèmes de classification d'affections / de pathologies médicales sur la base de l'étude de la littérature et des avis d'experts. 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 ». Date-limite: le 31 décembre 2006.
2. Réaliser 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 »). Date-limite: le 31 décembre 2007.
3. In fine, une étude pilote portant sur une affection spécifique (sujet à discuter avec les membres du CTM - p.e. la lombalgie) suivie d'une discussion approfondie sur les limitations fonctionnelles spécifiques qui font que des directives uniformes doivent être élaborées dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail. Date-limite: le 31 décembre 2008.

Effets attendus

- Améliorer et 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.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des membres du Conseil Technique Médical.

Article 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général

Intitulé

Mise à disposition plus rapide des procès-verbaux et des notes du Comité de l'assurance et du Conseil général du Service des soins de santé et élaboration d'une bibliothèque électronique.

Cadre

Organiser, conseiller

Axes

Amélioration du service rendu aux 'usagers'

Simplification et amélioration des procédures

Contexte

L'INAMI a notamment dans ses missions la bonne organisation et le soutien optimal à la concertation et la négociation entre les différents acteurs (OA, partenaires sociaux, représentants de dispensateurs de soins, Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales,...) du système d'assurance maladie-invalidité. Le Service des soins de santé est un lieu de concertation entre les acteurs du système d'assurance maladie. Au cœur de ce système se situent le Comité de l'assurance soins de santé et le Conseil général de l'assurance soins de santé. A titre d'information, en 2004:

- le Comité de l'assurance s'est réuni 27 fois et 356 notes y ont été déposées;
- le Conseil général a été convoqué 11 fois et 112 notes y ont été présentées.

Au regard de ces chiffres, il est donc particulièrement significatif de 'tester' cette nouvelle méthodologie de travail au sein de ceux organes avant d'envisager une éventuelle extension à d'autres.

La modernisation de nos méthodes de travail vise à fournir un service plus approprié aux membres des organes (notes plus lisibles et communiquées à temps, réduction des délais de production et clarté des PV, facilité d'accès sécurisé aux documents, notamment par le biais d'une recherche automatique par mots-clé,...).

Ce projet d'optimisation de notre fonctionnement interne s'inscrit dans la lignée des processus en cours au niveau fédéral (développement d'applications électroniques, lisibilité des textes administratifs, simplification administrative, promotion de la gestion des connaissances,...).

Il s'inscrit également dans la suite logique de l'enquête de satisfaction réalisée en 2002 auprès des membres des organes dans le cadre du premier contrat d'administration 2002-2004 (art. 15). Cette enquête révélait un score de satisfaction de 4 sur 5 comme moyenne pour tous les organes (respectivement 4,3/5 et 4,2/5 pour le Comité de l'assurance et le Conseil général). Les réalisations prévues dans le cadre de ce projet ont pour objectif d'accroître notre performance au niveau des points forts (tant pour le Conseil général que le Comité de l'assurance, il s'agit de la qualité des notes et PV et de la compétence du personnel de l'INAMI) et d'améliorer nos points faibles (tant pour le Conseil général que le Comité de l'assurance, il s'agit de délais parfois trop longs de communication du PV, surtout lorsque celui-ci est envoyé en même temps que l'ordre du jour de la prochaine séance).

Le projet s'articule autour de plusieurs axes:

- L'idée générale du projet réside:
 - ✓ dans la consultation par les membres des organes des notes et PV mis à disposition sur notre site web sécurisé et ce, de manière structurée et avec possibilité d'effectuer une recherche par mots-clé;
 - ✓ dans la création d'une sorte de bibliothèque électronique avec consultation et recherche des documents archivés.

- Les notes seront standardisées afin de faire apparaître plus clairement le contenu du document, l'impact budgétaire, la compétence de l'organe pour ce point précis de l'ordre du jour,...; Par ailleurs, un ou plusieurs mots-clé seront indiqués dans chaque note afin de pouvoir faciliter la recherche des notes et PV relatives à une même thématique (le MAF, la physiothérapie, etc.);
- Outre la lisibilité des notes, l'accent sera également mis sur leurs délais de communication. Des standards seront déterminés concernant le nombre de jours ouvrables pour transmission de la note avant le jour de la réunion;
- Pour ce qui concerne les PV, une distinction sera opérée entre le PV 'synthétique' qui reprendra la décision, avis,..de l'organe pour chaque point de l'ordre du jour et le PV 'détaillé' reprenant les discussions. Le PV 'synthétique' pouvant être rédigé plus rapidement, il sera communiqué à bref délai par le biais du site web;
- Sur la base du règlement d'ordre intérieur adapté, des standards seront déterminés concernant les délais/standards d'envoi de ces PV 'succinct' et 'détaillé'.

Ce projet s'inscrit dans la mise sur pied d'une plate-forme commune de gestion des connaissances et des documents.

Liste des actions-engagements

1. Organisation d'une présentation de l'ensemble du projet et d'une démonstration de l'application informatique lors d'une réunion du Comité de l'assurance et du Conseil général afin de répondre directement aux questions/inquiétudes des membres. Date-limite: 6 mois après l'implémentation du système informatique
2. Possibilité pour tous les membres du Comité de l'assurance et du Conseil général de pouvoir consulter les notes et PV sur un site web sécurisé. Date-limite: 6 mois après l'implémentation du système informatique
3. Réalisation d'une nouvelle enquête de satisfaction auprès des membres du Comité de l'assurance et du Conseil général afin de pouvoir mesurer l'évolution de leur satisfaction quant à la qualité du soutien apporté par l'INAMI à l'organisation des réunions. Date-limite: le 31 décembre 2008

Liste des résultats-engagements

- Respect des standards de qualité fixés au niveau des délais de communication des PV et des notes de ces deux organes. Date-limite: après l'implémentation du système informatique

Effets attendus

- Gain de temps dans la recherche de l'information nécessaire à la gestion de l'assurance maladie.
- Plus grande satisfaction des membres des organes grâce notamment à une recherche rapide, par historique ou mots-clé, de notes et PV plus lisibles (tableau de bord).

Facteurs d'environnement

- Collaboration des membres du Comité de l'assurance et du Conseil général.

Article 31. Rapportage des activités en Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité

Intitulé

Développer le rapportage concernant les activités en Commissions régionales du Conseil Médical de l'Invalidité (CR-CMI).

Cadre

Informier

Axes

Simplification et amélioration des procédures
Contribution à une application uniforme de la législation
Contribution à la maîtrise des dépenses
Amélioration du service rendu aux usagers

Contexte

Le but est de relancer le processus de rapportage fait par la Commission régionale du CMI à la Commission supérieure et au Comité de gestion et le réaliser à un niveau (scientifique / analytique) supérieur.

Pour 2004, 122.600 fiches ont été envoyées par les OA au CMI sur un total de 222.000 invalides. Sur ce total du nombre de fiches dans les deux régimes, environ 9% ont été convoqués dans les différentes Commissions régionales par les membres de la Commission supérieure.

Le but 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.

Il s'agit donc de mieux cerner l'activité des CR-CMI et d'élargir la collecte des données du point de vue de l'invalidité en CR-CMI.

Liste des actions-engagements

- Standardisation du rapportage concernant les activités des Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité. Date-limite: le 31 décembre 2006

- Rapportage assorti d'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 Conseil médical de l'invalidité dans le cadre du contrôle médical de la reconnaissance de l'invalidité dans les différentes Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité. Date-limite: le 31 décembre 2007

Effets attendus

- Améliorer la qualité des rapports / dossiers médicaux.
- Mener un certain nombre d'examens médicaux ciblés.

Article 32. Rapportage financier à la Commission de remboursement des médicaments

Intitulé

Évaluation de l'impact budgétaire des propositions dans les dossiers de demande de remboursement des médicaments.

Cadre

Informier, conseiller

Axes

Contribuer à la maîtrise des dépenses

Contexte

Le but est de faire une estimation correcte de l'impact budgétaire, plus précisément de faire une comparaison entre le coût des demandes qui ont été approuvées et l'impact budgétaire tel qu'il est décrit dans le dossier de la demande. Pour information, le budget annuel total des médicaments s'élève à 3,071 milliards d'euros.

Il n'existe actuellement pas de monitoring systématique de la réalité financière des demandes de remboursement qui ont été approuvées; aucun feed-back n'est par conséquent prévu pour la CRM ou son bureau. Par contre, des analyses ad hoc sont effectuées, par exemple dans le cadre des révisions par groupe.

Par un monitoring financier du coût des demandes approuvées et une comparaison entre ce coût et l'impact budgétaire tel qu'il est décrit dans le dossier de la demande, l'INAMI s'engage à:

- évaluer la différence éventuelle: déterminer l'ordre de grandeur et la tendance de celle-ci (surestimation ou sous-estimation) ainsi que l'impact des facteurs suivants: demandeur, domaine thérapeutique, classe de plus-value, marché spécifique et concurrents;
- proposer, sur la base de cette évaluation, un traitement systématique amélioré de la section « impact budgétaire »;

- autoriser, sur la base du monitoring financier, un dossier de recommandations spécifiques permettant de corriger l'impact budgétaire à un stade précoce;
- stimuler la responsabilisation financière de la CRM et souligner l'importance de ses services de support.
- analyser l'effectivité des critères de remboursement.

Champ d'application:

Les dossiers pris en considération sont:

- ceux relatifs aux médicaments dont l'impact estimé et/ou constaté est important: > 2,5 million d'euros;
- ceux relatifs aux médicaments présentant des taux de croissance importants: > 20%;
- les dossiers relatifs aux classes de médicaments se situant dans le top 80% du budget;
- les dossiers relatifs aux classes de médicaments se situant dans le top 20% des taux de croissance.

Les étapes suivantes seront parcourues:

1. Monitoring des écarts entre « expected & real » par dossier et par année budgétaire via Pharmanet (= validés) / I.M.S. (= réels et prévus sur Pharmanet);
2. Réalisation d'une analyse systématique structurée et rapport de la différence (attendue – réelle) avec calcul des « sous-dépenses » et des dépenses supplémentaires sur base annuelle.
3. Etude de l'analyse:
 - Evolution globale du marché des médicaments (remboursables): en mode ambulatoire et en hôpital.
 - Analyse de l'impact de nouvelles directives thérapeutiques, de nouveaux médicaments, de campagnes de positionnement/promotion à l'intention du corps médical/pharmaceutique, de nouvelles demandes,...
 - Coût à charge de la sécurité sociale.

Le monitoring doit être effectué pour les médicaments ayant un impact financier important (par exemple pour ceux dont le coût brut est supérieur à 2,5 million d'euros ou dont le taux de croissance est supérieur à 20%). On peut se baser sur le top 80% de l'impact financier, ce qui représente moins de 10% des enregistrements Pharmanet (ambulatoires). On arrive ainsi à une série de médicaments acceptable pour laquelle un monitoring budgétaire est également sensé (tous supérieurs à 2,5 million d'euros). La réalisation de ce monitoring implique une collaboration entre les évaluateurs internes, l'administration et la Cellule Pharmanet.

Une analyse et un rapport du top 20% seront déjà réalisés en 2005. Ci-après, vous trouverez la liste des engagements à partir de 2006.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration d'un rapport de monitoring standard qui sera utilisé dans le rapportage à venir. Date-limite: le 31 mars 2006
2. Automatisation du rapportage. Date-limite: le 30 juin 2006
3. Analyse et rapportage du top 80%. Date-limite: le 30 juin 2006

Effets attendus

- Des pronostics exacts, précis et réguliers permettent de mieux préparer d'éventuelles mesures de correction.
- Améliorer la ou possible l'effectivité des critères de remboursement.
- Des personnes motivées (CRM) sur le plan de la responsabilité financière.

Facteurs d'environnement

- Disposer des sources de données indispensables (Pharmanet, IMS, «hospital vs. retail»).
- Collaboration entre l'évaluateur, l'administration et la cellule Pharmanet.

TITRE VIII: Adaptations réglementaires et financières

Article 33. Réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail sur le marché du travail

Intitulé

Développement du cadre légal en matière de réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail sur le marché du travail et coordination des rôles des médecins-conseils, du CMI et du SECM visant à favoriser la réadaptation professionnelle.

