

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE ET INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

COMITE DE L'ASSURANCE

2015/3

PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU 23 FEVRIER 2015

PRÉSENTS :

M. PERL, PRÉSIDENT;

M. LAASMAN, VICE-PRÉSIDENT;

MMES DE WOLF, DUYCK, FERON, LEBBE, MICLOTTE, NOLIS, VAN ELSHOCHT, VAN GESTEL ET

MM. BAUVAL, BOEY, BOVERIE, BRONCKAERS, CALLEWAERT, COOLS, CORNELY, DEBBAUT, DEPOORTER, DUPREZ, GALLOO, HERMESSE, JOOS, LEONARD, MAHAUX, MESTRUM, PALSTERMAN, PELTIER, PRAET, RAES, RAMAEKERS, SCHROOYEN, SIJBERS, SMEETS, SMIETS, VANDENBREEDEN, VAN DEN OEVER, VAN GANSBEKE, VAN LANCKER, VERCAMMEN, VERERTBRUGGEN, WILLEMS, MEMBRES;

MME DE PAEPE ET

MM. DEKEYSER, FACON, STOEFS, COMMISSAIRES DU GOUVERNEMENT;

M. VERHAEVERT, CONSEILLER BUDGÉTAIRE ET FINANCIER;

M. DE COCK, ADMINISTRATEUR GÉNÉRAL;

M. COLLIN, ADMINISTRATEUR-GÉNÉRAL ADJOINT;

M. DE RIDDER, FONCTIONNAIRE DIRIGEANT;

MM. DAUBIE ET GHILAIN, CONSEILLERS GÉNÉRAUX;

MME HUBIN ET

M. BREDÁ, CONSEILLERS ACTUAIRES;

MM. MAROY ET VERSCUREN, CONSEILLERS;

MMES BEEKEN, CLAES, DE RUDDER, DETHIER, GOETSCHALCKX, HUYCK, SOETE, VOLANT ET

MM. BROIGNIEZ, HALLEZ, LEDENT, THIJS, VAN DE VELDE, VAN MEENEN, VRAY, ATTACHÉS;

M. VAN BUSSEL, COORDINATEUR DE PROJET DE L'INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP).

L'INTERPRÉTATION SIMULTANÉE EST ASSURÉE PAR :

MMES CRABBE ET VANHULST, ATTACHÉS.

EXCUSÉS :

M. MOENS, VICE-PRÉSIDENT;

MME RUTTEN ET

MM. DE TOEUF, MASSON, MEMBRES.

SOMMAIRE

1. Procès-verbal de la réunion du 02-02-2015
2. Article 27 de la nomenclature :
 - Liste des produits admis au remboursement pour le matériel de stomie et d'incontinence - mise à jour ;
 - Liste concernant des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe - mise à jour (Note CSS 2015/039)
3. Article 28, § 8 de la nomenclature : mise à jour de la liste des aides à la mobilité et leurs adaptations admises au remboursement (Note CSS 2015/040)
4. Mise à jour des listes nominatives pour les implants et les dispositifs médicaux invasifs (Note CSS 2015/036)
5. Implants : Règle interprétative - traction transosseuse (Note CSS 2015/047)
6. Mesures d'économies dans le secteur des implants (Note CSS 2015/057)
7. Modalités de financement du contrôle de qualité externe des laboratoires de biologie clinique agréés - projet d'Arrêté Royal (Note CSS 2015/052)
8. Formes alternatives de soins à des personnes âgées fragiles : proposition d'avenant prolongeant certaines interventions développées dans le premier appel à projets (Note CSS 2015/048)
9. Evaluation scientifique des formes alternatives de soins à des personnes âgées fragiles : adaptation du protocole d'évaluation et avenant aux conventions (Note CSS 2015/049)
10. Propositions de modifications individuelles aux conventions de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles (Note CSS 2015/050)
11. Convention Huntington avec le UPC Sint Kamillus à Bierbeek : l'adhésion d'une nouvelle institution résidentielle (Note CSS 2015/051)
12. a) Projet d'Arrêté Royal : mesure d'économie hémodialyse (Note CSS 2015/053)
b) Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/053 add.)
13. a) Actualisation de l'enveloppe annuelle octroyée au « Revalidatiecentrum D.A.T. - Houtemstraat 115B - 3300 TIENEN » (numéro d'identification INAMI 9.53.607.97) (Note CSS 2015/054)

b) Actualisation de l'enveloppe annuelle octroyée au « Revalidatiecentrum 't Veld - Ichtegemsestraat 32 - 8211 AARTRIJKE » (numéro d'identification INAMI 9.65.264.80) (Note CSS 2015/055)
14. a) **Modification de la nomenclature dentaire - article 5 et 6 - Réinstaurer un mécanisme de nomenclature avec des valeurs P visant à limiter les « outliers » (Note CSS 2015/041)**
b) **Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/041 add.)**

