

PACTE D'AVENIR AVEC LES ORGANISMES ASSUREURS

Septembre 2016

Version 5.0

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
PACTE D'AVENIR AVEC LES ORGANISMES ASSUREURS : NOTE DE NÉGOCIATION.....	4
0. OBJECTIF DU PACTE D'AVENIR.....	4
0.1. CONTINUITÉ ET CHANGEMENT DANS UN MONDE QUI ÉVOLUE DE PLUS EN PLUS	
RAPIDEMENT	4
0.2. CHAMP D'APPLICATION DE CE PACTE	6
0.3. SIX AXES DE MODERNISATION	7
0.4. UN CADRE BUDGÉTAIRE STABLE ET RESPONSABILISANT	9
AXE DE MODERNISATION 1 – INFORMATION AUX MEMBRES, AIDE,ET COACHING SANTÉ.....	10
1.1. INTRODUCTION.....	10
1.2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....	11
1.3. OBJECTIFS	12
1.3.1. L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ.....	12
1.3.2. L'INFORMATION AUX MEMBRES	12
1.3.3. PROMOUVOIR LES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ	12
1.3.4. RESPECT DES DROITS DES PATIENTS ET L'OUVERTURE DE DROITS	13
1.3.5. DES SOINS INTÉGRÉS	13
AXE DE MODERNISATION 2 – CONTRIBUTION AU DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET À LA PRÉPARATION STRATÉGIQUE DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ	15
2.1. INTRODUCTION.....	15
2.2 L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....	15
2.3. UN RÔLE PLUS ACTIF DANS LES ORGANES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES SOINS DE SANTÉ	16
2.4. DES PARTENAIRES ACTIFS DANS LES RÉFORMES DES SOINS DE SANTÉ FÉDÉRAUX	18
2.5. UNE COLLABORATION ACTIVE À LA DÉFINITION, À L'EXÉCUTION ET AU SUIVI DES OBJECTIFS DE SANTÉ.....	18
2.6. COLLABORATION ENTRE LES MUTUALITÉS ET LES AUTORITÉS PUBLIQUES EN VUE D'OBTENIR UN SYSTÈME DE RECHERCHE EFFICACE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ	20

2.7. UN PARTENAIRE ACTIF DANS LA STRATÉGIE DE GESTION DES DONNÉES AU SEIN DES SOINS DE SANTÉ À L'ÉCHELLE FÉDÉRALE	21
AXE DE MODERNISATION 3 : CONTRÔLE ET EFFICACITÉ.....	24
3.1. INTRODUCTION.....	24
3.2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....	25
3.3. LES ACTEURS ET LEURS MISSIONS	25
3.3.1. LES OA.....	25
3.3.2. LES AUTORITÉS	26
3.4. COLLABORATION ACTIVE À UNE STRATÉGIE PLURIANNUELLE INTÉGRÉE ET COORDONNÉE ET UNE APPROCHE EN MATIÈRE DE SUIVI ET D'EFFICACITÉ.....	27
3.5. DÉVELOPPEMENT D'INSTRUMENTS DE SUIVI COHÉRENTS ET EFFICACES.....	33
AXE DE MODERNISATION 4 : CORPS DES MÉDECINS-CONSEILS	35
4.1. INTRODUCTION.....	35
4.2. STATUT DU MÉDECIN-CONSEIL	37
4.3. PRINCIPES	37
4.4. AFFINER ET MODERNISER LES TÂCHES PRINCIPALES DES MÉDECINS-CONSEILS.....	39
4.5. UNE RÉFLEXION FONDAMENTALE SUR LE STATUT ACTUALISÉ DU MÉDECIN-CONSEIL	41
4.6. GOUVERNANCE DU CORPS DE MÉDECINS-CONSEILS	42
AXE DE MODERNISATION 5 - L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE	44
5.1. INTRODUCTION.....	44
5.2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....	45
5.3. POINTS DE DÉPART.....	45
5.4. L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE COMME COMPLÉMENT COHÉRENT ET COMME ANTICHAMBRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ.....	47
AXE DE MODERNISATION 6 : CAPACITÉ DE GESTION, BONNE GOUVERNANCE ET TRANSPARENCE	50
6.1. INTRODUCTION.....	50
6.2. L'ACCORD DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	50
6.3. ACCROISSEMENT DE LA CAPACITÉ DE GESTION DES ORGANISMES ASSUREURS.....	51
6.4. RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION ENTRE LES ORGANISMES ASSUREURS	55

6.5. RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION À LA GESTION ET À LA CONCERTATION DANS L'ASSURANCE OBLIGATOIRE	55
6.6. RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE ORGANISATIONNELLE POUR L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE	56
6.6.1 ACCORDS DE COLLABORATION	56
6.6.2. SUBVENTIONNEMENT DES STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES ET FINANCEMENT D' ACTIONS COLLECTIVES	57
6.6.3. ACCORDS DE PARTENARIAT.....	58
6.6.4. DISPENSATEURS DE SOINS AGRÉÉS.....	58
6.6.5. STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES	59
6.7. RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE FINANCIÈRE	60
6.7.1. LÉGISLATION COMPTABLE	60
6.7.2. LA LOI RELATIVE AUX MUTUALITÉS.....	61
6.8. RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ GRÂCE À UNE SIMPLIFICATION ET À UNE COLLABORATION SUR LE PLAN DES ICT ET DE LA GESTION DES DONNÉES.....	63
6.8.1. INTRODUCTION	63
6.8.2. E-SANTÉ	63
6.8.3. POLITIQUE ICT.....	66
UN CADRE BUDGÉTAIRE STABLE ET RESPONSABILISANT.....	67
1. INTRODUCTION	67
2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	67
3. UN CADRE BUDGÉTAIRE PLURIANNUEL STABLE ET ADÉQUAT	68
4. RENFORCEMENT ET AUGMENTATION DE LA PARTIE VARIABLE DES FRAIS D'ADMINISTRATION.....	71
4.1. UN NOUVEAU SYSTÈME DE FRAIS D'ADMINISTRATION VARIABLES.....	71
4.2. LA PARTIE NON ATTRIBUÉE DES FRAIS D'ADMINISTRATION VARIABLES.....	72
5. MODERNISATION DE LA RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE CONCERNANT LES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ.....	72

PACTE D'AVENIR AVEC LES ORGANISMES ASSUREURS : NOTE DE NÉGOCIATION

0. OBJECTIF DU PACTE D'AVENIR

0.1. CONTINUITÉ ET CHANGEMENT DANS UN MONDE QUI ÉVOLUE DE PLUS EN PLUS RAPIDEMENT

Les organismes assureurs remplissent un rôle important dans l'assurance soins de santé, l'assurance indemnités et les soins de santé belges. Lors du compromis qui a suivi la deuxième guerre mondiale en matière de création de la sécurité sociale belge et des accords concernant la gestion de ladite sécurité sociale et de sa mise en application, un rôle essentiel leur a été attribué.

Les mutualités ont été créées sur la base de petites initiatives locales et solidaires. Un nombre de personnes ont notamment rassemblé leurs forces afin d'atteindre un objectif précis. Sans collaboration, l'objectif n'aurait jamais pu être atteint de manière aussi efficace. Initialement, ces initiatives étaient le plus souvent organisées au sein d'un groupe professionnel dont les membres récoltaient de l'argent afin de couvrir les frais en cas de maladie.

Les organismes assureurs qui ont pris des initiatives, en dehors des autorités publiques, en matière de soins de santé et d'assurance, ont été de plus en plus intégrés, au 20e siècle, dans un système public d'assurance soins de santé en fonction des incitants au développement de la sécurité sociale transmis par les autorités publiques. Le système de l'assurance maladie a été généralisé, ancré au niveau législatif et professionnalisé. Les mutualités se sont inscrites en tant qu'acteurs dans le cadre de l'assurance maladie organisée par les autorités et la sécurité sociale, et ce, sans perdre leur aspect de mouvement constitué de membres et, en réponse aux questions et besoins de ces membres, d'entrepreneur social. Ce Pacte ne se concentrera pas sur cette dimension des organismes assureurs, notamment le mouvement social et l'entrepreneuriat social, étant donné qu'il se focalise sur les missions des organismes assureurs en tant qu'acteurs de l'assurance maladie organisée par les autorités et la sécurité sociale. Il est toutefois important de reconnaître cet aspect afin de bien comprendre dans son entièreté la définition des organismes assureurs.

En tant qu'associations de personnes physiques, les organismes assureurs ont pour objectif de promouvoir le bien-être social, psychique et physique dans un esprit de prévoyance, d'aide mutuelle et de solidarité. Pour ce faire, les organismes assureurs prévoient, d'une part, la promotion des intérêts collectifs en vue de défendre le point de vue et les intérêts du patient. D'autre part, ils prévoient un service et une aide individuel en faveur de leurs

membres. Ces rôles sont notamment fixés dans la loi relative aux mutualités et la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Pacte d'avenir n'a pas pour objectif de réviser en profondeur le rôle et les missions des organismes assureurs en matière de soins de santé ou d'indemnités. Dans le cadre du respect du mandat et des dispositions de l'Accord fédéral de gouvernement, le Pacte souhaite cependant donner une série d'impulsions pour que les organismes assureurs puissent continuer à faire évoluer leur rôle ainsi que leurs missions en fonction des évolutions rencontrées dans le domaine social, technologique, politique et des soins de santé. Le monde des soins de santé est en mouvance permanente, tout comme les organismes assureurs. Le pacte donne la possibilité de déterminer comment il est possible de réagir aux évolutions importantes. Les attentes mutuelles entre politique et organismes assureurs sont de ce fait expliquées et une réponse leur est donnée. Le rôle et les missions des organismes assureurs sont ainsi adaptés aux nouveaux défis et besoins. La relation entre les organismes assureurs et les autorités publiques est optimisée dans un esprit de partenariat.

Dans un environnement en évolution rapide, il est essentiel que le rôle des organismes assureurs soit précisé plus finement. Qu'est-ce qui rend le rôle des organismes assureurs unique dans le système de soins de santé ? En d'autres termes : comment les organismes assureurs se différencient-ils des autres acteurs, tant en ce qui concerne les acteurs des autorités publiques que les autres partenaires dans l'assurance soins de santé et les soins de santé. Les OA jouent un rôle unique au sein de l'assurance maladie et de la politique de santé pour les matières dont ils sont, respectivement, cogestionnaire et partie prenante. Ce rôle consiste à défendre les intérêts des patients tout en leur offrant des services, et ce, sur la base d'une vision et de valeurs bien définies. Quel est le « point de vente unique » des organismes assureurs impacté par les évolutions évoquées ici ? Ce pacte se veut de donner une réponse.

En outre, il faut non seulement vérifier comment les organismes assureurs se différencient des autres acteurs, mais il faut également savoir comment les organismes assureurs peuvent se différencier les uns des autres, surtout dans un contexte où les technologies de l'information et de la communication sont le moteur et le levier de la standardisation de processus et d'interactions. Et quelle est la différenciation qui peut être acceptée du point de vue des autorités publiques ? En quoi l'identité de la mutualité diffère-t-elle de celle d'une autre mutualité ? Chaque assuré(e), indépendamment de la mutualité à laquelle il/elle est affilié(e), doit recevoir un traitement identique en matière d'attribution de droits créés par l'assurance. Tous les organismes assureurs doivent également conserver une réglementation uniforme envers les assurés sociaux et les dispensateurs de soins. Dans le front-office ou lors du contact direct avec les assurés, les organismes assureurs peuvent se

différencier, mais dans le back-office, les possibilités de standardisation, de collaboration sont légion et donc aussi les gains en efficacité, surtout dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire.

0.2. CHAMP D'APPLICATION DE CE PACTE

Le Pacte d'avenir est délimité par plusieurs limites.

Tout d'abord, lorsque dans le présent Pacte concernant les organismes assureurs nous parlons des organismes assureurs (OA), nous parlons des mutualités classiques et non de la Caisse des soins de santé (CSS) de la SNCB ou de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI). La CSS et la CAAMI ont été impliquées dans la négociation de ce Pacte. Cependant, certaines matières, par exemple dans le domaine du contrôle, sont également pertinentes pour ces dernières et elles devront bien entendu être impliquées lors de la réalisation des axes de modernisation. En parallèle, une réglementation spécifique s'applique à ces institutions et il convient d'également préciser que la CAAMI, en tant qu'institution publique de sécurité sociale, est soumise à l'Arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions 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.

Ensuite, bien que le présent Pacte mette l'accent sur le rôle spécifique, les tâches et missions des médecins-conseils et que cet exercice de réflexion porte également sur le secteur de l'incapacité de travail, ce dernier ne fait néanmoins pas partie du champ d'application de ce Pacte. Les réformes au sein du secteur des indemnités ne sont pas réglées par ce pacte. Cependant, étant donné l'interconnexion entre les tâches du corps de médecins et les dispositions reprises dans l'assurance maladie obligatoire relatives à leurs tâches en lien avec l'évaluation médicale et l'accompagnement de patients en incapacité de travail, il est nécessaire de mettre en place une dynamique de concertation directe au sujet de l'incapacité de travail. Cette concertation doit permettre une réaction rapide et efficace face aux changements dans ce domaine. Le contexte changeant donne lieu à de fortes fluctuations budgétaires qu'il convient de compenser à l'aide de réformes rapides sur le plan politique. Une impulsion politique importante est donc donnée au secteur de l'incapacité de travail. Cela n'empêche pas qu'il y ait des conséquences tangibles au niveau opérationnel sur le terrain. Les médecins-conseils doivent notamment opérer dans le cadre de la législation relative aux « indemnités » et il est de la plus grande importance que les mesures puissent améliorer leur fonctionnement, et non pas s'y opposer. Pour ce faire, un groupe de travail ad hoc sera créé ayant pour tâche principale de se concerter au sujet des mesures dans le domaine de l'incapacité de travail. Ce groupe de travail a un rôle d'orientation politique, d'information et de réflexion, et non un rôle de gestion, contrairement aux organes déjà actifs tels que les comités de gestion. L'accent y est mis sur le lien entre la politique et

l'exécution. Les membres du groupe de travail peuvent être convoqués au sujet de nouvelles initiatives dans le domaine. Les OA peuvent demander à ce que le groupe soit convoqué s'ils estiment que les circonstances s'y prêtent ou sur la base de notes pour lesquelles le Comité général de gestion ou le Comité de gestion des indemnités se sont prononcés. Ce groupe de travail sera constitué des représentants permanents suivants : une délégation médicale et administrative des unions nationales, l'INAMI et la Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Selon le type de dossier, une représentation des partenaires sociaux et une délégation de prestataires peuvent éventuellement être invitées.

En trois, ce Pacte ne vise pas à remplacer d'autres exercices de vision, d'autres pactes, cadres pluriannuels, etc. qui sont en cours et pour lesquels une gouvernance adéquate est prévue. De plus, les éléments relatifs au contenu de ces exercices stratégiques qui ne concernent pas que les OA, mais aussi d'autres acteurs, comme par ex. les prestataires de soins ou l'industrie, ne seront bien évidemment pas réglés dans ce Pacte.

En quatre, ce Pacte n'examine que deux des trois grands piliers d'activité des organismes assureurs, notamment l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire obligatoire. Les assurances hospitalisations des mutuelles proposées par le biais de sociétés mutualistes d'assurances, ne sont pas prises en compte dans ce Pacte. Il va de soi que la cohérence avec le contenu de ce pacte est assurée.

En cinq, le présent Pacte se concentre sur le rôle et les missions que les organismes assureurs jouent au niveau de l'administration fédérale. Les différentes réformes de l'État, et certainement aussi les plus récentes, ont profondément modifié la répartition des compétences entre le niveau fédéral et les entités fédérées et l'ont rendue plus complexe. Les organismes assureurs ont entre-temps assumé une série de missions dans le cadre de la politique des soins de santé et du bien-être dans les entités fédérées, même si l'axe prioritaire des missions se situe toujours au niveau fédéral. Actuellement, la surveillance des organismes assureurs est aussi encore une matière fédérale. Dans le cadre de ce Pacte, il est indiqué – à l'aide d'un astérisque (*) – où il existe des liens avec les entités fédérées. La ministre présentera son Pacte avec les OA aux ministres des entités fédérées en charge de la santé et de l'aide sociale. La ministre examinera avec ses collègues des entités fédérées comment harmoniser les attentes des différents niveaux d'administration par rapport aux organismes assureurs.

0.3. SIX AXES DE MODERNISATION

En tenant compte de l'objectif de ce Pacte d'avenir et de sa portée, six axes de modernisation sont définis devant apporter une réponse aux défis auxquels les organismes assureurs en particulier, et l'assurance soins de santé et les soins de santé en général, sont

confrontés. Ces axes de réforme concernent chaque fois une mission ou une caractéristique spécifique des organismes assureurs.

<i>Six axes de modernisation</i>		<i>Défis</i>
1.	Information aux membres, aide et coaching santé	Accélération de l'évolution d'une institution chargée de l'administration et du paiement vers un modèle permettant aux membres d'être informés, accompagnés et coachés afin de s'y retrouver dans le domaine des soins de santé, de ses acteurs, des droits et obligations du patient, des modalités financières, etc.
2.	Contribution au développement des connaissances et à la préparation stratégique	Participer à une politique plus intégrée en matière d'assurance soins de santé et de soins de santé et en assumer la responsabilité partagée, et ce, par la collaboration à la définition et à l'exécution des objectifs en matière de soins de santé, en rendant les données et les connaissances disponibles et en adoptant un rôle responsable et actif dans les organes de l'assurance soins de santé et des soins de santé.
3.	Contrôle et efficacité	Assumer la responsabilité partagée d'un usage optimisé des moyens disponibles et limités de l'assurance maladie par la prise en charge renforcée du rôle de contrôleur de l'exécution correcte de la réglementation dans l'assurance maladie, dans le cadre d'une stratégie de contrôle coordonnée, avec des instruments modernes et responsabilisants et une justification transparente envers les autorités.
4.	Corps des médecins-conseils	Collaborer à la modernisation et à la professionnalisation du rôle du médecin-conseil centré sur ses véritables tâches essentielles. Le statut et la gouvernance du corps méritent également d'être modernisés
5.	Assurance complémentaire obligatoire	Moderniser l'assurance complémentaire obligatoire et clarifier l'offre actuelle. Les interventions axées sur la santé ne peuvent pas être en contradiction avec <i>l'evidence-based medicine et evidence based practice</i> . Les interventions dans le cadre d'un service social se concentrent sur la santé et/ou le renforcement de la capacité personnelle des membres (<i>'resilience'</i>).
6.	Capacité de gestion, bonne gouvernance et transparence	Adaptation de l'organisation et du fonctionnement des mutualités et des mécanismes de surveillance et de justification en vue d'assurer la transparence et la bonne gouvernance.

0.4. UN CADRE BUDGÉTAIRE STABLE ET RESPONSABILISANT

Les six axes susmentionnés concernent des domaines pour lesquels il est convenu dans le présent Pacte de moderniser le rôle et les missions des organismes assureurs. En parallèle, le présent Pacte précise le cadre des moyens que les pouvoirs publics mettront à disposition des organismes assureurs afin de remplir le rôle et les missions attendus, et ce, tant sur le plan des activités quotidiennes, que pour les projets de modernisation repris dans ce pacte ainsi que les autres programmes de réforme au sein des soins de santé dans lesquels les mutualités sont impliquées.

C'est pourquoi le trajet budgétaire pluriannuel stable et responsabilisant est discuté distinctement dans la partie II de ce pacte. Il s'agit de la description de la contribution qui est demandée aux organismes assureurs dans la cadre de l'assainissement du budget de l'État et des soins de santé. Cette contribution est cadrée par un trajet budgétaire pluriannuel stable. La responsabilisation budgétaire sera également modernisée et renforcée.

AXE DE MODERNISATION 1 – INFORMATION AUX MEMBRES, AIDE, ACCOMPAGNEMENT ET COACHING SANTÉ

1.1 INTRODUCTION

Les OA interviennent directement comme prestataires de service et comme accompagnateurs de leurs membres tant dans l'assurance obligatoire que complémentaire. Leur service personnalisé consiste à informer, accompagner et soutenir leurs membres en cas de questions et problèmes. En outre, ils communiquent avec leurs membres ou publics-cibles à l'aide d'actions visant le maintien ou la nouvelle acquisition d'une bonne santé.

Les actions entreprises dans ce cadre pourraient être plus univoques. Afin d'avoir un plus grand impact, il faudrait assurer une coordination au niveau de toute la population belge tout en ayant une approche basée sur l'evidence-based practice (EBP). Les OA s'engagent à suivre au mieux les principes EBP ainsi que les objectifs de santé.

Pour garantir une portée aussi importante que possible, il convient de déterminer quelles sont les initiatives qui peuvent être supportées conjointement et uniformément par tous les OA et quelles autres initiatives seront développées sur une base individuelle au niveau d'une ou de quelques OA. Les OA ont toujours le droit de développer et d'exécuter eux-mêmes des initiatives qui ne vont pas à l'encontre des principes EBP ni des objectifs de santé, ce qui leur permet de choisir ce qu'ils souhaitent accentuer envers leurs membres.