Cadre

Réglementer, informer, conseiller

Axes

Amélioration du service rendu aux usagers
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Pour rappel, les conditions et avantages d'un transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités était inscrit dans le cadre de l'art 11 du contrat d'administration 2002-2004 intitulé 'Activation des indemnités d'incapacité de travail'.

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

Outre les reprises d'activités autorisées en cumul avec des indemnités d'incapacité de travail, il existe une autre voie de remédiation à l'inactivité pour cause d'incapacité de travail: la réadaptation professionnelle. En vertu des dispositions légales actuelles (art. 22, 6° et art. 23 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994), cette compétence est exercée par le Collège des médecins-directeurs, lequel peut proposer au Comité de l'assurance de conclure des conventions avec des établissements de réadaptation professionnelle; décide de la prise en charge ou non de frais de réadaptation professionnelle dans le cadre de demandes individuelles introduites soit directement par les ayants droit, soit par l'intermédiaire des médecins-conseils.

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

A ces constats s'ajoute le fait que l'objet des demandes d'intervention correspond d'avantage à l'assurance indemnités qu'à l'assurance soins de santé, dans la mesure où la plupart des demandeurs sont en situation d'incapacité de travail. Il semble donc indiqué de transférer cette compétence au Conseil médical de l'invalidité (assurance indemnités).

Au regard du rapport relatif à l'analyse des conditions et avantages de ce transfert de la réadaptation professionnelle du Collège des médecins-directeurs (CMD) vers l'assurance indemnités d'une part et de celui sur la réinsertion socio-professionnelle (« Evaluation des conditions de la reprise partielle d'activité autorisée par le médecin-conseil dans l'optique d'une meilleure réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail ») transmis fin décembre 2004 au Ministre des Affaires sociales et au sein duquel la réadaptation professionnelle a été examinée à de multiples reprises (pages 16-19, 29-34, 40-41 et 43) d'autre part, un amendement du gouvernement au projet de loi portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle a déjà prévu de créer la base légale permettant le transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités, la date d'entrée en vigueur devant ultérieurement être fixée par le Roi.

Dans le cadre du présent contrat d'administration, il s'agira donc de prendre toutes les mesures nécessaires pour donner suite aux deux rapports précités (transfert de la réadaptation professionnelle et réinsertion socio-professionnelle).

Pour ce qui concerne le rapport relatif à la réinsertion socio-professionnelle, un certain nombre de propositions concrètes d'amélioration ou d'adaptation de la réglementation en la matière y sont déjà développées.

Quant au rapport relatif au transfert de la réadaptation professionnelle, il convient tout d'abord d'avoir une vision plus précise des conditions dans lesquelles un tel transfert peut être opéré, notamment en termes de répartition des compétences entre institutions fédérales et fédérées. Ensuite, il s'agira de tout mettre en œuvre afin de clarifier la coordination des rôles des médecins-conseils, du CMI et du SECM visant à favoriser la réadaptation professionnelle.

Remarque: Cet objectif est accompagné d'un tableau de bord (évolution du taux de réadaptation professionnelle, personnes en incapacité de travail) déjà élaboré dans le cadre de l'art. 11 du premier contrat d'administration.

Etat des lieux

Augmentation du taux de reprise	Pourcentage de titulaires en incapacité de travail ayant repris une activité autorisée.	2ème trim. 2003	3ème trim. 2003	4ème trim. 2003	1er trim. 2004	2ème trim. 2004	3ème trim. 2004	4ème trim. 2004
- titulaires en incapacité primaire		4,24%	3,91%	3,87%	3,77%	4,35%	4,16%	4,25%
- titulaires en invalidité		6,40%	6,52%	6,75%	6,67%	6,71%	6,81%	6,74%

Accroissement du nombre de personnes en situation d'incapacité de travail ayant opté pour une réadaptation professionnelle		Année 2000	Année 2002	Année 2003	Année 2004	T1/ 2005
	Nombre total de demandes traitées.	503	544	563	547	139
	Nombre (et %) de décisions positives.	463 (92%)	480 (88%)	496 (88%)	478 (87%)	125 (90%)
	Nombre total de bénéficiaires concernés.	395	494	538	522	131

Liste des actions-engagements

1. Dès réception de la réponse du Ministre des Affaires sociales (X) aux propositions contenues dans les deux rapports sur la réinsertion socio-professionnelle et la réadaptation professionnelle, procéder aux adaptations réglementaires nécessaires.
Date-limite: X + 3 mois

Effets attendus

- Augmentation du taux de reprise d'activité partielle autorisée, en particulier pour les titulaires en invalidité;
- Accroissement du nombre de personnes en situation d'incapacité de travail ayant opté pour une réadaptation professionnelle.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des membres du CMD, du CMI, du Comité de gestion et surtout de la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales

Article 34. Maximum à facturer et intervention majorée de l'assurance

Intitulé

Harmonisation des deux systèmes de protection sociale (Régime préférentiel et Maximum à facturer)

Cadre

Réglementer, conseiller

Axes

Amélioration du service rendu aux usagers

Contribution à la maîtrise des dépenses
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Ce projet s'inscrit dans la continuité des objectifs 15 (Maximum à facturer) et 22 (simplification du formulaire VIPO) du contrat d'administration 2002-2004.

Par ailleurs, l'analyse des répercussions du MAF sur la réglementation actuelle, en traitant surtout son impact en matière d'intervention majorée de l'assurance a été poursuivie en 2005 dans le cadre de l'avenant au contrat d'administration 2002-2004.

Depuis le début des discussions relatives au MAF et au BIM (Bénéficiaire de l'intervention majorée), plusieurs documents ont été produits par l'INAMI. Citons à titre d'exemple, le rapport annuel d'évaluation du MAF, celui relatif à la réforme de l'intervention majorée de l'assurance suite à l'introduction du MAF dans l'assurance obligatoire ou encore la note concernant l'harmonisation des deux mesures (intervention majorée de l'assurance et MAF) visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé,

Actuellement, la concertation avec la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et les OA, notamment au niveau des estimations budgétaires à réaliser en fonction des différentes hypothèses de travail, est toujours en cours.

Pour information, ci-dessous, un tableau récapitulatif du nombre de bénéficiaires du MAF et des montants remboursés (année 2003).

	MAF Social	MAF revenus faibles	MAF revenus modestes	Enfants - de 16 ans	Allocations familiales majorées	TOTAL
Montant global remboursé (€) ²	62.870.444,6	36.180.585,01	53.925.348,85	983.734,29	276.840,59	154.236.953,36
Nombre global de ménage	194.667	94.737	119.202	-	-	408.606
Nombre global de bénéficiaires	418.458	154.626	219.849	4.001	1.609	798.543

Par ailleurs, pour ce qui est de l'intervention majorée de l'assurance, le nombre de bénéficiaires et le nombre de personnes à charge étaient respectivement, au 1^{er} janvier 2005, de 930.268 et de 398.849.

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

- Réalisation d'économies budgétaires
- Elimination des effets pervers du système
- Plus grande cohérence dans la réglementation soins de santé

Facteurs d'environnement

- Collaboration des OA et de la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales

Article 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux

Intitulé

Mise en œuvre de la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux généraux aigus par l'instauration d'un forfait par admission.

Cadre

Réglementer, conseiller

Axes

Contribution à la maîtrise des dépenses
Simplification et amélioration des procédures

Contexte

Différentes mesures incitant les prestataires à dispenser les soins les plus appropriés ont été lancées. A cet effet, on peut mentionner l'introduction des montants de référence dans les hôpitaux.

Le système des montants de référence s'applique actuellement à 16 prestations chirurgicales courantes. Le système implique la comparaison à un coût moyen interhospitalier des séjours hospitaliers par institution et impose des sanctions financières en cas de dépassement de la moyenne de plus de 21%.

Il existe une volonté politique d'étendre ce système de responsabilisation en remplaçant les montants de référence par des forfaits all in, fixés a priori sur base de preuves scientifiques. En outre, la question de l'élargissement de ce système à d'autres interventions s'impose.

En fait, de manière générale, le Ministre des Affaires sociales souhaite:

- 1) diffuser les références médicales reprises par le centre fédéral d'expertise en matière de soins de santé, scientifiquement reconnues en la matière, auprès de l'ensemble des hôpitaux et des médecins généralistes prescripteurs du pays;
- 2) mettre en place un mécanisme de surveillance des pratiques des hôpitaux belges en la matière, par rapport aux références médicales et aux recommandations médicales de bonnes pratiques;

- 3) prévoir, sur base des mécanismes prévus dans le système des montants de référence et de la loi sur la responsabilisation, la sanction des hôpitaux et des prestataires dont la pratique s'écarte significativement des normes médicales scientifiquement reconnues.

In fine, il importe que l'ensemble des hôpitaux belges adopte des pratiques comparables.

Dans l'attente de ces adaptations éventuelles, le système des montants de référence tel que mis en route à partir d'octobre 2002 reste de pleine application. Dans ce système, les montants à récupérer sont calculés sur base des données RCM et SHA.

Le projet du présent contrat d'administration vise à la fois à encourager une prescription rationnelle des médicaments, une meilleure maîtrise des dépenses, une utilisation plus rationnelle des médicaments mais aussi une moins grande disparité de comportement entre les hôpitaux par le biais d'une forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux généraux aigus basée sur des moyennes nationales calculées par pathologie.

Sont exclus les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux chroniques et l'hospitalisation de jour. Seront également exclus certains médicaments (nouvelles molécules,) ainsi que certaines pathologies résiduelles. Les radio-isotopes et les produits sanguins labiles ne sont pas concernés par cette forfaitarisation.

L'article 37 § 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 permet au Roi de prendre les dispositions nécessaires en matière de forfaitarisation des médicaments.

Deux arrêtés royaux sont nécessaires. Le premier en exécution de l'art. 37 §3 alinéa 3 doit déterminer les médicaments et les prestations pour lesquelles ces médicaments sont remboursés de manière forfaitaire. Un deuxième AR en exécution de l'art. 37 §3 alinéa 4 doit fixer les règles et la méthode de calcul du forfait.

Un AR supplémentaire sera nécessaire pour supprimer l'antibioprophylaxie en chirurgie. Il faudra également adapter l'AR du 21 décembre 2001 en ce qui concerne la liste des médicaments reprise au chapitre IV établie par la Commission de remboursement des médicaments (CRM).

Le système est censé rentrer en vigueur au 1^{er} juillet 2006 et concerne un budget de +/- 470 millions € (chiffres de 2003).

Liste des actions-engagements

1. Rédiger les projets d'arrêtés royaux liés à la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux. Date-limite: le 31 mars 2006
2. Mettre en place le nouveau système de facturation (nouveaux pseudo codes nomenclature et modification des instructions concernant le lay-out de la facture hospitalière). Date-limite: le 30 avril 2006
3. Communiquer aux organismes assureurs et aux hôpitaux le montant du forfait à facturer ainsi que toutes les informations nécessaires relatives au calcul du forfait (Méthodologie, Case-Mix, moyennes nationales, liste des produits exclus, ...). Date-limite: le 31 mai 2006

4. Lorsque les données couplées RCM-SHA concernant la première année de forfaitarisation seront disponibles au sein de la Cellule technique (X), faire une évaluation de ce système de forfaitarisation et déposera un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance). Date-limite: X+3 mois

Effets attendus

- Réduction de pratiques médicales différentes entre les hôpitaux pour une même pathologie.
- Meilleure maîtrise du budget des médicaments en milieu hospitalier.
- Simplification des procédures de tarification dans les hôpitaux.

Facteurs d'environnement

- Collaboration de la Structure Multipartite du SPF Santé publique, de la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales,...

TITRE IX: Renforcement de la communication externe

Article 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM

Intitulé

Rédiger et diffuser des informations simples et aisément compréhensibles pour les dispensateurs de soins, et spécifiquement axées sur les missions du SECM.

Cadre

Informers

Axes

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

Contexte

Informers les dispensateurs de soins fait partie des missions du SECM. 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. Cet objectif s'inscrit dans la continuité du projet éducatif prévu dans l'article 13 du premier contrat d'administration.