15. a) Intervention dans le coût des produits radio-pharmaceutiques - projet de la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables (Note CSS 2015/037)
b) Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/037 add.)
16. a) PREPARATIONS MAGISTRALES - adaptation de la liste - projet d'Arrêté Royal (Note CSS 2015/042)
b) Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/042 add.)
17. Projet « Europees Sociaal Observatorium/Observatoire Social Européen » (OSE vzw)
Projet de convention entre INAMI et OSE asbl pour le financement d'une convention d'étude (2015-2017) via l'article 56 (Note CSS 2015/043)
18. Convention de collaboration conclue entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP), en vue de fournir un service technique, nommé healthdata.be, pour le rassemblement, la gestion et le développement des données de santé et de soins de santé pour une recherche scientifique, en application de l'article 22, 20° de la loi SSI du 14 juillet 1994 (Note CSS 2015/044)
19. Financement des postes de garde de médecine générale :
 - Frais de fonctionnement 2015 AGEF
 - Frais de fonctionnement 2015 Waasland(Note CSS 2015/046)
20. Budget global des moyens financiers pour la biologie clinique, l'imagerie médicale, l'anatomopathologie et les examens génétiques pour 2015 (Note CSS 2015/045)
21. Rapport standardisé concernant les dépenses comptables du premier semestre 2014 (audit permanent). Partie 3 (Note CSS 2014/408)
22. Communication
 - Prévision de la trésorerie INAMI pour le mois de JANVIER 2015 (Note CSS 2015/035)
 - Calendrier des réunions du Comité de l'assurance pour l'année 2015 (modification) (Note CSS 2015/056)
23. Divers

M. PERL, président, ouvre la réunion à 10h06.

1. Procès-verbal de la réunion du 02-02-2015

Le procès-verbal est approuvé moyennant adaptation aux remarques de M. FACON, commissaire du gouvernement, à la page 30.

2. Article 27 de la nomenclature :

- Liste des produits admis au remboursement pour le matériel de stomie et d'incontinence - mise à jour ;
- Liste concernant des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe - mise à jour (Note CSS 2015/039)

Mme DE RUDDER introduit la note CSS 2015/039.

Le Comité de l'assurance approuve la mise à jour des listes.

3. Article 28, § 8 de la nomenclature : mise à jour de la liste des aides à la mobilité et leurs adaptations admises au remboursement (Note CSS 2015/040)

Mme DE RUDDER introduit la note CSS 2015/040.

Le Comité de l'assurance approuve la mise à jour de la liste.

4. Mise à jour des listes nominatives pour les implants et les dispositifs médicaux invasifs (Note CSS 2015/036)

M. VAN DE VELDE introduit la note CSS 2015/036.

Le Comité de l'assurance approuve la mise à jour des listes.

5. Implants : Règle interprétative - traction transosseuse (Note CSS 2015/047)

M. VAN DE VELDE introduit la note CSS 2015/047.

M. MAHAUX est d'accord que si le dispositif ne reste pas plus de 30 jours, il ne répond pas à la définition du matériel médical implantable. Par contre, il a recherché dans la législation et il ne voit pas ce qui autorise la nomenclature à interpréter la loi sur les hôpitaux. Dire que l'implant est à charge du BMF n'est pas du tout légalement justifié. Il ne trouve rien dans la loi de 1994 de l'INAMI ainsi que dans d'autres législations qui puisse justifier cette prise de position dans une règle interprétative. Il conteste donc de reprendre dans la règle interprétative que le dispositif est à charge du BMF. Dans les faits et selon la loi sur les hôpitaux, le matériel n'est pas remboursable et est à charge du BMF. Mais sur le plan juridique, le préciser dans une règle interprétative est contestable.

M. VAN DE VELDE répond qu'il s'agit d'une référence à l'article 102 de la loi sur les hôpitaux qui dit que si ce n'est pas un implant et qu'il n'existe pas de remboursement via la liste des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables alors c'est à charge du budget des moyens financiers de l'hôpital.

M. MAHAUX est d'accord. C'est la loi sur les hôpitaux mais une règle interprétative n'a pas la possibilité d'interpréter une disposition de la loi sur les hôpitaux. Il ne dit pas qu'il faut le facturer aux bénéficiaires.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, résume la demande de M. MAHAUX à savoir biffer les références « à charge du budget des moyens financiers. » dans la règle interprétative. Cela n'influence pas le fait que le produit ne peut pas être à charge du bénéficiaire.

Le Comité de l'assurance fixe la règle interprétative ainsi que la date d'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2014, moyennant la suppression de la référence au budget des moyens financiers.

6. Mesures d'économies dans le secteur des implants (Note CSS 2015/057)

M. VAN DE VELDE introduit la note CSS 2015/057.

M. BAUVAL demande une correction de vocabulaire au point 7 des mesures, ce sont des filets vaginaux et pas des meshes vaginales. Les meshes, c'est autre chose.

M. VERCAMMEN aimerait faire une autre remarque. On renvoie d'une part les prothèses de dos et neurostimulation vers l'Evidence-based medicine, ce qui est une bonne chose et d'autre part, on fait référence à l'éventuel début d'une concertation multidisciplinaire mais il manque la place du médecin traitant qui n'est pas cité en tant que tel ainsi que la place des associations scientifiques qui peuvent se pencher sur les indications. L'implication du médecin traitant comme surveillant du dossier médical doit être repris dans les dispositions.

Mme NOLIS est préoccupée par les économies des implants au niveau de l'impact sur le budget des hôpitaux, par exemple les corrections pour les implants de la colonne vertébrale, ... Certaines marges pour les pharmaciens vont disparaître. Il y aura des implants qui vont être proposés à l'hôpital qui seront plus chers que le remboursement et qui seront à charge du budget. C'est donc une implication sévère pour le budget des hôpitaux.

Il y a des remboursements par exemple pour la kyphoplastie et pour les filets qui sont mis à zéro et si ce matériel est utilisé dans les hôpitaux, ce sera à charge du budget ou des médecins. Elle trouve que ce serait plus honnête de dire qu'étant donné qu'il n'y a pas encore d'évidence scientifique, le produit ne peut plus être utilisé dans les hôpitaux. Ces recommandations pourraient être données à notre comité médical et à nos médecins. Vous ne pouvez pas tenir un double discours. Cela semble ici être un double raisonnement. Cela a également été signalé à la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs.