Les mutualités sont supposées être le moteur de l'informatisation et de la numérisation au sein du secteur. Les activités non informatisées et manuelles dans le cadre de la tarification, du contrôle et du remboursement diminueront progressivement mais rapidement à l'avenir, au fur et à mesure du déploiement des trajets de numérisation et d'informatisation qui ont entre-temps été implémentés et planifiés. Cette numérisation doit contribuer à créer une plus grande valeur et efficacité. Les moyens libérés peuvent ainsi être utilisés pour développer de nouveaux aspects du service, en accordant de l'attention aux plus faibles dans le domaine financier et de la santé. Il est également tenu compte du fossé numérique ; les membres ont toujours une possibilité raisonnable de joindre les OA par des canaux autres que les numériques. Ils développent davantage leurs services avec un *service shift* (du paiement au service) et avec un *service lift* (du contrôle et de l'information à un service et un accompagnement plus proactifs).

De cette manière, les OA seront en mesure d'informer leurs membres de manière qualitative et de développer tant des actions et programmes evidence based que des objectifs de santé :

- pour améliorer l'autonomisation des membres et leur capacité à prendre eux-mêmes des décisions informées sur leur propre santé (*health literacy* ou compétences en matière de

santé). La health literacy est définie par l'OMS comme suit : les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé. Hors, les groupes-cibles qui bénéficieraient le plus de ces compétences en matière de santé sont souvent les plus difficiles à atteindre. Ce paradoxe constitue un point d'attention.

- pour accompagner et soutenir leurs membres dans la conservation de leur santé, dans la récupération de leur santé, dans la gestion de leur maladie ou dans le cadre de la planification de soins avancés.

Il convient de signaler qu'en ce qui concerne le service varié et le coaching santé, des missions sont également confiées par les entités fédérées aux organismes assureurs. Les dispositions dans ce chapitre, et par extension dans le présent Pacte, ne se limitent qu'au niveau de pouvoir fédéral. Pour certains points, il est déjà fait référence au lien entre les compétences des autorités fédérales et fédérées. Les autorités fédérales se concerteront de manière constructive avec les entités fédérées (*) là où apparaîtraient un terrain commun, des besoins en coordination ou encore la possibilité de se renforcer mutuellement au niveau des politiques.

1.2 L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Dans l'Accord de gouvernement, différents points d'action offrent la possibilité aux OA d'assurer leur rôle de prestataires de services et d'accompagnateurs de leurs membres. Cela est en effet faisable grâce aux différents services qui s'engagent au niveau du travail social, du soutien médical, de la recherche et du développement, de la défense des membres, etc.

Nous signalons que les OA ne sont qu'un des acteurs dans ce domaine et que d'autres, comme les autorités, les prestataires de soins, les acteurs des connaissances, l'industrie ainsi que d'autres partenaires, prennent aussi leur responsabilité en la matière. Les actions des mutualités s'inscrivent dans ce contexte plus large. Cette observation vaut pour l'ensemble du chapitre.

En tant que coach de la santé auprès de leurs membres :

- Recul du fossé de la santé : le gouvernement répertorie, en concertation avec les entités fédérées, les différences d'accès aux soins de santé et entreprend des actions. Le recul des différences dans l'espérance des années de vie en bonne santé est un objectif de santé prioritaire.
- La promotion des soins autonomes et de l'autogestion : les compétences en matière de santé sont favorisées au sein de la population.
- Le patient aura à sa disposition des informations relatives à la qualité et aux prix des soins. Ces informations seront mises à disposition par une plate-forme accessible. Les

données de l'AIM sont également mises à disposition d'autres partenaires et des patients.

- On étudie de quelle manière le patient aura accès à son dossier patient électronique (DPE). Pour le développement et l'introduction d'un dossier patient électronique généralisé pour 2019, les patients seront encouragés à choisir un médecin de famille de référence, sans porter atteinte au libre choix du patient.

1.3 OBJECTIFS

La liste ci-dessous est non exhaustive, mais donne un aperçu des différents domaines pour lesquels les OA, en tant que fournisseur d'informations et coach santé, développent des activités à l'attention de leurs membres. Nous détaillerons les activités fédérales des OA, mais les entités fédérées sont également concernées*.

1.3.1. L'accessibilité aux soins de santé :

Malgré les nombreux instruments de politiques mis en place – par ex. le régime préférentiel, le maximum à facturer, le tiers payant social, etc. – une part considérable de la population rencontre des difficultés financières pour accéder aux soins de santé, car une partie non négligeable du coût total des soins de santé est payée par le citoyen lui-même : réaliser une analyse permanente et assurer le suivi de cette problématique, proposer des mesures et des actions pour en supprimer les effets négatifs ou du moins pour les atténuer.

1.3.2. L'information aux membres :

Informer, dans le sens large du terme, les membres de manière compréhensible et sur la base de données qualitatifs (e-Health, MyInami), notamment au sujet :

- du conventionnement des dispensateurs de soins et sur le statut de conventionnement des dispensateurs de soins individuels en indiquant les conséquences au niveau financier ;
- de la collaboration aux campagnes de santé ou organisation de celles-ci ;
- de l'accès aux informations vulgarisées sur la santé ;
- de l'accès aux données concernant l'offre, le prix et la qualité des soins. Idéalement, ces informations sont disponibles sur une seule plate-forme. Les OA collaboreront aux initiatives en la matière développées par les autorités ;
- de l'accès à leur dossier patient électronique.

1.3.3. Promouvoir les compétences en matière de santé ('health literacy') : La stimulation et la promotion des compétences en matière de santé a pour but d'aider l'individu dans son contexte individuel et/ou social à s'y retrouver dans les mécanismes et facteurs ayant une influence sur leur mode de vie et (éventuellement) leur état de santé ainsi que de les informer au sujet des

principes et actes menant à un mode de vie sain et de les aider à se les approprier. L'initiation des individus aux compétences en matière de santé est un facteur qui contribue à réduire les inégalités dans le domaine de la santé. Indépendamment des projets sélectionnés dans le cadre des objectifs de santé comme thème prioritaire relatif aux compétences de santé, les points suivants peuvent servir de sujet dans le cadre de la health literacy :

- investissement dans la promotion du Dossier Médical Global et dans le soutien des trajets de soins ;
- informations sur le don d'organes ;
- collaboration avec les associations de patients ;
- planification anticipée des soins.

1.3.4. Respect des droits des patients et l'ouverture de droits :

- création de programmes d'accompagnement pour des groupes cibles fragilisés spécifiques (*) ;
- inclusion maximale des membres individuels dans les groupes cibles spécifiques existants dans le cadre du statut IM (intervention majorée) et du statut de malade chronique, l'encouragement du suivi d'un trajet de soins adéquat, la promotion des médicaments bon marché/les moins chers et d'autres initiatives similaires dans l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire obligatoire qui soutiennent cet objectif ;
- Les OA soutiennent et accompagnent leurs membres dans leurs contacts avec le Fonds des accidents médicaux (FAM). Ils sont représentés au sein du Conseil du FAM et y contribuent au développement de la politique tout en défendant leurs membres dans le cadre de l'assistance juridique.
- surveillance du respect des dispositions de la charte de l'assuré social et de la loi relative aux droits du patient en fonction de la défense de leurs membres ;
- assister les membres au niveau de la sécurité tarifaire, la loi sur les hôpitaux et la loi AMI ;
- au niveau de l'individu, à l'aide d'interventions ciblées :
 - o support en cas de demandes relatives à ces droits et dispositifs ;
 - o défense des intérêts en cas d'introduction d'un recours ;
 - o prises de contacts proactives et assistées par une base de données en fonction d'une acquisition maximale de droits ;
 - o information, assistance, médiation et action en justice en faveur des membres dans le cadre de la détection d'erreurs de facturation.

1.3.5. Des soins intégrés :

- Prendre des initiatives qui contribuent aux objectifs prioritaires de santé : Établir des synergies et une coordination entre les OA, les niveaux de compétence (avec les entités fédérées pour les actions préventives), les écoles, les CPAS, les

institutions communautaires compétentes pour donner de l'aide et des conseils dans le cadre du bien-être des enfants ainsi que d'autres instances qui pourraient y contribuer. Il s'agit d'un exercice conjoint devant permettre d'éviter toute publicité qui pourrait perturber les OA. Les OA peuvent également jouer un rôle important dans le cadre du service intégré aux membres (par ex. des guichets uniques comme point de contact central ou unique) qui est développé dans la politique fédérale en matière de santé et de la politique régionale de soins et de bien-être.

- utiliser des fonds sociaux pour soutenir les cas financiers les plus précaires ;
- développer des initiatives visant à soutenir l'autonomie (le self-management et le self-care) des malades chroniques, et ce, en étroite concertation avec les prestataires de soins

Actions-engagements :

- 1) Chacun des OA a la responsabilité de veiller à offrir à ses membres de l'information de qualité, un accompagnement ainsi qu'un coaching santé. Ces actions font partie des principales missions pour lesquelles les autorités leur octroient des moyens.
- 2) Les efforts seront renforcés quant à la réalisation d'actions communes des OA relatives à l'information et au coaching santé, tout en tenant compte des priorités des autorités. Ces actions communes seront soumises au processus annuel suivant :
 - La ministre demande l'input, entre autres, du CIN (Collège Intermutualiste National) concernant d'éventuelles actions communes relatives à l'information et au coaching santé, ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les efforts et, si possible, les résultats tenant compte, entre autres, du profil de la population de patients, et ce, pour la fin de l'année X.
 - La ministre communique au CIN et à d'autres acteurs, après concertation avec les administrations concernées, les thèmes et indicateurs qu'elle souhaite absolument réaliser : avant la fin du mois de février de l'année X+1.
 - Les indicateurs sont élaborés sur le plan technique en vue de pouvoir les inclure dans le cadre des frais d'administration variables : avant la fin du mois d'avril de l'année X+1. Ces indicateurs sont repris dans la décision générale fixant les indicateurs des frais d'administration variables : avant la fin du mois de juin de l'année X+1.
 - À partir de l'année d'évaluation 2018, au moins une nouvelle action commune par an, validée par la ministre, sera exécutée par l'OA. Les résultats correspondants seront intégrés dans la partie variable des frais d'administration. L'action en question peut s'étendre sur plusieurs années.

AXE DE MODERNISATION 2 – CONTRIBUTION AU DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET À LA PRÉPARATION STRATÉGIQUE DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ

2.1. INTRODUCTION

L'assurance obligatoire soins de santé et les soins de santé sont en plein changement. Les développements démographiques, sociaux, médicaux et technologiques exigent que la politique s'adapte rapidement aux nouvelles réalités. Simultanément, cette politique doit être intégrée dans un cadre budgétaire beaucoup plus strict. C'est dans ce contexte qu'un Accord de gouvernement fédéral très ambitieux a été négocié au niveau des soins de santé, avec toute une série de réformes structurelles qui modifieront radicalement l'image de l'assurance obligatoire soins de santé et des soins de santé.

En tant que cogestionnaire de l'assurance soins de santé, les mutualités se sont vu attribuer par le législateur un rôle et une responsabilité importants en ce qui concerne le développement stratégique et la gestion budgétaire dans l'assurance soins de santé. Ce rôle et ces responsabilités ne sont pas remis en cause ; le Pacte en question les renforce expressément. Cela suppose cependant, dans le contexte actuel des réformes politiques et d'assainissement budgétaire, un engagement actif. Pour les mutualités, cela provoque des tensions, mais également des opportunités. Des tensions au sens où elles sont, d'une part, coresponsables d'assurer une durabilité budgétaire des soins de santé qui soit en ligne avec la réalité socio-économique, ce qui suppose inévitablement des interventions structurelles et une modération des dépenses et, d'autre part, en leur qualité de représentants des intérêts du patient. Alors que simultanément des besoins inassouvis et de nouveaux défis apparaissent dans l'assurance soins de santé et les soins de santé. La recherche et la réalisation de cet équilibre sont un défi, tout comme c'est le cas pour les responsabilités politiques. D'autre part, la présence des mutualités dans les organes de gestion et de concertation de l'assurance soins de santé offre l'opportunité de faire des choix et de concrétiser les réponses qui sont proposées aux défis budgétaires et politiques.

Dans ce chapitre, nous abordons une série d'évolutions importantes dans le développement des connaissances et la préparation stratégique et la manière dont les mutualités sont concernées par ces évolutions dans le cadre du Pacte.

2.2 L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'Accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, partie soins de santé, contient les dispositions suivantes à propos du développement des connaissances et la préparation politique :

Pendant cette législature, on mettra l'accent surtout sur une réforme profonde des divers aspects de la structure de nos soins de santé.

La responsabilité de tous les acteurs concernés par la gestion, et en particulier par les aspects budgétaires de celle-ci, sera renforcée.

Un cadre institutionnel est créé assurant la formulation et le suivi de ces objectifs en matière de santé.

« L'Institut de l'avenir » auquel il est fait référence dans la sixième réforme de l'État sera créé.

On donnera ainsi également suite à la demande de la Cour des comptes de développer un Health Research System, un forum de concertation pour l'harmonisation stratégique entre les centres d'expertises fédéraux au niveau des soins de santé et dans leur relation avec les centres d'expertise à d'autres niveaux de pouvoir.

La concertation entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs est maintenue, mais est modernisée et adaptée aux exigences d'une approche transsectorielle.

La portée de la concertation doit être étendue aux accords sur le rapport coût-efficacité et à la garantie d'une responsabilité budgétaire optimale.

Les objectifs en matière de santé se voient attribuer un rôle prééminent dans les conventions et accords.

2.3. UN RÔLE PLUS ACTIF DANS LES ORGANES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES SOINS DE SANTÉ

La comitologie ample de l'assurance soins de santé – i.e. l'ensemble des organes, comités et groupes de travail – où se situe en pratique le modèle de concertation entre les mutualités et les dispensateurs de soins, parfois aussi avec l'implication des partenaires sociaux et du ministre et/ou du gouvernement, a un rôle important dans l'orientation, les choix et l'exécution des mesures politiques et de la budgétisation dans l'assurance soins de santé.

Contrairement aux dispensateurs de soins, les organismes assureurs ont reçu, au sein du Conseil général de l'INAMI qui a pour mission de surveiller les lignes générales de politique et d'établir et surveiller le budget des soins de santé, un rôle à part entière de cogestionnaires, à côté des financiers réels de l'assurance maladie, c'est-à-dire les partenaires sociaux et les autorités publiques. Ce rôle représente bien entendu une lourde responsabilité, surtout en cette période de restrictions budgétaires.

La comitologie est instaurée de manière sectorielle. L'action coordinatrice, intégratrice et même directrice des organes de coordination tels que le Comité d'assurance et le Conseil général est cependant limitée, même si des initiatives sont prises depuis cette législature pour la renforcer.

Les OA ont dans la comitologie de l'assurance soins de santé un atout important, à savoir qu'elles sont représentées dans tous ces organes et qu'elles ont de ce fait un contrôle et peuvent contribuer à la coordination et l'intégration transsectorielles.

Cet atout est encore renforcé par la décision des entités fédérées d'également faire appel aux mutualités, dans le cadre des compétences défédérées en matière de soins de santé (*), bien-être et similaires, tant dans le cadre de la gestion du système que dans le cadre du paiement et du contrôle.

La ministre fédérale vise, dans le cadre de la réorganisation des administrations de soins de santé, à créer une cohésion politique et de gestion entre les huit administrations des soins de santé en créant un réseau entre ces administrations. Il s'agit aujourd'hui des administrations suivantes : l'INAMI (soins de santé), le SPF SPSCAE (DG Soins de santé), l'AFMPS, l'ISP, le KCE, la Plate-forme eHealth, la CAAMI et l'OCM. En ce qui concerne la réalisation d'une cohésion politique, la ministre propose de créer un Conseil stratégique afin de se charger de réaliser toute la politique de soins de santé, qui englobe les deux volets assurance soins de santé/santé publique ainsi que les administrations concernées. Ces initiatives pour plus de cohésion pourront également avoir des répercussions dans le domaine de la modernisation des organes en termes d'intégration, de réduction et de simplification, de techniques de consultation et de concertation plus modernes etc. Dans le cadre de cet exercice de redesign, une proposition est également élaborée en vue de fonder l'Institut de l'avenir.

La redesign des administrations de soins de santé est un programme de réforme distinct dans le cadre des soins de santé pour lequel une gouvernance spécifique est prévue. La ministre s'engage à impliquer pleinement les OA dans cette initiative importante : leur avis sera sollicité et l'INAMI participera au programme par le biais du Comité général de gestion, au sein duquel les mutualités siègent en tant que cogestionnaires.

Actions-engagements :

- 3) Les OA assument davantage et de manière constructive leur rôle de cogestionnaires au sein des organes de l'assurance soins de santé où ils sont représentés.
- 4) Les OA contribuent activement, formulent des propositions et collaborent à la modernisation de la concertation, entre autres, dans le domaine de la coordination et de l'intégration renforcées des organes de l'assurance soins de santé.
- 5) En leur qualité de cogestionnaire au sein de l'INAMI et de partie prenante au sein des soins de santé fédéraux, les OA sont impliqués dans le programme de redesign des administrations de soins de santé. Ils seront associés de manière appropriée à l'Institut de l'avenir qui doit encore être créé.

2.4. DES PARTENAIRES ACTIFS DANS LES RÉFORMES DES SOINS DE SANTÉ FÉDÉRAUX

Les OA jouent un rôle important dans la réalisation d'un mouvement de rattrapage en matière de réformes structurelles, principalement dans les domaines de l'assurance maladie, mais aussi dans le cadre de réformes portant sur un domaine plus large des soins de santé. C'est entre autres le cas pour le financement et le paysage hospitaliers, la législation sur les professions des soins de santé, les soins de santé mentale, la politique en matière de médicaments et des dispositifs médicaux, la stratégie d'e-Santé, les soins intégrés pour les maladies chroniques.

Actions-engagements :

- 6) La ministre implique les OA dans les programmes de réforme qui sont réalisés dans l'assurance soins de santé et les soins de santé. Les OA ont leur place dans la gouvernance de chaque programme de réforme et cette place dépend partiellement de leur rôle, notamment soit celui de cogestionnaire de l'assurance maladie, soit celui de partie prenante des soins de santé.
- 7) Les OA contribuent activement, formulent des propositions et collaborent aux programmes de réforme dans l'assurance maladie et les soins de santé et s'engagent avec loyauté et en temps voulu dans les programmes pour lesquels leur collaboration est requise.

2.5. UNE COLLABORATION ACTIVE À LA DÉFINITION, À L'EXÉCUTION ET AU SUIVI DES OBJECTIFS DE SANTÉ

Tant l'Accord de gouvernement fédéral que les accords de gouvernement des entités fédérées estiment qu'il est nécessaire de formuler des objectifs en matière de santé pour renforcer (*) le ciblage dans la politique de soins de santé et la collaboration entre tous les acteurs de cette politique. Cette ambition a une origine : la question de la formulation des objectifs en matière de santé est posée largement, à partir de divers angles et perspectives et à tous les niveaux, tant des décideurs politiques, que des administrations, des dispensateurs de soins, des mutualités, des associations de patients, des acteurs académiques, des acteurs internationaux, etc.

Vu que les objectifs en matière de santé ont une portée plus large que les seuls soins de santé, vu la complexité de la répartition des compétences dans le domaine de soins de santé entre le niveau fédéral et le niveau des entités fédérées et vu que la réalisation de tels objectifs en matière de santé exige la collaboration de tous les intervenants en la matière, il faut prévoir un cadre méthodologique et institutionnel efficace et adéquat pour définir, exécuter et suivre les objectifs en matière de santé.

Les OA peuvent jouer un rôle important dans la définition, l'exécution et le suivi des objectifs en matière de santé. Et ce, dans plusieurs domaines des soins de santé : l'accessibilité financière, la qualité des soins, l'enregistrement des droits et des soins, l'orientation dans le dédale des soins de santé, la promotion d'un mode de vie sain, l'efficacité des soins et la lutte contre les abus, etc.

À l'avenir, les mutualités pourront également être responsabilisées en ce qui concerne l'exécution d'actions dans le cadre de leur part dans la réalisation des objectifs en matière de santé ainsi que des frais d'administration (cf. infra dans ce Pacte). Cela peut se faire tant au niveau d'un OA individuel qu'au niveau intermutualiste, selon la nature des actions entreprises.

Même s'il n'existe encore aujourd'hui aucun ensemble global d'objectifs en matière de santé, les mutualités peuvent toujours - notamment sur la base de données et d'indicateurs qu'elles ou que d'autres produisent - prendre une part active dans l'orientation croissante des initiatives politiques dans la comitologie de l'assurance soins de santé et des soins de santé vers les objectifs provisoires. Dans ce cadre, il peut par exemple être renvoyé aux premiers jalons déjà posés dans les récents accords Dentomut et Médicomut.

Actions-engagements :

- 8) La ministre consulte les OA dans l'élaboration du cadre institutionnel et méthodologique pour la définition, l'exécution et le suivi des objectifs en matière de soins de santé.
- 9) Les OA collaborent à la définition des objectifs en matière de santé et des tactiques et actions pour la réalisation des objectifs. Ils exploitent dans ce cas totalement leurs compétences prévues légalement.
- 10) Les OA sont responsables des réalisations en temps utile des actions qui leur sont attribuées dans le cadre de la réalisation d'objectifs en matière de santé. La contribution des mutualités en la matière est intégrée dans les frais d'administration variables.
- 11) Les OA établissent des rapports concernant les actions exécutées et contribuent ainsi à mesurer l'avancement dans la réalisation des objectifs en matière de santé. Les OA dévoilent les données dont ils disposent, les données qui sont nécessaires pour pouvoir mesurer l'avancement.
- 12) L'AIM (Agence Intermutualiste) veille à ce que des statistiques qui sont pertinentes au niveau politique et validées par des parties externes (cliniciens, académiques et décideurs politiques) ainsi que des indicateurs soient en permanence accessibles à tous grâce à l'Atlas AIM (atlas.ima-aim.be). L'AIM continuera à investir dans ce site web, aussi bien sur le plan de l'actualisation annuelle de celui-ci, que de l'élargissement de l'offre et de l'amélioration de l'accessibilité au grand public.