Le service rendu aux dispensateurs de soins consiste à donner à ces derniers, sans qu'ils doivent éplucher tous les textes de lois, une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif. Cela implique une diminution des infractions commises par ignorance. Cela mène automatiquement à une application plus uniforme des dispositions légales.

Une actualisation du concept d'information des dispensateurs est envisagée pour plusieurs raisons:

- le développement du site Internet de l'INAMI,
- l'évolution dans l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (e-mail),
- la nécessité d'une approche pédagogique plus poussée.

Tous les services de l'INAMI participent à la mise à disposition de l'information pour les dispensateurs de soins.

Dans ce cadre, l'INAMI veut jouer un rôle proactif. Tant l'article 36 que l'article 37 comportent une description des engagements concrets que l'Institut veut réaliser sur le plan de la communication proactive envers les dispensateurs de soins.

Du point de vue du SECM, l'information aux dispensateurs de soins peut être classée en trois niveaux:

1. « Modules » d'information de base pour les « nouveaux » dispensateurs de soins:

- Une documentation de base pratique, communiquée à l'occasion de l'inscription à l'INAMI (la demande du numéro INAMI est un passage obligé pour tous les nouveaux dispensateurs), donnera au nouveau dispensateur toute information utile. Ces documents s'adresseront aussi aux dispensateurs de soins déjà actifs dans le cadre de l'AMI. Cette documentation sera également publiée sur le site Internet de l'INAMI.
Cette documentation de base sera spécifique par catégorie de dispensateur (par exemple: pour le médecin généraliste débutant, pour le médecin spécialiste en formation, dentiste, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, ...).
- Un document présentant le SECM (Image du service) et expliquant le rôle du SECM (nouvelles missions, modalités d'exécution). Cette information est à intégrer dans la brochure de présentation de l'INAMI visée dans l'article 37.

2. Information continue pour tous les dispensateurs de soins (voir aussi article 37):

- Disponibilité des textes officiels sur le site Internet de l'INAMI (par exemple: nomenclature, règles interprétatives, recommandations et indicateurs).
- Information proactive des dispensateurs concernant les modifications réglementaires pertinentes.

3. Information spécifique du SECM:

- A titre de prévention, envoi (ou publication sur le site Internet) d'une « lettre d'information » (au début une fois par an) par catégorie de prestataires pour attirer l'attention sur des points particuliers de l'application de la réglementation.
Ces points sont choisis notamment en fonction des constats faits lors des enquêtes et lors des analyses en évaluation. Il s'agit donc de développer le pilier (l'instrument) « Prévention » à côté du pilier « Evaluation » et du pilier « Contrôle ».
- Publication régulière des décisions définitives du Comité du SECM et des chambres de recours, relatives à l'application de l'assurance soins de santé.

Liste des actions engagements

1. Rédaction et diffusion de la documentation de base pour les nouveaux dispensateurs.
Dates-limite :
 - Pour le 31 décembre 2006: deux modules: un module pour le médecin généraliste débutant et un pour le médecin spécialiste en formation.
 - Pour le 31 décembre 2008: quatre modules supplémentaires: un module de base disponible pour quatre catégories de dispensateurs (par exemple: dentiste, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien).
2. Publication sur le site web dans un délai d'un mois des décisions définitives du Comité du SECM et des chambres de recours, relatives à l'application de l'assurance soins de santé.

Effets attendus

- Amélioration de la relation entre les dispensateurs de soins et les autorités.
- Amélioration de la compréhension des missions du SECM.

- Diminution des fautes de forme par ignorance dans le cadre de l'attestation de prestations.

Article 37. Site web – Accueil téléphonique – Communication proactive

Intitulé

Amélioration du site web, de l'accueil téléphonique et renforcement d'une communication proactive.

Cadre

Informé

Axe

Amélioration du service rendu aux usagers

Contexte

Ce projet s'inscrit dans la volonté d'améliorer la communication vers les groupes cibles.

Ce projet peut être scindé en trois parties.

Site web de l'INAMI.

Dans le cadre de l'avenant 2005 au contrat d'administration 2002-2004, deux projets concernaient le site web:

- une analyse de « l'utilisabilité » et de l'ergonomie du site;
- une enquête de satisfaction mise en ligne sur le site web.

L'objectif est d'améliorer la recherche d'information sur le site web et ainsi mieux satisfaire aux besoins des utilisateurs.

Par ailleurs et à titre d'exemple, afin de répondre aux attentes des différents acteurs du système, la loi coordonnée de l'assurance maladie-invalidité et la nomenclature des soins de santé y sont déjà disponibles, sous format PDF.

Dans le cadre du contrat d'administration 2006-2008, d'autres informations seront mises à disposition (liste des dispensateurs des soins conventionnés ou non, réglementation plus détaillée et plus structurée,...)

Accueil téléphonique.

Début 2005, un call center a été mis sur pied au Service des soins de santé pour les dossiers individuels des kinésithérapeutes, infirmier(e)s, accoucheuses, et audiciens. L'objectif est de répondre plus rapidement et correctement aux dispensateurs de soins. Ce call center, actuellement limité à la section précitée, pourrait – en fonction des besoins – être étendu progressivement aux autres services de l'INAMI qui sont en contact avec un nombre important de dispensateurs de soins (dentistes, médecins, maisons de repos, ..) ou d'assurés sociaux (secteur des indemnités).

Communication proactive: listes de diffusion, newsletter et brochure de présentation.

Pour informer plus rapidement les groupes cibles des dernières nouvelles dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités, notamment de l'entrée en vigueur de nouvelles mesures, l'INAMI mettra au point un système de listes de diffusion et de newsletter grâce auxquelles, via inscription, les groupes cibles seront informés, dans des brefs délais, de ces nouveautés. Les abonnés recevront une notification par mail (= lien vers des pages web + court résumé).

Une brochure de présentation de l'INAMI proposera une description générale de l'INAMI et de ses missions, dans un langage lisible, simple et compréhensible.

En plus, à l'occasion de l'inscription du dispensateur de soins à l'INAMI, on ajoutera à la documentation de base (voir article 36) une feuille d'information avec notamment les personnes de contacts par sujets/catégories de questions.

Liste des actions-engagements

Site web

1. Réglementation détaillée: la coordination officieuse complète sera insérée sur le site Internet, à côté de la loi coordonnée. Date-limite: le 30 juin 2007
2. Développement d'un module informatique permettant de consulter une liste de dispensateurs de soins sur le site Internet de l'INAMI, avec indication de leur adhésion ou non à un accord ou à une convention et les modalités éventuelles de leur conventionnement. La réalisation de cet engagement nécessite d'abord un examen approfondi du fichier existant des dispensateurs de soins, ainsi qu'une vérification des données. Cette liste constituerait surtout une source d'informations pour les assurés sociaux, mais elle serait également utile pour les CPAS et d'autres institutions qui servent d'intermédiaires pour les assurés. Date-limite: le 31 décembre 2007
3. Structuration dans un cadre intégré des différents textes réglementaires sur le site Internet (nomenclature, coordination officieuse, réglementation concernant les spécialités pharmaceutiques et d'autres prestations pharmaceutiques, ...), avec la possibilité de faire une recherche uniquement dans ces textes réglementaires. Date-limite: le 31 décembre 2008
4. Procéder à une deuxième enquête de satisfaction auprès des différents groupes d'internautes (journalistes spécialisés, OA, dispensateurs de soins, Cellule stratégique, ..). Date-limite: le 31 décembre 2008

Accueil téléphonique

5. Analyse des besoins en matière de téléphonie des services concernés par de nombreux appels téléphoniques, et – en fonction de l'analyse – implementation du call center dans les services concernés et communication en la matière. Date-limite: le 31 décembre 2007

Listes de diffusion

6. Implémentation (inscription et diffusion). Date-limite: le 31 mars 2006

Newsletter

7. Implémentation (inscription et diffusion). Date-limite: le 31 décembre 2007

Brochure de présentation de l'INAMI

8. Elaboration et diffusion. Date-limite: le 31 octobre 2006

Liste des résultats-engagements

1. Dans les 20 jours ouvrables après la date de publication au Moniteur belge des premières modifications de la nomenclature en 2005, mettre à jour l'historique des adaptations dans la coordination officielle du texte de la nomenclature des soins de santé mise à disposition sur le site web de l'INAMI.
2. Dans les 25 jours ouvrables après la date de publication au Moniteur belge, mettre à jour sur le site web de l'INAMI les modifications de la coordination officielle de loi du 14 juillet 1994.

Effets attendus

- Accès plus rapide à une information actualisée et intégrée pour les dispensateurs de soins, les assurés et tous les spécialistes concernés par la réglementation SSI.
- Meilleure image de l'INAMI
- Diminution du nombre d'appels téléphoniques en anticipant, via liste de diffusion et newsletter, les questions et problèmes posés par les assurés sociaux et les dispensateurs de soins
- Gain de temps dans la recherche de l'information pour les assurés sociaux et les dispensateurs de soins
- Plus grande satisfaction des assurés sociaux et des dispensateurs de soins

TITRE X: Développement de nouveaux instruments de gestion

Article 38. Système de contrôle interne et service d'audit interne

Intitulé

Développement d'un système de contrôle interne et création d'un service d'audit interne.

Cadre

Gérer, contrôler

Axes

Simplifier et améliorer les procédures administratives

Contribuer à une meilleure maîtrise des dépenses

Contribuer à l'application uniforme de la législation

Contexte

A. Introduction

Dans le contexte de l'évolution vers une bonne gouvernance et vu l'importance croissante de concepts tels que 'économie', 'efficacité' et 'efficience', il est nécessaire d'introduire des instruments de gestion qui nous permettent de réaliser cette évolution.

Dans le rapport de la Cour des comptes, présenté dans le courant du mois de mars 2005, outre l'utilisation d'objectifs et d'indicateurs de qualité, les recommandations suivantes sont formulées:

- l'introduction d'instruments de contrôle de gestion (comptabilité analytique, système de calcul des coûts);
- la mise en œuvre de systèmes de contrôle et de services d'audit internes performants, qui fonctionnent selon les normes internationales.

Des directives du même genre figurent également dans le rapport d'évaluation du SPF Sécurité sociale.

B. Vision

Avant de procéder à une implémentation, il est nécessaire d'avoir une vision intégrée des systèmes internes de stratégie, de gestion et de contrôle. Dans un cadre global, tous les éléments suivants doivent occuper (à terme) la place qui leur convient:

- gestion et planning stratégique (aussi bien stratégie externe qu'interne),
- budgétisation et planning de gestion, avec des objectifs opérationnels et des accords de résultat, de qualité et de prestations clairs (externes et internes) (éventuellement liés à plus long terme à un budget de sortie ou de prestation),
- répartition des compétences, délégation et responsabilisation adéquates,
- organisation administrative et procédures (de contrôle),

- identification et gestion des risques,
- contrôle de la qualité et mesures de contrôle administratif:
 - ✓ auto-contrôle
 - ✓ contrôle de la qualité et/ou contrôle administratif, effectués par le management de ligne
 - ✓ contrôle systématique, tel qu'il est intégré dans les procédures courantes, et séparation de fonction adéquate y afférente
- monitoring, mesure de performance et rapport d'avancement ('control') par les services opérationnels concernés,
- audit interne par le service d'audit interne,
- audit externe (Cour des comptes, Commissaire du gouvernement).

Bien entendu, l'installation d'un service d'audit interne et le développement de systèmes intégrés de contrôle interne est un projet pluriannuel.

Certains des premiers éléments ont déjà été développés. Citons notamment l'introduction d'un management de projet au démarrage du premier contrat d'administration, le processus du planning stratégique et opérationnel, les champs expérimentaux en vue d'un pilotage des résultats, de la qualité et des prestations, l'élaboration de descriptions des processus et de 'flowcharts' afin de renforcer le volet « business » et de maîtriser l'informatique (business analyst soins de santé, projet Flowdos).