Soit il y a des preuves et c'est utilisable. Soit il n'y a pas de preuve mais alors c'est étrange de dire que ça peut être utilisé et donc à charge des hôpitaux.

M. GALLOO répond qu'il s'agit d'une solution intermédiaire. D'un côté, il y a une série de choses où on suppose qu'il n'y a pas d'évidence ou pour lesquelles il y a beaucoup de réactions via les médias et via les magazines scientifiques qui signalent qu'il y a un problème sérieux.

Au même moment, on doit faire des économies. Nous avons jugé que pour la kyphoplastie et les filets vaginaux, le remboursement devait être réduit à zéro et qu'on devait attendre, en ce qui concerne la kyphoplastie, l'avis du KCE en mars-avril. En ce qui concerne les filets vaginaux, on devait attendre l'avis via l'Europe et via l'AFMPS. Le remboursement pour les filets posés par voie abdominale sera éventuellement revu au sein de la Commission. Il s'agit d'une mesure temporaire et nous allons voir jusqu'où nous pouvons aller. S'il semble ne pas y avoir de preuve, il soutient la proposition de Mme NOLIS de dire que les produits ne doivent plus être utilisés en hôpital en raison du manque de preuves scientifiques. Pour ce faire, nous attendons pour les deux points l'avis de l'Europe et du KCE.

M. RAMAEKERS souhaite réagir par rapport au fait que les médecins généralistes doivent être impliqués. Cela lui semble extrêmement important pour des pathologies telles que la douleur chronique car cela commence souvent par l'utilisation judicieuse ou non de médicaments. C'est également important dans le choix final pour l'intervention invasive car le médecin traitant a un rôle unique d'évaluer le patient et évaluer la possibilité d'amélioration ou non.

Au sein du Conseil technique médical, des initiatives peuvent être prises. Un groupe de travail spécifique peut être organisé et les associations professionnelles peuvent collaborer activement. C'est tout de même un problème au niveau de la Santé publique. Nous avons essayé d'aborder ce problème via les économies dans le secteur des implants.

Il peut suivre le raisonnement de Madame NOLIS. Notre système n'est pas complet mais il y a également des problèmes au niveau européen notamment des problèmes de labels C.E. Pour les implants, c'est le monde à l'envers. Il faudrait attendre les garanties (études cliniques transparentes) avant d'implanter afin de garantir la sécurité mais ce n'est pas le cas. Cela doit changer et il espère que cela se fera rapidement car les problèmes de labels C.E reviennent de plus en plus dans la presse. Lorsque l'on pose une question à l'AFMPS en ce qui concerne les garanties de qualité, nous ne recevons pas de réponses concluantes. La réponse est généralement que tant qu'il n'y a pas de signalement massif du terrain, le certificat C.E. suffit.

Il faut donc être conscient que dans le secteur des implants, on n'arrive pas toujours à garantir la Santé publique. Pour certains implants, il aurait mieux fallu qu'il ne soit pas mis sur le marché. Depuis peu, un représentant de l'AFMPS est présent à la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs.

M. MAHAUX se joint aux remarques. Ce n'est pas aux associations hospitalières de diffuser des messages de santé publique dès le moment où des instances officielles ont pris position. Ce n'est pas à nous de dire aux hôpitaux 'n'implantez pas'. Dès le moment où on n'est pas sûr qu'on est dans le cadre de l'EBM et qu'on n'est pas sûr qu'il n'y ait pas de risque pour le patient, c'est aux organes officiels de prendre des positions claires en la matière. Ce ne sont pas les institutions ou associations hospitalières qui doivent diffuser ce genre de messages. Ils n'ont pas la capacité ni l'expertise pour le faire. Il trouve regrettable que la Commission ait botté en touche.

M. LAASMAN, vice-président, a une question. Dans le courrier de la Ministre, on parle d'un pacte de stabilité pour le reste de la législature avec la volonté d'avoir un trajet budgétaire durable notamment pour l'accès à l'innovation. Il est clair qu'on soutient de notre côté cette volonté. Les mutualités au Comité de l'assurance avaient même plaidé pour un stand-still budgétaire dans ce secteur vu les besoins importants. Au-delà des innovations, il y a également la question des interventions personnelles qui reste importante même s'il reconnaît qu'ici avec les mesures qui sont prises, il y aura un impact. Il se demande dans quelles mesures le Comité de l'assurance sera associé à cette discussion/concertation notamment dans le cadre de la procédure budgétaire puisque l'initiative est laissée au Comité de l'assurance.

Il pose une question de procédure à savoir comment cette discussion sur une trajectoire budgétaire sur l'ensemble de la législature va s'intégrer aux avis qui sont remis ici au Comité de l'assurance et notamment sur ce secteur où les besoins restent importants.

M. FACON, commissaire du gouvernement, dit qu'ils ont commencé par une note de méthodologie pour un pacte de stabilité pour le secteur des médicaments mais pas encore pour les implants (approche, timing, processus,...). Ils vont d'abord tirer les leçons du secteur des médicaments et à un moment donné retravailler sur les implants. Il ne peut donc pas encore répondre à la question de M. LAASMAN, vice-président.

M. PERL, président, fait remarquer que c'est annoncé dans la lettre de la Ministre.

Le Comité de l'assurance prend connaissance du contenu de cette note.

7. Modalités de financement du contrôle de qualité externe des laboratoires de biologie clinique agréés - projet d'Arrêté Royal (Note CSS 2015/052)

M. VRAY introduit la note CSS 2015/052.

Le Comité de l'assurance donne un avis favorable sur le projet d'Arrêté Royal.

