

CONTRAT D'ADMINISTRATION 2002 – 2004

Rapport annuel du 01/01/2004 au 31/12/2004

INTRODUCTION

Vous trouverez ci-après le rapport annuel sur l'état d'avancement des engagements du contrat d'administration de l'Inami portant sur la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004.

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

1. l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, notamment l'article 8 § 3;
2. l'arrêté royal du 8 avril 2002 portant approbation du premier contrat d'administration de l'Inami;
3. l'article 2 du protocole de collaboration conclu le 24 septembre 2002 entre l'Administrateur général de l'Inami et les Commissaires du gouvernement représentant l'Etat;
4. l'avenant 2003 au contrat d'administration 2002-2004 du 24 mars 2003;
5. le rapport semestriel sur l'état d'avancement des engagements figurant dans le contrat d'administration portant sur la période du 1er janvier 2004 au 30 juin 2004;
6. le compte-rendu du Commissaire du gouvernement envoyé le 29 septembre 2004 au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget relatif au rapport semestriel visé au point 5;
7. la création au sein de l'Inami d'une Cellule modernisation chargée notamment du suivi du contrat d'administration au moyen du plan d'administration et des tableaux de bord d'une part, et de la coordination et du soutien à l'élaboration du plan stratégique de management de l'Inami d'autre part ;
8. Le projet d'avenant 2005 au contrat d'administration 2002-2004.

Ce rapport comporte trois parties :

- ? Un descriptif qui établit un bilan des engagements réalisés en 2004 et dresse les perspectives de réalisation des engagements pour 2005;
- ? Les tableaux de bord actualisés;
- ? Les 25 annexes documentant la réalisation des engagements en 2004.

Séjour hospitalier anonyme (art. 6 – volet 1)

BILAN 2004 ET PERSPECTIVES 2005

- ❖ Les rapports sur la qualité et l'exhaustivité des données relatives à l'édition 10 (donnés des séjours 2002) ont été rédigés et envoyés aux O.A.
- ❖ Les fichiers SHA de l'édition 11 (données 2003) ont été reçus par le service qui procède actuellement aux tests de précontrôles.

Dans la continuité des engagements du contrat d'administration 2002-2004, **l'avenant 2005** prévoit la rédaction d'un rapport détaillé à l'intention des OA sur la qualité et l'exhaustivité des données SHA (édition 11 – séjours 2003) et dont la date-limite est le 31 décembre 2005.

- ❖ Il est important de souligner également que depuis l'édition 10, certaines nouveautés ont été apportées aux instructions dans le but d'améliorer la rapidité de la validation des données SHA.

Par ailleurs, comme nous le soulignons dans le cadre de l'article 10 de ce rapport, il a été convenu, en ce qui concerne l'adaptation des flux SHA, que les données, à partir de l'édition 12, soient étendues avec l'identification complète du dispensateur de soins et la date de la prestation. Les instructions en la matière seront communiquées dès que possible par circulaire OA.

- ❖ A la lecture du tableau de bord, nous constatons notamment que :
 - conformément à notre engagement, l'Institut a très largement respecté le délai de six mois (valeur-cible pour 2004) pour la mise à disposition des données SHA validées suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative. En effet, le service a réalisé l'engagement dans un délai d'un mois pour l'édition 10. Il convient toutefois de souligner que cette prestation est en grande partie due au fait que l'OA3 a fourni une bande corrigée longtemps après les autres, ce qui a permis au service de procéder déjà à la validation des données des autres OA et a donc facilité la mise à disposition de l'ensemble du fichier SHA. A titre de comparaison, les délais étaient respectivement de 4,3 ; 3,8 ; 3,3 et 3,4 pour les éditions 6, 7, 8 et 9 ;
 - le nombre de jours de retard dans la fourniture de fichiers acceptables par rapport à la date fixée par circulaire (moyenne pour l'ensemble des OA) est supérieur pour l'édition 10 par rapport à la précédente (97 jours pour les données 2002 contre 51 jours pour les données 2001) mais toujours largement inférieur aux premières éditions de référence (169 jours pour l'édition 5, 450 jours pour l'édition 6 et 286 pour l'édition 7). Ce retard exceptionnel dans l'édition 10 provient du fait que les données des OA étaient entachées d'erreurs mais aussi de quelques problèmes de planification lors de la validation.

Annexe 1:

- Exemple d'un rapport sur la qualité et l'exhaustivité des données de l'édition 10 transmises par les O.A.

Séjour hospitalier anonyme – (art. 6 – volet 2)

Conformément aux engagements pris, un domaine médical est étudié en 2003 et 2004, sur la base des données disponibles à l'INAMI, en vue de détecter les séjours hospitaliers au cours desquels les règles de la nomenclature n'ont pas été respectées ou de vérifier si des prestations superflues n'y ont pas été effectuées. Les hôpitaux concernés seront ensuite informés au sujet de leur pratique et les résultats de l'étude seront communiqués aux organes de concertation concernés ainsi qu'aux Glems.

Des propositions de modifications et des explications seront, si nécessaire, formulées.

L'objectif de cette étude est de réduire les pratiques hospitalières divergentes inexplicables et, si possible, d'adapter les dispositions réglementaires.

BILAN 2004

L'analyse préliminaire des données relatives au deuxième **thème d'étude** du groupe de travail mixte - à savoir les prestations de réanimation - a été effectuée.

L'analyse détaillée de ce thème a été clôturée à la fin du mois d'août 2004. Les résultats des analyses relatives à la deuxième étude ont été présentés au groupe de travail mixte à la fin du mois d'octobre 2004.

Un certain nombre d'établissements ont ensuite été invités à fournir des explications au sujet des anomalies constatées. Un premier échange d'informations concernant les constatations faites au sujet de la pratique des établissements a été effectué au moment de leur notification (voir Perspectives).

PERSPECTIVES 2005

Un « mesurage a posteriori » de l'effet de la **première étude TURP** est prévu à l'automne 2005, dès que des données relatives à la pratique au cours du deuxième semestre 2004 seront disponibles.

En ce qui concerne le **deuxième thème d'étude** - à savoir les prestations de réanimation - les informations seront fournies par les établissements, analysées et traitées dans une version provisoire du rapport d'ici la fin février 2005. Une version définitive du rapport sera ensuite rédigée et communiquée aux organes de concertation concernés. Les établissements et les Glems seront également informés au sujet de leur pratique en matière de prestations de réanimation. Un certain nombre d'établissements sélectionnés ont été informés au préalable à l'occasion d'une demande qui leur a été adressée par écrit de fournir des explications au sujet d'un certain nombre de constatations en matière de pratiques divergentes inexplicables.

Concernant le deuxième thème, quelques dates-limite ont été adaptées étant donné que les travaux dans le cadre de l'art. 6 - volet 2 doivent être exécutés parallèlement et simultanément à d'autres missions-clés. Un seul membre de l'équipe doit encore remplir une mission importante et prioritaire auprès de la "Cellule technique SPF Santé publique – Inami" où la charge de travail s'est fortement alourdie ces derniers temps. Les autres membres de l'équipe ont travaillé de façon prioritaire à la gestion du changement en profondeur au sein du S.E.C.M., et notamment à l'ébauche de la structure organisationnelle en vue d'accomplir des missions d'évaluation médicale dans un cadre permanent. En ce qui concerne le S.E.C.M., le suivi des travaux de l'art. 6 - volet 2, est actuellement assuré par le département Évaluation.

L'équipe centrale d'évaluation est déjà partiellement composée (les médecins-inspecteurs ont été sélectionnés ; la sélection d'informaticiens/de statisticiens est en cours par la Smals - Mvm) et se trouve dans la phase de démarrage opérationnel.

Annexe : néant.

Fonds spécial de solidarité (art. 7)

BILAN 2004

- ❖ Les valeurs qui figurent dans le tableau de bord sont très positives, surtout si on les compare aux valeurs-cible prévues. Voici quelques exemples pour le deuxième semestre 2004 : 99,75% des dossiers ont été préparés dans un délai de 15 jours. Le pourcentage d'exécution des décisions du C.M.D. dans un délai de 15 jours est de 99,82%. Enfin, toutes les décisions du C.M.D. ont été notifiées à l'assuré social dans un délai de 15 jours (99,82%). La valeur-cible "maximum 40 jours ouvrables pour la préparation de 100 % des dossiers" est un délai maximum que le Service doit respecter pour chaque dossier dans des circonstances normales. Cette date-limite a toujours été respectée.
- ❖ Compte tenu du problème des O.A. à collecter les données de notifications aux assurés sociaux (afin d'identifier les délais de traitement complet des dossiers) et en outre, compte tenu de la faible importance de cette donnée (il importe pour les assurés d'être payé rapidement plutôt que de recevoir une communication administrative), il a été proposé de renoncer à cet indicateur. Ces informations ne seront plus réclamées aux O.A. Les informations exploitées ont trait aux délais de paiement des assurés sociaux. Ces informations qui, dans le cadre de la responsabilité financière des O.A. sont collectées chaque année sur une période de deux mois, figurent dans le tableau de bord en annexe et portent sur les décisions qui ont été annoncées par l'INAMI en novembre 2002 et mars 2003. Sur cette période, le délai moyen de paiement par les O.A. est de 18,29 jours avec, comme valeurs extrêmes, un maximum de 111 jours-calendrier et un minimum de 2 jours-calendrier.
- ❖ La création d'un fichier informatisé de données médicales (outil pour les décisions et instrument statistique) s'est achevée en 2003 (à titre d'information : 1.566 dossiers ont été traités au cours du deuxième semestre 2004). Les adaptations au programme informatique pour le § 3, plus précisément pour le "F.S.S. enfants", doivent encore être effectuées (voir ci-dessous).
- ❖ En ce qui concerne le "F.S.S. enfants", on s'est vite aperçu que la réglementation ne connaissait qu'un succès mitigé. C'est ce qui ressort du nombre peu élevé de demandes introduites (18 dossiers en 2004). Après une première analyse, il a été décidé, en concertation avec l'autorité politique, de remédier à cette situation en prenant contact avec les professionnels concernés. Ceci était plus important que la rédaction d'une brochure destinée au grand public qui risquerait de générer un certain nombre de demandes inadéquates. En outre, une circulaire explicative avait été envoyée en juillet- août 2004 à l'ensemble des hôpitaux pédiatriques et à toutes les organisations de patients. Celle-ci est également disponible sur le site Internet de l'INAMI.
- ❖ L'aperçu annuel des décisions prises par le F.S.S. (engagement 7) pour l'année 2003 (voir annexe). Dans le cadre du plan stratégique de l'INAMI, le Service a rédigé un rapport

