

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

**Deuxième rapport annuel  
-  
01/01/2011 au 31/12/2011**

## INTRODUCTION

Vous trouverez ci-après le rapport annuel sur l'état d'avancement des engagements de **3<sup>ième</sup> contrat d'administration** de l'INAMI portant sur la période du **1er janvier 2011 au 31 décembre 2011**.

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

1. l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, notamment l'article 8 § 3;
2. l'arrêté royal du 22 décembre 2009 portant approbation du troisième contrat d'administration de l'INAMI (publication dans le Moniteur Belge le 21 mai 2010);
3. l'article 2 du protocole de collaboration conclu le 24 septembre 2002 entre l'Administrateur général de l'INAMI et les Commissaires du gouvernement représentant l'Etat;
4. le rapport semestriel sur l'état d'avancement des engagements figurant dans le contrat d'administration portant sur la période du 1er janvier 2011 au 30 juin 2011;
5. le compte-rendu du Commissaire du gouvernement envoyé le 23 novembre 2011 au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget relatif au rapport semestriel visé au point 4;
6. la création au sein de l'INAMI d'une Cellule modernisation chargée notamment du suivi du contrat d'administration au moyen du plan d'administration et des tableaux de bord d'une part, et de la coordination et du soutien à l'élaboration du plan stratégique de l'Inami d'autre part.

Ce rapport comporte quatre parties:

1. Un tableau synthétique reprenant par projet un bref aperçu de l'état des lieux et des éventuels problèmes et points d'attention;
2. Une description des réalisations durant l'année 2011 ainsi que les perspectives par rapport aux engagements devant être réalisés en 2012;
3. Les tableaux de bord actualisés au 31 décembre 2011;
4. Les annexes<sup>1</sup> comme preuves de la réalisation des engagements durant le 2<sup>ième</sup> semestre 2011.

---

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

**TABLEAU SYNTHETIQUE (état de la situation: 01/02/2012)**

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹	<u>Service</u> z	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
<b><u>TITEL I: Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique</u></b>					
Article 11. Conversion de données en informations sur et pour les dispensateurs de soins (e.a. profils)	☺	SdSS	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé en juillet 2010 (cf. rapport annuel 2010).</u> Optimiser le premier feedback vers les médecins généralistes, en ajoutant des données de pharmanet (date limite: 31 décembre 2010).  <u>Engagement 2 réalisé.</u> Etablir un Balanced Scorecard (y comprenant des indicateurs de santé) pour la médecine générale. (date limite: 31 décembre 2011). - Présenté le 24 janvier 2012 CNPQ.	Non	Nouveau projet
Article 12. Moderniser la gestion dans le cadre du financement des maisons de repos	☹	SdSS	<u>Engagement 1 a pris du retard.</u> (1) Phase 1: Mise en production de la phase 1 de la nouvelle application (demande de données et module de calcul) (date limite: 01/01/11). - Mise en production de la nouvelle application Back-office début 2012. Exécution d'une première série de paiements. Action-engagement donc réalisé. - User interface pour les maisons de repos en production pour fin juin 2012. (2) Phase 2: Mise en production de la phase 2 de la nouvelle application (demande de données supplémentaires, module de simulation,		Nouveau projet

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

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ème</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			<p>fonctionnalités de compte rendu) (date limite: 01/01/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines fonctionnalités de reporting déjà prévues dans le cadre de l'action-engagement.</li> <li>- Vu l'impact sur les moyens assez importants et vu l'impact de la réforme d'état: proposition d'intégrer l'action-engagement dans les discussions du prochain contrat d'administration.</li> </ul>	Proposition de revoir l'action-engagement dans le cadre de la préparation du prochain contrat d'administration.	
Article 13. Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie	☺	SG	<p><u>L'action-engagement 1 a été réalisé (31/01/12)</u></p> <p>(1) Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'implants' (date limite: 30/06/11). En raison d'une demande d'affinement, un nouveau timing avait été défini.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant l'étude « orthopédie-traumatologie », le rapport final (FR) avec un résumé en NL et ANGL, a été délivré fin janvier.</li> <li>- Concernant l'étude relative à la « cardiologie », un draft est prévu pour mars 2012. Le rapport final sera disponible pour fin juin 2012 avec une adaptation du Comité d'accompagnement.</li> <li>- Une 2<sup>e</sup> étude implants « cardiologie » sera réalisée, rapport compris, pour fin 2012.</li> </ul> <p><u>Action-engagement 2 : retard prévu.</u></p> <p>(2) Rédaction d'un rapport thématique sur l'impact du vieillissement sur le secteur 'soins de santé' (date limite: 31/12/12).</p> <p>Un retard d'un an est à prévoir pour la remise du</p>	<p>Facteur externe : dû à une demande du Comité d'accompagnement: affiner certains aspects du premier rapport et améliorer la fiabilité et la cohérence des résultats obtenus.</p> <p>Facteur externe : demande d'approfondissement de l'action-engagement 1.</p> <p>Facteur interne : dû à un</p>	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ⊗	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ième</sup> CA/avenant</u>
			rapport. L'étude, dont la définition a été étendue, démarrera au 2 <sup>e</sup> semestre de 2012.	retard dans la procédure de recrutement.	
Article 14. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé	☺	SdSS	<u>Engagement 1 : réalisé avec un retard pour la date limite de 2010 ; partiellement réalisé avec un petit retard pour la date limite de 2011.</u> Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé (dates limites: 30/09/10 (données 2008) ; 31/03/11 (données 2009) ; 31/03/12 (données 2010)). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport des statistiques standardisées pour les années 2006 à 2009 : mis à l'ordre du jour du Conseil général du 09/05/11. Il s'agit des données de base sur les dépenses par région et par arrondissement ;</li> <li>- Approfondissement des statistiques de 2009 prévu pour avril 2012 ;</li> <li>- Rapport avec les statistiques de base pour les données allant de 2006 à 2010 : disponible pour fin mars 2012.</li> </ul>	Un retard a été encouru en interne en raison de l'absence de longue durée du chef de projet. Entre-temps, un nouveau collaborateur a été engagé.	Suite de l'Article N2 de l'Avenant
Article 15. Incapacité de travail primaire : statistiques et études	⊗	SI	<u>Engagement 1 réalisé partiellement et à temps, en ce qui concerne la première date limite (cf.rapport annuel 2010).</u> (1) Rédaction d'un rapport de synthèse annuel sur l'évolution statistique de l'ITP (partie descriptive) (dates limites: 31/12/10; 31/12/11; 31/12/12). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas rédigé en 2011 parce que ne pas de valeur ajoutée pour le SECM et donc pas d'exploitation.</li> </ul> <u>Engagements 2 et 3 en retard/ retard attendu (facteurs externes et internes).</u>		Suite de l'Article N1 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>(2) Rédaction d'une première étude concernant les facteurs explicatifs des évolutions de l'ITP sur la base des données 2009. (date limite: 31/03/11).</p> <p>(3) Approfondissement de la première étude explicative sur la base des données 2010. (date limite: 31/12/11)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condition : adapter flux-ITP OA-INAMI (individualiser, enrichir, etc.)</li> <li>- Automatisation du flux via CareNet y compris les contrôles par l'INAMI et feedback vers les OA : scission entre contrôles globaux/contrôle détaillés. Phase de test démarre en février 2012. Contrôles détaillés : business analyses en cours.</li> <li>- Accès aux données ONEm: adaptations du flux LO35 réalisées par l'ONEm; phase de teste en fonction de la migration de la plate-forme SOA du BCSS. Planning inconnu.</li> <li>- Première étude explicative (action-engagement 2) : <ul style="list-style-type: none"> <li>o En fonction de la date de mise en production du flux avec les contrôles globaux et en fonction de la qualité des données. Si OK : 2 à 3 mois pour l'élaboration de l'étude (données 2009 et 2010).</li> </ul> </li> <li>- Etude explicative approfondissante (action-engagement 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pas d'analyse approfondie pour les données 2009 et 2010 (compte tenu de la non-rétroactivité de l'accès au flux enrichi LO35). Au plus tôt sur base des données de 2011.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Facteur externe: collaboration OA.</p> <p>Facteur externe: migration plate-forme SOA BCSS</p> <p>Facteur externe: qualité des données des OA</p>	

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			- Approfondissement ultérieur sur base d'un couplage avec les codes ICD10: transmission des données via Plate-forme eHealth à partir de fin 2013. Aussi en fonction des discussion au sein du CTM e.a. Au plus tôt à partir de 2014.	Facteur externe: plate-forme eHealth et CTM.	
Article 16. Reprise d'activités partielles autorisées : exploitation des données	☹	SI	<u>Engagement 1 en retard (facteurs externes)</u> (1) Rédaction d'une note concernant le fonctionnement du système de reprise d'activités partielles autorisées. (date limite: 31/12/10) - Le nouveau flux informatisé est depuis longtemps déjà entièrement opérationnel. - 1/01/11: suppression du flux papier - Qualité des données reste un point d'attention, e.a. au niveau de la réalité, consistance, etc. des données. En 2011: plusieurs tours de feedback. Début 2012: nouveau controle de qualité: amélioration, plus de problèmes fondamentaux. - Un rapport sur base des données 2009 et 2010 sera soumi au Comité de gestion au courant du 2012SEM1.	Facteur externe : Qualité des données OA	Suite de l'article 16 de l'Avenant
Article 17. Taskforce Incapacité de travail	☺	SI	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé dans les délais impartis (cf. rapport annuel 2010).</u> (1) Etablissement d'un plan d'approche concernant les défis à relever en ce qui concerne le phénomène d'incapacité de travail. (date limite: 31/12/10). - Continuation des projets en exécution du plan d'action.	Non	Nouveau projet
Article 18. Rapport annuel au sujet de la stratégie ICE du SECM	☺	SECM	<u>Engagement 1 réalisé partiellement et à temps, notamment en ce qui concerne la première date limite (cf. rapport annuel 2010) et en ce qui concerne aussi</u>	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <sub>2</sub>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<u>la 2<sup>e</sup> date limite</u> (1) Rédaction d'un rapport annuel intégré relatif aux activités et résultats dans le cadre de la stratégie ICE du SECM. Dates limites : 31 décembre 2010 ; 31 décembre 2011 ; 31 décembre 2012. (Il s'agit chaque fois d'un rapport annuel sur l'année X-1). - Mai 2011 : publication du rapport d'activités 2010.		
Article 19. Études statistiques sur la base des effectifs	☺	SCA	<u>Engagement 1 est réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u>  <u>L'engagement 2 est en préparation.</u> Evaluer, analyser et optimiser le rapport annuel concernant les effectifs sur le site Internet de l'INAMI (date limite : 31 décembre 2010). - La fiche-projet est en cours de réalisation. - La BIO-analyse a été rédigée. - Des réunions avec l'ICT ont eu lieu au cours de l'été 2011 et fin 2011 pour étudier les solutions possibles : développement d'un « Proof of concept ». - Comité de pilotage en janvier 2012.  <u>L'engagement 3 est réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u>	<u>Proposition de reformulation de l'engagement :</u> développement d'un outil « d'auto-reporting » dynamique et moderne d'ici fin 2012.	Nouveau projet
<b><u>TITRE II: Exploiter les possibilités de eHealth</u></b>					
Article 20. Élections électroniques	☺	SdSS	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010).</u> Elections électroniques pour les médecins (date limite: 30/06/2010).  <u>Engagement 2 est réalisé à temps.</u> Elections	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <sub>2</sub>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			électroniques pour les dentistes (date limite: 31/12/2011): réalisé à temps  <u>Engagement 3 en préparation.</u> Élections électroniques pour les kinésithérapeutes (date limite: 31/12/12) : en préparation.		
Article 21. Promotion et préparation de l'utilisation de l'e-box	☹	SdSS	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé (cf.rapport annuel 2010).</u> Inventaire des flux de données possibles que l'INAMI pourra offrir par l'e-box aux différents groupes-cibles (entre autres, les pharmaciens, les dentistes, les praticiens de l'art infirmier, les médecins) (date limite : le 30 juin 2010).  <u>Engagement 2 a été reformulé dans le cadre du rapport annuel 2010. Un retard est attendu.</u> Démarrage et utilisation de l'e-box pour un 1 <sup>er</sup> groupe cible (date limite : 31/12/11).  <u>Engagement 3 doit encore être reformulé en fonction de la réalisation de l'engagement 2.</u> Ce qui n'est pas encore possible.	Retards suite aux dépendances externes et internes.  Facteur externe : les fonctionnalités de la 1 <sup>re</sup> version de l'e-box ne correspondaient pas aux fonctionnalités souhaitées dans le cadre du projet pilote de l'INAMI. Comprenant les fonctionnalités souhaitées que dans le premier trimestre 2012.	Nouveau projet
Article 22. Fichiers de référence : développement et gestion	☺	SdSS	<u>Engagements 1, 3, 4 et 5 ont déjà été réalisés dans les temps (cf. rapport annuel 2010 et rapport semestriel 2011).</u> (1) Consolider le fichier de référence des laboratoires. (Date limite : 30/03/10) (3) Épurer le fichier de référence des maisons de repos. (Date limite : 30 juin 2010). - Au printemps 2011 : une circulaire a été diffusée à		Suite de l'article 21 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>l'attention des maisons de repos leur expliquant comment elles pouvaient elles-mêmes consulter et adapter. Un controle de qualité a été effectué en novembre/décembre 2011 avec des résultats satisfaisants.</p> <p>(4) Épurer le fichier de référence des praticiens de l'art infirmier (date limite : 31 décembre 2010).</p> <p>(5) Établir un fichier de référence de la réglementation dans le cadre des médicaments du Chapitre 4. Étape 1 : adapter le fonctionnement et le compte rendu de la CRM (date limite : date d'acceptation par la CRM de l'analyse effectuée par le CBIP + 3 mois).</p> <p>- Juin 2011 : finalisation du fichier de référence concernant des médicaments disponibles, autorisés, remboursables ou non. La réglementation du Chapitre 4 a donc également été incorporée dans le cadre de ce fichier de référence intégré. Il peut être téléchargé à partir du portail eHealth et consulté par le biais des services web.</p> <p><u>Engagement 2 en préparation.</u></p> <p>(2) Etablir un fichier de référence des implants remboursables (date limite : mise en production de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursés (voir article 30) + 6 mois).</p> <p>- Selon l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure (cf. article 30) ;</p> <p>- Le fichier de référence des implants actuellement remboursables est encore toujours opérationnel.</p>	<p>Facteur externe : Impact « affaires courantes ».</p>	

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ème</sup></u> <u>CA/avenant</u>
Article 23. My CareNet	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1 et 2 réalisés, dans un délai faisable.</u></p> <p>(1) Développer un cadre réglementaire adapté (si nécessaire). (Date limite : 6 mois avant que l'infrastructure technique du secteur concerné ne soit opérationnelle).</p> <p>(2) Informer, par une circulaire et par le site web, tous les protagonistes concernés au sujet des nouvelles directives concrètes en matière de My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation,...). (Date limite : 3 mois avant que l'infrastructure pour le groupe pilote ne soit opérationnelle).</p> <p>- Dates limites sont un peu 'fictives': plusieurs aspects et itérativité. Sensu stricto les dates limites ne sont pas respectées, mais généralement la problématique du 'cadre réglementaire' et de la 'communication' est sous contrôle : projet alors considéré comme 'vert'.</p> <p>- Roll-out de My CareNet sur le terrain.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Praticiens de l'art infirmier à domicile: en production générale depuis mi-2010. A partir du 1/07/12: obligation de la fonctionnalité 'assurabilité'. A partir du 1/07/13: obligation fonctionnalité 'documents médico-administratifs'</li> <li>o Labos: pilotes en production depuis mi 2010. Le roll-out a été très difficile à cause du manque de buy-in. Cadre réglementaire en préparation pour la suppression d'une série de rapports papiers trimestriels et</li> </ul>	<p>Facteur externe : Dépendance du timing de la mise en production par le CIN et communication à temps</p> <p>Facteur externe : collaboration des secteurs. Importance d'un buy-in et de la création de valeur ajoutée (rôle CIN).</p>	Suite de l'article 21 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>mensuels, sous condition de l'utilisation de My CareNet. Ainsi renforcement du buy-in.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Offices de tarification : le déploiement a commencé au printemps 2011. Consultation assurabilité via portail sous des conditions strictes. Début 2012 : quasi-entièrement en production.</li> <li>○ Pharmacies: roll-out 'consultation droits/assurabilité' a commencé. Evaluation en 2012 ; après roll-out ultérieur. Aussi ajout du 'compteur ticket modérateur' dans le cadre du MAF avec communication automatique au pharmacien ; ce qui va renforcer l'utilisation de My CareNet.</li> <li>○ MRS-MRPA: techniquement opérationnel. En avril 2011, la production des premières maisons de repos. Encore une fois l'analyse est nécessaire sur la façon dont le buy-in peut être renforcée. Cf. aussi passage vers facturation mensuelle: actuellement encore facturation trimestrielle via My CareNet.</li> <li>○ Médecins : début du déploiement de la fonctionnalité « consultation du chapitre IV », a été soumis à Medicomut. Consultation droits/ assurabilité prévue à partir d'avril 2012. E-facturation et e-attestation : groupe de travail démarre début 2012.</li> </ul> <p>- Points d'attention généraux.</p>		

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ième</sup> CA/avenant</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suppression de documents papiers : note commune INAMI-OA est prête. Contact avec Fisc au courant du 2012SEM1.</li> <li>○ Force probante: textes réglementaires repris dans la LDDU approuvée par le Conseil des ministres après deuxième lecture mi février 2012.</li> </ul>		
Article 24. E-care – Quality oriented Electronic Registration of Medical Implant Devices (Qermid)	☺	SdSS	<p><u>Engagements 1 a déjà été réalisé avec retard dû à des facteurs externes</u> (cf. rapport annuel 2010) : Extension de l'application Web aux pacemakers (date limite: 30/06/10).</p> <p><u>Engagements 2 est réalisé dans les temps.</u> Extension de l'application Web aux endoprothèses et ce, dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (=X) (date limite: X+ 24 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La nomenclature a été publiée au MB le 30 juillet 2009. La date limite de cette action-engagement était donc le 30 juillet 2011 ;</li> <li>- Le 1<sup>er</sup> juillet 2011, l'application web a été mise en production.</li> </ul> <p><u>Engagements 3 est en préparation.</u> Extension de l'application Web aux tuteurs coronaires et ce, dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (=X) (date limite: X+ 12 mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Date de publication de la nomenclature au M.B. le 25/02/11. La date limite pour l'application web est fixée au 25/02/12;</li> <li>- Développement technique presque finalisée.</li> <li>- La Commission de Confidentialité a donné son avis.</li> </ul>	Aucun	Suite de l'Article 20 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
Article 25. L'accréditation des médecins	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 est déjà réalisé</u> (cf. rapport annuel 2010). Mettre à la disposition des médecins individuels une application web (suivi en ligne des dossiers d'accréditation).</p> <p><u>Engagement 2 en préparation</u> (Introduction en ligne de la demande d'accréditation). Date limite : 31/12/12</p>	Non	Nouveau projet
<b><u>TITRE III: Améliorer en permanence l'accessibilité aux soins, moderniser l'attribution des droits aux individus et renforcer la sécurité en matière de tarifs</u></b>					
Article 26. Stimuler l'accessibilité en effectuant entre autres une réforme de l'intervention majorée et en assurant une meilleure couverture pour les maladies chroniques	☺	SdSS SCA	<p><u>Engagements 1 est en préparation.</u> Rédiger, au plus tard 3 mois après l'accord politique en matière d'intervention majorée, les textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR (date-limite : X + 3 mois (X=date de la communication de l'accord politique à l'INAMI)).</p> <p>- Toutes les textes sont préparés par l'INAMI. Accord politique. A reprendre dans la loi programme. Entre en production le 1/1/2014.</p> <p><u>Engagements 2 est en préparation:</u> Adapter les flux de données aux adaptations réglementaires, en fonction du délai prévu dans les adaptations réglementaires pour appliquer la mesure.</p> <p><u>Engagements 3 est en préparation.</u> Rédiger, au plus tard 6 mois après l'accord politique sur la définition du « malade chronique » et de ses droits spécifiques, des textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR (date-limite : X + 6 mois (X = date de communication de l'accord</p>	Dépend de la date de l'accord politique.	Suite de l'Article N11 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			politique à l'INAMI)): - Début 2010, le groupe de travail (composé de représentants de l'INAMI, des associations de patients et des OA) a proposé des critères pour les malades chroniques à la ministre. La ministre a marqué son accord sur cette proposition en avril 2010. La proposition de loi est rédigée et sera insérée dans la loi santé. Dès qu'il y aura un accord politique, l'AR pourra être rédigé.		
Article 27. Module "dispensateurs de soins" disponible via le site Internet de l'INAMI	☺	SdSS	<u>Engagements 1 et 2 en préparation.</u> (1) Mise en production d'une module, par laquelle les médecins peuvent consulter et modifier leurs adresses de travail (pour 31/12/12). (2) Mise en production d'une module, par laquelle les dentistes peuvent consulter et modifier leurs modalités de conventionnement (pour 31/12/12).  - A partir de mai 2011: module pour les dispensateurs afin de consulter les données fiscales et financières. C'était une priorité vu les problèmes rencontrés ces dernières années au niveau des fiches fiscales. - Depuis début mai 2011, toutes les professions de la santé ont la possibilité de consulter et de modifier, si nécessaire, leur adresse de contact. - Depuis 2011SEM2 : possibilité de consulter les opérations financières par l'INAMI. - Modalités de conventionnement: possible au niveau technique à partir de début 2013. Donc en lien avec l'accord prochain avec les médecins et les dentistes.	Non	Suite à l'article 37b de l'Avenant
Article 28. Dossier d'invalidité	☹	SI	<u>Engagement 1 a pris du retard à cause de facteurs</u>	Facteur externe :	Suite de l'Article

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
électronique - edid			<p><u>externes (coopération avec les OA).</u> Etablir un planning (en collaboration avec les OA) afin de réaliser l'envoi des fiches des OA vers l'INAMI par voie électronique (date limite : 31 décembre 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour tous les OA, une analyse BIO de la transmission des données a été réalisée (AS IS). Il en a résulté une proposition de l'INAMI sur la transmission de données pour tous les OA, pour l'avenir (TO BE). Une concertation collective avec l'INAMI, les OA et le CIN a été organisée, tant avec des représentants du business qu'avec ceux des ICT.</li> <li>- Distinction entre le « traitement générique d'un dossier » (flux normal) et les exceptions (flux « d'exceptions »). Le flux normal a été décrit par l'INAMI et transmis aux OA et au CIN ; une concertation est en cours.</li> <li>- Concertation fréquente en cours.</li> </ul> <p><u>Engagement 2 et 3 ont déjà été réalisés à temps (cf. rapport annuel 2010).</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir une fiche de projet en vue de démarrer le projet « Étude de la qualité ». (Date limite : 31/12/10)</li> <li>- Effectuer une analyse BIO pour le projet « Étude de la qualité ». (Date limite : 3/12/10).</li> </ul>	dépendance vis-à-vis des OA	17 de l'Avenant
Article 29. La lisibilité des documents administratifs: formulaires pour les assurés	☺	Cel. Comm.	<u>Action-engagement 1 est réalisé.</u> Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication) (date-limite pour 2011: 31/12/2011). Les 2 formulaires choisis pour être retravaillés en 2011 sont :	Non	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			1) Déclaration sur l'honneur – revenus à charge d'un titulaire : le formulaire revu a été approuvé fin janvier 2012. 2) Déclaration sur l'honneur – Partenaire de vie – Intervention majorée de l'assurance – Avantage social : version définitive depuis le 24/01/12) Une phase de consultation est encore prévue avec les organismes assureurs.  <u>Les engagements 2 et 3 sont réalisés à temps. Cf. rapport annuel 2010.</u>		

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

Article 30. Réforme du secteur des implants: la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables	⊗	SdSS	<u>Engagement 1 en retard:</u> Mise en œuvre de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (date limite: le 1er novembre 2010). - La procédure de notification est entrée en production au 1 <sup>er</sup> mai 2009 (arrêté royal du 1 <sup>er</sup> mars 2009. Au plus tard le 1 novembre 2009 le projet de texte devrait être présenté au Comité d'assurance. Le texte n'est pas encore présenté, suite à des adaptations nécessaires et imprévues au texte de l'art 35 septies. - Le texte de modification de loi (article 35septies, § 1 <sup>er</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) a été rédigé. - Le projet d'AR relatif à l'organisation de la procédure de remboursement est finalisé.	Facteurs de retard / dépendance externe: - adaptations nécessaires et imprévues au texte de l'art 35 septies. - Dépendance de l'accord politique.	Suite de l'Article 20 (volet 1) de l'Avenant
--	---	------	---	---	--