C. Notions de contrôle et d'audit internes

L'évaluation et l'audit permettent souvent de constater (par après) que les objectifs n'ont pas été atteints. L'essence de la fonction de 'control' réside dans le fait qu'elle assiste en permanence le management afin justement d'atteindre les objectifs.

Pour le contrôle interne, prendre pour point de départ le modèle COSO est un bon choix. En ce qui concerne l'audit interne, on se base également sur les principes et méthodes de l'«I.I.A.» (Institute of Internal Auditors).

Contrôle interne

Le système de contrôle interne est développé dans les différents services.

Ces systèmes de contrôle sont axés sur des mesures de contrôle minimales mais bien orientées, avec l'impact désiré. En se basant sur les principes de responsabilisation, il est essentiel que le système de contrôle interne aboutisse autant que possible:

- ✓ à fournir des efforts en terme d'efficience,
- ✓ à la prise de conscience spontanée de la qualité chez les collaborateurs,
- ✓ à être orienté "résultats",
- ✓ à la délégation et la responsabilité intégrale (à des niveaux plus bas) pour des prestations de service ou des domaines de résultat spécifiques,
- ✓ à la nécessité de pouvoir agir d'une façon dynamique et souple,
- ✓ etc.

De tels systèmes comprennent des mesures et des procédures de contrôle et contribuent à la maîtrise des risques et à la réalisation des objectifs stratégiques et opérationnels.

Le système de contrôle interne doit être dynamique et adapté de façon souple aux besoins et aux circonstances internes et externes qui changent.

Audit interne

L'audit interne est une fonction indépendante et objective, qui apporte des garanties et élabore des recommandations. Il est effectué au sein de l'organisation, afin d'apporter une valeur ajoutée qui doit permettre d'améliorer le fonctionnement de cette organisation.

Tout cela peut être obtenu grâce à:

- une approche systématique et disciplinée
- en vue d'évaluer et d'améliorer
- les procédures qui concernent le management des risques, le contrôle et la bonne gouvernance
- en formulant des propositions visant à améliorer leur efficacité.

La préoccupation principale consiste à développer un instrument qui aiderait l'institut à réaliser ses objectifs stratégiques et opérationnels en ce qui concerne les délais, la qualité et l'information. La valeur ajoutée de l'audit est justement l'amélioration du fonctionnement de l'institut.

Dans une première phase, l'audit interne contribue au développement d'un système de contrôle interne efficace, répondant aux exigences d'une administration moderne, c.-à-d. la maîtrise du fonctionnement de l'institution et l'optimisation de l'information concernant le résultat des opérations.

Les objectifs de l'audit interne doivent dans ce contexte être les suivants:

- identifier et analyser les risques qui peuvent mettre en péril la réalisation des objectifs prévus;
- examiner et évaluer le bon fonctionnement, l'efficacité et l'efficience du système de contrôle interne, afin de garantir la réalisation des objectifs (vérifier si les normes de qualité prévues dans la première ligne sont respectées);
- examiner si les dispositions légales et réglementaires, y compris les directives et procédures internes, sont appliquées d'une façon conforme et uniforme;
- formuler des recommandations afin de garder les risques sous contrôle;
- assurer le suivi, c.-à-d. évaluer si les recommandations de l'audit, approuvées par le management, ont été mises en œuvre;
- donner des conseils au management.

D. Proposition d'approche au sein de l'INAMI

- Dans un premier temps, il y a lieu d'analyser les forces et faiblesses du système de contrôle interne existant (et parfois informel) et d'identifier les risques et points de contrôle les plus importants.
- Développer une fonction de staff concernant le soutien stratégique et administratif. Cette fonction dépend évidemment des nécessités de chaque service opérationnel. Dans ce contexte, nous faisons référence à la mise en œuvre de cette fonction au Service des soins de santé et au SECM
- Indiquer les points de contrôle dans chaque service opérationnel, avec un responsable du management de ligne et un rattachement direct à la fonction de staff.
- Simultanément, les préparatifs peuvent être faits pour la création d'un service d'audit interne. Car dans une première phase, les missions d'audit interne seront adaptées et

contribueront autant que possible au développement des systèmes de contrôle interne dans les services opérationnels. Nous pensons par exemple à:

- un examen des risques cruciaux;
- un examen des faiblesses essentielles dans l'organisation administrative;
- la formulation de recommandations concernant les points de contrôle les plus importants et la maîtrise des risques cruciaux.

Au fur et à mesure que le niveau de l'organisation administrative et des systèmes de gestion et de contrôle internes augmentera, l'audit interne sera plus étendu et plus détaillé.

Bien entendu, le service d'audit interne peut et doit, également dans une première phase, exécuter immédiatement les audits ponctuels, chaque fois qu'il y a des indications de problèmes spécifiques importants ou des présomptions de fraude ou d'abus.

Liste des actions-engagements

1. 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

Effets attendus

- Sur le plan des données de gestion: assurer la fiabilité des données qui sont utilisées notamment pour le suivi des contrats d'administration, et obtenir de la sorte une sécurité raisonnable au niveau de la qualité des données.
- Dresser la liste des risques et les surveiller.
- Mieux gérer et optimiser les procédures.
- Utiliser les moyens de façon plus rationnelle.
- Respecter les règles, lois et procédures.

Article 39. Comptabilité analytique

Soucieux d'une utilisation efficace de ses ressources, l'INAMI entend moderniser son système comptable. En vue de renforcer éventuellement les potentialités et fonctionnalités de type 'analytiques' de notre comptabilité actuelle, l'INAMI s'engage à établir un bilan de la situation et à effectuer une étude de faisabilité relative aux différentes orientations possibles, de leurs avantages et inconvénients ainsi que des facteurs critiques de succès.

Liste des actions-engagements

1. Etude de faisabilité concernant les différentes orientations possibles en matière de comptabilité analytique. Date-limite: le 31 décembre 2006

Article 40. Cadre d'Auto-évaluation de la Fonction publique (CAF)

Sensible à la manière dont le personnel perçoit les efforts fournis, les problèmes rencontrés et les perspectives d'avenir, l'INAMI procédera à une auto-évaluation de type CAF (Common Assessment Framework ou Cadre d'Auto-évaluation de la Fonction publique) afin de connaître ses points forts mais aussi et surtout d'identifier et de prendre les actions nécessaires par rapport aux points à améliorer.

Pour rappel, le CAF est « un outil d'auto-diagnostic convivial et simple. Il peut être réalisé sans frais par le personnel de l'organisation à l'aide d'un certain nombre de directives. Il permet d'apprécier la qualité de l'administration au moyen d'une grille d'évaluation qui comprend 9 critères, et de lancer une démarche d'amélioration ». Les critères sont: leadership, stratégie et planification, gestion des ressources humaines, gestion des partenariats et des ressources, gestion des processus et du changement, résultats auprès des « clients-citoyens », auprès du personnel, auprès de la société et des performances-clés.

En suivant la méthodologie et les étapes de la démarche CAF, plusieurs groupes représentatifs des agents de l'INAMI, en étroite concertation avec les organisations syndicales, procéderont à la préparation et à la mise en œuvre de l'évaluation proprement dite pour ensuite élaborer, présenter et mettre en œuvre un plan d'amélioration.

Le CAF permet donc d'y voir plus clair en soulignant les progrès enregistrés mais aussi en mettant en évidence les étapes encore à franchir et les améliorations à apporter.

Liste des actions-engagements

1. Exécution d'une évaluation CAF. Date-limite: le 31 décembre 2007
2. Communication d'un plan d'amélioration au Comité de direction. Date-limite: le 30 juin 2008

TITRE XI: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs

Article 41.

Seuls les objectifs repris dans ce contrat seront suivis, mesurés et évalués au moyen de tableaux de bord.

Pour chaque objectif, un tableau de bord a été défini et reprend:

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

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

Par ailleurs, dans la mesure du possible, seront également indiqués les éventuels **effets attendus** de la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire les résultats escomptés sans que l'administration puisse les garantir.

Les tableaux de bord adaptés et actualisés, tant au niveau des indicateurs que des valeurs, sont disponibles chaque trimestre auprès de la Cellule modernisation de l'INAMI (modernisation@inami.fgov.be).

TITRE XII: Engagements généraux communs aux deux parties

Article 42.

Le choix politique du cadre juridique d'un contrat engendre le remplacement du rapport d'autorité classique par un rapport plus contractuel. Les deux parties s'engagent dès lors à une concertation structurelle et à des accords réciproques en tant que partenaires équivalents.

Afin de permettre à l'institution l'exécution qualitative de sa mission, l'Etat fédéral s'engage à mettre les moyens justifiés et convenus à la disposition de l'institution. Il s'agit d'une condition substantielle pour que l'institution puisse être tenue au respect des engagements dans le cadre du présent contrat.

Article 43.

Les parties contractantes s'engagent à respecter les principes de la gestion paritaire. Le Comité de gestion et les acteurs de la gestion journalière agissant en tant que réels partenaires.

Les parties contractantes s'engagent à mettre tout en œuvre pour créer les conditions favorables à la réalisation des engagements réciproques fixés dans le présent contrat.

Si l'INAMI doit, dans le cadre d'une mission légale, collaborer avec un organisme public fédéral, l'Etat fédéral s'engage à entreprendre toutes les actions afin d'assurer la collaboration de l'organisme public avec l'INAMI.

Dans les cas de recrutements pour des fonctions à caractère médical/scientifique, ces sélections pourront être organisées par l'INAMI à condition que Selor soit tenu informé de la procédure appliquée.

TITRE XIII: Engagements de l'Etat

Engagements concernant les adaptations en cours de contrat

Article 44.

Conformément aux dispositions de la loi du 25 avril 1963, l'Etat soumet à l'avis de l'organe de gestion de l'institution tout avant-projet de loi ou d'arrêté visant à modifier la législation que l'institution est chargée d'appliquer. Dans ce cadre, l'Etat fédéral s'engage à tenir l'institution au courant des différentes étapes légistiques et de communiquer, le cas échéant, les modifications éventuelles en cours de procédure.

L'Etat s'engage à établir des contacts avec l'institution pour, d'une part, tenir compte des aspects techniques et de la faisabilité de mise en œuvre des modifications légales ou réglementaires envisagées et, d'autre part, lui permettre de préparer les adaptations nécessaires. Après concertation avec l'institution, l'Etat fixe la date d'entrée en vigueur des modifications ou nouvelles mesures envisagées.

Engagements concernant les modifications du contrat

Article 45.

Chaque partie a le droit de proposer à l'autre partie une révision du contrat avant son terme.

Article 46.

Actuellement les articles 8 et 9 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 impose que toute modification des termes de la convention est assujettie à la même procédure de base que celle qui a donné lieu à la conclusion du contrat.

L'Etat fédéral reconnaît que cette procédure d'amendement des contrats d'administration, à savoir une approbation en Conseil des Ministres et une publication au Moniteur belge, pose problème quant à son application. L'Etat fédéral s'engage dès lors à entamer une concertation avec les institutions publiques de sécurité sociale afin de fixer une nouvelle procédure de modification qui conviendrait à toutes les parties.

Article 47.

L'Etat fédéral s'engage à communiquer aux institutions ainsi qu'aux commissaires du gouvernement, les décisions prises lors du Conclave budgétaire et ce, dans les plus brefs délais.

Engagements concernant le suivi de la réalisation des contrats

Article 48.

L'Etat fédéral et l'institution s'engagent à suivre avec attention la réalisation des objectifs et des projets tels qu'ils sont décrits dans le contrat d'administration.

Article 49.

Durant la durée d'exécution du contrat, les Ministres de tutelle travailleront, en concertation avec les institutions publiques de sécurité sociale, à professionnaliser et à optimiser la fonction des commissaires de gouvernement qui les représentent.

Article 50.

Un protocole de collaboration sera conclu dans les meilleurs délais entre les commissaires du gouvernement et l'administration générale de l'institution et ce, en vue de déterminer les modalités de mise en œuvre en matière de rapportage relatif à l'exécution des engagements repris dans le contrat d'administration.

Article 51.