détaillé des activités du F.S.S. à l'attention du Comité de l'assurance et l'a présenté à ce Comité le 24 mai 2004.

- ❖ Le rapport annuel sur le nombre de plaintes et leur typologie (engagement 9) a été rédigé et joint en annexe. Au cours de l'année 2003, aucune plainte n'a été introduite. En revanche, 77 actions en justice ont été enregistrées auprès du tribunal en 2003. Il s'agissait de contestations au sujet des décisions prises par le Collège.
Le rapport annuel sur le nombre de plaintes et leur typologie relatif à 2004 (engagement 9) a déjà été bouclé (un mois plus tôt que prévu). Tout comme en 2003, aucune plainte n'a été introduite en 2004. 145 actions en justice ont été enregistrées auprès du tribunal. Il s'agissait aussi de contestations au sujet des décisions prises par le Collège.
- ❖ L'inventaire du nombre et des raisons de renvoi des dossiers aux organismes assureurs (engagement 3) a été dressé (voir annexe).
- ❖ L'aperçu annuel 2004 des décisions du Fonds (engagement 7), dont la date-limité fixée dans le contrat est février 2005, a déjà été finalisé et est joint en annexe.

PERSPECTIVES 2005

- ❖ Etant donné que le Ministre souhaitait encore apporter quelques adaptations au texte de l'art. 25 de la loi du 14.7.1994, il était inutile d'adapter le contenu de la brochure d'information destinée aux professionnels du secteur des soins de santé sur la base de l'évolution de la réglementation et du feed-back des "utilisateurs" (engagement 6). Il avait également été décidé de différer la première version de la brochure d'information destinée au "grand public".
Une proposition de texte liée aux adaptations du texte de l'art. 25 de la loi du 14.7.1994 a été finalisée et envoyée au Ministre fin décembre. Début 2005, cette modification de la loi sera soumise à un vote. Six mois après l'entrée en vigueur de cette loi, la brochure d'information sera disponible.

Annexes 2, 3 et 4 :

- Le rapport annuel sur le nombre et la typologie des plaintes
- L'inventaire du nombre et des raisons de renvoi des dossiers aux organismes assureurs.
- L'aperçu annuel 2004 des décisions du Fonds

Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables (art 8)

L'engagement principal consiste à respecter les délais légaux pour l'examen des demandes d'admission au remboursement des spécialités pharmaceutiques. Le Service dispose d'un certain délai pour envoyer la proposition de la Commission de remboursement des médicaments (C.R.M.) au Ministre. Le 31 décembre 2004, 100% des dossiers assortis d'une date-limite (C.R.M.) ont été traités au cours de l'année 2004 dans le délai légal. Pour de plus amples explications, nous renvoyons au tableau de bord en annexe.

BILAN 2004 & PERSPECTIVES 2005

1. Engagement 4 : A partir du 1.4.2002, lancement du système d'échange de données avec les firmes pharmaceutiques. A ce jour, cet engagement a partiellement été respecté.

En ce qui concerne le niveau technique et le contenu, la fonction "introduction de dossiers" est opérationnelle. La fonction est d'ailleurs utilisée en interne depuis plusieurs mois déjà. Avant de mettre cette fonction réellement en pratique en tant que service interactif, l'Unité de gestion des spécialités pharmaceutiques voulait :

- tenir compte des remarques formulées par les huit firmes pharmaceutiques qui étaient disposées à tester l'application ;
- résoudre le problème de la sécurité informatique.

Une cause supplémentaire de retard est venue s'ajouter : la révision/l'adaptation consécutive à la restructuration d'une banque de données.

Le problème de la sécurité informatique est résolu. Les mots de passe et les codes d'accès ont été communiqués aux firmes sur base des engagements 2004 (signés avant le 1.1.2004). Dans un premier temps, le service interactif d'échange de données avec les firmes pharmaceutiques par Internet a effectivement été mis en pratique pour la communication des quantités vendues et des chiffres d'affaires 2003, avec calcul automatique des remboursements et des cotisations 2004. Ce service est opérationnel depuis le 23.1.2004 (engagement 4).

Au cours de l'année 2004, les travaux de restructuration de la banque de données (partie 1) ont été poursuivis si bien que, après liaison avec la partie 2, le service interactif - fonction "introduction de dossiers" - pourra être réalisé.

La finalisation de la restructuration de cette banque de données (partie 1) et l'intégration de la partie 2 dans la partie 1 ont pris du retard à cause d'autres tâches "prioritaires" dans ce vaste projet (tâches qui n'étaient pas prévues dans le contrat d'administration mais qui étaient essentielles pour l'exécution des missions du service, comme la perception des remboursements/cotisations, la mise à jour du système de remboursement de référence,...).

Voici l'état d'avancement au niveau de l'intégration :

- Partie 1 : la restructuration de la partie de la banque de données relative au remboursement avec historique du statut du remboursement a été terminée au cours de la première moitié de 2004. Depuis le 1er juillet 2004, cette partie de la banque de données est consultable sur Internet.
- Partie 2 : il s'agit de l'historique des données concernant le traitement administratif des demandes (engagement 8) qui figure pour l'heure dans une banque de données distincte. Une banque de données administratives existe depuis la création de la C.R.M. (1.1.2002) et les données en soi sont donc disponibles.
- Actuellement, on travaille de manière intensive à l'intégration des deux banques de données. Cette réalisation est prévue pour avril 2005. Cette intégration est également prévue dans le cadre du plan stratégique.

La deuxième phase du service interactif d'échange de données avec les firmes pharmaceutiques par Internet, pour l'introduction des dossiers, sera donc entièrement opérationnelle pour septembre 2005. En juin 2005, une version-test sera déjà disponible.

2. Les engagements concernant les rapports d'évaluation ont été redéfinis comme suit : **les premiers rapports d'évaluation semestriels ne sont pas rédigés. En effet, nous nous limitons à la rédaction de rapports d'évaluation sur une base annuelle.**

- Engagement 6 : le premier rapport d'évaluation est disponible depuis le 10.4.2003.
- Engagement 9 : supprimé.
- Engagement 10 : le deuxième rapport d'évaluation du processus décisionnel de la Commission de remboursement des médicaments, comportant d'éventuelles propositions d'amélioration, devait être prêt pour le 31.12.2004. Etant donné que la complexité de l'évaluation du fonctionnement de la C.R.M. et les propositions d'amélioration requièrent des adaptations de la réglementation, la deuxième évaluation, en collaboration avec la Cellule stratégique, s'est terminée avec retard. Le rapport d'évaluation a été remis au

Ministre le 6.2.2004, sous le titre "Évaluation C.R.M. : 2002-2003" (voir annexe : Évaluation C.R.M. procédures/fonctionnement 2002-2003). À la demande de la Cellule stratégique, cette "Évaluation C.R.M. : 2002-2003" a été remaniée avec sa collaboration pour obtenir une "note finale à la C.R.M." (voir annexe jointe au rapport semestriel). Cette note comporte non seulement une évaluation d'un certain nombre de missions de la C.R.M. et des propositions visant à alléger la charge de travail, mais aussi des propositions de modification de la législation et du règlement d'ordre intérieur. La discussion menée au niveau de la Cellule stratégique/Unité de gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables a abouti à la rédaction d'une note administrative en juillet 2004. La Cellule stratégique a intégré les propositions dans une note (27.10.2004) qui a été présentée à la C.R.M. le 9.11.2004. La discussion finale au sein de la C.R.M. est prévue pour le mois de février 2005.

- Engagement 11 : supprimé.
 - Engagement 12 : le troisième rapport d'évaluation est prévu pour le 31.1.2005. Puisque la deuxième évaluation est toujours en cours (engagement 10), cela n'a pas beaucoup de sens de rédiger un troisième rapport d'évaluation .
3. Les dossiers soumis aux membres de la Commission de remboursement des médicaments (engagements 5 & 7) ont été standardisés. Des documents standards sont utilisés au cours des différentes étapes de la procédure de travail de la Commission de remboursement des médicaments. L'envoi de ces documents aux membres de cette Commission est également standardisé (serveur, e-mail ou lettre selon le type de communication). L'engagement a donc été réalisé.