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un projet de modification de l'AR concernant la composition de la CRIDMI a été préparé.</li> <li>- Traitement de textes réglementaires: décision de la cellule stratégique encore à recevoir.</li> <li>- Après suit la discussion au Comité d'assurance.</li> <li>- Mis à part l'aspect réglementaires, il y a aussi un volet technique (en dehors du scope du Contrat d'Administration) où des investissements très importants ont été réalisés par l'INAMI. Il s'agit d'un système d'enregistrement en ligne pour la notification obligatoire par les fabricants d'implants et de dispositifs médicaux invasifs remboursables (en production) ainsi que d'une application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers de demande adressés à la CRIDMI (en préparation).</li> </ul>		
<b><u>TITRE V : Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé</u></b>					
Article 31. Mise en œuvre des trajets de soins	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010)</u>. Après que le Comité de l'assurance a donné son accord (= X) sur l'évaluation des trajets de soins, l'INAMI développera des accords avec l'ISP et l'AIM concernant l'évaluation à réaliser. Date limite : X + 3 mois).</p> <p><u>Engagement 2 a déjà été réalisé (cf. rapport annuel 2010)</u>. Création d'un comité d'accompagnement pour l'évaluation et l'ajustement permanents des trajets de soins (date limite : 30/06/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinq groupes de travail ont été établis au sein du comité d'accompagnement ; déjà 3 sont actifs</li> <li>- Rapport intermédiaire pour le comité</li> </ul>	Non	Suite de l'Article N7 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ⊗	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ième</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			d'accompagnement et le Medicomut est rédigé en collaboration avec les OA.		
Article 32. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées	⊗	SdSS	<p>AV2009: projets premier appel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les délais pour les aspects administratifs, communicatifs, financiers, de reporting et d'évaluation sont respectés.</li> </ul> <p>CA2010-2012: les engagements ont partiellement pris du retard en raison de facteurs externes.</p> <p>(1) <u>Engagement 1 en retard à cause de facteurs externes.</u> Proposer une sélection de projets (deuxième appel) pour le Comité de l'assurance.(31/12/2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier projet d'A.R. discuté par le Comité de l'assurance de 26/07/10: avis positif sous réserve de certaines modifications.</li> <li>- Timing n'est plus correct: cf. retard premier appel (dépendances externes) + période 'affaires courantes'.</li> <li>- Durant cette période les forces et les domaines à améliorer, dans le premier A.R., ont pu être analysés ; sur cette base, le 2<sup>e</sup> A.R. sera encore plus affiné.</li> <li>- La cellule stratégique a demandé début 2012 de préparer un dossier concernant l'historique et les perspectives pour ce projet. Ce dossier servira de base pour la décision concernant le deuxième appel.</li> </ul> <p>(2) <u>Engagement 2 en retard à cause de facteurs externes.</u> Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du premier</p>	<p>Facteur externe : la 1<sup>re</sup> phase a pris du retard en raison de causes externes ; cela a des répercussions sur la 2<sup>e</sup> phase.</p> <p>Facteur externe: impact 'affaires courantes': donc encore plus de retard heeft.</p> <p>Facteur externe: décision politique.</p> <p>Facteur externe: démarrage retardée pour la 1ere phase.</p>	Suite de l'article N5 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ème</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			<p>appel. (Dates limites : 30 juin 2011 ; 30 juin 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation par une Équipe scientifique : 1<sup>er</sup> rapport a été soumis au Comité d'accompagnement de mai 2011.</li> <li>- Rapports administratifs semestriels provisoires : Nécessité de réorienter le financement des projets ou de conclure un avenant.</li> <li>- Rapports administratifs annuels: la moitié des rapports annuels des projets sont analysés mi-février 2012. Ce travail prend plus de temps que prévu. Une analyse complète sera proposée au Groupe de travail Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées en mars.</li> </ul> <p>(3) Rédiger un rapport intermédiaire pour le Comité de l'assurance concernant l'évolution des projets sélectionnés dans le cadre du deuxième appel (30/06/2012).</p>		
Article 33. Instauration et évaluation d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens	☺	SdSS	<p><u>Engagement 1 a déjà été réalisé à temps (voir rapport annuel 2010).</u> Préparer et transmettre toutes les informations nécessaires concernant le nouveau système aux pharmaciens, aux commerces de gros, aux OA, à l'industrie et au public (date limite: 1 mois avant l'entrée en vigueur du nouveau système de rémunération).</p> <p><u>Engagement 2 est réalisé à temps.</u> Effectuer une évaluation du nouveau système de rémunération des pharmaciens et ce, 18 mois après l'entrée en vigueur du système (=X) (date_limite: X + 18 mois) (= 1/10/2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La note d'évaluation quantitative a été soumise à la Commission de conventions le 27 mai 2011.</li> </ul>		Suite de l'Article N10 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation qualitative : proposition par la Commission de conventions de lier la réalisation de l'évaluation qualitative à l'élaboration d'un manuel de qualité à l'intention de toutes les officines en 2012. Volet qualitative à développer par la suite.</li> <li>- Note d'évaluation intégrée : discussion en Commission de conventions en septembre et présentation au Comité d'assurance le 12/12/2011.</li> </ul>	Facteur externe: demande de la Commission d'associer l'évaluation qualitative à l'élaboration d'un guide de qualité en 2012.	
Article 34. Plan belge « maladies rares »	☺	SdSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>L'engagement 1 est réalisé avec un peu de retard en raison de facteurs externes. En fait cela concernait déjà un premier rapport final complet (voir rapport annuel 2010).</u> Inscription du rapport intermédiaire à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. (Date limite : 30/06/10).</li> <li>- 7 projets définis par le 1<sup>er</sup> plan sont en cours de réalisation.</li> <li>(2) <u>Engagement 2 est réalisé à temps.</u> Inscription du rapport final, sous forme de Plan belge « maladies rares », à l'ordre du jour du Comité de l'assurance et discussion. (Date limite : 30 septembre 2011).</li> <li>- En juin 2011, le deuxième rapport a été transmis à la ministre des Affaires sociales. Présentation au Comité d'assurance le 18 juillet et le 12 septembre 2011.</li> </ul>		
<b>TITRE VI: Optimiser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles</b>					
Article 35. Contrôle administratif des maisons de repos et des	☺	SdSS SCA	<u>Engagement 1 a déjà été réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u>		Suite de l'article N12 de

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <sub>2</sub>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
centres de rééducation			<p>(1) Formuler des actions-engagements pour la période 2010-2012 concernant le renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation. (Date limite : 30/06/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La note de travail réalisée en 2010 a été davantage approfondie et développée.</li> <li>- Mi-2011, une proposition concrète du plan d'implémentation a été finalisée. Comme première étape importante, il est proposé d'effectuer une étude exploratoire sur le terrain.</li> <li>- Nécessité d'une discussion avec les acteurs chargés de l'inspection et du contrôle internes et externes.</li> <li>- En novembre 2011: une première réunion de pilotage avec SdSS, SECM, SCA et l'Inspection des lois sociales. Projet pilote avec 9 institutions (FL, BXL, WALL) est prévu.</li> <li>- Pour la fin 2012 : rapport final des résultats de l'étude exploratoire.</li> </ul>	Concertation nécessaire avec les partenaires externes et internes.	l'Avenant
Article 36. Évaluation médicale	☺	SECM	<p><u>L'action-engagement 1</u> "Réaliser chaque année au minimum 2 nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure d'impact » (date-limite pour 2011 : 31/12/11) est <u>réalisé à temps</u>.</p> <p>Actions concrètes pour 2011 par rapport à plusieurs projets dont, entre autres, le projet sur le comportement en matière de prescription de Plavix, le projet « Utilisation de l'orthopantomogramme », et le projet sur « l'Attestation des prestations de médecine d'urgence dans les services d'urgence ».</p> <p>D'autres actions sont prévues pour les 6 mois à venir.</p>	Nee	Suite de l'Article 25 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ème</sup></u> <u>CA/avenant</u>
Article 37. Code-barres unique	☺	SECM	<p>(1) <u>Engagements 1 réalisé partiellement et à temps en ce qui concerne la 1<sup>re</sup> date limite (cf. rapport annuel 2010).</u> Elaboration d'un rapport annuel sur les résultats de l'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. (31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condition préalable importante: les données de qualité. le SECM suit scrupuleusement la qualité et la ponctualité des fichiers et effectue des feedback ou des rectifications. SECM prépare un cadre réglementaire afin de pouvoir prévoir des sanctions.</li> <li>- Aucun rapport intégré en 2010 mais des analyses sur base des fichiers des données. Un rapport annuel intégré concernant les contrôles effectués et leurs résultats, y compris une comparaison préliminaire de l'activité des sociétés pharmaceutiques / offices de tarification, est réalisé en 2011. Quelques indicateurs et chiffres (pourcentage de récupération des griefs et des amendes) sont encore en cours d'analyse en vue d'une interprétation correcte.</li> <li>- Projet d'amélioration de tableau de bord est réalisé notamment avec plus d'information sur le nombre d'enquêtes entamées suite aux analyses, sur le montant imputé, sur le montant remboursé spontanément, sur le montant des amendes infligées et le montant des amendes remboursées.</li> </ul> <p>(2) <u>Engagement 2 en préparation.</u> Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OT</p>	Facteur externe : qualité des données et retards constatés dans la transmission des données des firmes pharmaceutiques.	Suite de l'article 26 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <sub>2</sub>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>(offices de tarifications) et les FP (firmes pharmaceutiques) d'une part, et l'INAMI d'autre part. (31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Première fiche projet réalisée en vue de l'informatisation/automatisation du transfert de données (focus sur le flux avec les firmes).</li> <li>- Nécessité d'une analyse BIO plus approfondie. Une capacité d'analyse est à prévoir (facteur interne).</li> <li>- Pour la création de ce flux, une concertation avec les firmes pharmaceutiques est nécessaire.</li> <li>- Opportunité et faisabilité du projet en cours d'analyse.</li> </ul>	<p>Facteur interne : capacité d'analyse.</p> <p>Facteur externe : dépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques et capacité des FP à intégrer un nouveau mode de transmission des données.</p>	
Article 38. Incapacité de travail primaire : cartographie des activités du médecin-conseil	☺	SECM	<p>(1) <u>Engagement 1 a été réalisé partiellement avec un retard (facteurs externes et internes) en ce qui concerne la 1<sup>re</sup> date limite. Pour la 2<sup>e</sup> date limite, l'engagement est en préparation.</u> Elaboration d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins- conseils au niveau de la mutualité et de l'OA (y compris le feed-back aux OA). (Dates limites : 31/12/10 ; 31/12/11 ; 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une cartographie en ce qui concerne les données de 2008, 2009 et 2010 des 15 paramètres jusqu'au niveau de la fédération est réalisée.</li> <li>- Une première présentation au Conseil supérieur des médecins-directeurs en 2011SEM2.</li> <li>- Feedback individuel vers les OA au 2012SEM1.</li> <li>- Point d'attention permanent : la qualité des données transmises par les OA, tant au niveau de la cohérence des données électroniques qu'au niveau de la conformité entre les données</li> </ul>	<p>Facteur externe : qualité des données des OA.</p> <p>Qualité/conformité des données des OA's.</p>	Suite de l'article 27 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <sub>2</sub>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>électroniques et le dossier au sein de la mutualité. Ceci met en cause la qualité et l'utilité des cartographies. Le SECM fournit un feedback régulier et un contrôle de qualité. Au 2012SEM1: un échantillon représentatif et de nouveau le feedback aux OA.</p> <p>(2) Mise en production d'un transfert de données informatisé entre les OA et l'INAMI. (Date limite : 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automatisation transfert de données + transfert via CareNet + ajout numéro NISS.</li> <li>- Mi 2011 la préparation technique a démarrée. Document technique finalisé en 2011SEM2. Dans le courant de 2012: ajoutement du numéro de registre national + transmission des données via CareNet.</li> </ul>		
Article 39. Flowdos: Informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins	☺	SECM	<p>(1) <u>Engagement 1 est en cours de réalisation.</u> Intégration des dossiers d'enquête en cours (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. (Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 6 mois).</p> <p>(2) <u>Engagement 2 est en cours de réalisation.</u> Intégration des dossiers d'enquête clôturés (depuis 2003) dans Flowdos-Documents. (Date limite : date opérationnelle de lancement de Flowdos-Documents + 12 mois).</p> <p>(3) <u>Engagement 3 est réalisé à temps.</u> Rédaction d'un rapport sur les éléments du flux de travail à implémenter dans Flowdos. (Date limite : 30/06/11).</p> <p>(4) <u>Engagement 4 est réalisé à temps.</u> Mise en production d'éléments du flux de travail dans</p>	Interne : une série d'analyses de niveau 4 (activités et tâches) sont encore nécessaires pour intégrer Flowdos dans Platinum	Suite de l'article 28 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>Flowdos. (Date limite : 31/12/11).</p> <p>(5) <u>Engagement 5 est en cours de réalisation.</u> Rédaction d'un rapport sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. (Date limite : 31/12/12).</p> <p>Documents Flowdos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en production Phase 2 : 2010T4.</li> <li>- Une série d'éléments Workflow déjà opérationnels (actions-engagements 2 et 3).</li> <li>- Intégration des dossiers « vivants » se fait fur et à mesure de la présentation en juridiction (actions-engagement 1 et 2). La date limite sera donc adaptée en fonction des besoins.</li> <li>- Une analyse générale sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos est en cours (action-engagement 5).</li> </ul>		
Article 40. Rapports en matière de fraude sociale	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Rédiger un rapport intégré concernant les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale (date limite : 31/12/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le rapport est rédigé et distribué en juillet 2011. Il a été présenté à la Commission technique d'octobre 2011, puis soumis au Comité général de gestion (27/02/2012).</li> </ul>	Non.	Suite de l'Article N13 de l'Avenant
Article 41. Fraude sociale: Croisement des données DMFA-PI	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 est réalisé.</u> Croiser les données DMFA et les données PI et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité (date limite : 31/12/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le croisement des données a été effectué de même que les contrôles dans les mutualités (concernant les données 2009). La phase d'analyse est entre-temps aussi terminée et le rapport de cette analyse a été rédigé et diffusé</li> </ul>	Non.	Suite de l'Article N13 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ème</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			dans le délai.		
Article 42. Fraude sociale: Dossiers d'assujettissement fictif	☺	SCA	<u>Engagement a déjà été réalisé en 2010.</u> Entre-temps, la procédure de feed-back relève plutôt d'une mission permanente ; les résultats figureront dans le rapport annuel intégré concernant la fraude sociale (voir Article 40).	Non.	Suite de l'Article N13 de l'Avenant
Article 43. Contrôles thématiques : audit, feed-back et conseil en mutualités	☺	SCA	<p>1. <u>Engagement 1 est réalisé en ce qui concerne la 1<sup>re</sup> date limite. Pour la 2<sup>e</sup> date limite, l'engagement est en cours de réalisation.</u> Élaboration de deux rapports de contrôle thématique par an : un sur les soins de santé ; un autre sur les indemnités. (Dates limites : 31/12/10, 31/12/11, 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôles thématiques 2010 : rapport réalisé et présenté à la Commission technique et au Comité général de gestion. Rapports diffusés.</li> <li>- 2011 : secteur de l'assurance soins de santé : systèmes de contrôle de l'intervention majorée de l'assurance. Ces contrôles ont eu lieu ; version NL du rapport est déjà prête, tandis que version FR est en relecture. Rapport sera présenté à la Commission technique en mars puis diffusé en avril 2012.</li> <li>- 2011 : secteur de l'assurance indemnités : passage de l'assurance chômage à l'assurance indemnités. Ces contrôles ont eu lieu en 2011, et le rapport est en préparation; il sera prêt à la fin du premier semestre 2012.</li> <li>- Article 195 : un contrôle annuel a été fait sur les listes de récupération d'indus établies par les OA pour la majoration des frais administratifs. Rapport a été rédigé (NL déjà prête, FR en relecture) ; tout sera diffusé au premier semestre 2012.</li> </ul>	Non	Suite de l'article 24 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ième</sup> CA/avenant</u>
<b><u>TITRE VII : Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI</u></b>					
Article 44. Responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration	☺	SCA	<p><u>Engagement 1 a déjà été réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u> Rédiger un premier rapport comprenant une synthèse des discussions de l'année écoulée (date limite: 31/12/10)</p> <p><u>Engagement 3 a déjà été réalisé à temps (cf. rapport annuel 2010).</u> Analyse des systèmes de plaintes en vigueur dans les OA et les mutualités et rédaction d'un rapport y afférent, et ce, en collaboration avec le CIN (date-limite: 31/12/10).</p> <p><u>Engagement 2 est réalisé.</u> Formuler des propositions d'adaptations à apporter aux règles d'application actuelles (date limite : 31/12/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un rapport définitif contenant les propositions relatives au nouveau système de responsabilisation est envoyé le 25 janvier 2012 tant à la ministre des Affaires sociales qu'au secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale.</li> </ul> <p><u>Actions-engagements 4, 5 et 6 relatives aux systèmes de gestion des plaintes sont dorénavant intégrées dans l'action-engagement 2.</u></p>	Facteur externe: collaboration OCM et OA.	Suite de l'Article 15 de l'Avenant OA.
<b><u>TITRE VIII : Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI</u></b>					
Article 45. Information aux dispensateurs de soins et	☹	SCEM	<u>Action-engagement en retard:</u> Création de 2 nouveaux Infobox. (Dates limites : 31/12/11 et 31/12/12)	<u>Causes internes :</u> 3 vacances de poste en	Suite de l'Article 36 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
communication externe émanant du SECM: Infobox			<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Infobox pour le dentiste prévue pour fin 2011 aura un retard de quelques mois. Mais une 1<sup>re</sup> version du texte a déjà été soumise à un Comité de lecture restreint.</li> </ul> <p><u>Action-engagement 2</u> : Actualisation annuelle des brochures existantes. (Dates limites : 31/12/10, 31/12/11, 31/12/12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brochure d'information au sujet du SECM « Missions et procédures » a été mise à jour et publiée en mai 2011 ;</li> <li>- L'Infobox pour le médecin spécialiste est en cours de révision. La publication, prévue initialement pour fin 2011, est reportée au 1<sup>er</sup> semestre de 2012.</li> </ul>	<p>2011.</p> <p>Ces départs pourraient expliquer certains retards dans les timings.</p>	
<b><u>TITRE IXI : Améliorer la coordination avec le niveau Européen et international</u></b>					
Article 46. Implémentation de la législation européenne en matière de coordination	☺	SdSS SI	<p><u>Engagements partiellement réalisés, dans les délais faisables.</u></p> <p>(1) et (3): Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nouvelle législation européenne entrée en vigueur le 1er mai 2010. Conséquence: sensu stricto la date limite était 1er février 2010.</li> <li>- Date limite (X - 3 mois) n'est pas atteinte.</li> </ul>	<p>Dépendances: développements au niveau européens; collaboration avec le BCSS et les OA.</p>	Nouveau projet

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<p>Néanmoins: concertation périodique entre l'INAMI et les OA deux fois par mois selon une logique 'question - réponse' qui aboutira à une circulaire. Il s'agit donc d'un processus itératif ; retard n'est pas problématique, donc projet catalogué 'vert'.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SSS: circulaires concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif sont en élaboration. Volet 'financier-administratif' (plan comptable) déjà finalisé; la circulaire a été envoyée. Circulaires juridiques-administratives: une listes des thèmes est faite avec les OA en 2011SEM1. Un groupe de travail mixte a démarré en vu d'une développement systématique des circulaires.</li> <li>- SI: circulaires relatives à l'interprétation juridico-administrative (et non à l'interprétation financière et administrative) : la première circulaire a été envoyée début août (présentation générale ; traitement de la demande d'invalidité) ; la circulaire relative à l'affaire Leyman a également été envoyée en juin ; 3<sup>ème</sup> circulaire distribué en 2011SEM2 (déclaration incapacité de travail ; contrôle médical incapacité de travail primaire et invalidité).</li> </ul> <p>(2) et (4). Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. (Date limite: 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel).</p>	<p>Facteur externe: au niveau de l'application de la législation européenne les interpretations ne sont pas encore toutes disponibles.</p>	

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <sub>2</sub>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ce qui concerne le volet 'flux électroniques': concertation périodique au niveau de la Commission européenne. Entretemps le rapport Siemens en retard considérable est terminé. La production des flux électroniques démarrera certainement avec un retard. La période de transition est large jusqu'au 1 mai 2014.</li> <li>- Analyses business au niveau SdSS et SIDU sont réalisés. Intégré dans l'analyse globale (sous réserve des adaptations au niveau européenne).</li> <li>- Consultations régulières avec les OA.</li> </ul>	<p>Documents électroniques et flux comme définis au niveau européen ne sont pas encore stables à 100%. La collaboration avec les OA est cruciale.</p>	
Article 47. Observatoire de la mobilité des patients	☺	SdSS	<p><u>Engagement reformulé (voir rapport semestriel 2010), vu qu'à l'heure actuelle l'engagement n'est plus adéquat</u></p> <p>(1) Élaboration d'un projet d'arrêté royal portant exécution de la loi du 4 juin 2007 relative à la promotion de la mobilité des patients (date limite : 30/06/10).</p> <p>(1) Prise d'initiative en matière de composition de l'Observatoire de la mobilité des patients (date limite : 30.6.2010). <u>L'engagement est réalisé dans les temps.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observatoire est entrée en vigueur la 1/07/2010.</li> <li>- Première réunion de l'Observatoire le 14 septembre 2011.</li> <li>- Deuxième réunion le 14 février 2012.</li> </ul>	L'action-engagement a été reformulée.	Suite de l'article N9 de l'Avenant
Article 48. COOPAMI – Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins	☺	SG	<p><u>Engagement 1 a été réalisé à temps pour 2010 et 2011.</u> Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français (date limite : 31 mars 2010, 2011, 2012).</p>	Le scope est bien plus large que les actions-engagements décrites dans le présent Contrat.	Suite de l'Article N16 de l'Avenant

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> 2	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points d'attention</u>	<u>Nouveau projet ou suite du 2<sup>ème</sup> CA/avenant</u>
de santé solidaire, universel et durable			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une formation (FR) sur la « Gestion de la Sécurité sociale » a été donnée durant les mois de septembre et octobre 2011.</li> <li>- Une nouvelle formation structurelle (Angl./fr.) se met en place, sur le thème « Belgian Course in Social Health Protection. Une 1<sup>re</sup> édition est prévue pour 2013 en français.</li> <li>- Organisation d'une formation « Financement et gestion des systèmes d'assurance maladie » pour 20 stagiaires au Sénégal.</li> </ul> <p><u>Engagement 2 est réalisé à temps.</u> Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence (date limite : 31/12/10).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf. 2<sup>e</sup> rapport semestriel 2011.</li> <li>- Il est prévu d'organiser des visioconférences avec les stagiaires ayant suivi la formation COOPAMI 2011 à Bruxelles et les stagiaires qui viennent de recevoir la formation au Sénégal.</li> </ul> <p><u>Action-engagement 3 :</u> Mener une recherche opérationnelle préalable à la mise en place d'une assurance soins de santé dans au moins un pays. (Date limite : 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En attente d'un feu vert de la Côte d'Ivoire pour l'exécution du projet (phase préparatoire étant terminée).</li> <li>- Accord structurel avec la Corée du Sud à prévoir prochainement.</li> <li>- La CNAM, sous l'impulsion de COOPAMI, se</li> </ul>	<p>Il n'y a plus de formation structurelle en anglais depuis 2011, pour des raisons de manque de candidats.</p> <p>La réalisation des engagements 3 et 4 est assez lente, étant donné que le processus nécessite des choix politiques de la part des pays concernés.</p>	

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ème</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			<p>professionnalise dans sa gestion financière et accroît progressivement le taux de couverture de la population. Une extension au secteur privé et aux professions libérales a été réalisée début novembre 2011.</p> <p><u>Action-engagement 4</u> : Démarrer un projet développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays. (Date limite : 31 décembre 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contact avec des équipes locales au Congo en vue d'y développer une assurance soins de santé universelle.</li> </ul>		
Article 49. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international	⊗	SI	<p><u>AV2009: engagement n'est pas réalisé</u> (2) Module 6: tableaux de bord (date limite: 31/12/09) 1. Pas OK. Développement pas encore lancé.</p> <p><u>CA2010-2012:</u> (1) <u>Engagement en retard à cause de facteurs internes et externes.</u> Mise en production des modules 1, 2, 4 et 5 (date limite: 30/06/11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Module 3 (module de calcul) développement terminé. Plusieurs phases de tests. Au 2012SEM1: mise en production.</li> <li>- Modules 1 et 2 : seront intégrés dans une solution générique pour la gestion de la correspondance à l'INAMI.</li> <li>- Autres modules : provisoirement gelés vu l'interférence avec le développement des flux dans le cadre de la nouvelle législation européenne en matière de coordination. (cf. article 46) + manque de moyens ICT au niveau l'INAMI.</li> </ul>	<p>Facteur interne : manque de moyens pour le service ICT.</p> <p>Facteur externe : lien avec article 46.</p>	Suite de l'article N4 de l'Avenant



<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ième</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- En février 2012, démarrage du projet suite à l'entrée en fonction du nouvel attaché « développement durable » en octobre 2011.</li> <li>- Fiche de projet prévue pour mars 2012.</li> <li>- Un benchmark des meilleures pratiques dans le secteur public est en cours de réalisation.</li> <li>- La 1<sup>re</sup> phase d'inventaire démarrera mi-mars 2012.</li> <li>- Un plan de communication est en cours de développement</li> <li>- Enregistrements des bâtiments T211 et C67 prévus pour début 2013.</li> </ul> <p>2. CONCERTO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour le Comité de l'assurance, la connexion par carte d'identité électronique est possible</li> <li>- Prochaine extension : Comité général de gestion</li> <li>- Economies de près de 66% en termes de consommation de papier suite à la suppression de la distribution interne des documents.</li> </ul> <p>3. Printing Project analyse minutieuse du parc d'imprimantes en vue de son remplacement et d'une optimisation des processus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 1<sup>re</sup> phases « initiation » et « inventarisation » sont déjà achevées.</li> <li>- Phase de définition en cours : définition de la situation « to be », de la configuration du nouveau parc ainsi que de la Print Policy et des nouveaux processus qui y sont liés.</li> <li>- Phase d'exécution prévue pour le mois de mai 2012.</li> </ul>	« affaires courantes»	

<u>Objectif</u>	☺ ☹ ☹ ☺	<u>Service</u> <u>2</u>	<u>Etat d'avancement</u>	<u>Problèmes et points</u> <u>d'attention</u>	<u>Nouveau projet</u> <u>ou suite du</u> <u>2<sup>ième</sup></u> <u>CA/avenant</u>
			D'autres projets sont en cours de réalisation ou vont se mettre en place, comme par exemple la mise en place d'indicateurs et de tableaux de bord, en collaboration avec la Cellule Modernisation.		

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements dans le cadre de ce projet sont les suivantes :

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

### BILAN ANNÉE 2011

Aux termes de l'action-engagement 2, il y a lieu d'élaborer, d'ici fin 2011, une Balanced Scorecard (ainsi que des indicateurs de santé) pour la médecine générale. Il ressort du rapport annuel de 2010 que des experts avaient déjà été sélectionnés. Ceux-ci avaient fixé un cadre conceptuel et organisé une première sélection d'indicateurs.

Au cours du premier semestre de 2011, les phases de sélection, d'approbation et de validation des indicateurs ont été clôturées. Quarante-six indicateurs ont été sélectionnés au total (voir annexe). La phase de sélection a encouru un retard de trois mois en raison de facteurs externes. On attendait en effet la publication d'un rapport du « Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg » (NIVEL)<sup>3</sup> concernant les soins de première ligne, rapport dans lequel un certain nombre d'indicateurs de performance avaient également été sélectionnés et examinés. Ce rapport constituait bien sûr une source d'information importante pour la sélection d'indicateurs dans le cadre du présent projet. La réception du rapport de l'Institut néerlandais ayant encouru du retard, la phase de sélection des indicateurs pour la Balanced Scorecard a également encouru trois mois de retard.

Fin mars 2011, un protocole d'extraction a été élaboré (voir annexe) sur la base duquel l'exploitation des données disponibles a pu être démarrée pour calculer les valeurs des indicateurs sélectionnés. En raison de facteurs internes, cette extraction a encouru un retard de trois à quatre mois. Ces facteurs sont doubles. La direction compétente avait, d'une part, une priorité, à savoir la rédaction d'une brochure sur la biologie clinique dans le cadre de la mise en œuvre de et par le Conseil général d'une décision d'épargne. La direction a, d'autre part, été confrontée à une diminution des effectifs due à la maladie d'un collaborateur jouant un rôle important dans l'extraction de données, et à une restructuration de banques de données gérées par une autre direction.