8. Formes alternatives de soins à des personnes âgées fragiles : proposition d'avenant prolongeant certaines interventions développées dans le premier appel à projets (Note CSS 2015/048)

M. LEDENT introduit la note CSS 2015/048.

M. MAHAUX se demande comment tout cela fonctionne concrètement étant donné qu'il s'agit de l'exécution d'un protocole avec les entités fédérales tandis que les communautés et les régions sont déjà compétentes et les mesures qui sont prises, dont les adaptations barémiques, concernent quand même des périodes relativement longues.

M. LEDENT répond que la réforme de l'État concerne effectivement une partie de cette forme alternative de soins. Initialement, il y avait 4 catégories d'interventions prévues en fonction du type d'intervention et les catégories 1 et 4 (donc les projets qui ont été développés dans ces catégories) font partie actuellement des compétences des communautés et des régions tant sur le plan du contenu que du financement. Pendant les 6 premiers mois de 2015, tous les projets ont été prolongés indépendamment de la catégorie à laquelle ils appartiennent avec l'accord des communautés et des régions afin d'assurer une transition entre la fin de la convention et la proposition dans le cadre des travaux des communautés et des régions. La présente note ne traite que des projets des catégories 2 et 3 pour lesquels les autorités fédérales restent compétentes. Le fait que ces dispositions concernent une période de 4 ans ne constitue donc en aucun cas un obstacle.

M. BRONCKAERS demande des précisions concernant le calcul du nombre de patients dans les différents projets. Pour certains projets, le caseload est en effet augmenté comme pour le projet 75902104. Il se demande si cela se fait sur proposition de l'établissement ou du groupe de travail. Il se demande si 1 ETP (équivalent temps plein) suit 35 personnes âgées, soit au total 148 personnes qui seront suivies sur une base annuelle.

M. LEDENT répond que le caseload est augmenté à la demande du groupe de travail. Il est toutefois très difficile de répondre à l'autre partie de la question. Il est important de définir le caseload. Il s'agit du nombre de patients qu'un projet suit à un moment donné. Les patients ne sont jamais suivis une année complète, il y a toujours un flux de patients pendant une année. On peut donc déterminer une durée moyenne de prise en charge. Le lien entre le caseload et le nombre de patients sur une base annuelle dépend de la durée de la prise en charge. Le caseload est le nombre de patients qui sont suivis annuellement, divisé par le nombre de jours par an multiplié par le nombre moyen de jours de prise en charge. Toute information supplémentaire peut être obtenue auprès du Service.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, ajoute que chaque projet est examiné individuellement et que les éléments, dans le cas du caseload, ont été examinés de manière bilatérale.

M. HERMESSE constate que les projets se trouvent dans une phase expérimentale. On dispose des premiers résultats mais l'idée est selon lui d'étendre ces projets si ces formes de soins alternatives s'avèrent efficaces. À un moment donné, il faut regarder dans quelle mesure on peut permettre le développement de ces formes de soins alternatives afin qu'elles puissent également être élaborées ailleurs. Ces projets ont notamment un impact positif sur la diminution du coût des soins dispensés lors de séjours résidentiels. Il s'agit de formes de soins alternatives qui doivent permettre d'éviter le coût des soins pour les séjours résidentiels. Il suppose qu'une étude examinant le coût et les avantages sera donc présentée au Comité de l'assurance en sachant que la diminution du coût résidentiel signifie une diminution du coût pour les communautés et les régions.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, répond que l'ensemble des coûts est évalué. Ce point sera présenté dans la note CSS 2015/049 avec le protocole d'enquête. Une étude des coûts est en cours mais ceci peut impliquer que les économies soient réalisées principalement dans la partie qui est à charge des communautés et que les autorités fédérales prennent en charge l'effort supplémentaire. Il est impossible de déjà se prononcer à ce sujet. Il donne un exemple sur le raccourcissement de la durée d'hospitalisation grâce à une meilleure organisation des soins qui permettrait une diminution du coût au niveau fédéral et une augmentation du coût par exemple s'il s'agit d'accouchements en termes de soins de maternité. Ce sont les effets auxquels on peut s'attendre.

M. HERMESSE répond que si l'on souhaite financer à l'avenir le développement de telles formes de soins alternatives qui démontrent leur efficacité, cela mènera obligatoirement à la conversion de l'offre d'autres soins. Il ne voit pas comment le financement pourrait se faire autrement. Selon lui, la philosophie sous-jacente de ces projets est d'offrir un cadre de soins à un grand nombre de personnes en supposant que des moyens puissent être trouvés ailleurs. Ces formes de soins alternatives, pour lesquelles il existe des résultats, sont une expérimentation mais doivent pouvoir être offertes à toute la population à un moment donné et donc sortir de la phase expérimentale sinon il s'agit d'une certaine forme de discrimination. Dans certains endroits il y aura des possibilités de formes de soins alternatives et dans d'autres pas. Il est logique que dans une phase expérimentale ces formes de soins alternatives soient proposées là où l'expérimentation est réalisée, mais en supposant que ces formes de soins alternatives fonctionnent de manière positive, ces formes de soins doivent être offertes à tous les citoyens. Il faut donc trouver le financement nécessaire à cet effet. Si plus rien ne se passe après, cette expérience aura été selon lui un exercice intéressant mais ce ne doit pas être l'objectif.

M. PERL, président, déclare que ce n'est pas un cas isolé.

M. HERMESSE déclare que beaucoup de temps et d'énergie sont consacrés à ces projets, par exemple pour leur évaluation et leur établissement. À un moment donné, il doit quand même s'agir d'un instrument pour orienter la politique en matière de santé. Il faut également dépasser la première étape selon lui sinon cela reste un exercice, même s'il s'avère intéressant.