Annexe 5:

- Tableau récapitulatif des valeurs cumulées jusqu'au 31 décembre 2004.

Pharmanet (art 9)

BILAN 2004 ET PERSPECTIVES 2005

- ❖ Conformément à l'avenant au contrat, un sujet ponctuel est placé, tous les deux mois, sur le site web de l'Institut. Ces sujets ont été choisis par la Cellule Pharmanet et acceptés par le CEM.

Depuis début 2004, 6 sujets ont été traités :

- l'usage des antimycosiques ;
- l'usage des anti-tuberculeux ;
- l'usage des immunosuppresseurs dans la pratique ambulante ;
- l'usage et les coûts des diurétiques ;
- le top 25 des principes actifs dans les dépenses de l'assurance soins de santé en 2003 ;
- et les oestrogènes utilisés contre les plaintes lors de la ménopause.

Chaque sujet comprend des tableaux ou graphiques, accompagnés de commentaires.

Les sujets 5 et 6 ont déjà été abordés dans notre rapport semestriel précédent.

Le 7ème sujet se réfère aux immunosuppresseurs qui sont utilisés pour atténuer notamment les réactions immunitaires, par exemple dans le cadre d'une transplantation d'organe. L'info spot reprend les DDD (defined daily doses) pour les cinq médicaments spécifiques utilisés à cet effet, l'évolution de leur usage (avec aussi une répartition en

fonction du sexe et de l'âge) ainsi que les coûts associés de ces médicaments entre 1997 et 2003. Tous ces médicaments sont remboursés intégralement par l'assurance obligatoire pour les soins de santé (catégorie de remboursement A). Sur base du coût par DDD de chaque médicament, il apparaît que les immunosuppresseurs sont des médicaments chers à l'exception de l'azathioprine.

Les constatations et graphiques seront présentés pour poursuivre l'analyse au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments.

Le 8ème sujet traite de l'usage des diurétiques. Le maintien sous contrôle de la pression artérielle a démontré depuis longtemps son utilité pour prévenir des dommages aux organes. L'usage des diurétiques exprimé en DDD augmente de 23 % entre 1997 et 2003. Du fait de l'arrivée sur le marché de génériques et par le système du remboursement de référence, le coût des diurétiques a parallèlement baissé de 8,6% entre 1997 et 2003. L'info spot reprend aussi l'usage des diurétiques en fonction du sexe et de l'âge ainsi que sa répartition par prescripteurs (généralistes, cardiologues)

Le 9ème porte sur le top 25 des principes actifs dans les dépenses de l'assurance soins de santé en 2003. Ces 25 médicaments représentent 36 % des dépenses de l'assurance obligatoire et 25 % du volume de traitement (DDD). Ce constat est presque identique à celui de 2002.

Le 10ème sujet a pour objet les oestrogènes utilisés contre les plaintes lors de la ménopause. L'utilisation des oestrogènes remboursés est en diminution depuis 1997 et à l'inverse, l'usage de la tibolone (non remboursée et donc absente des données Pharmanet) est en hausse (croissance de 258 % entre 1997 et 2003 selon l'IMS).

- ❖ Les données Pharmanet nécessaires pour produire les tableaux de bord pharmaceutiques 2002 ont été présentées au CEM et mises à disposition sur notre site web.
- ❖ Les données Pharmanet 2002 par groupe de prescripteurs ont été mises sur le site web de l'Inami.
- ❖ Les premiers rapports sur la qualité des données Pharmanet 2003-2004. Ces documents, envoyés aux OA et OT, permettent une première comparaison, au niveau de la qualité, entre les données 'piste statistique' (2ème semestre 2003 et 1er semestre 2004) et les données 'piste unique' (1er trimestre 2004 – données partielles). Au regard des premiers contrôles partiels effectués sur les données 'piste unique', il semble que, globalement, la qualité s'améliore. A l'avenir et d'ici la fin de 2005, la Cellule Pharmanet souhaite réagir plus rapidement et envoyer, dans le mois qui suit la réception des données Pharmanet trimestrielles, un rapport sur la qualité de ces données.
- ❖ Enfin, comme prévu, la Cellule Pharmanet a rédigé son rapport annuel budgétaire interne. Ce rapport présente une évaluation de la réalisation des prévisions d'économies à la suite des mesures budgétaires prises dans le secteur du médicament entre 2002 et 2004.

En 2004 et 2005, la transmission des données Pharmanet a connu et continuera à connaître une double adaptation : transmission des données « Piste unique » (au lieu des données « Piste statistique ») et traitement des données dans le cadre du projet de Datawarehouse développé par le service IT de l'Inami. Cette double adaptation entraînera peut-être des délais supplémentaires dans la disponibilité des données et des retards dans la réalisation des engagements de l'objectif Pharmanet.

Soulignons enfin que les engagements prévus dans le cadre de **l'avenant 2005** au contrat d'administration 2002-2004 s'inscrivent dans la continuité de ceux mentionnés dans le contrat actuel d'une part (sujets ponctuels, tableaux pharmaceutiques, mise à disposition des

données par groupe de prescripteurs, rapport annuel budgétaire interne) et dans le cadre de la récolte et l'exploitation des données « Pharmanet piste unique » d'autre part (rapport sur la qualité des données et analyse du contenu de ces nouvelles données).

Annexes 6, 7, 8 et 9:

- Les sujets ponctuels n° 7, 8, 9 et 10 sur l'usage des immunosuppresseurs dans la pratique ambulante, l'usage et les coûts des diurétiques, le top 25 des principes actifs dans les dépenses de l'assurance soins de santé en 2003 et les oestrogènes utilisés contre les plaintes lors de la ménopause ;
- Les tableaux de bord pharmaceutiques 2002 ;
- Les rapports sur la qualité des données Pharmanet : Exemple de celui envoyé à l'ANMC et d'un autre envoyé à un OT ;
- Le rapport annuel budgétaire interne : Mesures budgétaires dans le secteur du médicament 2002-2004 : évaluation de la réalisation des prévisions d'économies.

Revalorisation des données statistiques et comptables (art. 10)

Préambule général

Le Ministre a demandé à l'Inami de faire le point en 2005 sur les améliorations à apporter au mécanisme de confection du budget des soins de santé au regard notamment des informations transmises en matière de dépenses.

En 2005, il est également prévu que la Cour des Comptes fasse une analyse des procédures budgétaires de l'Inami. Toujours en 2005, l'Office de Contrôle des Mutualités examinera les procédures de contrôles internes aux organismes assureurs.

Enfin, soulignons que dans le cadre de **l'avenant 2005 au contrat d'administration**, l'objectif de l'Inami sera d'opérationnaliser les conclusions des groupes de travail.

BILAN 2004

- **Déposer au Comité de l'assurance et au Conseil général un rapport comportant les lignes directrices d'une éventuelle restructuration des données statistiques et comptables.**

Un rapport de synthèse relatif à la restructuration des données statistiques et comptables a été soumis au Comité de l'assurance du 20 décembre 2004 (note CSS n° 2004/352) et sera communiqué également au Conseil général. Ensuite, dans le courant de 2005, les premières initiatives de restructuration des données statistiques et comptables seront prises.

Pour rappel, la redéfinition de l'appareil statistique et comptable de l'Inami dépend entre autres du rôle que jouent le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et l'Agence intermutualiste créés par la loi-programme du 24 décembre 2002 ainsi que le nouveau Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

C'est pour cette raison qu'il a été décidé de créer, en 2003, un Groupe stratégique OA (+ Agence intermutualiste) - Service des soins de santé et Service d'évaluation et de contrôle médicaux afin d'élaborer ensemble les propositions de restructuration de notre dispositif statistique et comptable. A partir de ce Groupe stratégique, cinq Groupes de travail ont été constitués :

- GT 1: Adaptation du protocole de transmission des données entre les OA et le SECM;

- GT 2: Simplification des flux de données existants (documents C, N, P, M, PM, H, PH, FH, ...);
- GT 3: Adaptation des flux de données concernant SHA et Pharmanet ;
- GT 4: Développement d'un système permanent de sondage par échantillonnage concernant les assurés dont on suit (par collecte des données) l'entièreté de la consommation médicale. A ce GT sont aussi invités des représentants du Bureau fédéral du Plan, de l'Institut scientifique de Santé publique, du SPF Santé publique et du Centre fédéral d'Expertise des soins de santé ;
- GT 5 : Délimitation du contenu et des tâches de contrôle entre l'Inami et les OA

Voici, pour chacun de ces GT, les grandes lignes directrices :

GT 1 : En vue de l'exécution de ses missions légales en matière de contrôle et d'évaluation de la conformité/réalité/opportunité des prestations, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux pourra disposer des données auprès de l'Agence intermutualiste ou des organismes assureurs directement.