Finalement, les facteurs de retard – de nature externe et interne tels que cités dans le rapport semestriel de 2011 – n'ont pour ainsi dire pas eu d'impact sur la publication finale du rapport « Balanced Scorecard » (date limite de l'action-engagement : 31.12.2011).

Ce rapport est terminé et a été présenté le 10 janvier 2012 au groupe d'experts du projet, au groupe de travail des médecins généralistes du Conseil national de promotion de la qualité

---

<sup>3</sup> Institut néerlandais de recherche du secteur de la santé.

(CNPQ) et au CNPQ lui-même le 24 janvier 2012. Le rapport y a reçu un accueil positif. Des questions ont néanmoins été posées quant aux suites pouvant être réservées au rapport.

Ce projet a donc été réalisé intégralement.

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

Ce rapport de base générera encore 3 autres rapports dans les prochains mois, à savoir :

- Un rapport « stakeholder » présentant les principaux indicateurs (fin mars 2012),
- Un rapport de synthèse (fin avril 2012)
- Un rapport par cercle de médecins (fin juin 2012).

#### Annexe 1:

- Rapport « Balanced Scorecard pour la médecine générale » de janvier 2012.

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

### BILAN 2011

Déjà dans le cadre du Rapport annuel 2010, il avait été signalé que notamment en raison de facteurs internes la date limite du 1<sup>er</sup> janvier 2011 ne pouvait être respectée pour la réalisation de la phase 1 de la nouvelle application (action-engagement 1). Il a été annoncé que la nouvelle date limite est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Entretemps, on a continué à calculer les forfaits avec l'ancienne application.

La phase 1 de la nouvelle application « MRS-New » comprend trois grands modules ou volets :

- (a) Le module de calcul lui-même ainsi que le transfert des fonctionnalités de l'ancienne application vers la nouvelle application,
- (b) Un volet « paiements » qui implique la liaison du module de calcul au module de paiement générique de l'INAMI,
- (c) Un module « communication et rapport » qui contient notamment le courrier relatif aux calculs et aux paiements. Il comprend en fait déjà des parties de l'action-engagement 2, en matière de compte-rendu notamment.

Au cours du second semestre de 2011, les développements, tests et validations nécessaires relatifs aux fonctionnalités susmentionnées ont été effectués. Le back-office de l'application MRS-New a, excepté quelques aspects relatifs au troisième volet, été mis en production dans

les premières semaines de 2012. L'action-engagement 1 est donc réalisée. La nouvelle application a permis d'effectuer, en février, une première série de paiements au bénéfice des maisons de repos (décompte fin de carrière professionnelle, paiement avance fin de carrière professionnelle, décompte 3<sup>e</sup> volet, paiement avance 3<sup>e</sup> volet) et de transmettre les lettres et annexes y afférentes. En raison de la période de transition, ces paiements ont été effectués deux semaines plus tard que les paiements antérieurs. À partir du prochain trimestre, une accélération des paiements sera toutefois garantie.

### PERSPECTIVES 2012

En cas de modifications réglementaires, il y a lieu d'adapter l'application. Un certain nombre de modifications relatives aux forfaits et quotas sont actuellement encore prévues. La collaboration du service ICT est à chaque fois requis.

L'application MRS-New comprendra, outre le back-office qui est déjà entré en production, une interface utilisateur pour le front-office. À ce niveau-là aussi, la phase de développement a été initiée dans le courant du second semestre, tout comme les tests et les validations. La mise en production est prévue pour fin juin 2012. Jusqu'à cette date, les maisons de repos pourront toutefois encore consulter leurs données via l'ancienne application MRS.

Le Service est conscient qu'il faut prévoir une approche appropriée en matière d'information et de communication. En vue de l'utilisation de l'application par les maisons de repos, un manuel d'utilisation est en cours d'élaboration. On prévoit en outre d'organiser une journée d'étude pour les quelque 1.500 maisons de repos. Celles-ci se verront présenter la nouvelle application et les possibilités qui leur sont offertes.

Étant donné que la réalisation de l'action-engagement 1 avait pris du retard, l'action-engagement 2 a forcément aussi déjà pris du retard. L'INAMI propose, dans le cadre de ce rapport, de geler provisoirement cette action-engagement et d'en reparler lors des discussions concernant le prochain Contrat d'administration, discussions qui auront normalement lieu dans le courant de 2012. Les raisons de cette proposition ont à voir avec l'impact de la réforme de l'État sur le secteur des maisons de repos et sur les importants investissements ICT prévus dans cette deuxième action-engagement pour faire face au manque de moyens ICT. L'INAMI a préparé une note qui explique l'impact du gel de cette action-engagement.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions engagements sont les suivantes :

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

## BILAN DE L'ANNÉE 2011

La cellule Expertise & Coopami a été créée en 2010 afin de répondre à une nouvelle mission de l'INAMI – à savoir rendre compte de l'impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance soins de santé – et a réalisé, sur base d'un rapport rédigé sur ce thème en 2009, une analyse plus détaillée dont la date limite était fixée au 30 juin 2011.

Ce premier engagement est réalisé. Le quatrième Comité d'accompagnement a eu lieu le 30/11/11. L'étude relative à l' « orthopédie-traumatologie » (secteur des implants) est terminée mais quelques demandes d'affinement ont encore été demandées par le dernier Comité d'accompagnement ; le rapport final qui devait être délivré le 31 décembre 2011 selon les nouvelles dates-limites définies dans le 2e rapport semestriel 2011 est disponible en français avec un résumé en anglais et en néerlandais depuis fin janvier 2012 (cf. annexe). Les conclusions de ce rapport ont été présentées lors d'un Comité de direction.

Concernant l'étude relative à la « cardiologie » (secteurs des implants) un draft est prévu pour mars 2012. Les travaux ont commencé début novembre 2011 et le rapport final sera disponible pour fin juin 2012. La composition du Comité d'accompagnement sera adaptée.

## PERSPECTIVES POUR L'ANNÉE 2012

En ce qui concerne l'action-engagement 1, une seconde étude implants « cardiologie », non prévue initialement, sera réalisée, rapport compris, pour juin 2012.

En ce qui concerne le deuxième engagement sur la rédaction d'un rapport thématique de l'impact du vieillissement sur le secteur 'soins aux personnes âgées', la date limite dans le Contrat d'administration avait été fixée au 31 décembre 2012. Cependant, un retard d'un an est à prévoir pour la remise du rapport ; celui-ci s'explique à la fois par un retard dans la procédure de recrutement et donc du démarrage du projet (novembre 2010 au lieu de septembre 2009) et par une demande d'affinement de certains points concernant la 1re action-engagement. L'étude, dont la définition a été largement étendue, démarrera au second semestre 2012 avec un 1er rapport intermédiaire envisageable fin 2013.

### Annexe 2:

- Impact du vieillissement sur les dépenses de l'assurance maladie / FOCUS sur l'orthopédie – traumatologie

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

### INTRODUCTION

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

Les données géographiques qui sont généralement fournies concernent des données non standardisées (coût et nombre de cas par bénéficiaire) qui sont ensuite groupées par région, province et arrondissement en fonction du domicile de l'assuré. Le fait de constater des

variations dans les dépenses sans faire référence à un certain nombre de caractéristiques objectives propres aux populations comparées peut toutefois donner lieu à des conclusions hâtives. Pour les données standardisées et la présentation de leurs variations géographiques, il est tenu compte de la structure démographique (âge, sexe, niveau socioéconomique). Le but des méthodes de standardisation appliquées est de supprimer les variations dans la consommation de soins de santé dues à la structure démographique pour arriver à des comparaisons plus pertinentes.

L'action-engagement (comportant trois dates limites) pour ce projet est la suivante :

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

### BILAN ANNÉE 2011

Dans le rapport annuel 2010 et le rapport semestriel 2011, il avait déjà été indiqué que la publication d'un premier rapport sur la base des données de 2008 avait du retard par rapport à la date limite prévue du 30 septembre 2010. Ce retard était dû à un problème d'effectifs (maladie de longue durée du chef de projet). Pour faire face à ce genre de problèmes à l'avenir, nous avons déjà recruté un collaborateur de plus.

Au cours du premier semestre de 2011, un rapport contenant des données standardisées pour les années 2006 à 2009 a été finalisé. Le rapport contient les données de base relatives aux dépenses par région et arrondissement. Avec la réception de ce rapport, l'action-engagement et les deux premières dates limites ont été réalisées avec un certain retard. Le rapport a été présenté le 9 mai 2011 au Conseil général du Service des soins de santé.

Notons qu'en ce qui concerne les données de 2006, un rapport avait déjà été mis à disposition en 2009 (voir Avenant 2009 : article N2). Le nouveau rapport contient des données légèrement adaptées par rapport à celles contenues dans le rapport précédent. Ces différences sont dues à de petites modifications sur le plan méthodologique. En ce qui concerne les tendances constatées, rien n'a cependant changé.

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

Comme mentionné ci-dessus, le rapport disponible pour les années 2006 à 2009 contient des statistiques de base. Entre-temps, un rapport plus détaillé est en cours de préparation concernant les données de 2009. Ce rapport est en cours de finalisation et sera prêt pour la fin du mois de mars si bien qu'il pourra être présenté au Conseil général au cours du mois d'avril. Lors des discussions internes relatives à ce rapport détaillé, il est apparu que peu de changements ont été constatés par rapport à 2006. C'est pourquoi il semble plus sensé de ne plus rédiger de rapport exhaustif détaillé (pour 1 année spécifique) que tous les 4 ou 5 ans. Les autres années, un rapport/une étude longitudinal(e) plus simple serait alors rédigé/effectuée (portant sur plusieurs années et comportant partiellement des analyses thématiques). La publication aurait chaque fois lieu le premier trimestre de l'année X+2.

En ce qui concerne le rapport sur les données 2010 (dernière action-engagement pour cet article), un rapport présentant des statistiques de base pour les années 2006 à 2010 sera transmis avant la fin du mois de mars 2012. Ce rapport sera également soumis au Conseil général au cours du mois d'avril.

Les 2 rapports (rapport détaillé 2009 et statistiques de base 2006-2010) seront joints en annexe au rapport semestriel 2012.

Annexe : Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

### BILAN 2011

Le projet « Incapacité de travail primaire : statistiques et études » figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Le rapport qui suit est basé sur le compte-rendu détaillé de l'avancement de certains projets du Contrat d'administration, il a été présenté au Comité général de gestion le 27 février 2012.

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

En attendant les études explicatives, le SI rédige chaque année un rapport descriptif sur les données et les évolutions statistiques en matière d'ITP. En 2011, le SI n'a écrit aucun rapport de synthèse sur les données et les évolutions statistiques concernant les données de 2010. Cela s'explique par le fait que ces rapports n'ont aucune utilité immédiate en ce qui concerne une exploitation éventuelle par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

- Étude explicative sur les évolutions statistiques (actions-engagements 2 et 3)

Il est devenu très difficile de respecter le calendrier vu le départ soudain d'un collaborateur qui n'a pu être remplacé que plusieurs mois après par quelqu'un ayant des compétences similaires. Toutefois, sauf cas de force majeure, le Service dispose pour l'instant des compétences nécessaires et on prévoit que cela sera le cas jusque fin 2012.

La deuxième version de l'IFW a été introduite pour validation auprès du Service des indemnités au cours de la troisième semaine de janvier. Des adaptations devront peut-être être apportées en fonction des remarques et des constatations du Service. Du côté de l'ICT, les trois dernières « business rules » seront implémentées pour la prochaine mise sur le marché. Pour l'IFW, on prévoit que deux à trois courtes itérations/mises sur le marché (d'une semaine chacune) seront encore nécessaires avant que les OA puissent transmettre leurs fichiers pendant une phase de test. Si tout se passe bien pour tous les OA, nous pourrions passer à la production. Le calendrier est donc le suivant : à partir de la mi-février 2012 environ, il doit être possible de transmettre des données individualisées relatives à l'ITP dans un environnement de test. Une phase de test avec un OA (OA600) est déjà en cours. Ces informations ont été communiquées formellement aux organismes assureurs. Cela implique

que, via le canal CareNet et de manière informatisée, (a) un envoi est lancé par les organismes assureurs, (b) cet envoi est réceptionné par l'INAMI, (c) l'INAMI effectue une série de contrôles des données, (d) un feedback de ces contrôles est envoyé aux organismes assureurs et (e) un deuxième envoi des organismes assureurs peut être réceptionné par l'INAMI avec d'éventuelles corrections. Les données reçues sont complétées au niveau individuel et mises à jour à l'aide des données provenant du Registre national. Il s'agit de la réalisation de la première phase du projet nécessaire pour parachever l'étude. Beaucoup dépendra des résultats de ces tests et de la réception à temps des données de tous les OA. Outre l'aspect technique, il faut tenir compte du contrôle de qualité des données transmises. Les données à caractère personnel transmises pour les années 2009 et 2010 doivent bien sûr correspondre aux données cumulées transmises pour les années en question.

- a. Approfondissement de l'étude explicative sur la base des données de l'ONEM (adaptation du message électronique LO35) (action-engagement 3)

Le calendrier établi par l'ONEM a été respecté. L'adaptation du message électronique LO35 a été finalisée en mars 2011. L'accès opérationnel au flux dépend cependant de la réalisation d'un projet à la BCSS. Il s'agit de la migration par la BCSS vers la plateforme SOA. Ce projet a du retard. Jusqu'à présent, on ignore quand la BCSS migrera vers la plateforme SOA vu les problèmes en termes de prestation. Les tests au niveau de la réception et du traitement de ces données à l'INAMI ne pourront se faire que par la voie de la plateforme citée. L'enrichissement de l'étude par les données de l'ONEM ne pourra se faire qu'après le test technique de l'adaptation du message électronique et lorsque le message aura été jugé bon quant au contenu. Pour cette raison, il n'est pas non plus possible de prévoir un calendrier concret.

- b. Approfondissement supplémentaire de l'étude explicative sur la base de la liaison avec les codes ICD 10 (ne figure pas parmi les engagements mentionnés dans le Contrat d'administration actuel)

L'INAMI ne dispose actuellement pas d'une subdivision des cas d'incapacité de travail primaire par groupe de maladies. En vue d'obtenir ces informations, un projet a été lancé entre l'INAMI et les organismes assureurs dans le cadre duquel un code « pathologie » sera communiqué pour chaque titulaire, par période de maladie en incapacité de travail primaire. Dans ce contexte, la classification internationale des diagnostics, l'ICD10, sera utilisée. Les données pourront être transmises à l'INAMI via la plateforme e-health à la fin 2013. La liaison des données « pathologies » aux données « dépenses en incapacité de travail primaire » pourra se faire au plus tôt en 2014. Il va de soi que l'INAMI est fortement dépendant des discussions menées au sein du CTM notamment.

Les facteurs critiques sont énumérés ci-après.

Il convient de souligner avant tout que l'établissement d'un calendrier au début de chaque projet n'est pas chose aisée. Un projet complexe tel que l'individualisation des données comptables en période d'incapacité de travail primaire n'échappe pas à la règle. Personne ne sait d'avance quelles seront les difficultés à surmonter, ni quel sera le temps nécessaire pour trouver des solutions.

Concernant la réalisation d'un flux électronique intégré de données comptables et statistiques individualisées, l'INAMI a entamé les travaux en 2009 en collaboration avec les OA. Cela impliquait notamment d'enrichir et d'accélérer la transmission de données. Les discussions avec les OA tant sur le contenu du flux que sur les modalités de transmission des données ont pris plus de temps qu'initialement prévu (cf. les rapports semestriels et annuels sur le Contrat d'administration). Cet élément doit être considéré comme un facteur externe.

Une première grande difficulté à résoudre concernait le fait que les organismes assureurs ne procèdent pas de la même façon pour traiter les données comptables de l'incapacité de travail primaire. Ce fut un réel défi de gommer les différences et d'obtenir des accords uniformes applicables par tous. Dans certains cas, ce fut même impossible parce que les adaptations requises des programmes actuellement utilisés par les organismes assureurs étaient beaucoup trop importantes. Les schémas initialement établis ont par conséquent dû être rectifiés pour se conformer à certains souhaits spécifiques formulés par les organismes assureurs. Cette phase a pris plus de temps que prévu initialement.

La finalisation des nombreux projets ambitieux que l'INAMI s'est proposé de réaliser dans le cadre du Contrat d'administration constitue un réel défi pour le service informatique. Celui-ci est en effet concerné par chaque projet devant être réalisé. Même en travaillant efficacement, les moyens ne sont pas illimités. Des choix devront donc inévitablement être faits. La fixation des priorités en fonction des besoins qui sont, à un moment donné, les plus urgents et qui varient souvent dans le temps n'a pas toujours été dans l'intérêt du projet IFW. La programmation du projet a par conséquent pris beaucoup plus de temps que prévu initialement.

La première partie de la programmation du transfert de données a été achevée par le Service ICT, début 2012, et soumise pour validation dans la deuxième quinzaine de janvier. Après validation, les OA pourront transférer des données ITP individualisées par voie électronique. Les organismes assureurs ont formellement été informés de cette possibilité. Le transfert automatisé des données via le canal CareNet signifie a) que les organismes assureurs envoient les données, b) que l'INAMI les réceptionne, c) que les données font l'objet d'un certain nombre de contrôles effectués globalement par l'INAMI, d) que les résultats de ces contrôles sont communiqués aux organismes assureurs et e) que l'INAMI peut recevoir un deuxième envoi des organismes assureurs, envoi contenant des éventuelles corrections. Dès le départ, le but était d'automatiser le flux de données via le canal CareNet. La mise à disposition de CareNet dans l'environnement de production a été réalisée au niveau de l'INAMI en septembre 2011. Pour des raisons techniques, des tests n'ont pas pu être effectués à un stade plus précoce. Quoiqu'il en soit, cette première phase du projet est nécessaire pour pouvoir finaliser la première étude des facteurs explicatifs.

Notons que le contrôle de la qualité des données transmises par les OA est tout aussi important que l'aspect technique du transfert des données. Il va de soi que les données individualisées qui ont été transmises pour 2009 et 2010 doivent être identiques aux données cumulées transmises pour les années concernées.

Dès que le transfert des données sera opérationnel et de qualité suffisante, le Service des indemnités pourra entamer l'analyse des données et réaliser la première étude des facteurs explicatifs de l'évolution de l'ITP. Il faut compter à peu près 2 à 3 mois pour cette phase d'analyse et d'étude. La note pourra ensuite être soumise au Comité de gestion du Service des indemnités.

L'ajout de contrôles détaillés constitue la deuxième phase du transfert de données. Dans ce contexte, l'INAMI effectue actuellement les analyses d'entreprise nécessaires. Le Service ICT de l'INAMI met à disposition les moyens nécessaires au développement de ces contrôles détaillés du transfert de données. Le couplage des données ITP à celles de l'ONEM (dépendance externe, voir ci-dessus) ensemble avec les données ICD-10 (dépendance externe, voir ci-dessus) permettront d'approfondir davantage encore l'étude des facteurs explicatifs.

### PERSPECTIVES 2012

- Étude explicative sur les évolutions en matière d'ITP (actions-engagements 2 et 3)

À partir du moment où les données ITP à caractère personnel pourront être transmises dans un environnement de production et qu'elles satisfassent aux normes de qualité fixées par le Service des indemnités, l'analyse des données pourra commencer. Cette analyse devra alors aboutir à la réalisation de l'étude relative aux évolutions constatées en période d'incapacité de travail primaire. En fonction de la charge de travail du Service des indemnités, il faut compter que l'analyse approfondie des données et la rédaction du rapport dureront au minimum deux à trois mois.

La mise en production du flux LO35 dépend du développement de la plateforme SOA au sein de la BCSS (cf. supra). La liaison avec les informations relatives aux pathologies dépend elle aussi de facteurs externes (cf. supra).

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

### BILAN 2011

Le projet « reprise d'activités partielles autorisées au moyen de statistiques et d'études » figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 et l'Avenant 2009. Le rapport ici présenté est basé sur les rapports faits au Comité général de gestion le 27 février 2012 concernant la situation précise d'un certain nombre de projets du Contrat d'administration.

Il convient de souligner d'abord que les actions-engagements prévus dans le précédent Contrat d'administration et dans l'Avenant ont été réalisés. Le flux de données électronique a d'abord été mis en production début 2010, conformément au planning convenu. Dans ce contexte, le flux papier a été supprimé en janvier 2011, ce qui a contribué à une simplification considérable sur le plan administratif. Le système servant à produire des statistiques à partir de données est aussi opérationnel depuis le premier semestre de 2010.

Seule l'élaboration de la note sur le fonctionnement du système de reprise d'activité autorisée à temps partiel a accusé du retard. Le Service des indemnités soumettra cette étude – basée sur les données de 2009 et 2010 - au Comité de gestion au cours du premier semestre de 2012.

Une liste des facteurs critiques a été établie.

La préparation du nouveau flux électronique via CareNet avec les données sur la reprise d'une activité à temps partiel a pris plus de temps qu'initialement prévu (cf. les rapports semestriels et annuels sur le Contrat d'administration). Les négociations qui ont dû être menées avec les OA sur le contenu du flux, les développements et les tests techniques à

effectuer dans les OA et à l'INAMI ont joué un rôle important à cet égard. Ces éléments doivent être considérés comme des facteurs externes.

Comme dit précédemment, d'un point de vue technique, le flux électronique est maintenant opérationnel depuis un certain temps déjà. Toutefois, un point d'attention important et récurrent dans ce projet demeure la qualité des données transmises, conformément aux accords passés entre le Service des indemnités et les organismes assureurs avec l'approbation expresse de ces derniers. La qualité de l'étude à réaliser dépend en effet de la qualité des informations de base sur lesquelles elle repose.

Lors de divers contrôles de qualité détaillés effectués par le Service des indemnités, il est apparu que certains organismes assureurs n'ont pas respecté ou ont mal interprété les accords convenus. Les erreurs constatées ont eu un impact direct sur la qualité des statistiques établies par le Service des indemnités, ce qui pourrait générer des conclusions erronées lors de leur publication.

Les problèmes se sont essentiellement posés dans les unions nationales dont les applications informatiques sont sous-traitées par des tiers.

Un des principaux problèmes était la transmission des enregistrements (records) dans un ordre dénué de toute logique. Étant donné que les rejets d'enregistrements transmis antérieurement n'ont pu être traités à temps, des enregistrements ont été transmis pour des dossiers qui avaient déjà été rejetés. Finalement, plus personne ne savait précisément quels dossiers avaient été rejetés ou annulés. C'était le chaos.

La transmission de décisions comme premières autorisations alors qu'il s'agissait d'autorisations existantes qui avaient été prolongées était un deuxième point d'attention. L'exactitude de cette information est non seulement importante en matière de statistiques, mais aussi du fait que seules ces premières autorisations sont imputées dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion des organismes assureurs. Si les règles du jeu ne sont pas respectées ici, le traitement des organismes assureurs risque d'être inégal pour ce critère.

Afin de trouver des solutions, les premières discussions à ce sujet ont été entamées en mai 2010 avec tous les acteurs concernés, y compris le concepteur de l'application. Malgré la bonne volonté des unions nationales concernées, le concepteur n'a pas réussi à respecter les échéances convenues pour la transmission des données corrigées. De ce fait, on a enregistré un retard de plusieurs mois. En août 2011, les problèmes constatés étaient à ce point graves qu'on a même pensé détruire toutes les autorisations introduites depuis 2009 et recommencer à zéro. Au terme d'une concertation intense avec toutes les parties concernées, ce scénario a pu être évité et on a opté pour l'amélioration des informations transmises précédemment.

Aujourd'hui, les unions nationales concernées ont, pour certains organismes assureurs, transmis les corrections nécessaires dans un environnement de test. Il ressort de la première analyse que la qualité des données est nettement meilleure. Le Service des indemnités a dès lors donné son feu vert pour la transmission de toutes les applications pour toutes les mutualités concernées en environnement de production. Pour des raisons d'ordre technique, cette opération doit se faire graduellement (max. 1000 enregistrements par envoi).

En janvier 2012, le Service des indemnités a contrôlé la qualité des données transmises de manière approfondie. Un mois est encore prévu pour rectifier les données en collaboration avec les OA. La qualité des données s'est en tout cas déjà fortement améliorée et il ne subsiste pas de problème fondamental. Une réunion de débriefing sera à nouveau organisée en février ou en mars avec les OA. Les participants discuteront des anomalies constatées dernièrement en vue d'y remédier et de veiller à la qualité des données à l'avenir.

Dès le mois de février 2012, le Service des indemnités a entamé l'analyse des données disponibles – pour les années 2009 et 2010.

## PERSPECTIVES 2012

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

Le Service des indemnités soumettra l'étude au Comité de gestion au cours du premier semestre 2012 – sur la base des données 2009 et 2010.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Actions-engagements :

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

### BILAN 2011

Dans le cadre du rapport annuel 2010 relatif à l'exécution du Contrat d'administration, il avait déjà été mentionné que les activités de la Taskforce « évaluation médicale » et « incapacité de travail » avait débouché avant fin 2010 sur un projet de Plan d'approche (action-engagement 1) comprenant une analyse ainsi que des propositions de réforme tant globales que ponctuelles. L'action-engagement a donc été réalisée à temps. Le plan d'approche a été soumis au Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés ainsi qu'à la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité. Des adaptations ont été apportées par la suite (cf. rapport semestriel 2011).

Le plan d'approche constitue la base d'une stratégie pluriannuelle et porte à exécution une série de projets y afférents. Un certain nombre de ces projets ont déjà été réalisés ou mis en œuvre. Il s'agit :

- de l'organisation d'une après-midi d'étude sur le thème « santé mentale et évaluation médicale » rassemblant chercheurs et acteurs de terrain ;
- de l'organisation et de l'encadrement de la mission OCDE en Belgique sur le thème « la santé mentale et le travail » ;
- de la finalisation du texte de la convention à conclure entre l'INAMI et le FOREM et l'AWIPH et des discussions à entamer concernant une convention avec la Communauté germanophone (ADG – DPB) ;
- des réunions de la Task Force Return to Work : présentation et méthodologie de l'étude, préalablement à la réalisation d'un projet pilote en vue de la réinsertion professionnelle volontaire de personnes bénéficiant d'une indemnité d'incapacité de travail (cf. les Disability Case Managers) ;
- de l'adaptation de l'indemnité horaire de formation et de la prime de réussite en vue d'un meilleur fonctionnement du système de réinsertion socioprofessionnelle. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011, ces montants s'élèvent respectivement à 5 et 500 euros.
- de la retenue sur les indemnités en cas de reprise de travail à temps partiel qui a été adaptée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## PERSPECTIVES 2012

L'action-engagement du Contrat d'administration a été intégralement réalisée dans les délais fixés.