M. PERL, président, répond que cela implique une évaluation et que l'impact budgétaire doit être examiné à un moment donné. Cela lui semble nécessaire.

M. VAN GANSBEKE souhaite signaler au nom du groupe de travail qu'un effort important est consenti pour suivre les projets de manière très critique et donc veiller à ce que les projets puissent être mieux comparés et qu'on puisse ainsi mieux évaluer la réelle plus-value et l'économie qui pourrait être réalisée à un autre endroit sur le long terme. Il souligne que de nombreux efforts ont déjà été réalisés tant par le groupe de travail que par l'administration et l'équipe scientifique afin que les caractéristiques des interventions les plus efficaces dans ces formes de soins alternatives apparaissent dans tous les projets. De cette manière, les projets efficaces peuvent être scindés des projets moins efficaces. Il déclare que les projets qui n'ont vraiment pas de réelle plus-value sont arrêtés à temps et que ces projets, dont on peut escompter un effet à condition qu'ils soient quelque peu adaptés, sont rendus possibles. Il est important de pouvoir effectuer l'évaluation d'une telle manière.

Le Comité de l'assurance :

- approuve le projet d'avenant et ensuite conclut l'avenant avec les 15 projets pour lesquels l'activité est prolongée;
- donne un avis favorable sur le projet d'Arrêté Royal (annexe 2).

9. Evaluation scientifique des formes alternatives de soins à des personnes âgées fragiles : adaptation du protocole d'évaluation et avenant aux conventions (Note CSS 2015/049)

M. LEDENT introduit la note CSS 2015/049.

Le Comité de l'assurance approuve le protocole d'évaluation scientifique et conclut les avenants avec les universités concernées.

10. Propositions de modifications individuelles aux conventions de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles (Note CSS 2015/050)

Mme HUYCK introduit la note CSS 2015/050.

Le Comité de l'assurance approuve les propositions du groupe de travail « Soins alternatifs et de soutien pour personnes âgées fragiles » afin que les avenants mentionnés puissent être conclus.

11. Convention Huntington avec le UPC Sint Kamillus à Bierbeek : l'adhésion d'une nouvelle institution résidentielle (Note CSS 2015/051)

Mme HUYCK introduit la note CSS 2015/051.

Le Comité de l'assurance conclut l'avenant qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

**12. a) Projet d'Arrêté Royal : mesure d'économie hémodialyse (Note CSS 2015/053)
b) Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/053 add.)**

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, introduit la note CSS 2015/053.

Le Comité de l'assurance prend connaissance de l'avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire.

Mme NOLIS indique tout d'abord que bien qu'elle ait reçu l'invitation pour la Commission de conventions du 12/2, son organisation n'a pu y participer étant donné que l'invitation a été transmise trop tard.

Cependant, elle peut rejoindre les hôpitaux qui plaident pour la suppression du lien avec le prix de journée vu que cela engendre une variation des prix entre les hôpitaux, et ce depuis des années.

Une diminution linéaire pénaliserait tous les hôpitaux. Elle espère qu'une proposition alternative pourra être introduite rapidement. Elle a entendu qu'il y avait déjà une proposition alternative qui circulait. Donc, elle demande au Cabinet si le texte de cette proposition alternative pouvait lui être communiqué avant le 25/2 afin d'en faire une première lecture.

M. FACON, commissaire du gouvernement, répond qu'il n'y a pas encore de texte. Il ne sait pas d'où provient cette information.

M. MAHAUX indique qu'il a marqué son accord à la Commission de conventions sur ce qui était proposé et qui n'est jamais qu'une exécution technique d'une économie.

Il voudrait simplement faire remarquer que ça n'implique évidemment pas un accord sur l'économie qui est réalisée. Il trouve qu'on est toujours en train de tirer sur la même corde, que la dialyse était effectivement un poste bénéficiaire au sein de l'hôpital mais qu'aujourd'hui, avec ce qu'on est en train de leur enlever, il va tout doucement devenir déficitaire. On est vraiment à la limite. Il pense que les alternatives dont ils vont discuter à partir de mercredi seront basées sur les budgets disponibles, donc sur base d'un budget qui va véritablement être « à la corde » sous prétexte qu'il faut favoriser l'extrahospitalier dont on a mis en évidence qu'il n'est pas nécessairement moins cher que l'hospitalier aujourd'hui.

Donc, on va se retrouver dans une épure budgétaire qui va être très compliquée compte tenu d'une incidence qui est de plus en plus importante vu le vieillissement de la population.

Il veut simplement préciser qu'il est d'accord sur la technique, ils n'ont évidemment pas beaucoup de marge de négociation, mais au niveau du budget, cela va être très compliqué d'arriver à un accord dans des budgets qui sont aussi serrés et qui vont impliquer que les néphrologues vont devoir faire de très gros sacrifices. Donc, il espère qu'ils en sont conscients et qu'ils seront d'accord de les faire.

Le Comité de l'assurance donne un avis favorable sur le projet d'Arrêté Royal.

13. a) **Actualisation de l'enveloppe annuelle octroyée au « Revalidatiecentrum D.A.T. - Houtemstraat 115B - 3300 TIENEN » (numéro d'identification INAMI 9.53.607.97) (Note CSS 2015/054)**
- b) **Actualisation de l'enveloppe annuelle octroyée au « Revalidatiecentrum 't Veld - Ichtegemsestraat 32 - 8211 AARTRIJKE » (numéro d'identification INAMI 9.65.264.80) (Note CSS 2015/055)**

M. VERSCUREN introduit les notes CSS 2015/054 et CSS 2015/055.

M. SMEETS voudrait savoir s'il existe des dossiers similaires du côté francophone, qui ont été étudiés au niveau de l'administration ici mais qui n'ont pas encore reçu l'accord du Ministre Wallon.