GT 2 : Dans le cadre de la simplification des flux de données existants, des propositions de fusion des documents comptables et statistiques C et N ont été formulées. Dans le nouveau fichier, on pourra reprendre les paramètres existants et en ajouter d'autres comme l'âge et le sexe. Les discussions techniques avec les OA débiteront en février 2005 au sein de la Commission d'informatique.

GT 3 : En ce qui concerne l'adaptation des flux SHA, il a été convenu, à partir de l'édition 12, que les données seront étendues avec l'identification complète du dispensateur de soins et la date de la prestation. Les instructions en la matière seront communiquées dès que possible par circulaire OA.

Par ailleurs, un nouveau dessin d'enregistrement des données d'hospitalisation de jour (le même que celui décidé pour les données SHA) est prévu dans la mesure où les données FH seront étendues à toutes les prestations effectuées en hospitalisation de jour.

Pour ce qui est de Pharmanet, le processus de contrôle de la qualité des nouvelles données piste unique envoyées par les OA à l'Inami est en cours (fichiers 'population' et 'produits').

GT 4 : Moyennant l'accord du Conseil d'administration de l'Agence intermutualiste du 25 janvier 2005, les données des OA et de l'Agence seraient mises à disposition dans le cadre d'un échantillon permanent et représentatif de la population belge sur le plan de la consommation médicale (consensus provisoire de +/- 250.000 assurés). Cet échantillon devrait se révéler essentiel en matière de préparation, de soutien et d'évaluation de la politique des soins de santé.

GT 5: La délimitation des tâches de contrôle entre l'Inami et les OA est en grande partie influencée par les modifications de compétences, de structures et de missions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Des propositions de modernisation en la matière ont été présentées au Comité du SECM du 24 septembre 2004 (note 2004/73) et sont toujours en discussion.

- **Dresser un inventaire des mesures envisagées, tant au sein de l'Institut qu'au sein des organismes assureurs, afin d'améliorer la qualité et les délais de mise à disposition tant des données fournies par les organismes assureurs que des informations produites par l'Institut.**

Tout d'abord, il importe de souligner que ces activités de contrôle de la validité des documents et de recommandation aux OA en vue de l'amélioration de la qualité et des délais de transmission des fichiers se déroulent de manière continue.

La note relative à cet engagement figure dans notre rapport précédent.

On peut essentiellement retenir que :

- Actuellement, des tableaux de bord mis à jour trimestriellement reprennent les délais de mise à disposition et la qualité des données transmises ;
- Pour ce qui concerne les données P, H, PH et FH, la qualité des données fournies par les OA fait l'objet d'un contrôle permanent et les délais légaux de mise à disposition sont attentivement surveillés. Chaque semestre, les OA reçoivent des rapports de feedback sur la qualité des données transmises. En outre, les résultats de contrôle de validité reprenant les fautes les plus courantes sont discutés en Commission informatique.

La conclusion générale du Service est que la qualité des données transmises est bonne. Le niveau élevé de qualité des données est le résultat d'un investissement du Service de plusieurs années en matière de procédures de contrôle et de suivi strictes et minutieuses. Bien entendu, des exceptions existent mais le Service a pris l'initiative de personnaliser davantage son rôle de conseil auprès des OA et d'organiser des réunions en ce sens afin de résoudre les problèmes persistants. Enfin, d'autres initiatives sont entreprises à un niveau préventif, notamment au niveau de la clarification des instructions.

- Quant aux documents C et N, le Service réalise chaque mois un contrôle limité sur un certain nombre de fichiers transmis. Les analyses pourraient être améliorées avec d'autres paramètres mais il importe d'examiner d'abord l'impact qu'aura à l'avenir la restructuration des données statistiques et comptables sur la collecte de ces documents (cfr GT 2 de l'engagement ci-dessus).

- **Analyser (chaque année) :**

- **au niveau de chaque hôpital, la rapidité et la régularité de la facturation ainsi que la qualité des données de facturation ;**
- **au niveau de chaque organisme assureur, la rapidité et la régularité tant du traitement des bandes magnétiques de facturation que de la comptabilisation des montants remboursés.**

Ce processus est continu. Chaque mois, une note relative à la régularité de la facturation par les hôpitaux et de la régularité de la comptabilisation par les OA est publiée. A titre d'exemple, ci-joint, l'évolution des paramètres relatifs au ralentissement/à l'accélération de la facturation des hôpitaux.

- **Proposer de nouvelles règles en matière de facturation par les hôpitaux et de comptabilisation par les organismes assureurs, autorisant un meilleur suivi par l'INAMI de la réalité de l'évolution des dépenses.**

La note relative à cet engagement a été jointe au précédent rapport.

Ici aussi, il convient de mettre en évidence que, de manière générale, les propositions de nouvelles règles s'établissent et sont transmises de manière continue (à chaque modification, des instructions comptables et statistiques sont envoyées, par circulaires, aux OA).

Le nouveau financement des hôpitaux a eu de grandes implications sur le système de facturation. Mensuellement, la Commission informatique, au sein de laquelle siègent notamment des représentants des hôpitaux, examine la problématique de facturation en vue d'optimiser le système.

Ainsi, à partir des analyses produites régulièrement par le Service, les fautes et irrégularités dans la facturation des hôpitaux sont étudiées en Commission.

Par ailleurs, la facturation par le biais de Carenet et la suppression du système de facturation-papier constituent d'importants projets en cours de réalisation et discutées au sein de la Commission de convention hôpitaux-OA et du Conseil technique de l'hospitalisation.

- Dresser chaque année un tableau comparatif de l'évolution des dépenses par période de prestation et par période de comptabilisation pour les principales catégories de soins.

La tableau relatif à l'année 2003 figure en annexe.

- **Engagement repris dans le contrat :** Elaborer, sur la base d'une analyse de la consommation de soins liés à des pathologies chroniques ou au vieillissement de la population, des propositions d'élargissement des données statistiques à certaines caractéristiques de la population assurée.
Avenant 2003 au contrat : Se concentrer sur les déterminants essentiels dans la consommation actuelle et future de soins de santé et élaborer en conséquence des propositions d'élargissement des données statistiques pouvant être concrétisées dès 2004.

Vu l'objet du Groupe de travail n° 4 notamment, cet engagement a été intégré dans celui relatif au rapport portant sur les lignes directrices d'une restructuration des données statistiques et comptables.

Signalons enfin qu'un rapport relatif aux procédures d'amélioration du suivi des dépenses pour les soins de santé a été envoyé au Ministre des Affaires sociales et qu'un effort considérable a été fourni en vue de compléter les données disponibles au sein de l'INAMI.

Annexes 10, 10bis, 11 et 12:

- Rapport de synthèse relatif à la restructuration des données statistiques et comptables (note CSS n° 2004/352).
- Rapport relatif aux procédures d'amélioration du suivi des dépenses pour les soins de santé.
- Exemple des tableaux X relatifs à l'évolution des paramètres quant au ralentissement/ à l'accélération de la facturation des hôpitaux. Tableaux repris dans la note d'évolution des dépenses mensuelles de l'assurance soins de santé (note CSS n° 2004/321).
- Tableau comparatif de l'évolution des dépenses par période de prestation et par période de comptabilisation pour les principales catégories de soins – année 2003

Activation des indemnités d'incapacité de travail (art 11)

BILAN 2004 ET PERSPECTIVES 2005

Soulignons tout d'abord que tous les engagements retenus dans le cadre de l'article 11 du contrat d'administration ont été réalisés à la date prévue.

- ❖ **Engagement n° 1 :** **Evaluer le caractère adapté de la nouvelle règle de cumul et proposer d'éventuels ajustements, en se basant notamment sur l'analyse des cas des titulaires bénéficiant du maintien de l'ancienne règle de cumul**

Pour rappel, une proposition d'adaptation de la règle de cumul, dont les détails figurent dans notre dernier rapport semestriel, a été soumise au Conseil technique intermutualiste du 23 juin 2004 et au Comité de gestion en séance du 13 juillet 2004. Cette proposition a été finalisée sous forme d'un projet d'arrêté royal modifiant l'article 230 qui a été approuvé par le Comité de gestion en séance du 15 septembre 2004 et ensuite transmis au Ministre des Affaires sociales.

Sur la base de ces informations et conclusions, le Ministre des Affaires sociales a décidé, à partir du 1er janvier 2005, de ne plus prolonger le régime transitoire et d'approuver la mise en oeuvre de la nouvelle règle de cumul avec les propositions d'ajustements transmises par le Service des indemnités.

Compte tenu de l'entrée en vigueur de cette nouvelle règle de cumul prévue pour le 1er janvier 2005, le Service des indemnités et les OA ont déjà pris les mesures nécessaires en vue de sa bonne application (adaptation des formulaires par exemple).

Notons enfin que dans le cadre de **l'avenant 2005 au contrat d'administration**, le Service procédera au suivi et à l'évaluation de la mise en oeuvre de cette nouvelle règle de cumul.

❖ **Engagement n° 2 : Produire un rapport définissant les conditions et les avantages d'un transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités**

Pour rappel, ce rapport relatif au transfert de la réadaptation professionnelle du Collège des médecins-directeurs (C.M.D.) au Service des Indemnités a déjà été réalisé.

Dans le cadre du rapport sur la réinsertion socio-professionnelle transmis fin décembre 2004 au Ministre des Affaires sociales (cfr engagement n° 3 ci-dessous), la réadaptation professionnelle a été examinée à de multiples reprises (pages 16-19, 29-34, 40-41 et 43).