Conformément à l'article 8, §3, al.3 de l'arrêté royal du 3 avril 1997, en vue de l'évaluation annuelle de la réalisation des engagements respectifs, les parties contractantes s'engagent à organiser chaque année et par institution une réunion de concertation entre les commissaires du gouvernement et les représentants de l'institution. Un rapport contradictoire et motivé concernant les résultats de cette concertation sera rédigé par les participants, dans lequel les différents points de vue seront présentés en ce qui concerne les matières sur lesquelles un accord n'est pas intervenu.

Endéans la première réunion de concertation, les parties s'engagent à développer conjointement une méthodologie en vue de la rédaction dudit rapport.

Article 52.

Les parties contractantes s'engagent à respecter un calendrier relatif aux missions de rapportage et de suivi qui incombent aux institutions ainsi qu'aux commissaires du gouvernement. Le calendrier est établi de commun accord entre l'institution et les commissaires du gouvernement. Il est communiqué au(x) Ministre(s) de Tutelle et du Budget.

Ce calendrier ne pourra toutefois pas prévoir des délais supérieurs à ceux prévus ci-dessous :

- transmission d'un projet d'évaluation de la réalisation des engagements respectifs par l'institution aux commissaires du gouvernement au plus tard pour le 31 mars ;
- organisation de la réunion de concertation dans les 15 jours qui suivent la remise du projet d'évaluation de la réalisation des engagements respectifs par l'institution;

- transmission du rapport contradictoire et motivé sur les résultats de la concertation dans les 15 jours après la fin de la concertation ;
- le cas échéant, adaptation du contrat d'administration à la situation modifiée en exécution de l'article 8, § 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 avril 1997.

Article 53.

Les parties contractantes veilleront à établir un schéma rédactionnel commun pour la rédaction du rapport annuel relatif à l'évaluation des engagements respectifs repris dans le contrat d'administration. Ce schéma est élaboré en concertation avec le(s) commissaire(s) du gouvernement et établi au plus tard pour la première réunion de concertation. Le Collège des Institutions publiques de sécurité sociale et l'Etat fédéral veilleront à la cohérence des différents schémas ainsi proposés. En outre, la rédaction des rapports d'évaluation annuelle devra respecter les critères de qualité rédigés par le Collège des Institutions publiques de Sécurité sociale lors de sa réunion du 3 décembre 2004.

Engagements concernant l'évaluation de la réalisation des contrats

Article 54.

Dans le cadre de l'évaluation annuelle de la réalisation des engagements réciproques repris dans le contrat d'administration, l'Etat fédéral s'engage à tenir compte de l'impact des mesures décidées ou mises en œuvre après la conclusion du présent contrat et ayant entraîné une augmentation perceptible des tâches ou de leur complexité ou de certaines dépenses, pour autant que l'Institution ait communiqué à temps l'impact que ces modifications ont entraîné.

Article 55.

En cas d'impossibilité pour l'une des parties de respecter complètement ou partiellement les engagements souscrits, cette partie en informera immédiatement l'autre partie et se concertera avec elle afin de convenir de mesures à prendre afin de remédier à cette situation ou de l'atténuer.

En cas de litige sur l'existence même du non-respect de tout ou partie des engagements repris au présent contrat ou en cas de désaccord fondamental sur les mesures à prendre pour remédier à une défaillance, les parties conviennent dans un rapport contradictoire de la meilleure manière de se départager.

A défaut d'un tel accord concerté ou en cas de non-respect du suivi donné à un tel accord, le dossier sera soumis au Conseil des Ministres après avis du Comité de gestion de l'institution concernée et du Collège des Institutions publiques de sécurité sociale.

Article 56.

Les parties contractantes s'engagent, sur base d'une proposition du Collège, à déterminer les bases d'un système uniforme de sanctions positives et négatives, telles que prévues par l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des Institutions publiques de sécurité sociale.

Article 57.

L'INAMI s'engage à respecter les normes minimales de sécurité qui sont d'application au sein du réseau de la sécurité sociale.

TITRE XIV: Fixation des crédits de gestion et du montant maximal des crédits de personnel relatif aux agents statutaires

Le contenu du présent chapitre est régi par l'AR du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des Institutions publiques de Sécurité Sociale, l'AR du 22 juin 2001 fixant les règles en matière de budget, de comptabilité et de comptes des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'AR du 3 avril 1997 précité et des circulaires subséquentes.

1. Définitions et généralités

Le budget de gestion comprend l'ensemble des recettes et des dépenses relatives à la gestion de l'Institution, telles qu'énumérées à l'annexes 1 et 2 de la circulaire du 15 janvier 2002.

Les recettes propres, générées de manière structurelle, qui résultent de prestations effectuées pour des tiers et qui naissent après la conclusion de ce contrat d'administration, peuvent s'ajouter à l'enveloppe de gestion (comme mentionnée au point 2) après accord du ou des Ministres de Tutelle et du Ministre ayant le Budget dans ses attributions.

Si au cours de la période d'exécution du présent contrat d'administration l'Institution est chargée de missions complémentaires (en front et/ou en back office) entraînant une augmentation de ses dépenses de gestion, ses crédits de gestion seront augmentés d'un montant reconnu nécessaire (après analyse des besoins dans le cadre des enveloppes allouées) de commun accord entre l'Institution et le Gouvernement représenté par le (s) Ministre(s) de Tutelle et le Ministre du Budget.

La répartition des articles budgétaires dans les différentes catégories est conforme aux instructions contenues dans la circulaire du 15 janvier 2002 portant les directives concernant le volet budgétaire des contrats d'administration des Institutions publiques de sécurité sociale.

Une distinction est opérée entre :

- les dépenses de personnel ;
- les dépenses de fonctionnement, d'investissements ordinaires et informatiques ;
- les dépenses d'investissements immobiliers.

Le budget de gestion ne comporte que des crédits limitatifs, à l'exception des crédits relatifs aux impôts directs et indirects, redevances dues en vertu de dispositions fiscales ou dépenses suite à des procédures ou décisions judiciaires.

Au cours d'un même exercice, les transferts entre les crédits de personnel, d'une part, et, d'autre part, l'ensemble des crédits de fonctionnement et d'investissements, à l'exclusion des crédits d'investissements immobiliers, tels que prévus par l'article 14§1 de l'AR du 3 avril 1997, sont en principe traités lors du budget initial et du contrôle budgétaire.

Toutefois, en cas de circonstances urgentes ou imprévisibles, ces propositions de transferts seront traitées dans les meilleurs délais par le Commissaire du gouvernement du Budget.

Le report de crédits à l'exercice suivant est autorisé dans les conditions prévues à l'article 14§2 du même arrêté.

Les crédits légalement reportés d'une année à l'autre s'ajoutent aux crédits de l'année en cours de manière non récurrente.

En concertation préalable avec les Institutions et dans le respect de la politique budgétaire, l'Etat s'engage à respecter le plan de trésorerie établi annuellement pour le versement aux Gestions globales des subventions et du financement alternatif

2. Budget de gestion pour l'année 2006

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

Sans préjudice des notifications spécifiques du Conseil des Ministres du 11 octobre 2005 et des dispositions du point 1, 2^e alinéa, le Conseil des Ministres du 31 mars 2006 a fixé le budget de gestion 2006 comme suit :

Dépenses En EUR	Année 2006
Frais en personnel	70.903.202
Frais de fonctionnement ordinaires	19.314.125
Frais de fonctionnement en informatique	5.095.000
Frais de fonctionnement en informatique (SMALS)	7.225.364
Frais d'investissement en informatique	1.305.566
Frais d'investissement mobiliers	632.000
Frais d'investissement immobiliers	3.066.861
Total des dépenses de gestion	107.542.118

Le calcul des frais de personnel tient compte de :

- un crédit de personnel complémentaire pour les projets du contrat d'administration (607.602 euros) à 6 douzièmes,
- les allocations de compétence pour les niveaux A (370.813 euros)
- et la nouvelle carrière niveau D (24.564 euros).

Conformément à l'article 5 de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel relatif aux agents statutaires est fixé à 67.452.593,02 €

3. Réévaluation annuelle

A politique inchangée, chacune des 2 années suivantes, les montants de chaque catégorie de dépenses seront réévalués de la manière suivante :

a. Crédits de personnel

Les crédits de personnel seront paramétrés en fonction de l'évolution du coefficient moyen de liquidation selon la formule :

$$\frac{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N (1)}}{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N-1 (2)}}$$

- (1) hypothèse du budget économique du Bureau du Plan
- (2) Coefficient réel

Toutefois, si le montant global des crédits de personnel calculé de la manière indiquée ci-dessus était inférieure au montant obtenu par la méthode de calcul propre à l'Institution, dont question à l'annexe 2 du présent contrat d'administration, et pour autant que cette différence soit susceptible de mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, cette problématique sera discutée sur l'initiative de l'Institution concernée pendant la préfiguration ou le contrôle budgétaires, et des crédits complémentaires éventuellement accordés.

b. Crédits de fonctionnement et d'investissements à l'exclusion des crédits d'investissements immobiliers

Les crédits de l'année précédente évoluent en fonction de l'indice santé figurant dans le budget économique qui sert de base à l'établissement du budget de l'année concernée.

Si l'application de la formule ci-dessus devait mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, cette problématique sera discutée à l'initiative de l'Institution concernée pendant la préfiguration ou le contrôle budgétaires, et des crédits complémentaires éventuellement accordés.

c. Crédits d'investissements immobiliers

Les crédits d'investissements immobiliers sont déterminés chaque année en fonction des besoins établis, moyennant l'avis favorable du Commissaire du gouvernement du Budget, tenant compte, en particulier, de l'évolution du programme pluriannuel.

4. Opérations immobilières

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

Toute décision d'acquérir, construire, rénover ou aliéner un immeuble ou un droit immobilier dont le montant dépasse 5 millions d'euros est soumise à l'autorisation préalable du (es) Ministre (s) de tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions.

L'affectation du produit de l'aliénation des immeubles doit recevoir l'accord préalable du (es) Ministre (s) de tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions.

5. Comptabilité analytique

L'Institution s'engage à procéder au développement et à l'implémentation d'un plan comptable fondé sur le nouveau plan comptable normalisé pour les Institutions publiques de sécurité sociale. Ce plan entrera en vigueur dans les délais prescrits par l'arrêté royal qui le promulguera.

L'Institution mettra à profit la période du présent contrat pour développer ou approfondir un système de comptabilité analytique permettant de déterminer le coût des principales activités de base, ainsi que du développement et de l'entretien des nouveaux projets.

Ce système sera évalué selon les procédures généralement admises de contrôle et d'audit interne.

Les Institutions publiques de sécurité sociale organiseront un réseau de contacts et d'échanges méthodologiques et techniques concernant ces matières, auquel le SPF BCG apportera son soutien.

6. Transmission des états périodiques

L'Institution communiquera mensuellement au(x) Ministre (s) de tutelle et au Ministre ayant le budget dans ses attributions un état des recettes et des dépenses de missions.

Annexe 1: Les tâches de l'Institut

I. MISSIONS DE BASE OPERATIONNELLES

Missions financières

Payer

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

- des laboratoires de référence SIDA et de l'Institut de médecine tropicale « Prince Léopold » avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention;
- des contractants dans le cadre d'études et de financements expérimentaux;
- des caisses de pensions agréées et des compagnies d'assurances dans le cadre du statut social des médecins, dentistes, kinésithérapeutes et pharmaciens;
- des médecins, dentistes et pharmaciens-biologistes dans le cadre de l'accréditation;
- des médecins dans le cadre des honoraires de disponibilité;
- des médecins et des kinésithérapeutes dans le cadre du dossier électronique;
- des maîtres de stages en médecine générale chargés de l'encadrement des médecins dans la pratique de leur profession et de la direction de séminaires;
- des cercles de médecins généralistes en vue de couvrir leurs frais de fonctionnement;
- des kinésithérapeutes qui suivent une formation d'infirmière;
- des maisons de repos, des services de soins à domicile, des maisons de soins psychiatriques, ces centres de rééducation fonctionnelle, des services de collectes de sang de la Croix Rouge, des maisons médicales et des centres médicaux pédiatriques pour ce qui concerne les interventions dans le cadre de la fin de carrière;
- des hôpitaux généraux et psychiatriques;
- du personnel des maisons de retraite pour personnes âgées, à savoir les interventions dans le cadre de l'harmonisation des barèmes (exécution des accords sociaux);
- des services de soins à domicile, à savoir des interventions dans leurs frais de fonctionnement;
- des institutions de sécurité sociale étrangères pour les soins aux assurés belges à l'étranger.