M. VERSCUREN répond qu'il y a, en effet, des dossiers similaires pour le recalcul des coûts salariaux pour lesquels l'avis de l'entité fédérée compétente a été demandé. Cependant, il n'a pas encore reçu de réponse. Dès qu'il reçoit une réponse, ces dossiers seront également soumis ici.

M. SMEETS demande s'il est possible de lui communiquer une liste de ces dossiers afin de pouvoir éventuellement agir.

M. COLLIN, administrateur-général adjoint, indique qu'un suivi est de toute façon effectué par les cabinets concernés.

Le Comité de l'assurance conclut les avenants.

14. a) **Modification de la nomenclature dentaire - article 5 et 6 - Réinstaurer un mécanisme de nomenclature avec des valeurs P visant à limiter les « outliers » (Note CSS 2015/041)**
- b) **Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/041 add.)**

M. VAN MEENEN introduit la note CSS 2015/041.

Le Comité de l'assurance prend connaissance de l'avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire.

Le Comité de l'assurance décide de transmettre la proposition de modification de la nomenclature des prestations de soins de santé au Ministre.

15. a) **Intervention dans le coût des produits radio-pharmaceutiques - projet de la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables (Note CSS 2015/037)**
- b) **Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/037 add.)**

Mme SOETE introduit la note CSS 2015/037.

Le Comité de l'assurance prend connaissance de l'avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire.

Le Comité de l'assurance donne un avis favorable sur le projet d'Arrêté Royal, moyennant la modification communiquée en réunion.

16. a) **PREPARATIONS MAGISTRALES - adaptation de la liste - projet d'Arrêté Royal (Note CSS 2015/042)**
- b) **Avis de la Commission de contrôle budgétaire (Note CSS 2015/042 add.)**

Mme DETHIER introduit la note CSS 2015/042.

Le Comité de l'assurance prend connaissance de l'avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire.

Le Comité de l'assurance décide de transmettre le projet d'Arrêté Royal au Ministre.

- 17. Projet « Europees Sociaal Observatorium/Observatoire Social Européen » (OSE vzw) Projet de convention entre INAMI et OSE asbl pour le financement d'une convention d'étude (2015-2017) via l'article 56 (Note CSS 2015/043)**

M. THIJS introduit la note CSS 2015/043.

Le Comité de l'assurance donne un avis favorable sur le projet de convention (annexe 3) et conclut ensuite la convention.

- 18. Convention de collaboration conclue entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP), en vue de fournir un service technique, nommé healthdata.be, pour le rassemblement, la gestion et le développement des données de santé et de soins de santé pour une recherche scientifique, en application de l'article 22, 20° de la loi SSI du 14 juillet 1994 (Note CSS 2015/044)**

M. THIJS introduit la note CSS 2015/044 et cède la parole à M. VAN BUSSEL, coordinateur de projet (WIV-ISP), pour qu'il donne de plus amples informations.

M. FACON, commissaire du gouvernement, trouve que ce projet est très intéressant mais ajoute que la Cellule stratégique se pose encore plusieurs questions tant sur le contenu que sur le volet budgétaire. Il propose d'abord de présenter le document en détail à la Cellule stratégique avant qu'il ne soit approuvé.

M. CALLEWAERT formule deux remarques. Tout d'abord, par rapport au fait que l'Institut a le pouvoir de conclure des conventions avec des institutions autres que fédérales, jusqu'où cela va-t-il ? N'importe quelle instance peut-elle entrer dans le système ou bien doivent-elles être liées au secteur ou encore doit-il s'agir d'acteurs privés par exemple ? Ensuite, il souhaite obtenir des explications concernant le fonctionnement exact car, comme on le voit dans le récapitulatif budgétaire, un poste important dans le budget total est réservé à la consultance (2,3 millions d'EUR). Il demande une réponse aux deux questions.

M. RAMAEKERS signale que d'un point de vue conceptuel, de nombreux éléments qualitatifs sont réunis. Ses questions portent sur le côté très pratique. Tout d'abord, comment va s'organiser l'utilisation de plus en plus répandue des données par l'INAMI et, parallèlement, par les Communautés / Régions ?

Ensuite, il se demande comment se déroule l'encadrement en cas (de demande) d'utilisation des données. Une facture supplémentaire est-elle établie ? Traditionnellement, la collaboration entre les autorités est aisée, mais qu'est-ce que cela représente pour d'autres parties, en partant également de l'hypothèse d'un budget de plus de 2 millions d'EUR pour la consultance ? Quel modèle de coût considère-t-on comme « business model » si des autorités ou des institutions scientifiques veulent utiliser des données ?

Enfin, il a été dit dans l'introduction qu'une telle conception de nouveau modèle de données peut / devrait faciliter la charge d'enregistrement (et la méthode d'enregistrement) pour les dispensateurs de soins et les établissements. Avant de pouvoir parler du véritable démarrage et de l'impact prévu de ce modèle de données, le temps aura passé. C'est la raison pour laquelle nous estimons, partant de diverses considérations, que des décisions pourront être prises relativement rapidement pour permettre d'intégrer plus rapidement au moins la duplication déjà existante de l'enregistrement des données. Ce serait un bon signal pour le secteur. Il se tourne vers un autre banc présent qui a récemment fait des propositions en la matière.

Mme NOLIS partage les remarques formulées et le plaidoyer visant à (pouvoir) réduire la charge d'enregistrement. Ce projet représentera assurément une plus-value pour les hôpitaux. Elle a néanmoins une question concrète sur le groupe de direction et la représentation des médecins à partir du banc des dispensateurs de soins dans ce groupe de direction. Une proposition de candidat médecin doit-elle être transmise à l'INAMI ou à l'ISP ?