Un amendement du gouvernement au projet de loi portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle a déjà prévu de créer la base légale permettant le transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités, la date d'entrée en vigueur devant ultérieurement être fixée par le Roi.

Ceci dit, avant de procéder effectivement à ce transfert, il convient d'avoir une vision plus précise des conditions dans lesquelles un tel transfert peut être opéré, notamment en termes de répartition des compétences entre institutions fédérales et fédérées.

❖ **Engagement n° 3 :**

- Contrat d'administration : **Evaluer les conditions générales prévues actuellement dans le cadre de l'autorisation d'une reprise partielle de certaines activités, et formuler des propositions d'adaptation ou de modification de ces conditions après examen avec toutes les instances concernées ;**
- Avenant 2003 au contrat d'administration : **Afin d'enrichir le contenu de cette étude, le service souhaite procéder à une analyse européenne comparative sur les systèmes assez proches du nôtre en matière de reprise autorisée de certaines activités professionnelles (France, Allemagne, Grand-duché du Luxembourg et Pays-Bas).**

Suite aux avis émis par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés (le 15 décembre 2004) d'une part et par celui des travailleurs indépendants (le 6 décembre 2004) d'autre part, le rapport, intitulé 'Evaluation des conditions de la reprise partielle d'activité autorisée par le médecin-conseil dans l'optique d'une meilleure réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail', a été transmis au Ministre des Affaires sociales le 24 décembre 2004. Ce rapport est joint en annexe.

Pour rappel, ce rapport est le résultat des conclusions d'un groupe de travail représentatif de toutes les organisations concernées par la problématique.

Ce rapport reprend, comme point de départ, une synthèse de l'étude comparative des systèmes d'invalidité des pays limitrophes (France, Pays-Bas, Allemagne, Grand-duché de Luxembourg). Ensuite, sur la base des observations et propositions formulées par le Service des indemnités et discutées en groupe de travail avec les partenaires extérieurs, le rapport contient un certain nombre de propositions concrètes d'amélioration ou d'adaptation de la réglementation en la matière.

Un chapitre spécifique a trait aux questions propres au régime des travailleurs indépendants.

❖ **Engagement n° 4: Instaurer une collecte de données plus larges au sujet de l'activation ou reprise partielle d'activités en collaboration avec les organismes assureurs et via une transmission sur support électronique**

Pour ce qui est de l'instauration d'un flux de données électroniques entre les organismes assureurs et le Service des indemnités concernant l'activation ou reprise partielle d'activités et plus particulièrement l'application de la règle de cumul, les OA transmettent les données demandées avec un pourcentage d'erreur très réduit, voire minime.

Cependant, comme nous pouvons le constater à la lecture des tableaux de bord annexés au présent rapport, les données sont toujours manquantes pour l'OA 600 (C.A.A.M.I.).

Annexe 13 :

- Le rapport intitulé 'Evaluation des conditions de la reprise partielle d'activité autorisée par le médecin-conseil dans l'optique d'une meilleure réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail'.

Modernisation et simplification des flux d'information concernant l'assurabilité (art. 12)

Les engagements se rapportent à la simplification et à l'amélioration des procédures administratives, entre autres par la création d'un nouveau flux de données et par la gestion des données de ce flux. Ce nouveau flux de données doit permettre un contrôle plus systématique et de meilleure qualité de l'assurabilité et une réduction, à moyen terme, du nombre d'erreurs commises par les O.A.

Premier engagement : Développer des programmes informatiques pour le Service du contrôle administratif en vue d'identifier des catégories spéciales de bénéficiaires (déjà réalisés le 31.12.2002). Les programmes informatiques sont adaptés en fonction des besoins du contrôle interne. L'envoi électronique des données des organismes assureurs concernant les effectifs est sécurisé.

Deuxième engagement : Développer des programmes permettant de comparer différentes situations en vue de détecter des anomalies (déjà réalisés le 31.12.2002). Les programmes informatiques sont adaptés en fonction des besoins. Ces programmes permettent de détecter, sur la base de l'analyse des données figurant dans les flux de données des organismes assureurs, des anomalies qui seront contrôlées dans les mutualités. La liaison avec d'autres banques de données (ONEM, INASTI,...) permettant de comparer différentes situations, doit encore être développée. Les accès aux banques de données ont été demandés et le Comité de surveillance de la B.C.S.S. a donné l'autorisation au Service de consulter ces banques de données. La mise en œuvre informatique de cette consultation n'a pas encore été réalisée.

BILAN 2004

Voici les résultats du traitement des effectifs :

Effectifs à la date du 30.6.2004 :

- les données (au 30 juin 2004) ont été fournies par les organismes assureurs dans les délais impartis, à savoir à la fin du mois d'août 2004 (voir le tableau de bord) ;
- les programmes informatiques nécessaires pour l'analyse des fichiers (détection des rejets et des anomalies) ont été développés ;
- les rejets et les anomalies apparaissant sur ces fichiers ont été contrôlés ;
- les fichiers seront définitivement acceptés dès que le S.C.A. aura pris une décision concernant les rejets qui doivent encore être examinés ;
- en fonction des besoins et des nécessités du service de contrôle interne, des programmes informatiques spécifiques sont développés en vue d'identifier d'autres anomalies spécifiques.

Troisième engagement : Le rapport comportant une description des études effectuées, des anomalies identifiées et des situations critiques nécessitant des contrôles ciblés dans les mutualités a été rédigé et est joint en annexe.

La première partie de ce rapport décrit les anomalies identifiées et la façon dont d'éventuelles améliorations ont été apportées en concertation avec les O.A.

La deuxième partie du rapport traite des situations critiques nécessitant des contrôles ciblés dans les mutualités. Les contrôles spécifiques concernent les 2 domaines suivants :

- La première opération de contrôle dans les mutualités traite des "personnes non assurées dans le régime général". Ce contrôle est basé sur les données du 30 juin 2003 et a été effectué au début de l'année 2004. L'objectif consiste à découvrir les raisons pour lesquelles un nombre encore considérable de personnes (44.021 titulaires) ne sont pas assurées en Belgique. Les contrôles sont terminés.
- Une deuxième opération de contrôle concerne les indépendants qui ont droit aux gros risques (assurance obligatoire) et aux petits risques à charge du régime général. Quelques contrôles devront encore être finalisés au cours des prochaines semaines.

Ces contrôles constituent la base de l'élaboration du rapport concernant l'engagement 4 (cf. infra).

PERSPECTIVES 2005

Effectifs à la date du 31.12.2004 :

Pour la fin du mois de février 2005, les O.A. fourniront les données des effectifs au Service. Ensuite, la procédure de contrôle des rejets et des anomalies dans les fichiers sera entamée.

Les activités informatiques concernant la création d'une liaison avec d'autres banques de données externes (ONEM, INASTI,...) en vue de pouvoir comparer les différentes situations sont toujours en cours.

Quatrième engagement (date-limite : mars 2005) : Dans le cadre des deux opérations de contrôle (voir engagement 3), on procédera au cours des prochains mois à l'élaboration d'un rapport présentant, par type de contrôle, le nombre de vérifications effectuées et les résultats. Ce rapport comportera entre autres les éléments tangibles suivants : les notifications aux organismes assureurs, les problèmes spécifiques, l'application de la réglementation et un volet statistique.

Annexe 14 :

- Rapport comportant une description des études effectuées, des anomalies identifiées et des situations critiques nécessitant des contrôles ciblés dans les mutualités.

Information aux dispensateurs de soins (art. 13)

BILAN 2004

- L'information par les modules est mise à disposition sur Internet. Il est également possible d'envoyer des remarques par courrier électronique. Les différents établissements d'enseignement et les organisations professionnelles peuvent donc utiliser les modules. Nous avons compté en moyenne 735 consultations par mois et ce, pour la période de juillet 2003 à novembre 2004 inclus (voir annexe).
- Le cinquième module concernant les « Soins infirmiers » est disponible depuis le 29 février 2004.
- Une adaptation aux quatre premiers modules est disponible depuis le 31 mars 2004 et ce, sur la base de questions et de remarques formulées par les dispensateurs de soins (FAQ) ainsi que sur la base du feed-back donné par les provinces.
- Le sixième module est également achevé et il est disponible depuis le 10 juin 2004. Ce module concerne le « Médecin spécialiste en formation ».
- En ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité et de l'impact, un questionnaire a été envoyé le 3 septembre 2004 à 93 établissements (universités et écoles supérieures) dont 50 francophones et 43 néerlandophones. Seuls 8 établissements sur les 93 - c'est-à-dire 9 % d'entre eux - ont répondu au questionnaire, ce qui représente un taux de participation relativement bas. Néanmoins, les réactions reçues laissent apparaître les éléments suivants :
 - Dans l'ensemble, l'évaluation est positive : les modules sont utilisés et relativement bien adaptés à la formation (surtout pour les post-graduats).
 - Les textes sont bien rédigés, mais le lay-out pourrait être amélioré.
 - L'adresse du site web de l'INAMI et le lien vers les modules seront communiqués pendant les formations.
 - Toutefois, c'est surtout l'accessibilité par le site web qui pourrait être améliorée et la nécessité d'attirer l'attention sur les adaptations à la réglementation a été suggérée.
 - Outre la version électronique, certains établissements préfèrent recevoir une version papier.
- Pour répondre très rapidement à certaines attentes qui ressortent du feed-back, des initiatives ont déjà été prises en concertation avec la Cellule communication de l'INAMI. Il s'agit entre autres d'un renvoi plus clair au site web de l'INAMI, d'un meilleur accès aux modules (mots-clés, menu, FAQ,...) et de la mise à disposition de versions papier pour les personnes qui n'ont pas accès à Internet. Ces initiatives ont été bouclées fin novembre 2004 et mises en pratique le 6 janvier 2005.