13) En attendant une définition complète des objectifs en matière de santé, les mutualités jouent un rôle actif dans la comitologie de l'assurance soins de santé et des soins de santé en lançant des initiatives dans le domaine des objectifs temporaires de santé, par ex. dans le cadre des conventions et accords conclus ou dans le cadre des activités de budgétisation.

2.6. COLLABORATION ENTRE LES MUTUALITÉS ET LES AUTORITÉS PUBLIQUES EN VUE D'OBTENIR UN SYSTÈME DE RECHERCHE EFFICACE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Dans le domaine des soins de santé, beaucoup d'acteurs sont actifs et développent des connaissances pour soutenir la politique. Il s'agit tant d'acteurs des autorités publiques que d'acteurs académiques et autres. Les mutualités aussi sont un acteur producteur de connaissances de ce type, tant au niveau des mutualités que de l'AIM.

Étayer encore plus solidement la politique en matière de santé par « evidence » est un des leitmotivs dans le chapitre soins de santé de l'Accord de gouvernement fédéral. L'Accord de gouvernement fédéral annonce la création d'un système de recherche efficace et intégré sur les soins de santé (Health Research System), dans lequel les services fédéraux concernés collaboreront plus intensément dans un cadre coordonné. Cet objectif fait référence à une étude et un rapport de la Cour des comptes de 2010.

La création d'un Health Research System est un des chantiers du programme de réorganisation des administrations fédérales des soins de santé. Ce chantier prévoira notamment le développement d'une stratégie à long terme qui se traduira en programmes annuels. Les fonctionnaires dirigeants des centres d'expertise concernés (le KCE, l'ISP, le SPF, l'INAMI et le Conseil supérieur de la santé) développeront des initiatives à cet effet.

D'autres acteurs, tels que les entités fédérées et des acteurs externes, peuvent être inclus dans le Health Research System qui se développe entre les administrations de soins de santé fédérales. De cette manière, des accords pourront être pris pour déterminer quelles sont les priorités au niveau du développement des connaissances, qui développe quelle expertise, qui réalise quelles études, comment il est possible de collaborer en vue de développer les connaissances, etc.

En attendant une intégration dans un Health Research System comprenant des acteurs issus tant du secteur public qu'en dehors, les organismes assureurs continueront à développer des effets de synergies en matière de renforcement des connaissances au niveau de l'AIM.

Actions-engagements :

14) Jusqu'à ce jour, l'AIM établit un programme annuel reprenant tous les projets en cours et prévus au niveau de l'AIM. Ce programme annuel est approuvé par le CA de l'AIM, au

sein duquel siègent des représentants de l'INAMI, du KCE, du SPF SPSCAE et du SPF SS, et est transmis par le KCE aux ministres compétents. Il est en grande partie constitué de projets élaborés à la demande d'institutions publiques et de recherches ou en collaboration avec celles-ci, mais compte également un certain nombre de projets lancés de sa propre initiative. Dans le cadre du Health Research System, l'AIM s'engage à publier son programme annuel (par ex. sur son site web). En outre, l'AIM tiendra compte et s'accordera en fonction des programmes annuels du KCE, du site healthdata.be ainsi que du HRS au moment de créer ce programme annuel. Dans le cadre du développement du Health Research System, les OA seront rapidement impliqués en tant que partenaire à part entière, et ce, en vue de continuer à optimiser l'harmonisation des activités des OA relatives aux connaissances avec celles des autorités. Les OA s'engagent à faire un bilan des études qu'ils réalisent ainsi que celles menées par le HRS afin d'éviter les doublons et les chevauchements.

- 15) L'AIM rassemble les données des organismes assureurs pour les analyser de sa propre initiative ou pour une analyse ou mise à disposition à la demande de partenaires ou de tiers. L'AIM soutient ainsi le rôle des mutualités pour arriver à maintenir et à améliorer continuellement un système performant de soins de santé et d'assurance maladie. L'AIM continuera à assurer ce rôle et à se concentrer sur des thèmes relatifs au financement, à l'organisation, au fonctionnement et aux résultats du système belge des soins de santé (par ex. le financement stable et suffisant de l'assurance obligatoire ou couvrant les besoins, la sécurité tarifaire, l'accessibilité et l'aspect abordable des soins pour les patients, l'utilisation ciblée et rationnelle des moyens existants, la promotion de la qualité des soins, le suivi des dépenses, l'estimation des évolutions et de l'effet des mesures et interventions, la promotion de la santé).

2.7. UN PARTENAIRE ACTIF DANS LA STRATÉGIE DE GESTION DES DONNÉES AU SEIN DES SOINS DE SANTÉ À L'ÉCHELLE FÉDÉRALE

Dans le cadre de la production de connaissances, entre autres à l'aide d'études, des données sont bien évidemment récoltées, traitées et révélées. Ces dernières années, de nombreuses initiatives ont aussi été prises ou sont en cours d'élaboration en matière de récolte, structuration et accessibilité de données.

Les connaissances requises afin de pouvoir soutenir pleinement la politique en matière de santé ne peuvent être garanties qu'à condition de relier les données qui sont actuellement encore dispersées. Les OA représentent un lien très important dans cette stratégie, étant donné qu'ils disposent d'énormément de données pertinentes, et ce, non seulement dans le cadre de l'exécution de leurs missions au sein de l'assurance obligatoire, mais aussi dans le cadre de leurs autres missions. Chaque organisme assureur et chaque mutualité dispose de données de facturation (par ex. dates, lieux, prix des prestations et traitements effectués) et administratives de leurs membres grâce à l'assurance soins de santé obligatoire. Ces données de facturation constituent une source d'information importante pour les nombreux acteurs du secteur des soins de santé. Les pouvoirs publics sont, en leur qualité de financier de l'assurance soins de santé obligatoire, copropriétaires de ces données et doit facilement

pouvoir en disposer de manière standardisée, notamment dans le cadre de ses missions de politique et de contrôle. L'accès à ces données par les autorités publiques doit pouvoir se faire à titre gratuit. En ce qui concerne le traitement et l'analyse des données, les autorités et les OA doivent aller à la recherche de synergies afin d'arriver à une exploitation ciblée des données.

Cependant, d'autres acteurs disposent également de précieuses informations. La fragmentation des données entre les hôpitaux, les patients, les établissements de recherche, les mutualités, les pouvoirs publics, l'industrie et d'autres parties concernées ne permet pas d'exploiter pleinement le potentiel du big data. Chacun des entrepôts de données de ces organisations fait office de silo contenant potentiellement de l'information difficile à ouvrir. Hors, les analyses de big data puisent précisément leur force dans la liaison de données provenant de différents silos. Une meilleure exploitation des quantités de données au sein et autour des soins de santé pourrait être réellement significative.

C'est pourquoi les autorités prendront l'initiative d'arriver à une politique de diffusion des données intégrées, ainsi qu'une gouvernance adaptée à cet effet. Il va sans dire que la garantie du respect de la vie privée du patient et du citoyen doit à tout moment rester prioritaire. Les actions, conventions, engagements, partages, intégrations, projets, accords... doivent tous respecter la législation relative à la vie privée. L'élaboration d'une stratégie de données intégrées ne fait pas partie du scope du présent Pacte, même si les OA seront naturellement impliqués dans cette élaboration et même s'ils prendront la responsabilité d'exécuter cette stratégie.

Actions-engagements :

16) Les OA sont impliqués et participent au développement et à l'exécution d'une stratégie de données intégrées dans les soins de santé à l'échelle fédérale. Cette stratégie est conforme à l'article 24 du Contrat d'administration 2016-2018 de l'INAMI (projet "Enrichissement du datawarehouse Soins de santé, Assurabilité et Invalidité") et en tient compte, mais ne s'y limite pas.

17) Les OA mettent les données de facturation relatives à l'assurance soins de santé obligatoire à disposition des administrations fédérales de soins de santé à l'aide d'une méthode standardisée par l'AIM, aussi bien pour utilisation par les autorités que pour toute autre utilisation validée par les autorités et pour lesquels les modalités nécessaires sont fixées. Dans ce cadre, le flux de données Newattest est mis à la disposition de l'INAMI. Il ne peut être prétendu à aucun autre moyen supplémentaire venant des autorités. Il va de soi que toutes les garanties au niveau du respect de la vie privée sont assurées. Ainsi, les données de facturation peuvent, par exemple, être croisées avec des données dont disposent d'autres acteurs à l'aide d'un code commun, et ce, il va de soi, avec respect pour le cadre réglementaire.

Les principes suivants sont respectés concernant l'accessibilité directe aux données de facturation exhaustives par les services de l'INAMI :

- le délai entre la comptabilisation et le chargement à l'AIM est de 5 mois ;
- les données concernées sont mises à jour mensuellement
- un format commun est fixé *pour les queries en tenant de la transmission des données ne dépassent pas les cinq jours.*
- les droits d'accès et la visibilité dépendent des missions des services
- l'INAMI instaure une politique interne de sécurité en la matière
- une attention particulière est prêtée au contrôle de la qualité des données
- l'impact sur les flux de données existants sera évalué en vue d'une simplification
- l'identification de l'organisme assureur et du patient est disponible si nécessaire (responsabilité financière ; missions de contrôle)
- le projet sera mis en production au plus tard le 1^{er} juillet 2017.

18) L'AIM gère l'Échantillon Permanent (EPS) et le met à la disposition des différents partenaires (INAMI, KCE, ISP, SPF SP, BFP, BCR VAZG, Observatoire Bruxellois, Observatoire Wallon) et de tiers par le biais d'un accès sécurisé. Il convient de simplifier et d'écourter la procédure d'accès à l'EPS.

19) L'AIM s'engage à garantir en permanence la qualité de l'EPS et du service lié à sa mise à disposition.

20) Le couplage des données AIM avec d'autres sources s'effectue à l'aide des technologies les plus modernes. Le but est de maintenir la particularité des différentes sources de données afin de permettre la réalisation d'un couplage bidirectionnel rapide avec, par exemple, les RHM.

Ceci vaut tout aussi bien pour les autres partenaires, éventuellement avec des sources de données qui leur sont propres ou non, comme par ex. le KCE, l'INAMI, Healthdata.be, etc.

En 2017, au moins le KCE et les services SECM, SSS et SCA de l'INAMI auront un accès autonome aux données de l'AIM.

21) L'EPS est élargi sur la base de nouvelles bases de données AIM pour le KATZ et le chapitre IV médicaments.

22) L'AIM va au-delà de la mise à disposition de données et contribue à l'utilisation efficace de la capacité d'analyse en faveur de tous les utilisateurs des données (couplées) AIM ou EPS. C'est pourquoi, en concertation avec ses partenaires, l'AIM s'engage à :

- rédiger et présenter des définitions et procédures standardisées ;
- partager et diffuser ses connaissances et son expertise ;
- permettre la création d'équipes d'analyse mixte pour une utilisation rationnelle et efficace de la capacité d'analyse commune ;
- viser une utilisation adéquate de l'expertise spécifique et de la plus-value
- gérer ensemble les fichiers de référence.

L'AIM travaille de manière active avec les partenaires dans le but d'arriver au partage structurée des données AMI avec des tiers, tels que l'industrie pharmaceutique et les universitaires. Ainsi seront entamés, dès 2016 et sous supervision de la CRM, des projets pilotes visant la transmission de données vers l'industrie pharmaceutique dans le cadre des conventions de l'article 81.

23) L'AIM participe activement à la conversion et l'implémentation de la nouvelle réglementation européenne relative au respect de la vie privée, pour autant qu'elle soit pertinente pour l'AIM. Ceci doit être prêt d'ici 2018.

AXE DE MODERNISATION 3 : CONTRÔLE ET EFFICACITÉ

3.1. INTRODUCTION

Le suivi a en premier lieu pour but de favoriser le respect du règlement dans tous les secteurs de l'assurance soins de santé et de prévenir les abus, la fraude et la corruption ou d'y réagir adéquatement. L'on considère que le règlement est respecté lorsque toutes les parties des soins de santé se tiennent à la législation et la réglementation applicables et se conforment aux obligations qui en découlent.

La politique de suivi est l'un des éléments contribuant à la maîtrise des dépenses et de l'octroi des ressources en fonction des besoins réels de la population. Après la 6^e réforme de l'État, le budget de l'assurance soins de santé s'élève toujours à plus de 23 milliards d'euros. Tout système disposant d'un tel budget ou chiffre d'affaires se doit de garantir qu'il fait l'objet d'un suivi professionnel et performant. A fortiori en cette ère budgétairement difficile, qui connaît toujours une croissance réelle du budget de l'assurance soins de santé – même si elle est moindre qu'auparavant –, il est impératif de garantir que les moyens investis dans l'assurance obligatoire apportent une valeur ajoutée optimale aux patients : *value for money*. Le suivi contribue ainsi à la durabilité et à la légitimité du système d'assurance soins de santé.

Plus récemment dans l'histoire, avec le soutien de la recherche scientifique et sous l'impulsion des questions portées à l'ordre du jour à l'échelle internationale, l'attention portée aux abus, à la fraude et à la corruption a été intégrée dans une préoccupation plus générale visant à éviter les gaspillages (*waste*) dans le secteur des soins de santé. Les gaspillages englobent aussi les soins inefficaces, pouvant impliquer des fautes intentionnelles ou non, des soins superflus, une sur- ou sous-consommation, des modèles et des instruments inefficaces en matière de prestations de soins et de financement des soins, une non-application de bonnes pratiques et de l'évidence. Des typologies utilisables en la matière ont été développées au niveau de l'*European Healthcare Fraud and Corruption Network*, dont la Belgique est un moteur important et dans lequel notre pays investit fortement. Les réalisations de ces investissements doivent aussi avoir un effet sur le système de soins de santé belge et sa politique de suivi.

L'assurance maladie fédérale belge a entre-temps également amorcé une approche des autres aspects du gaspillage de ressources. Il faudra donc, au cours des prochaines années, passer de l'ambition et de la conception à la mise en œuvre et aux résultats palpables.

Dans la politique de suivi « stricto sensu » (conformité, réalité) et « lato sensu » (conformité, réalité, efficacité), les mutualités ont endossé une responsabilité importante et de première ligne et sont en outre le partenaire des autorités publiques de contrôle à l'égard de leur propre politique de suivi.

3.2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, chapitre soins de santé, comporte les dispositions suivantes en matière de politique de suivi :

La responsabilité de tous les acteurs concernés par la gestion, et en particulier par les aspects budgétaires de celle-ci, sera renforcée.

Des procédures de contrôle uniformes sont mises au point pour le contrôle de la facturation électronique par les dispensateurs de soins et de l'application du régime du tiers payant.

Le développement de techniques de contrôle modernes sur la base du datamining, du contrôle des dépassements, de systèmes de feedback, de monitoring, et de conseil, etc., sera poursuivi.

L'INAMI reçoit un accès direct et simplifié à une plate-forme de données consolidées de facturation et d'attestations dont les organismes assureurs disposent.

Les instruments de sanction, les procédures de détection et de recouvrement dont l'INAMI dispose seront évalués et actualisés.

Une task force « soins efficaces » est lancée avec toutes les parties concernées ; elle détectera les gaspillages et formulera des propositions visant à relever l'efficacité, la qualité et la sécurité du patient.

La possibilité est prévue de conclure des contrats avec l'INAMI, dans le cadre de la concertation entre les parties concernées, portant sur l'utilisation adéquate de soins, qui créeront le cadre dans lequel les différents acteurs de l'assurance soins de santé collaborent pour organiser la dispensation de soins avec un maximum d'efficacité (formulation de directives, recherche et lutte contre le gaspillage ou l'utilisation impropre, mécanismes de monitoring, ...).

Des variations de pratiques importantes et non justifiées qui ne sont pas fondées sur des critères objectifs peuvent entraîner des sanctions, si on n'y remédie pas.

3.3. LES ACTEURS ET LEURS MISSIONS

3.3.1. Les OA

Les OA ont une mission de première ligne dans la politique de suivi. Historiquement, cette mission visait en premier lieu la conformité et la réalité. En même temps que l'évolution

esquissée dans l'introduction, on attend des OA, qui le souhaitent aussi, qu'elles jouent également un rôle en termes d'efficacité.

Les OA disposent d'une série de moyens et d'instruments pour l'exécution de cette mission. Elles sont par ailleurs impliquées dans les commissions de conventions et d'accords au sein desquelles les conditions de remboursement, entre autres, sont discutées avant d'être décidées au sein du Comité de l'assurance, où elles sont également représentées. De cette façon, les OA sont en mesure de donner forme et contenu aux modalités de remboursement de sorte que celles-ci puissent autant que possible être appliquées de manière correcte et adéquate sur le terrain, et faire l'objet d'un contrôle. Aussi ont-elles un rôle crucial à accomplir dans le contrôle d'un remboursement correct des prestations de soins de santé (via des contrôles primaires, a priori et a posteriori) : il s'agit là de l'une de leurs tâches fondamentales.

La politique de suivi, sa mise en œuvre et le déploiement des instruments doivent mener, pour toutes les OA, aux mêmes garanties d'efficacité souhaitées par les pouvoirs publics. À cet égard, l'uniformité doit être assurée dans la politique de suivi. Cela offre des possibilités en matière de synergie entre les différents OA.

Le rôle des OA ne se limite pas uniquement à des contrôles de première ligne. Ils sont également le partenaire des autorités de contrôle en ce qui concerne leur politique de suivi.

À l'avenir, les mutualités seront davantage impliquées dans une politique fédérale de suivi modernisée pour l'assurance soins de santé. À cet égard, les mutualités contribuent à rendre accessibles les données dans l'assurance soins de santé.

3.3.2. Les autorités

L'INAMI assure à l'égard des processus de suivi des mutualités une mission de deuxième ligne en procédant à des contrôles par échantillons et à un audit externe. L'INAMI dispose pour ce faire du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et du Service du contrôle administratif (SCA).

La mission du SECM consiste à évaluer et à contrôler l'utilisation optimale des moyens mis à disposition pour l'assurance soins de santé. Pour ce faire, le Service veille notamment à ce que les dispensateurs de soins respectent leurs obligations légales et réglementaires dans le cadre d'une assurance soins de santé de haute qualité.

Le SCA veille, notamment, à l'application correcte et uniforme de la réglementation par les OA auprès des assurés sociaux affiliés, il contrôle l'utilisation optimale des moyens financiers octroyés à ces assurés et est actif dans la lutte contre la fraude sociale commise par des

assurés sociaux. Le SCA est également compétent pour le contrôle administratif des mutualités.

En 2014, une initiative légale a été prise en vue de la constitution d'une Commission anti-fraude soins de santé permettant aux OA et à l'INAMI d'entreprendre des actions coordonnées. La même année, l'INAMI a pris des initiatives afin de mettre en place une politique intégrée. Le Contrat d'administration 2016-2018 de l'INAMI prévoit la mise en place d'une politique et d'une organisation en matière de soins efficaces.

L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) évalue chaque année les performances administratives des organismes assureurs en fonction de la partie concernant les frais d'administration variables (cf. partie « financement et responsabilisation »). Cet Office se base à cet effet sur les informations transmises par l'INAMI dans le cadre de ses missions de contrôle et d'évaluation au sein de l'assurance soins de santé obligatoire ainsi que sur les informations générées par l'OCM même lors de ses contrôles du respect des diverses dispositions de la loi du 6 août 1990 (et de ses arrêtés d'exécution). Depuis l'introduction de l'AR du 10 avril 2014, l'évaluation est réalisée sur la base de 7 processus reflétant le fonctionnement des OA. Le processus 5 évalue l'organisation par l'OA des différents mécanismes de contrôle aux différents niveaux (objet de cette partie du Pacte).

Ces différentes initiatives doivent être déployées dans le cadre d'une approche intégrée, tant du point de vue stratégique qu'organisationnel. Le comité SECM s'y prête. Les OA, et lorsque nécessaire les autres acteurs, comme les prestataires de soins, seront impliqués dans ces initiatives. Les OA disposent d'un large éventail de données et d'une vision approfondie des processus de dispensation et de financement des soins, ce qui rend essentielles leur implication et leur contribution.

3.4. COLLABORATION ACTIVE À UNE STRATÉGIE PLURIANNUELLE INTÉGRÉE ET COORDONNÉE ET UNE APPROCHE EN MATIÈRE DE SUIVI ET D'EFFICACITÉ

La politique de suivi menée au sein de l'assurance soins de santé doit être davantage structurée, intégrée et coordonnée. La vision présentée à cet égard est que les OA (individuellement et ensemble via l'CIN) d'une part, et les autorités de contrôle (SECM-INAMI, SCA-INAMI et OCM), d'autre part, disposent d'une seule stratégie pluriannuelle coordonnée en matière de suivi et d'efficacité. Cette stratégie sert alors de fil conducteur pour les activités développées par ces différents partenaires, et aussi de cadre pour la coopération et l'échange.

Certains éléments distincts d'une telle stratégie pluriannuelle structurée, intégrée et coordonnée sont développés ci-après. Ils ont aussi été présentés dans le cadre de la Task force qui a été mise sur pied au printemps 2016 dans le giron du Conseil général et du Comité de l'assurance, où l'on a également posé la base d'un premier Plan de suivi.