Les actions suivantes sont prévues pour 2012 en vue d'exécuter le plan d'approche:

- évaluation des résultats de la convention conclue avec le VDAB après un an de fonctionnement ;
- soumettre la convention INAMI – FOREM / AWIPH aux Comités de gestion respectifs et la signer ;
- poursuivre les discussions en ce qui concerne les conventions INAMI – ACTIRIS et INAMI – ADG ;
- réaliser une brochure d'information à l'attention des assurés sociaux en ce qui concerne la réinsertion professionnelle ;
- tirer des conclusions de l'étude, préalablement à la réalisation du projet pilote (cf. supra) et faire des recommandations concrètes afin de stimuler la réinsertion volontaire sur le marché du travail de personnes bénéficiant d'une indemnité.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

### BILAN 2011

L'action-engagement 2011 a été réalisée. Le SECM a remis un rapport d'activités pour l'année 2010 en mai 2011. Il a ainsi largement respecté la date limite, tout comme l'année précédente. (cfr Rapport semestriel 2011)

### PERSPECTIVES 2012

Le prochain rapport semestriel (activités année 2011) sera produit au cours du premier semestre 2012.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

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

### BILAN DE L'ANNÉE 2011

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

Cet engagement est réalisé (cf. 2<sup>e</sup> rapport semestriel 2011).

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

Cet engagement est en préparation. Le rapport annuel actuel a été examiné d'un regard critique. Suite aux résultats obtenus, une nouvelle proposition d'engagement a été formulée : *Développement d'un outil « d'auto-reporting » dynamique et moderne*. La reformulation de cette action-engagement a été validée par le Commissaire du gouvernement ainsi que le Comité général de gestion et a été reprise dans le rapport annuel. Comme on s'oriente d'un rapport annuel classique vers un instrument moderne et dynamique d'autoproduction de rapports, l'échéance de fin 2010 ne peut plus être respectée ; elle a donc été reportée à fin 2012 afin de disposer du temps nécessaire pour mettre cet instrument en ligne.

Avec ce nouvel outil, les citoyens pourraient alors générer eux-mêmes (via le site web de l'INAMI) des tableaux de base en sélectionnant certains paramètres. Cette approche constituerait une amélioration notable pour la communication externe sur les effectifs et s'inscrirait dans une démarche de publicité active par l'administration. Un tel outil est d'ailleurs déjà utilisé par d'autres IPSS, notamment par l'ONAFST, l'INASTI et la BCSS.

Outre les actions déjà réalisées et répertoriées dans le 2<sup>e</sup> rapport semestriel 2011, notons les évolutions suivantes :

- En attendant la mise en ligne de ce nouvel instrument, le Service a opté pour une solution intermédiaire en apportant des modifications (minimales) au rapport actuel (statique) pour le rendre plus lisible et plus accessible. Cette solution a été développée et réalisée au mois de juin en collaboration avec un coordinateur communication du SCA. Le rapport est consultable sur le site de l'INAMI<sup>4</sup> : <http://www.inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2010/pdf/statisticspeople2010all.pdf> ;
  - L'analyse BIO est réalisée ;
  - Plusieurs réunions avec le service ICT ont eu lieu au cours de l'été 2011 et fin 2011. Sur base de la BIO analyse, l'ICT étudie quelle solution technique est possible ;
  - En ce qui concerne la possibilité d'un « recyclage » d'un outil d'auto-reporting basé sur le web (cf. Librada, etc.), l'ICT a étudié la technologie existante pour le projet mais au final, les besoins s'avèrent fort différents ;
  - Un comité de pilotage a eu lieu en janvier 2012 ;
  - L'ICT développe actuellement un « proof of concept » dans le cadre de l'analyse fonctionnelle ;
  - La fiche-projet est en cours de rédaction et sera achevée au mois de février 2012 (Une version draft existe déjà).
- *Engagement 3: Elaborer un formulaire standard pour la demande de données concernant les effectifs. Date limite : 31 décembre 2010.*

L'action-engagement est réalisée : le formulaire ainsi élaboré a été mis sur le site de l'INAMI à la mi-février 2011.

### PERSPECTIVES POUR L'ANNÉE 2012

En ce qui concerne l'engagement 2 – la poursuite du développement de l'outil « d'auto-reporting » dynamique et moderne – la date limite est toujours fixée au 31 décembre 2012. Une fois que l'ICT aura étudié les différentes possibilités, le choix de la structure de l'outil pourra être effectué.

Annexe : Aucune

## ARTICLE 20. Élections électroniques

### INTRODUCTION

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

En vue de simplifier la procédure et de diminuer la charge de travail administrative pour l'INAMI et ses partenaires (les organisations professionnelles sont aussi étroitement

<sup>4</sup> <http://www.inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2010/pdf/statisticspeople2010all.pdf>  
<http://www.inami.fgov.be/information/nl/statistics/people/2010/pdf/statisticspeople2010all.pdf>

associées au dépouillement des votes : témoins, assesseurs,...), l'INAMI a développé une procédure de vote électronique pour toutes les élections à organiser et ce, en concertation avec les membres des organisations professionnelles représentatives des médecins, des praticiens de l'art dentaire et des kinésithérapeutes.

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

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

### BILAN ANNÉE 2011

Dans le cadre du rapport annuel 2010 et du rapport semestriel 2011 sur l'exécution du Contrat d'administration, rapport a été fait concernant l'organisation des élections électroniques des dentistes (action-engagement 2). Cette action-engagement a donc été entièrement réalisée en 2011. En effet, une série de mesures réglementaires et administratives ont été prises, une concertation a eu lieu avec les associations de dentistes, et il a été décidé – à l'instar de l'élection des médecins en 2010 –, de prévoir une procédure mixte permettant de voter tant par voie électronique que sur papier. La procédure de vote a officiellement débuté le 3 mars 2011, entre autres avec l'établissement de la liste électorale, la procédure pour les associations participantes et le tirage des numéros. Les bulletins de vote, y compris les explications concernant la procédure, ont été envoyés le 6 juin, par recommandé aux électeurs. La période de vote a été clôturée le 21 juin, après quoi les bulletins de vote ont pu être scannés. Le dépouillement officiel a eu lieu le 28 juin.

Comme indiqué plus haut, une procédure de vote mixte pourrait être choisie ; celle-ci permettrait de voter tant par voie électronique que sur papier. Au final, seuls 25% du total des suffrages ont été exprimés par voie électronique. En comparaison, le mode de scrutin mixte pour les médecins a compté un peu moins de 20% des électeurs par voie électronique.

Par ailleurs, il y a eu une simplification de telprocédure qui était équipé d'un bureau unique au lieu de 7 auparavant.

À l'automne 2011, le Service a commencé à préparer les élections électroniques des kinésithérapeutes (action-engagement 3). Une version démo de l'application a été présentée le 20 octobre 2011 à l'organisation professionnelle des kinésithérapeutes. Ici aussi, il a été décidé de maintenir le double circuit à l'instar des médecins et des dentistes.

Les textes réglementaires ont été présentés au Comité de l'assurance le 28 novembre 2011 et transmis au ministre le 30 novembre 2011. En interne, le Service a pris toutes les mesures préparatoires, dont entre autres une concertation interne entre le business et l'ICT le 16 janvier 2012. Entre-temps, la procédure a été entamée officiellement par la publication des textes réglementaires (2 AR + 1 AM) au Moniteur belge le 13 février de cette année.

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

Les organisations professionnelles ont jusqu'au 5 mars 2012 pour introduire leur candidature. Les candidatures introduites seront ensuite examinées. En fonction du nombre de candidatures introduites et de l'approbation des dossiers, une procédure d'appel peut encore courir jusqu'au 30 avril 2012 au plus tard.

En fonction du nombre de candidatures, la période de vote effectif s'étendra du 26 mai au 11 juin. Le dépouillement se terminera le 19 juin.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

1. Inventaire des flux de données possibles que l'INAMI peut mettre à disposition de plusieurs groupes cibles via l'e-box (notamment des pharmaciens, des praticiens de l'art dentaire, des praticiens de l'art infirmier, des médecins). Date limite : 30 juin 2010. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (voir Rapport annuel 2010).
2. Campagne d'information pour la promotion de l'e-box à l'intention des groupes cibles possibles. Date limite : 31 octobre 2010.
3. Plan d'action pour l'opérationnalisation des flux de données possibles, approuvés par les partenaires externes (quels flux de données, pour quel groupe cible et pour quand ?) Date limite : 31 décembre 2010.

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

2. Démarrage et utilisation de la « eHealthBox » pour un premier groupe cible. Date limite : 31 décembre 2011.
3. En ce qui concerne la reformulation de l'action-engagement 3, une proposition serait formulée dans le cadre du Rapport semestriel 2011. La reformulation a été retardée du fait que la deuxième version de l'eHealthBox n'est pas encore prête (facteur externe). Elle est prévue dans le courant de 2012.

### BILAN ANNÉE 2011

En raison de facteurs stratégiques, opérationnels et techniques tant sur le plan externe que sur le plan interne, les actions-engagements 2 et 3 ont été reformulés.

Du côté de L'INAMI, toutes les dispositions opérationnelles et techniques nécessaires en vue de l'utilisation de la « eHealthBox » ont été prises. La communication du numéro INAMI et de toutes les informations y afférentes aux kinésithérapeutes fait partie d'un projet pilote prévu par l'INAMI.

La première version de la « eHealthBox » – telle que développée par la plateforme eHealth – ne comprenait toutefois pas toutes les fonctionnalités relatives notamment au message de transmission, au message de réception et aux messages d'erreurs qui étaient souhaitées dans le cadre du projet pilote de l'INAMI. Il a par conséquent été décidé d'attendre une deuxième version de la « eHealthBox » (facteur externe).

## PERSPECTIVES ANNÉE 2012

En raison de la plateforme « eHealth » (facteur externe), on travaille actuellement à une nouvelle version de la « eHealthBox » dans laquelle les fonctionnalités demandées par l'INAMI seront également intégrées. Dès que cette nouvelle version sera prête, l'INAMI pourra démarrer son projet pilote (action-engagement 2). La Commission de conventions prévoira à ce moment-là aussi la communication nécessaire avec les kinésithérapeutes. Au niveau de la plateforme eHealth, il avait été prévu que l'application de la deuxième version de l'eHealthBox serait mise à disposition en phase test au premier trimestre de 2012, et mise en production dans le courant du deuxième trimestre de 2012. Dans le courant du mois de mars de cette année, une concertation sera organisée entre l'INAMI et eHealth en vue de l'opérationnalisation.

La date limite de l'action-engagement 2 (31 décembre 2011) ne pourra donc pas être respectée en raison de facteurs externes.

La nouvelle action-engagement sera formulée au moment où la prochaine version de l'eHealthBox sera opérationnelle.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

### BILAN 2011

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

Notons par ailleurs que le fichier de référence des implants actuellement remboursables est encore toujours opérationnel. Dès que la nouvelle procédure de remboursement (voir également l'article 30 du Contrat d'administration) entre en production, un fichier de référence adapté sera établi dans un délai de 6 mois (action-engagement 2) ; il s'agit de l'alimentation

du fichier de référence par la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs qui doit encore être créée (CRIDMI). On ignore encore la date exacte de mise en production. Les textes réglementaires préliminaires requis ont été rédigés mais doivent encore être examinés par le Comité de l'assurance pour ensuite être approuvés et publiés. Dans le cadre du rapport fait concernant l'article 30, il a été indiqué de quelle manière l'INAMI souhaite organiser le traitement des textes réglementaires dans le courant de 2012.

- Action-engagement 3: apurement du fichier de référence des maisons de repos

En ce qui concerne l'apurement du fichier de référence « maisons de repos » (action-engagement 3), une importante amélioration de la qualité a déjà été réalisée dans le courant de 2010 (cf. rapport annuel 2010). De ce fait, l'action-engagement a déjà été réalisée en grande partie.

Le rapport semestriel 2011 faisait encore état d'un point à traiter en fonction du planning du projet My CareNet consacré aux maisons de repos (facteur externe), à savoir l'inventaire et l'encodage des responsables dans le cadre de la gestion des mandats au sein des maisons de repos. Au cours du printemps 2011, une circulaire a été diffusée à l'attention des maisons de repos leur expliquant comment elles pouvaient elles-mêmes consulter et modifier ces données au moyen d'un module développé par l'INAMI à cet effet. La correction des données par les maisons de repos pourraient ensuite faire l'objet d'un monitoring par l'INAMI. Ce suivi de la qualité a été réalisé en novembre/décembre 2011. Les résultats étaient satisfaisants. Nous considérons donc l'action-engagement 3 comme entièrement réalisée.

### PERSPECTIVES 2012

Il est évident qu'une mission importante du Service des soins de santé compétent et de ses directions consiste également à tenir à jour les différents fichiers de référence, à contrôler leur qualité et à prévoir une transmission fluide vers la plateforme eHealth.

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 23. My CareNet**

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements consistent à :

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

### BILAN 2011

- Actions-engagements de l'INAMI

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

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

- Roll-out de My CareNet sur le terrain

Les praticiens de soins infirmiers à domicile constituaient le premier groupe cible à entrer en production générale dans My CareNet à la mi-2010. Ils peuvent ainsi consulter les droits d'assurabilité du patient, transmettre les factures par voie électronique aux organismes assureurs (OA) et transmettre une série de documents médico-administratifs par voie électronique aux OA. Au niveau de la Commission de conventions, il a été convenu d'une série de mesures afin d'accélérer le roll-out de My CareNet pour les praticiens de soins infirmiers à domicile. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, la fonctionnalité « assurabilité » sera obligatoire ; la fonctionnalité « documents médico-administratifs » le sera également à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Le prochain groupe cible à avoir mis My CareNet en production est le groupe des laboratoires. La phase pilote a démarré le 1<sup>er</sup> avril 2010. Le développement se déroule très lentement. Un des problèmes majeurs concerne le manque de plus-value ressentie et donc le manque d'apport de la part des laboratoires. Dans le courant du second semestre de 2011, une réflexion a été menée sur la manière de renforcer cet apport. Un cadre réglementaire est en cours de préparation à l'INAMI afin de supprimer un certain nombre de documents papier à transmettre trimestriellement et mensuellement dès que les labos entreront dans le système My CareNet.

Depuis décembre 2010, quelques offices de tarification ont démarré en pilotes. Au printemps 2011, le développement a démarré – après approbation de la convention avec les pharmaciens en juin 2011. Les offices de tarification ont la possibilité de consulter, sous conditions strictes, l'assurabilité par l'intermédiaire d'un portail. La quasi-totalité des offices de tarification seront en production début 2012.

En ce qui concerne les pharmacies (officines/titulaires), la convention avec les pharmaciens a été approuvée au sein de la Commission de conventions de juin 2011. Le roll-out de la fonctionnalité « consultation droits/assurabilité » a ensuite démarré dans My CareNet. Une évaluation par l'APB/OPHACO est prévue début 2012 en fonction de laquelle un roll-out pourra ensuite être possible. À la demande du CIN/des OA, le « compteur ticket modérateur » sera également ajouté dans le cadre du MAF – à l'instar des hôpitaux – avec communication automatique au pharmacien afin de pouvoir facturer directement aux OA. Ceci devrait stimuler l'utilisation de My CareNet. L'INAMI s'occupe des préparations réglementaires. Étant donné que la suppression de la carte SIS est prévue pour 2013, le timing de ce roll-out doit être adapté en conséquence. En ce qui concerne la fonctionnalité « consultation du Chapitre IV », un roll-out est prévu en 2012.

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

En ce qui concerne les médecins, un premier calendrier a été fixé pour la mise en production de la fonctionnalité « consultation du chapitre IV ». Celui-ci a aussi été présenté à Médicomut dans le courant du mois de septembre 2011. Le démarrage du déploiement de la fonctionnalité « consultation des droits/de l'assurabilité » est prévu quant à lui pour le début du mois d'avril 2012. Certains projets de documents stratégiques ont été établis en ce qui concerne les fonctionnalités de la facturation et des attestations électroniques. Au cours du second semestre de 2011, un groupe de travail informel a été créé au sein de la Médicomut, composé de représentants de l'INAMI et des OA qui continueront à finaliser ce dossier. Les travaux de ce groupe de travail vont débuter en mars 2012.

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

- Points d'attention généraux

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

Deuxièmement, il reste la question de savoir quand les documents papier pourront-ils être supprimés une fois que My CareNet sera entièrement opérationnel. Dans le cadre des fiches fiscales y afférentes, il a déjà été convenu avec le SPF Finances qu'ils doivent pouvoir

disposer des mêmes données qu'auparavant avec le circuit papier. L'INAMI et les OA ont préparé un dossier dans le courant de second semestre de 2011 dans lequel une approche et des accords concrets ont été conclus avec le SPF Finances en ce qui concerne le contenu, la forme, le timing, etc. du transfert de données. Ce dossier fera l'objet d'une discussion avec le fisc dans le courant du premier semestre de 2012.

Troisièmement, il y a le problème de la force probante. Les textes réglementaires ont toutefois été préparés. Ceux-ci se retrouvent dans la 2<sup>e</sup> loi portant des dispositions diverses urgentes qui a été approuvée en deuxième lecture en Conseil des Ministres du 17/02/2012. Le projet d'AR d'exécution a déjà été soumis au Conseil des ministres. En attendant l'entrée en vigueur de ces dispositions réglementaires qui entendent offrir un cadre aux flux électroniques et à la digitalisation de documents et de données en vue d'une équivalence entre données papier et données électroniques, il est par ailleurs possible de recourir à une procédure très compliquée de conclusion de protocoles prévue dans l'Arrêté royal du 22 mars 1993 pour la conservation de données et de pièces sur support digital.

### PERSPECTIVES 2012

Au cours de 2012, le SSS continuera à travailler au cadre réglementaire et à améliorer la communication dans le cadre du développement de My CareNet pour différents groupes cibles.

Le développement du programme My CareNet parmi les différents groupes cibles se poursuit selon le planning prévu et coordonné au niveau du Collège intermutualiste national ainsi qu'en concertation avec l'INAMI, la plateforme eHealth et les secteurs concernés.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

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

Les actions-engagements de ce projet sont les suivantes :

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

3. Élargissement de l'application web aux tuteurs coronaires dans l'année qui suit la publication de la nomenclature (= X). Date limite : X+12 mois.

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

### BILAN ANNÉE 2011

- Endoprothèses

Aux termes de l'action-engagement, il y a lieu de prévoir une application web pour les endoprothèses dans les deux ans qui suivent la publication de la nomenclature.

La nomenclature a été publiée au Moniteur belge le 30 juillet 2009. La date limite pour cette action-engagement est donc le 30 juillet 2011. Au cours du premier semestre de 2011, le développement de l'application web pour les endoprothèses ainsi que la phase de test ont été finalisés. Sur la base des résultats de la phase de test, le Conseil technique a encore suggéré quelques modifications. Ces modifications ont entre-temps été apportées. L'application web pour l'enregistrement électronique des endoprothèses est entrée en production depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

- Tuteurs coronaires

Aux termes de l'action-engagement, il y a lieu de développer une application web pour les tuteurs coronaires dans l'année qui suit la publication de la nomenclature.

La nomenclature a été publiée au Moniteur belge le 25 février 2011. L'application web devra donc être opérationnelle au plus tard le 25 février 2012.

Le développement technique est actuellement en cours. Pour les tuteurs coronaires, il est fait usage d'une application web et d'un « system to system webservice ». Le 5 décembre, tous les hôpitaux ont assisté à une démonstration de l'application web. Cette application était en phase de test du 15 décembre 2011 au 31 janvier 2012. La phase de test pour le «system to system webservice» est terminée. L'application sera en production le 1 mars 2012. En outre le développement d'un system to system webservice est prévu pour les données scientifique (données pour les remboursements).

L'INAMI a reçu durant l'été un avis favorable de la Commission de la vie privée. Ce dossier est le premier dans lequel le Collège des Médecins (sous les auspices du SPF Santé publique) sera intégré en tant qu'acteur.

- Aspects généraux

Le rôle du médecin-conseil dans l'ensemble du flux informatisé constitue, pour l'instant, un aspect sous-exposé, comme il en a déjà été question dans le Rapport annuel de 2010. Les activités du médecin-conseil – par exemple l'autorisation qu'il donne pour l'utilisation d'un implant – n'ont jusqu'à présent pas encore été informatisées. L'intégration des médecins-conseils dans le circuit électronique fait l'objet d'un groupe de travail auquel l'INAMI, les OA et la SMALS sont associés. Ce groupe de travail ne s'est pas encore réuni en 2011.

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

Pour les tuteurs coronaires, l'application web et le « system to system webservice » entreront en production au 1<sup>er</sup> mars 2012.

L'application web pour les stimulateurs cardiaques sera par ailleurs complétée par des indicateurs de qualité. Pour ce faire, le Collège des médecins qui opère dans le sein du SPF Santé publique émettra – en application d'une étude du KCE – un avis à propos des programmes de soins « pathologie cardiaque ». Ces indicateurs de qualité sont importants pour l'évaluation du remboursement des implants.

En ce qui concerne les aspects généraux de Qermid, mentionnons deux choses : premièrement, le groupe de travail auquel l'INAMI, les OA et la SMALS sont associés et qui se penche sur l'intégration des médecins-conseils dans le circuit électronique se réunira pour peu que la proposition technique formulée par la SMALS soit validée (notamment en vue du Chapitre IV). Il se réunira en 2012. Deuxièmement, la possibilité de modifier ultérieurement les données transmises sera également prévue dans l'application électronique en vue d'améliorer la qualité des données.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

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

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

### BILAN ANNÉE 2011 & PERSPECTIVES ANNÉE 2012

La dernière action-engagement de l'article 25 concerne l'introduction en ligne de la demande d'accréditation (3<sup>e</sup> phase) dont la finalisation est prévue pour la fin du mois de décembre 2012. Les préparatifs internes se déroulent selon le planning établi, tant pour ce qui concerne la formulation des besoins au niveau business que pour ce qui concerne le volet ICT.

Annexe: Aucune

<p style="text-align: center;"><b>ARTICLE 26. Stimuler l'accessibilité en effectuant entre autres une réforme de l'intervention majorée et en assurant une meilleure couverture pour les maladies chroniques.</b></p>
---

INTRODUCTION

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

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

L'Avenant 2009 souligne que le nombre de bénéficiaires est sensiblement inférieur au nombre escompté et qu'il n'est pas clairement établi que l'effet visé en matière de soins plus accessibles ait été suffisamment ressenti. Une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du Régime préférentiel a en outre été établie en 2009. Cette liste a été l'amorce d'une réforme de l'intervention majorée à laquelle on travaille actuellement intensément.

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

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

BILAN ANNÉE 2011 & PERSPECTIVES ANNÉE 2012

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

*Engagement 1: Rédiger, au plus tard 3 mois après l'accord politique en matière d'intervention majorée, les textes réglementaires pour les adaptations apportées tant à la loi SSI qu'à l'AR. Date-limite : X + 3 mois (X=date de la communication de l'accord politique à l'INAMI).*

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

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

À la mi-septembre 2009, le groupe de travail « Assurabilité » a transmis un rapport à ce sujet à la ministre. Le groupe de travail a rédigé une note d'orientation esquissant les grands axes de la réforme envisagée qui, à l'exception de quelques points, ont été approuvés à l'unanimité par les membres du groupe de travail susmentionné. Une estimation du coût budgétaire de la réforme du statut OMNIO a en outre été effectuée. L'INAMI a étudié les différentes possibilités en collaboration avec la Cellule stratégique et a organisé la concertation avec le SPF Finances et la Cellule stratégique du ministre des Finances. Pour information : les activités du groupe de travail « Assurabilité » ont été énumérées dans le rapport annuel 2010.

Ce dossier avait subi du retard étant donné que le gouvernement était en affaires courantes. Il a cependant considérablement progressé au cours des derniers mois. Au cours du 4<sup>e</sup> trimestre 2011, le Service des soins de santé a rédigé un rapport intermédiaire où figurent les propositions du groupe de travail « Assurabilité ». Le 11 janvier 2012, une version adaptée de ce rapport (voir annexe) et le texte du projet de loi (voir annexe) ont été transmis à la ministre. Ce projet est repris dans la loi programme et adapté d'après l'avis du Conseil d'Etat. Dans cette loi figurera la date d'entrée en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Le Roi sera habilité à avancer cette date d'une année. C'est le résultat de la disponibilité du flux de données du SPF Finances, des évolutions au niveau du back-office des OA et de la procédure de demande à la Commission de la protection de la vie privée.

Tous les textes réglementaires ont été élaborés. L'A.R. exécutif est en préparation avec les OA et le SCA de l'INAMI.

Février 2012 est la date fixée pour l'accord politique (X), date à laquelle les textes ont été traités au niveau du Conseil des ministres. Les textes rédigés par l'INAMI et traités par le Conseil des ministres ont de facto dégagé un accord politique.

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

Le Service du contrôle administratif a entamé le projet d'adaptation des flux de données début 2012, immédiatement après la discussion des textes réglementaires au sein du Conseil des ministres.

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

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

La proposition de loi a été préparée par l'INAMI et figure dans le projet de loi santé qui sera transmis à la Cellule stratégique fin février 2012. L'accord politique dépend des discussions relatives au projet au niveau du Conseil des ministres.

Annexes 3 et 4:

- Rapport comportant les propositions du groupe de travail « Assurabilité » relatives à l'intervention majorée.
- Textes légaux.

<b>ARTICLE 27. Module “dispensateurs de soins” disponible via le site Internet de l'INAMI</b>
---

INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

BILAN 2011

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

Comme indiqué dans le Rapport semestriel 2011, les dispensateurs de soins pouvaient, dès début mai 2011, utiliser un module leur permettant de consulter, de contrôler et de modifier si nécessaire leurs données de paiement ainsi que leurs données fiscales. Ce module était important vu les problèmes rencontrés ces dernières années sur les plans de l'attribution et de l'adressage corrects des fiches fiscales. En vue de l'établissement des fiches fiscales pour l'exercice d'imposition 2011, les OA ont, en juin 2011, eu accès aux données, ce qui leur a permis de les comparer à celles dont ils disposent.

Depuis début mai 2011, toutes les professions de la santé ont la possibilité de consulter et de modifier, si nécessaire, leur adresse de contact. L'action-engagement 1 est donc déjà partiellement réalisée. Les maisons de repos aussi peuvent consulter et modifier les données dans le cadre de la gestion des mandats (voir article 22). Remarquons qu'il y a encore lieu d'organiser la communication nécessaire à l'intention de certains groupes professionnels afin de les informer de l'existence de ce module et de les encourager à l'utiliser. Il faudra également tenir compte du fait que tous les dispensateurs de soins ne sont pas encore aussi familiarisés avec les applications en ligne. De plus, ces applications informatiques continuent souvent encore à exister en parallèle avec le circuit papier et ce, pendant un certain temps, ce qui entraîne une charge de travail supplémentaire, et par conséquent des frais, aussi pour les services qui gèrent les fichiers de référence.