PERSPECTIVES 2005

- Un septième module est en préparation. Il s'agit du module « Connexité » dans le cadre de la nomenclature. Un engagement à ce sujet a été ajouté à l'**avenant 2005**. L'engagement pris au niveau de l'adaptation et/ou de l'actualisation des modules en 2005 figure également dans cet avenant.

Annexe 15 :

- Amélioration de l'accessibilité et de la visibilité sur le site web de l'INAMI

Commissions régionales de l'invalidité (art. 14)

BILAN 2004 & PERSPECTIVES 2005

- ❖ Engagement 2 : L'évaluation permanente des dossiers d'invalidité est opérationnelle depuis 2003. Cette évaluation s'effectue par une série de questions sur les écrans d'accueil du programme informatique permettant d'introduire les dossiers. Ce programme est disponible dans chaque section provinciale du S.E.C.M. L'enregistrement des données ne s'effectue qu'à partir des fiches renvoyées aux Commissions régionales. Les autres fiches, qui ne sont pas renvoyées, ne sont pas prises en considération.
L'enregistrement des données s'opère sur la base d'une comparaison entre les informations révélées par l'examen médical et les données du dossier d'invalidité. Par conséquent, cet enregistrement n'est possible que pour les dossiers renvoyés en C.R.C.M.I., après un examen clinique de l'assuré. En cas d'absence - par exemple en raison d'une reprise de travail, d'une hospitalisation, ... - il est impossible d'effectuer un audit.
Chaque année, quelque 8.500 fiches d'invalidité sont évaluées en permanence en vue d'en améliorer la qualité et d'accroître la performance du fonctionnement de la C.S.C.M.I. et des C.R.C.M.I. (voir rapport semestriel 2004).
En ce qui concerne les résultats de cette évaluation, un feed-back est donné en permanence au groupe de travail "Evaluation" S.E.C.M.-O.A.
En outre, le programme informatique sera renouvelé afin d'optimiser le système.
- ❖ Comme prévu, la procédure de traitement des plaintes dans le cadre du fonctionnement des Commissions régionales de l'invalidité a été fixée. Le Service de médiation a entamé effectivement ses activités fin mai 2003.
Les plaintes déposées concernent un manque d'informations et une mauvaise communication, ainsi qu'une incompréhension du fonctionnement de la C.R.C.M.I. Les plaintes portent aussi bien sur l'attitude de la Commission ou d'un de ses membres que sur l'examen médical ou sur le local dans lequel celui-ci a été effectué.
- ❖ La brochure d'information (engagements 5 & 6) concernant la procédure et les droits des assurés sociaux convoqués devant la C.R.C.M.I., a été achevée en 2003 (cf. annexe au premier rapport semestriel 2003). Que ce soit pour 2003 ou 2004, aucune modification ne doit être apportée aux brochures. Les assurés sociaux n'ont fait part d'aucune réaction ou suggestions spécifiques, et nous référons au Service de médiation pour d'éventuelles plaintes à ce sujet.
- ❖ Engagement 7 : Le rapport (année 2003 et 2004) sur le fonctionnement des C.R.C.M.I. est joint en annexe. A la lecture de ce rapport, on constate que l'analyse de la qualité des fiches est terminée. La partie concernant les présences des médecins-conseils aux C.R.C.M.I. sera en principe disponible au début de l'année 2005. Il ressort aussi de ce rapport que d'énormes efforts ont été fournis :
 - au sein des directions médicales des organismes assureurs afin de favoriser un changement de comportement parmi les médecins-conseils ;
 - parmi les médecins-conseils en vue d'améliorer leurs fiches ;
 - au sein de l'ensemble du corps des médecins-inspecteurs pour effectuer l'évaluation des fiches.

C'est en effet la première fois qu'un tel effort intégré a été fourni et que des améliorations sur le terrain ont été constatées au niveau de la qualité des fiches.

Fonctionnement des organes – Volet Analyse des missions et de la composition des organes du Service des soins de santé (art 15)

BILAN 2004

En concertation avec les partenaires externes à l'Inami et les responsables administratifs du Service des soins de santé, le chef de projet a, sur la base d'une analyse approfondie de la réglementation et de la législation relative aux missions et à la composition des organes du Service des soins de santé, formulé des observations critiques et des pistes de simplification.

Le rapport final portant des propositions de simplification et d'amélioration relatives aux missions et à la composition (au fonctionnement) des organes du Service des soins de santé a été envoyé au Ministre des Affaires sociales.

A la demande de la Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et sur la base de ce rapport, il conviendra en 2005 d'engager les discussions avec l'Inami afin d'examiner les possibilités de mise en oeuvre des propositions qui y figurent.

Signalons à titre d'information que, sur demande du Comité de l'assurance, une réunion entre l'Inami et les présidents des commissions de profil aura lieu le 23/2/2005.

Annexe 17:

- Etude concernant les missions et la composition (fonctionnement) des organes du Service des soins de santé. Rapport final portant des propositions de simplification et d'amélioration.

Maximum à facturer (art 15)

Simplification du formulaire VIPO (art 22)

Pour rappel, étant donné que la majeure partie du projet de simplification du formulaire VIPO (restructuration du formulaire) a été réalisée et que le reste (redéfinition des notions de 'ménage' et 'revenus') dépend directement de la mise en oeuvre du Maximum à facturer, les deux articles du contrat (15 et 22) ont été, par souci de cohérence et avec l'accord du Commissaire du gouvernement, regroupés en un seul projet.

BILAN 2004 ET PERSPECTIVES 2005

L'opération MAF 2003 est clôturée et la vérification des flux (feedback) transmis par les OA concernant les données nominatives (modification des revenus de certains ménages) et les statistiques (nombre de ménages et de bénéficiaires) est également terminée. Le Service du contrôle administratif a donc, en collaboration avec le SPF Finances, mis en oeuvre le MAF fiscal d'une part et envoyé aux OA les informations nécessaires leur permettant d'octroyer ou non le MAF d'autre part.

Après avoir adapté le répertoire des OA et les flux suite à l'indexation des montants et apporté certaines améliorations sur la base de l'exécution du MAF 2003, le Service procède actuellement à l'exécution du MAF 2004.

Par ailleurs, le Service du contrôle administratif a rédigé :

- la circulaire OA relative aux modalités de la preuve de la qualité de bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance (circulaire OA 2004/189) ;
- la circulaire OA relative aux modalités de la preuve de la qualité de bénéficiaire du MAF constatée sur la base de la catégorie sociale (MAF social) (circulaire OA 2004/240) ;
- la circulaire OA relative au MAF et aux autres obligations de paiement – délai de traitement des dossiers (circulaire OA 2004/190) ;
- le rapport annuel d'évaluation quant à l'exécution du MAF 2003 (données statistiques sur le nombre de demandes, de rejets, ...).

Durant l'année 2004, le Service des soins de santé a procédé à de nombreuses adaptations réglementaires relatives au MAF (cfr note 'Assurance soins de santé- Les assurés – Adaptations de la réglementation relative à l'assurabilité).

Par ailleurs, afin de répondre aux attentes de la Cellule stratégique Affaires sociales, le Service des soins de santé a produit une version actualisée du rapport relatif à la réforme de l'intervention majorée de l'assurance suite à l'introduction du MAF dans l'assurance obligatoire.

Sur la base de ce dernier rapport et de la note du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique "Mesures d'économies complémentaires – budget 2005" et en particulier, les chapitres relatifs aux "mesures qui renforcent la protection sélective" et aux "simplifications législatives et réglementaires", l'analyse des répercussions du MAF sur la réglementation actuelle, en traitant surtout son impact en matière d'intervention majorée de l'assurance, se poursuit au sein d'un groupe de travail mixte présidé par l'Administrateur général de l'Inami et issu du « Groupe de travail Assurabilité ». Ce groupe de travail réunit des représentants de l'Inami, des OA, de la Cellule stratégique Affaires sociales, des SPF concernés (Sécurité sociale et Finances) et de parastataux (entre autres l'OSSOM et la CSPM).

En 2004, le Service des soins de santé a donc déjà rédigé plusieurs notes et rapports dans ce domaine afin d'alimenter les discussions au sein de ce groupe de travail.