Une politique de suivi complète, basée sur les risques

Il convient de déterminer « l'univers » sur lequel portera le suivi : quelles seront les unités contrôlables ? De cette manière, il sera aussi possible de développer un cycle de contrôle où, en fonction du risque et de l'impact, tous les éléments de l'assurance pourront être examinés selon une périodicité bien définie.

Les priorités de la politique de suivi seront fixées sur la base d'une analyse des risques. À cette fin, un processus devra être élaboré afin que toutes les informations et tous les acteurs utiles soient impliqués dans la réorientation des priorités. L'analyse des risques doit être structurée dans un cadre conceptuel commun : la « waste typology » de l'*European Healthcare Fraud and Corruption Network* (EHFCN) peut être utile à cette fin. Ainsi, tout le continuum, de l'inefficacité à la fraude, sera couvert.

Délimitation des responsabilités, répartition des tâches et collaboration entre les partenaires de la politique de suivi

Il convient de déterminer comment le suivi sera organisé et comment les tâches seront réparties entre les mutualités individuelles, l'AIM et les autorités de contrôle.

La répartition des tâches doit être épurée, en indiquant clairement qui assume quelle responsabilité. À cette fin, il convient de développer un cadastre et d'entretenir les contrôles actuels, les instruments, etc., et ce, tant en termes de conformité et de réalité qu'en termes d'efficacité. Ce n'est que de cette manière que les chevauchements ou tâches aveugles pourront être détectés.

Le suivi peut se faire à différents niveaux :

- Par les OA (mutualités et unions nationales), sur une base 'individuelle'
- Par les OA de concert dans une relation intermutualiste
- Par les autorités de contrôle et les OA (intermutualistes) de concert, dans le cadre d'équipes 'mixtes'
- Par les autorités de contrôle, individuellement ou de concert

Notamment les liens de collaboration pourraient être renforcés au niveau intermutualiste d'une part, et par la coopération entre les autorités et les OA (intermutualistes) d'autre part.

Sur le plan intermutualiste, les mutualités pourraient uniformiser davantage leurs contrôles et systèmes de contrôle, et mettre sur pied une coopération opérationnelle. Ce en fonction des attentes de l'accord de gouvernement en vue de renforcer la rationalisation et l'uniformisation. L'objectif est de réaliser une base commune minimale, qui doit au moins être respectée, mais qui peut évidemment être complétée et renforcée par des initiatives

prises par chaque mutualité individuellement. Nous tenons à préciser explicitement que cela ne doit jamais mener à une déresponsabilisation des unions nationales et mutualités individuelles d'une part, ni à un nivellement à la baisse de la qualité de l'approche en matière de contrôles. Au contraire, l'objectif est d'avoir une stratégie commune et de définir un nombre minimal d'actions que doivent respecter toutes les unions et mutualités. Chaque union et mutualité a l'obligation de concrétiser la politique de contrôle de manière optimale et de développer des actions spécifiquement en lien avec les unions et les mutualités afin de réaliser concrètement cette politique.

L'on part du principe que les contrôles techniques et de tarification par rapport à la réalité et la conformité doivent être informatisés de façon maximale. Dans ce contexte, l'on accordera une attention particulière à la maximalisation des contrôles primaires s'opérant de manière préalable (a priori) au paiement afin d'éviter tout paiement irrégulier. Les contrôles impliquant une relation individualisée (p. ex. remboursement limité à un certain âge) seront réalisés le plus souvent possible sous forme de contrôles a priori. Les contrôles d'opportunité permettant d'évaluer la nécessité d'une prestation sont plus complexes à concrétiser. Ces contrôles requièrent soit une évaluation (individuelle) de chaque prestation, soit une évaluation a priori, soit une évaluation a posteriori (par échantillonnage, par exemple). Ces contrôles d'opportunité requièrent aussi une collaboration plus intense entre les mutualités d'une part et avec les autorités de contrôle d'autre part.

En tant que cogestionnaire du système d'assurance maladie, les OA ont une responsabilité cruciale en la matière, en vue de contribuer à mettre sur pied et à concrétiser la forme de coopération dans le cadre de laquelle les OA et les autorités opèrent en commun, par ex. via des équipes mixtes. Cette collaboration opérationnelle peut prendre différents aspects, par ex. en mettant en commun la capacité d'analyse, en réalisant des activités de contrôle communes sur le terrain ainsi que les rapports à ce sujet, etc.

Dans le cadre de telles équipes mixtes, des champs d'expérimentation peuvent aussi être organisés, sous la surveillance des autorités et bien évidemment dans le respect systématique de toutes les règles en vigueur relatives à la protection des données et à la confidentialité, afin d'associer et d'analyser certaines données, ce qui n'est pas encore possible aujourd'hui.

Les OA doivent mettre à la disposition des autorités les données nécessaires dans le cadre de la politique de suivi, notamment les données de tarification et de facturation. Ces données doivent être disponibles de manière standardisée et être facilement accessibles pour les autorités, dans les délais les plus courts possibles. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut garantir une politique de suivi réactive.

Dans le cadre de l'exécution du Plan de suivi, un point de contact sera développé en vue de signaler les abus ainsi que la divulgation de l'information à ce sujet. Ce point de contact vise à créer une implication accrue du citoyen.

Le droit d'initiative des autorités de contrôle est maintenu sans préjudice d'une stratégie pluriannuelle commune ou même d'une collaboration opérationnelle. Par contre, les autorités ont la responsabilité de soutenir la politique de suivi des OA et de donner en même temps un feedback sur la suite donnée aux constatations transmises par les OA pour traitement ultérieur et sanction par les autorités. Ce feedback est l'estime pour les efforts qui ont été fournis par les OA.

Des instruments de sanction adaptés au rôle et aux responsabilités de chaque acteur de la politique de suivi

En principe, le pouvoir de sanction est réservé aux autorités. L'on ne touche pas à ce principe. On examine néanmoins comment les mutualités pourraient exercer de façon optimale leur rôle en matière de suivi, tenant compte également de la force de frappe et de la capacité dont disposent les autorités. L'objectif est de développer des instruments de sanction dans la politique de suivi, où chaque acteur de cette politique se voit octroyer un rôle clair, et où les acteurs mettent en œuvre leurs instruments de façon à ce que les objectifs de la politique de suivi puissent effectivement être atteints.

Sauf exceptions (par exemple forte présomption de fraude), le traitement des résultats des contrôles a priori relève des mutualités. Pour les contrôles a posteriori, des accords seront conclus entre les organismes assureurs et l'INAMI (SCA et SECM).

En ce qui concerne les contrôles des assurés sociaux, le mécanisme actuel peut être maintenu : le recouvrement par les organismes assureurs pour le compte du SCA et, le cas échéant, sanction des assurés sociaux par le SCA.

En ce qui concerne le contrôle des dispensateurs de soins, des conventions seront passées entre le SECM de l'INAMI, les mutualités et l'CIN. Un arbre décisionnel sera établi afin d'indiquer clairement les étapes de la chaîne de suivi prises en charge par les mutualités et celles prises en charge par le SECM.

Rapports et transparence

Il est nécessaire d'avoir de la transparence au niveau des activités de suivi pour que les pouvoirs publics puissent avoir une vue sur les contrôles, l'utilisation des données et les projets de contrôle en cours, et ce, afin d'éviter toute répétition inutile de contrôles, les doubles analyses ainsi que la perte d'efficacité.

Rationalisation du pilotage de la politique de suivi

En rapport avec la stratégie pluriannuelle, une rationalisation des aspects politiques de la politique de suivi sera réalisée. Dans le rapport final de la Task force avec des représentants du Conseil général et du Comité de l'assurance, qui s'est penchée au printemps 2016 à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur une série de thèmes, dont le renforcement de la politique de suivi, il a été proposé de mettre sur pied une plateforme intégrée pour le suivi et des soins efficaces, qui doit rationaliser les activités

en la matière et apporter une structure dans le paysage morcelé actuel comptant de nombreux organes, parties et instances concernés. Cette plateforme relèvera de la responsabilité du Conseil général et du Comité de l'assurance.

Il s'agit de l'intégration organisationnelle et fonctionnelle des activités dans les domaines concernés, non d'une fusion de services et d'activités, mais bel et bien de la réalisation d'un réseau structuré où les OA peuvent et doivent aussi jouer un rôle de premier plan. Cette plateforme est une optimisation de la commission anti-fraude existante. Il faut également examiner comment cette plateforme va tenir compte d'autres interactions entre les autorités et les OA en ce qui concerne la politique de suivi, comme par ex. au sein du Conseil supérieur des médecins-directeurs, de la Commission anti-fraude, du Comité SECM ainsi que du comité technique SCA, dans le cadre de la fonction consultative au sein des conseils et commissions ad hoc, avec l'Office de contrôle des mutualités dans le cadre des frais d'administration variables (VARAK), etc.

Actions-engagements :

Sous la coordination des autorités de contrôle, un Plan de suivi, dans lequel les différentes dimensions de la politique de suivi (cf. waste typology) de l'EHFCN) seront traduites en priorités et actions, sera établi en concertation avec les OA. Pour ces priorités et actions, le Plan précise:

- la répartition des tâches prévue;
- le mode de collaboration entre les autorités et les OA, par ex. en termes d'échange de données, de création d'équipes mixtes pour l'analyse et le contrôle, etc., étant donné que les activités de contrôle relèvent aussi des tâches des OA et des MC, de bons accords seront passés entre les OA et les services de contrôle de l'INAMI pour exécuter efficacement ces missions afin d'éviter le double travail. Une communication mutuelle transparente est importante, également dans les dossiers concrets ;
- les moyens requis pour la réalisation de chacune des actions;
- les bénéfices prévus suite à l'exécution de chacune des actions;
- les conditions préalables – outre les moyens financiers/en personnel, également des éléments comme l'échange de données, les instruments d'analyse et de contrôle, les incentives, etc. – devant être remplies pour pouvoir réaliser les actions.

Les organismes assureurs s'engagent à collaborer activement au développement et à l'exécution de la politique de suivi et du Plan de suivi. Dans ce contexte, ils se chargent notamment des points suivants :

- 24) Au niveau de l'CIN, les OA procèdent à une cartographie des contrôles a posteriori existants et transmettent cette dernière au plus tard le 31/03/2017 aux autorités de contrôle. Les autorités doivent obtenir un regard en ce qui concerne les choix et les motifs sous-jacents faits par les OA au sujet des contrôles a priori ou a posteriori.
- 25) Les OA fournissent des données transparentes aux autorités. Ainsi, l'on prévoira e.a. via le projet NewAttest un engin de recherche automatique permettant à l'INAMI, en fonction de ses compétences légales, d'obtenir l'accès via une procédure standardisée simple aux données récentes, correctes et exhaustives relatives à la tarification et à la

facturation. L'AIM s'engage à mettre à la disposition des services les données fournies chaque mois par les OA, et ce, sans modifications. La procédure NewAttest sera opérationnelle d'ici le 1^{er} juillet 2017. Cette procédure forme un premier pilote en vue d'un meilleur partage des données dans le cadre de la politique relative aux données. De leur côté, les autorités vont développer la réglementation nécessaire qui doit permettre au SECM et au SCA d'accéder sans mandat aux données personnelles codées.

26) Les OA établiront des rapports sur les contrôles exécutés par leurs soins, comprenant les rapports, entre autres, sur les éléments suivants :

- les priorités de la politique de suivi des mutualités (individuellement et CIN) et les critères ou méthodes sous-jacentes;
- les volumes et les résultats des contrôles réalisés, les refus et les motifs de ceux-ci, les montants récupérés par les mutualités dans l'assurance soins de santé. Notamment la relation entre les dépenses déclarés et les dépenses acceptés devra être clarifiée.
- la répartition des contrôles et les résultats de ces contrôles
 - o dans le cadre des contrôles primaires, des contrôles a posteriori, des contrôles thématiques, des contentieux, etc.
 - o au sein des différents groupes cibles :
 - contrôle des assurés sociaux,
 - contrôle des différentes disciplines de dispensateurs de soins, contrôle des institutions de soins,
 - contrôle des autres acteurs (par ex. les offices de tarification, etc.)
 - o concernant les différents types de gaspillages (waste) :
 - erreurs
 - abus
 - fraude
 - corruption
 - o les paiements dans le cadre du tiers payant en termes de volumes de dépenses acceptées et refusées.
 - o un classement des refus les plus fréquents.

Les OA et les autorités vont développer une proposition de rapport uniforme d'ici le 31 mars 2017, qui sera appliqué à partir du 01 avril 2017.

Les services publics s'engagent à :

- Impliquer dans un stade précoce activement les OA dans la nouvelle plateforme intégrée pour le pilotage de la politique de suivi.
- Donner un feedback aux OA, dans le giron de la plateforme citée, sur les suites qui ont été données à des signaux et dossiers relatifs à des abus et inefficacités qui ont été transmis à ces services par les OA, sans – bien évidemment – violer le secret de l'enquête ou la confidentialité. Dans le cadre des rapports communs, les OA sont informées des données de base sur les enquêtes en cours, les dossiers transmis à d'autres instances (y compris les instances administratives, disciplinaires et judiciaires) et les résultats des enquêtes menées, où tant les mesures prises, les sanctions que les montants récupérés sont communiqués.

La ministre s'engage à fournir un soutien actif à la concrétisation des conditions préalables qui sont nécessaires à la réalisation du Plan, dans la mesure où celles-ci ne sont pas

contraires à l'accord de gouvernement ou aux lignes de politique, par ex. en entreprenant des actions réglementaires ou en proposant des modifications de loi au gouvernement et au Parlement.

3.5. DÉVELOPPEMENT D'INSTRUMENTS DE SUIVI COHÉRENTS ET EFFICACES

La politique de suivi doit couvrir tous les aspects de la chaîne du suivi : détection, recherche, information et sensibilisation, monitoring, sanction et recouvrement.

Comme mentionné ci-dessus, le pouvoir de sanction est toujours réservé aux autorités, en prévoyant toutefois un feedback à l'intention des partenaires de la politique de suivi concernant son application.

L'INAMI dispose de personnel d'inspection tombant dans le domaine d'application du Code pénal social (loi du 6 juin 2010). Parallèlement, la loi coordonnée du 14/07/1994 règle les pouvoirs de sanction complémentaires du SECM et du SCA.

Quoi qu'il en soit, des instruments de sanction efficaces et efficients sont indispensables dans une politique de suivi performante. Le 22 octobre 2015, la Chambre des représentants a approuvé, en exécution de l'accord de gouvernement fédéral, une résolution chargeant la Cour des comptes d'évaluer la cohérence, l'efficacité et l'efficience de l'organisation et des instruments des services de contrôle (INAMI : SECM et SCA ; OCM). Les conclusions du rapport auront un impact sur le développement de la politique de suivi et influenceront aussi le cadre des conventions passées entre les OA et l'INAMI quant au rôle de chacun.

À cet égard, il convient de souligner qu'aujourd'hui déjà, les mutualités disposent de certaines possibilités dans le cadre de l'exécution de la suspension du remboursement de certaines prestations pour une période donnée consistant à signaler les cas présentant de fortes indications de fraude.. La question est maintenant de savoir dans quelle mesure ces possibilités sont déjà réellement exploitées et quels en sont les effets.

Actions-engagements :

27) Dans le cadre du développement de la politique de suivi qui est fixée dans un Plan de suivi périodique, une analyse et une évaluation des moyens qui sont actuellement déjà disponibles dans le cadre de la politique de suivi et de son utilisation, seront réalisées. À cet égard, des propositions peuvent également être formulées pour l'optimisation des instruments mis à leur disposition, compte tenu du fait que le pouvoir de sanction est réservé aux pouvoirs publics. Les propositions peuvent entre autres concerner :

- Le feedback aux prestataires concernés
- Le monitoring strict de la facturation durant une période déterminée
- L'obligation de contrôles a priori des prestations/prescriptions durant une période déterminée
- Le contrôle sur le terrain par les médecins-conseils, uniquement dans un contexte

intermutualiste

- La suppression de la possibilité de recourir à l'exécution du tiers-payant
- Des sanctions financières imposées par l'INAMI.

Dans l'analyse, des propositions d'incentives à l'intention des organismes assureurs peuvent également être formulées.

28) Dans le cadre du Plan de suivi périodique, l'INAMI et l'OCM examinent quels instruments pourraient éventuellement être développés de leur côté pour renforcer la performance de la politique de suivi. Les OA ont formulé des propositions concrètes à ce sujet, p. ex. concernant la lecture obligatoire de l'eID, une base légale permettant de sanctionner les outliers pour les abus, de prolonger le délai de prescription en cas de fraude, de donner l'accès à certaines données, etc.

29) Les OA s'engagent en tant que cogestionnaires et responsables directement impliqués dans les organes de l'INAMI à assumer une responsabilité active en faveur d'une nomenclature et d'une réglementation lisibles et contrôlables, ce qui peut être considéré comme une action préventive à l'égard d'erreurs et d'abus. Dans ce contexte, les OA collaborent aux réformes de la nomenclature, tant au sein des commissions sectorielles concernées qu'au niveau des organes de coordination pour toute la nomenclature.

AXE DE MODERNISATION 4 : CORPS DES MÉDECINS-CONSEILS

4.1. INTRODUCTION

Le centre de gravité des activités des médecins-conseils se situe jusqu'à présent au niveau du contrôle et du suivi de l'assurance indemnités. C'est paradoxal à la lumière de la part que représente l'assurance indemnités dans les dépenses totales de l'assurance obligatoire. Cette part n'est en effet pas négligeable, mais elle est tout de même nettement inférieure à celle des soins de santé.

Bien que ce Pacte se concentre sur l'implication et la mobilisation des organismes assureurs et des mutualités pour l'assurance maladie, l'assurance indemnités reste néanmoins prise en considération dans cette partie du Pacte. Les missions et tâches du médecin-conseil constitue notamment un ensemble qui ne peut pas être réparti de manière artificielle entre les soins de santé et les indemnités. Pour différentes raisons, le nombre de bénéficiaires d'indemnités (en incapacité primaire de travail et en invalidité) n'a cessé d'augmenter ces dernières années. En outre, il a été constaté que ces bénéficiaires sont davantage atteints de multimorbidité. Par conséquent, l'évaluation et le contrôle de l'incapacité de travail ainsi que l'accompagnement vers la réintégration de personnes invalides nécessitent davantage de nouvelles compétences qui ne sont présentes que dans des équipes multidisciplinaires.

Pour des raisons liées à la démographie comme au marché du travail, le corps de médecins-conseils des OA est de moins en moins nombreux. En janvier 2016, 310 médecins-conseils sont actifs. Si on ne remplace pas les membres du corps, d'ici 2020 il ne restera que 76 % de cet effectif et 40 % en 2026 (source INAMI, SECM, données d'août 2015, banque de données des médecins-conseils). Bien entendu, ces chiffres sont trompeurs, étant donné que des offres d'emploi sont (seront) toujours publiées en vue de recruter des médecins-conseils. Cependant, le recrutement de nouveaux collègues plus jeunes semble être problématique depuis quelques années déjà, un phénomène qui s'explique notamment par un regain de l'attrait de la profession de médecin de famille grâce, notamment, aux mesures très positives et de soutien mis en place par l'assurance obligatoire. L'on constate que les services (de contrôle) des pouvoirs publics (l'INAMI, le SPF Santé publique, etc.) rencontrent les mêmes difficultés.

Les tâches actuelles du médecin-conseil, tant celles relatives à l'assurance soins de santé que celles relatives à l'assurance indemnité, méritent pour différentes raisons d'être examinées sous un œil critique en fonction de leur adaptation, modernisation et restructuration.

Durant cette législature, l'assurance indemnité fait également l'objet d'un exercice de réflexion assez large menant vers le lancement d'importantes réformes, notamment en ce qui concerne le soutien renforcé d'initiatives relatives au retour au travail adapté des malades de longue durée. Les médecins-conseils y ont également un rôle important et

déterminant à jouer. Leur contribution fait notamment partie intégrante des axes de modernisation, tels qu'abordés dans le présent Pacte (coaching santé, contrôle, etc.).

Des impulsions dynamiques sont nécessaires afin de pouvoir incarner une politique de contrôle puissante et innovante, mais sans pour autant renoncer à la spécificité du fait que les médecins-conseils remplissent leurs tâches et missions depuis la mutualité/l'union nationale dont ils font partie.

De plus, le corps de médecins-conseils est confronté à un certain nombre d'autres défis. Étant donné l'importante accessibilité des informations médicales, le patient peut aujourd'hui davantage être bien informé et a des attentes nettement plus élevées en matière de services, y compris de la part de sa mutualité. Cela se traduit, entre autres, par une croissance non maîtrisable des litiges portant sur les décisions médicales débouchant sur un nombre en augmentation d'actions juridiques engagées auprès des tribunaux et cours du travail.

Certains éléments de l'assurance obligatoire ont été transférés, lors de la sixième Réforme de l'État, aux Communautés. Il s'agit plus précisément des admissions dans un établissement pour personnes âgées, une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques ou une initiative d'habitation protégée. Cette donnée implique qu'une concertation et une harmonisation sont en cours avec les entités fédérées* concernant le rôle que le médecin-conseil assumera si possible dans ce contexte.