À partir du second semestre de 2011, il est en outre techniquement possible de consulter toutes les opérations financières effectuées par l'INAMI pour l'ensemble des dispensateurs de soins. Il s'agit des paiements effectués par l'INAMI pour leur compte. L'historique des opérations devra toutefois systématiquement être ajouté.

### PERSPECTIVES 2012

Sur le plan technique, les praticiens de l'art dentaire et les médecins pourront consulter et éventuellement modifier leurs modalités de conventionnement (actions-engagements 1 et 2) dès le début de 2013. Vu la durée des accords actuels des praticiens de l'art dentaire (accord 2011-2012) et des médecins (accord 2012), une adhésion en ligne, partielle ou totale, ou une non-adhésion seront possibles à partir de 2013 pour les deux groupes de dispensateurs de soins dans le cadre des prochains accords.

À terme, l'INAMI souhaite intégrer toutes les applications destinées aux dispensateurs de soins dans un seul site portail, « Mylnami ». Ceci permettrait un accès intégré unique à l'aide d'un seul mot de passe. Une analyse pour ce faire est en cours. Il s'agit d'un projet de grande envergure vu le nombre d'applications.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

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

### BILAN ANNÉE 2011

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, seule une action-engagement reste à réaliser, à savoir l'établissement d'un calendrier sur la base d'une étude de faisabilité pour la fin 2010 et ce, en vue d'informatiser la transmission des fiches des OA vers l'INAMI. Cette action-engagement n'a pas encore pu être réalisée, mais l'INAMI a - quant à lui - bel et bien pris toutes les mesures qui s'imposent. La réalisation de cette action-engagement dépend dans une large mesure de la collaboration des OA.

Dans le Rapport annuel 2010, nous pouvions déjà lire que de nombreuses réunions de concertation ont été organisées avec les OA et qu'une première note de discussion a été rédigée en vue de préparer le passage vers un flux informatisé des fiches.

La concertation entre l'INAMI et les OA s'est poursuivie en 2011. Tant le contenu que le processus et les aspects techniques de la transmission de données ont fait l'objet de la discussion.

Il a été décidé qu'une analyse serait effectuée pour tous les OA sur la façon dont ils organisent aujourd'hui (AS IS), chacun de leur côté, la transmission de données. Ces analyses ont ensuite été examinées et intégrées par l'INAMI dans une proposition de transmission de données à l'intention de tous les OA, pour l'avenir (TO BE). Pour ce faire, l'INAMI a prévu de désigner un business analyste spécifique.

Une concertation bilatérale a été organisée avec chaque OA pour discuter des documents AS IS et TO BE. Une concertation collective avec l'INAMI d'une part, et les OA et le CIN d'autre part, a également été organisée, tant avec des représentants du business qu'avec ceux des TIC.

Lors d'une concertation en juin 2011, il avait été convenu de faire une distinction entre le « traitement générique d'un dossier » (flux normal ou scénario de base) et les exceptions (« flux d'exception »). Le scénario de base a été défini par l'INAMI et transmis mi-juillet aux OA. Depuis août, différents moments de concertation ont eu lieu entre l'INAMI et les OA et/ou le CIN. Ces concertations ont permis de poursuivre l'examen des analyses business afin de parvenir à une meilleure harmonisation des processus (tant pour les scénarios de base que pour les scénarios d'exception). La note 2012/15 au Comité général de gestion du 27 février 2012, donne un aperçu détaillé de l'historique, des réalisations et des perspectives futures, mais également des problèmes non résolus et des difficultés rencontrées.

Le 14 février 2012, une réunion a été organisée avec le Comité de direction de l'INAMI et les OA, au cours de laquelle on a notamment rappelé et attiré l'attention sur l'importance du projet e-DID.

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

La concertation périodique mise en place entre l'INAMI et les OA et/ou le CIN se poursuit, tant au niveau business qu'au niveau de l'ICT. Le planning prévu pour les prochains mois s'établit comme suit :

- L'INAMI analyse le flux sortant ainsi que l'impact du projet flux entrant sur les notifications électroniques aux OA. L'objectif est de finaliser cette analyse pour fin avril.
- Une version finalisée de l'analyse BIO devrait être disponible d'ici le troisième trimestre de 2012 pour tous les processus business. Un consensus devrait également être atteint d'ici-là sur la future transmission conjointe des données.
- Sitôt l'analyse business finalisée, les groupes de travail entameront une concertation avec les membres du personnel ICT des OA et l'INAMI afin de pouvoir examiner le volet technique du projet (schéma XSD, XML, etc.).
- Les analyses fonctionnelles et techniques pourront ensuite débiter (ICT) (Q4 2012).

L'objectif est d'établir, d'ici à la fin de cette année, un planning fiable pour le transfert électronique des fiches des OA à l'INAMI (action-engagement 1).

Il faudra néanmoins accorder suffisamment d'attention aux facteurs connexes suivants, susceptibles de ralentir la poursuite du processus :

- La représentativité des membres des OA qui participent aux réunions des groupes de travail : les représentants des services informatiques participent à ces réunions ; les

- directions médicales, par contre, ne sont que rarement présentes. Leur maîtrise des processus business des OA pourrait apporter une valeur ajoutée aux activités en cours.
- Pas de représentants permanents des OA au cours de cette concertation.
  - L'existence de différentes applications informatiques au sein de chaque OA.
  - Le respect des dispositions réglementaires par les OA (date d'envoi de la fiche primaire, signature des fiches par le médecin-conseil, la garantie que les fiches soient transmises à l'INAMI sans faire l'objet de modifications,...)
  - Le problème de la force probante qui doit encore être clarifié au sein de l'INAMI et des OA.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

1. Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication). Dates-limites: 31/12/2010, 31/12/2011 et 31/12/2012. L'action-engagement pour la première date-limite a été réalisée (cf. rapport annuel 2010).
2. Élaboration d'une check-list pour les services de l'INAMI, destinée spécifiquement à la rédaction de formulaires lisibles. Date-limite: le 31/12/2010. Cette action-engagement a été réalisée et le résultat figure dans le rapport annuel 2010.
3. Formulation d'un avis de lisibilité pour tous les nouveaux formulaires pour les assurés (par la Cellule de communication). Date-limite: en continu à partir du 01/3/2010. Cette action-engagement a été réalisée et le résultat figure dans le rapport annuel 2010.

### BILAN DE L'ANNÉE 2011

- Engagement 1: Remaniement annuel de 2 formulaires disponibles pour les assurés sur la base des principes de lisibilité (par le Cellule de communication). Dates-limite: le 31/12/2011.

L'action-engagement est réalisée. Les formulaires remaniés figurent en annexe du rapport annuel 2011.

Les deux formulaires choisis pour être retravaillés étaient les suivants :

- 1) Déclaration sur l'honneur – revenus à la charge d'un titulaire (base réglementaire : circulaire VI n°2000/89 du 6 mars 2000). Le formulaire revu a été approuvé fin janvier 2012.
- 2) Déclaration sur l'honneur – Partenaire de vie – Intervention majorée de l'assurance – Avantage social (base légale : décret du 1<sup>er</sup> avril 2007). La révision de ce formulaire a été réalisée par la Cellule Communication (version définitive depuis le 24/01/12).

Une phase de consultation est encore prévue avec les organismes assureurs.

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

L'action-engagement a été réalisée et son résultat figure en annexe du rapport annuel 2010.

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

Ce formulaire est à disposition sur le site web de l'INAMI depuis le mois de février 2011. À ce sujet, nous renvoyons à l'article 19 du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration.

### PERSPECTIVES POUR L'ANNÉE 2012

En ce qui concerne le 1<sup>er</sup> engagement, la Cellule Communication étudie actuellement quels formulaires pourront être retravaillés pour fin 2012. Des propositions ont déjà été lancées par le Service du Contrôle Administratif et le Service des Soins de Santé.

#### Annexes 5 et 6:

- « Personne à charge d'un titulaire bénéficiant du droit aux soins de santé : déclaration sur l'honneur relative aux revenus »
- « Intervention majorée de l'assurance » (avantage social) : déclaration sur l'honneur relative au partenaire de vie

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

### INTRODUCTION

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

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

La nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables ainsi que la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » constituent la prochaine étape dans ce projet. La CRIDMI

a été créée en 2008 (l'AR relatif à la composition et à l'institution de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » (CRIDMI) a été publié au MB du 20 février 2008).

Action-engagement :

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

### BILAN ANNÉE 2011 & PERSPECTIVES ANNÉE 2012

#### ▪ Cadre réglementaire

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

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

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

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

1. Le projet de texte de loi (art. 35septies, § 1<sup>er</sup>, de la loi SSI) dans lequel l'INAMI a apporté les modifications nécessaires. Les modifications à la loi devront être insérées dans une prochaine loi santé. Dès que la Cellule stratégique aura donné confirmation définitive à ce sujet, le projet de texte sera soumis au Comité de l'assurance.
2. Le projet de modification de l'arrêté royal relatif à la composition de la CRIDMI. L'arrêté royal de base contenant les dispositions d'exécution relatives à la composition de la CRIDMI avait déjà été publié. Le projet de modification de cet arrêté royal en vue d'un certain nombre de dispositions relatives à la présidence de la CRIDMI sera soumis au Comité de l'assurance en même temps que le projet de loi santé, ou les principes seront insérés dans le projet même.
3. Le projet d'arrêté royal relatif à l'organisation de la procédure de remboursement est quasiment finalisé, à l'exception des annexes (liste des prestations remboursées, liste nominative des dispositifs admis au remboursement,...). Ce projet d'arrêté royal sera soumis, pour information, au Comité de l'assurance en même temps que le projet de texte de loi.

Dès que la base légale (art. 35septies) aura été publiée, un avis final pourra être demandé au Comité de l'assurance concernant l'arrêté royal relatif à l'organisation de la procédure de remboursement. Suivra par après la procédure de signature et de publication de l'arrêté royal.

Lors du compte rendu précédent (Rapport annuel 2010), il était encore fait référence à la nécessité de clarifier, avec le SPF Santé publique, un point de discussion concernant l'article 102 de la loi sur les hôpitaux. Entre-temps, il est clair qu'il appartient au SPF Santé publique de prendre l'initiative nécessaire en la matière, c'est-à-dire de modifier la loi. Ceci ne devrait pas entraver la finalisation de l'arrêté royal par l'INAMI.

Le 27 octobre 2011, l'INAMI a invité la CRIDMI de manière informelle à une session d'information sur l'organisation planifiée de la procédure de remboursement qui, comme nous l'avons déjà dit, résulte des discussions qui s'imposaient avec toutes les parties concernées.

- Volet technique

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

1. un système d'enregistrement en ligne pour la notification obligatoire par les fabricants d'implants et de dispositifs médicaux invasifs remboursables (cf. Avenant 2009) ;  
Le système d'enregistrement en ligne pour la notification des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009, à l'exception de quelques fonctionnalités, par exemple au niveau des rapports statistiques ou au niveau de la mise à jour obligatoire des données. L'application est entre-temps entièrement finalisée. Fin décembre 2011, 295.004 implants et dispositifs médicaux invasifs ont été enregistrés via l'application.
2. une application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers de demande adressés à la CRIDMI.  
En ce qui concerne l'application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers pour la CRIDMI, le service ICT de l'INAMI a réalisé un « proof of concept ». Une première série de fonctionnalités, par exemple au niveau de l'enregistrement des demandes, du parcours du dossier et du suivi des délais de traitement, est en cours de développement. Nous remarquons qu'au niveau de ces fonctionnalités le Service ICT procède à un développement générique pour le traitement des dossiers tant en CRM qu'en CRIDMI. Certaines autres fonctionnalités du système, par exemple pour la production de la liste nominative et la création de documents, sont encore en cours d'analyse. Ces aspects sont spécifiques à la CRIDMI.  
L'achèvement final et la mise en production de l'application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers de la CRIDMI sont prévus pour la fin 2012.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

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

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

### BILAN ANNÉE 2011

En septembre 2010, le Comité d'accompagnement chargé de l'évaluation permanente des trajets de soins et de leur adaptation a été créé (cf. action-engagement 2). Cinq groupes de travail ont ensuite été constitués au sein de ce Comité d'accompagnement: structures locales; données médicales, éducation et matériel; gouvernance et évaluation des patients.

Trois de ces groupes sont déjà actifs

- Celui sur « les données médicales » a, au sein du sous-groupe « transmission de données », formulé des propositions pour la transmission de données médicales par les médecins généralistes à l'ISP et pour la transmission électronique du contrat de soins, transmission via une application web de préférence.
- En outre, un sous-groupe « éducation et diététique » et un sous-groupe « matériel » ont été créés dans le groupe de travail « éducation et matériel ». Ces deux sous-groupes ont identifié des problèmes et formulé quelques propositions d'amélioration prioritaires.
- Le groupe de travail évaluation des patients a été lancé en janvier 2012.

Les deux autres groupes de travail entameront leurs activités plus tard. Pour le groupe de travail « structures locales », une concertation a déjà été menée avec le Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes sur le thème des réseaux locaux multidisciplinaires.

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

Le modèle pour la transmission des données des médecins généralistes au moyen d'une application web a été élaboré et soumis à l'approbation du groupe de travail « Données médicales ». Sur la base de ce modèle, un protocole juridique a été élaboré et présenté au Comité d'accompagnement ainsi qu'à la Médicomut (le 13 février 2012).

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

L'application web pour la transmission des données des médecins généralistes sera opérationnelle en avril de cette année pour ce qui concerne la phase de test. Un communiqué de presse à ce sujet a été diffusé à la mi-février dans la presse médicale. Une communication individuelle aux médecins généralistes suivra encore pour la mise en production de l'application.

Les problèmes en matière d'éducation, de diététique et de matériel identifiés dans les groupes de travail seront traités pendant une réunion avec les promoteurs des trajets de soins des réseaux locaux multidisciplinaires et avec les membres du Comité d'accompagnement. La réglementation devra être adaptée en fonction des propositions d'amélioration prioritaires. (cf. ci-dessus).

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

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

### BILAN 2011

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

- Aspects administratifs et financiers relatifs aux projets du premier appel

Le Rapport annuel 2010 donne un aperçu de toutes les actions administratives et financières qui ont été entreprises jusqu'à présent pour les projets du premier appel. Il s'agit en fait d'actions continues dans le temps. Le Rapport semestriel 2011 a déjà fait référence à la rédaction d'avenants, au nouveau calcul du financement, etc.

Une concertation avec l'INAMI a été organisée en décembre 2011 et en janvier 2012 pour certains projets problématiques. Cette concertation a abouti à un certain nombre de propositions concrètes d'avenants à la convention. Ces propositions d'avenants ont fait l'objet d'une discussion au sein du groupe de travail du 1.2.2012 et seront soumises au Comité de l'assurance.

- Rapport et évaluation des projets

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

Il y a, d'une part, l'évaluation par une Équipe scientifique (voir Rapport annuel 2010) qui concerne essentiellement les résultats et l'effet des projets innovants de soins et sur lesquels ceux-ci sont basés. Cette équipe effectue tout d'abord des analyses au niveau du patient et de son aidant proche qui seront évalués périodiquement à l'aide du questionnaire BelRAI ou RAI P3 (soins et soutien aux soins), du questionnaire WHOQOL-8 (qualité de vie), du questionnaire ZB-12 (charge de soins pour l'aidant proche) et d'un questionnaire économique. Une interview en profondeur sur le déroulement des projets innovants de soins est par ailleurs organisée pour dix projets ; pour les autres projets, la méthode de « groupe cible » est appliquée.

Un premier rapport d'évaluation, comprenant un feed-back des « peer reviewers », a été soumis au Comité d'accompagnement de mai 2011.

L'INAMI assure, d'autre part, un suivi plutôt administratif de la réalisation des projets en prêtant notamment attention à la comparaison entre le case load prévu et le case load réalisé pour le personnel engagé, entre le financement prévu et les dépenses réellement engagées, etc.

Dans ce contexte, les responsables de projets doivent transmettre tous les six mois – en mars et en septembre – un rapport d'activités à l'INAMI. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le financement de certains projets a d'emblée été adapté sur la base du rapport semestriel déjà introduit. Dans le cadre du deuxième rapport semestriel, un certain nombre de projets ont reçu un courrier dans lequel il leur est demandé de rédiger, pour fin août 2011, un avenant précisant les nouvelles estimations par exemple en matière de case load et de moyens requis. Un rapport annuel doit en outre être transmis en septembre. La méthode d'analyse des rapports annuels a été présentée début février 2012 au groupe de travail « Projets de renouvellement en matière de soins ». À la mi-février, environ la moitié des rapports annuels ont été analysés. Cette analyse prend plus de temps que prévu en raison du contrôle approfondi qu'il y a lieu d'effectuer : vérification des qualifications du personnel soignant, contrôle des postes de frais sur les dépenses non admissibles (telles que mobilier, bâtiments,...), application des règles d'amortissement, dépenses mal comptabilisées, adaptation des forfaits BelRAI, etc. En outre, le groupe de travail a dû prendre une décision concernant les différents scénarios de récupération des dépenses non admissibles, non engagées ou non avérées. L'analyse complète sera soumise au groupe de travail de début mars. Après examen de ces rapports, il sera fait rapport au Comité de l'assurance (action-engagement 2). Sur la base de ces rapports annuels aussi, le financement de certains projets sera adapté ou les responsables de projets seront encouragés à rédiger un avenant.

- Préparation du deuxième appel

Le Rapport annuel 2010 précise qu'un projet d'arrêté royal concernant le deuxième appel a déjà été soumis, pour avis, au Comité de l'assurance du 26 juillet 2010. Celui-ci a émis un

avis positif sous réserve d'un certain nombre d'ajouts qui ont entre-temps été insérés. Un certain nombre de documents administratifs tels que le dossier de demande, la notice explicative, la note conceptuelle et autres avaient en outre déjà été établis.

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

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

### PERSPECTIVES 2012

- Projets du premier appel

La présentation de l'analyse complète des rapports annuels au sein du groupe de travail au début du mois de mars sera suivie d'un rapport au Comité de l'assurance (action-engagement 2). Suite à cela, le financement des projets sera adapté ou des avenants seront rédigés.

- Projets du deuxième appel

En fonction de la décision formelle de la Cellule stratégique, le deuxième appel sera lancé ou non.

Quoi qu'il en soit, une période de 3 mois s'écoulera après la publication de l'arrêté royal, période au cours de laquelle des dossiers de projets pourront être introduits. Suivront ensuite une vérification et une évaluation des dossiers, l'ajout de compléments aux dossiers, la préparation du jugement, la convocation des jurys ainsi que les résultats au groupe de travail au sein du Comité de l'assurance. Ensuite seulement, une proposition de sélection de projets (deuxième appel) pourra être soumise au Comité de l'assurance (action-engagement 1). Après approbation, les conventions pourront être conclues avec les responsables de projets.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements pour ce projet sont :

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

### BILAN ANNÉE 2011 & PERSPECTIVES 2012

Le groupe d'experts désigné en vue d'encadrer le processus d'évaluation du nouveau système de rémunération (action-engagement 2) s'est réuni plusieurs fois dans le courant de 2011.

Une première note contenant une évaluation quantitative effectuée à partir de différents indicateurs économiques établis au moyen des données Pharmanet (données jusqu'au mois de novembre 2010 inclus) a été réalisée et examinée par le groupe d'experts. L'évaluation révèle que le budget prévu pour le nouveau système de rémunération devrait normalement suffire. Sur le plan financier, le nouveau système constitue une réelle avancée pour les pharmaciens. Cette note d'évaluation quantitative a été soumise à la Commission de conventions Pharmaciens – OA le 27 mai 2011. De ce fait, l'action-engagement 2 a déjà été réalisée partiellement.

En ce qui concerne l'évaluation qualitative, une proposition d'étude avait été déposée initialement auprès du KCE. Ce dernier estimant toutefois qu'il s'agissait d'une étude de terrain, cette proposition n'avait pas été sélectionnée. Lors d'une discussion au sein de la Commission de conventions Pharmaciens – OA, il a en outre été suggéré de prévoir des indicateurs similaires à ceux des médecins et de lier la réalisation de l'évaluation qualitative à l'élaboration d'un manuel de qualité à l'intention de toutes les officines. Entre-temps, ce manuel a été rédigé et est applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) contrôlera sa bonne application et communiquera ses constatations en la matière. Il sera ainsi possible d'approfondir davantage encore le volet qualitatif.

Entre-temps, une note d'évaluation intégrée (contenant les aspects susmentionnés) a été rédigée par le Service des soins de santé. Cette note est jointe en annexe. Elle contient tant des éléments quantitatifs qu'une ébauche d'éléments qualitatifs. Cette note a été soumise à la

Commission de conventions Pharmaciens – OA le 9 septembre 2011 et au Comité de l'assurance le 12 décembre 2011. En ce qui concerne les aspects quantitatifs, nous avons des résultats à la fois concrets et clairs. En ce qui concerne les aspects qualitatifs, un état d'avancement est donné et un certain nombre d'idées et de pistes sont formulées.

L'action-engagement 2 a donc été réalisée à temps, le 9 septembre 2011 (la date limite était le 1<sup>er</sup> octobre 2011). L'évaluation qualitative sera toutefois affinée à plus long terme.

Ce projet a entièrement été réalisé.

#### Annexe 7:

- Note d'évaluation intégrée du 9 septembre 2011 telle que soumise à la Commission de conventions Pharmaciens – OA (Note CCP n° 2011/047).

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

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

### BILAN 2011

Consécutivement au premier rapport (action-engagement 1), un financement avait été prévu pour sept projets (voir Rapport annuel 2010). La plupart de ces projets ont entre-temps démarré comme précisé également dans le rapport semestriel 2011. Leur réalisation s'est poursuivie en 2011. Il s'agit :

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

En juin 2011, le deuxième rapport a été transmis à la ministre des Affaires sociales (action-engagement 2, cf. annexe du Rapport semestriel 2011). Le rapport a été présenté au Comité de l'assurance lors des sessions des 18 juillet et 12 septembre 2011. Plusieurs thèmes et

domaines qui n'avaient pas encore pu être traités dans le cadre du premier rapport ont été développés dans le deuxième rapport, par exemple le statut du patient, la formation des dispensateurs de soins professionnels, les soins à domicile, etc.

Nous constatons que la réalisation des recommandations et des projets qui découlent des rapports entraînent une charge de travail importante, notamment pour le secteur des médicaments, pour celui de la rééducation physique et pour l'Observatoire des maladies chroniques. Ceci a également une incidence sur d'autres projets dans le cadre des plateformes eHealth et eCare.

### PERSPECTIVES 2012

Les actions-engagements du Contrat d'administration sont réalisées. Bien sûr, les projets découlant du plan et prévus dans le budget 2011 seront exécutés. Il s'agit notamment :

- du renforcement des centres de références maladies rares ;
- du financement des tests génétiques à l'étranger ;
- du développement d'un registre des maladies rares ;
- d'un accès accéléré au remboursement des médicaments orphelins ;
- etc.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Actions-engagements :

1. Formuler des actions-engagements pour la période 2010-2012 concernant le renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation. Date limite : 30 juin 2010.

### BILAN ANNÉE 2011

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

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

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

Au début du second semestre de 2012, la proposition visant à effectuer une étude exploratoire a été traduite sous la forme d'une fiche de projet. Une réunion de groupe de direction a été organisée en novembre 2011 regroupant les services concernés de l'INAMI – le Service des soins de santé, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif (SCA) – ainsi que l'Inspection des lois sociales. Au cours de celle-ci, il a été décidé de réaliser un projet pilote à partir d'un échantillon de 9 établissements en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie. Ce projet pilote sera réalisé avec le cadre du personnel actuel. En fonction des résultats, on examinera s'il y a lieu d'étendre l'étude ou encore de renforcer le personnel, comme prévu préalablement.

Les services internes et externes concernés ont été priés de désigner des collaborateurs qui pourraient collaborer à ce projet pilote. Le coordinateur de projet au sein du Service des soins de santé veillera à créer un cadre de travail, qui devrait permettre entre autres de clarifier les missions, de prévoir un plan de formation et de communication, de définir une structure de coordination et de reporting,...

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

L'équipe chargée du projet démarrera ses activités au cours du premier semestre, après quoi les activités de terrain pourront débuter. La collaboration de l'ensemble des acteurs concernés constitue évidemment une condition déterminante pour la réussite de ce projet.

Compte tenu des conditions émises en matière de collaboration de l'ensemble des acteurs et de celles régissant l'engagement du personnel nécessaire, la direction compétente s'engage à fournir, d'ici fin décembre 2012, un rapport final présentant l'analyse des résultats de la phase exploratoire sur le terrain. Par ailleurs, ce rapport final définira également les étapes suivantes du projet.

Ce calendrier correspond à celui qui avait été fixé dans le cadre de l'article 12 du Contrat d'administration relatif à la modernisation de l'application informatique. Cet article stipule qu'il faut dans un premier temps (sur la base des fichiers ou documents transmis) mettre tout en œuvre pour s'assurer de la qualité optimale des informations à la source, notamment en procédant au croisement d'autres fichiers.

Enfin, il faut signaler que, dans le cadre des négociations relatives au prochain Contrat d'administration, à l'instar du projet de l'article 12, ce projet devra également être examiné à la lumière de la régionalisation future des compétences relatives au secteur.

Annexe: Aucune

## **ARTICLE 36. Évaluation médicale**

### INTRODUCTION

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

- D'une part, l'évaluation générale qui vise, pour chaque sujet d'évaluation donné, à refléter les schémas de consommation et de bonne utilisation des médicaments dans le secteur des soins de santé ;

- D'autre part, l'évaluation ciblée (détections) où le SECM évalue, de manière ciblée, l'ampleur et la généralisation de certains faits ou problèmes constatés. Ces évaluations sont suivies de mesures d'impact ; il s'agit de mesures effectuées au terme de campagnes de feed-back (diffusion de rapports finaux, courriers individuels,...).

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

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

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

### BILAN ANNÉE 2011

Pour l'année 2010, l'action-engagement a été réalisée (date limite : 31/12/2010). La description des réalisations concrètes réalisées dans ce cadre figurent dans le rapport annuel 2010.

Pour l'année 2011, l'action-engagement a été réalisée (date limite : 31/12/2011).

Il est à noter que le scope du projet pour l'exécution des projets d'évaluation est beaucoup plus large que l'engagement repris dans le texte de base du Contrat d'administration. Ainsi, une série d'autres initiatives qui avaient été programmées pour le 2<sup>e</sup> semestre 2010 sont encore en cours de réalisation ou ont été exécutées en 2011.