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

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

Percevoir

La mission de perception comporte **trois volets**:

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

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

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

Le contrôle de l'assujettissement consiste en:

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

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

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

Le contrôle de l'assujettissement consiste en:

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

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

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

La section Conventions internationales est responsable, sur la base des données financières communiquées par les OA, de la réception des montants dus des institutions de sécurité sociale étrangères pour les soins en Belgique aux assurés étrangers.

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

Ce dernier établit notamment des constats:

- dans le cadre des dispositions de l'AR du 10.1.1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;
- dans le cadre des dispositions de l'AR du 25.11.1996 (anciennement AR du 4.6.1987) concernant l'obligation pour certains paramédicaux de tenir un registre de prestations.

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

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

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

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

Le Service du contrôle administratif notifie aux dispensateurs de soins les amendes administratives qu'il prononce à leur charge.

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

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

Enfin, le fonctionnaire compétent du **Service des indemnités - ouvriers mineurs** prononce des sanctions administratives (suspension ou réduction du paiement de la pension pendant un ou plusieurs mois) en cas de non-déclaration dans les délais requis d'une activité professionnelle exercée par les ouvriers mineurs invalides.

Le Comité de gestion des ouvriers mineurs peut renoncer à l'application de ces sanctions.

Répartir

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

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

La distribution des fonds s'effectue sur la base des budgets élaborés par le Service des soins de santé et le Service des indemnités et approuvés par les organes de gestion compétents de ces services.

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

- calcul et à l'adaptation des douzièmes budgétaires;
- versement des avances aux organismes assureurs;
- calcul des coefficients d'avances "tiers payant et guichets" et "indemnités".

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

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

Récupérer

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

Les constats d'indus sont établis principalement par le **Service du contrôle administratif** à l'occasion du contrôle au sein des organismes assureurs et des offices de tarification, mais aussi par le **Service d'évaluation et de contrôle médicaux**, lequel transmet ses

relevés au Service du contrôle administratif pour récupération ou application d'une amende administrative.

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

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

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

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

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

Missions administratives

Octroyer

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

- le **Service des soins de santé**, dans le cadre de
 - la fixation du montant des honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale attribués à chaque établissement hospitalier;
 - la détermination des montants de référence et la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux;
 - le traitement des demandes d'admission au remboursement de médicaments, d'implants, de dispositifs médicaux et de l'alimentation médicale;
 - l'enregistrement des données individuelles relatives à l'accréditation, à l'agrément des maîtres de stage, au dossier médical électronique, aux cercles de médecins généralistes, aux honoraires de disponibilité, au statut social;
 - le traitement des demandes de bénéficiaires sollicitant l'intervention de l'assurance pour traitement orthodontique, prothèse dentaire,... en dérogation aux conditions générales, ou encore pour certains implants et appareillages;

- le traitement des demandes de conventions de rééducation ainsi que les demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité;
 - la fixation des montants forfaitaires octroyés aux maisons médicales;
 - la fixation des honoraires et des tarifs de remboursement des prestations figurant dans la nomenclature des prestations de santé en exécution des accords et des conventions conclus;
 - la détermination des interventions versées dans le cadre de la fin de carrière aux maisons de repos, aux services de soins à domicile, aux maisons de soins psychiatriques, aux centres de rééducation fonctionnelle, aux services de collectes de sang de la Croix rouge, aux maisons médicales et aux centres médicaux pédiatriques;
 - la détermination des interventions dans le cadre de l'harmonisation des barèmes (exécution des accords sociaux) pour les membres du personnel des maisons de repos pour personnes âgées;
 - la détermination de l'intervention dans les frais de fonctionnement de services de soins à domicile;
 - la détermination des interventions forfaitaires pour les soins et l'assistance dans le cadre des actes de la vie quotidienne dans les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour;
 - la détermination des forfaits pour l'hémodialyse dans les établissements hospitaliers;
- le **Service des indemnités**, lorsqu'il reconnaît la situation d'invalidité (sans calcul du montant des indemnités) ou le droit à l'aide d'une tierce personne et lorsqu'il fixe les montants qui peuvent être versés à certains invalides au titre de solde d'arriérés de pensions étrangères perçues;
 - le **Service des indemnités - ouvriers mineurs** lorsqu'il fixe les montants des pensions octroyées aux ouvriers mineurs qui ont été contraints d'arrêter le travail à la mine pour cause de maladie;
 - le **Service du contrôle administratif** lorsqu'il traite les demandes d'inscription rétroactive, de reconnaissance du moyen de preuve de la résidence, de levée de la prescription pour force majeure,...

Contrôler

a) Contrôle technique et administratif dans les organismes de paiement

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

Le contrôle porte sur:

- l'assurabilité:
 - assujettissement à la sécurité sociale ou au statut social des travailleurs indépendants ainsi que le paiement des cotisations personnelles;
 - contrôle de l'octroi de l'intervention majorée;
 - contrôle de l'exécution du maximum à facturer pour les revenus faibles et modestes;

- contrôle des régularisations des assujettissements irréguliers à la sécurité sociale;
- les conditions d'octroi des prestations;
- les effectifs;
- les mutations;
- les montants payés par les organismes assureurs, les versements individuels, les régularisations (récupérations, compléments, rectifications).

b) Validation des données statistiques, comptables et financières

Le **Service des soins de santé** et le **Service des indemnités** reçoivent des organismes assureurs des informations comptables et statistiques relatives aux dépenses pour prestations. Ces informations sont contrôlées afin de vérifier si les dépenses renseignées sont acceptables ou non.

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

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

Ce type de contrôle relève de la compétence du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et du Service du contrôle administratif.

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

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

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

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

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

Un contrôle par échantillonnage est effectué dans le cadre des interventions forfaitaires dans les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour. Cela vaut également dans le cadre de l'intervention pour fin de carrière et pour l'harmonisation salariale dans le secteur non marchand.

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

Le Service des soins de santé effectue, par l'intermédiaire du Collège national des médecins-conseils et de ses collèges locaux, un contrôle de la dépendance en matière de soins des patients dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins. Un mécanisme de sanction est également lié à ce contrôle.

Régler (traiter les litiges)

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

De même, la section juridique du **Service d'évaluation et de contrôle médicaux** traite les litiges relatifs à des assurés résultant de l'application de l'AR du 20.7.1970 (handicapés) ou de la non-reconnaissance d'une incapacité de travail par un médecin-inspecteur.

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

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

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

La Direction Contentieux gère le traitement des litiges relatifs aux recours introduits par les assurés, à la fois contre les décisions prises par la Commission supérieure et les Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité de ne plus reconnaître leur état d'incapacité de travail (ou l'agrément de l'aide de tiers), contre les décisions prises par le Comité de gestion du service de ne pas renoncer à la récupération des prestations qui ont été octroyées indûment ainsi que contre les décisions prises par les organismes assureurs de refuser la levée de la sanction, sur avis conforme du fonctionnaire dirigeant du service, en cas de déclaration tardive de l'incapacité (retenue de 10% sur le montant des indemnités pour la période de retard).

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

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

La section contentieux du **Service des soins de santé** traite les litiges portés par les bénéficiaires, les dispensateurs de soins et les firmes pharmaceutiques devant les tribunaux du travail, et communique si nécessaire le résultat de ces recours aux organismes assureurs et au service compétent. Elle traite également, en collaboration avec le SPF Sécurité sociale et les avocats désignés par le Ministre des Affaires sociales, les recours introduits devant le Conseil d'État contre des textes réglementaires et des décisions individuelles des organes du Service des soins de santé. Pour les litiges ayant une dimension d'extranéité, leur traitement peut être assumé directement par la section Conventions internationales.

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

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

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

Réglementer

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

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

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

De manière générale, tous les services de l'INAMI communiquent, aux organismes assureurs, sous la forme de circulaires, des données de toute nature nécessaires à l'application journalière de l'assurance: honoraires et tarifs de remboursement, instructions comptables et statistiques, prix de journée des établissements hospitaliers, forfaits dans les établissements extra muros,...

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

Délivrer

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

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

Le **Service des indemnités - ouvriers mineurs** délivre des relevés de carrière dans les mines, à la demande des affiliés ou de leurs ayants droit ou d'un organisme belge (O.N.P., par exemple) ou étranger, pour tous les ouvriers mineurs qui ne sont pas encore pensionnés, ainsi que d'autres attestations.

Le **Service du contrôle administratif** établit, dans certaines circonstances, des bons de cotisation provisoires permettant à l'assuré de prouver son assurabilité, ainsi que des duplicata d'attestation devant permettre l'inscription de pensionnés et de veufs. Le service publie également des circulaires relatives au calcul de la cotisation complémentaire, aux établissements de l'enseignement du 3^e niveau, aux pièces probantes que doivent fournir les réfugiés politiques pour pouvoir être inscrits comme résidents.

Organiser

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

Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut citer:

Pour l'Institut:

- le Comité général de gestion.

Pour le Service des soins de santé:

- le Conseil général (C.G.S.S.);

- le Comité de l'assurance (C.S.S.);
- la Commission de contrôle budgétaire;
- le Groupe de direction de l'accréditation, le Conseil technique de l'accréditation, la Commission d'appel et les Comités paritaires (26);
- le Collège des médecins-directeurs;
- le Collège des médecins pour les médicaments orphelins;
- la Commission du contrôle budgétaire;
- la Commission d'informatique et ses sous-groupes;
- la Commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait;
- la Commission de remboursement des médicaments (CRM);
- les Conseils d'agrément (6);
- la Structure multipartite (compétence commune avec le SPF Santé publique);
- le Collège national des médecins-conseils;
- Le Conseil national pour la promotion de la qualité (C.N.P.Q.);
- les Commissions de conventions (14) et d'accords (2);
- le Comité permanent de concertation pour le traitement des profils;
- les Commissions des profils (7);
- le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle;
- le Comité technique des travailleurs indépendants;
- la Cellule technique (compétence commune avec le SPF Santé publique);
- les Conseils techniques (9);
- divers groupes de travail: responsabilité financière des organismes assureurs, assurabilité, alimentation médicale, experts en matière de traités internationaux,...
- groupes de travail ad hoc tels que:
 - la révision par groupes de médicaments;
 - les 12 groupes de travail de la médico-mut.;
 - les 2 groupes de travail de la dento-mut.;
 - le groupe des techniciens des conventions internationales;
- le Conseil scientifique (3 sections).

Pour le Service des indemnités:

- le Comité de gestion - régime général;
- le Comité de gestion - régime des travailleurs indépendants;
- le Conseil médical de l'invalidité:
 - la Commission supérieure;
 - les Commissions et sections régionales;
- le Conseil technique intermutualiste et la section spéciale du C.T.I.;
- divers groupes de travail: étude des disparités en matière de morbidité;
- le Comité de gestion pour les ouvriers mineurs.

Pour le Service d'évaluation et de contrôle médicaux:

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

Pour le Service du contrôle administratif:

- le Comité;

- le Comité spécial.

Pour les Services généraux:

- la Commission technique comptable et statistique.

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

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

a) Soutien administratif

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

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

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

b) Support technique

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

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

c) Appui juridique et réglementaire

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

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

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

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

Informer

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

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

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

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

Le Conseil national pour la promotion de la qualité joue un rôle crucial en matière de promotion de la qualité. Dans le cadre d'un modèle de consensus, des paquets de feedback individuels sont conçus concernant diverses thématiques. Outre des directives scientifiques, ces feedback comportent également des données individuelles permettant aux médecins de comprendre si leur propre comportement (prescripteur) est conforme aux indications de base. Étant donné que ces feedback sont discutés dans le cadre du peer review, au sein des GLEM, sous la direction d'un animateur, le service assure directement ou indirectement la formation de centaines d'informateurs. Enfin, le service soumet ces campagnes à une évaluation.