Les autres problèmes, moins complexes toutefois, sont les suivants :

- apparition d'une frustration croissante à l'égard de l'ambiguïté des tâches et du rôle souvent confus du médecin-conseil ;
- à l'instar des médecins traitants et des services d'urgences, de plus en plus de cas d'agressions à l'égard des médecins-conseils sont rapportés ;
- en dépit des efforts des unions nationales et des mutuelles, les procédures correctes et d'actualisation de la législation n'affluent pas de manière satisfaisante ;
- il existe des différences claires d'interprétation et d'application de la législation au sein des unions nationales, des mutualités et des médecins-conseils ;
- l'actuelle structure très fragmentée (entre les organismes assureurs mais également entre les mutualités) au sein de laquelle des médecins conseils doivent fonctionner fait obstacle à la spécialisation et au développement d'expertises spécifiques ;
- tout cela contribue à un problème d'image de la profession.

Ces problèmes entraînent la conclusion d'accords de coopération locaux ad hoc permettant d'offrir une solution temporaire. Ces accords locaux ne sont toutefois rien de plus que des traitements des symptômes. Une approche globale s'impose.

Les actions-engagements suivants ont pour but d'évaluer et de positionner de manière fondamentale et globale le rôle du médecin-conseil.

4.2. STATUT DU MÉDECIN-CONSEIL

Le médecin-conseil est un médecin assermenté, actif dans le cadre de l'application de l'article 153 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance maladie-invalidité.

Dans l'exécution de ses tâches, le médecin-conseil est également lié par :

- le statut de médecin-conseil (AR n° 35 du 20/07/1967)
- le code déontologique de l'Ordre des médecins
- la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée
- la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient
- la loi du 11 avril 1995 relative à la Charte de l'assuré social

Il n'existe pas d'exigences particulières pour pouvoir occuper la fonction de médecin-conseil, si ce n'est le fait d'être autorisé légalement à exercer la médecine. Cependant, la majorité des médecins-conseils actifs répondent à au moins un des critères suivants :

- être reconnu en tant que médecin spécialiste en médecine d'assurance et en expertise médicale ou qui
- avoir acquis une grande expérience en médecine d'assurance ou qui
- suivre une formation en médecine d'assurance

Il a prêté serment devant le président du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI et exerce ainsi une fonction officielle.

Les médecins-conseils doivent respecter les directives du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et du Service des indemnités mais sont dirigés par le médecin-directeur et la direction médicale de leur organisme assureur. Les décisions des médecins-conseils sont contraignantes pour les OA (art 135 §1 de la loi AMI qui décrit les missions des médecins-conseils). Les médecins-conseils prennent les décisions médicales en toute indépendance dans le cadre des missions que la loi AMI leur confie.

Nonobstant les compétences octroyées par le législateur à l'Ordre des médecins, les mesures disciplinaires visant le médecin-conseil relèvent de la compétence du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

4.3. PRINCIPES

Concernant le secteur des soins de santé, les tâches des médecins-conseils des OA et des médecins-inspecteurs de l'INAMI sont fondamentalement différentes mais complémentaires. Il est judicieux de bien indiquer cette distinction.

- Le médecin-conseil octroie le droit au remboursement (ou le refuse) et exerce ce faisant son rôle d'informateur, de conseiller et de juge (a priori ou a posteriori). Il a également une tâche à accomplir relative à l'évaluation de l'opportunité des soins dispensés aux membres de la mutualité.
- Le médecin-inspecteur vérifie si les frais médicaux remboursés ont vraiment été consentis et s'ils l'ont été conformément à la réglementation en vigueur. Il vérifie également si des prestations médicalement inutiles ont été effectuées, ainsi que des prestations inutilement chères. En fonction de son expertise, le médecin-inspecteur effectue également une tâche d'évaluation.

Contrairement au médecin-conseil, le médecin-inspecteur possède aussi des compétences de police judiciaire. Les mesures disciplinaires touchant les médecins-conseils sont également du ressort du service auquel le médecin-inspecteur appartient (SECM), sans préjudice des compétences en la matière de l'Ordre de médecins.

En dépit de la distinction claire entre les compétences et les responsabilités des uns et des autres, il faut insister sur le fait que le médecin-conseil exerce une fonction importante en matière de gestion, de maîtrise et de contrôle des dépenses de l'assurance obligatoire. Sans aucun doute, il doit exercer une mission(-clé) lorsqu'il s'agit de collaborer à la détection et à la lutte contre la fraude dans les soins de santé, ou d'inciter à l'efficacité dans les soins.

La collaboration, ainsi que la délimitation, entre les deux compétences sera plus amplement traitée dans la partie « contrôle et politique d'application des règles » de ce document et n'est pas répétée ici.

Le médecin-conseil a pour mission de base d'évaluer l'octroi d'un droit ainsi que d'informer et de conseiller l'assuré en la matière.

- Le médecin-conseil évalue les demandes d'intervention pour une prestation de santé en fonction de l'octroi de ce droit.
- Le médecin-conseil fournit des informations aux ayants droit et aux prestataires de soins de santé à propos de l'application de la réglementation de l'assurance obligatoire.
- Le médecin-conseil conseille et suit les ayants droit afin qu'ils puissent bénéficier des soins et/ou du traitement les plus appropriés dans le cadre de, et en conformité avec, l'assurance obligatoire belge.

Pour un grand nombre de *prestations de santé* le médecin-conseil, dans sa tâche d'évaluation, examine le droit à une intervention.

- Une hospitalisation
- Une intervention pour la rééducation fonctionnelle, la nomenclature de rééducation fonctionnelle...
- Une intervention pour certains médicaments

- Une intervention pour soins dentaires
- Une intervention pour kinésithérapie et logopédie
- Une intervention pour soins infirmiers
- Une intervention pour bandages, prothèses et orthèses, chaussures et semelles orthopédiques...
- Une intervention pour prothèses auditives, lunettes, verres, lentilles...
- Une intervention pour implants, nutrition médicale, dispositifs médicaux
- Il convient de mentionner séparément l'évaluation pour admission en maison de repos pour personnes âgées, en MRS, dans une initiative d'habitations protégées et en MSP, ainsi que l'octroi d'une intervention pour une voiturette, puisque ces éléments de l'assurance ont été transférés aux entités fédérées à l'occasion de la 6^{ème} réforme de l'État.

Il va sans dire qu'il est de la plus grande importance que l'octroi des droits se déroule de manière uniforme pour tous les médecins-conseils, toutes les mutualités et unions nationales. La nomenclature des prestations de soins de santé ainsi que les autres réglementations dans le cadre de la législation SSI sont notamment d'ordre public. Ceci est nécessaire afin de garantir le traitement égal des assurés ainsi qu'un accès identique aux droits auxquels ils peuvent prétendre.

La mission de médecin-conseil comprend actuellement beaucoup d'activités portant sur l'évaluation de l'incapacité de travail primaire et sur l'accompagnement en cas de réintégration ; il est également impliqué dans l'attribution du statut d'invalidité.

4.4. AFFINER ET MODERNISER LES TÂCHES PRINCIPALES DES MÉDECINS-CONSEILS

Compte tenu de la nouvelle constellation, ébauchée dans l'introduction, il est nécessaire d'à nouveau déterminer avec précision les missions-clés des médecins-conseils.

1. Partant de ses tâches actuelles, les missions-clés du médecin-conseil qui doivent être conservées à son niveau, doivent être énumérées en indiquant la plus-value générée par ce maintien.
2. Tenu compte de la complémentarité entre le médecin-conseil et le médecin-inspecteur (INAMI) et de la spécificité de ces derniers, une attention particulière est surtout accordée à la fixation et définition des missions-clés de chacun d'entre eux ;
3. La nécessité et l'opportunité de nouvelles missions(-clés) en soins de santé doivent être explicitées. Ce faisant, il faut prendre en compte les priorités de la politique fédérale de soins de santé, avec notamment un accent plus marqué sur le suivi médical des assurés sociaux, la littératie en santé, une attention plus importante accordée à une politique de contrôle avec des contrôles *a posteriori* poussés. Les objectifs fédéraux en matière de

soins de santé, le suivi médical et la politique de contrôle remaniée font ici office de pierre de touche.

4. Idem en ce qui concerne la nécessité et l'opportunité de nouvelles missions dans le cadre de l'assurance indemnités. Mutatis mutandis, le *disability management* et la réinsertion professionnelle constitueront les pierres de touche de l'assurance indemnités.
5. Toutes les missions-clés sont reprises dans une des catégories non exhaustives ci-dessous :
 - capacité à travailler et interventions ; réinsertion
 - traitements et remboursements
 - autonomie et aide (soins ambulatoires, aide d'une tierce personne, soins aux personnes âgées)
 - harmonisation avec les autres instances qui prennent également en compte des aspects liés à l'incapacité de travail : les accidents médicaux, les maladies professionnelles, les renvois, l'offre d'expertise
 - participation à des études et examens
6. Pour chaque item de la liste des missions-clés, il est déterminé si la mission doit être effectuée par le médecin-conseil même, ou si elle peut être déléguée, sous sa supervision, à un autre niveau de compétence.
7. La façon dont les médecins-conseils disposent d'autorité, d'une compétence de contrôle et d'une compétence hiérarchique par rapport aux collaborateurs administratifs et paramédicaux, est explicitement décrite dans le cadre du débat sur les missions-clés. La loi prévoit actuellement que : « L'organisation et la coordination de l'activité des médecins-conseils au sein de chaque organisme assureur sont confiées à un médecin-directeur. Les médecins-directeurs veillent à ce que les médecins-conseils disposent d'un soutien paramédical et administratif composé, selon leurs besoins, d'auxiliaires kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier, paramédicaux, et administratifs, membres du personnel de l'organisme assureur, à qui ils peuvent déléguer les seules tâches qui ont été définies par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Les médecins-conseils sont responsables de la bonne exécution des tâches confiées aux auxiliaires qui les assistent. » Les unions nationales et les OA garantissent dans ce contexte que le fonctionnement des médecins-conseils en collaboration avec le personnel administratif et paramédical peut se passer dans une direction médicale efficace.

8. Les missions qui ne doivent pas être effectuées par le médecin-conseil, mais qui ne peuvent pas non plus être démedicalisées sont transférées vers la profession de soins appropriée.

9. À l'occasion de ce débat concernant les tâches principales, il sera également examiné dans quelle mesure il est possible de stratifier ces tâches ainsi que leur gestion sur trois niveaux : (1) le niveau 'micro' de la mutualité, (2) le niveau 'intermédiaire' intermutualiste et (3) le niveau 'macro' géré par l'INAMI/SECM-SI. Il y est indiqué :

- a. comment améliorer, par spécialisation, la qualité des missions-clés reprises
- b. comment gagner en efficacité en regroupant des missions au sein d'un groupe (réduit) de médecins-conseils ;
- c. comment organiser concrètement la collaboration intermutualiste, et dans quels domaines ;
- d. de quelle manière les tâches et missions exécutées ou supervisées par les médecins-conseils sont adaptées à l'INAMI/SECM-SI.

10. Les missions non essentielles sont démedicalisées. Pour cela un circuit administratif

« end-to-end » doit être créé. Ce faisant, il est systématiquement vérifié si la mission peut être administrativement traitée par les OA/mutualités mêmes, ou par l'INAMI, ou si elle peut être (éventuellement) être reprise par une autre administration, ou si la tâche peut être rejetée ou supprimée. Pour ce faire, l'efficacité et la qualité servent de fil conducteur.

11. Vu le caractère formaliste, ce sont surtout les autorisations individuelles octroyées par les médecins-conseils qui font l'objet d'une évaluation critique quant à leur plus-value (dans l'hypothèse conditionnelle que ces missions ne sont plus considérées comme des missions-clés). En cas d'absence de plus-value, ou de plus-value insuffisante, les pouvoirs publics prendront les mesures appropriées afin de mettre la réglementation en conformité avec cette donnée.

Actions-engagements :

30) Le débat sur les missions-clés totales sera mené pendant le second semestre de 2016. L'inventaire des missions-clés qui doivent être conservées ainsi que des nouvelles missions-clés se fait avec discernement, en prenant en compte la complémentarité indispensable avec les missions des services de contrôle de l'INAMI. Ils sont donc étroitement associés à ce débat sur les missions-clés. En même temps, la réalisation des objectifs des autres axes de modernisation issus du présent Pacte sera anticipée (entre

autres, le suivi – les soins efficaces), étant donné qu’ils aideront à déterminer quel(s) rôle(s) les médecins-conseils pourront assurer.

31) En ce qui concerne les missions actuelles, qui ne sont plus reprises dans la liste des missions principales du médecin-conseil, un plan d’action sera défini début 2017, à la clôture du débat sur les missions-clés. Ce plan d’action indiquera concrètement comment ces missions non essentielles seront réorientées et donc effectuées, ou si elles seront supprimées.

4.5. UNE RÉFLEXION FONDAMENTALE SUR LE STATUT ACTUALISÉ DU MÉDECIN-CONSEIL

Une réflexion ne sera menée que quand le débat sur les missions-clés aura été clôturé et quand les missions et les objectifs du médecin-conseil auront été redéfinis et redéterminés. Cette réflexion portera sur le statut du médecin-conseil. On sera particulièrement attentif à restaurer l’attractivité de la profession de médecin-conseil dans toutes ses dimensions. Des adaptations du statut faites par le passé seront à cette occasion soumises à une réflexion critique. L’interaction avec la réglementation particulière pour la rémunération des médecins fonctionnaires de l’INAMI devra à cette occasion également être prise en considération.

Actions-engagements :

32) En 2017, une proposition sera concrétisée par le groupe de travail, constitué d’une délégation de l’INAMI et d’une représentation intermutualiste, reprenant également les directions médicales et les délégués des médecins-conseils eux-mêmes. Cette proposition portera sur la révision du statut du médecin-conseil.

4.6. GOUVERNANCE DU CORPS DE MÉDECINS-CONSEILS

Lorsque le débat sur les missions-clés aura été clôturé avec succès, il sera évident pour quelles missions le médecin-conseil se doit de jouer un rôle crucial et comment le corps des médecins-conseils se distinguera. À partir de ce moment, on accordera une attention particulière à un ré-engineering de la gouvernance, c.-à-d. le pilotage et la supervision des membres de ce corps. Dans cette phase-ci, cet aspect sera abordé avec ouverture d’esprit, en fonction du résultat du débat sur les missions-clés et (de la proposition de révision) du statut du médecin-conseil.

Même si a priori les responsables des organismes assureurs sont, sur la base de l’efficacité et des réflexions sur la qualité, fortement réticents par rapport à la centralisation des tâches ou des prestations de services, cet aspect doit également faire l’objet d’une analyse approfondie. Il faudra vérifier s’il est possible de générer des économies d’échelle pour

certaines tâches des médecins-conseils, en les regroupant dans des plates-formes intermutualistes ou indépendantes ou encore au sein d'une institution publique.

Les différentes instances où la concertation est actuellement déjà menée, formellement et informellement, au niveau intermutualiste et avec les services de l'INAMI, sont prises en compte afin de définir comment procéder au ré-engineering de cette gouvernance. Ceci concerne plus particulièrement :

- Le Conseil supérieur des médecins-directeurs à l'INAMI-SECM
- Le Collège des médecins-directeurs à l'INAMI-Service des soins de santé
- Le Collège national des médecins-conseils de l'INAMI (CNMC)
- La Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI-Service des indemnités
- Le Collège intermutualiste national en tant qu'organe de concertation conjoint des OA

Actions-engagements :

33) Per 31/03/2018, un groupe de travail mixte, sous la présidence de l'administrateur-général de l'INAMI, établit un rapport avec un modèle de bonne gouvernance adapté aux nouvelles données, pour piloter la supervision du corps des médecins-conseils.

AXE DE MODERNISATION 5 - L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

5.1. INTRODUCTION

Le rôle des organismes assureurs ne se limite pas à l'assurance obligatoire soins de santé. Ils proposent également des avantages à leurs affiliés dans le cadre d'une assurance complémentaire obligatoire, à quoi viennent s'ajouter les assurances mutualistes facultatives. L'assurance complémentaire a, entre autres, pour but de répondre à certains besoins justifiés et plausibles en matière de soins de santé et de bien-être qui ne seraient pas (encore) couverts par les assurances obligatoires organisées par les différents niveaux de pouvoirs à l'aide de moyens collectifs. Historiquement, l'assurance complémentaire constituait la première forme de solidarité structurée entre les membres des mutualités. L'assurance maladie complémentaire, désormais devenue obligatoire, est ensuite progressivement devenue, entre autres, l'antichambre de l'assurance maladie obligatoire en répondant à l'ensemble du cycle de santé, notamment la prévention, le traitement et les soins post-aigus. Le concept était que, dans l'attente de l'opportunité et de la possibilité d'intervenir via l'assurance obligatoire, les mutualités puissent déjà rembourser leurs affiliés via l'assurance complémentaire. Dans le cadre de cette fonction d'antichambre, il était ainsi possible d'expérimenter, et de tirer les leçons utiles en vue d'une intégration ultérieure dans l'assurance obligatoire. Cette fonction d'antichambre a progressivement été reléguée à l'arrière-plan, ou disons plutôt que cette fonction est devenue moins explicite, partiellement dû à l'étendue de la couverture par l'assurance obligatoire.

Dans ce contexte, certaines mutualités ont au fur et à mesure proposé des avantages contribuant peu ou alors pas de manière visible à la santé du citoyen. Et cela alors que beaucoup de besoins non rencontrés n'ont, pour diverses raisons, pas été repris par la politique publique, alors que la plus-value pourrait être démontrée.

L'assurance complémentaire obligatoire est financée par les cotisations des affiliés. Il n'existe aucune intervention financière de la part des pouvoirs publics. Dans la comptabilité, certains garde-fous ont été introduits afin que les ressources de l'assurance complémentaire et de l'assurance obligatoire ne puissent pas être confondues, autant sur le plan des missions que sur le plan de la gestion. Actuellement les affiliés des différentes mutualités collectent un montant d'environ un demi-milliard d'euros, montant reconverti en interventions en services.

Même si l'assurance complémentaire obligatoire n'est pas financée par les pouvoirs publics, ces derniers la régulent. Et même à tel point que la participation de l'affilié est obligée. Une personne ne peut pas s'affilier à une mutualité pour l'assurance soins de santé sans, en même temps, payer une assurance obligatoire complémentaire. Ceci implique que les

pouvoirs publics doivent prévoir un contrôle suffisant de l'efficacité du système d'assurance complémentaire obligatoire, de la bonne utilisation des ressources, et de la cohérence entre l'offre au sein de l'assurance complémentaire obligatoire et celle de l'assurance soins de santé (*).

5.2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, section soins de santé, présente les dispositions suivantes en ce qui concerne le cadre budgétaire des caisses maladies :

La loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités sera modifiée afin de dire clairement que les services que les mutualités peuvent établir pour accorder une intervention financière dans les coûts de prévention et de traitement de maladies, ou pour stimuler le bien-être physique ou psychique de leur membres, doivent répondre aux principes de l'evidence-based practice.

Ne pas être en contradiction avec les principes de la médecine basée sur l'évidence constitue donc la condition d'octroi des interventions financières dans le cadre de l'assurance complémentaire obligatoire.

5.3. POINTS DE DÉPART

L'objectif est d'obtenir une meilleure utilisation des ressources disponibles en centrant plus fortement l'assurance sur une offre orientée santé. Sans vouloir entraver la différenciation entre les mutualités/unions nationales, il convient d'éviter toute surenchère commerciale entre les OA en ce qui concerne les interventions qui ne pourraient pas faire partie du « core business » des OA.

La loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités et la loi du 26 avril 2010 contenant diverses dispositions relatives à l'organisation de l'assurance complémentaire soins de santé, réglementent l'assurance complémentaire instaurée par les mutualités.

Dans l'article 2, §1^{er}, de la loi du 6 août 1990, la loi prévoit que les mutualités doivent avoir comme objectif l'amélioration du « *bien-être physique, psychique et social* » de leurs affiliés. L'article 3 de la loi du 6 août 1990 définit ce qui suit :

« *Les mutualités doivent instaurer au moins un service qui a pour but : [...]*

b) l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social visé à l'article 2 peut être encouragé;

c) l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, entre autre par l'accomplissement des missions visées sous a) et b). »

Tel qu'il est actuellement défini, le champ d'application de l'assurance complémentaire est fort étendu. Il est basé sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé datant de 1947 (« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »). Cette définition résulte d'une approche holistique qui, pour l'organisation de l'assurance complémentaire, est trop vague, trop générale et non mesurable. La définition de l'OMS peut continuer à servir de cadre de référence, car le bien-être psychique, physique et social sont déterminants pour la santé. Afin de rendre cette définition opérationnelle, des critères auxquels devra répondre l'offre dans le cadre de l'assurance complémentaire seront développés.

La loi précitée du 26 avril 2010 a rendu obligatoire l'assurance complémentaire instaurée par les mutualités. Le caractère obligatoire accentue l'importance de critères précis pour l'offre de services dans l'assurance complémentaire.

L'Office de contrôle des mutualités a cartographié en 2015 l'offre actuelle en avantages complémentaires. Elle peut être répartie ainsi :

1. Interventions en matière de santé, avec l'objectif de promouvoir le bien-être physique et psychique.
2. Interventions en matière d'aide sociale, ayant pour objectif de promouvoir le bien-être social.

1. Les interventions suivantes, ciblant la santé, sont actuellement prévues par les organismes assureurs (liste non exhaustive) :

- Médical
- Pharmaceutique
- Dentaire
- Kinésithérapie
- Paramédical
- Transport sanitaire
- Implants
- ...