Notons aussi que la note précitée du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique "Mesures d'économies complémentaires – budget 2005" prévoit un certain nombre de nouveaux engagements à charge de l'Inami et que l'on retrouvera d'ailleurs dans **l'avenant 2005** au contrat d'administration 2002-2004 :

- ✓ rédiger un rapport d'évaluation du système actuel et de son contrôle (date-limite: 30 juin 2005) ;
- ✓ élaborer un plan opérationnel et budgétaire avec des propositions visant à améliorer les deux systèmes de protection (Régime préférentiel et Maximum à facturer) tant du point de vue de la simplification que de l'amélioration de l'efficacité et ce, tout en tenant compte des mesures d'économies structurelles (date-limite: 31 décembre 2005) ;
- ✓ procéder aux adaptations réglementaires et des flux afin de pouvoir réaliser l'intégration graduelle du MAF fiscal au MAF revenus (date-limite: 30 juin 2005).

Dans le cadre de ce même groupe de travail, le Service des soins de santé redéfinit également la notion de 'ménage' compte tenu des dispositions du MAF ainsi que celle de 'revenus' pris en considération et ce, en concertation avec le SPF Finances. Cette révision

devrait alors être concrétisée par la rédaction d'un projet de loi et d'arrêté royal prévue pour 2005.

Toujours dans le cadre de cette redéfinition des notions de 'ménage' et de 'revenus', le Service du contrôle administratif prévoit ensuite d'adapter les flux de données transmises par les OA et le SPF Finances et de rédiger les circulaires nécessaires à cette modification du flux.

Enfin, le Service du contrôle administratif adaptera la structure de la déclaration sur l'honneur en fonction des conclusions de cette redéfinition.

Annexes 18, 19, 20, 21, 22 et 23 :

- la circulaire OA relative aux modalités de preuve de la qualité de bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance (circulaire OA 2004/189) ;
- la circulaire OA relative aux modalités de la preuve de la qualité de bénéficiaire du MAF constatée sur la base de la catégorie sociale (MAF social) (circulaire OA 2004/240) ;
- la circulaire OA relative au MAF et aux autres obligations de paiement – délai de traitement des dossiers (circulaire OA 2004/190) ;
- le rapport annuel d'évaluation quant à l'exécution du MAF 2003 (données statistiques sur le nombre de demandes, de rejets, ...) ;
- la note du Service des soins de santé 'Assurance soins de santé - Les assurés – Adaptations de la réglementation relative à l'assurabilité' ;
- la version actualisée du rapport relatif à la réforme de l'intervention majorée de l'assurance suite à l'introduction du MAF.

Redéfinition du secteur de la rééducation fonctionnelle (art 15)

L'audit réalisé par la Commission de contrôle budgétaire a été transmis et discuté au Comité de l'assurance. Le 26 juillet 2004, le Comité de l'assurance a aussi pris connaissance de la vision du Ministre de tutelle et a approuvé l'exécution immédiate d'un certain nombre de mesures proposées par le Ministre.

Le Ministre avait par ailleurs décidé de mettre sur pied un groupe de travail ministériel avec comme tâche de traduire les recommandations de l'audit au niveau des compétences fédérales en propositions concrètes et de s'assurer que toutes les recommandations proposées soient exécutées.

Dans sa note au Comité de l'assurance, le Ministre donne suite à cette mission.

Le Ministre a aussi demandé au Conseil général de prendre des mesures, e.a. confirmer le rôle de la Commission de contrôle budgétaire concernant les procédures de conventions de revalidation.

Enfin, l'Administrateur général de l'Inami a été chargé de l'élaboration de propositions concernant le contrôle.

A ce sujet figure en annexe la lettre envoyée au Ministre des Affaires sociales.

Annexe 24:

- Lettre au Ministre des Affaires sociales

Diffusion d'informations à destination des organismes assureurs (art 23)

Pour rappel, cet objectif consistait, selon les termes repris dans le contrat d'administration, à moderniser la diffusion d'informations de l'Inami à destination des Organismes Assureurs. Ce passage d'une diffusion "papier" à une diffusion électronique devait prioritairement se réaliser au niveau des circulaires O.A.

BILAN 2004

Le Service IT a mis au point un nouveau système automatisé de gestion et de transmission des circulaires OA avec un certain nombre de standards et de références définis (date, numéro chronologique, numéro de rubrique) .

Ce système, mis en production depuis début janvier 2005, permet :

- Une plus grande simplification du processus d'élaboration et de publication de la circulaire et ainsi, par exemple, éviter toute erreur de manipulation dans l'indexation des circulaires ;
- Une meilleure gestion des circulaires (constitution progressive d'une base de données 'circulaires OA').
- Une plus grande rapidité dans la mise à disposition de l'information ;
- Une plus grande uniformisation du lay-out des circulaires ;
- A terme, une économie de papier ;

Lors des tests effectués, les OA sont très positifs par rapport aux perspectives qu'offre cette nouvelle application.

Les nouvelles circulaires de tous les services de l'INAMI sont automatiquement déposées sur un serveur FTP (File Transfer Protocol), accessible uniquement aux O.A. Ceux-ci sont avertis directement, et surtout immédiatement, par messagerie électronique du dépôt d'une circulaire sur ce serveur et peuvent donc venir la copier sans délai. Cette méthode rencontre pleinement le besoin de disponibilité immédiate des circulaires.

La transmission par ce serveur FTP procure aux O.A. l'avantage de pouvoir intégrer directement les circulaires dans leurs propres bases de données.

Les autres abonnés peuvent toujours demander à recevoir la version papier. Une extension de l'accès à ce site FTP en faveur d'autres abonnés a été demandée, mais ne fait pas partie de l'engagement repris dans le contrat. Elle est cependant possible, puisque la technique est au point, moyennant des interventions à caractère administratif (par exemple : gestion des abonnements, actuellement gratuits ou payants, gestion des autorisations d'accès au serveur FTP).

NB : La réalisation de la seconde partie du projet consistait en la mise à jour et la consultation des textes légaux traitant de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

La mise à jour automatisée et électronique des textes légaux est opérationnelle depuis début 2004.

La consultation de ces textes légaux n'est disponible que via Intranet uniquement.

Notons toutefois que la mise à disposition de ces textes légaux, éventuellement par le biais d'Internet, ne constituait pas stricto sensu un engagement repris dans le contrat.

Soulignons enfin que dans le cadre de **l'avenant 2005 au contrat d'administration**, un certain nombre d'actions seront prises en vue d'améliorer la diffusion d'informations auprès de l'ensemble de nos partenaires (mis à disposition, sur le site web, de la coordination officielle

du texte de la nomenclature des soins de santé, de la loi coordonnée de l'assurance maladie-invalidité, de la nomenclature sous forme de base de données des prestations avec tarifs, libellés et moteur de recherche,...).

Annexe: néant.

Simplification administrative de l'accréditation des médecins et soutien des groupes locaux d'évaluation médicale (art 23)

BILAN 2004

Comme nous l'avons souligné à de multiples reprises dans nos rapports précédents, un retard assez important est enregistré dans la réalisation de ce projet, notamment en raison de tâches importantes et récurrentes confiées au service et des problèmes, entre autres d'identifications et de mots de passe, liés à la mise en oeuvre d'une première application interactive avec un groupe important de dispensateurs de soins.

Le projet d'informatisation de l'accréditation peut être scindé en plusieurs phases :

1. L'application informatique concernant la consultation des activités du catalogue :
Le catalogue d'activités de formation continue est on-line mais il convient, en fonction des remarques des médecins, d'optimiser les fonctionnalités de l'application, surtout au niveau de la performance des critères de recherche.
2. L'application informatique concernant l'introduction des présences des médecins aux activités reconnues :
L'application est opérationnelle. L'introduction par les responsables des activités des présences des médecins peut se faire on-line.
3. L'application informatique concernant la consultation de la composition des Glems ;
4. L'application informatique concernant l'introduction des présences des médecins aux Glems :

Ces deux applications liées au fonctionnement des Glems sont, depuis octobre 2004, en cours de validation.

5. L'application informatique concernant la demande individuelle du médecin :
 - demande d'accréditation ou de sa prolongation ;
 - demande de consultation de son propre dossier (activités auxquelles il a participé, solde d'Unités de Formation Continue, ..).

Le développement de cette dernière partie du projet a débuté en janvier 2005.

Par ailleurs, il convient de préciser qu'une application interne permettant la transmission des modifications apportées au fichier des médecins 'mainframe' vers les bases de données développées dans le cadre de l'informatisation de l'accréditation a été développée. Cette application interne permettra également une meilleure gestion du fichier des responsables des activités et de celui des responsables de Glems. Le transfert des cours nouvellement accrédités par le Groupe de Direction de l'Accréditation est également facilité.

Cependant, nous ne reprendrons pas la poursuite de ce projet dans l'avenant 2005 au contrat d'administration 2002-2004 et ce, essentiellement pour deux raisons.

- I. Comme prévu dans le dernier accord médico-mutualiste, une évaluation du système de l'accréditation sera réalisée et des adaptations conceptuelles et réglementaires,

dont l'importance ne peut encore être connue, pourraient donc être mises en oeuvre. Il convient donc de ne pas investir trop d'énergie dans le développement d'une application informatique tant que des informations claires quant à l'avenir du système d'accréditation n'auront pas été fournies.