Les réalisations concrètes pour 2011 sont donc les suivantes :

- Un vaste plan d'action avait été préparé pendant le premier semestre de 2007 pour le projet sur le comportement en matière de **prescription de Plavix**. La première phase de ce plan consistait à demander à toutes les mutualités des informations sur toutes les demandes de remboursement de ce médicament (pour le mois de mars 2007). Une action de terrain à destination des prescripteurs (deuxième phase) a été préparée à partir des résultats de l'analyse. Le degré de difficulté de ce projet, plus élevé que prévu, a nécessité plusieurs adaptations de la méthodologie. Sur la base des résultats d'un test antérieur (2<sup>e</sup> semestre de 2008), on a procédé à une vaste collecte de données auprès de dispensateurs-prescripteurs. L'analyse de ces données a été entamée au cours du second semestre de 2009 et s'est poursuivie en 2010. La version finale du rapport a été achevée au 1<sup>er</sup> semestre 2011.
- Fin 2007, un plan d'action a été rédigé pour le projet « **Utilisation de l'orthopantomogramme** ». Après analyse des résultats d'une « phase de test » antérieure, il a été décidé de collecter des données sur le terrain. L'action sur le terrain a été préparée pendant le premier semestre de 2010 et un questionnaire sur les indications a été envoyé à 275 dentistes. L'analyse de leurs réponses a été effectuée au 2<sup>e</sup> semestre 2010 et le rapport final a été achevé au 1<sup>er</sup> semestre 2011.
- Une proposition d'étude motivée a été introduites au KCE : « **Obstruction artérielle des membres inférieurs** ». Le KCE a retenu cette proposition après avoir opéré une sélection parmi toutes les propositions d'études introduites.
- Une étude sur les **PET-scans et la médecine nucléaire** s'inscrit dans les efforts conjoints du SECM et du SSS dans ces domaines. Le SECM apporte sa contribution, d'une part, en identifiant les PET-scanners (illégaux) et leurs circuits de facturation et, d'autre part, en

analysant les indications pour les examens de médecine nucléaire en vue de proposer une adaptation de la NPS. La première phase a été exécutée au cours du second semestre de 2008. La deuxième phase, à savoir une collecte de données sur l'utilisation des tests de médecine nucléaire, a été menée sur le terrain au cours du second semestre de 2009. L'analyse de la partie sur les PET-scans est terminée et le rapport final a été délivré au second semestre de 2010. Un rapport des résultats a été envoyé au ministre compétent. L'analyse de la partie sur la médecine nucléaire a également été achevée et le rapport final a été délivré au 1<sup>er</sup> semestre 2011.

- Les données pour **mesurer l'impact définitif concernant les quinolones** ont été analysées. Vu la complexité de la thématique, des analyses complémentaires étaient nécessaires. Une première version du rapport final a été délivrée fin 2010; la version définitive du rapport sera finalisée au second semestre de 2011.
- En janvier 2008, le KCE a publié le rapport KCE n°71 sur les **tests diagnostiques de routine en ophtalmologie**. Un projet d'étude avait initialement été introduit par l'E-team du SECM. Pour ce thème, un projet de campagne de sensibilisation a été lancé. En mars 2011, 158 ophtalmologues, sélectionnés après analyse de leur chargement ECT (numérotation des cellules endothéliales) en chirurgie de la cataracte, ont reçu un écrit dans le cadre d'une campagne de sensibilisation.
- Après une analyse préparatoire des données en 2009, le projet sur « **l'Attestation des prestations de médecine d'urgence dans les services d'urgence** » a démarré en 2010. Les résultats ont été communiqués au second semestre de 2011. Un plan d'action sera établi au cours du premier semestre de 2012.
- Un projet d'évaluation sur les **dépistages prénatals** a été finalisé au cours du second semestre de 2007. Certaines incohérences dans les ensembles de données ont pu être supprimées au cours du premier semestre de 2008. Une première version du rapport final a été fournie début 2010; la version définitive sera prête en 2012.
- Le projet « **Consultation oncologique médicale** » a été lancé : l'analyse des données se poursuit en 2012.
- Le projet « **Dilatations vasculaires percutanées** » (autres que les dilatations carotidiennes) a démarré : l'étude de terrain est prévue pour 2012.
- La mesure d'impact « **Utilisation des tests de fonction pulmonaire** » a démarré après l'étude de l'effet de la campagne de sensibilisation de 2009 ; l'analyse des données est en cours, les résultats sont attendus dans le courant de 2012.
- Le projet d'évaluation « **Prothèses OL** », résultant de l'analyse des rapports d'audit de 2008 et 2009, a été lancé. 20 dossiers ont été demandés et examinés au cours de la phase pilote ; la prise de décision concernant la réalisation éventuelle d'une étude de terrain interviendra dans le courant du premier semestre de 2012.
- Les projets d'évaluation « **Retrait des dents de sagesse** » et « **Ostéotomie** », soulignés dans les rapports d'audit de 2008 et 2009, ont démarré ; l'analyse des données a été finalisée ; un premier rapport intermédiaire a été présenté au cours du second semestre de 2011.
- Le projet d'évaluation « **Indicateurs IPP** »: l'analyse effectuée concerne les indicateurs IPP (inhibiteurs de la pompe à proton), développés par le CEM (Comité d'évaluation des

pratiques médicales), qui doivent être utilisés dans le cadre de la réalisation d'un monitoring. Le compte rendu est attendu pour le premier semestre de 2012.

- Le projet d'évaluation relatif à **l'endoscopie** a redémarré : un premier rapport intermédiaire a été proposé au second semestre de 2011. Un plan d'approche sera élaboré au premier semestre de 2012.
- **Imagerie médicale peropératoire**: une étude desk a été réalisée à la suite de l'audit de 2011. Le rapport final est prévu pour le premier semestre de 2012.
- L'action combinée de **contrôle et d'évaluation** des prestations diagnostiques du type **potentiel évoqué** (*evoked potentials*) entamée en 2006 s'est poursuivie. Quelques aspects de réalité/conformité ont entre-temps déjà fait l'objet d'actions de contrôle. La complexité des aspects de bonne pratique médicale a donné lieu à l'introduction d'une proposition d'étude motivée sur le sujet auprès du Centre fédéral d'expertise (KCE). Les résultats du projet d'évaluation ont été intégrés dans cette proposition d'étude. Le rapport KCE n° 109 a entre-temps été publié. Un plan d'action prévoyant une proposition de modification de la nomenclature et une campagne de sensibilisation auprès des neurologues a été rédigé. Une proposition de modification de la nomenclature a été adoptée entre-temps. La campagne de sensibilisation a été menée au 2<sup>e</sup> semestre 2010 : 324 prestataires ont reçu un écrit préventif personnalisé. Le rapport est prévu pour le premier semestre de 2012.

#### PERSPECTIVES PREMIER SEMESTRE 2012

Hormis les actions et analyses figurant déjà dans la rubrique « Bilan 2011 » qu'il est prévu de poursuivre en 2012, les initiatives suivantes, entre autres, sont prévues pour les 6 mois à venir :

- Une proposition en vue de l'organisation d'une campagne d'information relative aux directives OPG a été rédigée.
- **Chirurgie mammaire** : une étude desk a démarré en vue de détecter d'éventuels abus en chirurgie esthétique.
- Le projet d'évaluation « **Immunoglobulines en pneumologie** » a démarré à la suite de la publication d'un rapport du KCE.
- Un proposition visant à améliorer le suivi des données relatives aux décisions du MC concernant les **médicaments repris au Chapitre IV** est élaborée.
- La mesure d'impact visant à étudier l'effet de la campagne de sensibilisation « Utilisation efficace des potentiels évoqués cérébraux (EP) » en 2010, va être effectuée.

Annexe: Aucune

## ARTICLE 37. Code-barres unique

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

### BILAN 2011

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

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

Dans le Rapport semestriel 2011, il ressortait des tableaux de bord relatifs à ce projet que la qualité des fichiers des firmes pharmaceutiques s'était de nouveau détériorée en 2010 après une amélioration considérable dans le courant de 2008 et une stabilisation en 2009. Mais après une analyse fouillée du type d'erreurs rencontrées dans les données transmises par les firmes pharmaceutiques, on a pu se rendre compte que la qualité des données n'était pas altérée par ces petites erreurs de codes, et donc il y a moyen de faire des analyses.

Actuellement, la situation reste stable en ce qui concerne l'envoi ponctuel des données : environ 74% des firmes en moyenne envoient les fichiers dans le délai fixé, c'est-à-dire dans les deux mois suivant chaque trimestre.

Comme mentionné dans les rapports précédents, le SECM suit scrupuleusement la qualité et la ponctualité des fichiers des firmes pharmaceutiques et prend, si nécessaire, contact avec elles pour un feed-back ou une rectification, même si cela n'est pas toujours bien pris en compte. Le Service dispose désormais d'un outil pour suivre le type des fautes ; et dans ce contexte, les erreurs les plus dérangelantes font l'objet d'une attention particulière. Mais il reste le fait que beaucoup de codes envoyés sont encore erronés, ou encore des doubles codes. Et surtout le faible réflexe spontané des FP à envoyer les rapports trimestriels ; souvent on doit encore les relancer chaque fois pour qu'elles bougent.

Ainsi, le comité de direction (12/01/2012) a demandé au service de préparer une réglementation en vue de pouvoir sanctionner les firmes pharmaceutiques qui ne respecteraient pas les procédures prévues.

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

- Informatisation et automatisation de la transmission des données

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

Comparé au Rapport semestriel 2011, il n'y a pas eu d'évolution majeure en la matière. Le « business » manquant actuellement d'une capacité d'analyse, les dispositions nécessaires ne peuvent être prises. De même, on doit examiner au niveau de l'ICT s'il y a des ressources suffisantes pour développer ce nouveau type de transmission des données, et tenir compte des FP aussi dans leur capacité à suivre ou à intégrer cette évolution.

- Analyses sur la base des fichiers des données

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

En ce qui concerne l'analyse de données, une comparaison entre les données des offices de tarification et celles des firmes pharmaceutiques devait, en outre, être effectuée pour la première fois. Cette analyse a été faite. Un rapport intégré contenant les principaux résultats de toutes les analyses effectuées est également produit pour la première fois en début 2012 (cf. Annexe). Dans ce rapport en annexe se trouve également une série des chiffres relevés en ce qui concerne les griefs, les amendes, et sur les paiements effectifs à ce niveau. Ces chiffres sont momentanément en train d'être analysés ; une correcte interprétation supplémentaire en sera donnée dans le Rapport semestriel. Ce sera là aussi l'occasion de voir comment optimiser les processus de recouvrement ainsi que la manière possible de les réaliser.

### PERSPECTIVES 2012

Au cours du premier semestre de 2012, le SECM poursuivra ses activités dans le cadre du projet « code-barres unique », tant en ce qui concerne le monitoring de la qualité des données, qu'en ce qui concerne leur analyse.

En ce qui concerne l'action-engagement 2, l'INAMI étudiera comment la capacité d'analyse et les ressources ICT nécessaires peuvent être mises à disposition afin de préparer correctement l'engagement concerné. Dès qu'une première analyse et proposition de l'INAMI sont à disposition, il faudra organiser une concertation avec les firmes pharmaceutiques.

Action restante : Un rapport des résultats des analyses sera produit en 2012.

### Annexe 8:

- Geïntegreerd Jaarrapport - Februari 2012.

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

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

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

### BILAN ANNÉE 2011

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

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

Le rapport semestriel 2011 avait déjà signalé que les cartographies contenant des informations sur les activités des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail primaire avaient été finalisées en automne 2011 en ce qui concerne les données de 2008 et 2009 (action-engagement 1, première date limite).

Les cartographies établies sur la base des données de 2010 ont également été finalisées au second semestre (action-engagement 1, deuxième date limite).

Les cartographies réalisées sur la base des données de 2008, 2009 et 2010 incluent l'ensemble des 15 paramètres prévus. Les cartographies peuvent de surcroît être désagrégées jusqu'au niveau de la fédération. Ce faisant, on a tenu compte des remarques et des questions que les OA et le Conseil supérieur des médecins-directeurs avaient adressées à l'occasion de la mise à disposition des cartographies basées sur les données de 2007 (cf. rapport annuel 2010). La préparation de l'élargissement et de l'approfondissement des cartographies a exigé une programmation supplémentaire de la part de l'INAMI, celle-ci a été clôturée début 2011.

Les cartographies pour 2008, 2009 et 2010 ont été présentées en novembre 2011 au Conseil supérieur des médecins-directeurs. On a néanmoins estimé utile de prévoir d'abord une discussion par OA, avant d'entamer une discussion commune au sein du Conseil supérieur.

À l'avenir, les cartographies pour l'année X seront à chaque fois délivrées en automne de l'année X+1.

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

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

Par ailleurs, les données électroniques ne sont pas conformes à la réalité du terrain et aux données figurant dans le dossier que possède la mutualité. Le SECM a déjà pris plusieurs initiatives pour analyser la problématique de la mauvaise qualité des données. Il a déjà procédé à quelques analyses d'échantillons pour ce faire. Une tournée générale et individualisée au cours de laquelle un feed-back a été donné aux OA a ensuite été organisée. La qualité et la conformité des données diffèrent fortement d'un OA à l'autre et d'une fédération à l'autre au sein d'un OA. En automne 2012, le SECM a examiné un échantillon représentatif de données auprès de l'ensemble des OA. Sur la base de résultats statistiques fiables, un débat contradictoire pourra être mené avec les OA, après quoi des sanctions pourront être prises en cas de problèmes persistants et ce, dans le cadre de la partie variable des frais d'administration.

- Transmission des données : enrichissement et informatisation

En vue d'améliorer la qualité et l'efficacité de la transmission de données entre les OA et l'INAMI, il est également prévu d'effectuer une transmission informatisée des données (action-engagement 2). Les données sont actuellement transmises via des cd-rom qui sont envoyés par la poste. Pendant l'été 2011, un module qui doit permettre de lire efficacement ces cd-rom et d'effectuer des contrôles de qualité portant sur la cohérence des données a toutefois déjà été mis en production à l'INAMI. Ce module permet aussi de dépouiller facilement les données destinées au business en vue de l'analyse.

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

Les OA ont marqué leur accord de principe sur l'enrichissement et l'informatisation de la transmission des données.

La phase préparatoire à l'informatisation et à l'automatisation de la transmission des données a débuté mi-2011 au sein du service. Un aspect important concerne l'exécution d'une analyse business du contenu et du déroulement du processus de transmission des données, y compris les besoins en matière d'informatisation et d'automatisation. Au second semestre de 2011, l'INAMI avait déjà rédigé et transmis aux OA un document technique (y compris un document XML relatif au contenu du flux).

### PERSPECTIVES ANNÉE 2012

- Cartographies 2008/2009/2010 : discussion avec les OA

Au cours du premier semestre de 2012, un débat sera mené pour chaque OA sur les cartographies réalisées pour les années 2008, 2009 et 2010. Une discussion commune pourra ensuite être menée au sein du Conseil supérieur.

- Cartographies sur la base des données de 2012

Les cartographies réalisées sur la base des données de 2011 seront établies dans le courant du premier semestre de 2012.

- Transmission des données : qualité des données

Comme mentionné ci-dessus, on organisera, au cours du premier semestre de 2012, un nouveau contrôle par échantillonnage représentatif et exhaustif, pour évaluer la cohérence entre les données transmises par voie électronique et les données reprises dans les dossiers de la mutualité même.

- Transmission des données : enrichissement et informatisation

Dès l'obtention d'un accord avec les OA sur le contenu, la forme et le calendrier prévu pour ce nouveau flux électronique, les services ICT pourront entamer leur analyse. Comme d'habitude, on pourra ensuite prévoir une phase de développement, de test et de validation et enfin, la phase de mise en production. L'ajout du numéro de registre national pourrait être effectif à partir de mi-2012 ; la mise en production de la transmission des données par le biais de CareNet pourrait être prévue pour fin 2012.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont :

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

### BILAN 2011

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

Il avait été convenu qu'une fois que Flowdos - Documents entrerait en production générale, les dossiers d'enquête en cours et les dossiers d'enquête clôturés seraient intégrés dans le système (actions-engagements 1 et 2). Par souci d'efficacité, le SECM a choisi de se

concentrer sur les dossiers auxquels on travaille effectivement, auxquels on apporte par exemple des modifications ou auxquels on ajoute des documents inscrits à l'ordre du jour d'un organe,... Nous proposons par conséquent d'adapter la date limite pour ces actions-engagements en fonction des besoins et moyens disponibles.

Le Service ICT a pour ce faire développé un module de scan des documents parvenus au SECM avant la mise en production de FlowDos - Documents pour des dossiers d'enquête en cours à cette époque, ce qui permet entre autres de garantir la cohérence et la chronologie des dossiers. Ce module permet également l'importation automatique comme métadonnées des données d'enregistrement à l'époque de ces documents dans l'application « Dactylo - courrier entrant » du SECM.

Pour le moment, toutes les enquêtes qui ont commencé après le lancement de Flowdos sont déjà numérisées ; il reste donc la récupération de l'historique, c'est-à-dire l'intégration de ces documents via ce module, pour les dossiers toujours « vivants » qui restent encore sous forme hybride avec une partie numérisée et une autre en version papier. Ce travail d'intégration a déjà commencé, essentiellement pour les dossiers étant en phase d'enquête en service provincial ; pour les dossiers en phase de procédure de poursuite devant le fonctionnaire-dirigeant, la CPI ou la chambre de recours, ce travail est difficile à réaliser par manque de personnel. Par ailleurs, il faut noter qu'on continue encore à garder les archives papiers tant qu'on n'a pas encore la garantie juridique de la valeur légale des archives numérisées.

Enfin, il était prévu dans le Contrat d'administration qu'après la mise en production de Flowdos-Documents un rapport serait également rédigé sur le développement ultérieur du système de gestion FlowDos comprenant le contenu des versions futures de l'application (action-engagement 5).

Le Service ICT dispose d'un projet (Platinum) en cours qui permettra une approche intégrée de la problématique des systèmes de gestion de dossiers au sein de l'INAMI en mettant à disposition des modules réutilisables contenant des fonctionnalités et caractéristiques bien précises. Le but est de développer un environnement technique qui offrira, outre une plus grande stabilité, des fonctionnalités supplémentaires et qui répondra à un certain nombre de besoins généraux fondamentaux tels que la gestion de la correspondance et la force probante des documents électroniques contenus dans les dossiers. L'application FlowDos actuelle devrait être intégrée dans ce nouvel environnement technique. La capacité d'analyse nécessaire à une analyse d'entreprise du processus en cours et de l'application existante a été mise à disposition à la mi-2011 en vue d'une éventuelle intégration ultérieure dans ce nouvel environnement technique. Outre la description de la situation « AS IS », une liste des fonctionnalités supplémentaires souhaitées pour lesquelles il existe aujourd'hui déjà un premier inventaire, sera établie (action-engagement 5). La capacité d'analyse nécessaire actuellement utilisée sera requise au moins jusqu'aux phases suivant la mise en place du ToBe en production.

Pour intégrer Flowdos dans Platinum, on a encore besoin d'une série de bio-analyses plus détaillées (de niveau 4 « AS IS » & « TO BE », portant sur les activités et les tâches) alors que pour l'instant on n'a que les analyses de niveau hélicoptère (N2 « AS IS » only).

### PERSPECTIVES 2012

Les activités dans le cadre du projet se poursuivent comme prévu.

L'action-engagement 5 doit se poursuivre en 2012, notamment avec la préparation de l'intégration de FlowDos dans les nouvelles technologies qui seront mises en place suite au projet Platinum.

Annexe: Aucune

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

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

### BILAN 2011

Un rapport intégré concernant les résultats en matière de fraude sociale a été élaboré en 2010. Comme mentionné dans l'action-engagement 2 du texte de base du troisième Contrat d'administration, l'INAMI a élaboré un nouveau rapport intégré.

Engagement 2 : Rédiger un rapport intégré sur les résultats en matière de fraude sociale.  
Date limite : 31 décembre 2011.

Le rapport intégré a été élaboré et est disponible en français et néerlandais. L'engagement 2 avec pour date limite le 31 décembre 2011 a donc été réalisé (plus tôt que prévu) en juillet 2011 (version française). Entretemps le rapport a été présenté à la Commission technique du Service du contrôle administratif en octobre 2011, et est soumis en début 2012 au Comité général de gestion (27 février 2012).

Voir Rapport fraude sociale 2010 en annexe au Rapport semestriel 2011.

Les domaines suivants ont en particulier été examinés en 2011 :

- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'une indemnité de rupture de contrat de travail ou d'une activité non autorisée qui a toutefois été déclarée auprès de l'ONSS (Office national de sécurité sociale) ;
- le travail au noir lors d'une incapacité de travail (cumul d'activités non déclarées et d'indemnités) ;
- les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale.

Le rapport révèle la nécessité de poursuivre les actions sur le plan de la lutte contre la fraude. La collaboration avec d'autres instances (institutions de sécurité sociale, instances judiciaires,...) est cruciale, tout comme la réflexion menée par les OA sur les procédures internes relatives au traitement de dossiers et la démarche proactive dans le cadre de la détection de cumulés.

### PERSPECTIVES 2012

Un prochain rapport intégré est prévu pour fin 2012 (engagement 3).

Annexe: Aucune

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

Par cet article, l'INAMI souhaite poursuivre et affiner les actions entreprises (cf. Avenant 2009) dans le cadre du croisement des données. Il s'agit de repérer annuellement (depuis 2008

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

### BILAN 2011

En ce qui concerne cet article, nous notons, pour l'année 2011, l'action-engagement suivante, à savoir :

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

Cet engagement a été correctement exécuté. Le croisement des données a été effectué de même que les contrôles dans les mutualités (cela concerne les données de 2009), et la phase d'analyse a été réalisée. Le rapport est disponible et se trouve en annexe à ce rapport annuel 2011 dans le cadre du 3<sup>e</sup> contrat d'administration.

### PERSPECTIVES 2012

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

#### Annexe 9:

- Rapport sur le croisement des données DMFA et PI.

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

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

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

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

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

## BILAN ANNÉE 2011 & PERSPECTIVES

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

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

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

Annexe: Aucune

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

#### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes:

1. Élaboration de deux rapports de contrôle thématique par an : un sur les soins de santé ; un autre sur les indemnités. Dates limites : 31 décembre 2010, 31 décembre 2011, 31 décembre 2012. Les actions-engagements concernant la date limite fixée au 31.12.2010 ont déjà été réalisées (voir rapport annuel 2010).

#### BILAN 2011

- Contrôle thématique 2010 (secteur de l'assurance indemnités) : indemnités accordées aux travailleurs indépendants

Comme prévu, le rapport annuel 2010 a été finalisé au cours du second semestre de 2010 et traduit au cours du premier semestre de 2011 ; il a ensuite été présenté à la Commission technique et au Comité général de gestion au cours de l'année 2011. Cet engagement a donc été respecté dans les délais.

- Contrôle thématique 2010 (secteur de l'assurance soins de santé) : assujettissements irréguliers et fictifs

Comme mentionné dans le rapport annuel 2010, les contrôles ont été finalisés début 2011 et le rapport final a été rédigé puis présenté en Commission technique, et au Comité général de gestion. Le rapport a été finalisé dès juillet 2011, et a été diffusé dans les deux langues (FR+NL) avant la fin 2011 (voir en annexes).

Parallèlement à la réalisation de ce deuxième contrôle thématique, une concertation a également été organisée en septembre 2010 avec les organismes assureurs (OA) concernant

les procédures de feed-back que le SCA applique actuellement vis-à-vis des OA en ce qui concerne les assujettissements irréguliers et fictifs. Les OA avaient en effet demandé des éclaircissements à ce sujet. Au printemps 2011, l'INAMI (Service des soins de santé et Service du contrôle administratif) a communiqué des instructions aux OA concernant le mode d'inter-prétation des dossiers. Un projet visant l'intégration à plus long terme des flux de feed-back électroniques émanant de l'INAMI est également prévu.

- Contrôle thématique 2011 (secteur de l'assurance soins de santé) : Contrôle de l'intervention majorée de l'assurance

Pour 2011, on a choisi de réaliser un contrôle thématique « soins de santé » relatif à la matière de l'intervention majorée (droit BIM) – ouverture du droit et maintien du droit – et au fonctionnement des systèmes de contrôle mis en place dans ce cadre. Les contrôles ont démarré mi-mai 2011 dans les mutualités.

Quelques interviews ont eu lieu en septembre au siège des unions nationales en vue de pouvoir analyser les procédures instaurées par ces dernières concernant les systèmes de contrôle mis en place au sein des mutualités dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance. Après l'analyse requise, la rédaction du rapport final a été faite, et sa version NL est déjà prête (cf. Annexe), tandis que la version FR est en relecture. Les documents devraient être envoyés fin avril 2012.

On a déjà fait ce type d'analyse en 2006, et celle qui a été faite en 2011 constitue donc une sorte de post-contrôle. Chaque fois on a regardé la manière dont les OA traitent les recommandations du contrôle thématique 2006 et appliquent les nouvelles réglementations, car il y a eu beaucoup de changements surtout au niveau des sanctions. On a ensuite envoyé des avertissements et des nouvelles recommandations aux mutualités afin d'éviter de nouvelles erreurs structurelles et s'exposer ainsi à des sanctions administratives.

Le rapport de ce contrôle thématique de 2011 sera présenté à la Commission technique du 6 mars 2012 ainsi que le rapport du contrôle thématique 2011/3 portant sur l'application de l'article 195 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (majoration des frais d'administration) (cfr. ci-dessous)

- Contrôle thématique 2011 (secteur de l'assurance indemnités) : Indemnisation des chômeurs en incapacité de travail

Concernant le contrôle thématique prévu pour 2011 dans le cadre de l'assurance indemnités, nous avons opté pour une analyse des contrôles réalisés par les OA lors du passage des assurés sociaux de l'assurance chômage à l'assurance indemnités. Ce contrôle thématique a été préparé tant au niveau du contenu qu'au niveau méthodologique, au cours du premier semestre de 2011. La phase de pré-contrôle a débuté au cours de l'été 2011. Ici, 4 catégories de chômeurs ont été ciblées : chômeurs à temps partiel volontaire, chômeurs complets, chômeurs bénéficiant d'une allocation d'attente, chômeurs avec allocation de garantie de revenus. Ce contrôle a révélé un taux élevé d'erreurs dans la mise en œuvre de la réglementation au niveau du calcul des indemnités. La rédaction du rapport de ce contrôle est en cours, et devrait être terminée à la fin du premier semestre 2012.

- Contrôle thématique annuel récurrent : article 195

Par souci d'exhaustivité, nous tenons à signaler que le service effectue également, chaque année, un contrôle thématique des listes de récupérations d'indus établies par les OA pour la majoration des frais d'administration. La version NL du rapport de synthèse des contrôles 2011 est déjà prête (cf Annexe), tandis que sa version FR est en relecture. Tous ces documents seront envoyés pour fin avril 2012.

## PERSPECTIVES 2012

- Contrôle thématique 2012 (secteur de l'assurance indemnités) : Le service va réaliser un contrôle sur les indemnités de maternité. Cette matière a connu ces dernières années d'importantes modifications et l'un des buts de cette opération sera de vérifier la façon dont les mutualités les appliquent. La préparation méthodologique de ce contrôle a déjà commencé (analyse des risques, document exploratoire, sélection des cas à contrôler, etc) ; les contrôles en mutualités sont prévus à partir du mois d'avril 2012, et l'action devrait se terminer avant la fin de l'année (2012).
- Contrôle thématique 2012 (secteur de l'assurance soins de santé) : les domaines de contrôle choisis à ce stade sont les cumuls interdits des prestations et la double facturation. Des réflexions sont en cours et des réunions sont prévues à cet effet dès le mois de mars. L'action devrait se terminer au plus tard en janvier 2013.
- Le contrôle récurrent article 195 continuera à se faire aussi.

### Annexes 10, 11 et 12:

- Contrôle thématique 2010 : Assujettissements fictifs et erronés à la sécurité sociale. Régime des travailleurs salariés (les résumés des deux versions FR – NL).
- Contrôle 2011: Het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (version NL)
- Contrôle 2011: Geïnde en terugbetaalde bedragen. Vermeerdering van de administratiekosten van de V.I. (version NL)

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

### INTRODUCTION

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

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

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

1. Rédiger un premier rapport comprenant une synthèse des discussions de l'année écoulée.  
Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (cf. rapport annuel 2010).
2. Formuler des propositions d'adaptations à apporter aux règles d'application actuelles.  
Date limite : 31 décembre 2011.

3. Analyser les systèmes de gestion des plaintes en vigueur dans les OA et les mutualités et rédiger un rapport y afférent, en collaboration avec le CIN. Date limite : 31 décembre 2010. Cette action-engagement avait déjà été réalisée (cf. rapport annuel 2010).
4. Formuler des propositions de collaboration et d'harmonisation quant aux systèmes de gestion des plaintes des OA et de l'INAMI, incluant la définition d'indicateurs et éventuellement la confection d'une typologie commune. Date limite : 30 septembre 2011.
5. Mettre en œuvre les propositions de synergies en matière de systèmes de gestion des plaintes des OA et de l'INAMI, 12 mois après un accord (= X) sur la consolidation des systèmes des OA et de l'INAMI. Date limite : X + 12 mois.
6. Rédiger un premier rapport de synthèse commun sur le système consolidé de gestion des plaintes, 12 mois après son implémentation (= X). Date limite : X + 12 mois.

### BILAN ANNÉE 2011 & PERSPECTIVES ANNÉE 2012

- Action-engagement 2 : proposition d'un nouveau système de responsabilisation

Les travaux se sont poursuivis en 2011 sur la base des discussions entamées en 2010 avec l'office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités (OCM) et du rapport intermédiaire (action-engagement 1) rédigé à ce sujet.

Concrètement, l'INAMI, l'OCM et les OA se sont concertés à plusieurs reprises. Des documents préparatoires rédigés par le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI servaient de base aux discussions. Les participants à la concertation ont pu s'appuyer sur ces documents pour livrer leurs commentaires. Une proposition de texte a été rédigée de façon systématique à partir des éléments qui se répétaient, l'objectif étant d'améliorer le système de responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration.

Fin juin 2011, l'INAMI, l'OCM et les OA sont parvenus à un accord de principe sur les lignes de force du nouveau système de responsabilisation. Entre-temps, cet accord de principe a été traduit dans un rapport définitif contenant les propositions relatives au nouveau système de responsabilisation, projet d'arrêté royal y compris. Ce rapport est annexé au présent texte. Il a été finalisé fin décembre et transmis tant à la ministre des Affaires sociales qu'au secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale le 25 janvier 2012. Les auteurs de ce rapport identifient 7 processus qui reflètent le fonctionnement des OA au niveau global :

1. L'obligation d'informer les assurés sociaux.
2. L'octroi correct, uniforme et à temps des droits en matière de soins de santé et d'indemnités.
3. L'exécution correcte, uniforme et à temps des paiements.
4. La détection et le suivi précis des récupérations.
5. L'organisation des mécanismes de contrôle nécessaires aux différents niveaux.
6. La collaboration avec l'INAMI et la collaboration à la mise en œuvre de la politique de la ministre des Affaires sociales.
7. La bonne gestion comptable.

Pour chaque processus crucial, un nombre pertinent de domaines seront délimités par période d'évaluation, après concertation avec l'OCM. Des indicateurs SMART, qui serviront à évaluer le fonctionnement des OA, seront ensuite définis par domaine.

La méthode de travail prévue est la suivante : l'INAMI, l'OCM et les OA se mettent d'accord sur une sélection d'indicateurs pour responsabiliser les OA. La première année, ils pourraient convenir d'une sélection d'indicateurs et effectuer les préparatifs requis pour mesurer ces indicateurs et recueillir et mettre à disposition les données nécessaires pour ce faire. La deuxième année, ils pourraient effectivement calculer les indicateurs et procéder à l'évaluation. Périodiquement, selon ce cycle biennal, les indicateurs et les normes y afférents pourraient évoluer en fonction des évolutions et des problèmes constatés en pratique.

Dans le cadre du suivi d'un rapport de la Cour des comptes sur la gestion des indemnités dans l'assurance maladie invalidité, l'INAMI a, au cours du mois de juin 2011, informé la commission Affaires sociales de la Chambre des représentants de la préparation d'un nouveau système de responsabilisation. Il reste à fixer une date concrète pour une présentation éventuelle de ce nouveau système à la commission Affaires sociales de la Chambre des représentants.

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

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

#### Annexe 13:

- Rapport définitif contenant les propositions relatives au nouveau système de responsabilisation.

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

### INTRODUCTION

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

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

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

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

### BILAN DE L'ANNÉE 2011

Au cours des dernières années, différents modules ont été élaborés sous la forme d'un Infobox (cf. 2<sup>e</sup> rapport semestriel 2011).

En ce qui concerne le 1<sup>er</sup> engagement, la nouvelle brochure d'information, qui était prévue pour fin 2011, est l'Infobox pour le dentiste. La 1<sup>re</sup> version de cet Infobox aura un retard de quelques mois (cf. causes internes). Cependant, une 1<sup>re</sup> version du texte est déjà passée à un

Comité de lecture restreint. Après adaptation éventuelle, le texte sera traduit puis soumis à un comité de lecture plus étendu.

En ce qui concerne le 2<sup>e</sup> engagement, la brochure d'information au sujet du SECM « Mission et procédures », dont la dernière version remontait à avril 2009, a été mise à jour et publiée en mai 2011. De plus, l'Infobox pour le médecin spécialiste (première édition en 2008) fait actuellement l'objet d'une révision complète (versions FR et NL). La publication, prévue initialement pour fin de l'année, est reportée au 1<sup>er</sup> semestre de 2012.

Sur le plan des ressources humaines, on note trois vacances de poste en 2011. Un médecin-inspecteur, rédacteur avec expérience, a quitté l'équipe pour raisons personnelles, au 1<sup>er</sup> juin 2011, pour aller travailler plein temps dans un service provincial. L'expert technique est parti à la retraite au 1<sup>er</sup> août 2011 ; en pratique elle était déjà en congé depuis la fin du mois de mai. De plus, le poste d'assistant administratif néerlandophone (niveau C) est toujours vacant. Les procédures de recrutement sont en cours mais n'ont pas encore donné de résultats. Ces départs expliquent les quelques retards dans les timings (cause interne).

### PERSPECTIVES POUR L'ANNÉE 2012

En ce qui concerne le 1<sup>er</sup> engagement, il est prévu de publier un Infobox général avant fin 2012. Cet Infobox concernera toutes les autres catégories de dispensateurs de soins, n'ayant pas encore un Infobox spécifique.

Au cours de l'année 2012, une fois les derniers Infobox publiés, il est prévu d'effectuer une révision de tout le restant des Infobox, selon l'évolution de la réglementation.

Annexes: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

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

Secteur de l'assurance soins de santé :

1. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridico-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination. Cette action-engagement a déjà été partiellement réalisée (cf. rapport annuel 2010, rapport semestriel 2011).
2. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. Date limite : 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel.

Secteur de l'assurance indemnités :

3. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant l'interprétation juridique-administrative et le règlement au niveau financier-administratif. Date limite : 3 mois avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation en matière de coordination. Cette action-engagement a déjà été partiellement réalisée (cf. rapport annuel 2010, rapport semestriel 2011).
4. Établissement de circulaires aux OA comportant des instructions concernant le transfert de données par voie électronique. Date limite : 3 mois avant que le flux électronique concerné ne soit opérationnel.

### BILAN 2011

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

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

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

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

En ce qui concerne le secteur des soins de santé, une circulaire relative au règlement financier-juridique (plan comptable) a entre-temps été rédigée, finalisée et diffusée parmi les OA au cours du deuxième trimestre 2010. En ce qui concerne l'interprétation juridico-administrative, les préparatifs sont encore en cours. La réglementation européenne est très complexe et certaines interprétations ne sont pas encore disponibles au niveau européen. En fonction de leur mise à disposition, et également des besoins des OA, des circulaires seront systématiquement établies. En octobre 2011, l'INAMI a établi une liste de thèmes approuvée par les OA. Un groupe de travail mixte a ensuite entamé ses travaux. Il assistera l'INAMI en sa qualité de comité de lecture lors de la transposition de la réglementation européenne en circulaires pratiques et compréhensibles pour les acteurs de terrain. La première réunion de ce groupe de travail est prévue en février 2012.

En ce qui concerne le secteur des indemnités, une volumineuse circulaire générale a été préparée. Celle-ci a été transmise officiellement début août 2011 aux OA. Cette circulaire générale esquisse le cadre de la nouvelle législation ainsi que le traitement des demandes d'invalidité. En outre, et dans le prolongement de cette circulaire générale, (action-engagement 3), toute une série de circulaires plus détaillées sont rédigées sur des thèmes spécifiques tels que, par exemple, la déclaration d'incapacité de travail, le contrôle médical d'incapacité de travail primaire et d'invalidité et sujets similaires. La circulaire relative à la déclaration d'incapacité de travail primaire a déjà fortement progressé mais une contre-proposition a pour l'heure été déposée sur la table et est en cours d'examen. Par ailleurs, une

circulaire a également été rédigée au sujet de la jurisprudence de la Cour européenne de justice dans l'affaire Leyman. Cette circulaire a été diffusée en juin 2011. Une troisième circulaire concernant la déclaration de l'incapacité de travail a été finalisée et diffusée fin 2011.

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

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

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

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

Au niveau européen, toutes les lignes directrices concernant les SED (Structured Electronic Documents) n'ont pas encore été finalisées début 2012. Ce manque de stabilité complique la préparation de la transition vers les documents et flux électroniques. En ce qui concerne l'INAMI, des analyses business ont été réalisées tant pour le secteur des soins de santé que pour le secteur des indemnités. Ces analyses ont également été intégrées dans une analyse business globale. Celle-ci sera corrigée en fonction des modifications apportées au niveau européen, après quoi des corrections détaillées pourront être apportées de manière systématique. Ces analyses business servent de base aux discussions menées avec les OA en vue de la programmation.

### PERSPECTIVES 2012

Les activités relatives à l'établissement de circulaires et à la préparation de la transition vers des flux électroniques se poursuivent.

En ce qui concerne les circulaires, les thèmes suivants seront d'ores et déjà développés pour le secteur des soins de santé : (1) les principes de base et règles de fixation de la législation applicable d'une part ; (2) et le remboursement de soins reçus à l'étranger d'autre part. En ce qui concerne le secteur de l'assurance indemnités également, la concertation périodique avec les OA est maintenue en vue de l'établissement de circulaires apportant des éclaircissements dans les domaines où cela s'avère nécessaire.

En ce qui concerne la préparation des flux électroniques, les analyses business seront corrigées et peaufinées en fonction des précisions apportées au niveau européen. La nécessité d'une concertation structurelle avec les OA est également prévue. Du côté de l'INAMI, les ressources ICT nécessaires seront prévues à partir de fin 2012.

Annexe: Aucune.

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

### INTRODUCTION

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

L'action-engagement initiale était la suivante :

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

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

Action-engagement remplaçant l'ancienne action-engagement :

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

### BILAN 2011

- Notes techniques en vue de l'opérationnalisation de l'Observatoire

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

- les données dont dispose l'INAMI concernant les patients étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique (note de l'INAMI) ;
- les données SHA-AZV (note de l'INAMI) ;
- les données RCM et RHM (note du SPF SPSCAE) ;
- les données disponibles via Finhosta (note du SPF SPSCAE) ;
- la répartition des patients dans les hôpitaux belges (à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010) en fonction du système de financement sous lequel ils tombent (note du SPF SPSCAE).

À partir de fin octobre 2010, ces notes ont été discutées et développées dans le cadre d'une concertation périodique organisée entre l'INAMI et le SPF SPSCAE. Une concertation à propos de l'Observatoire de la mobilité des patients a également été organisée à plusieurs reprises dans le courant du premier semestre de 2011. Les notes techniques distinctes ont ensuite été intégrées dans une note globale qui a été soumise à discussion à partir de mars 2011.

- Constitution de l'Observatoire

D'après le Rapport annuel 2010 sur l'exécution du Contrat d'administration, une candidature de représentant était encore attendue pour l'Observatoire, pour fin 2010. La composition de l'Observatoire a entièrement été finalisée au cours de l'été 2011.

▪ Début des travaux de l'Observatoire

L'Observatoire s'est réuni pour la première fois le 14 septembre. La note globale rédigée par l'INAMI et le SPF SPSCAE y a été discutée. La note fait état des informations disponibles et non disponibles à l'heure actuelle et fait une estimation des informations dont il faudra disposer pour pouvoir exécuter les missions de l'Observatoire. Une feuille de route a été établie en vue d'exécuter les actions nécessaires.

L'Observatoire s'est réuni pour la deuxième fois le 14 février. Le SPF Santé publique a entre-temps préparé certaines actions réglementaires qui étaient prévues dans l'exécution de la note globale.

PERSPECTIVES 2012

Les actions-engagements du Contrat d'administration ont été entièrement réalisées et dans les délais. L'Observatoire est entièrement opérationnel. Il est prévu que l'Observatoire se réunisse environ deux fois par an.

Annexe: Aucune

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

1. Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français. Dates limites : 31 mars 2010, 2011, 2012. Cette action-engagement a été réalisée pour 2010 et 2011.
2. Mettre en place avec certains pays un échange d'expertises via le système de visioconférence. Date limite : 31 décembre 2010. L'action-engagement a été réalisée.
3. Mener une recherche opérationnelle préalable à la mise en place d'une assurance soins de santé dans au moins un pays. Date limite : 31 décembre 2012.
4. Démarrer un projet développement d'assurance soins de santé dans au moins un pays. Date limite : 31 décembre 2012.

## BILAN DE L'ANNÉE 2011

Les actions-engagements suivantes figurent dans le 3<sup>e</sup> Contrat d'administration pour l'année 2011. Notons que le scope est bien plus large que les actions-engagements décrites ci-dessous.

- *Engagement 1: Elaborer annuellement le programme et l'organisation des formations en anglais et en français. Date limite : 31 mars 2011.*

Cette action-engagement est réalisée. Après les deux formations de février (en anglais) et de mars 2010 (en français) sur « la gestion de la sécurité sociale », une nouvelle formation (en français) a été donnée du 19 septembre au 28 octobre 2011 (6 semaines de formation) et a eu pour thématique la « Gestion de la Sécurité sociale – orientation santé ». Cependant, il n'y a plus de formation structurelle en anglais (semblable à celle en français) depuis 2011 pour des raisons de manque de candidats.

Une seconde formation structurelle (français/anglais) se met en place. Il s'agit d'une formation commune IMT<sup>5</sup>-COOPAMI qui aura pour thème « Belgian Course in Social Health Protection (Be-CiSHP) », (cf. annexe dans le 2<sup>e</sup> rapport semestriel 2011). La première édition est prévue pour 2013 en français.

Notons aussi l'organisation d'une formation « Financement et gestion des systèmes d'assurance maladie » pour 20 stagiaires au Sénégal ; cette mission de 3 semaines a été financée par l'Ambassade de Belgique à Dakar et mise en place par la Coopération Technique Belge (CTB), suite à un marché de services remporté par COOPAMI. Cette orientation de décentralisation des formations, COOPAMI entend la développer dans les prochaines années, les pays étant de plus en plus demandeurs.

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

Cette action-engagement est réalisée. Le « coaching » d'équipes dans les pays se poursuit aujourd'hui principalement via WebEx avec Rabat (Maroc) relativement au système d'information de la CNOPS ; Nouakchott (Mauritanie) relativement à la rédaction d'un rapport actuariel, l'élaboration de formations pour les agents de la CNAM et au système d'information ; et Alger (Algérie) globalement relativement à l'encadrement de l'équipe actuarielle nationale de sécurité sociale et plus particulièrement pour l'amélioration de son système d'information. Une nouvelle dimension va être ajoutée en organisant des visioconférences avec les stagiaires qui ont suivi la formation COOPAMI 2011 à Bruxelles et le groupes des stagiaires qui vient de recevoir la formation au Sénégal.

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

Côte d'Ivoire : COOPAMI est toujours en attente d'un feu vert de la Côte d'Ivoire pour l'exécution du projet, la phase préparatoire (enquête et étude de faisabilité) étant terminée depuis un an. Le contact est continu avec le partenaire, le projet a été retenu par le nouveau gouvernement, mais il est difficile aujourd'hui de préciser la date de démarrage sur le terrain.

---

<sup>5</sup> Institut de Médecine Tropicale.

Corée du Sud : Dans le cadre d'un accord structurel de coopération dans les prochaines semaines avec l'Ambassade de Corée du Sud à Bruxelles, le développement des échanges d'expertise de COOPAMI avec ce pays sont à prévoir. Cet accord s'intégrera dans le cadre de l'engagement 4.

Mauritanie : L'engagement 4 se concrétise actuellement particulièrement en Mauritanie où la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), sous l'impulsion de COOPAMI, se professionnalise notamment dans sa gestion financière (coaching permanent), et accroît progressivement le taux de couverture de la population. Une extension au secteur privé et aux professions libérales a été réalisée début novembre 2011.

Outre la Mauritanie, COOPAMI est en contact notamment avec des équipes locales au Congo Kinshasa, au Congo Brazzaville en vue d'y développer une assurance soins de santé universelle.

▪ Missions :

Dans le cadre général des missions de COOPAMI « Conclusion de conventions d'échange d'expertise avec l'étranger », des actions sont en cours en Mauritanie, au Maroc, en Algérie et prochainement en Tunisie. Les systèmes d'assurance soins de santé existent et fonctionnent dans chacun de ces pays mais il s'agit de les moderniser et de les développer en les adaptant à l'évolution de leur contexte national.

▪ Nouveaux accords de collaboration :

COOPAMI a signé de nouveaux accords de collaboration :

- Maroc, avec la CNOPS ;
- République Démocratique du Congo, avec le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale ;
- Mauritanie, avec la CNAM.

▪ Quelques réalisations de COOPAMI :

- Accueil d'une délégation ivoirienne dans le cadre de la mise en place d'une couverture maladie universelle (août 2011) ;
- Accueil de stagiaires dans le cadre d'un master en santé publique en Politique et Management des systèmes de santé (PMSS) à l'Institut Tropical d'Anvers (juin 2011) ;
- Accueil d'une délégation de l'Institution de Sécurité Sociale turque (mai 2011) ;
- Accueil d'un stagiaire de l'[Ecole Nationale d'Administration](#) (ENA) de Tunis (du 2 mars au 28 avril 2011) ;
- Maroc – Mission à Rabat (CNOPS) du 25 au 26 mars 2011 ;
- Mauritanie – Mission à Nouakchott (CNAM) du 29 janvier au 3 février 2011 ;
- Présentation dans le cadre d'un master en santé publique en Politique et Management des systèmes de santé (PMSS) à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (janvier 2011).
- Notons aussi les visites fréquentes de délégations sud-coréennes.

▪ Renforcement de l'équipe :

Dans le cadre de ces projets, un engagement d'un attaché via le marché interne a été effectué. La sélection a eu lieu en juin 2011. L'attaché est entrée en fonction le 15 septembre 2011.

Un expert financier, Bruno Pedroli, a également été recruté ; son entrée en fonction est prévue pour le 01/03/12. Il travaillera en synergie avec Thomas Rousseau, et se spécialisera dans les enquêtes de faisabilité.

PERSPECTIVES POUR L'ANNÉE 2012

Outre les différentes missions déjà en cours et prévues pour 2012, COOPAMI s'attèlera à la réalisation des engagements 3 et 4. Il est à noter que la réalisation de ces engagements est assez lente, étant donné que le processus nécessite des choix politiques de la part des pays.

Annexe: Aucune

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

### INTRODUCTION

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

Les actions-engagements sont les suivantes :

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

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

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

### BILAN 2011

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

Le développement du module 3 (module de calcul) a été achevé au cours de l'année 2011. Toutes les règles « entreprise » (cf. nouvelle loi du 1.5.2009) applicables au calcul de la pension d'invalidité ainsi que l'historique de ces règles devaient être programmés dans ce cadre. Ce fut un travail long et complexe vu la multitudes de règles, d'exceptions, de modifications intervenues, etc.

Le rapport qui suit est basé sur le rapport fait au Comité général de gestion le 27 février 2012 concernant la situation précise d'une série de projets du Contrat d'administration.

Le développement de toutes les parties du module 3 s'est achevé en septembre. La phase test avait déjà débuté en juillet 2011. Les actions suivantes ont en particulier été exécutées :

- A partir de juillet 2011 : phase 1 de test du module de calcul : 23 tests pour des dossiers belges et 23 tests pour des dossiers étrangers ont été effectués. Des écarts constatés antérieurement entre les calculs dans l'ancien système et les calculs dans le nouveau

- module de calcul ont été analysés et rectifiés. Les règles d'arrondissement pour les dossiers belges et étrangers ont été examinées et solutionnées
- Octobre 2011 - janvier 2012 : phase 2 de test du module de calcul et premier test d'import des dossiers d'IBBV en IPR. 75 bugs ont été identifiés, qui ont été corrigés

### PERSPECTIVES 2012

En février 2012, on a entamé la finalisation des développements liés aux documents d'output et la finalisation de l'outil d'import des données IBBV (ancienne application). Il faudra ensuite démarrer la phase 3 du test.

La mise en service du module 3 est prévue au cours du premier semestre 2012.

Le module 3 réceptionné constitue le module dont le développement ICT a requis le plus de temps et le plus de moyens. À ce propos, citons les points critiques suivants :

- La complexité des règles business pour la construction du module de calcul ont nécessité des réunions et discussions supplémentaires.
- Interactions avec le projet EESSI, Electronic exchange of social security information. La décision d'informatiser l'ensemble des échanges de données électroniques au niveau européen obligera sans doute à une évolution du projet dans le futur. Le développement de ces flux et le développement du programme pour la gestion des pensions d'invalidité dans le cadre international doivent se faire de manière harmonisée. Cela nécessitera également une adaptation et une actualisation de l'analyse BIO effectuée antérieurement.

Le développement des autres modules – comme prévu dans l'Avenant 2009 et dans le Contrat d'administration 2010-2012 – est provisoirement gelé. En ce qui concerne le développement des modules destinés à la gestion du courrier (modules 1 et 2), ceux-ci seront intégrés dans un projet plus vaste au sein de l'INAMI concernant l'informatisation de la gestion du courrier. Au niveau externe, il convient comme mentionné ci-avant de souligner l'interférence avec le projet d'informatisation des flux européens (cf. article 46 du CA2010-2012, cf. supra).

Annexe: Aucune

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

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

Pour les réalisations du trajet BPM de 2006 à 2009, nous renvoyons volontiers au texte de base du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration. Ci-après nous décrivons la progression en 2011:

- Quelques sessions de coaching avaient encore été organisées début 2011 dans le but de soutenir les responsables fonctionnels. Ce coaching était donc une suite du 3<sup>e</sup> cycle des formations de base BPM organisées fin 2010. Environ une centaine de personnes ont jusqu'à présent suivi la formation de base BPM.
- Le développement concret des analyses BIO pour les processus spécifiques des services centraux et des services opérationnels se poursuit.

- Un modèle d'organisation a été développé afin de renforcer la capacité d'analyse au sein de l'INAMI par la présence d'analystes business externes. Ces analystes externes travaillent en complémentarité avec les analystes internes. Un encadrement spécifique de ces analystes externes est prévu afin de les coacher au quotidien dans les domaines de la programmation, du contenu, de la méthodologie et du coaching journalier.
- L'attaché qui a rejoint la Cellule de modernisation (depuis décembre 2011) consacre son temps spécifiquement au BPM.

Le développement de la carte des macro-processus est encore en cours. La carte des macro-processus identifie les grands domaines de processus de l'INAMI. Ces domaines de processus regroupent des processus individuels semblables. L'objectif est d'arriver à une approche intégrée de l'amélioration des processus, de la gestion des risques et de la mesure des performances. Il s'agit d'un exercice complexe et intensif. En 2009, une première version du regroupement des macro-processus de l'INAMI a été réalisée. Ce regroupement permet de fixer un contrôle interne au niveau d'un domaine de processus, d'un macro-processus, d'un processus individuel, d'un sous-processus et d'une activité. Il permet aussi de définir les blocs de processus génériques et d'exécuter les autres parties gestionnelles d'une manière plus efficiente (développements ICT, définition des indicateurs, attention à la qualité, détermination des besoins des RH,...). Ce n'est que fin 2011 que l'INAMI a continué à s'engager plus loin dans cette voie. Le renforcement de la capacité au sein de la Cellule de modernisation à partir de 2012 devrait permettre de finaliser ce regroupement des macro-processus en 2012 et de procéder à un regroupement final. Il sera également procédé à l'inventaire de toutes les descriptions de processus disponibles.

Depuis 2011, l'INAMI participe également aux activités du réseau BPM de la Vlerick Management School. En tant que membre, l'INAMI peut ainsi emmagasiner de l'expertise et continuer à développer le programme BPM de manière professionnelle.

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

Annexe: Aucune

## Article 50.2. Mesure des performances

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

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

En 2009, une Balanced Scorecard<sup>6</sup> (BSC) a été conçue pour les RH. Des facteurs de réussite ont été déterminés pour 4 domaines (finances et planning (F), processus internes du Service des RH (P), agents et services opérationnels comme clients des RH (C), innovation, compétence et formation (I). Pour ces facteurs de réussite, des indicateurs de performance critiques ont été déterminés (KPI). Ces indicateurs feront l'objet de rapports périodiques au Comité de direction.

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

Annexe: Aucune

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

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

On peut lire dans le Contrat d'administration que, par le passé déjà, l'INAMI a intégré certains éléments fondamentaux de la maîtrise des risques dans son fonctionnement, notamment dans le cadre de la gestion des projets et des processus. Le volet « maîtrise des risques » a aussi été évalué et adapté à la lumière d'une nouvelle méthodologie pour les projets en cours d'élaboration à l'INAMI (cf. rapport sur l'article 50.6.). Dans le cadre de la « phase de définition » et de la « phase d'implémentation » par exemple, une rubrique est prévue pour identifier et évaluer les risques prévus ou effectifs ainsi que pour prévoir des mesures de maîtrise des risques. La méthodologie de maîtrise des risques révisée est décrite dans un manuel détaillé rédigé pour les chefs de projets. Bien entendu, une formation et un accompagnement adaptés seront nécessaires pour maîtriser correctement les risques mais aussi pour bien concrétiser les autres facettes de la gestion de projets (programmation, gestion de la qualité, détermination des moyens nécessaires, etc.). Des séances d'information ont aussi été organisées entretemps à l'INAMI. Des sessions de formation plus variées sont prévues au cours de l'année 2012 pour les différents types de collaborateurs aux projets (cf. article 50.6).

Par ailleurs, nous souhaitons faire référence au projet « Safe Info » (cf. rapport relatif à l'article 50.9.). Depuis 2011, un projet est en cours à l'INAMI permettant d'identifier et d'évaluer, au niveau des divers processus, les risques et les mesures de maîtrise en matière de sécurité de l'information, notamment quant à la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité. Ce projet constitue bien évidemment une importante impulsion pour l'exercice de réflexion mené en matière de risques au sein de l'INAMI, tant à la Direction générale et parmi les managers de ligne qu'au niveau de l'ensemble du personnel. Préalablement à ce projet, une mise au point quant à la méthodologie à utiliser a été faite avec les consultants de Ernst & Young qui encadrent le projet. Cette méthodologie est – vu les objectifs du projet « Safe Info » –

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

nettement plus vaste et approfondie que la méthodologie de base aujourd'hui prévue dans le cadre de la gestion de processus et de projets au sein de l'INAMI. En 2011, des analyses de risques quant aux processus des services concernés ont été effectuées dans tous les services opérationnels de l'INAMI ainsi que dans certains services de support. Ces analyses ont permis d'établir l'état des lieux en matière de risques inhérents, d'adéquation et d'efficacité des mesures de contrôle, ainsi qu'au niveau des risques résiduels. Pour 2012, il est prévu d'implémenter une série de mesures de contrôle tant au niveau de l'organisation qu'au niveau des processus afin d'atténuer les risques les plus lourds. Un modèle organisationnel est également prévu en vue d'un ancrage structurel de la gestion des risques en matière de sécurité de l'information dans l'organisation mais aussi en vue d'une certification ISO27001 qui entrera normalement en vigueur dans le courant de l'année 2012.

Annexe: Aucune

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

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

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

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

Au cours de l'année 2011, les actions suivantes notamment ont été achevées au niveau du Collège des IPSS et du groupe de travail « Audit interne » :

- élaboration d'une Charte commune de la fonction d'audit interne au sein des IPSS ;
- élaboration d'une Charte commune des Comités d'audit dans les IPSS ;
- concertation avec les administrateurs des IPSS concernant ces propositions ;
- concertation avec la Cour des comptes concernant ces propositions ;
- élaboration d'une feuille de route commune en vue de l'exécution de la vision et des chartes relatives à l'audit interne ;
- soutien des institutions qui souhaitent développer une fonction d'audit interne partagée ;
- etc.

Tous les éléments essentiels sont sur la table pour procéder, dans le cadre d'une vision commune, à l'opérationnalisation et au développement de la fonction d'audit interne au sein

des IPSS. Dans le cadre de la feuille de route commune, chaque IPSS devra prévoir séparément un calendrier pour le lancement et/ou le développement de la fonction d'audit interne ainsi que pour la création d'un Comité d'audit.

Un moment important est l'approbation au niveau de l'institution – liée ou non à l'adaptation des dispositions des Chartes communes aux spécificités de l'institution. Cette approbation doit avoir lieu tant au niveau de la Direction générale qu'au niveau du Comité de gestion (ou équivalent). Afin que la procédure d'approbation au niveau des Comités de gestion se déroule correctement, une concertation préparatoire est prévue avec les administrateurs des IPSS au début du mois de mars 2012. Au cours du deuxième trimestre 2012, les textes seront alors transmis à tous les Comités de gestion. Une note explicative commune est également prévue.

En ce qui concerne l'INAMI, des moyens sont prévus dans le Plan du personnel 2012 en vue de créer la fonction d'audit interne. En fonction de l'approbation du Plan du personnel, les procédures requises pourront être lancées.

Annexe: Aucune

## **Article 50.5. Comptabilité analytique**

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

- Comptabilité analytique : troisième dimension

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

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

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

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

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

- inventaire et analyse des activités en vue de réaliser l'action-engagement ;
- détermination des volumes de travail engendré par ces activités ;

- couplage des volumes de travail aux profils du personnel (ex. niveau, ancienneté, etc.) ;
- calcul du coût des activités en multipliant les volumes de travail par les profils du personnel qui effectue le travail.

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

Le projet pilote est provisoirement reporté en raison du fait que certaines données doivent encore être davantage affinées par les chefs de projet concernés, que la capacité de personnel au sein de la cellule compétente de la Direction Finances est limitée, et compte tenu d'autres priorités (FAM, financement des organisations professionnelles, etc.). Le projet sera de nouveau poursuivi en fonction de la capacité de personnel au sein de la cellule.

Annexe: Aucune

## Article 50.6. Management de projet

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

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

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

Voici quelques réalisations dans le cadre du projet PMC pour l'année 2011 et les perspectives 2012 :

- Le groupe de travail PLC a défini les différentes phases d'un projet, c'est-à-dire le cycle de vie d'un projet (en fonction ou non du type de projet) : de l'initiation, en passant par la définition du scope, jusqu'à l'exécution, l'évaluation et la clôture du projet. Ce cycle de vie standardisé d'un projet sera à présent testé prioritairement au sein d'un service opérationnel et ensuite introduit dans les autres services de l'INAMI. Début 2012, des formations et des ateliers seront organisés à ce sujet pour les chefs de projets du service-pilote.
- En ce qui concerne la documentation des projets, quelques améliorations ont encore été apportées en 2011 au template de la fiche de projet. Ce template sera utilisé à partir de 2012.

- Un outil spécifique destiné à l'identification unique des projets et à la listes des projets est pour ainsi dire finalisé. Il permettra d'établir efficacement des aperçus de tous les projets INAMI et de rédiger un rapport intégré au niveau INAMI. Cet outil sera testé en 2012, en première instance pour tous les projets du Contrat d'administration.
- Un exercice de réflexion est en cours pour savoir comment renforcer la maturité de la fonction de PMO. Des ateliers ont été organisés à ce sujet en 2011. Cette année-ci, les activités seront poursuivies.
- La Cellule de modernisation a entamé une analyse de tous les documents de rapport utilisés afin de procéder à une harmonisation des rapports et des tableaux.

Entre-temps, le système de suivi des projets est poursuivi, tant au sein des services (Business Steering Group) qu'au niveau de l'INAMI (Comité de direction). Des BSG sont aujourd'hui opérationnels dans la plupart des services et les projets sont systématiquement suivis.

Annexe: Aucune

### Article 50.7. La gestion des plaintes

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

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, un tableau de bord contenant plusieurs indicateurs permet de suivre le traitement des plaintes. Ce tableau de bord est mis à jour tous les trimestres. En 2011, 51 plaintes au total ont été déclarées recevables, sur un total de 137 lettres. Comme chaque année, un grand nombre de lettres réceptionnées ( $\pm 50\%$ ) concernent des demandes d'information. En 2011, les délais moyens pour la réception des plaintes et les délais moyens pour leur traitement étaient respectivement de 1 jour calendrier et de 33 jours calendrier ; les valeurs indicatives sont respectivement de 10 jours calendrier et de 45 jours calendrier.

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

Annexe: Aucune

## Article 50.8. GRH

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

En ce qui concerne l'attrait de notre institution, le service RH a développé, en collaboration avec la Cellule Communication, une brochure contenant des informations générales sur les missions de l'INAMI et sur l'INAMI en tant qu'employeur. Cette brochure est utilisée lors d'évènements à l'extérieur, tels qu'une bourse à l'emploi. Tout comme en 2010, une large campagne de recrutement a été menée l'année dernière, en accordant une attention particulière au groupe public des jeunes médecins et aux fonctions critiques.

Sur le plan des formations, en 2010, un trajet (« connect ») a été développé. Il vise spécifiquement le développement du leadership. Ce trajet tend à soutenir les dirigeants dans le développement d'un style de direction tenant compte de la personne et explorera les compétences et les qualités nécessaires à cet effet. Un partenaire externe a été désigné pour ce trajet. La première phase est maintenant terminée et visait le management stratégique (membres du Conseil de direction), vu le rôle d'exemple qu'ils jouent dans l'organisation. Après avoir reçu une évaluation positive, cette phase a conduit à 1 extension du trajet aux membres du Conseil de direction élargi (niveau A3) durant la 2<sup>e</sup> moitié de 2011. Entre-temps, la 3<sup>e</sup> phase est en pleine préparation, c.-à-d. une extension à tous les collaborateurs avec un niveau d'attaché. Pour ce groupe cible, les formations débuteront à la mi-2012.

En 2010, un premier inventaire a été dressé de tous les besoins en formation au niveau de l'INAMI pour les trois prochaines années. Tant « top down » (descendant) (ce dont l'INAMI a besoin) que « bottom up » (ascendant) (les besoins des collaborateurs individuels). Un plan d'action « formations » a été élaboré en 2011 sur la base de cet inventaire. En outre, un certain nombre de systèmes de gestion ont été mis sur pied au niveau des formations, notamment un instrument spécifique de suivi et de rapport ainsi qu'un monitoring du budget de formation. Cela permet au Service RH et au Comité de direction d'assurer un suivi proactif et de prendre des décisions fondées.

En ce qui concerne les exit-interviews (entrevues de départ), un rapport est présenté chaque année depuis 2010 au Comité de direction et au Comité de concertation de base, présentant les résultats des interviews.

Ces dernières années, le projet pilote télétravail (Service de traduction) a encore été élargi et est maintenant applicable dans tous les services de l'INAMI. L'indicateur a augmenté : il est en effet passé de 5,8 %<sup>7</sup> en 2008 à plus de 15% à la fin de 2011. L'application du télétravail est évaluée en interne de façon régulière. Étant donné que les évaluations étaient assez positives, un éventuel élargissement est envisagé dans les mois à venir (pour plus de fonctions, augmentation du nombre de jours par semaine, davantage de flexibilité dans le choix des jours,...).

Au niveau de la politique en matière d'absentéisme, on a continué à affiner l'instrument de mesure en 2011 afin qu'un compte rendu systématique des absences puisse être fourni au Comité de direction. Ce compte rendu permet de corriger certaines dérives et ce, de manière ciblée (p. ex. dans certains services). Les premiers résultats ne seront disponibles qu'en 2012.

<sup>7</sup> Indicateur P&O n° 17 = (nombre d'agents faisant du télétravail / nombre total de collaborateurs).

Le texte de base du 3<sup>e</sup> Contrat d'administration prévoit que l'INAMI suive minutieusement la rotation du personnel, et s'efforce d'obtenir une baisse du chiffre actuel de la migration. Nous notons une baisse de ce chiffre : il passe d'un score de 7,10 %<sup>8</sup> en 2008 à 6,38 % en 2009 et à 5,45 % en 2010.

Les cercles de développement à l'INAMI ont toujours été relativement bien appliqués (taux d'application des cercles de développement : 71,10 %<sup>9</sup> en 2008). Cependant, nous avons constaté que l'application pour les années 2009 et 2010 était moins bonne que les années précédentes. Par conséquent, de nombreuses actions d'encouragement ont été organisées au cours de ces derniers mois (sessions de sensibilisation pour les dirigeants, sessions d'information pour les collaborateurs,...). Nous nous attendons également à ce que le trajet du développement du leadership ait un effet positif sur le taux d'application des cercles de développement.

En 2005, une première enquête de satisfaction a été menée auprès du personnel. Une deuxième enquête de satisfaction plus complète a également été réalisée en 2010 ; elle intégrait plus spécifiquement les aspects de bien-être. En 2011, on a beaucoup investi dans la communication envers tous les collaborateurs (avec un approfondissement des points importants spécifiques par service) et dans l'élaboration d'un plan d'action.

Sur le plan de la stimulation de la transmission interne des connaissances, un projet « task force de formateurs internes » a été lancé. Le but visé est de promouvoir la transmission interne des connaissances sur la base du développement de formations internes et ce, au sein d'une large offre de formations. Il s'agit de formateurs internes qui ont une expertise spécifique et qui développent des formations et les assurent. Ils suivent d'abord une formation IFA « train the trainer » au cours de laquelle ils bénéficient d'un soutien méthodologique pour l'élaboration de leur module de formation. Les formateurs seront chargés d'assurer des formations n'existant pas à l'extérieur ou applicables spécifiquement au sein de l'INAMI. En ce qui concerne les thèmes suivants, des formations internes ont déjà été développées : La méthodologie des projets – principes de base (pour les coordinateurs de projet, chefs de projet ou collaborateurs de projet), Vision intégrée de la gestion & de la stratégie au sein de l'INAMI : informations sur les termes de base, les instruments et les acteurs (pour les nouveaux chefs fonctionnels, chefs de projet ou collaborateurs de projet ainsi que pour les fonctions de staff d'encadrement). D'autres modules sont en préparation : la méthodologie des cercles de développement et comment préparer mon premier cercle ? (pour les nouveaux collaborateurs), La méthodologie des cercles de développement et comment préparer les cercles de mes collaborateurs ? (pour les chefs fonctionnels), INAMI Modules d'accueil (pour les nouveaux collaborateurs).

Enfin, nous voulons encore souligner les liens de collaboration intensive entretenus par l'INAMI avec les autres établissements sur le plan de la GRH. Citons entre autres, une participation intensive de l'INAMI au projet FED20 que le SPF P&O a mis sur pied (suivi des indicateurs RH). Un groupe de travail a également été créé au sein du Collège des IPSS en 2010, sous la présidence de l'administrateur général de l'INAMI. Ce groupe de travail est chargé de développer des synergies entre les IPSS. Une première proposition de plan opérationnel a été développée en juin 2011 pour le Service RH. Entre-temps, nous continuons à travailler aux scénarios possibles d'implémentation pour les thèmes RH spécifiques. Les premiers résultats en seront perceptibles dès 2012 et pourront être intégrés dans la 4<sup>e</sup> génération de Contrats d'administration des Institutions publiques de sécurité sociale.

---

<sup>8</sup> Indicateur P&O n° 6a = rotation du personnel = ((nombre d'agents IN / nombre total de collaborateurs) + (nombre d'agents OUT / nombre total de collaborateurs)) / 2

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

Une de ces synergies vise le développement des e-RH. En 2010, l'INAMI a fait une analyse à ce sujet en ce qui concerne sa propre situation existante (« AS IS ») (en l'état) ainsi que la situation souhaitée (TO BE) (à atteindre) sur la base des applications existant dans d'autres institutions ou Services publics et sur la base d'applications existant sur le marché. Un cahier des charges a entre-temps été établi en 2011. Cinq offres ont été reçues et traitées et, fin février 2012, la demande d'attribution du marché a été soumise au Comité général de gestion. L'implémentation du nouvel outil e-RH sera lancée en 2012.

Annexe: Aucune

## ARTIKEL 50.9. ICT

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

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

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

En ce qui concerne les réalisations en 2011, on peut notamment citer une meilleure méthodologie en matière d'inventaire et de suivi de projets au sein de l'INAMI ayant un impact ICT. Cette méthodologie constitue également une base de discussion au niveau des services mais aussi au niveau INAMI en vue de l'inventaire des besoins, de la sélection de projets, de la fixation de priorités, de la répartition des moyens (« resource management »), de l'évaluation de l'interdépendance et de l'impact des projets en rapport avec l'ICT, du suivi des moyens réellement consacrés à l'ICT, etc.

Par ailleurs, un Service Level Agreement (SLA) est également en cours de préparation au sein du Service ICT. Ce SLA définira les standards et les normes en matière de qualité de prestation de services aux clients. Il pourra bien sûr également servir de base au suivi des indicateurs en la matière.

D'un point de vue purement technique, l'amélioration de la qualité au niveau des processeurs est également en cours. L'ambition à terme est d'aboutir à un contrôle « end-to-end » sans négliger la satisfaction des utilisateurs finaux.

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

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

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

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

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

L'état d'avancement du projet fait l'objet d'un rapport dans le cadre de l'article 50.3. concernant le développement de la gestion des risques à l'INAMI.

Annexe: Aucune

## **Article 51. Développement durable**

### INTRODUCTION

L'INAMI souhaite intégrer dans son organisation la perspective du développement durable. Au niveau de l'organisation interne, cela signifie, entre autres, que l'INAMI veut mettre sur pied une politique et des actions se rapportant à la consommation d'énergie et d'eau, à la production de déchets, à la consommation de papier, aux trajets entre le domicile et le travail et à d'autres domaines similaires.

### BILAN DE L'ANNÉE 2011

En décembre 2011, une note présentant une nouvelle vision relative au développement durable a été rédigée. Elle sera présentée au Comité de Direction le 23/02/12. Cette note sera davantage explicitée dans le 1<sup>er</sup> rapport semestriel 2012 du présent Contrat.

Dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012, trois projets concrets en matière de développement durable sont en cours de réalisation :

- *Audit EMAS*

Premièrement, l'INAMI veut lancer un audit EMAS en plusieurs phases, pour ses bâtiments. EMAS signifie « Environmental Management and Audit Scheme ». Il s'agit d'un système de

politique environnementale et d'audit qui permet à l'organisation de s'améliorer sur le plan de l'environnement. L'INAMI ambitionne de soumettre chaque année un de ses bâtiments à une telle procédure d'audit. Suite à l'entrée en fonction du nouvel attaché « développement durable » en octobre 2011, le projet pourra concrètement démarrer en mars 2012. Plusieurs actions ont déjà été réalisées en vue de concrétiser le projet :

- Intégration du projet EMAS dans une vision plus large et intégrée du développement durable à l'INAMI ;
- Une rencontre a eu lieu avec le SPP Développement Durable dans le but de recueillir des informations quant à la mise en place effective de l'EMAS ;
- Une fiche-projet est en cours de rédaction et sera achevée pour le mois de mars 2012 ;
- Le projet est actuellement en phase d'initiation mais entrera en phase d'exécution d'ici le mois de mars 2012 ;
- Des discussions sont actuellement en cours avec la Cellule Communication concernant l'établissement d'un plan de communication développement durable et EMAS ;
- Une étude comparative (benchmark) est aussi en cours ; il s'agit de comparer et de prendre connaissance des différentes actions réalisées par d'autres institutions et IPSS dans le cadre de leur implémentation EMAS.

#### ▪ *Concerto*

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

Le Service de soins de santé utilise Concerto en appui au Comité de l'assurance. Sur base de cette expérience, Concerto est maintenant étendu à d'autres organes. Ainsi, un *cookbook* a été réalisé afin de lister et d'expliquer les différentes étapes à franchir pour qu'un organe puisse utiliser l'application Concerto en soutien de son activité. Concernant le Comité de l'Assurance, la connexion par carte d'identité électronique est possible. Une réflexion est néanmoins en cours pour offrir la possibilité de se connecter via un token. Concernant l'extension future au Comité Général de Gestion, il a été convenu, avec l'IT, de travailler en deux phases : dans un premier temps, la diffusion des documents via Concerto ne sera possible qu'en interne (personnel INAMI) ; ensuite, dans une deuxième phase, l'accès sera possible pour les membres externes.

La réalisation en phases d'une telle application pour les organes peut considérablement contribuer à diminuer la consommation de papier et d'encre. Ainsi, Concerto a déjà permis d'économiser près de 66 % en termes de consommation de papier pour les notes du Comité de l'assurance, suite à la suppression de la distribution interne des documents. Désormais, les agents de l'INAMI peuvent consulter toutes les notes de manière électronique. Au cours des prochains mois et des prochaines années, ces économies ne feront qu'augmenter lorsque les membres effectifs seront habitués à l'utilisation de Concerto et ne désireront plus recevoir d'exemplaires papier.

Concernant l'utilisation de Concerto, on compte plus ou moins actuellement 552 utilisateurs enregistrés pour le site qui concerne le Comité de l'Assurance. Ce nombre élevé s'explique, entre autres, par le fait que c'est le premier organe pour lequel on utilise Concerto ; un accès assez large a été donné aux collaborateurs du service des soins de santé et aux autres services. Cette même logique a été suivie pour les utilisateurs extérieurs et ceci dans un but de promotion de l'application. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'existe pas de dispositif permettant de capter les accès à l'application ; ceci est une fonctionnalité qui pourrait être envisagée pour une version ultérieure de Concerto.

- *Printing Project*

L'INAMI a récemment lancé un projet au cours duquel le parc d'imprimantes est analysé minutieusement en vue de son remplacement. Le projet s'intitule "Printing Project". Le parc d'imprimantes ne couvre pas uniquement les imprimantes mais également les photocopieuses, fax et scanners de l'INAMI. Toutefois, le projet aborde aussi la gestion du parc d'imprimantes dans son ensemble. Il est primordial d'adopter une véritable stratégie d'impression qui peut s'accompagner d'une optimisation des processus d'entreprise. En effet, les appareils multifonctionnels et autres solutions d'impression spécifiques peuvent rendre certains processus plus efficaces. Une telle stratégie d'impression, qui va donc plus loin que la simple installation d'appareils, est appelée "Managed print services".

Ce projet permettra d'une part à l'INAMI de mieux garantir la qualité, l'accessibilité et la gestion de documents et d'informations. Pour ce faire, il propose un système intégral de reproduction de documents, des flux de travail et un archivage électronique. D'autre part, le coût du matériel et de sa gestion diminuera. En effet, le projet est axé sur la réduction du coût total de possession ("Total cost of ownership") de l'ensemble du processus d'impression. Le projet a été confié à une équipe, sous la direction d'un consultant en impression qui collabore étroitement avec les différents services de l'INAMI.

Les premières phases « lancement, initiation du projet » et « inventarisation » sont déjà achevées. La phase de définition est actuellement en cours : définition de la situation To Be, donc de la configuration du nouveau parc ainsi que les règles en termes d'impression à l'INAMI (Print Policy), ainsi que des nouveaux processus qui y sont liés. Cette phase de définition sera soumise pour approbation au Comité de Direction dans le courant du mois de février 2012. La phase d'exécution est prévue pour le mois de mai 2012 ; des formations seront données en parallèle à ce moment-là.

- *Autres projets*

Actuellement, d'autres projets sont aussi en cours comme par exemple la collecte séparée de vieux papiers, l'incitation à utiliser les transports en commun, l'utilisation de la bicyclette et du covoiturage, etc. Il s'agit toutefois de projets ad hoc qui ne s'inscrivent pas encore suffisamment dans une approche intégrée du développement durable. Ces projets seront néanmoins prochainement intégrés dans la nouvelle vision développée par l'INAMI.

- *Renforcement de l'équipe*

Dans le cadre des négociations relatives au Contrat d'administration, il avait été signalé que la mise en place du projet EMAS, entre autres, ne pourrait être réalisée que dans la mesure où le service de coordination prévoirait la capacité RH supplémentaire requise. Ces moyens ont été fournis dans le cadre du Contrat d'administration. Un candidat lauréat a été vu pour ce poste au mois d'août 2011 et est entré en fonction en octobre 2011, en tant qu'attaché présentant un profil mixte « développement durable et installations techniques ». La fonction d'attaché « développement durable » constitue un nouveau type de fonction qui a fait l'objet d'une pondération (A1) ; cette fonction est reprise dans la nouvelle cartographie des fonctions de l'autorité fédérale, qui est gérée par le SPF P&O, et a déjà été publiée.

### PERSPECTIVES POUR L'ANNÉE 2012

Les projets décrits ci-dessus seront amenés à se concrétiser davantage en 2012, entre autres actions. Toutes les actions seront aussi intégrées dans la nouvelle vision développement durable, en tant que participant aux objectifs de responsabilité sociétale et de durabilité de l'INAMI. Une fois cette vision approuvée par le Comité de Direction (23/02/12), le Comité de

pilotage définira des objectifs, des actions et des indicateurs s'y rapportant. Ces objectifs toucheront aux trois axes du développement durable (social, environnemental et économique) et seront déclinés en différentes actions. Les accents seront, dans un premier temps, principalement mis sur l'EMAS, une stratégie de responsabilité sociétale intégrée et une politique bien-être.

- *Lancement du projet EMAS*

Une fois la fiche-projet validée par le Comité de Direction (présentation au Comité de Direction prévue le 23/02/12), le projet EMAS pourra entrer dans la phase d'exécution, à partir du mois de mars 2012. Le Comité de pilotage du projet estime pouvoir arriver à l'enregistrement EMAS des bâtiments principaux de l'INAMI (T211 et C67) au 1<sup>er</sup> trimestre de 2013. Plusieurs étapes sont prévues dont une 1<sup>re</sup> phase d'inventaire et de monitoring. Une fiche-projet est en cours de rédaction.

- *Indicateurs et tableaux de bord*

Une étape cruciale pour démarrer une politique de développement durable au niveau de la consommation d'énergie, de la production de déchets, de la mobilité et d'autres domaines similaires, consiste à développer et à suivre des indicateurs adéquats se rapportant à la consommation, au coût, à l'incidence écologique etc. Ces informations peuvent ensuite servir de base au développement d'une politique intégrée en matière de développement durable au sein de l'INAMI. Dans un premier temps, l'INAMI se référera aux indicateurs EMAS. Le Comité de pilotage travaillera à la bonne construction et au bon développement de ces indicateurs. Le but étant de mettre en place un système de monitoring qui puisse alimenter les résultats. Certains tableaux de bords pourraient être réalisés pour le 1<sup>er</sup> trimestre de 2013.

- *Vision intégrée du développement durable*

Une fois la nouvelle vision intégrée du développement durable, approuvée par le Comité de Direction (23/02/12), le Comité de pilotage mettra en place, les bases d'une stratégie de développement durable et de responsabilité sociétale basée sur les lignes directrices de l'ISO 26000.

Annexe: Aucune

## CONCLUSIONS

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

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

Le tableau synthétique repris en début de rapport donne un aperçu de toutes les réalisations de 2011. Ces résultats concrets sont réalisés grâce à l'implication de tous les membres du personnel de l'INAMI et de ses acteurs externes et montre clairement les avancées que l'INAMI peut faire valoir.

En même temps, il est clair qu'en 2012, pour quelques projets (9 projets pour lesquels il y a des engagements en retard à cause des facteurs internes ou/et externes), un suivi rigoureux s'impose au sein de l'INAMI. Dans le cadre du prochain rapport semestriel de 2012, il y aura bien entendu un rapportage à ce niveau.

---