En ce qui concerne les soins de santé mentale, il existe des indemnités pour traitement de stress post traumatique (ex. harcèlement, décès inopiné du partenaire) et des interventions financières pour consultations (variables par OA) tant chez des psychologues que chez des psychothérapeutes.

En prévention, les interventions se diversifient : le dépistage de certaines pathologies, des mesures de soutien anti-tabac, la vaccination, l'obésité, des cours de diététique, la contraception, des cours d'éducation à la santé, les premiers secours, etc.

Il existe par ailleurs, en plus ou moins grande mesure, des interventions pour les médecines non conventionnelles et alternatives : anthroposophie, acupuncture, sophrologie, chiropractie, hippothérapie, homéopathie, ostéopathie, mésothérapie et phytothérapie.

Les différenciations suivantes sont appliquées :

- Parfois il est question d'une intervention dans le ticket modérateur de prestations remboursées, dans d'autres cas d'une prise en charge de prestations non remboursées (plafonnée ou non).
- Dans certains cas, l'avantage est uniquement valable pour un groupe cible (ex. : hippothérapie pour autistes ou personnes avec un handicap mental).
- En ce qui concerne les médecines non conventionnelles, une distinction est parfois faite entre les OA selon que les dispensateurs de soins sont agréés par les pouvoirs publics ou non, sont déjà médecins ou non, ou s'ils sont affiliés à une organisation professionnelle correspondante ou s'ils possèdent un diplôme en la matière ou non.
- Les médicaments homéopathiques pour lesquels une intervention financière est attribuée dépendent dans certains cas s'ils sont prescrits par un médecin ou non.

2. Les interventions suivantes sont axées sur l'aide sociale et le bien-être :

- Soins ambulatoires/assistance
- Séjours résidentiels
- Politique par groupes cibles :
 - o Naissance
 - o Adoption
 - o Enfants/jeunesse
 - o Personnes âgées
 - o Invalides
 - o Personnes handicapées
- Autres (notamment relatives aux voyages)

Cet aperçu varié des avantages complémentaires permet d'éclaircir ce qui est actuellement proposé dans le cadre de l'assurance complémentaire obligatoire. Dans ce cadre, il convient de signaler que la majorité des avantages de l'assurance complémentaire sont octroyés en cas de prestations (para)médicales ayant un lien avec l'assurance obligatoire ou les indemnités.

5.4. L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE COMME COMPLÉMENT COHÉRENT ET COMME ANTICHAMBRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ

5.4.1. La réforme ne vise pas une uniformité complète des mutualités. L'assurance complémentaire fait intégralement partie du fonctionnement et de la prestation de service des organismes assureurs. Dans le nouveau contexte aussi, les mutualités maintiendront la liberté d'initiative et de l'autonomie afin d'y mettre leurs propres accents :

- D'une part, par rapport aux affiliés où, en fonction des caractéristiques du profil de l'affilié, des priorités peuvent être définies, et des choix peuvent être faits. La loi de 2010 ainsi que les travaux préparatoires de celle-ci rendent possible une différenciation de l'offre en fonction des groupes cibles. Ceci constitue cependant une exception par rapport au principe de l'égalité de la garantie, et doit par conséquent être adéquatement motivé par l'entité mutualiste qui souhaite

opérer une telle différenciation. C'est sur la base de cette motivation circonstanciée que l'Office de contrôle peut vérifier que la mesure soit bien conforme au prescrit légal.

- Par rapport à l'extérieur, d'autre part, la population ayant un bon aperçu de l'offre.

5.4.2. L'assurance complémentaire doit à nouveau remplir une fonction plus importante dans le cadre des interventions innovantes orientées santé, comme antichambre pour une reprise ultérieure dans l'assurance obligatoire (*).

5.4.3. La politique menée par les OA en matière d'assurance complémentaire orientée santé sera également harmonisée avec les objectifs de santé encore à développer (*). Par ailleurs, cette harmonisation n'empêche pas que les mutualités mettent leurs propres accents sur les objectifs de santé.

5.4.4. Les interventions axées sur la santé ne peuvent pas être en contradiction avec les principes de l'evidence based practice, ni avec les guidelines. Il s'agit notamment de lignes directrices devant mener vers de la qualité et des soins justifiés sur le plan médical et qui, par conséquent, sont susceptibles d'être évalués aussi bien au sein de l'assurance complémentaire obligatoire que dans le cadre de l'assurance complémentaire libre.

Le défi est de garantir le caractère innovant et la fonction d'antichambre de l'assurance complémentaire obligatoire, et ce, sans préjudice aux principes de l'evidence based practice. Les mutualités doivent pouvoir garder la possibilité de développer et de tester de nouveaux avantages. Pour ce faire, les éléments suivants sont prévus :

- une évaluation a priori obligatoire des nouveaux avantages effectuée par l'union nationale et par le Conseil de l'Office de contrôle, par exemple, sur la base d'une fiche, d'une liste ou check-list standardisée reprenant les effets positifs visés sur le plan de la santé et qui, le cas échéant, ne sont pas en contradiction avec l'EBP si celle-ci est disponible.

- Si, suite à une éventuelle évaluation a posteriori, il peut être démontré à l'aide d'une étude scientifique certifiée qu'une intervention financière aurait un effet négatif ou un effet inexistant sur la santé ou qu'une telle intervention est en contradiction avec les principes de l'EBP et qu'il s'agit d'un avantage supervisé par l'OCM, le service concerné sera supprimé. Dans le cas où des changements seraient apportés à l'offre existante, des mesures transitoires seront alors prévues afin de supprimer progressivement les engagements concernés.

5.4.5. En ce qui concerne les interventions axées sur l'aide sociale, où la définition de l'evidence-based practice est moins évidente pour la rationalisation et la classification de ces avantages, ces services doivent dans tous les cas :

- Être axés sur la santé (amélioration de la santé, soulagement de la maladie,...) et/ou

- Être axés sur la « résilience » : augmentation de l'autonomie personnelle des affiliés (qu'il soit malade ou dépendant ou bien aidant proche) et de l'amélioration d'un mieux vivre ensemble.

5.4.6 Les interventions de l'assurance complémentaire ne peuvent entrer en conflit avec les principes qui sont de mise dans l'assurance obligatoire (*). Les objectifs et les initiatives qui sont développés dans le cadre de l'assurance complémentaire sont analysés en fonction des objectifs et des conditions préalables de l'assurance obligatoire (*) et ne peuvent pas être en contradiction avec ceux-ci afin d'aussi avoir un effet de soutien et de renfort. Entre autres le débat concernant la désirabilité de permettre que des tickets modérateurs (prévus dans le cadre de l'assurance obligatoire) soient remboursés dans le cadre de l'assurance complémentaire obligatoire, sera mené dans ce cadre.

5.4.7. L'assurance complémentaire constitue pour les OA un moyen de se profiler. Les dispositions actuelles de la loi du 6 août relative à la publicité sont revues dans le sens où il est davantage possible de se profiler, entre autres par l'utilisation de publicité comparative déontologiquement justifiée. La réglementation européenne autorise la publicité comparative et l'OCM en assure le contrôle.

Actions-engagements :

34) Avant le 31 décembre 2016, les OA transmettent à la ministre une proposition intermutualiste du cadre de référence et du plan d'action relatifs à la réorientation et l'épuration de l'assurance complémentaire obligatoire ainsi que de sa publicité. Cette proposition tient compte des principes ci-dessus, en plus des principes repris sous le point 6.6. concernant le renforcement de la transparence de l'organisation de l'assurance complémentaire. La Cellule stratégique, avec les administrations compétentes, évaluera la proposition des OA en fonction des objectifs tels que repris dans l'Accord de gouvernement et formulés dans le présent Pacte. Le 1er janvier 2018 est avancé comme date initiale, avec une régularisation au plus tard le 1er juillet 2018. Si besoin, des mesures transitoires seront également prévues.

35) Afin de permettre aux entités mutualistes d'offrir des avantages adaptés au mieux aux besoins de leurs membres, l'Office de contrôle établira, en collaboration avec les unions nationales, une liste de critères motivant la différenciation par rapport à certains groupes cibles.

36) Les autorités publiques transposent la directive 2006/114/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 concernant la publicité trompeuse et comparative dans la loi du 6 août 1990 concernant les mutualités et les alliances de mutualités.

AXE DE MODERNISATION 6 : CAPACITÉ DE GESTION, BONNE GOUVERNANCE ET TRANSPARENCE

6.1. INTRODUCTION

D'après la définition de la loi relative aux mutualités, les mutualités sont des associations de personnes physiques qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Elles exercent leurs activités sans but lucratif.

Les unions nationales et les mutualités disposent, toutes deux, d'un conseil d'administration et d'une assemblée générale qui sont constitués démocratiquement sur base d'élections mutualistes. Le conseil d'administration est chargé de la gestion journalière de la mutualité ou de l'union nationale.

Les mutualités sont, tout comme les entreprises, des organismes semi-publics et des organisations publiques, concernées par la bonne gouvernance (*good governance*). La bonne gouvernance englobe tous les aspects d'une organisation où des objectifs sont fixés et poursuivis, et pour la réalisation desquels l'organisation assume toute sa responsabilité. La responsabilité et la transparence sont d'importants leviers soutenant la légitimité de l'organisation.

Dans ce même contexte, les organismes assureurs cherchent également à renforcer leur capacité de gestion. Ce qui requiert le renouvellement et l'optimisation des structures internes et des relations entre les unions nationales et leurs mutualités, par exemple.

Enfin, les organismes assureurs peuvent également accroître leur combativité et efficacité par une collaboration mutuelle et la mise en place de synergies.

6.2. L'ACCORD DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'accord du gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, secteur de la santé, contient les dispositions suivantes en ce qui concerne la bonne gouvernance dans le cadre des mutualités :

- *La transparence financière des organismes assureurs est renforcée. L'OCM examinera en outre la structure des coûts des organismes assureurs en collaboration avec l'INAMI.*
- *Le processus décisionnel, la concertation et l'exécution de l'assurance maladie seront adaptés aux règles de bonne gouvernance afin d'exclure les conflits d'intérêts éventuels.*

6.3. ACCROISSEMENT DE LA CAPACITÉ DE GESTION DES ORGANISMES ASSUREURS

La loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités ainsi que ses arrêtés d'exécution règlent les relations internes entre les mutualités et les unions nationales des mutualités en ce qui concerne l'organisation de l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire.

Cette loi avait pour ambition de moderniser la gouvernance du secteur. Il était à l'époque composé de très nombreuses entités, notamment les caisses primaires, tandis que les mutualités actuelles étaient des fédérations de caisses primaires, chargées d'une mission de surveillance, de coordination et de contrôle sur celles-ci.

La loi de 1990 a supprimé les caisses primaires, après quoi le premier échelon a été composé des mutualités et le rôle de supervision, de coordination et de contrôle a été confié aux unions nationales.

En même temps, la loi a créé les conditions pour réaliser un vaste mouvement de consolidation du secteur, ce qui a amené une réduction sensible du nombre total d'entités mutualistes.

Des mécanismes ont été mis en place afin de structurer les relations entre les mutualités et les unions nationales. Outre l'obligation pour chaque mutualité d'être affiliée auprès d'une seule union nationale, la loi prévoit également les droits et les obligations réciproques des entités mutualistes les unes envers les autres, ainsi que les mécanismes qui assurent l'articulation de ceux-ci.

La loi du 6 août 1990 contient, à l'heure actuelle, plusieurs dispositions approfondissant la relation entre les unions nationales et les mutualités en ce qui concerne l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire.

L'union nationale assume différents rôles :

- Responsabilité pour le respect des obligations liées à l'assurance obligatoire
- Représentation des mutualités dans le cadre des organes consultatifs et de concertation de l'assurance obligatoire
- Gestion des fonds de réserves constitués dans le cadre de la responsabilité financière
- Octroi d'un mandat aux mutualités pour l'exécution de l'assurance obligatoire.

L'union nationale surveille les mutualités dans différents domaines :

- Le Conseil d'administration de l'union nationale peut retirer l'autorisation accordée à une mutualité pour l'exécution de l'assurance obligatoire.
- Si une mutualité ne respecte pas les obligations statutaires ou légales, l'union nationale peut imposer à la mutualité de régulariser la situation. De plus, l'union nationale peut, si nécessaire, placer la mutualité sous surveillance, suspendre les pouvoirs des organes de décision ou se substituer à ses organes de décision.

- L'union nationale est responsable de toutes les sanctions infligées par l'INAMI ou l'OCM, en ce qui concerne les erreurs commises par les mutualités. Ces sanctions sont en tout cas répercutées sur les mutualités.
- Les employés des mutualités qui exercent une fonction de direction dirigeante au sein d'une mutualité ne peuvent être nommés qu'après avis conforme de l'union nationale à laquelle la mutualité est affiliée. Ces mêmes employés doivent rendre des comptes à l'union.
- Si les mutualités désirent procéder à une fusion, il faudra qu'elle soit approuvée par l'Assemblée générale de l'union nationale.
- Si une mutualité désire offrir un nouvel « avantage » en exécution de l'assurance complémentaire, il sera nécessaire que le conseil d'administration de l'union centrale approuve le nouvel avantage.

Plusieurs facteurs justifient une modernisation des relations entre les unions nationales et les mutualités.

Le Pacte avec les mutualités demande, en premier lieu, des engagements dans différents domaines à un niveau requérant un niveau élevé et un degré poussé d'expertise pour pouvoir tenir ces engagements. Sur le plan du contrôle et de la surveillance, une conception modernisée de l'assurance complémentaire, la collaboration à la réalisation des objectifs de santé, les prestations de services aux affiliés et l'accompagnement de ceux-ci, les efforts consentis en matière d'entrepôt de données, la politique informatique future, etc.

Dans ce cadre, il est nécessaire de réexaminer quel est le meilleur niveau où doivent être prises les décisions et, par conséquent, où doivent se situer les responsabilités. Dans le cadre de la mise en œuvre du Pacte, il faudra donc examiner les nouvelles tâches qui doivent se situer au niveau des mutualités, des unions nationales, de l'AIM ou d'une combinaison de ces niveaux.

Ensuite, les règles édictées en 1990 méritent d'être adaptées aux conceptions actuelles en matière de gouvernance et d'efficacité. Les règles qui étaient pertinentes dans le contexte spécifique, à savoir celui du secteur fin des années 1980, ne sont plus nécessairement les plus adéquates pour assurer la gestion d'un secteur qui s'est considérablement consolidé, et qui évolue dans un système qui gagne davantage en complexité. En particulier, un rôle sans cesse plus important est confié aux unions nationales, en tant que garantes du bon fonctionnement de l'ensemble des entités mutualistes qui lui sont affiliées, et du respect des engagements pris à l'égard des pouvoirs publics, quels qu'ils soient. On constate enfin dans certaines unions un regroupement des avantages complémentaires dans des sociétés mutualistes actives à l'échelle des Communautés et/ou Régions. Parallèlement, et parfois complémentaiement, certaines mutualités souhaitent conserver une large autonomie dans la gestion des avantages de l'assurance complémentaire, afin de pouvoir répondre au mieux aux besoins spécifiques de leurs affiliés. Ceci appelle à un nouvel équilibre des rôles de chacun de manière à permettre la nécessaire poursuite de la professionnalisation et de la

modernisation du secteur, tout en permettant aux entités mutualistes de conserver l’ancrage local qui, au final, constitue pour partie son ADN.

Autre sujet, celui de la gouvernance interne. Les mutualités sont des associations de et pour les membres. La participation des membres à la gouvernance en est une caractéristique essentielle. Les membres décident librement des avantages que la mutualité offre en contrepartie de la cotisation annuelle, par la voix des représentants qui siègent au sein de l’assemblée générale et du conseil d’administration. Dans ce contexte, la forte implication d’un grand nombre de membres est incontestablement un point positif. Néanmoins, cela présente également des inconvénients en terme de gouvernance, dès lors que pour certaines entités, le nombre de représentants au conseil d’administration ou à l’assemblée générale rend difficile ou peu aisée la tenue d’un véritable débat sur la gestion de l’entité et ses orientations stratégiques. Par ailleurs, la complexité sans cesse croissante de la matière relative à l’assurance soins de santé, qu’elle soit obligatoire, complémentaire ou encore de nature assurantielle, nécessite de plus en plus des compétences et une expertise technique de haut niveau, qu’il est difficile de concentrer en grand nombre dans les organes sociaux de (très) grande taille. Il convient dès lors de se demander s’il est opportun de revoir la structure de gestion, afin que les débats qui l’exigent puissent être tenus dans des conditions qui permettent un véritable débat technique. Ceci sans mettre à mal le caractère représentatif des organes sociaux des entités mutualistes, et en préservant les liens fondamentaux avec les membres.

Une réflexion doit être menée sur l’amélioration de la gouvernance des entités mutualistes, au regard en particulier, mais non exclusivement, de la composition des organes de gestion. Dans le cadre de cet exercice, il convient d’une part de s’inspirer, entre autres, des pratiques que le secteur a intégrées venant du monde des assurances, et d’autre part, de préserver le lien fort et indispensable que chaque entité entretient avec ses membres. Doivent ainsi être considérés :

- La professionnalisation des organes de gestion : chaque entité doit pouvoir démontrer qu’elle dispose au sein des principaux organes de gestion (direction effective, conseil d’administration et ses différents comités, etc.) de l’expertise et des compétences requises pour gérer une entité et/ou défier utilement et de manière constructive le management.
- La diminution du nombre de représentants au sein des assemblées générales et des conseils d’administration, de manière à ce que leur taille rende possible la tenue des discussions techniques et stratégiques que la gestion des entités mutualistes implique.
- La constitution obligatoire de comités spécialisés au sein des unions, et si nécessaire, des mutualités (comité des risques, de rémunération, d’audit, stratégique, etc.)

En termes de reporting, les initiatives suivantes peuvent d'ores et déjà être considérées :

- Un reporting plus régulier, plus structuré et homogène par les organismes assureurs, tant sur l'assurance obligatoire que sur l'assurance complémentaire. Les réviseurs agréés sont associés à ces rapports, tant à l'égard de l'union que de l'OCM.
- Afin de permettre à l'union d'assumer pleinement ses responsabilités, la responsabilité des mutualités individuelles à l'égard de l'union est renforcée (intervention préventive de l'union en cas de dysfonctionnement ou de difficultés financières, moyens d'action plus souples en cas de persistance du problème,...)
- L'agrément par l'union nationale des membres du personnel de direction des mutualités est donné pour une période limitée, et doit être périodiquement renouvelé. Les modalités de reporting de ces derniers par rapport à l'union sont définies.

Actions-engagements :

37) Des initiatives réglementaires sont prises en vue d'accroître la capacité de gestion des OA.

Les OA analysent et font des propositions pour au moins les points suivants avant le 31/03/2017 :

- Un renforcement de la fonction de coordination et de pilotage assumée par les OA ;
- La réduction des membres des organes de gestion (l'assemblée générale qui est élue et le conseil d'administration) ;
- L'augmentation substantielle du nombre minimum de membres entrant en ligne de compte pour une seule mutualité : réaliser au moins 75 000 titulaires avec entrée en vigueur au plus tard le 01/01/2020, à condition que le cadre légal est fixé en 2017, avec la possibilité d'avoir au moins une mutualité par région linguistique, moyennant l'accord exprès du conseil d'administration de l'union nationale. En plus de cette possibilité, chaque OA peut, moyennant l'accord exprès du conseil d'administration de l'union nationale, disposer d'une mutualité qui ne satisfait pas à la condition de 75 000 titulaires ;
- La réduction à deux du nombre minimum de mutualités faisant partie d'une seule et même union nationale ;
- L'instauration d'une représentation de l'union nationale dans le conseil d'administration des mutualités ;
- L'ajout d'au moins un administrateur indépendant dans les organes de gestion des unions nationales et des mutualités ;
- La promotion des effets de synergies créés entre mutualités, sous la direction de l'union nationale et à son niveau ;
- La suppression de l'obligation d'une mutualité d'instaurer au moins un service pour l'assurance complémentaire obligatoire, dans la mesure où la mutualité peut prouver qu'elle offre un service par le biais d'une entité mutualiste ; ceci permet à l'union nationale d'organiser efficacement des avantages complémentaires au niveau d'une association régionale ;
- Le fait de prévoir un accord préalable de la part de l'union nationale pour la création d'une société mutualiste d'assurance (SMA) ou d'une société mutualiste (SM) ;
- Le reporting renforcé des mutualités à l'union nationale, non seulement pour

l'assurance obligatoire, mais aussi pour l'assurance complémentaire ;

- Mesures soutenant la responsabilisation des mutualités à l'égard de l'union nationale ;
- Mesures régissant les compétences du personnel de l'union nationale à l'égard des membres de la direction des mutualités.

L'OCM soumet des projets de loi au ministre avant le 31/12/2017.

6.4. RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION ENTRE LES ORGANISMES ASSUREURS

La collaboration implique la redistribution des coûts fixes entre un grand nombre d'unités, ce qui peut présenter différents avantages : l'économie d'échelle, mais aussi l'augmentation de l'efficacité, la concentration de l'expertise et des résultats univoques. La collaboration visée sous ce point s'articule sur deux axes :

- Les OA collaborent par le biais de diverses plateformes, dont le CIN et l'AIM.
- Outre les résultats, il faudra aussi examiner l'organisation interne des OA. Il y a certainement des collaborations possibles sur le plan du support, comme les services du personnel, l'administration des salaires et la logistique.