M. DE COCK, administrateur général, propose de conclure la convention dans un premier temps et de parler seulement ensuite des représentants dans ce groupe de direction.

M. BRONCKAERS estime également que c'est un excellent projet.

Il comprend que le budget prévu pour 2015 est destiné au lancement du projet et il considère que des registres existants pour lesquels l'INAMI paie déjà l'ISP, avec le registre et la validation des données, seront dans le futur intégrés à ce modèle de données.

Sa question porte sur l'analyse des données. Est-elle comprise dans des contrats spécifiques avec l'ISP ou avec d'autres acteurs ? Il n'a pas pu le déterminer à partir de la note.

Il comprend qu'Healthdata.be est une plate-forme de données qui traite uniquement la validation des données sans en faire l'analyse et qu'elle intègre les actuels registres (à l'ISP) comme le diabète. Un contrat spécifique doit être conclu pour l'analyse des données.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, confirme ces dires.

M. VERERTBRUGGEN comprend que des solutions informatiques existantes pour la collecte et l'échange des données – aujourd'hui en production – pourraient éventuellement également entrer en ligne de compte pour être utilisées dans ce contexte.

M. HERMESSE constate que le budget prévu est un premier élan pour lancer le projet Healthdata.be mais le développement et la réalisation futurs de ce projet IT nécessitent un budget supplémentaire. Par conséquent, il faut selon lui en réalité parler de budget récurrent dont l'ampleur n'est pas connue.

En plus du démarrage, le futur développement de ce modèle de données et sa maintenance nécessitent aussi un budget. Conclure une convention pour un an et prendre ensuite la décision de ne pas pouvoir la reconduire n'a tout de même aucun sens. D'où l'importance de savoir ce que cela signifiera à l'avenir. Vu la portée de ce projet, le service est large puisqu'il comprend aussi un programme de maintenance de la base de données, un helpdesk, etc. Il est bon de savoir dès le démarrage ce que représente le coût de démarrage et quel est le coût récurrent attendu.

M. PERL, président, comprend qu'il faut s'attendre à des coûts supplémentaires lorsque le projet aura atteint sa vitesse de croisière.

Il en conclut qu'il subsiste des questions pour lesquelles une réponse est attendue et que le commissaire du gouvernement demande de reporter la décision concernant ce dossier à la prochaine réunion. Compte tenu des remarques et des questions formulées, il propose de mettre ce point en suspens.

M. DE COCK, administrateur général, demande de ventiler plus en détail le budget prévu de 2,75 millions d'EUR, d'établir un modèle de coût adapté en fonction des différentes sous-rubriques pour lesquelles les moyens seront exploités et le coût récurrent estimé.

Mais il souligne également que ce projet répond à une demande internationale en matière de politique d'utilisation et de gestion des données, d'organisations comme l'OCDE qui a récemment publié une étude intéressante relative aux « données et aux soins de santé ». Nous nous efforçons de nous en inspirer pour faire une double utilisation des données déjà « disponibles » et d'éviter une réintroduction des données.

Mais l'ouverture aux autres est effectivement une politique qu'il convient encore d'examiner. Ce que nous réclamons aujourd'hui, c'est le lancement d'une plate-forme qui puisse réaliser une harmonisation plutôt que de devoir commencer à introduire 6-7 fois la même chose. Il est pleinement conscient que ce processus sera évolutif. Il est d'ailleurs clairement précisé dans la note également qu'il faut régulièrement faire rapport au Comité de l'assurance des activités de cette plate-forme. Mais il est bon de fournir davantage de détails sur le plan financier.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, ajoute que, comme le précise la note introductive, les initiateurs sont les autorités et que l'autorité se chargera de financer le projet et le rendre disponible. De nombreux projets peuvent du reste également être associés aux décisions concernant le remboursement des prestations.

Il doit également être possible que les compilations de données qui sont actuellement financées par des firmes privées puissent être également extraites à l'avenir de banques de données publiques, par exemple en vue de la demande de remboursement d'un médicament ou du suivi du remboursement d'un médicament.

En annexe, il est également précisé que les projets associés au remboursement, à savoir les projets QERMID, SAFE et Orthoprider, feront partie du planning pour être intégrés dans cette approche.

M. PERL, président, suggère un report du dossier compte tenu de toutes les remarques qui ont précédé.

Le Comité de l'assurance tient sa décision en suspens.

19. Financement des postes de garde de médecine générale :

- **Frais de fonctionnement 2015 AGEF**
 - **Frais de fonctionnement 2015 Waasland**
- (Note CSS 2015/046)**

M. MAROY introduit la note CSS 2015/046.

Le Comité de l'assurance donne un avis favorable sur le financement des frais de fonctionnement (+ réserve) pour 2015 pour les deux projets.

20. Budget global des moyens financiers pour la biologie clinique, l'imagerie médicale, l'anatomopathologie et les examens génétiques pour 2015 (Note CSS 2015/045)

Mme HUBIN introduit la note CSS 2015/045.

M. MAHAUX aimerait bien qu'on reprenne dans les notes, un élément qui est un élément relatif aux forfaits qui ont servi de base au calcul des forfaits par admission aussi bien d'imagerie médicale que de biologie parce qu'on voit ici, dans la note, qu'on tient compte d'une réduction maintenant jusqu'à 67 % desdits forfaits. Mais si on applique la réduction dans la facturation, il faut évidemment que ce soit sur base d'un forfait à 100 %.