En septembre 2005, le service a mené une campagne de feed-back spécifique pour les prescripteurs extrêmes d'antibiotiques et d'un groupe spécifique d'antihypertenseurs.

Le **Service d'évaluation et de contrôle médicaux** établit, pour le Service des indemnités, des statistiques concernant l'activité des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail ainsi que le fichier des médecins-conseils.

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

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

Les sections "actuariat" et "gestion des données" au sein du **Service des soins de santé**, collectent systématiquement - mensuellement ou trimestriellement selon le cas - des volumes considérables de données statistiques et comptables auprès des organismes assureurs. La section Recherche, Développement et Qualité du Service des soins de santé effectue, grâce à ces données, des analyses (de tendances) dont l'importance est primordiale en vue d'une politique plus efficace et de meilleure qualité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- recueille des données auprès des OA, de l'O.N.S.S., de l'O.N.S.S.A.P.L., de l'O.N.P., de l'INASTI, du SPF Finances, de l'O.C.M. et des Départements Enseignement des Communautés;
- communique des données aux Service des soins de santé, Service des indemnités et Services généraux - comptabilité, mais aussi à l'O.C.M. (rapport annuel), à la B.C.S.S. et à la SmalS-MvM.

Le **Service d'évaluation et de contrôle médicaux** établit un rapport annuellement à l'intention de l'O.C.M.

La Direction financière du **Service des indemnités** communique également des données à la comptabilité des Services généraux mais aussi à l'O.C.M. (rapport annuel) et au SPF Sécurité sociale (contributions à l'annuaire statistique de la sécurité sociale, au Vademecum de la sécurité sociale, au Point d'appui de la sécurité sociale).

Le Service des indemnités - ouvriers mineurs - tient à jour et transfère au Cemire les données relatives aux comptes individuels des ouvriers mineurs invalides.

Le service "cotisations des pensionnés" (**Services généraux**) transmet des données de pensions à l'O.N.P. et au SPF Finances pour le calcul du précompte professionnel et de la cotisation de solidarité prélevée sur les pensions légales.

Enfin, le **Service des soins de santé** fait appel à des données du SPF Sécurité sociale (agrément des dispensateurs et des établissements hospitaliers, nombres de lits agréés par service hospitalier,...) et du SPF Finances dans le cadre du MAF (Maximum à facturer). À l'inverse, il communique des informations au SPF Sécurité sociale (consommation médicale par hôpital et par service), au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, aux Conseils de l'Ordre, à l'Administration des contributions directes sur requête judiciaire, au SPF Sécurité sociale - Point d'appui de la sécurité sociale, à l'O.C.M. (rapport annuel),...

Conseiller

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

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

Les experts juridiques du Service des soins de santé et du Service des indemnités sont fréquemment sollicités tant au niveau interne de l'Institut qu'au niveau externe (Cabinets, SPF Sécurité sociale, SPF Classes moyennes, réunions internationales,...).

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

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

En ce qui concerne les procédures budgétaires et comptables en vue de l'établissement des budgets et de la clôture des comptes, le **Service des soins de santé** et le **Service des indemnités** sont tenus:

- d'établir, tant pour le régime général que pour celui des travailleurs indépendants, un budget relatif aux recettes et dépenses relevant de leurs compétences respectives (préfiguration ou prévisions techniques, établissement d'un budget initial, élaboration d'un budget adapté après intégration des décisions gouvernementales,...);
- d'effectuer, tant pour le régime général que pour celui des travailleurs indépendants, des estimations détaillées des dépenses relatives aux prestations;
- de suivre l'évolution des dépenses de façon détaillée mois après mois et de les comparer aux données budgétaires;
- d'informer les organes de gestion concernés;
- dans le cadre des soins de santé,, soutenir les différents organes de gestion dans le processus budgétaire qui va de la fixation de l'objectif budgétaire global à sa répartition en objectifs budgétaires partiels;
- dans le cadre des soins de santé, soutenir la commission de contrôle budgétaire dans le cadre de ses missions légales « ex ante » et « ex post »;
- de procéder à la clôture des comptes;
- dans le cadre des soins de santé, apporter le soutien nécessaire en ce qui concerne l'application de la responsabilité financière des organismes assureurs dans le cadre de la clôture des comptes.

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

Autres

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

Pour le Service du contrôle administratif:

- cellule administrative pour le traitement des demandes transmises par les organismes assureurs en ce qui concerne les travailleurs salariés pour qui l'assurabilité ne peut être reconnue en raison de l'absence de bons de cotisations ou en raison de la transmission de bons de cotisations incomplets ou présentant des lacunes;
- contrôle auprès du SPF Finances des revenus des inscrits dans le Registre national;
- contrôle, en collaboration avec le SPF Finances, de l'intervention majorée;
- autorisation des modèles dérogatoires (intervention majorée);
- contrôle des remboursements des dispensateurs de soins (spontanés ou par décision de la Chambre restreinte);
- contrôle des listes des montants récupérés par les organismes assureurs autorisant une majoration de leurs frais d'administration - art. 195, § 2 de la loi S.SI;

- contrôle de la capacité maximale de facturation des établissements de rééducation fonctionnelle;
- procès-verbaux à charge des dispensateurs de soins pour cause de publicité;
- carte d'identité sociale:
 - contrôle de l'utilisation de la carte professionnelle;
 - contrôle de la perception d'un montant en cas de remplacement de la carte d'identité sociale;
 - contrôle des données communiquées par les mutualités;
 - contrôle des changements de données;
- contrôle de la perception effective de la cotisation destinée au fonds de réserve;
- contrôle à la demande des autres services:
 - assujettissement frauduleux O.N.S.S.;
 - application des règlements C.E.;
 - déduction des dépenses des modèles C et P1;
 - remboursement des indemnités au-delà des 2 ans autorisés par le Service des indemnités;
 - etc.;
- valeur probante des renseignements du Registre national obtenus par voie électronique;
- transmission à l'Office de contrôle des données concernant les intérêts des placements faits par les organismes assureurs;
- évaluation des coûts des offices de tarification;
- examen des factures transmises par les offices de tarification aux organismes assureurs en vue de contrôler les coûts dans le cadre de Pharmanet;
- communication aux organismes assureurs des cas dans lesquels les divers dossiers ou pièces justificatives doivent être conservés au-delà du délai normal (à la demande de l'Office de contrôle des mutualités, d'autres services ou sur décision propre)
- délivrance de duplicata de déclarations pour pensionnés, veuves et veufs.

Pour le Service d'évaluation et de contrôle médicaux:

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

Pour le Service des indemnités:

- levée de sanctions à la suite des déclarations tardives d'incapacité de travail;
- évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre des pensions de survie du conjoint survivant de moins de 45 ans;
- évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance incapacité de travail pour marins naviguant sous pavillon belge;
- évaluation de l'impossibilité de poursuivre les études pour cause de maladie dans le cadre de l'extension du champ d'application de l'assurance soins de santé obligatoire aux étudiants de l'enseignement supérieur;

- demandes d'une institution étrangère compétente de contrôles médicaux chez des bénéficiaires habitant en Belgique - voir aussi Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Pour le Service des soins de santé:

- cellule technique de la structure de concertation multipartite;
- études externe;
- examen par le Collège des médecins-directeurs de cas individuels à la demande de l'OSSOM et de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins;
- dossiers relatifs aux cas de publicité (après enquête par le Service du contrôle administratif);
- expériences en matière de soins de santé;
- soutien aux travaux de groupes de haut niveau international actif dans le domaine de la santé.

II. MISSIONS DE SUPPORT

Les missions de support sont subdivisées en cinq grandes catégories:

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

Gérer les ressources humaines

La gestion du personnel comprend certaines tâches qui peuvent uniquement être accomplies par le **Service des ressources humaines** des Services généraux de support.

Le Service des ressources humaines se compose de quatre sections:

- la section Administration du personnel
- la section Planning, recrutement et formation
- la section Accompagnement de la carrière et coordination R.H. décentralisée
- le Service social

La section Administration du personnel assume principalement les tâches suivantes:

- la gestion des dossiers au niveau administratif et pécuniaire, comme entre autres: le suivi des absences, du personnel bénéficiant de prestations réduites, du personnel en congé de maladie; le suivi de la carrière;
- le paiement des salaires, primes et allocations et la communication d'informations concernant ces différentes matières;
- la gestion de l'horaire flottant.

La section Planning, recrutement et formation assume principalement les tâches suivantes:

- la rédaction du plan relatif aux besoins en personnel;
- l'établissement des budgets du personnel et des budgets de formation;
- l'organisation de recrutements, de formations et de sélections de carrière.

Les coordinateurs R.H. assument principalement les tâches suivantes:

- le soutien et l'accompagnement des managers de ligne dans la gestion de leur personnel;
- un interlocuteur pour l'ensemble des membres du personnel;
- le développement d'une politique commune en matière de personnel.

Le Service social:

- procure une aide individuelle et collective aux membres du personnel et aux pensionnés.

Toutefois, les **Services opérationnels** assument un nombre important de tâches similaires:

- l'élaboration de syllabus et la participation à des jurys d'examens en vue du recrutement de certains agents;
- la formation des agents stagiaires, en collaboration avec la Section planning, recrutement et formation;
- la gestion des demandes de formation (autorisation ou refus) et l'élaboration de programmes de formation spécifiques;
- les cercles de développement (entretiens de fonction, entretiens de planification, entretiens de fonctionnement et entretiens d'évaluation,...) et les mesures disciplinaires;
- l'enregistrement des absences, ...

Il convient de signaler que le Service ICT se charge du recrutement auprès de la Smals-MvM du personnel spécialisé dans certains domaines de l'informatique.

Le Service ICT se charge en outre de l'évaluation de ce personnel (merit rating), laquelle a une incidence sur les rémunérations et possibilités de carrière, ainsi que du paiement de ces salaires via les états de frais introduits par la Smals-MvM.

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

- Comité général de gestion
- Comité et Conseil de Direction
- Comité de concertation de base
- Comité de concertation de base – prévention et protection au travail
- Comité de gestion des oeuvres sociales et du Service social
- Commission de stage (2)
- Conseil d'appel

Gérer les biens mobiliers et immobiliers

La gestion des biens mobiliers et immobiliers relève exclusivement de la compétence des **Services généraux de support**.

On entend par là:

- la gestion et l'entretien des bâtiments et des installations techniques;
- l'achat du mobilier et de machines;
- l'achat du matériel de bureau.

En outre, les **Services généraux de support** veillent également au soutien logistique en matière de production de documents, à la distribution du courrier, à l'accueil, à la préparation de repas, au transport de personnes et de biens divers.

Un certain nombre de tâches sont organisées au sein de **tous les Services**: le secrétariat, la dactylographie, le travail des huissiers, l'expédition, les photocopies, l'archivage.

Gérer les finances

Les tâches se rapportant à **la gestion de la trésorerie** et relevant exclusivement de la compétence de la Direction Finances des **Services généraux de support** sont:

- l'élaboration du budget AMI agrégé et le calcul des douzièmes budgétaires;
- l'élaboration d'un plan de financement pour la gestion globale (travailleurs salariés et indépendants);
- l'établissement de tableaux comprenant les besoins quotidiens en trésorerie de l'Institut;
- le suivi quotidien de l'état des divers comptes financiers et l'élaboration des transferts financiers en fonction des besoins;
- le calcul et la répartition des avances OA;
- l'élaboration d'un plan de paiement OA;
- l'établissement des notes relatives à la situation de la trésorerie.

Sur la base des besoins exprimés par l'ensemble des Services, les **Services généraux de support** établissent également le **budget de gestion** de l'INAMI. Cette mission comprend les tâches suivantes:

- les estimations et adaptations des recettes et dépenses;
- l'exécution et le suivi de l'évolution des coûts;
- la rédaction du rapport annuel à l'intention du Comité général de gestion.

Le Service ICT gère son propre budget au sein des **Services généraux de support** (achat du matériel, contrats d'entretien, aide de tiers, travaux effectués par la Smals-MvM pour le compte de l'INAMI, location et leasing de matériel et de logiciels).