- II. L'application 'honoraires de disponibilité' est opérationnelle et quelques améliorations ont déjà pu être apportées (possibilité d'introduire les dates de paiement manuel et de paiement électronique, amélioration de la procédure d'encodage des paiements manuels, transfert direct des informations du 'mainframe' vers la base de données de l'application, amélioration des statistiques de paiement, ...).
- Ceci dit, en 2005, cette application devra encore subir des adaptations au niveau des fonctionnalités (prévoir l'accès à l'application pour les médecins utilisant un ordinateur Macintosh, création d'un compte des gardes encodées, résolution des problèmes de login/password,...). La priorité doit donc être accordée à l'optimisation de cette application. Sa mise au point demande certainement d'importants efforts mais le résultat de ce travail pourra certainement être utilisé dans le cadre de l'informatisation de l'accréditation ou de tout autre application interactive destinée aux médecins.

Par ailleurs, dès que l'ICT Manager de l'Inami et l'ICT Coordinateur du Service des soins de santé auront été désignés, un nouvel état des lieux quant au calendrier d'actions du projet d'informatisation de l'accréditation sera réalisé et ce, notamment au regard des résultats des points I et II précités.

Annexe : néant

Procédure de remboursement des chaises roulantes (art. 23)

Pour rappel : l'objectif de ce projet est de simplifier au maximum les procédures suivantes :

1. la procédure de remboursement de chaises roulantes que doivent suivre les patients (concept du « guichet unique » et utilisation d'un seul document, tant par les O.A. que par les différents Fonds pour l'intégration sociale des personnes handicapées) ;
2. la procédure d'admission d'appareils sur la liste des produits admis (révision complète de la nomenclature trop détaillée et trop technique ainsi que du régime de remboursement des chaises roulantes et une simplification du contenu des dossiers).

BILAN 2004

- En ce qui concerne **le premier objectif** de ce projet, la Conférence interministérielle (C.I.M.) du 20 janvier 2003 a approuvé la proposition des « dossier et guichet uniques » rédigée par le groupe de travail « simplification des procédures en matière d'octroi de dispositifs ».
- En exécution de la décision de la Conférence interministérielle du 20 janvier 2003 et des travaux du groupe de travail, le protocole relatif à l'instauration d'une procédure simplifiée d'octroi d'un remboursement ou d'une intervention pour l'achat de dispositifs en ce qui concerne les chaises roulantes a été signé par toutes les parties (Gouvernement fédéral et Communautés/Régions) en avril 2003. Ce protocole définit en quoi consiste le dossier et le guichet uniques ainsi que les engagements de chaque partie afin de pouvoir les réaliser.

- Comme déjà mentionné dans le rapport annuel 2003 et le rapport semestriel 2004, des problèmes se posent en ce qui concerne le financement de l'évaluation multidisciplinaire. Le 31 octobre 2003, une lettre a été adressée à ce propos au Ministre des Affaires sociales. La rémunération des équipes multidisciplinaires par les Fonds a de nouveau fait l'objet de discussions. Par sa lettre du 3 septembre 2004, le Ministre des Affaires sociales a décidé que l'évaluation multidisciplinaire doit s'opérer, soit via un centre de rééducation fonctionnelle conventionné, soit via les services de médecine physique ou via d'autres équipes agréées des Fonds pour l'intégration sociale des personnes handicapées. Les textes réglementaires seront adaptés là où cela s'avère nécessaire. Le coût supplémentaire est repris dans le budget 2005.
- En ce qui concerne le **deuxième objectif** de ce projet : le Conseil technique des voiturettes (C.T.V.), prévu dans la loi-programme, a été institué par arrêté royal du 22 décembre 2003 (M.B. du 30 décembre 2003). Ce Conseil, qui est plus particulièrement chargé du dossier unique, a entamé ses travaux par l'officialisation de la nouvelle nomenclature des chaises roulantes. Le Conseil doit également établir une liste des produits admis au remboursement. Ce Conseil est composé d'experts spécialisés dans ce type de matériel ainsi que de représentants des O.A., des bandagistes, des médecins, des différents Fonds pour l'intégration sociale des personnes handicapées, de l'industrie et des organisations représentatives des patients. Les membres de ce Conseil technique ont été nommés par arrêté royal du 25 mars 2004 (M.B. du 5 avril 2004).

Le 13 juillet 2004, le projet de texte de la nomenclature a été finalisé par le C.T.V. Le texte a ensuite été soumis aux organes consultatifs et décisionnels, plus particulièrement à la Commission de conventions bandagistes - organismes assureurs le 15 juillet 2004, à la Commission budgétaire le 20 juillet 2004 et au Comité de l'assurance le 26 juillet 2004. Des amendements ont chaque fois été demandés. Au cours de la période du 14 septembre 2004 au 7 octobre 2004 inclus, ces amendements ont été traités et le C.T.V. les a finalisés le 7 octobre. Ensuite, le texte adapté a été approuvé par la Commission de conventions bandagistes – organismes assureurs le 12 octobre 2004, par le Comité de l'assurance le 18 octobre 2004 et par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 28 octobre 2004.

Entre-temps, le projet de texte a été soumis pour avis à l'Inspecteur des Finances (6.9.2004) et a reçu l'accord du Ministre du Budget (16.12.2004). Le Conseil d'état a communiqué son avis sur le texte définitif le 23.12.2004.

- L'A.R. a été signé le 12 janvier 2005 et publié au Moniteur belge le 21 janvier 2005.

La nouvelle nomenclature ne peut cependant entrer en vigueur que lorsque les nouvelles listes des produits admis au remboursement auront été établies. Le Service travaille actuellement à l'élaboration de ces listes. Tous les dossiers qui sont introduits par les demandeurs seront traités par le C.T.V. Ensuite, la liste sera approuvée par la Commission de convention bandagistes – organismes assureurs et par le Comité de l'assurance. L'entrée en vigueur effective de la nouvelle nomenclature est prévue au terme de ces différentes étapes.

- Au cours du mois de janvier, deux règlements seront soumis au Comité de l'assurance. Ces règlements concernent respectivement les formulaires à utiliser dans le cadre de la nouvelle nomenclature des dispositifs de mobilité et les principes fonctionnels et techniques appliqués dans le cadre de cette nouvelle nomenclature.
- Le deuxième groupe de travail, créé en vue de fixer la procédure de remboursement des chaises roulantes en M.R.P.A. et M.R.S., a commandé en juin 2003 une étude concernant la faisabilité économique d'un système de location dans le secteur des M.R.P.A./M.R.S. Etant donné que la réalisation de cette partie ne pourra être achevée en même temps que

la proposition de nomenclature, le groupe cible figure dans le texte de base de la nomenclature. L'étude définitive en matière de faisabilité économique s'est achevée le 29 octobre 2004. Le système de location est actuellement mis au point sur la base des résultats de cette étude.

Annexe 25:

- Texte de la nouvelle nomenclature

CONCLUSIONS

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

Comme on peut le constater à la lecture de ce rapport, la plupart des engagements ont été respectés dans les délais fixés, le résultat étant donc globalement très positif. Cependant, dans quelques cas, le résultat attendu n'a pas été atteint.

Au regard de ce constat général, nous souhaitons souligner en particulier quelques engagements réalisés en 2004 :

- la rapidité de validation des données SHA et l'envoi de rapports aux OA concernant la qualité et l'exhaustivité de ces données ;
- les résultats remarquablement positifs quant au délai de traitement des demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité ;
- le respect des délais légaux en ce qui concerne le traitement des demandes d'admission au remboursement des spécialités pharmaceutiques ;
- la diffusion de statistiques et d'informations relatives aux données Pharmanet (tableaux de bord pharmaceutiques, sujets ponctuels, ...) ;
- la rédaction d'un rapport relatif aux lignes directrices de la restructuration des données statistiques et comptables ;
- la proposition d'une nouvelle règle de cumul en matière d'incapacité de travail au regard de l'évaluation de l'ancienne règle ;
- en ce qui concerne la simplification des flux d'information liés à l'assurabilité, nous pouvons citer le rapport comportant d'une part une description des anomalies identifiées et la manière dont des améliorations ont été apportées avec les OA et d'autre part une énumération des situations critiques qui nécessitent un contrôle orienté auprès des mutualités ;
- la diffusion de deux modules d'information auprès des dispensateurs de soins, 'Les soins infirmiers' et 'Le médecin spécialiste en formation' ;
- l'évaluation positive de l'efficacité et de l'impact des modules d'information auprès des dispensateurs de soins ;
- la transmission à la Cellule stratégique Affaires sociales du rapport définitif relatif à l'analyse et aux propositions de révision des missions et de la composition de certains organes du Service des soins de santé ;
- l'exécution du MAF 2003 ;
- la rédaction d'une version actualisée du rapport relatif à la réforme de l'intervention majorée de l'assurance suite à l'introduction du MAF dans l'assurance obligatoire ;
- la lettre au Ministre avec des propositions pour le contrôle en matière de rééducation fonctionnelle ;
- la transmission automatique aux OA des nouvelles circulaires de tous les services de l'INAMI par le biais d'un serveur FTP (File Transfer Protocol) ;
- la nouvelle nomenclature des chaises roulantes publiée le 21 janvier 2005 au Moniteur belge.

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

Toutefois, il convient de souligner que la prolongation de la vacance de certaines fonctions de management (Administrateur général-adjoint et Directeur général du Service des soins de santé) n'a pas facilité la réalisation d'un certain nombre d'engagements.