Comme on travaille par phase sur base d'estimations techniques, il aimerait avoir la certitude sur le montant qui a été considéré comme montant de référence pour le calcul des forfaits est bien le montant à 100 %.

Sinon, on risque de l'oublier et éventuellement de baser le calcul sur des forfaits déjà diminués et alors payer 2 fois. Il est devenu très méfiant. C'est pourquoi, il voudrait quand même avoir l'information.

M. MAHAUX indique qu'on tient déjà compte de la diminution de 1 % des honoraires des médecins non accrédités. Donc, il voudrait savoir si cela a été transposé dans la nomenclature. Dans le cas contraire, comment va-t-on faire pour réaliser l'économie vu qu'on tient compte d'une économie en année pleine alors que la nomenclature n'a pas été adaptée. Donc, ils vont être quelque part pénalisés puisqu'ils auront payé et qu'il va falloir réaliser l'économie.

Il demande comment cela va-t-il être réglé.

Mme NOLIS a deux questions pratiques. Premièrement, les forfaits par admission sont effectivement diminués de 82 % à 67 % mais quelle est au juste la date d'entrée en vigueur. Elle n'arrive pas vraiment à conclure que la date d'entrée en vigueur est le 1^{er} janvier 2015 et les hôpitaux lui ont laissé entendre que cela n'avait pas encore été publié.

Ensuite, concernant la mammographie, elle pensait qu'il y avait une économie dans la mammographie diagnostique mais pas dans la mammographie digitale. En effet, elle remarque qu'il y a aussi un montant en négatif dans la mammographie digitale.

Mme HUBIN répond que concernant la mammographie digitale, la 1^{ère} diminution est une correction sur les estimations techniques étant donné que le budget prévu au départ ne correspond pas tout-à-fait à la réalité, notamment en ce qui concerne la répartition entre le secteur ambulatoire et les hôpitaux. Donc, premièrement, il y a un montant mis en négatif dans les estimations techniques qui est ensuite ajouté dans la dernière ligne mammographie digitale.

Ces informations sont reprises dans le tableau 3.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, précise qu'on parle des estimations techniques de départ. Il ne s'agit pas du montant fixé par le Conseil général. Ce sont bien les estimations techniques qui contiennent un montant réservé de 8,5 millions d'EUR pour la mammographie digitale. Cela a été retiré lorsque l'objectif budgétaire partiel a été fixé. Suite à la conclusion de l'accord, il a été convenu de faire un effort sur la mammographie diagnostique qui serait compensé par un réinvestissement dans la mammographie digitale. C'est pourquoi, on constate un montant négatif d'un côté et positif de l'autre.

Concernant la diminution à 67 % qui doit être exécutée via une loi, ce sera repris dans le projet de loi portant des dispositions diverses. Cela entrera donc en vigueur en fonction de l'entrée en vigueur de cette loi. Probablement en juillet 2015.

La diminution de 1% des honoraires des médecins non accrédités sera à l'agenda de la Medicomut et cela doit être exécuté par une modification de la nomenclature. Cela devra suivre la procédure et entrer en vigueur plus tard. M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, rappelle qu'il s'agit d'économies qui ont été prises dans le cadre d'investissements d'initiatives positives. Il s'agit d'une question de timing aussi bien pour les initiatives positives que pour les mesures en question.
Il transmettra cette remarque au Conseil général.

Le Comité de l'assurance présente les budgets globaux pour la biologie clinique, l'imagerie médicale, l'anatomopathologie et les examens génétiques, et les budgets partiels pour les honoraires forfaitaires de biologie clinique par journée d'hospitalisation et d'imagerie médicale par admission au Conseil général.

21. Rapport standardisé concernant les dépenses comptables du premier semestre 2014 (audit permanent). Partie 3 (Note CSS 2014/408)

Mme HUBIN introduit la note CSS 2014/408.

Le Comité de l'assurance prend connaissance du contenu du rapport standardisé.

22. Communication

- **Prévision de la trésorerie INAMI pour le mois de JANVIER 2015 (Note CSS 2015/035)**

Le Comité de l'assurance prend connaissance du contenu de cette note.

- **Calendrier des réunions du Comité de l'assurance pour l'année 2015 (modification) (Note CSS 2015/056)**

M. DE RIDDER introduit la note CSS 2015/056.

Le Comité de l'assurance fixe la modification de date.

23. Divers

- Communication de M. RAMAEKERS

M. RAMAEKERS indique qu'il s'agit de son dernier Comité de l'assurance. Il relèvera d'autres défis en tant que directeur d'un hôpital dans le Limbourg.
Il remercie tous les membres du Comité. Il souhaite encore d'intéressantes discussions à l'avenir comme on a déjà pu en avoir dans le passé.

Il remercie explicitement certaines personnes pour le travail constructif réalisé.
Il souhaite bonne chance à tous les membres, et particulièrement au Comité et en premier lieu au Ministre et à ses représentants qui auront beaucoup de défis à relever.
Il est convaincu qu'avec ce Comité et avec le Ministre actuel, des étapes importantes seront franchies.

M. PERL, président, souhaite beaucoup de succès à M. RAMAEKERS dans ses nouvelles fonctions.

- Convention Monitoring cardio-respiratoire pour nouveau-nés.

M. MAHAUX indique que la convention Monitoring cardio-respiratoire pour les nouveau-nés arrive bientôt à échéance. Il demande si quelque chose bouge.

Ce dossier sera à l'ordre du jour de la réunion du 16-03-2015.

La séance est levée à 12h05

PROCHAINE REUNION : LUNDI 16 MARS 2015 A 10 HEURES

Le fonctionnaire dirigeant,

Le président,

R. DE RIDDER

G. PERL