En ce qui concerne la **comptabilité**, les **Services généraux de support** remplissent les tâches suivantes:

- l'établissement et l'actualisation du plan comptable;
- la tenue des pièces comptables et l'établissement des documents comptables (journal, grand livre);
- la préparation et le paiement des dépenses concernant l'AMI et les frais d'administration des OA;
- la perception des recettes propres de l'Institut: cotisations des pensionnés, cotisations sur des primes d'assurances automobile et d'assurances hospitalisation, récupérations en biologie clinique, prélèvement sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, redevance par conditionnement public de médicaments, recettes de conventions internationales, produit des amendes administratives,...;
- la gestion des obligations sociales et fiscales de l'employeur: versement des cotisations O.N.S.S., versement au SPF Finances des cotisations C.V.O., du précompte professionnel et du précompte mobilier;
- la justification des divers comptes financiers et l'établissement des écritures;
- la clôture des comptes à la fin de l'année comptable;
- l'établissement de divers rapports comptables de l'assurance soins de santé et indemnités, des organismes assureurs,...

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

Le **Service des indemnités** – Conventions internationales, compétent pour l'application des règlements des Communautés européennes, tient également une comptabilité spécifique sur la base d'un dossier "débiteurs".

Le **Service des soins de santé** tient également une comptabilité des montants dus par les laboratoires et elle les compare aux sommes remboursées ou retenues en garantie par les organismes assureurs.

Gérer le traitement de l'information

Le **Service ICT** est responsable du développement et de la gestion du système informatique de l'INAMI.

Le Service ICT remplit les missions suivantes:

- assurer la coordination et la standardisation de l'infrastructure informatique en collaboration avec les différents Services;
- gérer, au sens général, le système informatique global (matériel et logiciel);
- soutenir l'acquisition, le développement d'applications de logiciels et les adaptations à celles-ci pour les différents Services;
- assurer la gestion opérationnelle des flux d'informations échangés avec des partenaires externes dans le cadre des soins de santé;
- assurer la protection physique et logistique des données et en garantir la disponibilité continue dans le cadre de la loi sur la Banque-carrefour;
- garantir une disponibilité opérationnelle maximale de l'infrastructure informatique.

Afin de pouvoir remplir ces missions, le Service ICT est organisé en 3 sections chargées des tâches suivantes:

- **Développement**
 - Analyser, créer et développer de nouvelles applications.
 - Accompagner ou exécuter des adaptations ou des corrections aux applications existantes.
 - Assister les différents Services lors de la définition de nouveaux besoins.
- **Infrastructure & Opérations**
 - Clôturer et suivre de manière optimale des incidents et des problèmes tant en ce qui concerne l'infrastructure informatique globale qu'en ce qui concerne les problèmes spécifiques rencontrés avec des utilisateurs ou des groupes d'utilisateurs.
 - Surveiller, de manière proactive, l'infrastructure en fonction de l'obtention d'une disponibilité opérationnelle et d'une sécurité maximales.
 - Exécuter au quotidien les tâches récurrentes ou spécifiques.
 - Implémenter de nouvelles technologies ou adapter des technologies existantes (matériel, logiciels & logiciels d'entreprise).
 - Installer, adapter, réparer le matériel ou effectuer le roll out à l'intention des utilisateurs et/ou des groupes d'utilisateurs.
 - Répartir des progiciels ou des versions actualisées entre les utilisateurs.

- **Staff**

- Logistique: achats, contrats, gestion des ressources humaines, etc.
- Méthodologie et normes: établir des normes de qualité et en assurer le suivi.
- Project management office: suivre des projets et faire rapport de l'état d'avancement.

Afin de maximaliser la qualité du service rendu aux différents Services, certaines technologies de base étaient utilisées auparavant déjà et le sont encore pour la gestion des documents, le flux de travail, le « datawarehousing », le « business intelligence », la gestion du contenu et des connaissances. L'implémentation ultérieure de ces technologies standard est considérée comme une priorité afin d'arriver, à terme, à une architecture informatique gérable.

Le Service ICT gère ou accompagne des projets de développement dans l'ensemble des Services de l'INAMI, à savoir le SSS, le SECM, le SCA., le SI et les SG en fonction de besoins spécifiques, des plans stratégiques et opérationnels et du contrat d'administration.

Gérer le contentieux, la documentation et la traduction

Ces missions sont assumées par le **Service des affaires administratives et juridiques** qui comporte quatre sections.

- Le secrétariat des services généraux de support
- Le service contentieux
- Le service de documentation
- Le service de traductions et d'interprétations

Le **secrétariat des services généraux** est principalement chargé:

- De la gestion des mandats des différents organes institués à l'INAMI;
- De la tenue à jour du fichier des membres de ces organes;
- De la saisie de textes sur support informatique;
- De l'actualisation de diverses publications;
- De l'organisation des réunions du Comité général de gestion.

Le **service contentieux** assume principalement les tâches suivantes:

- La gestion du contentieux de l'Institut: relation avec tous les acteurs externes (avocats, experts, auditorats, greffes), entre autre tous les aspects matériels de procédure;
- La gestion du contentieux des services généraux de support (comme les accidents du travail, les problèmes liés au personnel ou aux bâtiments);
- La formulation d'avis juridiques et la réalisation d'études sur des points précis de la législation et de la réglementation et sur tous les problèmes qui ne concernent pas l'assurance maladie-invalidité.

Le **service de documentation** est pour sa part chargé:

- De la tenue et de la mise à disposition des sources de documentation (livres, périodiques, CD-Rom, abonnements en ligne, articles de presse, etc.
- De l'actualisation de la documentation (suivi des nouvelles publications);
- De la mise à jour de la coordination officielle de la législation AMI.

Le service de traduction et d'interprétation

- Assure, lorsqu'elle est nécessaire, la traduction simultanée (interprétariat) au cours des réunions de divers organes (comités, conseils, commissions, etc.
- Elabore et/ou procure la traduction écrite en français et en néerlandais (dans une moindre mesure en allemand, en anglais et en espagnol) de tous documents qui lui sont confiés à cet effet (notes, procès-verbaux, dossiers, courriers divers);
- Conseille les agents des services de l'Institut en matière terminologique.

III. MISSIONS DE CONSEIL

Deux cellules – la cellule modernisation et la cellule communication – dépendent directement de l'Administration générale de l'Institut et exercent des fonctions de conseil, d'assistance respectivement en matière de management et de communication. Elles ont donc pour fonction de faire des recommandations dans ces domaines, aux différents services de l'INAMI et à leurs responsables.

Cellule modernisation

La cellule modernisation veille notamment à adopter, élaborer et mettre en œuvre l'ensemble des outils et méthodes permettant une meilleure gestion de l'Institut et ce, de manière à le faire évoluer avec son environnement et à rendre aux usagers et partenaires un service de qualité croissante.

L'activité principale de la cellule réside dans l'élaboration, le suivi et le reporting des objectifs et projets du contrat d'administration auprès de différents acteurs et organes (Comité de direction de l'Institut, Comité de concertation de base, Comité général de gestion, Commissaires du gouvernement).

La cellule modernisation fournit également les instruments nécessaires concernant la gestion des projets, la planification stratégique et opérationnelle ou encore la gestion de la performance et la qualité.

La cellule de modernisation est également responsable de la coordination et du suivi de la planification stratégique et opérationnelle, ainsi que de l'intégration de la gestion de la qualité et du pilotage de la performance dans l'organisation. Elle développe, à cet effet, une expertise et des instruments et prodigue des conseils aux différents Services de l'INAMI.

Cellule communication

L'objectif final de la cellule communication étant de participer à l'amélioration du fonctionnement de l'INAMI et donc du système d'assurance obligatoire, elle intervient notamment pour:

- faciliter les flux de communication, créer les conditions pour qu'une communication adaptée aux besoins et aux groupes cibles puisse se mettre en place;
- développer une stratégie en communication parallèlement à la planification stratégique de l'INAMI;
- produire, développer, organiser, gérer des moyens de communication adaptés aux différents groupes cibles;
- sensibiliser à la communication.

ANNEXE 2: Le budget de gestion

Ventilation crédits de gestion

Article budgétaire	Libellé
CREDITS DE PERSONNEL	
811.1	Rémunérations du personnel
811.2	Cotisations sociales à charge de l'organisme
811.3	Allocations sociales directes et indirectes
811.7	Autres obligations réglementaires
CREDITS DE FONCTIONNEMENT	
Fonctionnement ordinaire	
811.5	Service social du personnel
811.6	Rétributions à des personnes attachées administrativement à l'organisme
812.1	Indemnités diverses couvrant des charges réelles
812.2	Formation professionnelle du personnel
812.3	Frais de représentation, de déplacement et de transport
812.4	Contentieux (non limitatif)
812.5	Honoraires autre que pour le contentieux
812.6	Frais de locaux, matériel, machines et mobilier, matériel roulant et fournisseurs
812.7	Dépenses de consommation énergétique
812.8	Frais de bureau, de publication et de publicité
812.9	Frais financiers courants
821.1	Intérêts emprunts émis sur le marché
824.4	Pertes diverses sur placements
841.3	Impôts directs sur les revenus(non limitatif)
843.2	Taxes provinciales et communales (non limitatif)
883.3	Prêts financiers et avances
884.1	Garanties et cautionnements
891.1	Remboursements emprunts émis sur le marché
893.9	Remboursements garanties et cautionnements

Fonctionnement informatique	
813.11	Licences et droits similaires en matière de logiciels
813.12	Maintenance
813.13	Travaux de développement informatique
813.15	Location et leasing de matériel informatique
Fonctionnement informatique - Smals	
813.14	Travaux d'exploitation informatique confiés à la Smals
813.16	Rétribution du personnel, spécialisé en informatique, mis à disposition par la Smals
CREDITS D'INVESTISSEMENT	
Investissement informatique	
873.1	Dépenses d'investissements en matière informatique
Investissement mobilier (non informatique)	
874.1	Achat mobilier, matériel et cloisons à usage administratif
874.2	Achat machines à usage administratif
874.3	Achat matériel roulant à usage administratif
874.4	Achat bibliothèque professionnelle à usage administratif
Investissement immobilier	
871.3	Acquisition d'installation téléphonique privée s à usage administratif
872.1	Frais de construction et d'extension augmentant la valeur d'immeubles à usage administratif

Adaptations des crédits de gestion

Annuellement, le crédit global de gestion est corrigé à la suite d'une modification des missions ou de l'attribution de nouvelles missions à l'INAMI

1. Dépenses en personnel :

Pour les années 2007 et 2008, les crédits de personnel sont calculés par la somme de :

- 4 fois les dépenses en personnel réelles du dernier trimestre connu (T) de l'année N-1 + le pécule de vacances de l'année N-1 (si ce n'est pas compris dans les dépenses du trimestre T) + les primes de fin d'année de l'année N-1, augmenté du 'wagedrift' de 0,5 % et avec l'augmentation du coefficient moyen de liquidation des rémunérations de l'année N par rapport au coefficient moyen de liquidation des rémunérations du trimestre T de l'année N-1
- Le coût annuel des nouveaux membres du personnel prévu dans le plan de personnel de l'année N-1 mais pas encore recrutés dans le trimestre T
- 9/12 du coût annuel des membres du personnel qui doivent être recrutés dans l'année N et feront partie du plan de personnel de l'année N, d'une part pour l'augmentation de volume des missions légales en cours et d'autre part pour les nouvelles missions légales
- Les dépenses en personnel additionnelles décidées par le Gouvernement

2. Dépenses de fonctionnement ordinaire :

Pour les dépenses de fonctionnement ordinaire, un supplément, en plus de l'indice santé et du pacte de stabilité, peut être accordé en 2007 et 2008 pour des besoins additionnels.

3. Dépenses de fonctionnement en informatique et Smals/MvM :

Pour les dépenses de fonctionnement en informatique – SmalS-MvM, les crédits nécessaires sont adaptés annuellement tenant compte de l'indexation et des besoins additionnels

4. Crédits concernant les investissements (investissements immobiliers et les dépenses d'investissement pour l'informatique)

Les crédits relatifs aux investissements sont chaque année confrontés au plan d'investissement actualisé (besoins)

Liste des abréviations

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