Actions-engagements :

- 38) Dans le cadre de l'exécution de ce pacte, les organismes assureurs et le CIN examineront les collaborations entre organismes assureurs en vue de les renforcer et de les étendre.
- 39) En ce qui concerne l'organisation interne des OA, un groupe de travail commun au sein du CIN examinera les effets de synergie envisageables et formulera des propositions à ce sujet.
- 40) Sur simple demande et au moins une fois par an, les organismes assureurs transmettront spontanément aux autorités un rapport reprenant les différentes commissions actives au sein du CIN et les travaux menés par celles-ci.

6.5. RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION À LA GESTION ET À LA CONCERTATION DANS L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

L'objectif est double :

- D'une part, l'objectif est de savoir quels délégués de l'OA sont actifs dans les différents organes de concertation (groupes de travail INAMI, commissions de conventions, comités, Conseil supérieur des médecins-directeurs, etc.). Un registre électronique contenant, entre autres, les coordonnées sera mis à jour en collaboration avec le Service de soins de santé de l'INAMI.
- D'autre part, une liste sera dressée reprenant les autres mandats exercés par les participants à la concertation et à la gestion de l'assurance soins de santé. Chaque

activité, rémunérée ou non, dans un autre environnement de travail ou une autre entité juridique des OA sera mentionnée dans ce même registre. Ce registre sera public et rédigé et tenu par analogie avec la façon de procéder par la Cour des comptes pour les mandats de hauts fonctionnaires, ministres, parlementaires et certains membres de cabinets.

Actions-engagements :

41) En application de la loi sur les conflits d'intérêts, un mécanisme sera mis en place afin de garantir la transparence des intérêts de l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie et ainsi éviter tout (risque de) conflit d'intérêts.

6.6. RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE ORGANISATIONNELLE POUR L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Il est possible d'organiser l'assurance complémentaire par le biais de différents partenariats.

6.6.1 Accords de collaboration (Article 43 §1^{er} de la loi relative aux mutualités)

Des accords de collaboration sont conclus par les mutualités et les unions nationales avec des tiers en vue d'instaurer des services placés sous le signe de la santé et dont l'organisation requiert une infrastructure ou compétence spécifique (par exemple des soins infirmiers, l'aide familiale, etc.).

Ces dernières années, des initiatives ont déjà été prises pour améliorer la transparence en matière d'accords de collaboration.

Ces accords de collaboration doivent être conclus par écrit d'après un modèle établi par l'Office de contrôle des mutualités (OCM) ; l'objectif et les modalités de la collaboration ainsi que les droits et obligations en découlant pour les membres et leurs personnes à charge doivent être explicitement mentionnés. La conclusion de ces accords doit être approuvée par l'assemblée générale de la mutualité ou de l'union nationale.

Il est en outre prévu que le conseil d'administration de la mutualité et/ou de l'union nationale fasse chaque année rapport à l'assemblée générale sur l'exécution des accords de collaboration conclus. Ce rapport et le procès-verbal de l'assemblée générale en question doivent être transmis à l'Office de contrôle. Un modèle standard a été fixé pour ce rapport :

- Il faut dresser l'inventaire de tous les accords de collaboration conclus par la mutualité ou l'union nationale des mutualités.
- Par accord de collaboration : les objectifs fixés lors de la conclusion de l'accord de collaboration, la description et l'évaluation financière des services effectués au cours de l'année précédente et le montant global prévu pour l'année en cours au profit du tiers.

En ce qui concerne les accords de collaboration, la seule obligation envers les autorités est la transmission des accords de collaboration soumis à l'assemblée générale (conformément à un modèle établi) et du procès-verbal de l'assemblée générale, qui donne son approbation, à l'Office de contrôle des mutualités.

Il s'agit ici d'une définition au sens large de la notion « d'accord de collaboration » qui n'est pas clairement délimitée. Cela permet aux mutualités et aux unions nationales de l'interpréter différemment, ce qui signifie que le reporting à l'OCM ne sera pas uniforme.

Le reporting actuel concernant ces accords n'est pas efficace. Il convient en effet de rappeler que ces informations sont avant tout destinées aux membres du conseil d'administration et de l'assemblée générale. Ils doivent eux-mêmes déterminer si la gestion répond à la politique de l'entité et, si nécessaire, interroger le management ou opérer les rectifications requises. Par conséquent, les membres constituent la première ligne de défense sur le plan du contrôle interne. Il semble donc inapproprié de renforcer la formalisation déjà lourde que nécessite la conclusion et l'approbation d'accords de collaboration, qui doivent encore être approuvés par l'assemblée générale. En revanche, il paraît opportun de supprimer cette lourdeur, à condition de renforcer, d'harmoniser et d'optimiser le reporting du management au conseil d'administration et à l'assemblée générale en ce qui concerne les liens de collaboration pertinents et/ou structurels avec des tiers. Dans ce contexte, les réviseurs d'entreprise désignés par les entités mutualistes ainsi que l'Office de contrôle doivent veiller à ce que le reporting soit mis en place conformément à la réglementation modernisée.

6.6.2. Subventionnement des structures socio-sanitaires et financement d'actions collectives

Cette subvention a été instaurée par l'Arrêté royal du 12 mai 2011 portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la loi du 26 avril 2010, portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance soins de santé complémentaire.

Outre les liens de collaboration, il prévoit le financement des services qui ont pour objet le subventionnement des structures socio-sanitaires et le financement d'actions collectives axées sur la santé.

Les montants attribués par l'OA ainsi que l'objectif de ce financement doivent figurer dans les statuts des unions nationales et des mutualités. Ils sont soumis à l'approbation, sur la base de la jurisprudence du Conseil de l'OCM, afin de vérifier si l'objet de l'accord correspond à l'objectif de l'assurance complémentaire, à savoir la promotion de la santé.

En ce qui concerne le subventionnement des structures socio-sanitaires et le financement d'actions collectives, l'OCM dispose d'informations par le biais des statuts des mutualités et

des unions nationales. Cet instrument n'est pas non plus approprié pour le reporting, étant donné que la transmission des statuts entraîne chaque année un flux administratif papier substantiel. Cette manière de procéder n'est pas non plus optimale pour les mutualités et les unions nationales, puisque chaque année elles sont dans l'obligation d'adapter les statuts afin de satisfaire à ce reporting. Il est seulement possible d'avoir une vue de l'accord de départ et pas de l'exécution réelle de l'accord pendant l'année.

Il n'y a pas de définition précise de ce qu'on entend par subsides des structures socio-sanitaires et financement d'actions collectives. Il n'y a pas de critère distinctif concernant les liens de collaboration. On peut se demander si une subdivision en trois types est à l'ordre du jour.

6.6.3. Accords de partenariat

Outre les accords de collaboration, le financement d'actions collectives et le subventionnement des structures socio-sanitaires, les mutualités et les unions nationales ont la possibilité de conclure des accords de partenariat.

Ces accords se caractérisent par l'absence de transfert de moyens financiers des mutualités ou de l'union nationale vers la tierce partie. L'accord porte souvent sur l'octroi, par le tiers, de réductions sur ses services. Ces accords sont de nouveau autorisés seulement si les réductions attribuées sont en relation avec la notion de santé. Il n'y a pas de reporting à l'adresse de l'Office de contrôle des mutualités.

En ce qui concerne les liens de collaboration, il n'y a aucune référence à la loi du 6 août 1990 ; il est seulement fait référence à la jurisprudence par le biais du Conseil de l'OCM. Aucun reporting n'est prévu ni à l'adresse de l'Office de contrôle ni à l'adresse de l'assemblée générale des mutualités ou de l'union nationale. Il s'agit en effet d'une réduction accordée par un tiers, il n'y a pas de transfert financier des mutualités ou de l'union nationale à un tiers, qui fasse l'objet d'une approbation de l'assemblée générale. Les critères de sélection utilisés pour décider d'un tel lien de collaboration ne sont donc pas connus.

6.6.4. Dispensateurs de soins agréés

Des interventions sont également octroyées dans le cadre de l'assurance complémentaire pour les prestations effectuées par certaines catégories de dispensateurs de soins. Les mutualités et les unions nationales dressent parfois des listes nominatives de dispensateurs de soins pour lesquels une intervention est octroyée.

Nous ne connaissons pas les critères utilisés par les mutualités et les unions nationales pour inclure le dispensateur de soins dans la liste agréée.

6.6.5. Structures médico-sociales

Dans le cadre d'une des collaborations susmentionnées, il peut exister une collaboration directe ou indirecte et/ou une intervention financière concernant une structure médico-sociale. Par exemple, une intervention est octroyée si l'affilié s'adresse à un certain organisme.

Nous partons de l'hypothèse que les liens financiers soit directs, soit indirects, avec de telles institutions constituent un outil que les mutualités peuvent utiliser pour accomplir leur rôle d'entrepreneur social et de mouvement social, mais qui ne doit pas faire obstacle au rôle futur renforcé des OA pour ce qui est de l'information et des conseils aux affiliés, son rôle en tant que fonds pour la santé et surtout son rôle en matière d'accompagnement des affiliés vers les soins désirés.

À cet effet, la réglementation OCM en vigueur constitue un élément important, car elle stipule que les structures socio-sanitaires recevant un subside d'une entité mutualiste ne peuvent octroyer aucun avantage aux membres de cette entité qui n'est pas également octroyé aux autres personnes participant aux activités organisées par ces structures.

Du reste, cette interdiction n'empêche pas l'entité mutualiste concernée d'octroyer un avantage aux membres sur la base d'un service statutaire du groupe « opérations ».

Quoi qu'il en soit, il convient de disposer d'un cadre plus clair permettant aux OA de conclure un accord avec des structures médico-sociales.

Actions-engagements :

L'OCM élabore en concertation avec les OA une proposition de cadre légal ou réglementaire pour une nouvelle organisation transparente de l'assurance complémentaire. La date d'échéance est fixée au 31/12/2017 :

42) Une analyse est exécutée concernant l'opportunité de définir différents types de liens avec des tiers et de vérifier si une simplification est possible. À cet effet, les différentes notions utilisées et pour lesquelles il n'existe actuellement aucune description (par exemple le contrat de partenariat) sont définies.

43) Une certaine transparence est créée, entre autres par le biais de rapports adaptés adressés aux assemblées générales des mutualités et unions nationales à l'aide d'un modèle fixe qui permet d'obtenir une image dynamique de l'assurance complémentaire et de tous ses liens transversaux. Le réviseur désigné ainsi que l'OCM veillent à ce que le reporting se déroule conformément à la réglementation modernisée.

44) En ce qui concerne les listes de dispensateurs de soins agréés, les critères actuellement utilisés sont répertoriés. Dans le présent Pacte, il est parti du principe que des listes sélectives de prestataires de soins pour lesquels des avantages de l'assurance complémentaire peuvent être acquis sont acceptables à condition que (1) les critères de fixation de ces listes soient objectifs et transparents et que (2) tous les prestataires de soins aient la possibilité de s'inscrire sur cette liste, pour autant qu'ils répondent aux critères fixés et les respectent.

Une attention toute particulière est accordée à la définition de la relation avec les structures médico-sociales vu le futur rôle des OA. Dans sa proposition globale relative à l'assurance complémentaire, l'OCM esquissera un cadre parfaitement clair et conforme aux principes ci-dessus pour la conclusion d'accords de collaboration avec des institutions médico-sociales. La transparence constitue un aspect fondamental à cet égard. L'article 20 §3 de la loi du 6 août 1990 et la circulaire de l'OCM concernée seront analysés en concertation avec les OA et adaptés le cas échéant. Cette disposition porte sur les incompatibilités pour des personnes chargées de la gestion journalière ou qui occupent une fonction dirigeante dans une mutualité ou une institution médico-sociale.

45) Il est examiné comment augmenter davantage la transparence au niveau du sponsoring par les unions nationales et les mutualités. Une attention particulière est prêtée au sponsoring d'activités et à l'organisation de campagnes durant la période de réserve pour les élections politiques. Cette période de réserve est également applicable au sponsoring d'activités et à l'organisation de campagnes par les unions nationales et leurs mutualités.

6.7. RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE FINANCIÈRE

6.7.1. LÉGISLATION COMPTABLE

L'article 29 de la loi du 6 août 1990 dispose que les mutualités et les unions nationales de mutualités doivent tenir leur comptabilité conformément aux dispositions du code de droit économique.

Les unions nationales et mutualités ont des régimes de compte distincts pour, d'une part, les opérations qui se rapportent à l'assurance obligatoire et, d'autre part, les opérations ayant trait à l'assurance complémentaire.

Chaque mutualité et chaque union nationale transmettent, après la clôture de l'exercice comptable, des comptes annuels à l'Office de contrôle, à l'aide d'un modèle fixe. Ces comptes annuels doivent être approuvés par l'assemblée générale de la mutualité ou de l'union nationale.

Citons enfin l'A.R. du 21/10/2002 relatif à la tenue de la comptabilité et à l'établissement des comptes annuels par les mutualités qui prévoit des règles d'évaluation pour l'imputation de divers frais et recettes à l'assurance obligatoire et à l'assurance complémentaire.

En ce qui concerne la transparence financière, il a déjà été prévu dans la loi santé de 2015 que les décomptes annuels ainsi que les bilans des mutualités seront désormais publics.

L'Accord de gouvernement dispose que l'Office de contrôle des mutualités examinera la structure des coûts des organismes assureurs en collaboration avec l'INAMI. Le modèle

actuel de comptabilité imposé aux OA ne permet en effet pas de se rendre suffisamment compte de leur structure des coûts.

Par conséquent, il faut évoluer vers un modèle de reporting analytique en ce qui concerne les frais d'administration engagés dans le cadre de l'assurance obligatoire. Il faut pouvoir se faire une idée claire et complète des éléments suivants :

- la répartition des frais communs entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire ;
- la structure des coûts en fonction de processus et d'activités clés préalablement définis ;
- les frais qui sont facturés à des tiers ou qui sont récupérés de tiers ;
- les « subsides » qui sont reçus des Communautés/Régions (par exemple en ce qui concerne le service d'assistance social) ou des administrations locales

Un rapport analytique n'offre une plus-value que si chaque organisme assureur tient sa comptabilité analytique d'une manière permettant aux autorités de contrôle d'assumer leur rôle de façon optimale. C'est la raison pour laquelle l'OCM doit, en collaboration avec le secteur, rédiger un manuel détaillé qui précise clairement quels coûts font partie de quel poste de coûts.

L'objectif poursuivi consiste à obtenir une vue complète et claire de la structure des coûts des différents OA au sein de l'assurance soins de santé obligatoire. La CAAMI est soumise aux engagements de son contrat d'administration, mais aussi aux engagements comptables s'appliquant aux IPSS. Pour la CSS, il faut convenir d'un reporting spécifique.

Actions-engagements :

46) Réalisation d'une vue d'ensemble complète et claire de la méthode d'imputation des coûts et la répartition entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire obligatoire. À cet effet, un manuel pour l'imputation des coûts et recettes à l'assurance obligatoire ou à l'assurance complémentaire est également disponible.

À effectuer par l'OCM et l'INAMI en collaboration avec le secteur pour l'exercice comptable 2018.

47) Mise en œuvre d'un modèle de comptabilité analytique au plus tard pour l'exercice comptable 2018. Un plan par étapes sera établi à ce propos.

6.7.2. LA LOI RELATIVE AUX MUTUALITÉS

La loi relative aux mutualités décrit également le système de contrôle interne et d'audit interne de l'union nationale. Ce système doit également porter sur l'ensemble des activités des mutualités qui y sont affiliées.

Il existe également des possibilités de développer les dispositions relatives au contrôle et à l'audit, sans préjudice du fait que les mutualités disposent d'ores et déjà d'un cadre relativement libre de contrôle interne et d'audit interne, conformément aux circulaires de l'OCM (2006 et 2010). Il n'empêche que le contrôle et l'audit internes peuvent être professionnalisés davantage au vu des futurs défis.

Les mutualités disposent d'ores et déjà d'un cadre pour les contrôles et audits internes. Il porte notamment sur la responsabilité finale du Conseil d'administration, la mise en place d'un comité d'audit, l'attribution de la responsabilité directe pour l'organisation du contrôle interne à la direction effective, le caractère permanent du service d'audit interne au niveau de l'Union nationale et, enfin, l'introduction du modèle COSO-ERM pour l'identification, l'évaluation et la gestion des risques.

Afin de pouvoir continuer à garantir l'indépendance des comités d'audit mis en place au sein des unions nationales, on pourrait se laisser guider par ce qui existe déjà pour les comités d'audit des SMA. En outre, l'introduction de la loi Solvency II prévoit également différentes conditions pour les SMA concernant la gestion des risques, la gouvernance, les rapports et la transparence.

À cet effet, on pourrait travailler sur un dossier d'Assurance Business global au niveau du secteur : unions nationales et mutualités, l'OCM ainsi que les réviseurs désignés par les entités mutualistes.

Actions-engagements :

En collaboration avec les unions nationales et les réviseurs désignés, l'OCM établit un plan de réalisation pour la fin 2017 :

48) L'établissement d'un système de référence commun, composé de plusieurs lignes de défense, à savoir :

- Un cadastre de tous les processus et risques, de même que des contrôles actuels.
- La fixation de normes et de principes communs pour la réalisation des contrôles et de l'audit (critères d'audit, classification des erreurs, etc.) et leur documentation. Les OA contribuent activement, formulent des propositions et participent à la modernisation de la concertation, notamment sur le plan de la coordination renforcée et de l'intégration des organes de l'assurance soins de santé.

49) La répartition des objectifs et des programmes d'audit afin d'éviter un « double audit » (ou l'absence d'audit). À cette fin, un projet d'amélioration permanente sera élaboré pour examiner non seulement des aspects financiers, mais aussi des éléments qualitatifs.

L'OCM établit en collaboration avec les organismes assureurs et les réviseurs désignés un plan de réalisation pour fin 2018 et portant sur :

- 50) La coordination des différentes interventions. À cet effet, on vérifie si le planning convenu est bel et bien cohérent par rapport aux rapports à exécuter (clôture des comptes, déclaration concernant le contrôle interne, etc.) au plus tard le 31/12/2018.
- 51) L'établissement de rapports transparents afin que ceux-ci puissent être utilisés par tous les intéressés qui pourraient s'y référer. Il convient de fixer la transmission de ces rapports aussi bien à l'OCM qu'au SCA au plus tard le 31/12/2018.

6.8. RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ GRÂCE À UNE SIMPLIFICATION ET À UNE COLLABORATION SUR LE PLAN DES ICT ET DE LA GESTION DES DONNÉES.

6.8.1. INTRODUCTION

Le volet ICT et gestion des données comprend 3 sujets primaires :

- La stratégie Big Data des OA déjà développée par l'entremise de l'AIM.
- L'exécution d'e-Santé où, outre la responsabilité explicite des OA dans MyCareNet, il est fait référence à divers autres points d'action pour lesquels les OA peuvent jouer un rôle important.
- Le back office ICT qui peut être synonyme de génération d'un gain d'efficacité important si un degré supérieur de collaboration entre les OA peut être obtenu.

6.8.2. e-SANTÉ

Le 19 octobre 2015, la Conférence interministérielle de la Santé Publique a approuvé l'actualisation du Plan d'action e-Santé.

Les OA ont un rôle important à jouer concernant différents points d'action. En premier lieu, ils sont responsables du PA14 : MyCareNet. Ce point d'action est constitué de 4 parties :

Facturation électronique du tiers-payant :			
- Facturation et tarification via Mycarenet pour les médecins généralistes			A partir du 01-07-2015
- Mise en production de la consultation des tarifs et facturation via Mycarenet pour les dentistes			Décembre 2016
- Facturation via Mycarenet pour tous les autres dispensateurs de soins en tiers payant :			
o Spécialistes			2016
o Autres secteurs			A partir de 2017
E-attest : suppression des attestations de soins donnés « papier » relatives à la facturation du comptant - suppression des ASD papier pour les médecins généralistes			
- Analyse et planning			2016
- déploiement			A partir du 01-01-2018
Assurabilité/droits du patient :			
- Analyse de pertinence et de priorité pour la Mise à disposition du service d'assurabilité aux autres établissements ou dispensateurs de soins			2016
- Assurabilité via Mycarenet pour tous les autres établissements ou dispensateurs de soins			A partir de 2017
Accords médicaux :			
- Dématérialisation des demandes d'accord aux médecins conseils : analyse de pertinence et de faisabilité et établissement d'un planning			2016
- Accords médicaux médicaments Chapitre IV via MyCareNet pour les hôpitaux			2017

En outre, les OA collaborent de manière constructive et proactive aux autres points d'action dans lesquels ils sont impliqués, qui sont, au moins :

PA9 : Stimulants à l'utilisation

Les mutualités prennent connaissance des souhaits du groupe de pilotage e-Santé. Dans le cadre des négociations relatives aux primes télématiques, les OA défendent le point de vue du groupe de pilotage e-Santé (groupe de travail inter-cabinets e-Santé de la CIM Santé publique) et ce, dans l'intérêt de l'amélioration de la qualité des soins pour le patient et, plus particulièrement, pour les patients nécessitant des soins multidisciplinaires.

PA10 : Accès aux données par le patient (PHR)

Accès aux données par le patient (PHR) : les mutualités collaborent activement à la définition du PHR et s'engagent à accorder l'accès au PHR par le biais de leur site internet/portail.

PA11 : Communication

Communication : les mutualités s'inscrivent activement dans le plan de communication e-santé en collaboration avec le coordinateur du PA11 au sujet de la communication qu'elles envoient à leurs membres ainsi qu'à la presse concernant tous les aspects de l'e-Santé, y compris le consentement éclairé.

Les mutualités préparent un plan de communication à l'égard de leurs membres en ce qui concerne le déploiement *e-attest* et la modification profonde que ce projet induit en ce qui concerne les relations des mutualités avec leurs affiliés

PA13 : Standards et politique de terminologie

Standards et politique de terminologie : pour tous leurs développements, les mutualités respectent le plus possible les normes (internationales) énumérées / soutenues dans le PA1/PA 13, par exemple Snomed, HL7, etc.

PA15 : Simplification administrative

Le PA15 est un point d'action ouvert dont font partie tous les projets axés sur la simplification administrative et qui ne relèvent pas d'un autre point d'action dans le Plan d'action e-Santé, comme par exemple le projet IDES.

PA20 : Gouvernance, implémentation et surveillance e-Santé

Les mutualités adressent des rapports, à temps et selon le format souhaité, concernant l'avancement des projets, l'implémentation de leurs projets et les indicateurs de performance clés (KPI) relatifs à l'utilisation et à la disponibilité de leurs services avec valeur ajoutée et de leur infrastructure.

Les autorités sont conscientes du fait que la coexistence d'un circuit électronique et d'un circuit papier demande aux organismes assureurs de soutenir deux circuits de travail différents, d'en supporter les coûts associés et de ne pas pouvoir réaliser les gains d'efficacité et de qualité apportés par les flux électronique.

La coexistence d'un circuit papier et d'un circuit électronique est propice à la suspicion de fraude et à l'absence de conformité.

Les autorités s'engagent à prendre, bien sûr en concertation avec les acteurs concernés, les initiatives pour limiter dans le temps la présence de doubles circuits.

Actions-engagements :

- 52) En ce qui concerne leurs engagements, les OA s'engagent à mettre en œuvre les points d'action du Plan d'action e-Santé dans le respect des délais tels que mentionnés dans le Plan d'action.
- 53) Les OA contribuent à la mise en œuvre en temps utile du Plan d'action e-Santé par le biais de leur participation aux organes de l'assurance maladie. Le ministre soutient la stratégie e-Santé de son côté également.
- 54) Tenu compte des investissements significatifs à réaliser dans le cadre du Plan d'action e-Santé, y compris par les organismes assureurs, la ministre examinera, en concertation avec le Comité de l'assurance de l'INAMI, une proposition visant à déterminer comment arriver à une mesure générale devant limiter dans le temps le maintien du double circuit, plus particulièrement en ce qui concerne la facturation électronique obligatoire et l'utilisation de flux électroniques.

6.8.3. POLITIQUE ICT

Actuellement, trois plates-formes ICT sont opérationnelles pour l'ensemble des organismes assureurs. La fonctionnalité à fournir par ces plates-formes ICT est identique. En outre, elles sont en production depuis un bon bout de temps et sont dans une certaine mesure désuètes, malgré quelques modernisations. Les coûts pour les conserver opérationnelles sont élevés dans certains cas. Il en va de même pour les coûts des modifications à apporter.

Passer à une infrastructure commune moderne (matériel informatique + logiciel + applications + communication) pourrait engendrer un gain énorme sur le plan

- de la disponibilité ;
- de la fiabilité ;
- de l'entretien ;
- de la flexibilité ;
- de la qualité ;
- financier.

Face à la complexité et l'ampleur des parcs informatiques existants, aux nombreux projets à mettre en œuvre dans les prochaines années (pacte, e-Santé), il est nécessaire d'envisager une approche progressive. Cette approche cible en premier lieu les modifications importantes auxquelles les organismes assureurs seront confrontés avec pour objectif une efficacité renforcée et une qualité améliorée. Pour ce faire, il convient de mener en priorité une analyse de retour sur investissement comprenant tous les facteurs pertinents.

Actions-engagements :

- 55) Tous les nouveaux projets ICT en exécution des missions au sein de l'assurance soins de santé obligatoire seront développés au maximum conjointement, avec la motivation, s'il n'y a pas de coopération (se conformer ou expliquer).
- 56) Tous les projets ICT dans le contexte d'e-Santé seront développés au maximum conjointement.

UN CADRE BUDGÉTAIRE STABLE ET RESPONSABILISANT

1. INTRODUCTION

Pour l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et invalidité, les mutualités se voient attribuer des frais dits d'administration par les pouvoirs publics. Les frais d'administration accordés aux cinq unions nationales et à la caisse de la SNCB se composent d'un montant fixé chaque année sur la base de la formule dite des paramètres, telle que décrite à l'article 195 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et complétée par différentes majorations pour des activités spécifiques qui viennent s'ajouter au montant de base.

Les mutualités doivent disposer de moyens suffisants pour pouvoir remplir les missions clés qu'elles assurent pour les pouvoirs publics, tout en respectant la qualité souhaitée et attendue. Dans un même temps, tout comme cela est également demandé pour les services publics eux-mêmes, il faut viser une rentabilité (« value-for-money ») maximale, une amélioration permanente et un renforcement de l'efficacité.

Compte tenu de la nécessité de consentir des efforts suffisants pour atteindre ces objectifs, il est prévu une partie variable des frais d'administration pour laquelle les OA peuvent être responsabilisés en fonction de l'évaluation de leurs performances en matière de gestion.

Le budget des missions en ce qui concerne les dépenses pour des soins de santé inclut également un mécanisme de responsabilisation censé inciter les mutualités à contribuer à l'exécution correcte et efficace de l'assurance soins de santé.

Ces systèmes de responsabilisation doivent être déployés et, au besoin, renforcés et modernisés.

Dans ce cadre, nous remarquons que les entités fédérées font également appel aux OA pour exécuter certaines missions. Il appartient aux entités fédérées de prévoir le financement nécessaire à cet effet. Le cas échéant, les autorités fédérales se concerteront avec les entités fédérées afin de garantir la cohérence et la transparence des différents flux financiers.

2. L'ACCORD DE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, plus précisément la partie relative aux soins de santé, comprend les dispositions suivantes concernant le cadre budgétaire des mutualités :

Le gouvernement demandera au Parlement de donner mandat à la Cour des Comptes pour évaluer la formule des paramètres utilisée pour le calcul des frais administratifs des organismes assureurs

L'efficacité des organismes assureurs est améliorée.

La partie variable des frais d'administration est augmentée.

3. UN CADRE BUDGÉTAIRE PLURIANNUEL STABLE ET ADÉQUAT

Les frais d'administration des organismes assureurs, des cinq unions nationales, sont fixés par la loi. Les frais d'administration de la CAAMI sont établis de manière divergente.

Les éléments clés du système actuel de financement remontent à 1993. Les frais d'administration accordés aux cinq fédérations nationales se composent de quatre parties :

- Un montant fixe déterminé annuellement par la loi
- Une partie variable, en fonction de l'évaluation (10%)
- Un montant fixe de 11.410 KEUR (intégration des petits risques)
- Divers autres montants

Montant fixe

Le montant fixe est déterminé annuellement sur la base de la formule des paramètres. La formule actuelle des paramètres tient compte de 3 paramètres :

- La moyenne de l'évolution salariale, d'une part dans les secteurs des banques et des assurances et, d'autre part, dans le secteur public (prévisions du Bureau du Plan) ;
- La moitié de l'évolution des prestations de soins de santé payées, définie comme suit : 2/3 de la norme de croissance limitée à 2,5 % et 1/3 de l'évolution du nombre de journées indemnisées dans le secteur de l'assurance indemnités. À cet effet, on prend la moyenne des trois dernières années entièrement connues (qu'il s'agisse de comptes complètement clôturés ou non) ;
- Les éventuelles nouvelles missions pour les OA. (Cette méthode ne s'applique plus depuis des années.) ; à l'époque, des montants spécifiques étaient repris dans le budget de l'INAMI hors frais d'administration, par exemple pour le financement de la gestion des cartes SIS lorsque celles-ci avaient été introduites. Autre exemple : le financement pour la remise et l'actualisation d'échantillons permanents.

Le montant ainsi obtenu est alloué à hauteur de 90 % sous forme de montant fixe et de 10 % sous forme de partie variable (voir le composant 2).

Les moyens sont répartis entre les cinq organismes assureurs à l'aide d'un calcul distinct : sur la base de leur nombre théorique d'effectifs, théorique en raison de la pondération corrigée pour certaines catégories d'effectifs (p.e. les pensionnés, les handicapés...). La répartition de la prise en charge des frais d'administration entre les secteurs des soins de santé et des indemnités a lieu au prorata, en fonction des prestations payées par les secteurs.

Dans le cadre de l'accord de gouvernement, il est prévu :

- Que la Cour des Comptes évaluera la formule des paramètres. Cette évaluation englobera tant la formule des paramètres pour le total en frais d'administration que la clé de répartition qui est appliquée pour ventiler le montant total entre les différents OA.
- Que le processus de décision, la concertation et l'exécution de l'assurance soins de santé seront adaptés conformément aux règles de bonne administration de façon à exclure d'éventuels conflits d'intérêts.

Montant variable (frais d'administration variables)

Sur la base de l'évaluation par l'INAMI et l'OCM du fonctionnement des OA, un maximum de 10 % du montant calculé à l'aide de la formule des paramètres sera définitivement alloué aux OA.

Intégration des petits risques

Depuis l'unification des régimes pour soins de santé pour travailleurs salariés et indépendants en un régime unifié en 2008, les indépendants sont également automatiquement assurés en cas de petits risques ce qui, précédemment, était uniquement facultatif. De ce fait, un montant fixe, non indexé, est transféré de l'ONSS vers l'INAMI pour être reversé aux OA.

Montants divers

Les diverses recettes – il s'agit de montants très limités que l'on retrouve dans le budget de l'INAMI – se composent, par exemple, d'un pourcentage des montants récupérés auprès des assurés sociaux (article 195 §2 de la loi coordonnée du 14/07/1994).

Mentionnons également un subside émanant du budget de l'INAMI accordé à l'Agence intermutualiste pour qu'elle accomplisse des missions spécifiques pour l'INAMI

Le cadre pluriannuel des économies qui a été établi par le gouvernement fédéral dans le courant de 2015 en ce qui concerne les frais d'administration des mutualités est exécuté. Il en résulte une économie structurelle de 120 millions d'euros en 2018.

	2015	2016	2017	2018
Économies programmées en termes de frais d'administration des organismes assureurs	-20 millions d'euros	-50 millions d'euros	-25 millions d'euros	-25 millions d'euros

Actions-engagements :

57) Un cadre budgétaire transparent et stable est convenu entre les mutualités et le gouvernement. Il doit permettre aux mutualités de continuer à remplir leur missions, d'optimiser davantage leurs prestations de services et de collaborer aux initiatives de réforme et à la politique des soins de santé, tout en contribuant à l'assainissement du budget public.

58) Aussi bien la formule des paramètres pour le calcul du taux de croissance du montant total des frais d'administration que le mode de calcul de la répartition des frais d'administration entre les OA, sont évalués et adaptés en conséquence. À cet effet, à la demande du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, une résolution a été votée au Parlement en 2015 qui donne mandat à la Cour des Comptes d'effectuer un audit de la méthode de calcul globale du financement et de la répartition entre les cinq unions nationales. L'audit vérifiera si les différentes variables utilisées à l'heure actuelle sont encore pertinentes et si elles traduisent correctement les besoins de financement des organismes assureurs. La Cour des Comptes fournira un rapport à ce sujet dans le courant de 2016. En fonction des constatations et recommandations de l'audit, le ministre des Affaires sociales introduira, durant le premier semestre de 2017 et tenant compte des fixations et recommandations de l'audit, une proposition d'adaptation du système de financement à discuter. Si cette proposition débouche sur des économies, celles-ci viendront s'ajouter au cadre pluriannuel d'économies. En ce qui concerne le taux de croissance, le but est d'adapter l'ensemble des frais d'administration de manière objective, transparente et stable à l'évolution des frais de salaires et au volume de travail.

L'adaptation de la clé de répartition des frais d'administration entre les OA doit mener à la modernisation de la répartition des moyens prévus entre les OA. L'objectif est d'obtenir une répartition transparente basée sur des critères objectifs qui excluent toute sélection de risques tout en étant axés sur l'amélioration de l'efficacité ainsi que la collaboration et qui sont en lien direct avec l'organisation et le volume du travail.

Concernant les éventuelles adaptations à la formule des paramètres ou à la clé de répartition, il y aura une concertation avec les organismes assureurs dans le cadre de ce Pacte.

59) Tout comme c'est le cas dans d'autres cadres pluriannuels ou pactes, il est prévu que si, dans le cadre de la politique budgétaire, le gouvernement n'est pas en mesure de respecter ce cadre budgétaire, des efforts complémentaires pourront être demandés même si, de ce fait, il existe un risque que certains objectifs de ce pacte soient mis en péril. Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'engage à se concerter avec les organismes assureurs si une telle situation se produisait.

60) Des budgets supplémentaires visant à exécuter de nouvelles missions et engagements sont, dans une certaine mesure, discutables ; ils doivent en principe constituer un exercice budgétaire globalement neutre ou doivent être envisagés tenant compte des gains d'efficacité qui seront générés en réorganisant d'autres activités.

4. RENFORCEMENT ET AUGMENTATION DE LA PARTIE VARIABLE DES FRAIS D'ADMINISTRATION

4.1. UN NOUVEAU SYSTÈME DE FRAIS D'ADMINISTRATION VARIABLES

Actuellement, une part à hauteur de 10 % de la totalité des frais d'administration est variable.

Évaluation du nouveau système de frais d'administration variables

Durant l'année 2016, un nouveau système de frais d'administration variables sera utilisé pour la première fois (Loi du 1/07/2014). Dans ce modèle, sept processus clés ont été définis qui reflètent le fonctionnement des OA à un niveau global.

1. L'obligation d'information vis-à-vis des assurés sociaux
2. Une attribution correcte, uniforme et en temps utile des droits en matière de soins de santé et d'allocations
3. Une exécution correcte, uniforme et en temps utile des paiements
4. La détection et un suivi précis des créances
5. L'organisation des mécanismes de contrôle nécessaires aux différents niveaux (récupération, lutte contre la fraude, ...) ,
6. La collaboration avec l'INAMI et la coopération à l'exécution de la politique du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
7. La gestion comptable.

Actions-engagements :

61) Les objectifs et actions-engagements de ce Pacte sont traduits en critères qui seront utilisés dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion des OA et seront appliqués à partir de 2018 au sein du système de frais d'administration variables.

62) Avant fin 2019, l'OCM et l'INAMI procéderont à une première évaluation commune du nouveau système (basé sur la loi du 01/07/2014) en termes de durabilité et d'efficacité. Les OA accorderont leur collaboration à cet effet. Les éléments suivants entrent en ligne de compte pour l'évaluation :

- Les domaines et indicateurs choisis sont-ils représentatifs et pertinents, univoques, non susceptibles d'interprétation, évolutifs mais malgré tout suffisamment stables, assez ambitieux mais également réalistes et formulés d'une façon SMART?
- Les critères d'évaluation ont-ils été correctement étalonnés à l'avance et de manière transparente et proportionnée afin d'éviter tout comportement ou effet indésirable et de garantir que les OA sachent préalablement à l'évaluation sur quels points de référence ils doivent se concentrer?
- L'ensemble des domaines donne-t-il une image correcte et fiable du fonctionnement des OA ?

Différentes recommandations sont formulées afin d'optimiser le système pour qu'il réponde encore mieux aux objectifs initiaux.

63) À partir de 2019, la partie variable des frais d'administration, s'élevant actuellement à 10 %, sera augmentée annuellement de 2,5 % sur une période de 4 ans pour arriver à 20 %.

4.2. LA PARTIE NON ATTRIBUÉE DES FRAIS D'ADMINISTRATION VARIABLES

La partie non attribuée des frais d'administration variables sera utilisée comme « seed money » (capital de départ) pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité au sein des mutualités.

Il convient de remarquer que le budget initial de l'INAMI tient dans tous les cas compte d'une attribution à concurrence de 100 % du montant variable. Ce pourcentage ne sera corrigé qu'ultérieurement dans les comptes. À cet effet, les 10 critères relatifs aux frais d'administration variables doivent avoir été évalués et validés au sein du Comité technique et du Conseil de l'OCM. Le décompte (déduction) est donc effectué l'année x+1 ou x+2 par l'INAMI sur la base des chiffres de l'OCM.

Actions-engagements :

64) Avant le 31 mars 2017, l'INAMI examinera la façon dont les moyens non attribués peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités dans le cadre de la concrétisation d'initiatives qui s'inscrivent dans ce Pacte et qui représentent une plus-value sous forme d'effets de retour de gain prouvés dans le budget de l'assurance soins de santé ou des frais d'administration des mutualités. Pour ce faire, il faudra donc prévoir une procédure, le Conseil général prenant la décision de dégager et d'octroyer des moyens.

5. MODERNISATION DE LA RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE CONCERNANT LES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

Chaque année, le budget est fixé pour les secteurs des soins de santé. Cela se fait sur la base des estimations les plus récentes et de la norme de croissance autorisée.

La répartition entre les organismes assureurs a lieu sur la base de deux paramètres :

- pour 70 % sur la base de la part des dépenses réelles de chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice comptable concerné ;
- pour 30 % en fonction de la clé de répartition normative.

Ici également, chaque OA reçoit tous les mois un douzième du montant obtenu.

Les OA connaissent un système de responsabilité financière pour les dépenses consenties dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Depuis 1995, chaque OA est tenu de

constituer un fonds de réserve qui est utilisé en cas de dépassement de l'objectif budgétaire. Dans ce cas, les OA doivent financer 25 % du dépassement en puisant dans ces réserves, à concurrence de 2 % maximum de l'objectif budgétaire. L'autre partie est à la charge des gestions globales.

La responsabilité financière est calculée lors de la clôture des comptes en matière de soins de santé. Un retard important a été accumulé à ce propos. Le système connaît actuellement une clôture provisoire et définitive des comptes de soins de santé. La raison est qu'il n'existe aucun modèle actualisé de clé de répartition normative.

Actions-engagements :

65) En 2016 et au cours des années suivantes, le plan d'approche développé en vue d'une clôture des comptes plus rapide et de la détermination accélérée de la responsabilité financière, tel qu'approuvé par le Conseil général de l'INAMI le 11 janvier 2016, sera exécuté, en collaboration avec les OA, par le biais du comité d'accompagnement pour la responsabilité financière des soins de santé et du Conseil général de l'INAMI. La clé de répartition normative sera actualisée en fonction.

66) Durant le premier semestre de 2017, la Cour des Comptes mettra un rapport à disposition qui évalue le système de la responsabilité financière. La méthodologie actuelle et les variables utilisées aujourd'hui sont-elles encore pertinentes ? Constituent-elles une bonne base pour la répartition entre les unions nationales et pour la responsabilisation des organismes assureurs au sein du secteur de soins de santé ? Ce rapport d'audit formera la base pour une proposition d'adaptation qui sera développée pour mi-2018 en concertation avec les mutualités. Il sera examiné comment et sous quelles conditions la responsabilisation individuelle peut évoluer vers une responsabilité collective, notamment afin d'éviter la sélection des risques et toute concurrence déloyale. En outre, il est important que les organismes assureurs disposent de suffisamment d'instruments collectifs pour la gestion des dépenses.

GLOSSAIRE

AG	Adviserend Geneesheer	MC	Médecin-conseil
CDZ	Controledienst voor de Ziekenfondsen (en de Landsbonden van de ziekenfondsen)	OCM	Office de Contrôle des Mutualités (et des unions nationales de mutualités)
DAC	Dienst voor Administratieve Controle	SCA	Service du Contrôle Administratif
DGEC	Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle	SECM	Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux
DGV	Dienst voor Geneeskundige Verzorging	SSS	Service des Soins de Santé
EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network	EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network
EPS	Permanente Steekproef	EPS	Échantillon Permanent
FAGG	Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten	AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
FMO	Fonds voor Medische Ongevallen	FAM	Fonds des Accidents Médicaux
FPB	Federaal Planning Bureau	BFP	Bureau Fédéral du Plan
GVU	Geneeskundige verzorging & uitkeringen	AMI	Assurance Maladie-Invalidité
HRS	Health Research System	HRS	Health Research System
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeit	CAAMI	Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
IMA	Het Intermutualistisch Agentschap	AIM	Agence Intermutualiste
KCE	Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg	KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
KGV	Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail	CSS	Caisse des Soins de Santé de HR Rail
NIC	Nationaal Intermutualistisch College	CIN	Collège Intermutualiste National
OISZ	Openbare Instellingen voor Sociale Zekerheid	IPSS	Institutions Publiques de Sécurité Sociale
VI	Verzekeringsinstelling	OA	Organisme Assureur
WHO	World Health Organization	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	ISP	Institut Scientifique de Santé Publique

Ondertekenaars van het Pact VI op 28 november 2016:

Mevr. C. Miclotte
HZIV/CAAMI

Mevr. K. Van Gestel
KGV/CSS HR Rail

Dhr. L. Van Gorp
Dhr. J. Hermesse
LCM/ANMC

Dhr. G. Messiaen
LLM/UNML

Dhr. Ph. Mayne
LNZ/UNMN

Dhr. X. Brenez
MLOZ

Dhr. P. Callewaert
Dhr. J.P. Labille
NVSM/UNMS

Dhr. L. Guinotte
CDZ/OCM

Dhr. J. De Cock
RIZIV/INAMI

Mevr. M. De Block
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique