INAMI

Contrat d'administration

2016-2018

entre l'Etat et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

.be

Table des matières

Dispositions préliminaires 5

TITRE I: Définitions 9

Article 1. Définitions 9

TITRE II: Missions et tâches 11

Article 2. Missions et tâches 11
Article 3. Les missions opérationnelles 13
Article 4. Les missions de support 15
Article 5. Les missions de conseil 15

TITRE III: La mission, les défis, la stratégie et les grands axes 16

Article 6. L'INAMI : une organisation chargée d'une mission 16
Article 7. Construire l'avenir sur les fondements des 50 dernières années 16
Article 8. Développements externes, tendances et défis 18
Article 9. Carte stratégique de l'INAMI 20
Article 10. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets du 5ème Contrat d'administration 23

TITRE IV: l'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnité sûre et efficace: ACCESSIBILITE 30

Article 11. Évaluation, précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables. 30
Article 12. La réforme des interventions personnelles 34
Article 13. L'intégration des personnes détenues et des internés dans l'assurance-maladie obligatoire. 36
Article 14. Réforme des implants : évaluation de la procédure de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. 38
Article 15. Actualisation du principe d'incapacité de travail et harmonisation de la réglementation des indemnités. 40

TITRE V: L'INAMI comme catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: REFORME & INNOVATION 43

Article 16. Opérationnalisation des soins intégrés aux malades chroniques. 43
Article 17. Collaborer à la réforme du financement des hôpitaux (modules de travail). 49
Article 18. Poursuite du développement des connaissances relatives à l'incapacité de travail et la collaboration au développement d'une politique evidence-based. 51
Article 19. La réinsertion professionnelle : Le suivi du Plan Back to work & Développement d'une vision en matière de Disability management et proposition d'outils aux stakeholders. 54
Article 20. Optimaliser la gestion financière des soins de santé : vision pluriannuelle - projets « article 56 » – gestion des conventions internationales. 57
Article 21. Modernisation de la nomenclature. 59
Article 22. Exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique. 60
Article 23 Développement d'une collaboration avec des autorités de remboursement dans d'autres États membres, en matière de médicaments. 62
Article 24. Enrichissement du datawarehouse Soins de santé, Assurabilité et Invalidité. 64
Article 25. Collaboration de l'INAMI à l'exécution de la réforme institutionnelle. 66

TITRE VI: L'INAMI est axé vers l'utilisation optimale des moyens: UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS 68

Article 26. L'application informatique intégrée IDES: invalidité et autres processus indemnités. 68
Article 27. Soutenir et suivre l'implémentation de MyCarenet. 69
Article 28. Développement de l'application MyINAMI et gestion des regroupements de dispensateurs de soins. 71

Article 29. Gestion de projet pour le développement de VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System), l'application du schéma de médication électronique lors du traitement médicamenteux de patients. 75
Article 30. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : TARDIS & Qermid 2. 78
Article 31. Exécution de la réforme au sein du SECM. 81
Article 32. eDos – La gestion informatisée des dossiers au sein du SECM. 84
Artikel 33. La fraude sociale : croisements de données et lutte contre la fraude sociale. 86
Article 34. Responsabilisation financière des organismes assureurs. 88
Article 35. Ancrage structurel de la lutte contre le gaspillage – création d'une Cellule Soins efficaces. 91
Article 36. EFFICIENCE - LEAN - MISSIONS-CLES 93
Article 37. Masterplan Bâtiments. 95
Article 38. CASCADA – Implémentation d'un dossier électronique global pour le Service du contrôle administratif. 97
Article 39. Implémentation EMAS. 99

TITRE VII: Suivi des missions continues qui découlent des Contrats d'administration précédents 101

Article 40. Suivi des missions continues 101

TITRE VIII: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs 103

Article 41. Tableaux de bord 103

TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties 104

Article 42 - Cadre juridique du contrat 104
Article 43, 44 & 45 - Principes de gestion 104
Article 46 - Sollicitation d'avis, concertation préalable et information par l'État fédéral 105
Article 47, 48 & 49 - Engagements concernant les modifications du contrat 105
Article 50 - Engagements concernant la communication des décisions prises lors d'un conclave budgétaire 106
Article 51, 52, 53 & 54 - Engagements concernant le suivi de la réalisation du contrat 106
Article 55 & 56 - Engagements dans le cadre de l'évaluation de la réalisation du contrat 107
Article 57 - Engagements concernant les normes de sécurité 107
Article 58 - Engagements de l'Etat concernant le financement 108
Article 59 - Engagements concernant l'établissement du budget des missions 108
Article 60 - Transferts des compétences 108

TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS 109

Article 61 - Engagements concernant la politique du personnel (HRM) 109
Article 62 - Engagements concernant la gestion informatique 112
Article 63 - Engagements concernant la gestion logistique 114
Article 64 - Engagements en matière d'audit interne 116
Article 65 - Engagements concernant l'ouverture de synergies à d'autres partenaires (réseau secondaire) 116
Article 66 - Engagements concernant l'adaptation de l'organisation administrative de la sécurité sociale 117
Article 67 - Engagement en matière de rapportage commun 117
Article 68 - Développer ou utiliser des services dans le cadre des synergies 117

TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable 118

Article 69, 70, 71 & 72 - Le budget de gestion 118
Article 73 & 74 - Les avis du Commissaire du Gouvernement du Budget concernant le budget, la comptabilité, le personnel, l'ICT... 119
Article 75 - L'adaptation du budget de gestion à la suite de remaniement entre articles budgétaires 119
Article 76 - Adaptation du Budget de gestion suite aux modifications de circonstances 120
Article 77 - La diminution ou la non-adaptation du budget de gestion à la suite d'une nouvelle mission ou sans nouvelle mission 120
Article 78 - L'augmentation du budget de gestion de l'année en cours à la suite de l'octroi de recettes de gestion propres 121

Article 79 - L'augmentation du budget de gestion à la suite du transfert de crédits de l'exercice budgétaire précédent 122
Article 80 - L'adaptation du budget de gestion à la suite d'une modification des cotisations sociales 122
Article 81 - L'augmentation du budget de gestion à la suite des paiements d'arriérés de primes de compétences 123
Article 82 - Budget de gestion pour les exercices 2016, 2017 et 2018 123
Article 83 - Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire 124
Article 84 & 85 - Révision annuelle 124
Article 86 - Opérations immobilières 125
Article 87 - Comptabilité générale et analytique 125
Article 88 & 89 - Transmission des états périodiques 125

TITRE XII: Participation aux projets transversaux 127

TITRE XIII: Dispositions finales 128

ANNEXE : Le budget de gestion 129

Liste des abréviations 131

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

Dispositions préliminaires

Considérant:

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

la première traduit l'obligation pour l'administration de s'adapter à un environnement en mutation qui demande à l'assurance soins de santé et indemnités d'intégrer, dans ses modes de gestion, les modifications importantes générées par les évolutions démographique, sociologique, technologique et économique auxquelles la société est confrontée. Dans ce contexte, le contrat fixe des objectifs spécifiques qui prennent en compte ces évolutions et les priorités du Gouvernement;

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

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

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

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

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

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

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

et

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 17/02/2016;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné les 29/06/2015 et 19/10/2015 sur l'avant-projet de contrat d'administration et le 22/02/2016 sur le projet de contrat négocié avec le gouvernement ;

vu l'accord du Gouvernement après délibération en Conseil des Ministres du 11/03/2016;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1 janvier 2016 au 31 décembre 2018, entre

- l'Etat belge, représenté par

Maggie De Block
Ministre de la Santé publique
et des Affaires sociales

Steven Vandeput
Ministre de la Fonction publique

Sophie Wilmès
Ministre du Budget

et

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

Yolande Avontroodt
Présidente du Comité général
de gestion

Johan De Cock
Administrateur général

Benoît Collin
Administrateur général adjoint

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

Marie-Noëlle Vanderhoven

Estelle Ceulemans

Anne Leonard

Ivo Van Damme

Patrick Verertbruggen

Jean Hermesse

TITRE I: Définitions

Article 1. Définitions

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

1. « Institut »: l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité, visé à l'article 10 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

2. « Comité général de gestion »: le comité général de gestion visé à l'article 11 de la loi coordonnée susmentionnée.

3. « Conseil général »: le conseil général de l'assurance soins de santé visé à l'article 15 de la loi coordonnée susmentionnée.

4. « Comité de l'Assurance »: le comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 22 de la loi coordonnée susmentionnée.

5. « Fonds spécial de Solidarité »: le fonds créé au sein du Service des soins de santé de l'Institut par l'article 25 de la loi coordonnée susmentionnée.

6. "FAM" : le Fonds des accidents médicaux, créé en tant qu'organisme d'intérêt public (OIP) de la catégorie B en vertu de l'article 6 de la loi du 31 mars 2010.

7. « Comité de gestion pour les ouvriers mineurs »: le comité de gestion visé à l'article 78bis de la loi coordonnée susmentionnée.

8. « Comité de gestion du Service des indemnités »: le comité de gestion visé à l'article 79 de la loi coordonnée susmentionnée.

9. « Comité du Service d'évaluation et du contrôle médicaux »: le comité visé à l'article 140 de la loi coordonnée susmentionnée.

10. « Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants »: le comité de gestion visé à l'article 39, § 1er, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants.

11. « Organismes assureurs »: les unions nationales, visées à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la loi coordonnée susmentionnée, et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges, visée à l'article 6 de la loi coordonnée susmentionnée.

12. « Centre fédéral d'expertise des soins de santé »: le parastatal créé par l'art. 259 de la loi-programme du 24 décembre 2002.

13. « Agence intermutualiste »: l'association sans but lucratif fondée en octobre 2002 et regroupant les sept organismes assureurs tels que visés ci-dessus au point 11. Les objectifs et missions de cette association sont décrits dans la loi-programme du 24 décembre 2002.

14. « Tableaux de bord »: les tableaux de bord tels que visés à l'article 10, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.

15. « Feuille de route e-Santé 2013-2018 »: le plan d'action e-Santé 2013-2018 établi lors de la session de clôture de la conférence-table ronde sur l'informatisation des soins de santé du 20 décembre 2012, approuvé par la conférence interministérielle sur la santé, repris par le protocole d'accord du 29 avril 2013 et actualisé en version 2.0. lors de la nouvelle session de clôture de la conférence-table ronde de septembre 2015.

TITRE II: Missions et tâches

Article 2. Missions et tâches

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

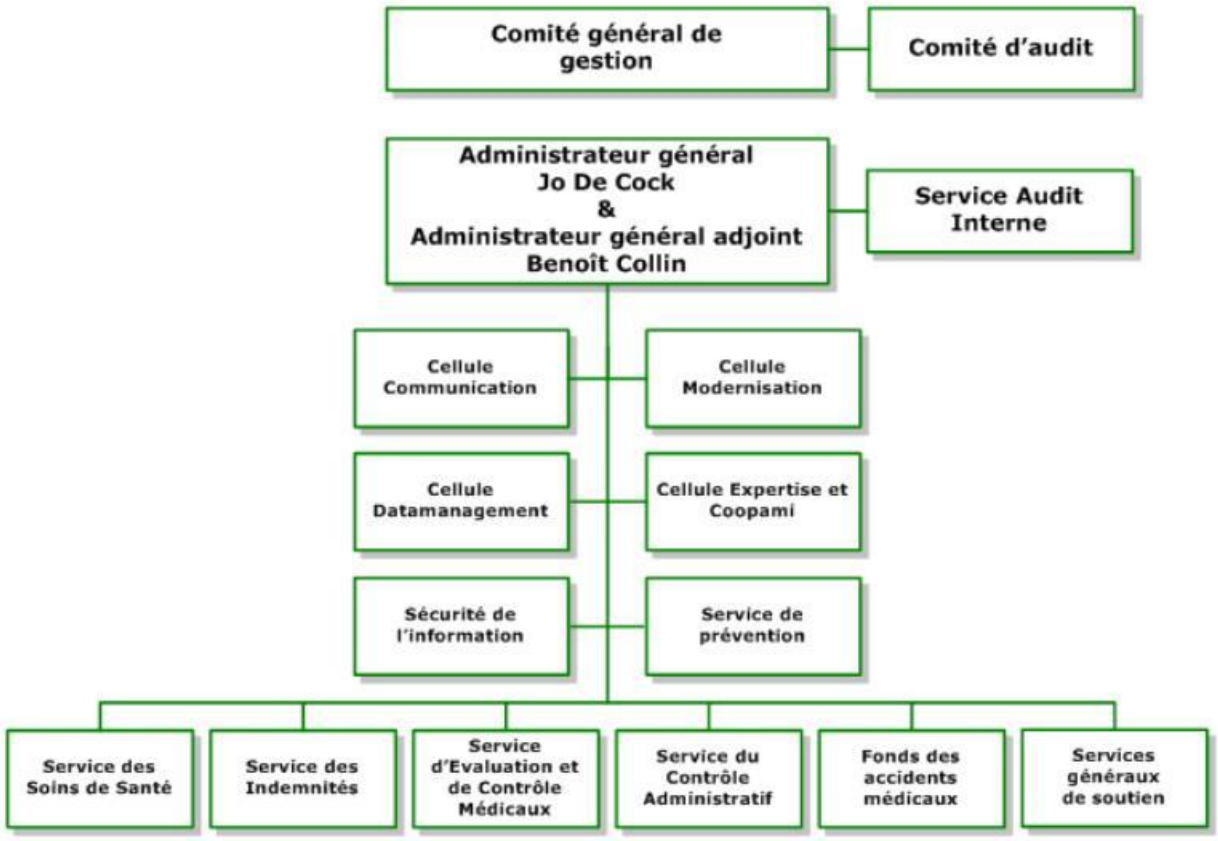
Dans ce cadre, l'Institut est appelé à:

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

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

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

Voici la structure organisationnelle administrative de l'Institut:



Chaque objectif, figurant dans le Titre IV jusqu'au Titre VI inclus, s'inscrit dans le cadre d'une ou de plusieurs des différentes missions de l'Institut.

Le Contrat d'administration de l'INAMI est utilisé comme un instrument d'innovation. Par conséquent, les engagements portent principalement sur le développement, la réforme ou l'informatisation de nouvelles missions et de nouveaux processus dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Ce souci d'innovation ne doit pas nous faire perdre du vue que les missions de l'INAMI sont tout d'abord réalisées à l'aide de processus continus. Ces processus ont une visibilité restreinte dans le présent Contrat d'administration, mais constituent la base des services offerts aux clients de l'INAMI. En termes budgétaires, le centre de gravité – par exemple au niveau du personnel – se situe naturellement aussi dans l'exécution de ces processus continus.

Les projets innovateurs formulés dans le présent Contrat d'administration ne sont par conséquent réalisables, voire opportuns, que dans la mesure où ils ne mettent pas en danger l'exécution des missions continues. Ce principe est un élément important dans la négociation sur le présent Contrat d'administration entre l'INAMI et l'État. A la lumière des économies à réaliser au sein de l'autorité fédérale et de leur impact sur le budget de gestion de l'INAMI, il convient dès lors de trouver un bon équilibre entre la mise en œuvre de projets innovateurs, d'une part, et la garantie de la continuité des processus continus et des services existants, d'autre part.

Lors des années précédentes, l'INAMI s'est davantage concentré sur ses missions et processus continus, en s'efforçant de mieux les cerner. Ceci au travers de l'inventaire et de la consolidation dans un

regroupement des macro-processus (comme prévu dans le cadre de l'article 30.1. du 4e Contrat d'administration). À ce regroupement de macro-processus viendront ensuite s'ajouter dans les prochaines années des informations concernant l'impact stratégique de ces processus, la dimension budgétaire, notamment au niveau de la capacité de personnel, des risques, etc. Il s'agit bien évidemment d'un trajet pluriannuel qui demande une collaboration entre les différents acteurs au niveau de la stratégie, de la GRH, du budget, de l'ICT, etc. Un tel investissement permettra cependant d'examiner avec plus d'objectivité de quelle marge, notamment budgétaire, l'INAMI dispose pour réaliser des projets novateurs. Cela devrait également permettre d'améliorer la compréhension analytique des facteurs de coûts de l'organisation. Ce sera, en outre, l'occasion de lancer et d'alimenter le débat autour des tâches opérationnelles.

Article 3. Les missions opérationnelles

Il s'agit des missions pour lesquelles l'usager est un tiers, c.-à-d. un acteur extérieur à l'INAMI. Selon que ces missions entraînent ou non des mouvements de fonds, on parlera de missions financières ou de missions administratives.

Ci-dessous, vous trouverez des illustrations, non exhaustives, des missions financières et administratives de l'INAMI.

Les missions financières consistent à:

Payer: l'Institut procède à des paiements directs à différents utilisateurs dans le cadre de l'assurance maladie. Il s'agit notamment du paiement de certains avantages aux dispensateurs de soins et aux établissements de soins, tels que les honoraires de disponibilité, les primes informatiques, les paiements aux maisons de repos, etc. Dans le cadre des soins transfrontaliers, tant dans l'UE qu'en dehors, des paiements sont effectués aux OA en fonction des créances de l'étranger.
Le service du Fonds des accidents médicaux paye également des indemnités aux victimes d'un accident médical.

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

Répartir: une partie importante des moyens de l'assurance maladie-invalidité prévus dans le budget des missions de l'INAMI ne sont pas payés directement à l'utilisateur final, mais au réseau secondaire, à savoir les OA, qui se chargent notamment de l'exécution de l'AMI, ainsi qu'à d'autres organisations publiques. D'une part, l'Institut partage par exemple des fonds entre les organismes assureurs pour le financement des prestations et pour le financement de leur fonctionnement propre (frais d'administration). D'autre part, il transfère une partie de ses recettes par exemple à d'autres parastataux sociaux, comme l'OSSOM, parce que ceux-ci assurent une couverture en matière de soins de santé.

Récupérer: l'Institut procède au recouvrement de certaines prestations servies indûment (y compris les dépassements d'enveloppes, la fraude sociale, etc.) ainsi qu'au recouvrement de cotisations dues mais non perçues. Il s'agit également de récupérations dans le carde des soins transfrontaliers, tant entre que hors l'UE.

Le FAM est également compétent pour récupérer, auprès des prestataires responsables, les indemnités versées aux victimes d'un accident médical.

Les missions administratives consistent à:

Octroyer: l'Institut définit et attribue différents droits dans le cadre par exemple :

- des octrois individuels dans le cadre de l'assurance soins de santé, tels que notamment :
  - les demandes d'accréditation des médecins & dentistes ;
  - les demandes individuelles d'intervention du Fonds spécial de solidarité ;
  - les demandes individuelles en matière de dossiers de rééducation fonctionnelle et de nomenclature ;
  - les demandes individuelles pour les prestations de soins dentaires ;
  - les honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale attribués à chaque établissement hospitalier ;
  - d'autres demandes spécifiques introduites par les établissements (e. a. dans le cadre des forfaits) ;
- des octrois individuels dans le cadre de l'assurance indemnités, comme :
  - la reconnaissance de l'invalidité ;
  - le calcul de la pension d'invalidité internationale ;
- les droits généraux au remboursement dans le cadre de l'assurance soins de santé, comme :
  - l'établissement, la modification et l'interprétation de la nomenclature ;
  - les procédures spécifiques de remboursement telles que les demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants ;
  - d'autre procédures de remboursement telles que la conclusion de conventions pour les médicaments, les implants, la biologie moléculaire, la rééducation fonctionnelle… ;
  - le remboursement transfrontalier comme les conventions de collaboration dans les régions frontalières.

Evaluer et Contrôler: l'INAMI contrôle l'exécution correcte de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité. Il s'agit par exemple :

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

Régler: il existe au sein de l'Institut plusieurs services chargés, dans le cadre de leurs compétences, de traiter différents litiges dans l'assurance maladie-invalidité.

Réglementer: une mission phare de l'INAMI concerne la préparation de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité. Il ne s'agit pas uniquement de préparer des lois et des arrêtés, mais par exemple aussi de communiquer des instructions aux organismes assureurs sous la forme de circulaires. Le Service des soins de santé et le Service des indemnités ont en outre une compétence réglementaire spécifique. L'INAMI collabore également au développement de cadres réglementaires au niveau européen et à leur exécution à l'échelon national.

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

Organiser: l'INAMI est un lieu de rencontre entre de nombreux acteurs de l'assurance maladie-invalidité. Plus de 100 organes de gestion, organes de concertation, organes d'agrément, organes techniques, organes de sanction, etc. sont soutenus par l'administration de l'INAMI aux niveaux stratégique, réglementaire, technique et administratif. Cette mission d'organisation est donc une des missions phares de l'INAMI.

Informer: ces dernières années, l'INAMI a beaucoup investi dans le développement de ses données, de ses informations et de ses connaissances. L'Institut gère de nombreuses bases de données qui lui permettent notamment d'établir des statistiques à des fins de diffusion interne ou externe. Il réalise et publie de nombreuses études. L'INAMI répond de cette façon à son ambition de diffuser les informations et les connaissances qui permettent de soutenir la politique, de fournir un feed-back aux dispensateurs de soins au sujet de leur comportement, etc. La communication, tant interne qu'externe, joue naturellement un rôle important dans cette mission. Le développement et la modernisation de la communication externe font partie des priorités stratégiques de l'Institut.

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

Article 4. Les missions de support

Il s'agit des missions pour lesquelles l'usager est l'institution elle-même. Elles consistent essentiellement à:

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

Article 5. Les missions de conseil

Six cellules, dotées d'une mission de conseil, dépendent directement de l'Administration générale de l'Institut. Il s'agit :

- de la Cellule de modernisation, qui est responsable de la gestion de la stratégie et des méthodes de gestion ;
- de la Cellule Communication, chargée de la gestion de la communication externe et interne ;
- de la Cellule Datamanagement, qui se charge de la gestion des flux d'informations ;
- de la Cellule Expertise et Coopami, qui exécute des missions d'étude transversales spécifiques et réalise les projets d'accompagnement à l'égard des pays en voie de développement ;
- de la Cellule Sécurité de l'information, qui assure la gestion des risques liés à l'information ;
- du Service de prévention qui joue un rôle au niveau de la sécurité et du bien-être au travail.

TITRE III: La mission, les défis, la stratégie et les grands axes

Article 6. L'INAMI : une organisation chargée d'une mission

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) joue un **rôle-clé** dans le domaine de la sécurité sociale.

Tout en tenant compte du cadre légal, l'INAMI souhaite, en concertation avec les acteurs concernés (partenaires sociaux, organismes assureurs, dispensateurs de soins,…) et en vue de l'application des principes de bonne gouvernance dans les systèmes de soins de santé, utiliser les moyens que la société affecte à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) de telle manière à ce que :

- la population ait, en vue d'une égalité sociale, effectivement **accès** aux soins de santé nécessaires et de qualité (accessibilité), dispensés de manière efficace et conformément aux accords tarifaires (sécurité tarifaire) ;
- les travailleurs salariés et indépendants assurés bénéficient, en cas d'incapacité de travail ou de congé parental, d'un **revenu de remplacement** adéquat, tout en exploitant les possibilités de **réinsertion** après une période d'incapacité de travail ;
- le fonctionnement des **dispensateurs de soins et des organismes assureurs** (OA) soit adéquatement **soutenu** ;
- les patients puissent demander un **remboursement** en cas de **dommages** à la suite d'accidents médicaux ;
- les moyens de l'ASSI soient utilisés de manière **efficace et efficiente** et que les obligations légales soient respectées par tous les acteurs concernés.

Pour réaliser ces missions, l'INAMI souhaite stimuler ses agents dans le cadre du développement de leurs compétences et de leur personnalité, et dans le cadre de la prise de responsabilités. Cela se fait en adoptant un style de direction où l'écoute, l'appréciation positive, le soutien, la confiance, la stimulation, la réflexion et la prise de décisions jouent un rôle central. L'INAMI souhaite ainsi créer un environnement de travail où tous les agents puissent se sentir bien et considèrent leur travail comme utile pour eux-mêmes, leurs collègues, leurs clients et le public. L'INAMI attend également de ses agents qu'ils adoptent une attitude loyale, professionnelle et intègre.

Article 7. Construire l'avenir sur les fondements des 50 dernières années

En 2014, l'INAMI a célébré les cinquante ans d'existence (1964-2014) de l'assurance soins de santé et indemnités. Les cinquante ans ont été remémorés en collaboration avec un certain nombre d'acteurs clés de ces 50 dernières années : ministres, partenaires sociaux, mutualités, dispensateurs de soins... Une vidéo a été réalisée et une brochure retraçant les grands tournants dans l'assurance SSI depuis 1964 a été rédigée. Ces 50 dernières années, de nombreux efforts ont été fournis pour améliorer la protection sociale en matière de maladie et d'invalidité.

L'INAMI veut continuer à y travailler avec une énergie positive et relever tant les défis connus que les défis imprévus qui se présenteront peut-être à l'avenir. Préoccupons-nous de notre avenir ! Telle doit être notre devise ! Diverses initiatives ont été prises pour bien préparer cet avenir.

Ainsi, certaines balises ont été posées pour l'avenir de l'assurance soins de santé et indemnités. Pour ce faire, nous avons utilisé, d'une part, les analyses relatives au régime belge de l'assurance soins de santé et indemnités réalisées par les organisations internationales (UE, OCDE, OMS), les autorités nationales, les établissements scientifiques et d'autres acteurs.
Une enquête a, d'autre part, été réalisée auprès des acteurs participant à la concertation menée dans le cadre de l'assurance SSI (mutualités, organisations représentatives des employeurs et des salariés, organisations des dispensateurs de soins, associations de patients, etc.).

Y ont été définis dix thèmes essentiels - balises - qui seront à l'ordre du jour au cours des prochaines années. À savoir :

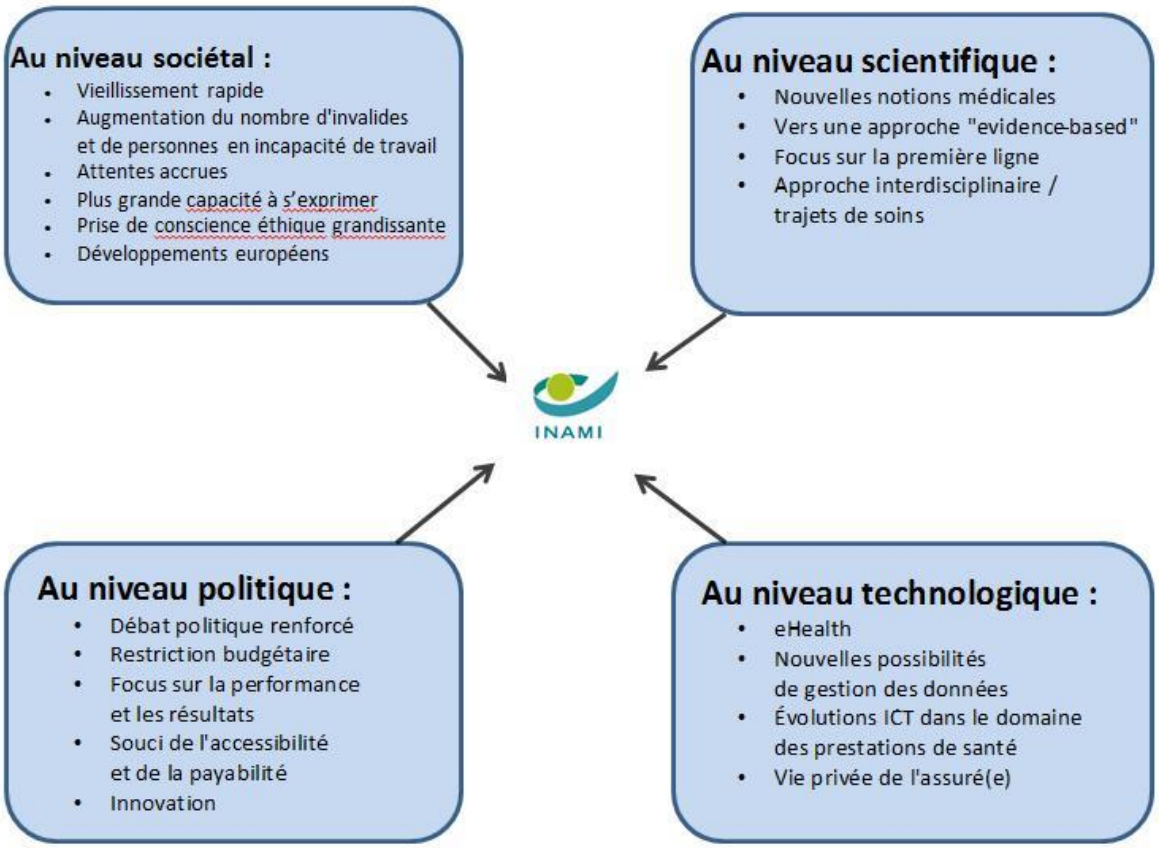
1. D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé
2. Protection sociale universelle fondée sur un paquet de soins adaptés et largement accessibles
3. Réduction des inégalités
4. Modernisation de la concertation
5. Changement de paradigme sur le plan de l'incapacité de travail
6. De la qualité, plus que jamais !
7. Réajustement des mécanismes de financement
8. Collaboration : plus que jamais un pilier indispensable
9. Responsabilisation des acteurs
10. L'INAMI, un institut proactif et créatif

En outre, un dialogue social a été mené en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin (FRB) au sujet de l'avenir de notre assurance SSI. En guise de préparation à ce dialogue, une enquête de population « Vos soins de santé, votre avis compte ! » a été effectuée auprès de plus de 2.000 Belges à travers tout le pays. Cette enquête s'appuyait sur les balises posées pour l'avenir. Les recommandations en vue de promouvoir un système de soins financièrement accessible, viable et de qualité constituent un input important pour dessiner l'avenir.

Les thèmes ci-dessus se retrouvent tant dans les choix et domaines stratégiques opérés pour les années à venir que dans les projets concrets de ce 5e Contrat d'administration.

Article 8. Développements externes, tendances et défis

L'assurance soins de santé et indemnités est confrontée à un certain nombre de **développements et de tendances externes** :



Les développements et les tendances externes exercent pèsent considérablement sur les moyens financiers et incitent les partenaires à une concertation intense et les pouvoirs publics à une politique innovatrice et active. De ce fait, le système devient aussi de plus en plus complexe.

Cela a pour conséquence que **l'ASSI évolue** :

- d'une approche ad hoc par prestation individuelle, par organe ou par discipline vers des approches intégrées, multi- et transdisciplinaires innovatrices ;
- vers une prestation de services axée sur une demande de soins, en complément du service orienté vers l'offre de soins ;
- davantage vers une participation accrue de la personne ayant besoin de soins ;
- vers une politique axée sur la prévention et le soutien actif en cas de rétablissement et de réinsertion, e.a. au niveau de l'incapacité de travail ;
- vers une politique axée sur la suppression des plafonds financiers qui entravent l'accessibilité et l'accès aux médicaments moins onéreux ;
- vers une politique axée sur le développement d'un système de connaissances efficace ;

- vers une responsabilisation (financière) des acteurs, tant le dispensateur de soins, les organismes assureurs et l'industrie que l'assuré social ;
- davantage vers une lutte active contre le comportement irresponsable, les abus et la fraude (sociale) dans le chef des assurés sociaux, des dispensateurs de soins et de l'industrie ;
- vers une gestion et politique financière transparente;
- vers la nécessité de prévoir des critères étayés scientifiquement en matière d'efficacité, de qualité et du rapport coût-efficacité ;
- davantage vers une organisation et des processus de soins professionnels et de qualité ;
- vers un recours plus fréquent aux possibilités en matière d'e-health (cf. feuille de route e-Santé) et la diminution des charges administratives pour toutes les parties concernées.

Ces évolutions impliquent la poursuite du **trajet de modernisation de l'INAMI** actuellement en cours :
- en vue d'un renforcement de la capacité de soutien à la politique menée, l'INAMI faisant fonction de plaque tournante au sein des structures de concertation ;
- vers une organisation cohérente et multidisciplinaire, en vue d'une bonne collaboration et pollinisation croisée entre les différents services et directions ;
- vers un contrôle basé sur la prévention, l'évaluation et les sanctions à prendre ;
- vers une organisation à gestion intensive de connaissances et multidisciplinaire qui récolte, développe et diffuse des données, des informations et des connaissances concernant les aspects de l'ASSI en vue d'un soutien optimal et proactif de la préparation, de l'exécution et de l'évaluation de la stratégie suivie ;
- vers une organisation qui sert de plus en plus de point de référence dans le cadre de la formulation et de la promotion de normes de soins de santé de qualité et d'excellence, et de la formulation de propositions novatrices ;
- vers une organisation qui, en vue d'une fortification de la base de notre système de soins de santé, milite pour le développement de formations académiques et professionnelles adaptées, de formations continues, etc. ;
- vers une maison à communication ouverte ;

Par cette modernisation, l'INAMI souhaite se positionner comme un **acteur dynamique** dans la politique de sécurité sociale et des soins de santé ainsi que la préparation et la coordination de la future assurance soins de santé. Dans le cadre de sa mission légale et de la capacité dont il dispose en tant qu'organisation, l'INAMI souhaite engranger un maximum de résultats vis-à-vis des attentes de la société et des responsables politiques.

L'INAMI opère au sein d'un **champ d'acteurs complexe et expansif**. En d'autres mots, l'ASSI, la politique générale des soins de santé et son exécution sont la responsabilité de nombreux acteurs différents qui se situent en outre à plusieurs niveaux de pouvoir. Au départ de son propre rôle et de ses propres responsabilités, l'INAMI a l'ambition de contribuer à une **concordance et collaboration optimales** au sein de ce champ d'acteurs tout en respectant les principes suivants :
- la reconnaissance de la solidarité des acteurs autour d'une même mission sociale et des valeurs qui en constituent la base ;
- le besoin d'une architecture institutionnelle claire et transparente au niveau de l'ASSI et de la politique des soins de santé en général ;
- le besoin d'une définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs, en prêtant une attention particulière aux rôles et responsabilités en matière de transmission d'informations et de communication ;
- le besoin de s'axer sur une collaboration positive et ouverte et de chercher en permanence des synergies dans des cadres d'accords acceptés ;
- le besoin d'une responsabilité pour ce qui est des accords, objectifs, résultats convenus

- le besoin d'un respect mutuel entre les différents acteurs ;
- le besoin d'une reconnaissance mutuelle de l'expertise de chacun ;
- le besoin d'une (auto)réflexion continue, critique et ouverte, concernant les modes d'organisation et les accords de collaboration.

Pour l'élaboration des projets tels qu'ils sont mentionnés dans ce 5e Contrat d'administration, la collaboration optimale entre tous les acteurs du domaine des soins de santé constitue un facteur crucial pour obtenir un résultat optimal. Il y donc lieu d'accorder une attention particulière à cette collaboration.

Article 9. Carte stratégique de l'INAMI

Introduction

Afin de garantir la durabilité de notre système de soins de santé actuel et de répondre simultanément aux défis et aux changements, tels qu'abordés en détail au cours de l'année de son cinquantenaire, l'INAMI a formulé les engagements stratégiques suivants pour les années à venir :

1. Le développement d'une vision stratégique et d'un plan pluriannuel concernant les **réformes nécessaires** et le lancement de ces réformes à l'aide d'une approche globale. Ce renouvellement ainsi que la réforme du design du système se justifient par le fait que cela entre dans le cadre du **Triple AIM** qui vise la reconceptualisation et la modification du système actuel tout en se focalisant sur les 3 dimensions suivantes : (1) La santé publique ; (2) La qualité, l'accessibilité et la sécurité des soins, ainsi que les expériences positives des patients ; (3) La diminution ou du moins la maîtrise des coûts.

2. La stimulation et le contrôle de l' **emploi optimal des moyens** afin de garantir un système de soins de santé efficace à l'avenir ;

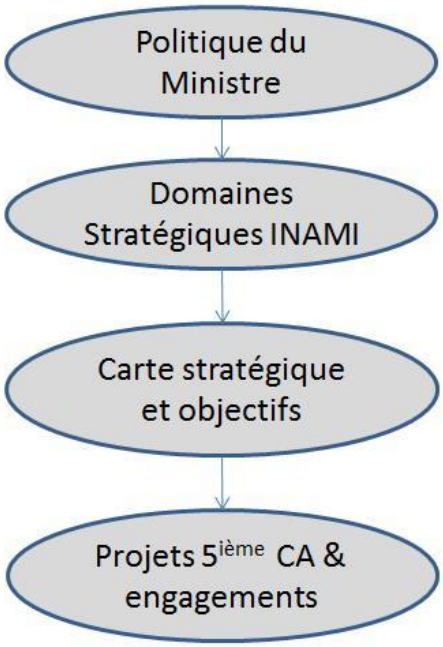
et ce, bien entendu, tenant compte des balises pour l'avenir ainsi que des priorités formulées par le gouvernement.

Afin d'assurer le bon déroulement de ces réformes, un certain nombre de facteurs sont nécessaires pour arriver à obtenir un résultat favorable, notamment :

1) assurer la disponibilité maximale de l'expertise, l'accès aux **données** utiles et disposer d'un système informatisé de qualité destiné à la gestion de données (e-Health),
2) **collaborer** de manière performante et se concerter avec les OA tout en ayant une vision intégrée de l'efficacité et de l'emploi des flux d'informations modernes,
3) **l'INAMI en tant que plaque tournante** pour les acteurs en plus d'être co-gestionnaire et acteur visant l'optimalisation du modèle de concertation et du cadre des accords en collaboration et en réseau avec d'autres institutions nationales et internationales (UE, OMS), ainsi que les états fédérés, tout en ayant recours à l'expertise académique,
4) **l'INAMI comme point de contact visible**, ayant des informations et une communication de qualité, rapides et efficaces qui garantissent une communication transparente,
5) investir en permanence dans un **INAMI moderne**, visant une organisation moderne et efficace qui puisse continuer à se développer et qui dispose des moyens nécessaires (par exemple, les processus LEAN, un service ICT performant et moderne, un service RH moderne et flexible, un financement flexible).

Le plan stratégique de l'INAMI

L'INAMI a déterminé ses choix stratégiques pour les années à venir sur la base des idées formulées au cours de l'année de commémoration des « 50 ans de l'INAMI », de la note politique de la ministre, des défis à relever et sur la base même de ses propres fondations. Les domaines stratégiques que l'INAMI souhaite renforcer ont été fixés à partir d'un développement cohérent de la politique jusques et y compris son exécution, et donc en étroite corrélation avec la politique de santé.



1. Les domaines stratégiques :

Les projets, tels que développés concrètement dans ce 5e Contrat d'administration 2016-2018, se situent dans un de ces 3 domaines stratégiques :

I. L'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnités sûre et efficace => **ACCESSIBILITÉ**
II. L'INAMI en tant que catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnités axée sur l'avenir => **RÉFORME & INNOVATION**
III. L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens => **UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS**

Ces trois domaines stratégiques constituent le projet du 5ème Contrat d'administration. Tous les objectifs stratégiques et tous les projets concrets y sont liés.

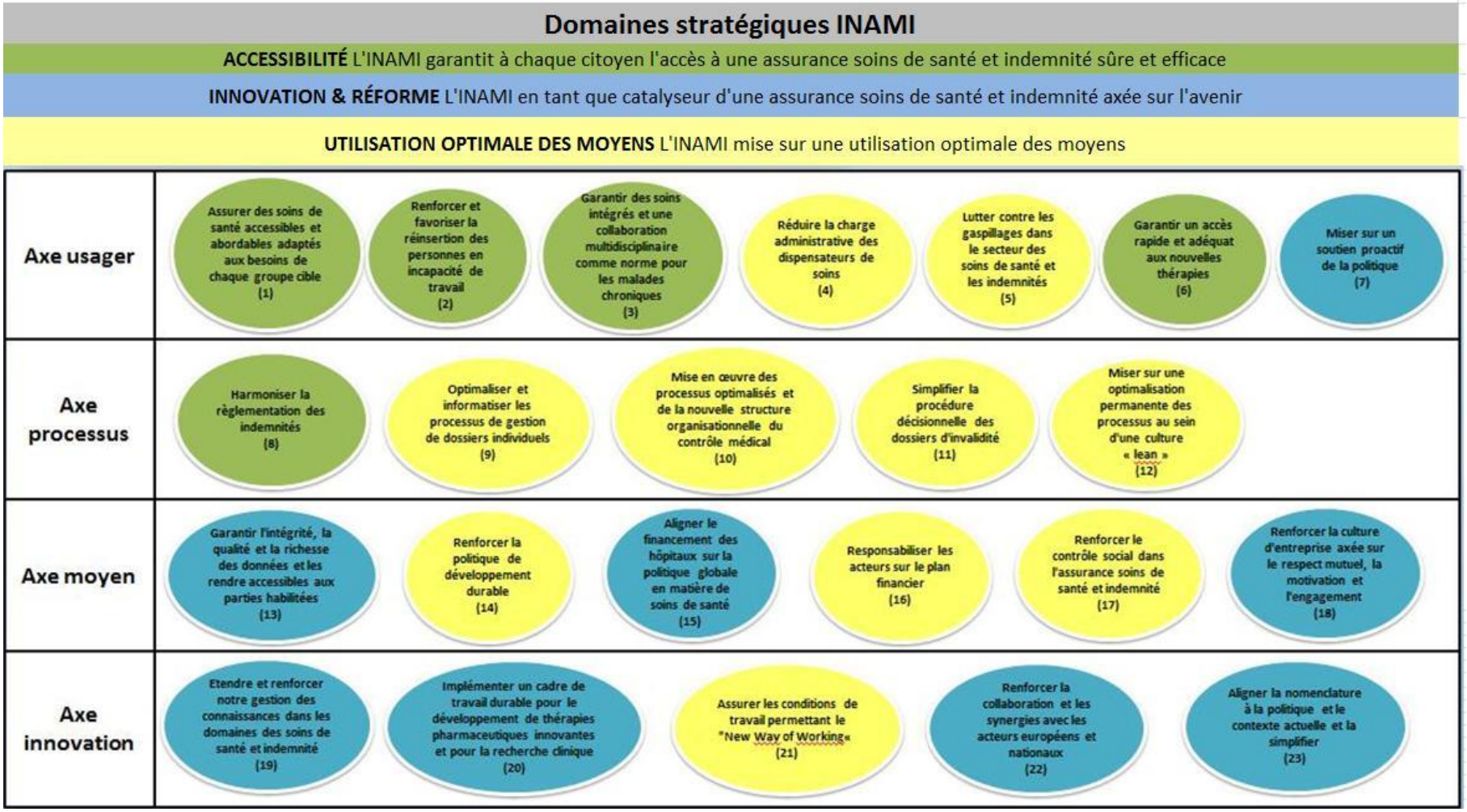
2. Les axes stratégiques :

Pour le choix et l'élaboration des projets, le présent Contrat d'administration prête une attention particulière aux perspectives ou axes stratégiques suivants :

- L'orientation clients où la prestation de services occupe une place centrale tant pour l'optimalisation des services existants que pour la prestation de nouveaux services aux clients externes.
- L'orientation processus qui met l'accent sur l'amélioration et l'informatisation des processus. Avec pour conséquence : la simplification des processus, des procédures, des charges administratives, etc., et le renforcement de l'informatisation.
- Le volet innovation en mettant l'accent sur la réforme de divers aspects du système de santé en vue de soins de santé de qualité, financièrement et physiquement accessibles.
- La perspective en vue de la maîtrise des moyens internes, à savoir la contribution à la maîtrise des coûts internes (RH, ICT…) et l'efficience des moyens (effectivité des coûts) en permettant des projets visant à réaliser des économies, à cerner et à piloter les coûts.
- La perspective avec l'accent sur la maîtrise des dépenses SdSS (externe), à savoir le développement des informations, d'une méthodologie et des moyens nécessaires pour la maîtrise des dépenses liées aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

Tous les projets repris ci-dessous contribuent à un des axes précités ou plusieurs.

3. La carte stratégique :



Article 10. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets du 5ème Contrat d'administration

Ce 5ème Contrat d'administration se focalise sur un certain nombre de projets prioritaires dans le cadre des priorités stratégiques susmentionnées. Ces projets sont nés d'une collaboration entre l'INAMI, ses organes de gestion, les responsables politiques, les partenaires externes et les intéressés. Inutile de dire qu'il faut tenir compte du contexte budgétaire auquel sont confrontés l'État en général et l'INAMI en particulier.

***Remarque** : si les moyens nécessaires ne sont pas disponibles, certains projets ne pourront pas être exécutés.*

Dans le cadre des missions que l'INAMI s'est vu confier par la loi, une attention particulière sera prêtée aux objectifs stratégiques pendant la durée du Contrat.

Pour ce faire, il faudra apporter des changements à l'organisation du travail et aux divers processus, faire appel à l'ICT, requalifier certaines tâches et investir davantage dans la gestion et dans la formation des membres du personnel.

Il appartient à l'INAMI et à son administration de prendre, dans le cadre de l'autonomie octroyée et des moyens accordés, toutes les mesures nécessaires à cet effet.

Les projets de ce 5e Contrat d'administration sont brièvement commentés ci-dessous à l'aide des objectifs stratégiques tels que formulés ci-dessus dans la carte stratégique.

Perspective du client

1) Assurer des soins de santé accessibles et abordables adaptés aux besoins de chaque groupe cible

Un des principaux piliers pour les années à venir concerne l'offre de soins de santé accessibles et abordables (article 11), chaque citoyen devant recevoir les soins qui répondent le mieux à ses besoins. C'est la raison pour laquelle l'INAMI :

- se propose de continuer à affiner et à adapter la réglementation pour les couches vulnérables de la population. Dans ce contexte, l'INAMI évaluera, rectifiera et continuera à renforcer ses initiatives ;
- continuera à favoriser l'automatisation dans le cadre de l'intervention majorée via un éventuel octroi automatique de l'intervention majorée ;
- procédera à une évaluation de la détection proactive des bénéficiaires ;
- évaluera le statut de maladie chronique et formulera des recommandations en vue d'améliorer la réglementation ;
- évaluera le régime du tiers payant social obligatoire ;
- réformera les flux de données du maximum à facturer ;
- dressera, dans le cadre de la transparence financière, un aperçu des activités des Commissions compétentes et un bilan du respect des conventions et accords. Pour ce faire, il sera fait appel aux données relatives aux suppléments d'honoraires collectées par les organismes assureurs ;
- proposera des initiatives concrètes conformes au livre vert et au livre blanc et identifiera les « points aveugles » en vue d'enrayer les inégalités en soins de santé.

L'article 12 concerne la préparation de la réforme des tickets modérateurs. Cette réforme doit déboucher sur une simplification de la réglementation et sur une meilleure accessibilité aux soins, axée sur le groupe cible concerné.

L'article 13 exécute la recommandation du livre blanc concernant l'intégration des personnes internées dans l'assurance obligatoire soins de santé. Ceci en vue d'offrir des soins identiques et la même qualité de soins que ceux dispensés en dehors des prisons ou des institutions dans lesquelles séjournent les personnes internées.

La diminution de la charge administrative des dispensateurs de soins et les initiatives prises dans le cadre de la simplification administrative auront un effet positif sur la prestation de services aux patients. Pensons par exemple au développement de VIDIS (« Virtual Integrated Drug Information System ») qui permet d'appliquer le schéma de médication électronique dans le traitement médicamenteux de patients (article 29).

2) Renforcer et favoriser la réinsertion des personnes en incapacité de travail

Il s'agit de favoriser la réinsertion afin d'offrir une perspective d'avenir aux intéressés. On vise un retour optimal vers le marché du travail via le lancement de trajets de réinsertion, en concertation avec les différentes parties intéressées et avec leur soutien. L'INAMI accordera son soutien, entres autres via le développement d'une formation, à tous les acteurs concernés par le trajet de réinsertion (article 19).

3) Garantir des soins intégrés et une collaboration multidisciplinaire comme norme pour les malades chroniques

Cet objectif stratégique vise à améliorer la santé de la population en général (et des malades chroniques en particulier), à améliorer la qualité des soins et à optimaliser l'affectation des moyens et ce, en s'appuyant sur les principes de base de la note d'orientation « Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique » de la Conférence interministérielle Santé publique et du « Position paper » : organisation des soins aux malades chroniques en Belgique du KCE. Le projet tel que repris ci-après – article 16 – met en œuvre un certain nombre d'aspects devant aboutir à une meilleure prestation de soins aux malades chroniques et à une modernisation des soins aux personnes âgées.

4) Réduire la charge administrative des dispensateurs de soins

Ces dernières années déjà, nous avons fortement investi dans la simplification administrative pour les dispensateurs de soins. Cet objectif stratégique constituera également une priorité de l'INAMI dans les années à venir. Ainsi, nous continuerons à soutenir et à suivre le déploiement de MyCarenet – article 27, à développer l'application MyINAMI et à gérer les pratiques des dispensateurs de soins (article 28). Via TARDIS & Qermid 2 – article 30 – nous mettons spécifiquement l'accent sur les services en ligne permettant d'introduire et de gérer les données médicales individuelles des patients et le remboursement des médicaments. Enfin, le système d'évaluation de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursés sera évalué dans l'article 14 en vue d'une rectification éventuelle.

5) Lutter contre les gaspillages dans le secteur des soins de santé et les indemnités

Afin de garantir une bonne application de la réglementation et une bonne gestion des moyens, l'INAMI continuera à investir, dans les années à venir, dans la promotion de soins efficaces et dans la lutte contre la fraude sociale. Les instruments administratifs nécessaires seront développés afin de réduire toute

variabilité injustifiée dans les dépenses et toute consommation inadéquate (article 35 avec la création d'une « Cellule Efficacité des soins »). Il s'agira d'identifier les techniques obsolètes, les schémas de consommation et les variations de pratiques inexplicables, de même que les disparités géographiques et les pratiques de prestation et de prescription scientifiquement non étayées. Les actions en matière de lutte contre la fraude sociale (article 33) seront également renforcées (voir plus loin).

6) Garantir un accès rapide et adéquat aux nouvelles thérapies

L'optimalisation de l'accessibilité du patient aux soins (pharmacothérapeutiques) de qualité est une des bases du Pacte d'avenir des médicaments. Partant de la création d'un cadre de fonctionnement durable visant à stimuler l'innovation, ce pacte vise à optimaliser l'accessibilité du patient aux soins (pharmacothérapeutiques) de qualité. Par « stimulation de l'innovation », on entend tant le (ré)investissement dans le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et de la recherche clinique que l'optimalisation de l'accessibilité des patients à ces thérapies innovantes (article 22).

7) Miser sur un soutien proactif de la politique

L'INAMI joue un rôle clé dans les soins de santé et choisit de donner forme à la politique et ce, de manière proactive. Nous retrouvons cela dans nombre de projets (article 18, article 20…) du présent Contrat d'administration. Il s'agit plus particulièrement de la livraison de nouvelles données, de la réalisation d'analyses complémentaires et d'autres aspects de soutien à la politique et aux acteurs concernés.

Perspective du processus

8) Harmoniser la réglementation des indemnités

Une attention particulière est prêtée aux réformes dans le secteur des indemnités, parallèlement aux objectifs stratégiques (2) « Renforcer et favoriser la réinsertion des personnes en incapacité de travail » et (11) « Simplifier la procédure décisionnelle des dossiers d'invalidité ». Dans ce contexte, la simplification réglementaire sera un des défis à relever. À l'article 15, l'INAMI s'engage à préparer correctement et à donner forme à ces simplifications réglementaires qui ont pour but d'augmenter la transparence du système des revenus de remplacement des personnes en incapacité de travail.

9) Optimaliser et informatiser les processus de gestion de dossiers individuels

En vue d'une prestation de services optimale pour nos citoyens/clients et d'un fonctionnement efficace de nos processus clés, la mise en place d'une gestion de dossier individuelle intégrée et informatisée constitue un des piliers des années à venir. Ces dernières années, d'importants investissements ont été effectués en la matière, tant au niveau du business qu'au niveau de l'ICT. Dans les années à venir, le nouveau système sera ainsi étendu aux dossiers d'invalidité (article 26 - Ides), aux dossiers de contrôle (article 38 – Cascada et article 32 – eDos) et aux dossiers de contentieux (article 36).

10) Mise en œuvre des processus optimalisés et de la nouvelle structure organisationnelle du contrôle médical

Les années à venir, nous récolterons les fruits des investissements dans le programme SECM 2015. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux implémente activement sa nouvelle mission, ses nouveaux processus et sa nouvelle organisation (article 31) et ce, en vue d'augmenter l'efficacité et l'efficience des missions de contrôle, d'expertise et d'information, de renforcer la visibilité des activités et des résultats

et de garantir la continuité de la mission et de la prestation de services (vu la vague de départs à la retraite).

11) Simplifier la procédure décisionnelle des dossiers d'invalidité

Parallèlement à l'optimalisation du dossier d'invalidité, le processus décisionnel a été examiné de près ces dernières années. Un des choix majeurs dans la révision du processus est la simplification (et l'accélération) du processus décisionnel des dossiers d'invalidité avec un rôle fort pour les médecins-conseils (voir entre autres l'article 26). L'implémentation prendra pleinement forme au cours des années à venir.

12) Miser sur une optimalisation permanente des processus au sein d'une culture « lean »

Le contexte professionnel actuel est en pleine évolution. L'INAMI souhaite exécuter ses missions de la façon la plus efficace et la plus efficiente possible, combattre toute forme de gaspillage et opter pour une gestion responsable. La réflexion par processus sera par conséquent davantage ancrée dans le processus décisionnel de l'INAMI, avec un focus sur le « lean » et l'efficience. On entamera en outre un débat sur les tâches clés et le couplage à l'analyse ETP (article 36).

Perspective des moyens

13) Garantir l'intégrité, la qualité et la richesse des données et les rendre accessibles aux parties habilitées

Dans le cadre de l'article 24, l'INAMI veut faire un grand pas en avant dans la gestion des données en optimalisant la collecte de données, en intégrant davantage de sources d'information dans le système d'information actuel, en simplifiant l'accès aux données et en améliorant leur qualité. Le processus décisionnel et politique est alimenté de manière proactive par un système de données intégré, optimalisé et codé (voir supra). Dans ce contexte, l'interaction avec les différents acteurs et la protection de la vie privée des assurés sont au cœur de nos préoccupations.

14) Renforcer la politique de développement durable

L'INAMI veut prêter attention au développement durable dans tous ses aspects. Ces dernières années, diverses initiatives ont déjà été prises en matière d'écologie. De nombreuses initiatives sont prises sur le plan social au travers des différents objectifs stratégiques. Les initiatives prises dans le domaine de l'environnement seront renforcées par des initiatives visant à économiser sur les plans de la consommation d'énergie et d'eau, de la production de déchets, de la consommation de papier... Les efforts consentis dans le cadre du projet durabilité (article 39) permettront en premier lieu de respecter la norme ISO 14001 et d'aboutir ensuite à un enregistrement EMAS.

15) Aligner le financement des hôpitaux sur la politique globale en matière de soins de santé

Une des principales réformes poursuivies par le gouvernement actuel concerne le financement des hôpitaux. Pour ce faire, le financement et l'organisation des hôpitaux ainsi que leur place dans le paysage thérapeutique sont adaptés en fonction des évolutions dans le secteur des soins de santé. L'INAMI a un rôle important à jouer à ce niveau-là. L'article 17 concerne dès lors la collaboration de l'INAMI au développement des actions à entreprendre dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux.

16) Responsabiliser les acteurs sur le plan financier

Entre-temps, le nouveau système de responsabilisation est effectivement mis en œuvre et il produira, au cours des années à venir, les premiers résultats (article 34) relatifs au bon fonctionnement des organismes assureurs.

Via l'article 20, l'INAMI se propose en outre de contribuer pleinement à une meilleure transparence et lisibilité des flux et des mécanismes de financement dans les soins de santé (en se focalisant sur une vision budgétaire et financière pluriannuelle), de clarifier et d'optimaliser la procédure de déroulement des projets art. 56 et d'auditer la gestion des conventions internationales.

17) Renforcer le contrôle social dans l'assurance soins de santé et indemnité

Les initiatives en matière de lutte contre la fraude sociale ont été poursuivies et renforcées ces dernières années. Cette lutte contre la fraude sociale reste primordiale pour garantir l'accessibilité financière de nos soins de santé. Dans ce 5e Contrat d'administration aussi, nous continuons sur ce même élan avec les domiciliations fictives, les séjours irréguliers à l'étranger, les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, le cumul des indemnités et d'une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS et le cumul des indemnités et d'une activité non autorisée et non déclarée (article 33).

18) Renforcer la culture d'entreprise axée sur le respect mutuel, la motivation et l'engagement

La force de l'INAMI émane de ses collaborateurs. C'est pourquoi nous voulons continuer à nous développer pour que les intérêts de nos bénéficiaires, de nos collaborateurs et de notre organisation puissent se renforcer mutuellement, en symbiose. Les années à venir, nous prêterons donc attention à une organisation du travail moderne et flexible. Nous tiendrons pleinement compte (du bien-être) des collaborateurs individuels. Pensons entre autres à la collaboration et aux synergies entre les Institutions publiques de sécurité sociale et avec le SPF SPSCAE, mais pensons aussi au propre développement du Facility masterplan (article 37) avec le NWoW comme pilier central.

Perspective de l'innovation

19) Étendre et renforcer notre gestion des connaissances dans les domaines des soins de santé et indemnité

Par le passé, de nombreuses initiatives ont déjà été prises en vue d'étendre les connaissances existantes en matière d'incapacité de travail. Les années à venir, nous continuerons à développer ces initiatives (article 18). Dans ce contexte, nous prêterons une attention particulière à la proactivité et au soutien à la politique. Les travaux en vue de développer le Comité d'accompagnement indemnités, créé dans le courant du 4e Contrat d'administration, seront poursuivis. Le développement des connaissances se poursuit également dans les autres secteurs. Ainsi, la poursuite du développement de la gestion des données (article 24) permettra d'améliorer encore davantage la gestion des connaissances.

20) Implémenter un cadre de travail durable pour le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et pour la recherche clinique

Comme déjà mentionné plus haut, le Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique vise à créer un cadre de travail durable en vue de stimuler l'innovation. Par « stimulation de l'innovation », on entend tant le (ré)investissement dans le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et de la recherche clinique que l'optimalisation de l'accessibilité des patients à ces thérapies innovantes (article 22).

21) Assurer les conditions de travail permettant le « New Way of Working »

Une organisation du travail moderne et flexible et le bien-être des collaborateurs internes nous poussent à considérer les bâtiments et les postes de travail sous un nouvel angle. Les premières bases sont jetées avec le Facility Masterplan (article 37) qui vise une politique rationnelle et adéquate en matière de bâtiments. Dans ce contexte, le développement durable (objectif stratégique 14) constituera une priorité.

22) Renforcer la collaboration et les synergies avec les acteurs européens et nationaux

Collaborer et créer des synergies constituent d'importants défis pour ce 5e Contrat d'administration. Ces défis donnent à l'INAMI l'occasion de remplir son rôle plus efficacement non seulement au niveau des Institutions publiques de sécurité sociale (voir la partie relative aux dispositions générales) où d'importants accords sont conclus dans les domaines des RH, de l'ICT et de la logistique, mais aussi avec des acteurs internationaux sur le plan de la maîtrise des prix de médicaments, de l'amélioration de l'efficience des évaluations grâce notamment à un échange d'expertise et à une reconnaissance des évaluations des uns et des autres (article 23).

L'accord de gouvernement prête une attention particulière à une harmonisation entre les institutions scientifiques fédérales en matière de santé publique ainsi qu'aux rapports que ces institutions fédérales entretiennent avec les institutions scientifiques à d'autres niveaux de compétence.
L'objectif est d'aboutir à d'avantage de cohérence stratégique et de la gestion au sein d'un réseau intégré d'administrations en charge des soins de santé, comme par exemple entre l'INAMI, le SPF SPSCAE (DGSS) et la plate-forme eHealth, et, dans une phase ultérieure, également avec l'AFMPS, le KCE, l'OCM, la CAAMI et l'ISP.
L'INAMI s'engage à participer activement aux travaux qui seront entamés pour le trajet santé défini dans la note du Conseil des ministres du 03/07/2015 concernant le redesign des autorités publiques fédérales et à transmettre toutes les informations nécessaires demandées lors de la phase préparatoire de l'exercice.

23) Aligner la nomenclature à la politique et au contexte actuel et la simplifier

Conformément à l'accord de gouvernement, l'article 21 vise une réévaluation et une simplification poussées de la nomenclature en vue d'élaborer un nouveau plan qui servira de base aux futures rémunérations des prestations de santé.

Les parties qui ont signé le Contrat reconnaissent que vu l'étendue et la complexité de la matière à traiter, ceci suppose un progrès considérable sur les plans des priorités à prendre en compte, la collaboration active de tous les acteurs concernés ainsi qu'une stabilité relative du champ de travail de l'Institut.

Pour la période du **1er janvier 2016 au 31 décembre 2018**, les parties conviennent de retenir les objectifs mentionnés sous les titres IV à VI inclus. Des tableaux de bord permettront de suivre l'impact des objectifs spécifiques (voir titres VII + VIII).

Outre la sélection d'un certain nombre de projets contenant des actions-engagements et éventuellement des tableaux de bord pour la période 2016-2018, on prévoit également d'assurer le suivi d'un certain nombre de processus (permanents) et d'activités pour lesquels des actions-engagements ont été inscrits dans le cadre des précédents Contrats d'administration, mais plus dans l'actuel Contrat d'administration. Ce suivi a pour but de créer une certaine transparence au niveau de l'impact des engagements antérieurs sur les missions continues de l'INAMI.

TITRE IV: l'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnité sûre et efficace: ACCESSIBILITE

Article 11. Évaluation, précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables.

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figure pas dans le précédent Contrat d'administration (sauf le volet 4 du présent article qui est une suite de l'article 14 du Contrat d'administration 2013-2015).

Intitulé

Il s'agit d'une évaluation et d'un ajustement de la réglementation en vue de renforcer les initiatives améliorant l'accès aux soins des populations vulnérables. Les aspects suivants seront abordés :

- Automatisation dans le cadre de l'intervention majorée ;
- Évaluation du statut affection chronique ;
- Évaluation du tiers payant social obligatoire ;
- Réforme des flux de données relatifs au « maximum à facturer » ;
- Initiative dans le cadre de la transparence financière ;
- Initiative en vue d'éliminer les inégalités en matière de santé.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes

- Optimisation de l'accès aux soins pour les groupes vulnérables.

Contexte

Le présent article a pour objectif de continuer les initiatives déjà entreprises par le services des soins de santé et du contrôle administratif pour améliorer l'accessibilité aux soins des populations vulnérables.

Dans le cadre du Contrat d'administration précédent, l'INAMI a déjà procédé à l'adaptation et à la création des flux de données afin de détecter de façon proactive les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. En effet, la loi-programme du 29 mars 2012 portant des dispositions relatives à l'intervention majorée a été publiée au Moniteur belge du 6 avril 2012. L'arrêté d'exécution (AR) a été élaboré au cours du premier semestre de 2012. Étant donné que la réglementation a changé fondamentalement, les fichiers qui sont échangés en vue d'accorder et de contrôler les droits à l'intervention majorée ont également été modifiés.

La nouvelle réglementation prévoit actuellement aussi une obligation supplémentaire, à savoir l'obligation d'interroger de manière proactive les assurés concernant leurs revenus. De plus, la forme et le contenu actuels du nouveau système d'échange de données permettent en outre de contrôler plus

efficacement l'intervention majorée et d'en tirer davantage de données utiles pour l'évaluation de la politique menée.

Pour le premier volet du présent projet, l'INAMI s'engage à :
- évaluer les résultats du flux proactif exécuté en 2015 dans le cadre de la réforme de l'intervention majorée ;
- étudier la possibilité de dégager des groupes cibles pour lesquels un octroi automatique du droit est envisageable, la possibilité d'élaborer une banque de données et/ou l'implication d'autres éléments intervenant dans l'octroi de l'intervention majorée qui pourraient faire l'objet d'échanges électroniques. Le projet utilisera les résultats de l'étude du KCE « Conception optimale de mécanismes favorisant l'accessibilité financière et la viabilité du système des soins de santé en Belgique. », prévu pour septembre 2015 ;
- développement de l'expertise en ce qui concerne les avantages sociaux conditionnés au moins en partie par les revenus en vue d'élaborer des « best pratices » .

Il s'agit donc d'analyser tous les éléments qui peuvent favoriser une plus ou moins grande automaticité du droit à l'intervention majorée, et ce dans le but, d'une part, de simplifier les démarches administratives des assurés et, d'autre part, d'assurer l'effectivité de leurs droits. Pour la période du présent Contrat, nous ne nous engageons pas encore à procéder à des modifications des flux actuels. En effet, comme dit ci-dessus, un grand travail d'optimalisation des flux a déjà été réalisé au cours des années précédentes.

La deuxième partie de cet article concerne le statut de l'affection chronique.
Sur ce sujet, l'INAMI prend l'engagement d'évaluer le statut de l'affection chronique, entré en vigueur le 1er janvier 2013.
En effet, l'arrêté prévoit qu'une évaluation de cette mesure doit être effectuée, notamment quant à savoir sur base de quels critères le statut a été octroyé, la nature des dépenses de santé qui ont contribué à la réalisation des critères, l'évolution de l'octroi du statut sera également évaluée (changements dans les critères d'octroi, évolution dans les dépenses, évaluation de la prolongation) – évaluation quantitative. Une évaluation de la perception du statut par les bénéficiaires et de l'adéquation des avantages qui y sont liés avec les besoins des bénéficiaires sera également réalisée (évaluation qualitative). Cette évaluation sera réalisée dans le courant de l'année 2016. Outre l'évaluation du statut, l'INAMI s'engage à faire des recommandations visant à améliorer la législation relative au statut des malades chroniques.

Pour le troisième volet de cet article, l'INAMI s'engage également à faire l'évaluation d'une mesure, celle du tiers payant. L'article 53 de la loi AMI prévoit l'application obligatoire du régime du tiers payant par le médecin traitant pour certaines prestations de santé effectuées auprès d'un bénéficiaire de l'intervention majorée. La loi prévoit la possibilité d'étendre ce régime du tiers payant social obligatoire vers d'autres catégories d'assurés sociaux. Pour ce faire, il sera tenu compte de l'évaluation du régime du tiers payant obligatoire par le médecin traitant à l'égard des bénéficiaires de l'intervention majorée, qui est prévue dans la réglementation après un an d'application. La mesure du régime du tiers payant social obligatoire entrera en vigueur mi-2015.

Le quatrième aspect de cet article concerne le maximum à facturer. Le maximum à facturer (MAF) est une mesure visant l'accessibilité financière et date de 2002. Chaque année, plus d'un million d'assurés bénéficient d'au moins un remboursement dans le cadre du MAF, ce qui représente plus de 300 millions d'euros de dépenses.

Le principe du MAF est de garantir à chaque ménage de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant maximal pour le ticket modérateur (plafond). Si les tickets modérateurs du ménage atteignent ce montant maximum dans le courant de l'année, le reste des tickets modérateurs sera totalement remboursé. Le plafond dépend du revenu du ménage : plus les revenus sont élevés, plus le plafond sera haut. Le SCA détermine le montant du plafond du ménage et vérifie la composition de ménage.

Afin de déterminer le revenu du ménage, un échange de données entre l'OA, l'INAMI (SCA) et le SPF Finances a été mis en place. Les revenus sont demandés auprès du SPF Finances. L'INAMI (le SCA) les totalisent et les associent ensuite à une catégorie de revenus.
Afin d'additionner les revenus de manière correcte, le Service a besoin, d'une part, des données de revenus complètes et correctes et, d'autre part, d'un ménage composé conformément aux règles du MAF (vu que le maximum à facturer est basé sur les données de revenus du ménage).
Le SCA contrôle la composition de tous les ménages pour lesquels les mutualités demandent un plafond MAF. Ce contrôle consiste à comparer la composition du ménage telle que transmise par l'organisme assureur avec les informations reprises au Registre national. Cela se fait sur la base du flux BCSS H140. La mutualité doit corriger les compositions de ménage incorrectes. En 2014, le SCA a contrôlé 1.457.018 compositions de ménage.
La nécessité d'investir des moyens dans le processus du maximum à facturer dans les années à suivre est due à la suppression du flux BCSS H140 qui est à la base du contrôle des compositions de ménage. Le remplacement du H140 par le SOA Service Family suscite le besoin de repenser le processus nécessaire pour effectuer un contrôle correct et pour octroyer les droits.
Vu que le maximum à facturer est basé sur les données de revenus et sur la fixation du montant du plafond, l'échange de données concernant les revenus fiscaux est bien entendu déterminant. C'est grâce à cette information que le maximum à facturer pourra finalement être octroyé. Pour ce faire, une adaptation est requise au niveau de l'échange de données avec le SPF Finances afin de ne plus utiliser à l'avenir la banque de données actuelle, ni celle soutenue aux Finances, mais bien la banque de données TAXI AS.

Pour cette quatrième partie, l'INAMI s'engage donc, en collaboration avec le SPF Finances et la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à adapter ou changer ces flux de données afin de permettre la continuité du processus de contrôle des compositions de ménage, ainsi que la continuité du processus de détermination des revenus, processus nécessaires à adapter (et adaptation selon les principes du « Lean management » en vue d'un flow optimal et efficace) pour l'octroi du maximum à facturer.

Le dernier engagement de cet article concerne l'identification des « blind spots » et l'élimination des inégalités en matière de santé. Conformément à l'accord du gouvernement, des initiatives seront également prises pour l'exécution du livre blanc et du livre vert, rédigés par l'INAMI en collaboration avec Médecins du monde. En outre, d'autres « blind spots » seront énumérés (comme par exemple les handicapés mentaux, travailleurs sexuelles...), ainsi que des propositions de mesures d'amélioration. Enfin, les données de la dernière enquête de santé serviront de base pour déterminer quelles initiatives concrètes peuvent être prises en vue d'éliminer les inégalités en matière de santé.

Actions-engagements

Volet 1 : Automatisation dans le cadre de l'intervention majorée

1. Rédaction d'un rapport d'évaluation, destiné au Groupe de travail assurabilité, des effets de la détermination de la détection proactive de l'IM, un flux de données mis en place dans le cadre du 4e CA (en voie de production 2015). Date limite : 31/12/2018.

2. Rédaction d'un rapport en ce qui concerne les « best pratices » de l'octroi des avantages sociaux directement liés aux revenues, pour améliorer l'attribution des droits INAMI. Date limite : 31/12/2017.
3. Rédaction d'une note pour le Groupe de travail assurabilité reprenant les différentes propositions d'automatisation, établie sur la base d'une étude du KCE, et ce, pour tous les groupes cibles de l'action-engagement 4. Date limite : X + 12 mois (X= la publication du rapport du KCE)
4. Rédaction des textes réglementaires pour permettre que l'octroi automatique de l'intervention puisse être accordé à des groupes sur base de critères sociaux et administratifs qui démontrent qu'ils répondent aux conditions de revenus et sur qui un contrôle systématique sera immédiatement appliqué. Date limite : X + 12 mois (X= l'accord obtenu au Groupe de travail assurabilité).

Volet 2: Évaluation du statut affection chronique

5. Évaluation du statut d'affection chronique (conditions d'octroi et effets) : première phase-dans le courant de 2016. Date limite : 31/12/2016.
6. La formulation de recommandations, y compris des propositions pour l'adaptation de la réglementation concernant le statut affection chronique : dans une 2e phase - prévue dans le courant de 2017. Date limite : 31/12/2017.

Volet 3 : Évaluation du tiers payant social obligatoire

7. Une évaluation sera faite pour fin 2017, accompagnée d'une note qui sera présentée à la Médicomut et au Comité de l'assurance. Date limite : 31/12/2017.

Volet 4: Réforme des flux de données relatifs au Maximum à facturer

8. Adaptation du flux de données des compositions de ménage (flux KSZ H140 vers SOA service family). Date limite : 31/12/2016.
9. Adaptation du flux de données de détermination des revenus (usage de TAXI AS du SPF Finances). Date limite : 31/12/2017.

Volet 5 : Identification des « blind spots » et élimination des inégalités en matière de santé

10. Proposer des initiatives concrètes en vue de combler la « fracture sanitaire » conformément au livre vert et au livre blanc et identifier les « blind spots ». Date limite : 31/06/2017.

Effets attendus

- Renforcement de l'accessibilité effectif au droit à l'intervention majorée
- Automatisation des droits des assurés sociaux
- Aide à la prise de décision pour la poursuite et l'éventuelle extension des trajets de soins pour d'autres chroniques
- Garantir la continuité du processus « maximum à facturer »

Facteurs externes

Collaboration et dépendance vis-à-vis des partenaires externes (Organismes assureurs, l'observatoire, le SPF Finances,…).

Article 12. La réforme des interventions personnelles

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans les précédents Contrats d'administration de l'INAMI.

Intitulé

Ce projet a pour objectif une réforme des interventions personnelles du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, tant dans le secteur de la kinésithérapie, que dans ceux de la logopédie et de l'art dentaire et ce, afin d'offrir des soins de santé efficaces et de meilleure qualité.

Cadre

Réglementer, contrôler, informer.

Axes principaux

- Optimiser la détermination du ticket modérateur.

Contexte

Les tickets modérateurs existent en Belgique depuis près de 50 ans et ils sont fort différenciés et complexes. À la demande de l'INAMI, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié certains points sensibles importants. Voir également à cet effet le rapport KCE 186B 'Détermination du ticket modérateur en fonction de la valeur sociétale de la prestation ou du produit'. Le système gagnerait à être simplifié. Ainsi, les différences de tickets modérateurs en fonction du nombre de patients examinés pour les visites à domicile du médecin généraliste ou en fonction du lieu de la visite pourraient être supprimées. Plus la plus-value sociétale d'une intervention médicale est élevée, plus le ticket modérateur associé devrait être faible. Ceci devrait contribuer à des soins de santé efficaces et de meilleure qualité. Le KCE recommande donc de ne plus comptabiliser le ticket modérateur comme un pourcentage des honoraires médicaux ou du coût d'un médicament. Il importe d'élaborer une vision globale, dans laquelle les objectifs des tickets modérateurs seraient pris en compte.

Les conventions/accords nationaux de ces 3 secteurs contiennent des initiatives spécifiques relatives à la réforme des interventions personnelles. Cette réforme doit déboucher sur une simplification de la réglementation et sur une meilleure accessibilité aux soins, axée sur le groupe cible concerné. On prend chaque fois pour point de départ un cadre budgétaire neutre.

L'INAMI s'engage à préparer cette réforme pendant la première période du 5e Contrat d'administration (2016-2018), tant au niveau du contenu qu'au niveau de la réglementation et ce, en collaboration avec les acteurs concernés. Concrètement, il s'agit notamment de créer et diriger (et accompagner) des groupes de travail spécifiques, d'apporter des solutions, de concrétiser des décisions de principe, d'exécuter ces décisions…

Les différents secteurs ont chacun des caractéristiques et objectifs spécifiques, de sorte que l'élaboration de cette réforme doit être préparée et traitée par secteur. Concrètement, les dispositions suivantes figurent dans les conventions/accords nationaux :

- pour les kinésithérapeutes : “La Commission de conventions va effectuer une étude ayant comme but une harmonisation des quotes-parts personnelles dans les limites budgétaires disponibles. Le résultat de cette étude doit être effectué dans un cadre budgétairement neutre“ ;

- pour les logopèdes : “Programme de réforme de la logopédie monodisciplinaire en assurance soins de santé obligatoire avec e. a. la suppression de l’intervention AMI pour les séances de traitement au-dessus du percentile 75 sur base de la consommation actuelle par patient et par trouble et/ou en tenant compte de l’évidence basée sur les guidelines en vigueur. Ces projets doivent être réalisés dans un cadre budgétaire neutre, à savoir dans l’objectif budgétaire global. La quote-part personnelle totale sur les séances de traitement sera égale à la totalité des tickets modérateurs actuels jusqu’au P75, MàF inclus. Un groupe de travail détermine les modalités de l’attribution de la quote-part personnelle” ;

- praticiens de l'art dentaire : “La CNDM élaborera dans le courant de l’année 2015 les modalités pour instaurer en 2016 un trajet de soins buccaux, de manière progressive ou non, soutenu par un dossier dentaire, qui évoluera vers un dossier dentaire informatisé. Dans le cadre de ce trajet de soins buccaux, il est prévu une différenciation du remboursement, d’une part via l’instauration d’un meilleur remboursement des prestations prioritaires chez les personnes qui suivent le trajet de soins buccaux et, d’autre part, via un remboursement diminué pour les prestations qui pourraient être évitées si le trajet était suivi. La différenciation des tickets modérateurs ira de pair avec l’instauration de montants de tickets modérateurs fixes, où le niveau est fixé en fonction de la nature des soins dentaires et de leur caractère préventif. Ces montants fixes évolueront sur la base d’un mécanisme de cliquet. Cette opération doit être neutre sur le plan budgétaire“.

Le Service des soins de santé se chargera notamment des actions suivantes dans le cadre de l'exécution de ce projet :

- organisation de groupes de travail ;
- collecte et traitement de données spécifiques ;
- développement de solutions réalisables ;
- concrétisation de ces solutions dans des notes ou des projets de réglementation ;
- estimation de l'impact budgétaire et administratif ;
- présentation et explications aux organes compétents ;
- communication aux citoyens, dispensateurs de soins, organismes assureurs et autres partenaires.

Pour les secteurs de la kinésithérapie et de la logopédie, la préparation est en cours. Pour la logopédie, l'objectif est que les conclusions du groupe de travail soient présentées en 2016 à la réunion plénière de la Commission de conventions. Les textes élaborés seront ensuite soumis au Comité de l'assurance. Pour la kinésithérapie, la Commission de conventions analysera en 2016 un texte qui aura été élaboré et une proposition sera ensuite soumise au Comité de l'assurance. Pour le secteur des praticiens de l'art dentaire, le nécessaire sera fait pendant le 5^{e} Contrat d'administration.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration de la réglementation (l'AR) pour les praticiens de l'art dentaire (volet titulaires préférentiels), présentation à la Commission nationale et au Comité de l'assurance. Date limite : 30/06/2016.

2. Elaboration de la réglementation (l'AR) pour les kinésithérapeutes et les logopèdes, présentation à la Commission nationale et au comité de l'assurance. Date limite : X+6 mois, X étant la date de l'accord de la Commission de conventions.

Effets attendus

- Meilleure accessibilité à des soins de santé adéquats.
- Transparence et simplification pour toutes les parties concernées (dispensateurs de soins, organismes assureurs, INAMI).

Facteurs externes

- Collaboration des différents partenaires ainsi que leurs attentes.

Article 13. L'intégration des personnes détenues et des internés dans l'assurance-maladie obligatoire.

Le présent article consiste en un nouveau projet qui ne figure pas dans les précédents contrats d'administration.

Intitulé

Ce projet vise à intégrer, à terme, les détenus et les internés dans le système de l'assurance des soins de santé obligatoire.

Cadre

Réglementer, conseiller, informer.

Axes

- Optimaliser les soins de santé.

Contexte

Actuellement, les soins de santé des personnes détenues et des internés sont sous la responsabilité financière du Service Public Fédéral (SPF) Justice, tant en ce qui concerne la prise en charge du cout des soins de santé que de l'organisation de ceux-ci.
Le SPF Justice prend à sa charge le coût des frais médicaux des détenus et des internés sauf exceptions prévues par la réglementation de l'assurance soins de santé. Dans ces cas, l'INAMI prend en charge les coûts dans le cadre d'un budget fermé.

Divers prestataires de soins et de nombreuses instances ont dénoncé des dysfonctionnements, notamment la trop forte pression de travail, l'absence de moyens financiers, le manque de prestataires de soins qualifiés et des soins inadéquats pour les personnes internées et celles souffrant de problèmes de toxicomanie.
Au vue de ces constats, le livre blanc, rédigé en collaboration avec une centaine d'acteurs du secteur de la santé et du social, recommande d'intégrer les détenus et les internés dans l'assurance soins de santé obligatoire (en tenant compte de la situation spécifique de ces groupes cibles) afin d'offrir des soins

identiques et de même qualité que ceux proposés en dehors des prisons ou des institutions dans lesquelles séjournent les internés.

Il est techniquement possible, d'un point de vue légal, d'adapter les règlementations concernées de manière à permettre à tous les détenus et internés au sein des prisons, et même aux illégaux, d'avoir accès à l'assurance obligatoire soins de santé pour la durée de leur séjour en prison.
Toutefois, une étude scientifique préalable du Centre Fédéral d'Expertise , prévue pour la fin de l'année 2016, est indispensable pour :

- Evaluer la problématique de l'assurabilité : les personnes susvisées doivent obtenir, pour la durée de leur emprisonnement ou internement, un statut à part entière dans l'assurance obligatoire.
- Connaître les besoins réels des personnes détenues et internées en matière de soins, les formes de soins, le volume de soins qu'il faudrait prévoir et l'offre de soins actuelle. Cette étude doit aboutir à des recommandations concrètes concernant l'organisation future des soins de santé pour les détenus et les internés.
- Définir quelles seraient les répercussions financières de l'organisation future des soins de santé (notamment la possibilité de mettre en œuvre un modèle forfaitaire de soins de base et la faisabilité du système).

Sur base des recommandations de l'étude du Centre Fédéral d'Expertise, l'INAMI s'engage à rédiger une note contenant les adaptations réglementaires nécessaires en vue d'intégrer les détenus dans le système de l'assurance soins de santé. Concernant les adaptations organisationnelles à réaliser, une collaboration entre l'INAMI, l'SPF VVVL et le SPF justice est indispensable.

Actions-engagements

1. Rédaction d'une note commune (INAMI-SPF VVVL), à l'attention de la cellule stratégique, contenant les adaptations réglementaires nécessaires en vue d'intégrer les détenus dans le système de l'assurance-maladie. Date limite : X+1 ans, X étant la date de remise de l'étude réalisée par le Centre Fédéral d'Expertise à l'INAMI

Effets attendus

- Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins aux personnes détenues en prison.
- Une meilleure gestion des deniers publics.

Facteurs externes

- Collaboration avec le SPF justice, SPF Santé publique et les organismes assureurs.

Article 14. Réforme des implants : évaluation de la procédure de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Cet article concerne la suite d'un projet inscrit dans le cadre des précédents contrats d'administration (article 18 du 4e Contrat d'administration).

Intitulé

Optimaliser la méthode et les procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Cadre

Organiser, attribuer.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses et à la limitation des suppléments à charge du patient.
- Amélioration du processus et informatisation.

Contexte

La réforme du système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs a été instaurée par la loi portant dispositions diverses en matière de santé du 13 décembre 2006. Cette loi contient une approche intégrale renouvelée en matière de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. Cette réforme a été initiée, d'une part, par souci de sécurité juridique et, d'autre part, par l'amélioration de l'accessibilité à ces dispositifs.

Ces dernières années, l'INAMI a pris diverses initiatives, lesquelles ont abouti, entre-temps, à la réalisation des différentes phases de cette réforme, à savoir :

- La procédure de notification est entrée en production au 1er mai 2009. La publication de la liste des produits notifiés est dès lors possible. Seuls ces produits peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire. Les implants qui n'ont pas été notifiés, ne peuvent être imputés aux bénéficiaires. La liste des produits notifiés peut être intégrée dans la tarification électronique. Une mise à jour permanente de la liste est possible depuis mai 2009. Une application est également disponible, permettant aux entreprises qui commercialisent des implants sur le marché belge de s'enregistrer. Ces entreprises introduisent leurs données au moyen d'un formulaire électronique, ce qui leur permet également de tenir leurs données à jour.

- Le système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (Qermid). Il s'agit de la mise à disposition d'un système en ligne (système d'enregistrement associé à la transmission des données cliniques) de demande de remboursement de certains implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. L'application a entre-temps été mise en production pour les secteurs suivants : défibrillateurs cardiaques (2010), pacemakers (2011), endoprothèses (2011) et tuteurs coronaires (2012).

- La création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » (CRIDMI).

- Le lancement de la nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables à la mi-2014 (AR du 25.6.2014). A cette fin, tant le volet réglementaire (AR relatif à l'organisation de la procédure de remboursement) que le volet technique (l'application développée pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers de demande adressés à la CRIDMI) ont été développés pendant la période couverte par le précédent Contrat d'administration (2013-2015).

- Un tableau de bord a été établi et doit permettre d'enregistrer et de communiquer les délais de traitement des dossiers.

Comme prévu dans le 4e Contrat d'administration, l'INAMI s'est engagé à évaluer ce nouveau système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables deux ans après son entrée en vigueur. Concrètement, un rapport sera rédigé à ce propos à l'intention du Comité de l'assurance. Une première note a déjà été transmise à la CRIDMI en 2014 formulant une proposition d'items à évaluer.

Enfin, l'INAMI contribuera entièrement à la préparation et l'exécution du Pacte d'avenir des implants.

Actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport d'évaluation pour la CRIDMI, relatif au nouveau système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. Date limite : 31/12/2016.

Effets attendus

- Amélioration de la qualité des décisions.
- Intervention plus rapide de l'assurance obligatoire dans les coûts des prestations (meilleurs délais de traitement des procédures de remboursement).
- Meilleur suivi (budgétaire et médical/scientifique) de la liste des prestations remboursables (modifications).
- Suppression maximale des documents papier.
- Limitation des suppléments à charge du patient.
- Maîtrise des dépenses en matière de soins de santé.

Facteurs externes

Aucun.

Article 15. Actualisation du principe d'incapacité de travail et harmonisation de la réglementation des indemnités.

Le présent article consiste en un nouveau projet qui ne figure pas dans les précédents contrats d'administration.

Intitulé

Il s'agit d'une simplification de la législation des indemnités en vue de s'adapter aux évolutions sociétales.

Cadre

Simplifier, réglementer

Axes

- Simplification administrative
- Approches innovantes

Contexte

La complexité de la législation, et surtout celle de la réglementation dans le secteur des indemnités rend indispensable sa remise à plat. L'on constate que de nombreux éléments bloquants sont apparus ces dernières années, d'où l'importance de pouvoir améliorer, simplifier et rendre plus cohérente la réglementation en matière d'assurance indemnités.

Une meilleure adéquation de la réglementation indemnités avec les évolutions sociétales, constitue également un vaste chantier pour lequel une réflexion plus globale devrait être menée. Les évolutions sur le marché du travail, l'augmentation du vieillissement de la population active, l'apparition de nouveaux syndromes, le développement des maladies chroniques,… constituent en effet de nouveaux facteurs à prendre en compte dans le cadre de ces travaux de modernisation de la réglementation indemnités.

L'objectif est de mener une réflexion sur une nouvelle réglementation qui soit en ligne avec les défis futurs sur le plan des indemnités. Cela concerne, entre autres, les éléments suivants :

- Une réflexion plus globale au sujet de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 en vue d'une meilleure adéquation de cette disposition légale avec les évolutions sociétales (1. l'aspect incapacité de travail et 2. l'aspect concernant les situations pour lesquelles le travailleur est atteint d'affection chronique ou qui nécessite des traitements à intervalles réguliers, entraînant des périodes d'incapacité de travail répétées).
- Réflexion pour une meilleure coordination des réglementations chômage/pension avec l'assurance indemnités. Une meilleure coordination avec les IPSS concernés permettrait d'anticiper (et donc, de pallier) les éventuelles difficultés à pouvoir transposer dans notre assurance indemnités les modifications envisagées dans ces autres secteurs de la sécurité sociale.

La simplification règlementaire visera essentiellement les dispositions suivantes :

1°. L'actuel article 100, §1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 précise les conditions cumulatives pour pouvoir être reconnu incapable de travailler au sens de l'assurance indemnités. Parmi les conditions qui y sont énoncées, le texte légal prévoit notamment le fait pour le travailleur de devoir cesser toute activité (la notion d'activité doit être entendue au sens large et ne vise pas uniquement les activités rémunérées) ; en outre, les lésions et troubles fonctionnels (dont le lien de causalité avec la cessation d'activité doit être établi) doivent entraîner une réduction de la capacité de gain d'au moins 66% (critère médico-économique).

Cette disposition légale ne tient cependant pas compte de l'évolution socio-économique de notre société, où l'exercice de plusieurs emplois à temps partiel constitue une pratique de plus en plus courante. Or, l'on constate que pour les travailleurs qui exercent plusieurs emplois à temps partiel, ceux-ci sont tenus - dans l'état actuel de la législation - à devoir cesser préalablement toutes leurs activités à temps partiel même si, l'incapacité de travail ne porte effectivement que sur l'exercice de l'un de leurs emplois à temps partiel.

Par ailleurs, outre la cessation préalable de toute activité, ces travailleurs doivent également atteindre un taux de réduction de capacité de gain de 66% au moins ; or, ce critère médico-économique semble difficile à atteindre lorsque l'impossibilité médicale porte uniquement sur l'un des emplois à temps partiel exercé (le travailleur restant capable de travailler pour ses autres emplois à temps partiel).

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue l'article 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet article stipule qu'un travailleur reconnu incapable de travailler peut reprendre une activité professionnelle autorisée par le médecin-conseil à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. Dans la pratique, il subsiste pas mal d'imprécisions quant à l'application de ce critère. Il convient également de se demander si cette possibilité de travail autorisé ne peut être étendue à un pourcentage d'incapacité de travail plus faible.
C'est pourquoi il faudrait, d'une part, réfléchir à la possibilité de prévoir une incapacité de travail "partielle" et, d'autre part, examiner la possibilité de fixer "différents" pourcentages d'incapacité de travail lorsque le travailleur exerce différentes professions à temps partiel et que, pour des raisons médicales, il doit mettre fin à l'une de ces activités à temps partiel.

2°. Un autre aspect concerne les procédures de déclaration et de reconnaissance de l'incapacité de travail pour les patients atteints d'affections chroniques (mucoviscidose, sclérose en plaques,...) ou qui nécessitent des traitements à intervalles réguliers (chimiothérapie, dialyses rénales,…) ; une réflexion devrait être menée en vue de l'élaboration d'une proposition qui puisse englober à la fois les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail mais également les implications sur les périodes d'incapacité de travail, sur le taux de l'indemnisation,… Cette réflexion devrait également être menée en tenant compte des aspects liés au droit du travail (incidences sur le maintien du contrat de travail initial en cas de reprise d'un travail adapté, le paiement du salaire garanti,….) c'est pourquoi, celle-ci devrait être réalisée en étroite coordination avec le SPF ETCS (au sein de groupes de travail) et le CNT (Plateforme Back to work).

Enfin, on souhaite encore insister sur d'autres simplifications administratives qui visent une plus grande transparence du système des revenus de remplacement pour la personne en incapacité de travail. Les simplifications qui figureront à l'ordre du jour ces prochaines années sont notamment:

- une harmonisation de la définition "charge du ménage" avec la réglementation en matière de chômage en s'attardant particulièrement sur une simplification administrative et une transparence pour le patient;

- L'adaptation ou la suppression de la législation incohérente ou superflue et de la législation qui engendre trop de charges administratives ;
- La cohérence du critère d' "aide aux tiers" (INAMI) et l'allocation d'intégration (SPF Sécurité Sociale, DG personnes handicapées).
- etc.

Actions-engagements

1. Création d'une task force réglementation interne (composée de membres de l'ensemble des bancs représentés au sein des comités de gestion indemnités) avec comme objectif prioritaire de formuler une proposition à propos de l'article 100 (§1 et §2) en vue de promouvoir la réintégration.
   Date limite : 31/12/2016
2. Création d'un plateforme de coordination interdépartementale de la réglementation avec les IPPS concernés (ONEM, ONP, …). Date limite : 30/06/2016
3. La mise en place d'une étude sur les difficultés pratiques que pose le système actuel des activités autorisées et des propositions pour remédier à ces problèmes. Dans cette étude, il devra être examiné si le système des activités autorisées peut être élargi à d'autres personnes avec un faible pourcentage d'incapacité de travail. Cette étude est reprise dans le programme 2016 du Centre de connaissances de l'Incapacité de travail. Date limite : 30/04/2017.
4. Présentation d'un rapport annuel (à partir de 2017) avec des propositions de simplification de la réglementation des indemnités au Comité de gestion des Indemnités (avec une attention pour d'éventuels quickwins).Dates limites :31/12/2017; 31/12/2018.

Effets attendus

- Adaptation de la réglementation aux évolutions sociétales
- Simplification administrative
- Meilleure application des normes par les OA
- Meilleure coordination entre le droit de la sécurité sociale et le droit du travail
- Diminution du risque d'erreur dans l'attribution des droits et le calcul des indemnités

Facteur externe

- Collaboration avec le SPF Emploi, travail et concertation sociale

TITRE V: L'INAMI comme catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: REFORME & INNOVATION

Article 16. Opérationnalisation des soins intégrés aux malades chroniques.

Cet article concerne un nouveau projet n'ayant pas fait l'objet d'un précédent Contrat d'administration, sauf en ce qui concerne quelques parties de ce projet s'inscrivant dans le prolongement de précédents projets tels les trajets de soins (article 19 du 4e Contrat d'administration et article 31 du 3e Contrat d'administration) et le renouvellement des soins aux personnes âgées (article 32 du 3e Contrat d'administration).

Intitulé

Il s'agit d'opérationnaliser certaines actions en vue :

- d'améliorer la santé de la population en général et des malades chroniques en particulier,
- d'améliorer la qualité des soins,
- d'utiliser plus efficacement les moyens attribués.

Cadre

Informer, conseiller, répartir les moyens, attribuer, réglementer, organiser, informer et conseiller, tout en respectant les accords conclus dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

Axes principaux

- Améliorer la prestation de services / l'offre de soins (avantages) en général et aux malades chroniques en particulier.

Contexte

Ce projet vise à améliorer la santé de la population en général et des malades chroniques en particulier, à améliorer la qualité des soins et à utiliser efficacement les moyens alloués (fournir de meilleurs soins avec les moyens investis), au travers de la prise en compte de certaines composantes (empowerment du patient, soutien aux aidants proches, case management, stratification de la population, initiatives en vue d'encourager le maintien au travail ou la réinsertion, la prévention, la concertation et coordination, la continuité des soins, le dossier multidisciplinaire du patient, les directives, la formation,l' implication des organisations de patients, l'évaluation de la performance du système, la qualité, l'adaptation du système de financement, l'attractivité et le change management) nécessaires au développement de soins intégrés.

Certaines conditions y sont rattachées pour le patient (autonomie, libre choix et vie privée), pour la société en général (équité, cohésion et diversité sociales) et au niveau politique (compétences et priorités spécifiques des différentes autorités et principe de subsidiarité).

L'approche des soins intégrés nécessite de développer des complémentarités et des synergies au niveau de l'offre de soins, du patient, des groupes de patients et de la population.

L'accord de gouvernement de 2014 entend privilégier des soins de santé de qualité, accessibles et payables. Il renvoie notamment :

- aux principes de base de la note d'orientation « Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique », approuvée le 24 février 2014 par la Conférence interministérielle Santé publique.
- au "Position paper » : organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique " du KCE (KCE rapport 190A).
- à la déclaration commune de fin mars 2015 et au Plan d'approche des soins intégrés aux malades chroniques tel qu'approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique du 29 juin 2015 et le plan soins intégrés aux malades chroniques approuvé par la CIM du 19 octobre 2015 et le guide “projets pilotes soins intégrés aux malades chroniques” approuvé par la CIM le 29 janvier 2016 par un accord protocol.

L’accord de gouvernement prévoit également que l'exécution de la politique relative aux maladies chroniques et aux affections liées au vieillissement sera pilotée par la cellule interadministrative, créée par la Conférence interministérielle Santé Publique, en concertation avec l’Observatoire des maladies chroniques. Enfin, il mentionne également la possibilité de simplifier et d’harmoniser les différents avantages accordés actuellement aux malades chroniques.

Ces prochaines années, l'INAMI souhaite se focaliser davantage, et de manière intégrée, sur l'opérationnalisation des soins aux malades chroniques, en tenant compte des priorités établies. À cette fin, certains projets concrets seront mis en place et/ou poursuivis, à savoir :

- la pleine contribution à l'exécution du Plan « Soins intégrés aux malades chroniques » (volet 1) ;
- le suivi du développement des trajets de soins en élaborant des recommandations pour un modèle de soins génériques à destination des patients souffrant de maladies chroniques, et l'application concrète dans un modèle de soins pour patients souffrant du diabète de type 2 (volets 2 & 4) ;
- la poursuite des initiatives de renouvellement des soins aux personnes âgées (volet 3).
- la redéfinition du rôle de la section scientifique de l'Observatoire (volet 5).

Ci-après, ces projets sont clarifiés de manière plus concrète :

VOLET 1: Contribution à l'exécution du plan malades chroniques

Dans un premier temps, l'INAMI aura pour mission de s'impliquer activement et de piloter, de concert avec le SPF SPSCAE, les activités de la cellule interadministrative « Soins intégrés aux malades chroniques » (comme mentionné ci-dessus instituée par la Conférence interministérielle - CIM Santé publique), de poursuivre le développement du plan et de fournir un support dans le cadre du développement de 4 lignes d'action concrètes pour le développement et l'implémentation de soins intégrés :

- l'organisation de projets pilotes en différentes étapes,
- le soutien méthodologique, scientifique et technique,
- la gouvernance du processus,
- la formulation d'actions spécifiques ou complémentaires par les différentes autorités dans le cadre de leur domaine de compétence.

On encouragera également une participation active aux activités du groupe de travail intercabinets « malades chroniques » de la Conférence interministérielle Santé publique.

Enfin, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure les projets de renouvellement des soins aux personnes âgées fragiles (dits projets Protocole 3) peuvent être intégrés au Plan « Soins intégrés aux malades chroniques ».
Ce volet concerne principalement un processus de réorganisation et de change management, tant au niveau de l'organisation de l'offre de soins qu'au niveau de la demande de soins.

Ce volet concerne principalement un processus de réorganisation et de change management, où l'intégration implique le développement de complémentarités et de synergies à différents niveaux :

- **au niveau de l'offre de prestations :**
  - intégration de la 1ère et de la 2ème ligne ;
  - intégration des soins de routine et des épisodes aigus ;
  - intégration de l'aide et des soins ;
  - intégration de structures existantes ;

  et des différents projets existants ou des initiatives pour malades chroniques

- **au niveau du patient :**
  - approche holistique du patient (et de son environnement) selon un modèle biopsychosocial ;
  - basé sur les soins proactifs et planifiés, où le patient et l'entourage sont considérés comme partenaires dans le cadre des soins ;
  - intégration des associations de patients / associations coupoles dans les choix stratégiques et l'organisation des soins ;
  - intégration de la santé et du bien-être ;
  - intégration des soins préventifs et palliatifs.

- **au niveau des processus de soins**: approche multidisciplinaire et répartition des informations entre les acteurs concernés (patient, professionnels des soins, entourage…)

- **au niveau de la population :**
  - intégration au niveau de la population locale, ancrage dans l'environnement socioéconomique ;
  - en prêtant une attention particulière à l'équité, à l'accessibilité et à la réduction des inégalités en matière de santé.

- **au niveau politique :**
  - mise en place de synergies entre la politique fédérale et la politique des Communautés/Régions ;
  - ancrage de l'approche des soins intégrés dans la politique fédérale, dans la politique des Communautés / Régions et dans la politique locale ;
  - synergies avec la politique en matière d'enseignement, l'aide aux personnes, l'aide sociale, le travail, l'intégration sociale...

Les engagements pris par l'INAMI pendant la période couverte par le 5e Contrat d'administration pour le premier volet sont les suivants :

(1) La pleine contribution à l'exécution du Plan « Soins intégrés aux malades chroniques ». Cela implique notamment les aspects suivants :
- Un appel à des projets pilotes (lancement fin 2015) et le coaching et le suivi de ceux-ci (dans la période 2016-2021) ;
- Diverses recherches scientifiques ;
- Le soutien aux actions du plan concernant les programmes d'enseignement et de formation, les actions de promotion et prévention…

- Un plan de communication, gouvernance du plan, accompagnement du changement, évaluation d'impact,… La gouvernance du Plan implique aussi une mutation de l'actuelle Section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques, située actuellement au sein de l'INAMI ;
- Après évaluation positive, ses projets pilotes pourront êtes convertis en un cadre structurel.

Un rapport annuel sur les points précités sera rédigé dans le cadre du 5e Contrat d'administration (1re action-engagement). Ce rapport contiendra également un point spécifique relatif au système de financement. Le système de financement concerne différents scénarios qui peuvent être utilisés dans la réforme des soins de santé.
Dans ce contexte, il y a de l'attention pour les approches tant du coté de l'offre que de la demande et également des comparaisons de ceux-ci avec la situation actuelle.

(2) Intégration des éléments pertinents des projets de soins innovants pour des personnes âgées fragiles à domicile (dits Projets Protocole 3) dans le développement du Plan « Soins intégrés aux malades chroniques ». Le financement des projets est prévu jusque 2018 sur la base de conventions article 56. (voir également ci-après le volet 3 et l'action-engagement 5).

VOLET 2 : La poursuite du développement des trajets de soins

Comme susmentionné, ce volet s'inscrit dans le prolongement des précédents projets issus des 3e et 4e Contrats d'administration.

Ce 5ème Contrat d'administration se focalise sur le développement de recommandations pour un modèle de soins génériques pour patients malades chroniques coordonné par le médecin généraliste. Dans un premier temps, ce modèle sera opérationnalisé pour des patients souffrant du diabète de type 2.

1. Le développement de recommandations pour un modèle de soins génériques pour patients souffrant de maladies chroniques :

Cette année (2015), ce modèle de soins génériques est déjà en cours de préparation (en collaboration avec l'Observatoire des maladies chroniques, le groupe de travail Trajets de soins de la Commission nationale médico-mutualiste et le Conseil technique médical). Une note contenant des recommandations pour le modèle de soins génériques sera transmise à la cellule interadministrative pour les malades chroniques de la Conférence interministérielle Santé publique et au Comité d'accompagnement.
L'engagement pris par l'INAMI dans le cadre du 5e Contrat d'administration consiste en la proposition d'une note contenant des recommandations pour le modèle de soins génériques (en 2016) à la Commission nationale médico-mutualiste.

2. Le développement d'un modèle de soins pour les patients souffrant du diabète de type 2 (un prétrajet) :

Dans un premier temps, le nouveau modèle de soins génériques sera appliqué aux patients souffrant du diabète de type 2, qui ne sont pas repris dans les trajets de soins diabète de type 2 existants ou dans la convention diabète. Les phases suivantes sont prévues :

- Phase 1, dans le courant de 2015, sur la base des décisions de la Commission nationale médico-mutualiste : l'engagement du médecin généraliste à identifier et enregistrer le patient à offrir des soins ciblés au patient, à examiner des objectifs individuels avec le patient et à enregistrer les données cliniques et biologiques dans le DMG ;

- Phase 2, probablement à partir de 2016, sur la base du modèle de soins diabète et des décisions de la Commission nationale médico-mutualiste : l'engagement du médecin généraliste à s'inscrire dans une collaboration multidisciplinaire avec échange de données et à fournir aux patients l'accès à l'éducation en matière de diabète et aux conseils sur l'activité physique.

L'engagement pris par l'INAMI dans le cadre du 5e Contrat d'administration consiste à élaborer une proposition concrète de modèle de soins pour les patients souffrant d'un diabète de type 2 (non repris dans un trajet de soins diabète de type 2 ou une convention diabète) relative à la collaboration multidisciplinaire, à l'échange de données, à l'éducation, aux conseils sur l'activité physique, pour la transmettre ensuite aux organes et commissions compétents (en 2016) (action-engagement 3).

3. L'extension du modèle de soins génériques à d'autres pathologies :

Au cours de la période 2015-2016, le Comité d'accompagnement examinera si le modèle de soins génériques peut être étendu à d'autres pathologies. L'INAMI s'est engagé dans le cadre du 5e Contrat d'administration à inscrire à l'ordre du jour de la Commission nationale médico-mutualiste (en 2016) la proposition du Comité d'accompagnement « Trajets de soins » relative à l'extension éventuelle du modèle de soins génériques (action-engagement 4).

<u>VOLET 3 : Renouvellement des soins aux personnes âgées : examen en vue de l'intégration des projets « Protocole 3 » dans le Plan « Soins intégrés aux malades chroniques ».</u>

Le 3 ème contrat d'administration (2010-2012) prévoyait déjà l'option stratégique de faire développer les formes alternatives de soins et de soutien aux soins par les professionnels du terrain, plutôt que de les imposer en amont par les pouvoirs publics. Voir pour ce faire le troisième protocole d'accord (1/10/2005- 1/10/2010) qui encourage le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Dans ce cadre, l'INAMI a assumé, ces dernières années, les premier et deuxième appels coordonnés ainsi que le suivi administratif. L'engagement pris par l'INAMI dans le cadre du 5e Contrat d'administration porte sur la présentation au Comité de l'assurance (fin 2017) d'un rapport scientifique concernant le déroulement des projets sélectionnés du deuxième appel (action-engagement 5) et les recommandations éventuelles. Ce volet s'inscrit dans le prolongement du projet en cours (voir les précédents CA). Il est prévu, en outre, que l'INAMI examine la manière dont ces projets peuvent être intégrés dans le Plan « Soins intégrés aux malades chroniques».

<u>VOLET 4 : Gestion de projet pour le support électronique de la collaboration multidisciplinaire sur la base du DPI</u>

Ce projet vise à fournir un support électronique à la collaboration multidisciplinaire dans le cadre des soins dispensés aux patients qui suivent un trajet de soins et/ou aux malades chroniques. Ce système électronique sera élaboré sur le base du dossier patient informatisé (DPI) et doit dès lors être considéré comme « dossier partagé » contenant des données enregistrées par les différents dispensateurs de soins d'une équipe multidisciplinaire, qui seront utilisées pour le suivi proactif d'un patient inscrit dans un trajet de soins ou souffrant d'une pathologie chronique par cette même équipe multidisciplinaire. On prévoit également que le patient puisse accéder à ce dossier informatisé de sorte qu'il puisse s'impliquer activement dans la gestion de son processus de soins.

Ce volet est repris dans le plan d'action e-Santé 2013-2018 (point d'action 6) qui stipule ce qui suit: « développement et utilisation systématique d'un dossier patient informatisé (DPI), dans lequel chaque

dispensateur de soins entre des données structurées et qui est entièrement destiné au partage et à l'utilisation commune de celles-ci... »

Une preuve de concept (proof of concept) sera développée dans un premier temps pour les trajets de soins. La solution générique permettra de transcender le contexte des trajets de soins.

Le rôle de l'INAMI se précise au niveau de la gestion de projets en ce qui concerne le développement du support électronique et d'une preuve de concept pour les trajets de soins. L'engagement pris par l'INAMI dans le cadre du 5e Contrat d'administration porte sur le fait que la preuve de concept des trajets de soins pourra être fournie 20 mois après l'approbation de la feuille de route e-Santé de sorte que les tests puissent démarrer. Ce projet est donc tributaire de l'approbation de la feuille de route e-Santé 2.0.

Volet 5 : Redéfinition du rôle de la section scientifique de l'Observatoire et de la section consultative.

En 2016, l'INAMI formulera une proposition à la Conférence interministérielle Santé publique (objectifs, missions, composition et fonctionnement) en vue d'intégrer l'actuelle section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques dans un Observatoire des maladies chroniques relevant de la Conférence interministérielle.

En 2016, l'INAMI formulera en outre une proposition à la Conférence interministérielle Santé publique (objectifs, missions, composition et fonctionnement) sur la redéfinition du rôle de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques en ce qui concerne l'implication des organisations de patients auprès de l'INAMI.

Liste des actions-engagements

VOLET 1: Contribution à l'exécution du plan des maladies chroniques

1. La rédaction d'un rapport annuel sur les initiatives de l'INAMI dans le cadre de la contribution au développement du Plan « Soins intégrés aux malades chroniques » (en prêtant une attention particulière au système de financement). Dates limites: 31/12/2016 ; 31/12/2017 ; 31/12/2018 ;

VOLET 2 : La poursuite du développement des trajets de soins

2. L'élaboration et la proposition d'une note à la Commission nationale médico-nationaliste et au Comité de l'assurance sur les recommandations pour le développement d'un modèle générique. Date limite : 30/06/2016.
3. L'élaboration d'une proposition concrète d'application du nouveau modèle de soins génériques pour les patients diabétiques de type 2 (non repris dans un trajet de soins diabète de type 2 ou la convention diabète) et la transmission aux organes et commissions compétents Date limite : 30/06/2016.

VOLET 3 : Renouvellement des soins aux personnes âgées

4. La rédaction d'un rapport scientifique pour le Comité de l'assurance concernant le déroulement des projets sélectionnés dans le cadre du deuxième appel en matière de renouvellement des soins aux personnes âgées. Date limite : 30/09/2017.

VOLET 4 : Gestion de projet pour le support électronique de la collaboration multidisciplinaire sur la base du DPI

5. Assumer la gestion de projet pour le développement d'un support électronique à la collaboration multidisciplinaire (sur la base du DPI) dans le cadre des soins dispensés à un patient qui suit un trajet de soins ou qui souffre d'une maladie chronique, et la gestion de projet pour le développement

d'une preuve de concept relative (POC) aux trajets de soins, de sorte que cette preuve de concept puisse être fournie dans un délai de 20 mois et qu'elle soit prête à être testée. Date limite : X + 20 mois (X= date d'approbation de la feuille de route e-Santé 2.0).

Volet 5: Redéfinition du rôle de la section scientifique de l'Observatoire

6. Formulation d'une proposition en vue d'intégrer la section scientifique de l'Observatoire des malades chroniques dans l'Observatoire des maladies chroniques qui dépend de la Conférence interministérielle. Date limite: 30/06/2016.
7. La redéfinition du rôle de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques en ce qui concerne l'implication des organisations de patients auprès de l'INAMI. Date limite : 30/06/2016.

Effets attendus

- Soins de santé de qualité, innovants, accessibles et payables pour le patient.
- Formes qualitatives de soins et de soutien aux soins aux personnes âgées fragiles.

Facteurs externes

- Collaboration entre le SPF Santé publique (Cellule interadministrative) et les Communautés / Régions.
- Collaboration avec l'Observatoire des maladies chroniques, le groupe de travail Trajets de soins, le Conseil technique médical de la Commission nationale médico-mutualiste et le Comité d'accompagnement trajets de soins.
- Collaboration des médecins individuels et d'autres dispensateurs de soins, des associations professionnelles, des services de garde de médecins généralistes et des hôpitaux.
- Collaboration avec les membres du groupe de travail intercabinets Malades chroniques de la Conférence interministérielle Santé publique.
- Consortium universitaire autour des projets de renouvellement des soins « Protocole 3».
- Plan d'implémentation BelRAI.
- Déploiement feuille de route e-Santé actualisée.

Article 17. Collaborer à la réforme du financement des hôpitaux (modules de travail).

Le présent article concerne un nouveau projet ne figurant pas dans les Contrats d'administration antérieurs.

Intitulé

La collaboration de l'INAMI dans l'exécution des modules de travail liés à la réforme du financement des hôpitaux.

Cadre

Conseiller, informer.

Axes

- Innover et/ou réformer les soins de santé.

- Maîtriser les dépenses SSI.

Contexte

Fin avril 2015, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a présenté son plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux. Elle y souligne l'importance de garantir des soins de santé de qualité, accessibles et payables. Et il faut aussi relever le défi d'oser remettre en question de manière critique notre système actuel et, le cas échéant, de le réformer de manière ciblée. L'objectif est de veiller à ce que les générations futures également disposent d'un système de soins de santé solide. Un des chantiers majeurs de la réforme est le financement des hôpitaux. Il ne s'agira pas d'ailleurs uniquement du financement des hôpitaux mais aussi de leur organisation et de leur place au sein du paysage hospitalier qui devront être adaptées en fonction des évolutions au sein du secteur des soins de santé.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fourni un travail préparatoire de la stratégie à mener sur ce thème. Le rapport du KCE a incité les intéressés à développer et à affiner davantage leurs propres idées et propositions concernant cette réforme.

Le Plan d'approche de la Ministre décrit le contexte et les motifs de la réforme et explique quels sont les objectifs et les axes globaux de la réforme du financement des hôpitaux. Cette réforme s'inscrit dans le cadre d'un planning pluriannuel mais un premier plan de travail concret proposant des échéances pour 2015-2016 figure dans le Plan d'approche. L'élaboration, l'actualisation et la concrétisation de ce plan de travail et de ces échéances suivront au cours des prochaines années. Pour ce faire, des modules de travail "maîtrisables" spécifiques seront définis. Tout cela se déroulera en totale cohérence avec les initiatives de réformes parallèles telles que celle de la nomenclature, l'AR n° 78, la roadmap eSanté 2.0, etc. La coordination et le suivi de cette réforme se feront via une Taskforce "Cohésion globale financement des hôpitaux - nomenclature - AR n° 78" (voir également projet nomenclature dans le nouveau Contrat d'administration).

L'INAMI s'engage, pour la période du 5^{e} Contrat d'administration à collaborer pleinement à la réforme du financement des hôpitaux et à la concrétisation du Plan d'approche (en modules de travail). Cela implique également la participation à la concertation au niveau fédéral via la Taskforce, le groupe de concertation financement des hôpitaux et d'autres moments de concertation ad hoc.

Liste des actions-engagements

1. Participer au groupe de travail et assurer le suivi de l'étude du KCE concernant le regroupement des patients d'hôpitaux en "clusters de financement" (module de travail Financement), tant sur le plan statistique (analyse de données) que sur le plan médical. Date limite : 30/06/2016.
2. Coordonner l'analyse de la faisabilité de l'implémentation concrète des montants de référence pour le cluster des soins à faible variation – étapes 1 et 2 (module de travail Financement). Date limite : 30/09/2016.
3. Élaborer les textes réglementaires pour l'implémentation des montants de référence pour le cluster des soins à faible variation – étapes 1 et 2 (module de travail Financement). Date limite : X + 6 mois (X= accord sur l'implémentation entre les acteurs concernés).
4. Élaborer les textes réglementaires pour le module de travail "Gouvernance" (e.a. volet optimalisation des organes consultatifs) sur la base des conclusions de la concertation en la matière et de l'accord entre les parties concernées. Date limite : X + 6 mois (X= accord sur la future gouvernance).

Effets attendus

- Soins de santé de qualité, accessibles et payables pour le patient.
- Utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé.

Facteurs externes

- Collaboration avec le SPF SPSCA.
- Collaboration avec les États fédérés.
- Études du KCE.
- Taskforce "Cohésion globale financement des hôpitaux".

Article 18. Poursuite du développement des connaissances relatives à l'incapacité de travail et la collaboration au développement d'une politique evidence-based.

Le présent article concerne la poursuite de l'article 11 du Contrat d'administration 2013-2015. Il concrétise la poursuite d'initiatives déjà prises précédemment et de nouvelles initiatives avec les engagements y afférents.

Intitulé

Développement des connaissances relatives à l'incapacité de travail et à l'invalidité au sein de la direction générale du Service des indemnités de l'INAMI.

Cadre

Informer, conseiller

Axes

- Innovation dans le cadre de l'assurance indemnités.
- Maîtrise des dépenses SSI.

Contexte

Au niveau international, la problématique de l'invalidité et les défis pour la réinsertion des personnes en incapacité de travail sont de plus en plus considérés comme un des problèmes centraux liés à la sécurité sociale et à l'évolution du marché de l'emploi. Le nombre de travailleurs salariés malades, en incapacité de travail, augmente dans la plupart des pays industrialisés. Il en va de même dans le contexte belge. Actuellement, environ 321.573 (2014) personnes perçoivent une indemnité dans le cadre du régime de l'invalidité (incapacité de travail de plus d'un an). Par définition, il est difficile de faire des prévisions en ce qui concerne l'évolution des invalides, mais les projections montrent que, selon les modèles utilisés par l'INAMI, le nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité pourrait fluctuer (effectivement au 31 décembre de l'année) entre 342.609 en 2015, 366.059 en 2016 et 390.561 en 2017. Au niveau de l'incapacité primaire (incapacité de travail de moins d'un an), les données montrent également une évolution croissante étant donné que le nombre de jours de maladie indemnisés est passé de 29.433.296 jours en 2009 à 34.550.234 jours en 2013. La durée moyenne d'absence s'élevait à 79,46 jours par période d'incapacité en 2013 contre 71,98 en 2009.

Une des missions de base du Service des indemnités de l'INAMI est donc de parfaire ses connaissances en matière d'incapacité de travail afin de soutenir les options stratégiques dans ce domaine.
Une condition essentielle pour pouvoir développer ces connaissances est de disposer de données de qualité. Des initiatives ont été prises dans ce domaine dans le cadre de Contrats d'administration antérieurs, à savoir les projets suivants : "Incapacité de travail primaire : statistiques et études" (art. 15 du CA 2010-2012), "Reprise d'activités partielles autorisées : exploitation des données" (art. 16 du CA 2010-2012) et "Rapport sur les montants indus et les récupérations par les OA" (art. 27 du CA 2013-2015).

En plus des efforts consentis pour disposer de données de qualité, l'INAMI a créé une cellule en charge de coordonner des études, le travail en réseau et les rapports annuels visant à parfaire la connaissance du domaine de l'incapacité de travail (facteurs explicatifs de l'invalidité, réinsertion professionnelle, évolution et constatations en matière d'incapacité de travail, création d'un baromètre de l'incapacité de travail…).

Le nouveau Contrat d'administration 2016-2018 continue sur cette lancée et formule de nouveaux points d'action supplémentaires. Ces points d'action concernent entre autres :

- **le Comité d'accompagnement :** poursuite du développement et du déploiement du fonctionnement du Comité d'accompagnement. Lors des réunions du Comité d'accompagnement, les membres du Comité sont plus activement associés aux études, les résultats intermédiaires leur étant soumis au cours du processus d'étude et les membres pouvant faire part de leurs commentaires.
  Concrètement, au moins un Comité d'accompagnement par an sera entièrement consacré à la présentation d'études en cours. Les membres du comité d'accompagnement et la cellule stratégique recevront les présentations y afférentes et les rapports de recherche. Dès qu' une étude est achevée, ces rapports seront transmis à la cellule stratégique.
- **le travail en réseau** : démarches concrètes dans le développement du réseau du Service des indemnités (dans une perspective nationale et internationale), ce qui aura directement un impact sur le développement du Centre de connaissance. Le Service des indemnités s'engage à nouer des contacts avec des experts tant nationaux qu'internationaux dans le domaine de l'incapacité de travail. Au minimum, des bons contacts, des échanges de données et une collaboration seront favorisés avec le KCE, l'ISP, le SPF Santé publique (Medex, Empreva), la
  DG Affaires Sociales du SPF Sécurité Sociale, le Fonds des maladies professionnelles et le Fonds des Accidents du travail, les universités et les associations (scientifiques) de médecine d'assurance et de médecine du travail.
  Et cela avec une attention pour les soins transmuraux, c'est un traitement intégré où le soin et la réintégration optimale sont harmonisés.
- **l'accompagnement d'études externes sur la base d'un échange d'informations approprié** : contribution active aux nouvelles études/nouveaux projets et aux études/projets en cours. Le Service et les acteurs concernés peuvent ainsi s'échanger des connaissances (scientifiques). Et le Service est ainsi en mesure de veiller à ce que les études/projets ne se chevauchent pas trop. La concrétisation de ces actions se fera en siégeant dans le comité de pilotage des projets notamment subventionnés par les ESF (Établissements scientifiques fédéraux) et l'IWT (Instituut voor Innovatie door Wetenschap en Technologie) et en jouant le rôle de codirecteur de mémoires de fin d'études dans ce domaine.

Dans le cadre de ce projet, l'INAMI s'engage à continuer à rédiger ses rapports, les programmes d'études visant à affermir sa connaissance du secteur des indemnités et à la partager avec d'autres acteurs

directement impliqués, c'est-à-dire avec les membres du Comité de gestion et les membres du Comité d'accompagnement du Centre de connaissance.
Parallèlement à cela, l'INAMI intensifiera ses efforts en collaboration avec les mutualités afin de disposer de données fiables et de qualité sur l'incapacité de travail et l'invalidité.

Actions-engagements

1. Présentation au Comité de gestion du Service des indemnités, après concertation avec la cellule stratégique des affaires sociales, d'un programme annuel d'études sur l'incapacité de travail et présentation de ces études. Dates limites : 31/04/2016, 31/04/2017, 31/04/2018.
2. Réalisation d'un rapport thématique annuel avec des recommandations, à l'attention du Comité de Gestion des Indemnités (concertation préalable avec la cellule stratégique des affaires sociales), sur l'exploitation des données existantes du Service en matière d'incapacité de travail (si possible en collaboration avec l'IMA) sur les thèmes suivants :
   - invalidité : rapport portant sur les évolutions statistiques et les facteurs explicatifs ;
   - incapacité de travail primaire : rapport portant sur les évolutions statistiques et les facteurs explicatifs ;
   - réinsertion socioprofessionnelle, entre autres le suivi des patients après une reprise du travail spontanée (nombre de dossiers de reprise).

   Dates limites : 31/12/2017 ; 31/12/2018.
3. Réalisation d'un suivi/monitoring mensuel des données relatives aux dépenses en incapacité de travail primaire et invalidité à l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités. Date limite : à partir du 31/01/2016.
4. Poursuite de l'affinement des données de monitoring à l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités et ce, en fonction des données disponibles (cf. IDES) sur les demandes d'incapacité de travail, le nombre de certificats examinés avec convocation, le nombre d'entrées, de sorties d'incapacité de travail, le nombre d'autorisations de reprise du travail, etc. Date limite : à partir du 31/12/2016.
5. Au moins un Comité d'accompagnement par an sera entièrement consacré à la présentation d'études en cours (volet Études). Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
6. Au moins un Comité d'accompagnement par an sera consacré au transfert des connaissances découlant des contacts (inter)nationaux (volet Travail en réseau). Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
7. Lancer une recherche scientifique sur les effets positifs du travail sur la santé des travailleurs. Date limite: 31/12/2017.

Effets attendus

- Aide à la décision pour les décideurs politiques et les différentes parties prenantes représentées au sein des Comités de gestion de l'assurance indemnités ;
- Amélioration de la qualité de l'information aux médecins-conseils et autres acteurs en matière d'évaluation médicale ;
- Amélioration de la compréhension des enjeux et optimalisation des processus de réinsertion professionnelle ;
- Information au grand public, à la presse et au monde scientifique ;
- Meilleure connaissance des facteurs explicatifs en matière d'incapacité de travail.

Facteurs externes

- Mise à disposition en temps voulu des données qualitatives par les organismes assureurs.

- Collaboration avec d'autres acteurs : organisations publiques, équipes scientifiques, organisations internationales...

Article 19. La réinsertion professionnelle : Le suivi du Plan Back to work & Développement d'une vision en matière de Disability management et proposition d'outils aux stakeholders.

Le présent article concerne la poursuite des articles 11 et 16 du contrat d'administration 2010-2012 et des articles 15, 16 et 17 du Contrat d'administration 2013-2015.Il concrétise la poursuite d'initiatives déjà prises précédemment. De plus, cet article prévoit de nouvelles initiatives qui devront être prises dans le cadre d'un trajet de réintégration multidisciplinaire ainsi que les chantiers que ces initiatives engagent.

Intitulé

Le projet vise à développer de nouvelles initiatives en vue de favoriser la réinsertion professionnelle des assurés sociaux en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Cadre

Conseiller, réglementer, innover.

Axes

- Innovation dans l'assurance indemnités.
- Optimalisation du service (réinsertion professionnelle).

Contexte

Le présent projet a pour but de maintenir ou, le cas échéant, réinsérer les travailleurs en incapacité de travail dans le marché de l'emploi. Il comporte deux volets: le déploiement de la seconde phase du plan back to work et le développement d'une vision du disability management.

Le plan back to work a été lancé en 2011 par le précédent gouvernement. Il visait à développer et structurer la politique de réinsertion socioprofessionnelle dans le secteur des indemnités. Dans les programmes du gouvernement actuel, cette initiative a été renforcée et élargie. Dans ce contexte, des conventions ont été conclues par l'INAMI avec les opérateurs régionaux et communautaires de formation professionnelle et les organismes assureurs. Au niveau interne, un département « réinsertion socioprofessionnelle » a été créé au sein du service des indemnités et diverses circulaires ont été adoptées pour structurer les parcours de réintégration.

En exécution de l'accord de gouvernement et de la loi-programme du 19 décembre 2014, un rôle important est confié au médecin-conseil de la mutualité pour remettre au travail un plus grand nombre de personnes en incapacité de travail. Au plus tard trois mois après le début de la période d'incapacité de travail, il doit vérifier au moyen d'un "quickscan" pour qui un plan de réinsertion est le plus indiqué. Il est également chargé d'établir les plans de réinsertion axés sur une réinsertion professionnelle. L'INAMI s'engage à développer un outil d'aide à la décision en matière de réinsertion professionnelle à l'attention

des médecins-conseils. Ceux-ci ne sont bien entendu pas les seuls acteurs dans cette démarche de réinsertion.
En effet, la réinsertion professionnelle est avant tout fondée sur la volonté de la personne en situation d'incapacité de travail. Et, son plan de réintégration est le fruit d'une collaboration multidisciplinaire entre les médecins, les employeurs, les assistants sociaux et les acteurs de terrains. Un soutien sera offert à toutes les parties prenantes du trajet de réinsertion via la formation en disability management dont il est question ci-dessous.
En interne, ce plan requerra une augmentation des ressources affectées à la politique de réinsertion socioprofessionnelle et la mise en œuvre de procédures permettant de gérer l'augmentation considérable du nombre de dossier que le nouveau plan va générer. En effet, le nombre de dossiers de réinsertion professionnelle à traiter par l'INAMI pourrait être multiplié par cinq.
Parallèlement à ces initiatives, le service des indemnités réalisera une évaluation annuelle des mesures déjà entreprises pour mesurer leur efficacité et prendre éventuellement des actions correctrices.

Pour augmenter les chances de succès du plan de réintégration, l'INAMI souhaite investir dans l'accompagnement des employeurs, des médecins , des assistants sociaux et autres acteurs de terrain dans leur démarche de maintien au travail des personnes atteintes d'un problème physique ou mental et de réorientation ou réhabilitation professionnelle des travailleurs en incapacité de travail.
En d'autres termes, le second volet de ce projet consiste à développer une vision du disability management, véritable facteur de succès du plan.
En effet, l'INAMI a conclu avec le NIDMAR le 11 juin 2014 (National Institute of Disability Management and Research) une convention de licence portant sur l'organisation d'une formation de disability manager. Cette formation composée de 25 modules vise à professionnaliser et standardiser l'accompagnement des bénéficiaires de l'assurance indemnités qui suivent des parcours d'insertion socioprofessionnelle. Elle délivre le titre de disability manager au terme d'un examen certificatif.

Le Service des indemnités souhaite, via une formation, offrir un soutien à tous les stakeholders concernés par le trajet de réinsertion.
La méthode de Disability Management (D.M.) vise le maintien du travail ou un retour rapide/approprié au travail de la personne en incapacité de travail, tenant compte :
- des besoins individuels de la personne ;
- des conditions de travail ;
- du cadre législatif.

Le D.M. est caractérisé par l'attention qu'il porte à la coordination : une personne centrale (jobcoach, médecin-conseil, médecin du travail, etc.) réunit les autres parties concernées et les soutient dans leurs tâches relatives au maintien de l'emploi des personnes qui risquent de le perdre et à la réinsertion des personnes en incapacité de travail. Cette méthodologie part du principe que le lieu de travail est l'endroit le plus efficace pour une réinsertion.
Deux piliers peuvent être distingués :
- une approche systématique au niveau de l'entreprise ;
- des efforts coordonnés au niveau de la personne.

Par ailleurs, le Service des indemnités prendra l'initiative de mettre sur pied et de promouvoir une chaîne de prévention intégrée, constituée d'un volet de prévention primaire (prévenir le dommage), d'un volet de prévention secondaire (réparer le dommage) et d'un volet de prévention tertiaire (limiter le dommage), afin qu'une culture de prévention voit le jour. Dans ce cadre, il est important d'intégrer les initiatives personnelles dans une collaboration plus large entre les institutions fédérales (SPF ETCS, FMP et FAT) et d'optimiser la collaboration avec les régions. La priorité est ici donnée à l'harmonisation de l'information au patient.

Actions-engagements

1. Développement d'un outil d'aide à la décision pour les médecins conseils en matière de réinsertion socioprofessionnelle. Date limite : 31/12/2016
2. Bilan annuel des mesures prises en réinsertion professionnelle à l'attention du comité de gestion de gestion des indemnités . Dates limites : 31/01/2017; 31/01/2018; 31/01/2019.
3. Développement d'une formation en matière de Disability management. Date limite : 01/06/2017

Dans le cadre du nouveau plan de réinsertion (loi programme du 19 décembre 2014):

4. Rédaction d'une circulaire pour les Organismes Assureurs concernant le plan de réintégration professionnelle (après la publication de l'arrêté royal suite à la loi programme du 19/12/2014) et ce, 30 jours avant l'entrée en vigueur du nouvel AR. Date limite: X -30 jours, X étant la date de l'entrée en vigueur du nouvel AR.
5. Circulaire administrative Organismes Assureurs organisant la facturation et le traitement administratif des demandes en réinsertion professionnelle. Date limite : 30/06/2016
6. Mise à jour des circulaires Organismes Assureurs concernant les conventions avec les partenaires régionaux pour l'insertion et la formation professionnelle. Date limite : 30/06/2016.
7. L'INAMI évaluera les conventions entre les OA et les organismes régionaux et communautaires de formation et d'insertion sous l'angle non seulement du nombre de participants aux trajets mais également sous celui du nombre de remises à l'emploi. A cet effet, le centre d'expertise de l'incapacité de travail lancera une étude visant à développer une méthodologie permettant d'estimer les effets directs et indirects des conventions sur la remise à l'emploi. Dates limites : Nouvelle méthodologie d'évaluation: 31/12/2016; Première évaluation des conventions: 31/12/2017.
8. Le Service des indemnités organisera annuellement une action d'information (ex. un forum) sur le retour au travail. Ce forum visera d'une part à améliorer l'information des praticiens (employeurs, médecins traitants et médecins du travail) au sujet des opportunités offertes par la législation pour le retour à l'emploi des travailleurs malades et d'autre part à favoriser l'échange de bonnes pratiques. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017,31/12/2018.

Effets attendus

- un meilleur accompagnement vers le travail des assurés sociaux
- une règlementation claire et des directives de qualité pour soutenir les médecins conseil et les acteurs du terrain dans leur travail de réinsertion
- une réalisation d'économie à terme sur le budget de mission (via la diminution du nombre d'invalides)

Facteurs externes

- Collaboration des organismes assureurs et des autres partenaires externes (VDAB, Forem/AWEPS, Actiris/Bruxelles formation, Phare)

Article 20. Optimaliser la gestion financière des soins de santé : vision pluriannuelle - projets « article 56 » – gestion des conventions internationales.

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans les précédents Contrats d'administration de l'INAMI.

Intitulé

Optimaliser la transparence et la lisibilité des flux et mécanismes de financement dans le secteur des soins de santé et clarifier (et optimaliser) le processus de déroulement des projets « article 56 ».

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

- Maîtrise des dépenses SSI.

Contexte

Le présent projet vise, d'une part, à optimaliser les mécanismes de financement existants dans le secteur des soins de santé et, d'autre part, à clarifier le processus de déroulement des projets art. 56.

Cette mission est considérée par l'autorité de tutelle comme prioritaire et comprend ce qui suit :

1. L'audit du processus de déroulement des projets « article 56 »

Dans ce contexte, l'INAMI évaluera la procédure existante pour les projets « article 56 ». L'INAMI proposera également de développer et de mettre au point une nouvelle procédure transparente pour les projets « article 56 ».

L'INAMI procédera tout d'abord à l'évaluation de la procédure actuelle et la comparera à d'autres procédures similaires au sein, notamment, du SPF et du KCE. Sur la base de cette analyse, l'instrument existant sera actualisé. Dans ce contexte, une attention toute particulière sera accordée au processus décisionnel et à la fixation des priorités.

Concrètement, l'INAMI s'engage à mener, dans un premier temps, l'action suivante :

- En ce qui concerne la définition du processus de déroulement des projets « article 56 » , la cellule d'audit interne effectuera une analyse de la procédure projets « article 56 » (introduction, publication, suivi...). Le résultat de cet audit sera ensuite soumis au Conseil général.

2. Le développement d'une vision pluriannuelle claire en matière budgétaire et financière

Plus que jamais, il est nécessaire de développer une vision pluriannuelle claire dans le secteur des soins de santé. Dans ce contexte, il est également conseillé de formuler des accords et des objectifs pluriannuels. Les cadres budgétaires et financiers actuels sont inadéquats et nécessitent une adaptation. Dans un premier temps, en ce qui concerne les flux financiers dans le cadre du financement des hôpitaux.

L'INAMI continuera à affiner et à opérationnaliser les mécanismes financiers existants. Ceci doit permettre le développement d'un plan pluriannuel au niveau macro pour certains secteurs. À titre d'exemple, faisons référence au trajet en matière d'imagerie médicale, développé en collaboration avec Belmip.

Concrètement, l'INAMI propose tout d'abord :

- de préparer un cadre pour la Cellule stratégique permettant de prendre des décisions. L'INAMI rédigera une note à l'attention du Conseil général contenant des propositions visant à améliorer la transparence et à accélérer la clôture des comptes. La note sera prête d'ici la fin de 2016.

3. L'optimalisation de la gestion financière des conventions internationales, tant pour les indemnités que pour les soins de santé. Concrètement, cela signifie qu'un audit du processus de gestion des recettes et des dépenses des conventions internationales sera effectué, pour peu que les moyens nécessaires soient disponibles et ce, en vue de rajuster le fonctionnement et le financement des conventions internationales.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger une note à l'attention du Conseil général contenant une analyse de la procédure pour l'élaboration/le lancement/l'évaluation des projets art. 56 (introduction, publication, suivi...) et des propositions d'amélioration. Date limite : 31/12/2018.
2. Réaliser une note ,à l'attention de la cellule stratégique, à propos de l'exécution du calendrier 'Responsabilisation financière des OA' comme repris dans la note du Conseil général du 21/12/2015. Date limite : 31/12/2016; 31/12/2017; 31/12/2018.
3. Effectuer un audit du processus de gestion et procéder à une évaluation des recettes et des dépenses des conventions internationales (fonctionnement + financement + transparence). Date limite : 31/12/2017.

Effets attendus

- Meilleure gestion des moyens.
- Budget, flux et mécanismes financiers plus transparents et plus gérables.
- Meilleures estimations pluriannuelles.
- Procédure transparente et optimale des projets art. 56.
- Accélération de la clôture des comptes.

Facteurs externes

- Collaboration avec le SPF SPSCAE et le KCE.
- Disponibilité des moyens RH requis.

Article 21. Modernisation de la nomenclature.

Le présent article concerne un nouveau projet ne figurant pas dans les Contrats d'administration antérieurs.

Intitulé

Modernisation et simplification approfondies de la nomenclature.

Cadre

Conseiller, informer.

Axes

- Innover et/ou réformer le secteur des soins de santé.

Contexte

Le présent projet vise une simplification et une réévaluation profonde de la nomenclature et ce, en vue d'élaborer un nouveau plan qui servira de base aux futures rémunérations des prestations de santé.

La disposition suivante a été intégrée dans l'accord du gouvernement 2014 :
"Les tarifs sont adaptés de manière transparente au prix de revient réel de la prestation, les différences injustifiées de niveau d'honoraires entre les diverses disciplines médicales sont supprimées. Les prestations intellectuelles (en particulier pour les disciplines en pénurie), interaction, la concertation et la coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire sont mieux valorisées. Le prix des matériels ou produits utilisés lors des soins ne peut avoir d'impact direct sur le tarif facturé par le dispensateur de soins. La réévaluation doit fournir des incitants à la productivité et à la spécialisation."

Dans les prochaines années, l'INAMI proposera tout d'abord de développer une méthodologie (comprenant les analyses de coût des matériels utilisés par exemple) en vue de cette réévaluation de la nomenclature. L'INAMI déterminera ensuite les priorités (par exemple les groupes cibles prioritaires) de cette nouvelle nomenclature, puis comment et quand la méthode développée sera progressivement appliquée.

L'exécution de cette mission nécessite un soutien externe. Dans ce contexte, un cahier des charges sera rédigé dans la période du 5ème Contrat d'administration pour que l'étude puisse être réalisée par un partenaire externe (universités, consultants…).

La réforme de la nomenclature se fera de manière intégrée et en parallèle avec la réforme de l'AR n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et en parallèle avec la réforme du financement des hôpitaux. Dans ce contexte, une task force qui veillera à la cohésion globale des réformes sera mise sur pied.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un cahier des charges pour l'élaboration de l'étude sur la modernisation et la simplification de la nomenclature. Date limite : X + 6 mois (X étant la date à laquelle la note politique sur la réévaluation de la nomenclature sera disponible).

2. L'attribution du marché. Date limite : X + 6 mois (X étant la date de réalisation de l'action-engagement 1).
3. Évaluation de l'état d'avancement de l'étude sur la modernisation et la simplification de la nomenclature. Dates limites : X + 6 mois, X + 12 mois (X étant la date du démarrage de l'étude).

Effets attendus

- Tarifs alignés sur le prix de revient réel des prestations.
- Suppression de différences injustifiées au niveau de la rémunération des dispensateurs de soins.
- Revalorisation des prestations intellectuelles, harmonisation réciproque, concertation et coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire.

Facteurs externes

- Disposer des moyens nécessaires.

Article 22. Exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique.

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans les précédents Contrats d'administration de l'INAMI.

Intitulé

Exécution du Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique.

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

- Meilleure maîtrise des dépenses SSI.
- Innovations et/ou réformes dans les soins de santé.

Contexte

Le Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique (interlocuteurs Pharma.be et Febelgen) vise à optimaliser l'accessibilité pour le patient à des soins (pharmacothérapeutiques) de qualité qui sont nécessaires pour ces patients. Partant de ce point de vue, un cadre de fonctionnement durable a été décrit et créé dans le but de stimuler l'innovation.

Ainsi, la notion de durabilité englobe à la fois
- les aspects financiers et budgétaires, à savoir un trajet de croissance à plus long terme assorti de garanties budgétaires pour l'assurance maladie ;
- et la création d'un environnement et d'un climat qui offrent à l'industrie la perspective d'investir (de réinvestir) dans des thérapies innovantes à travers l'intégration des éléments de prévisibilité et de flexibilité.

'Stimuler l'innovation' consiste à la fois à investir (réinvestir) dans le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et dans la recherche clinique et à accroître l'accessibilité pour les patients à ces thérapies innovantes.

Pour le volet financier et budgétaire et la création d'une 'marge de manœuvre' nécessaire pour l'industrie, l'accent est mis sur l'accroissement de la compétitivité dans le marché post-brevet.

Dans la période du 5ème Contrat d'administration, l'INAMI(1) s'engagera à adapter, simplifier et accélérer les processus décisionnels actuels ainsi que les procédures en cours en matière de médicaments. Par exemple, dans le cadre de la revalorisation de la CRM (redéfinition des classes 1, 2 et 3 et adaptation des procédures), de la revalorisation de l'article 81 (pay for performance), de la revalorisation du Chapitre IV (knowledge building), etc. Ces adaptations ont un impact majeur sur la 'solution ICT' pour le suivi des dossiers.

Dans le même temps, l'évolution de la base de remboursement des médicaments est considérablement simplifiée au moment de l'échéance du brevet et de la disponibilité de médicaments génériques (« patent cliff »).

La problématique de la médecine personnalisée ("personalized medicine") sera également examinée. Dans ce contexte, les procédures en matière de diagnostic et de biomarqueurs doivent être mieux alignées avec les procédures de remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Voici un aperçu des projets dans lesquels l'INAMI jouera un rôle de locomotive :

- jour 180 (diminution de la période 'lag' entre la notification et le remboursement) ;
- procédure accélérée ETA ETR ;
- projet NEBEL (voir également autre projet du présent CA) ;
- classe 1, 2, 3 et adaptation des procédures (voir plus haut) ;
- intégration/utilisation des registres (art. 81)
- personalized medecine ;
- groupe de travail transparence des prix ;
- solution structurelle hépatite C
- patent cliff (voir action-engagement 2) ;
- incentives biosimilars.

Liste des actions-engagements

1. Adapter, simplifier et accélérer le processus décisionnel ainsi que le processus d'exécution des adaptations à l'application ICT correspondante pour la CRM. Date limite : 31/12/2017, excepté un accord entre la cellule stratégique et l'INAMI sur une autre date.
2. Application de l'échéance de brevet « patent cliff ». Date limite : 01/03/2016.

Effets attendus

- Accroître l'accessibilité aux thérapies et aux médicaments innovants pour les patients .
- Investir (réinvestir) dans le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et dans la recherche clinique.
- Stabilité et prévisibilité budgétaires pour le patient, l'industrie et les administrations.

1 Ce projet s'inscrit dans la lignée de l'accord du gouvernement et de la déclaration de politique du Ministre. Le texte du Pacte d'avenir a été publié en septembre 2015.

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens requis.

Article 23 Développement d'une collaboration avec des autorités de remboursement dans d'autres États membres, en matière de médicaments.

Le présent article comprend un nouveau projet qui ne figure pas dans les précédents Contrats d'administration.

Intitulé

Ce projet concerne le développement d'une collaboration avec des autorités de remboursement dans d'autres États membres, en matière de médicaments.

Cadre

Informer, conseiller.

Axes

- Maîtrise des dépenses en matière de soins de santé.
- Innover et/ou réformer les soins de santé.

Contexte

NEBEL (Nederland-Belgique) a pour objectif de développer une collaboration entre les autorités de remboursement des Pays-Bas et de Belgique. Ce projet doit aboutir à une collaboration fructueuse entre les autorités néerlandaises et les autorités belges devant non seulement permettre la maîtrise des prix des médicaments mais aussi renforcer l'efficience de l'évaluation grâce à l'expertise et à la reconnaissance des évaluations respectives. Par ailleurs, la collaboration sert au "knowledge building".
L'engagement de l'INAMI au niveau international ne se limite pas à NEBEL. En effet, l'institut collabore également avec d'autres pays européens dans le cadre d'échanges de rapports d'expertise, d'informations et de connaissances sur les médicaments.

Les premières démarches pour concrétiser le projet NEBEL ont déjà débuté. En effet, les ministres compétents des Pays-Bas et de Belgique ont convenu d'un accord de collaboration, en avril 2015, sur les domaines suivants :

Horizon scanning :
Les autorités néerlandaises et belges reconnaissent l'importance de la disponibilité d'informations consolidées/validées concernant de nouveaux médicaments qui pourront être commercialisés à court et moyen termes. Ledit "Horizon scanning" rend cela possible.
L'instrument doit permettre, à un stade précoce, de faire des choix quant aux conditions de mise à disposition des médicaments aux patients.

Cet instrument facilite le propre planning (national) de l'organisation et de l'attribution de moyens budgétaires et il facilite par ailleurs les choix de collaboration réciproque sur ces terrains.

Les autorités néerlandaises et belges se déclarent par conséquent d'accord d'investir dans le développement et la validation de méthodes (éventuellement nouvelles) permettant de générer proactivement ce type d'informations ("Horizon scanning").

Échange d'expertise HTA/Pakketbeoordelingen (NL) :
La Belgique et les Pays-Bas reconnaissent l'importance d'une participation active des "payers" aux discussions concernant les Early Dialogues/Scientific Advice dans les différentes plateformes (EMA, SEED). La Belgique et les Pays-Bas reconnaissent la valeur d'une harmonisation préalable et, si possible, adopteront une position commune sur ces sujets. En vue de l'optimalisation de l'investissement dans ces activités, une concertation structurelle sera organisée à brève échéance entre la Belgique (INAMI et KCE) et les Pays-Bas (Zorginstituut Nederland et Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).
Les Pays-Bas et la Belgique ont déjà investi en matière de Health technology Assessment mais aussi dans le partage de l'expertise existante et le développement de connaissances pertinentes. Les deux pays s'engagent à continuer leur progrès à cet égard.

Art. 81 Contrats (BE) Arrangements financiers (NL)
Les deux parties se déclarent favorables à une collaboration plus étroite en matière de négociations des prix. Une collaboration est possible sur deux niveaux : le partage structurel d'informations (stratégiques) avant, pendant et après les négociations avec les fournisseurs (pour autant que d'éventuels contrats avec des fournisseurs individuels le permettent dans des cas spécifiques) et la formulation commune concrète de conditions ainsi que des entretiens communs.
En ce qui concerne le partage des informations, celui-ci a déjà eu lieu de manière informelle. Il est reconnu que ce partage pourra, à brève échéance, se poursuivre de manière plus précise et plus intense. Cela concerne par exemple la collaboration plus concrète lors de négociations de contrats qui constituent un processus complexe.

Les deux pays continuent à s'échanger ponctuellement et informellement des informations sur les négociations en cours ou planifiées avec les firmes pharmaceutiques en vue d'arrangements financiers (NL)/de contrats article 81 (BE), dans les limites des dispositions réglementaires actuelles, en ce compris le respect de la confidentialité des informations.

Dans le cadre de ce projet, l'INAMI s'engage à informer, par la rédaction d'un rapport annuel, le Conseil général sur l'état d'avancement des accords conclus entre les deux pays.

Actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport annuel à l'intention du Conseil général présentant l'évolution de l'accord conclu avec les Pays-Bas. Dates limites: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018

Effets attendus

- Développement de synergies avec des acteurs européens.
- Par une collaboration transnationale, l'expertise peut être optimalisée (réutilisation d'analyses faites par des pays partenaires).

Facteurs externes

- Collaboration avec des acteurs européens (essentiellement les autorités de remboursement des médicaments).

Article 24. Enrichissement du datawarehouse Soins de santé, Assurabilité et Invalidité.

Le présent article comprend un nouveau projet qui ne figure pas dans les précédents Contrats d'administration.

Intitulé

Ce projet a pour objectif d'enrichir et d'étendre, à terme, un datawarehouse (Ubiqui) générant des données complètes, intégrées, fiables et codées pour les analyses, et nominatives, d'une part, pour les contrôles dans le secteur des soins de santé, de l'assurabilité et de l'invalidité et, d'autre part, pour les contrôles et la détection de la fraude.

Cadre

Informer, conseiller, contrôler.

Axes

- Réformer la collecte, le traitement et l'analyse des données.

Contexte

L'INAMI et le SPF SP disposent d'un datawarehouse étendu pour l'exécution des missions des deux institutions, comme par exemple le financement des soins de santé, les contrôles et les inspections dans les établissements de soins et chez les dispensateurs de soins, la détection de la fraude, la promotion de la qualité dans les soins de santé...

Le SPF SP reçoit via les enregistrements tels que RHM (Résumé hospitalier), RPM (Registres de données psychiatriques minimales), SMUReg/AmbuReg et UREG (enregistrement urgence) des informations concernant des aspects administratifs, cliniques (diagnostic inclus) et infirmiers les soins/la psychiatrie.
L'INAMI peut consulter les attestations, les prestations, les prescriptions délivrées ainsi que les informations financières via "ProMed" et les flux Doc N (dépenses sur la base de la nomenclature, de la patientèle, des séjours hospitaliers anonymes, etc.). Par ailleurs, l'INAMI dispose également d'informations dans le cadre du contrôle administratif et de l'invalidité, concernant les effectifs et les mutations, les récupérations par les organismes assureurs, l'assurabilité et les statuts spéciaux, l'incapacité de travail partielle, l'invalidité et le "Back to Work", etc.

Dans le cadre du projet UBIQUI, l'INAMI souhaite aller plus loin dans la gestion de ces données. Cela se concrétise par l'optimalisation de la récolte de données, l'intégration de plus de sources d'information dans le système d'information actuel, la simplification de l'accès aux données et l'amélioration de la qualité de celles-ci afin de pouvoir exécuter ses missions de base.

En effet, un système de données **intégré, optimalisé et codé** constitue un véritable soutien à la décision dans le cadre de certaines politiques menées par l'INAMI (voir aussi d'autres projets du présent Contrat d'administration tels que : soins efficaces, plan Back to Work, financement des hôpitaux...).
Il permet également d'offrir une transparence plus accrue aux patients qui pourront avoir connaissance de l'évaluation des institutions de soins et des prestataires de soins en Belgique.

Outre ses missions d'information et d'aide à la décision, la datawarehouse constitue une source de données précieuses pour lutter contre la fraude sociale et les gaspillages.

Les opportunités que crée ce projet sont très poussées :

- Pour les **acteurs concernés**, un angle d'approche "dispensateurs de soins" sera disponible, y compris un angle d'approche "patient/citoyen", doté de la transparence pour le citoyen dans le cadre du "Patient/Personal Health Record". En outre, des synergies peuvent être créées sur la base d'une riche base de données provenant du secteur des soins de santé tant au niveau fédéral (OA, établissements hospitaliers, dispensateurs de soins, KCE, ISP, CSS, INAMI, SPF SPSCA, etc.) qu'au niveau des Communautés et des Régions.
- L'harmonisation des **données diagnostiques et financières** : données concernant le financement par pathologie dans le cadre du financement des hôpitaux (données supplémentaires nécessaires en SHA avant et après l'hospitalisation). Éventuellement avec l'extension des données d'autres secteurs tels que l'invalidité, le contexte social, etc. afin de pouvoir ainsi développer un aperçu à 360° sur certaines problématiques.
- Le support de la **politique des soins efficaces** (voir projet dans le 5e CA) : médication, Evidence based Medication/Medicine en Belgique, coaching/sensibilisation/contrôle du suivi des directives dans le cadre des bonnes pratiques (traitement versus diagnostic, imagerie médicale, biologie clinique, etc.) avec augmentation de la qualité et de l'efficacité des soins et une utilisation plus optimale du budget des soins de santé.
- Dans le cadre du gaspillage et de la détection **de la fraude** : détection des outliers, profilage et analyse sur la base d'un riche éventail de données (cliniques, financières, fiscales, sociales et revenus) par comparaison avec les bonnes pratiques/benchmarking.

Via les principes suivants :

- **Optimalisation des coûts, du fonctionnement efficace et du traitement**, par la mise à disposition de données partagées et de sources uniques sur des plateformes communes ou interconnectées.
- **Principe "Only once" :** optimalisation de la demande de données, application optimale de la finalité et de la proportionnalité.
- En respectant la **vie privée du patient**.
- **Rapidité** de la disponibilité : pour pouvoir détecter rapidement la fraude et lutter contre la fraude de manière optimale, un riche éventail cohérent de données doit être rapidement disponible et il faut les moyens pour les analyser**.**
- **Open data, big data**: mettre des données anonymisées, agrégées à la disposition de la communauté ou des groupes cibles pour promouvoir des initiatives privées ou collectives dans le cadre de mobile health, mobile apps... Le regroupement de données et l'ouverture de ces données aux différents acteurs concernés en respectant la finalité, la proportionnalité et la vie privée du citoyen/patient.

Ce projet requiert une collaboration intense entre l'INAMI et les autres acteurs du secteur de la santé (organismes assureurs, SPF SPSCA, KCE, hôpitaux, Healthdata.be,...). Au cours de la première année de ce 5ème Contrat d'administration, l'INAMI effectuera une analyse des besoins concernant les données nécessaires pour garantir une gestion performante. Outre les acteurs de l'AMI, cette analyse des besoins dressera également l'inventaire des différents acteurs concernés (le monde académique, l'industrie...). La vie privée des assurés sera garantie à tous les stades. Les années suivantes, l'accent sera mis sur l'optimalisation de l'accès aux données et sur l'opérationnalisation de la gestion des données à optimaliser.

Actions-engagements

1. Effectuer une analyse des besoins concernant les données dans le secteur de la santé qui sont nécessaires pour garantir une gestion performante, en ce compris les extensions nécessaires au niveau des données. Date limite : 31/12/2016.
2. Optimaliser l'accès aux données dans le secteur de la santé (analyses, contrôles) en ce qui concerne le flux Newattest. Date limite : X+12 mois, X= accord conclu avec les OA dans l'action-engagement 1.

Effets attendus

- Simplifier l'accès aux données et à l' information en respectant la vie privée des patients.
- Outil d'aide à l'exécution des missions de base de l'INAMI.
- Développement de synergies entre le SPF Santé Publique et l'INAMI.

Facteurs externes

- Collaboration avec les partenaires externes (patients, organismes assureurs - IMA, SPF Santé publique, hôpitaux, Healthdata.be …).
- L'approbation de la commission protection de la vie privée est nécessaire.

Article 25. Collaboration de l'INAMI à l'exécution de la réforme institutionnelle.

Cet article concerne la poursuite d'un projet du 4e Contrat d'administration 2013-2015 (article 35).

Libellé

Collaborer à la réforme institutionnelle.

Cadre

Organiser.

Lignes directrices

- Réformer les soins de santé.

Contexte

L'impact sur l'INAMI du transfert des compétences dans le cadre de la réforme institutionnelle concerne les domaines suivants :

- La politique des personnes âgées et les soins de longue durée ("long care")
- Les soins de santé mentale
- La politique de prévention
- L'organisation des soins de santé de première ligne
- L'aide aux personnes handicapées (aides à la mobilité)

Ces dernières années, l'INAMI a pleinement participé aux préparatifs et à l'implémentation de ce transfert de compétences, tant dans un rôle de participant que dans un rôle d'initiateur. Notons entre autres les réalisations suivantes :

1. La participation à et/ou l'organisation de la concertation, comme par exemple :
   - La Conférence interministérielle ;
   - Le groupe de direction/CoPil (sous la direction de l'INAMI et du SPF SPSCA) ;
   - Coorfed (INAMI et SPF SPSCA) ;
   - Le groupe de travail Opérations de trésorerie, avec l'ONSS, l'ONSSAPL, Famifed, l'INAMI, l'ONEM ;
   - Le groupe de travail de la Conférence interministérielle - conventions internationales (organisation par l'INAMI) ;
   - Le groupe de travail de la Conférence interministérielle - aides à la mobilité.
2. La participation aux travaux relatifs aux aspects ICT.
3. Les actions entreprises vis-à-vis du personnel (une communication aux collaborateurs, des entretiens individuels avec les agents, une concertation avec les États fédérés sur les compétences attendues...).

Dans le cadre du 5ème Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à poursuivre son entière collaboration à l'implémentation de ce transfert de compétences, tant en ce qui concerne les aspects du personnel, du volet financier et budgétaire qu'en ce qui concerne le transfert des connaissances, entre autres, le suivi du budget des matières transférées pendant la phase de transition (monitoring dépenses), la clôture provisoire et définitive des comptes et les questions financières spécifiques.

Liste des actions-engagements

1. Comptes rendus périodiques concernant la collaboration, via les rapports semestriels (et annuels) sur les réalisations dans le cadre du 5ème Contrat d'administration.

Facteurs externes

- Collaboration des acteurs externes (SPF SPSCA, États fédérés, organismes assureurs...).

TITRE VI: L'INAMI est axé vers l'utilisation optimale des moyens: UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Article 26. L'application informatique intégrée IDES: invalidité et autres processus indemnités.

Le présent article concerne la suite du projet du Contrat d'administration 2006-2008, de l'avenant 2009 (article 17), du Contrat d'administration 2010-2012 (article 28),et de l'article 15 du contrat d'administration 2013-2015.

Intitulé

Développement d'une application informatique centrale qui permet d'améliorer et d'optimaliser la gestion des dossiers d'invalidité.

Cadre

Octroyer

Axes

- Simplification administrative
- Amélioration des processus et informatisation
- Application uniforme de la réglementation
- Coût-efficacité

Contexte

Le projet IDES a débuté lors du Contrat d'administration 2013-2015. Le service des Indemnités souhaite poursuivre le projet au cours du Contrat d'administration 2016-2018. Il s'agit de poursuivre le développement d'une application informatique intégrée permettant de traiter de manière automatisée non seulement les dossiers individuels d'invalidité mais également tous les processus du service des Indemnités, la réinsertion socio-professionnelle, les conventions internationales. De plus, un volet Gestion de l'incapacité primaire de travail va être développé tout comme l'échange de flux électroniques entre les organismes assureurs et l'INAMI.
IDES est conçu pour être compatible avec les nouveaux organes décisionnels et les nouveaux processus de travail créés par la Réforme du Conseil médical de l'invalidité (article 16 du Contrat d'administration 2013 -2015). En effet, une réflexion sur la réforme des procédures décisionnelles, des processus et de l'organisation du domaine de l'invalidité a été menée par un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI et des organismes assureurs. Des propositions d'amélioration ont été formulées et implémentées.
IDES sera également en mesure d'absorber d'autres évolutions du domaine des indemnités, à savoir le changement de paradigme dans le secteur des indemnités (cfr plan Back to work). Depuis 2011, le service des indemnités, en collaboration avec d'autres acteurs de terrain, investit dans la création d'une véritable politique de réinsertion professionnelle. Un module pour gérer cet aspect est prévu dans IDES.

IDES est un projet de grande ampleur, qui a pour ambition de gérer une grande partie des processus du service indemnités. C'est pourquoi, il a été phasé pour tenir compte des ressources disponibles et des délais.
Une première phase concernant le dossier individuel d'invalidité y compris les échanges électroniques avec les organismes assureurs, l'aide de tierce personne et l'envoi d'un premier flux au 1er jour du 7ème mois d'incapacité de travail va entrer en production début 2017 (cfr. engagement du 4ème CA). Cela a nécessité un travail profond d'analyse en interne pour conceptualiser les processus « To Be ». Les organismes assureurs ont approuvé les processus « To Be » pour la première phase d'IDES en date du 6 février 2015 (aboutissement du 4ème contrat).

Pour la période du 5ème contrat, l'INAMI s'engage à:
- Mettre en production la première phase d'IDES ;
- Mettre en production la deuxième phase d'IDES qui consiste à développer le volet Gestion de l'incapacité primaire avec l'absorption du programme CMI 2.2. du SECM et le volet réinsertion socioprofessionnelle (flux in électronique en provenance des OA, traitement du dossier dans IDES, notifications papier aux assurés et électroniques aux OA).

Actions-engagements

1. Mise en production d'une application centrale pour la gestion des données d'invalidité-1ère phase : processus invalidité et aide aux tiers et l'incapacité primaire (premier jour du 7e mois). Date limite : 07/02/2017
2. Mise en production d'une application centrale pour la gestion des données d'invalidité-2ème phase : incapacité primaire et réinsertion socio-professionnelle. Date limite : 31/12/2018

Effets attendus

- Amélioration de la qualité des données et du contrôle de celles-ci.
- Facilité d'accès et échanges sécurisés avec les acteurs externes (organismes assureurs, médecins-conseils).
- Meilleur service rendu aux assurés sociaux.

Facteurs externes

- La collaboration avec les organismes assureurs.

Article 27. Soutenir et suivre l'implémentation de MyCarenet.

Cet article concerne la poursuite du projet de l'article 12, Stratégie et roadmap pour l'informatisation des soins de santé, tel qu'il figure dans le 4e Contrat d'administration 2013-2015.

Intitulé

Il s'agit de la contribution de l'INAMI au développement et à l'implémentation de MyCarenet, conformément aux dispositions de la roadmap eSanté 2013-2018 actualisée.

Cadre

Conseiller, réglementer.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Optimaliser les soins de santé.

Contexte

Les évolutions en matière d'ICT de cette dernière décennie ont créé de nouvelles possibilités dans le domaine des soins de santé. Au cours de ces dernières années, l'INAMI et ses partenaires ont mis en place et réalisé divers projets dans le cadre de l'informatisation des flux de données et du développement d'applications pour les différents utilisateurs (voir aussi article 12 du 4e Contrat d'administration et le plan d'action ou la roadmap eSanté 2013-2018). L'information n'est pas un but en soi, mais doit servir à :

- améliorer la qualité et la continuité des soins pour le patient nécessitant des soins ;
- soutenir les dispensateurs de soins ainsi que les institutions de soins dans l'exercice de leurs missions, en accordant une attention particulière à la réduction des charges administratives liées à ces missions ;
- faciliter et améliorer la communication entre les acteurs des soins de santé ;
- augmenter la transparence et l'accessibilité pour l'assuré social ;
- renforcer la capacité de soutien stratégique (statistiques, étude, évaluation de la politique, etc.).

Ces dernières années, l'INAMI a soutenu pleinement l'implémentation de MyCarenet. Au cours de la période couverte par ce Contrat d'administration 2016-2018, l'INAMI souhaite poursuivre sa contribution au développement de MyCarenet. Concrètement, cela signifie :

- poursuivre l'élaboration d'un cadre réglementaire adapté pour les différents secteurs (entre autres pour la consultation de l'assurabilité, la facturation, les demandes de documents médico-administratifs, la consultation et les demandes d'accords, la gestion des DMG, la tarification...) ;
- assurer la communication aux groupes cibles de MyCarenet ;
- suivre et surveiller transversalement l'implémentation ;
- la concertation avec les organismes assureurs quant aux accords relatifs au calendrier d'implémentation spécifique.

Le soutien du programme MyCarenet – qui est intégralement coordonné au niveau du CIN et des OA – s'opère comme processus contenu et sera donc poursuivi au cours des prochaines années. L'implémentation et le degré de couverture des différentes fonctionnalités de MyCarenet parmi les différents groupes cibles sera soutenu et suivi. Des rapports seront rédigés à ce propos. Un rapport sera ainsi soumis chaque année au Comité de l'assurance, exposant l'état d'avancement de l'implémentation de MyCarenet.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un rapport annuel pour le Comité de l'assurance concernant l'état d'avancement de l'implémentation de MyCarenet. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Effets attendus

- Amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.
- Simplification des formalités administratives dans le cadre des soins de santé.
- Meilleur soutien stratégique.

Facteurs externes

- Collaboration des secteurs.

Article 28. Développement de l'application MyINAMI et gestion des regroupements de dispensateurs de soins.

Le présent article concerne un nouveau projet ne figurant pas dans les précédents Contrats d'administration.

Description

Le présent projet concerne le développement qualitatif et quantitatif de l'application MyINAMI (volet 1) et le développement d'une banque de données et d'un système de gestion des regroupements de dispensateurs de soins (volet 2).

Cadre

Organisation, information, contrôle.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Optimalisation de la prestation de services/des soins de santé.
- Maîtrise des moyens internes : rapport coût - efficacité.

Contexte

Les dispensateurs de soins individuels, disposant d'un numéro INAMI peuvent s'identifier à l'aide de l'application web sécurisée MyINAMI via le site web de l'INAMI. Le dispensateur de soins peut ainsi lui-même encoder et/ou modifier des données spécifiques. Il s'agit notamment de données d'identification et financières. L'INAMI est la source authentique pour ces données. Le volet 1 de ce projet vise à moderniser davantage la gestion des données.

Le volet 2 du présent projet consistera à mettre en place une banque de données et un système de gestion pour les regroupements de dispensateurs de soins. Il s'agit de l'identification des regroupements de dispensateurs de soins, ainsi que de la récolte et de la mise à jour continue des données y afférentes qui sont utiles dans le cadre de l'assurance soins de santé.

Volet 1 : Développement de MyINAMI

L'application actuelle (SZV) de l'INAMI est le back-office central qui gère une grande partie des données des dispensateurs de soins individuels et constitue ainsi la base de la distribution des données vers les partenaires du secteur de la santé (OA, SPF Santé publique, entités fédérées, eHealth, bpost…). Comme susmentionné, l'application web interactive MyINAMI permet au dispensateur de soins de communiquer lui-même certaines données avec l'INAMI, intégrées automatiquement dans l'application SVZ précitée.

Le volet 1 du présent projet vise les objectifs suivants :

1. L' extension qualitative et quantitative de l'application MyINAMI, permettant dans le futur :
   - l'échange de toutes les données des dispensateurs de soins, utiles à l'exploitation interne et externe, entre les dispensateurs de soins et l'INAMI à l'aide de l'application MyINAMI ;
   - cet échange est possible à l'aide d'une interface unique (en ce moment, les différents modules en ligne de l'INAMI n'ont souvent pas le même design) ;
   - la récolte en ligne de nouvelles données pertinentes pour l'INAMI et ses partenaires.

2. L'intégration de l'application MyINAMI dans le projet « guichet unique » (Cobrha+), que l'INAMI est en train de mettre en place avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et eHealth, ainsi que l'intégration d'un portail/une application en ligne pouvant être mis à disposition des dispensateurs de soins sur la plateforme eHealth.

3. Une interface automatisée reprenant les données gérées par le SPF Santé publique et les entités fédérées.

L'exécution concrète et les étapes du volet 1 se dérouleront comme suit :

1. L'extension qualitative et quantitative de l'application MyINAMI. L'INAMI s'engage à prendre les devants et à adapter ses systèmes informatiques. La réception et le calendrier seront répartis comme suit :
   - La gestion en ligne des adresses de travail pour tous les dispensateurs de soins individuels avant la fin du 1er semestre de 2016 ;
   - La gestion en ligne des données concernant le conventionnement des médecins (date limite pour les médecins : date de publication de l'accord médico-mutualiste suivant l'accord 2015 actuel) & données de conventionnement des praticiens de l'art dentaire (date limite pour les praticiens de l'art dentaire : date de publication de l'accord dento-mutualiste suivant l'accord 2015-2016 actuel) et la mise en place d'un flux de données adapté avec les OA afin qu'ils puissent intégrer correctement dans leurs fichiers ces données enregistrées en ligne.
   - La demande en ligne d'avantages sociaux pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire : pour ce faire, il est prévu de se concerter avec les partenaires externes (tous les dispensateurs de soins individuels) dans le courant de la période 2016-2017. En cas de consensus avec les partenaires externes, la mise en œuvre d'une réglementation adaptée en le développement d'un module en ligne de gestion des demandes d'avantages sociaux pourront débuter. La réception prévue du module aura lieu au plus tard 2 ans après le consensus avec les partenaires externes.
   - En ce qui concerne la gestion en ligne de l'accréditation des médecins, l'intégration de l'application web existante dans l'application MyINAMI est prévue en 2016.
   - Concernant la gestion de l'accréditation des praticiens de l'art dentaire, il est prévu de mettre en œuvre une réglementation pour fin 2016. Le développement des modules en ligne pour les praticiens de l'art dentaire se fera 2 ans après le consensus avec le secteur autour de la réglementation adaptée.

2. L'intégration de l'application MyINAMI dans le projet « guichet unique » (Cobrha+), [2] que l'INAMI est en train de mettre en place avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et eHealth, ainsi que l'intégration d'un portail/une application en ligne pouvant être mis à disposition des dispensateurs de soins sur la plateforme eHealth. Le guichet unique sera accessible via la plateforme eHealth qui gère l'accès des utilisateurs. Il constituera le point d'accès des portails web existants ou en voie de

[2] Le 30 mars 2015, la Conférence Interministérielle a exécuté le point d'action 17 du plan d'action eSanté 2013-2018 concerant la création d'un guichet digital unique et la poursuite du développement d'une base de données « Cobhra » destinée aux organismes de santé et aux professions des soins de santé.

développement des administrations et proposera différents services aux dispensateurs de soins. L'INAMI participe pleinement à ce grand projet. Pour ce faire, il est prévu de se concerter avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et eHealth durant la période 2016-2018. Un protocole d'accord relatif à la mise en place de ce guichet digital unique entrera en vigueur fin juin.

3. Une interface automatisée reprenant les données gérées par le SPF Santé publique et les entités fédérées. L'INAMI participe pleinement à ce grand projet. Pour ce faire, il est prévu de se concerter avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et eHealth durant la période 2016-2018.

<u>Volet 2 : Développement de l'enregistrement des regroupements (conformément à l'application MyINAMI)</u>

L'importance des groupes et des regroupements de soins de santé ne cesse d'augmenter. Ainsi :

- des dispensateurs de soins s'organisent de plus en plus souvent en groupes afin de se partager les responsabilités et les moyens financiers ;
- certains catégories de patients (par ex. les malades chroniques) nécessitent une approche multidisciplinaire, ainsi qu'une concertation et une coordination développées entre les différents dispensateurs de soins (et d'aide). Il faudra en tenir compte lors du financement de ces soins et on évoluera de plus en plus vers un financement en fonction des regroupements ;
- il est important, dans le cadre de la lutte contre la fraude, de préciser dans quelle mesure le regroupement et/ou les dispensateurs de soins qui en font partie, pourraient être sanctionnés à la suite d'irrégularités. Dans ce contexte, il est important d'identifier les regroupements et d'en connaître les données pertinentes (comme leur composition). Outre la fixation des responsabilités et du contrôle, l'enregistrement des regroupements aura également un rôle dans les mandats de facturation, l'affectation fiscale des revenus (remplacement des attestations papier par la facturation électronique en régime du tiers payant), les demandes conjointes pour certains avantages et d'autres mesures. Dans le secteur des soins à domicile, de premières initiatives ont été prises et des idées ont été échangées.
- afin d'avoir plus de sécurité et de transparence en matière de responsabilités des personnes concernées. Ces responsabilités se situent sur 3 niveaux : l'infirmier individuel, l'unité opérationnelle (« le regroupement ») et l'unité administrative (« l'organisation coordinatrice »). La définition des responsabilités était (et est encore) reliée à l'enregistrement des regroupements (voir l'extrait du récapitulatif du groupe de travail concernant les sanctions dans le secteur des soins à domicile).
- en ce qui concerne la responsabilité (« accountability ») des acteurs, il est souhaitable d'analyser les profils tant au niveau individuel qu'au niveau des regroupements ou des groupes afin de pouvoir détecter et éviter les dépenses de montants indus.
- il est nécessaire de faire valoir la relation thérapeutique pour tous les membres du regroupement.

C'est pourquoi, dans le cadre de ce 5ème Contrat d'administration, l'INAMI souhaite miser sur l'identification des regroupements de dispensateurs de soins, ainsi que sur la récolte et la mise à jour continue des données y afférentes qui sont utiles dans le cadre de l'assurance soins de santé. Le but est donc de mettre en œuvre les aspects suivants dans le courant de la première année (2016) :

- une analyse des différentes sources d'informations (conformément au principe du « only once ») ;
- une analyse juridique du cadre réglementaire requis pour l'enregistrement et le suivi ;
- une analyse des possibilités techniques au niveau informatique pour la récolte et l'exploitation des données ;

- et une concertation avec les usagers des informations récoltées afin de déterminer leurs propres besoins en matière de fiscalité (SPF Finances), de lutte contre la fraude (SECM), de financement ciblé (SdSS) ;
- déterminer quel secteur de dispensateurs de soins (outre celui des soins à domicile) ou quelle équipe multidisciplinaire jouera un rôle clé, en fonction des résultats des analyses précitées, des moyens disponibles à l'INAMI, des priorités établies par les décideurs politiques …

Puis, durant la 2e année, 2017 :
- déterminer les données à récolter, ainsi que les modalités pratiques pour le faire, après une concertation intensive avec le groupe cible concerné, notamment les dispensateurs de soins ou les équipes multidisciplinaires, et ce, tenant compte du cadre technique et juridique ;
- la mise en œuvre du cadre réglementaire pour l'enregistrement des regroupements et le lancement du projet IT en interne.

Ensuite (normalement en 2018, soit 18 mois après l'élaboration de la proposition de cadre réglementaire), l'enregistrement des regroupements du secteur des soins à domicile, ainsi qu'au moins un autre secteur de dispensateurs de soins ou d'équipes multidisciplinaires, pourra être mis en place.

Liste des actions-engagements

Volet 1 - suite du développement de MyINAMI :
1. La gestion en ligne des adresses de travail pour tous les dispensateurs de soins individuels. Date limite : 30/06/2016.
2. Le développement d'un module en ligne destiné à la gestion des données concernant le conventionnement des médecins et la mise en place d'un flux de données adapté avec les OA afin qu'ils puissent intégrer correctement dans leurs fichiers ces données enregistrées en ligne. Date limite : la date de publication de l'accord médico-mutualiste suivant l'accord 2015 actuel.
3. Le développement d'un module en ligne destiné à la gestion des données concernant le conventionnement des praticiens de l'art dentaire et la mise en place d'un flux de données adapté avec les OA afin qu'ils puissent intégrer correctement dans leurs fichiers ces données enregistrées en ligne. Date limite : la date de publication de l'accord dento-mutualiste suivant l'accord 2015-2016 actuel.
4. Le développement d'un module en ligne destiné à la demande d'avantages sociaux pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire (la mise en œuvre d'une réglementation adaptée et le développement d'un module en ligne destiné à la gestion de la demande d'avantages sociaux). Date limite : X + 2 ans, X = l'accord avec les partenaires externes (dispensateurs de soins et organismes assureurs) au sujet de la réglementation.
5. Le développement d'un module en ligne destiné à la gestion de l'accréditation des praticiens de l'art dentaire (la mise en œuvre d'une réglementation adaptée et le développement d'un module en ligne destiné à la gestion de l'accréditation des praticiens de l'art dentaire). Date limite : X + 2 ans, X = l'accord avec les partenaires externes (dispensateurs de soins et organismes assureurs) au sujet de la réglementation.
6. Participer pleinement au projet guichet unique en collaboration avec le SPF SPSCAE (dans le cadre de la collaboration dans « CoBRHA+ et guichet unique ») et la plateforme eSanté en établissant un état d'avancement annuel de l'évolution du projet. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
7. Participer pleinement au projet d'interface automatisée reprenant les données et les systèmes gérés par le SPF Santé publique et l'établissement d'un état d'avancement annuel de l'évolution du projet. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Volet 2 – Regroupement de dispensateurs de soins :

8. Déterminer quel secteur de dispensateurs de soins ou d'équipe multidisciplinaire (notamment le secteur des soins à domicile et au moins 1 secteur supplémentaire) jouera un rôle fondamental dans le système opérationnel de l'enregistrement des regroupements, en fonction des résultats des analyses, des moyens disponibles à l'INAMI, des priorités établies par les décideurs politiques,… Date limite : 31/12/2016.
9. Élaboration d'une proposition de texte pour le cadre réglementaire de l'enregistrement des regroupements et lancement du projet IT en interne. Date limite : 31/03/2017.
10. Mise en place d'un système opérationnel pour l'enregistrement des regroupements du secteur des soins à domicile et d'au moins 1 secteur supplémentaire. Date limite : X + 18 mois, X représentant la date à laquelle la proposition de texte du cadre réglementaire est approuvée par la Cellule stratégique.

Effets attendus

- Synergie et collaboration entre l'INAMI et le SPF SPSCAE.
- Meilleure qualité, disponibilité et échange d'information.
- Meilleur accès aux données pour les dispensateurs de soins.
- Diminution de la charge de travail des dispensateurs de soins et des autres administrations (cf. le principe du « only once »).
- Gain en efficacité et diminution de la charge/du coût du travail pour l'INAMI.
- Transparence dans la composition de groupes ou des regroupements, ainsi que dans les responsabilités de chacun et le traitement fiscal des revenus.
- Financement ciblé d'une approche multidisciplinaire.

Facteurs externes

- Collaboration avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et la plateforme eSanté.
- Collaboration avec les différents partenaires externes.
- Collaboration avec les organismes assureurs.
- Disposer des moyens nécessaires (ICT, RH).

Article 29. Gestion de projet pour le développement de VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System), l'application du schéma de médication électronique lors du traitement médicamenteux de patients.

Le présent article concerne un nouveau projet ne figurant pas dans les précédents Contrats d'administration de l'INAMI.

Description

Le projet VIDIS consiste à développer un système de communication électronique pour la gestion de tous les aspects (prescription, délivrance, administration, remboursement, information, concertation, etc.) du traitement médicamenteux (end-to-end) d'un patient.

Cadre

Octroi, information, organisation.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Optimalisation de la prestation de services/des soins de santé.
- Gestion des dépenses SdS.

Contexte

Le projet VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) est repris dans la roadmap e-Santé 2013-2018. Il s'agit de développer un système de communication électronique pour la gestion de tous les aspects (prescription, délivrance, administration, remboursement, information, concertation, etc.) du traitement médicamenteux d'un patient. Grâce à ce système, il y aura un support concret intégral du flux de travail de tous les acteurs concernés (pour chaque compétence spécifique). Il sera possible de faire des échanges end-to-end et d'exploiter les données concernant le traitement médicamenteux d'un patient et la coopération interdisciplinaire sera facilitée.

Ceci se fera à la suite d'une intégration « virtuelle » des systèmes existants (le schéma de médication, le dossier pharmaceutique partagé et le Chapitre IV système d'accords électronique) consistant à compléter les maillons manquants dans le flux de travail en continuant à se baser sur les systèmes existants ou, seulement s'il n'y a pas d'autre alternative, en développant de nouveaux systèmes.

Le projet VIDIS propose entre autres de remplacer les prescriptions de médicaments classiques (le modèle fixé par l'arrêté royal du 8.6.1994) par le « schéma de médication ». Le « schéma de médication » sera le nouveau point de départ pour la délivrance de médicaments soumis à une prescription.

Les bénéficiaires principaux seront :

- Les médecins/spécialistes (mais également les praticiens de l'art dentaire/les sages-femmes lors de l'extension du système) : les prescriptions classiques seront remplacées par le schéma de médication dans lequel le médecin gérera le traitement médicamenteux du patient. Ce système permet de suivre la fidélité thérapeutique du patient (grâce à une vue intégrée des médicaments délivrés), il informe le médecin de l'existence d'autres traitements (par ex. après une hospitalisation, les médicaments délivrés en vente libre, etc.) et il facilite la communication et la concertation avec les autres secteurs, ainsi qu'avec le patient même. VIDIS permet au médecin/spécialiste de se défaire de son rôle de « producteur de prescriptions » et de se concentrer sur l'évaluation du traitement du patient en collaboration avec le patient.

- Les pharmaciens : le schéma de médication est le point de départ pour la délivrance de médicaments et forme la base de la préparation de médication individuelle. Ce système permet d'informer de conseiller et d'accompagner plus facilement le patient, de suivre la fidélité thérapeutique ainsi que le bon usage des médicaments et de soutenir la communication et la concertation (medication review et concertation médico-pharmaceutique) avec les autres acteurs.

- Les centres d'hébergement et de soins, les maisons de repos et de soins (MRPA/MRS) : le système constitue la base de l'administration correcte des médicaments, du medication review et de la concertation médico-pharmaceutique.

- Le personnel soignant : le schéma de médication fournit un input immédiat pour pouvoir administrer les médicaments correctement. Le système permet de donner du feed-back aux autres acteurs.

- Les hôpitaux : le système fournit des informations concernant la médication au moment de l'hospitalisation (et soutient la réconciliation médicamenteuse avec le formulaire hospitalier) et informe les autres secteurs au sujet de la médication à la sortie d'hôpital.

- Les patients : la qualité des soins est améliorée, le système facilite le bon usage de médicaments, permet au patient et à ses représentants (aidants proches, membres de la famille, etc.) de disposer à tout moment d'un schéma d'administration correct et leur permet de donner du feed-back.

Ce projet se concentrera tout d'abord sur la tarification à l'unité dans le secteur des maisons de repos (centres d'hébergement et de soins (MRPA/MRS). Le but est d'arriver à une meilleure qualité de soins et à une prescription de médicaments plus efficace (grâce à la medication review et à la concertation médico-pharmaceutique – voir ci-dessus), ainsi qu'à une tarification correcte des médicaments effectivement utilisés (par une meilleure communication entre les acteurs impliqués concernant les changements apportés au schéma d'administration et la cessation ou l'adaptation du traitement médicamenteux). Cette première phase (le secteur des maisons de repos) sera suivie d'une mise en œuvre générique plus étendue, et donc, d'une implémentation générale.

Dans le cadre de ce 5e Contrat d'administration (2016-2018), l'INAMI s'engage à assurer le pilotage du projet, et ce, en vue d'un d'avancement rapide et axé sur les résultats et de l'implémentation de VIDIS. Cela consiste concrètement en la présentation et la promotion de VIDIS auprès de tous les acteurs, l'organisation de/la participation aux réunions de concertation, comme les governance meetings, les groupes de pilotage, les groupes de travail, les groupes de réflexion, l'organisation de/la participation à la rédaction de la documentation dans le cadre du projet (fiches de projet, analyses bio, use cases, test cases, note d'orientation, analyses, etc.), la gestion de la communication vers les utilisateurs et l'éventuelle rédaction et la conclusion de SLA.

Les accords concrets concernant le calendrier de la réalisation phasée de VIDIS seront affinés lors de l'actualisation du plan e-Santé 2013-2018 (voir aussi sur le site www.rtreh.be). Le calendrier proposé (calendrier à finaliser dans la phase de consolidation) est de faire les analyses pendant la période 2015-2016 et les réalisations durant la période 2016-2018. Concrètement, la phase de réalisation est répartie comme suit :

- Développement et validations : 2016 (Y compris la consultation des organes consultatifs et les adaptations réglementaires).
- Inauguration : décembre 2016.
- Communication et information : 2017-2018.
- Calendrier pour la généralisation : décembre 2018.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport de suivi concernant les résultats de l'état d'avancement de VIDIS, comme prévu dans la roadmap e-Santé actualisée et dans le rôle de pilotage du projet dans le chef de l'INAMI. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Effets attendus

- Amélioration de la qualité des soins dispensés au patient.
- Meilleur soutien aux dispensateurs de soins dans un contexte interdisciplinaire.
- Prescription de médicaments plus efficace.
- Usage plus efficace des moyens disponibles.

Facteurs externes

- Efforts et collaboration venant de tous les acteurs externes concernés (entre autres l'harmonisation avec les Communautés).

Article 30. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : TARDIS & Qermid 2.

Le présent article concerne, d'une part, un nouveau projet ne figurant pas dans les Contrats d'administration antérieurs de l'INAMI (volet 1) et, d'autre part, la poursuite du projet Qermid inscrit dans le 3ème Contrat d'administration.

Intitulé

Ce projet concerne la poursuite de la simplification administrative, d'une part (volet 1), en mettant à disposition le service en ligne TARDIS à un groupe plus large de dispensateurs de soins et, d'autre part (volet 2), en intégrant le système de remboursement Qermid dans HealthData.

Cadre

Attribuer, informer, organiser.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Optimalisation du service dans les soins de santé.

Contexte

Le **premier volet** du présent article est consacré à l'application TARDIS (Tool for Administrative Reimbursement Drug Information Sharing), un service en ligne destiné aux dispensateurs de soins. Grâce au service TARDIS, il est possible :

- d'introduire et de gérer de façon structurée des données médicales individuelles de patients dans le cadre de certaines pathologies ;
- de créer un registre national pour tous les patients belges ;
- de demander en ligne aux mutualités, directement et de façon sécurisée, le remboursement pour les médicaments qui font partie du traitement.

Les principaux bénéficiaires du système TARDIS sont les patients, les spécialistes traitants, les pharmaciens hospitaliers, les collaborateurs affectés au secrétariat et les assistants des spécialistes traitants, les organismes assureurs, HealthData ainsi que le secrétariat du Collège des médicaments orphelins (& ses membres) et le secrétariat de la CRM (& ses membres).

Ce projet (volet 1) se situe dans le droit fil de l'accord du gouvernement qui prévoit spécifiquement "l'octroi automatique de droits dans le cadre de la poursuite de la modernisation et de l'informatisation des processus et des flux de données dans l'assurance maladie et dans le cadre de l'utilisation des services eHealth". Il répond aux dispositions de la roadmap eSanté.

TARDIS présente de grands avantages à 2 niveaux :

- au niveau de l'informatisation des soins et de la simplification administrative dans le cadre du remboursement des médicaments, il permet de coupler l'enregistrement de données médicales structurées par un médecin avec une demande de remboursement à la mutualité du patient.
    - Pour l'organisme assureur, cela entraîne une simplification administrative grâce à l'automatisation des demandes de médicaments orphelins (automatisation complète pour certains médicaments/types de demandes, automatisation partielle pour d'autres).
    - Les patients ne doivent plus attendre de recevoir une autorisation papier de la part de leur mutualité et peuvent par conséquent se procurer leur médicament - remboursé - chez le pharmacien immédiatement après leur visite chez le spécialiste traitant ;
- TARDIS permet d'éviter l'enregistrement multiple de données identiques et crée des flux dans différentes directions sur la base d'un ensemble unique de données (une interopérabilité system-to-system (S2S) est prévue).

Depuis le 1er avril 2015, l'utilisation de TARDIS est obligatoire pour les rhumatologues dans le cadre du remboursement des médicaments biologiques pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde. L'utilisation de TARDIS est donc limitée à un groupe sélectif de médicaments, à une affection spécifique et à un groupe sélectif d'utilisateurs.

Ce projet est un élargissement du système TARDIS actuel et a pour objectif :

- l'élargissement de l'utilisation de TARDIS à d'autres indications thérapeutiques, à d'autres médicaments et à d'autres utilisateurs. En s'attachant d'abord aux médicaments orphelins ;
- un lien vers les registres en construction (ISP), à savoir la migration de la fonctionnalité "collecte de données" (actuellement dans le registre TARDIS) vers HealthData. Le service HealthData de l'Institut scientifique de santé publique a été créé pour concrétiser le point d'action 18 du plan d'action eHealth 2013-2018, qui définit notamment une architecture générique pour la collecte des données de registres et une gestion pour les nouveaux registres. Les données sont gérées dans HealthData, en respectant l'architecture générique pour la collecte des données de registres (HealthData).

Ce projet offre en outre l'opportunité de lancer une réflexion approfondie sur le rôle des collèges et d'aboutir peut-être à une automatisation des procédures d'avis au moyen notamment d'un vote électronique. Cette réflexion aura lieu au cours des prochaines années.

Le phasage de ce projet est tel que pour la fin de la 2ème année du présent Contrat d'administration (2017), le modèle générique doit être disponible avec un lien vers HealthData (c.-à-d. registre compatible), en ce compris l'implémentation pour les médicaments orphelins (après développement et test) pour (au moins) un "groupe" de médicaments orphelins (p. ex. produits d'hématologie). Le système devrait être disponible et avoir été testé pour tous les médicaments orphelins pour la fin 2018. Attention, ce planning dépend de l'attribution des moyens nécessaires additionnels pour pouvoir exécuter cette mission.

Le volet 2 de ce projet concerne la conversion de Qermid vers le système HealthData, c.-à-d. l'évolution de Qermid vers Qermid 2.0. Il existe à l'heure actuelle cinq registres dans Qermid (défibrillateurs, endoprothèses, pacemakers, tuteurs coronaires et orthopride). L'objectif de ces registres est double :

- collecter des données afin d'évaluer les technologies et les critères de remboursement en concertation avec les associations scientifiques, afin de promouvoir de la sorte leur utilisation efficace, avec une garantie de qualité, et afin d'adapter la réglementation si cela s'avère nécessaire ;
- supprimer les procédures de demande ou de notification sur papier pour l'obtention d'un remboursement (déjà d'application pour la partie Collège des médecins-directeurs pour les défibrillateurs cardiaques, en phase de transition (jusqu'au 1.9.2015) pour les tuteurs coronaires et les pacemakers).

Ces registres Qermid sont obligatoires pour pouvoir obtenir un remboursement du dispositif. Ils contiennent des données et des informations tant médicales qu'administratives sur les implants utilisés pour le patient. Une application web et un S2S (sauf pour les endoprothèses) sont prévus pour les utilisateurs.

Les principaux bénéficiaires du système Qermid sont les patients, les médecins spécialistes traitants, les pharmaciens hospitaliers, les collaborateurs administratifs des spécialistes, les organismes assureurs, HealthData, les organes concernés (comme la Commission de remboursement des implants, le Conseil technique médical, le Collège des médecins-directeurs ainsi que le Collège des médecins (SPF SP)) et les associations scientifiques concernées par les registres.

Tout comme le volet 1 de ce projet, le volet 2 figure également dans la feuille de route/le plan d'action eSanté 2013-2018 et se situe dans le droit fil de l'accord du gouvernement qui prévoit spécifiquement “l'octroi automatique de droits dans le cadre de la poursuite de la modernisation et de l'informatisation des processus et des flux de données dans l'assurance maladie et dans le cadre de l'utilisation des services eHealth".

Concrètement, le volet 2 implique notamment les aspects suivants :

- la migration des registres Qermid existants vers la collecte de données via la plateforme HealtData ;
- l'introduction de systèmes analogues à TARDIS pour l'informatisation intégrale des demandes de remboursement pour les implants entre l'hôpital et les organismes assureurs ou le Collège des médecins-directeurs.
    - Pour les organismes assureurs, l'introduction de ces systèmes entraîne une simplification administrative grâce à l'automatisation des demandes (automatisation complète pour les notifications/automatisation partielle pour les autres (accord du médecin-conseil ou du CMD)).
    - Pour les patients, cela entraîne un accord plus rapide pour le remboursement de l'intervention ;
- de nouveaux registres (plus étendus, pas uniquement liés aux implants), d'une part, pour l'informatisation intégrale de toutes les demandes de remboursement et, d'autre part, pour les nouveaux besoins qui apparaissent (cf. douleur, chirurgie de la colonne vertébrale).

L'échelonnement de la phase 2 est en partie conditionné par le planning de HealthData pour le passage de Qermid vers HealthData, dans la période 2016-2017. Dans les engagements pris dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'accent est mis sur la migration des registres Qermid existants vers la collecte de données via la plateforme HealtData et sur l'implémentation du module analogue à TARDIS pour un type d'implants. Le type d'implants pour lequel le premier module sera implémenté sera choisi ultérieurement.

Liste des actions-engagements

Volet 1 – Le service en ligne TARDIS :

1. Mise à disposition d'une nouvelle version de l'outil TARDIS, un outil générique dirigé par un fichier de référence - SAM 2.0 avec un "registre compatible" chapitre IV. Date limite : 01/07/2018 (càd 2 ans après la mise en production du SAM 2.0 modèle data de la Smals, prévue pour le 01/07/2016.
2. Implémentation du module TARDIS pour les médicaments orphelins (après développement et test) pour (au moins) un "groupe" de médicaments orphelins (p.ex. produits d'hématologie). Date limite : 01/01/2019.
3. Mise à disposition du module TARDIS pour tous les médicaments orphelins. Date limite : 01/07/2019.

Volet 2 – Qermid 2 dans HealthData :

4. Migration des registres Qermid existants vers la collecte de données via la plateforme HealtData. Date limite: 31/12/2018.
5. Implémentation du module analogue à TARDIS pour un type d'implants (il restera à déterminer pour quels implants le premier module sera implémenté). Date limite : 31/12/2018.

Effets attendus

- Augmentation de la qualité, de la disponibilité et du caractère échangeable des informations.
- Diminution de la charge de travail administratif pour les dispensateurs de soins et pour d'autres administrations (cf. principe only once).
- Processus décisionnel plus efficace en matière de remboursement.

Facteurs externes

- Collaboration avec les dispensateurs de soins.
- Collaboration avec les organismes assureurs.
- Collaboration avec les différents organes / collèges.
- Planning de HealthData.
- Disponibilité des ressources RH nécessaires.

Article 31. Exécution de la réforme au sein du SECM.

Cet article concerne la poursuite du projet de l'article 23 figurant dans le 4e Contrat d'administration 2013-2015 de l'INAMI.

Intitulé

Implémenter la nouvelle mission, les nouveaux processus et la nouvelle organisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux tels que développés au cours des dernières années dans le cadre du projet SECM 2015.

Cadre

Évaluer et contrôler, récupérer, régler, organiser, informer, conseiller et gérer l'organisation interne

Axes principaux

- Amélioration du processus et informatisation.
- Maîtrise des dépenses en matière de soins de santé.
- Contribution à la maîtrise des coûts et à l'utilisation efficace des moyens.

Contexte

Au cours de l'année 2012, un programme a été lancé pour préparer le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à une réorganisation en profondeur, afin qu'il soit apte à relever des défis particuliers.

Un de ces défis est le départ de collaborateurs. Pour la période de 2010 à 2015, les départs de collaborateurs du SECM représentent 28,7 % du personnel de ce Service. Le nombre de médecins-inspecteurs a diminué de 102 à 84 entre 2012 et 2015. Sans recrutements, ce nombre diminuera à 57 en 2018. Si nous regardons le profil des personnes qui vont prendre leur retraite, nous constatons qu'elles occupent des postes clés. Les départs concernent surtout les détenteurs d'expertise relative aux missions de base (professions médicales et paramédicales avec missions de contrôle) et l'échelle dirigeante. Cette situation donne lieu à des défis particuliers quant à la continuité des prestations de service, du recrutement de nouveaux collaborateurs présentant des profils divers, de la transmission de connaissances, etc. L'objectif est de maintenir une capacité minimale de 75 médecins-inspecteurs.

Par ailleurs, il était souhaitable pour le Service d'expliciter et de définir sa stratégie et son fonctionnement, d'éclaircir les synergies au sein du Service et avec les acteurs externes, la communication interne et externe, etc.

Parallèlement à cette vague de départs à la retraite, le SECM est, tout comme les autres services, tenu par un contexte budgétaire donné : nécessité de réaliser des économies et d'accroître l'efficacité de l'organisation afin d'obtenir des résultats optimaux avec des ressources et un budget moindres à l'avenir. Élément important à cet égard, les profils médicaux disponibles – clairement en pénurie sur le marché de l'emploi – doivent être utilisés au mieux dans leur propre domaine de compétence et, par conséquent, ils doivent aussi être mieux entourés et soutenus par une équipe de juristes, d'analystes de données, de collaborateurs administratifs, etc. Un autre défi consiste à modifier la structure de l'organisation : au lieu d'une structure verticale, on vise des synergies au sein du Service – par exemple par la création de clusters basés sur les connaissances– et des synergies avec d'autres services internes ou externes.

En 2013, le Service SECM a travaillé au développement d'une mission et d'une vision pour ses domaines de compétences. Cela a abouti à l'élaboration d'une déclaration de mission pour le SECM ("mission statement"). Le programme SECM 2015 comporte divers volets qui ont donné lieu à des projets séparés. Ainsi, 7 projets ont été lancés au cours de ces dernières années. Entre-temps, ceux-ci sont entrés dans leur phase d'exécution. Il s'agit des projets suivants :

1. Le projet de screening dont le but est d'utiliser le screening comme méthode d'enquête efficace au sein du SECM, de manière systématique. Le scope du projet concerne l'élaboration d'un screening systématique et ciblé (pour les soins de santé et l'incapacité de travail) et d'une analyse de risques, en ce compris l'analyse de l'output et de l'outcome, le délai de traitement, les moyens investis et la méthodologie.
2. Le projet de filtre et de stratégie d'enquête en vue d'une approche intégrée, efficiente et ciblée pour l'ouverture d'enquêtes via notamment la définition d'indicateurs, le lancement d'enquêtes thématiques, etc. Le filtre est entre-temps opérationnel depuis le 1er trimestre 2015.

3. Le projet des sources d'informations qui comporte la création d'une banque de données centrale pour toutes les données relatives aux indemnités et soins de santé que le SECM utilise, et l'optimalisation de l'utilisation des banques de données actuelles ainsi qu'une analyse et une optimalisation d'autres flux.
4. Le développement et la transcription d'une structure au SECM, les ressources nécessaires, etc. qui appuient les changements de stratégie du SECM. La nouvelle structure fournit une description précise des directives et responsabilités en matière de rapports, de hiérarchie de contrôle de chaque dirigeant et d'attribution de tâches et de missions par entité.
5. Le projet de surconsommation prévoyant le lancement et l'élaboration d'un projet global de lutte contre la surconsommation dans le secteur des soins de santé, pour lequel une méthodologie sera définie. Il s'agit d'un projet transversal de « aanklampend beleid » au niveau de l'INAMI, en collaboration étroite avec le Service des soins de santé (voir également un autre projet dans le présent Contrat d'administration - Cellule Soins efficaces).
6. Le contrôle des médecins-conseils avec le développement d'une cartographie et d'une méthodologie pour l'organisation du contrôle de deuxième ligne sur le contrôle de première ligne des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail et de soins de santé et l'implémentation au sein du Service.
7. Le projet de collaboration avec le Service des soins de santé a entre-temps été repris dans le projet de « aanklampend beleid » (voir supra projet 5). Il s'agit de la mise en place d'une collaboration plus intense avec le SdSS en recherchant entre autres des synergies en matière de screening, la collaboration dans le développement de la nomenclature, l'échange d'informations...

Pour rendre prioritaire l'output du filtre, pour attribuer des moyens aux missions et pour assurer le suivi des différents projets, un organe de concertation et de décision a été créé : le BOD (BeslissingsOrgaan-Organe de Décision). Cet organe se réunit toutes les semaines, suit de près les évolutions et apporte des rectifications le cas échéant. Les rapports rédigés dans le cadre du 4^{e} Contrat d'administration fournissent des informations détaillées concernant les résultats et la progression de ces projets.

A titre d'information en ce qui concerne le développement de la nouvelle structure, il a été tenu compte notamment des axes suivants :

1. Un pilotage uniforme du contrôle où la répartition F/N est supprimée.
2. Un pilotage central de toutes les activités du SECM. Les services décentralisés (Services provinciaux) sont des "service centers" qui doivent être organisés comme tels.
3. La répartition des activités du SECM entre les entités suivantes :
   - Analyse et screening
   - Filtrage de l'input SECM
   - Enquête thématique
   - Enquête individuelle
   - Service Contrôle des médecins-conseils
   - Contrôle de l'incapacité de travail
   - Information et communication
   - Consultation
   - Services de support : Jur, RH, ICT, Log
4. La répartition des ressources parmi les groupes d'experts où chaque collaborateur s'approprie un ou plusieurs domaines d'expertise.
5. Le principe de subsidiarité où chaque collaborateur est activé pour sa fonction et sa spécialisation. Ainsi, chaque MI est activé dans l'expertise médicale dont il a la compétence. Les collaborateurs administratifs ont eu l'opportunité de suivre une formation d'assistant d'enquêtes pour seconder le personnel d'inspection et ainsi optimaliser la subsidiarité. Ce principe vaut pour

toutes les fonctions (parallèlement à une certaine polyvalence). A cette fin, d'autres expertises peuvent être recherchées en externe, par exemple des analystes de données, des dentistes, des auxiliaires paramédicaux, collaborateurs scientifiques,...

Au cours des prochaines années, on continuera à miser entièrement sur l'implémentation d'une nouvelle organisation/structure du SECM et sur les projets spécifiques y afférents. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, un rapport annuel sera ancré à ce propos comme action-engagement.

Enfin, il importe d'insister sur le fait que le SECM sera également un partenaire important dans le cadre du développement des soins efficaces (voir également article 35) et qu'il fournira chaque année un aperçu de son programme de contrôle.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport annuel concernant l'implémentation et les réalisations des nouveaux concepts et processus du SECM. Dates limites: 31/12/2016, 31/12/2017.
2. Soumettre un programme de contrôle annuel et intégré (ICE) à la cellule stratégique. Dates-limites: 31/01/2016, 31/01/2017, 31/01/2018.

Effets attendus

- Efficacité et efficience renforcée des missions de contrôle, d'expertise et d'information du SECM.
- Visibilité accrue des activités et des résultats du SECM au sein de l'assurance maladie-invalidité.
- Continuité de la mission et des prestations de services du SECM à la lumière de la vague de départs à la retraite au sein du Service.

Facteurs externes

- Collaboration du Comité du SECM.
- Orientations politiques et réglementaires et approbation des adaptations réglementaires requises.
- Stratégie et procédures en matière de recrutements.

Article 32. eDos – La gestion informatisée des dossiers au sein du SECM.

Cet article est la suite du projet repris dans le cadre des Contrats d'administration précédents (e.a. article 22 du 4e Contrat d'administration) concernant la gestion informatisée des dossiers du SECM.

Description

L'implémentation d'un nouveau système de gestion informatisée des dossiers au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Cadre

Évaluation et contrôle, récupération, information.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.

- Gestion des dépenses SSI.

Contexte

Comme indiqué dans le contrat d'administration précédent, des investissements importants ont été réalisés dans le Service d'évaluation et de contrôle médicaux cette dernière décennie. Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008, de l'Avenant 2009 et du Contrat d'administration 2010-2012, nous avons investi dans le développement d'un système – intitulé Flowdos – destiné à la gestion et au suivi des dossiers d'enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), permettant le suivi et la gestion des dossiers d'enquête du SECM.

Le SECM dispose à présent d'un système fonctionnel de gestion de dossiers composé de deux niveaux. Le 'premier niveau' de Flowdos, Flowdos-Data, consiste avant tout en la gestion structurée de dossiers, ce qui répond aux besoins de base du 'business'. Il est prévu de faire la connexion avec certaines sources de données existantes, par ex. Nomensoft. En outre, une série de fonctions de recherche y ont été intégrées. L'étendue des fonctions de recherches dans le système Flowdos dépend du niveau de compétence de l'utilisateur respectif. Enfin, une série de fonctions de reporting ont été intégrées dans le système Flowdos actuel. Le second 'niveau', Flowdos Documents, concerne le scanning des documents entrants, ainsi que la production de documents pour le service. Ceux-ci sont ajoutés au dossier.

La mise à disposition du système électronique de gestion de dossiers décrit ci-dessus a permis de moderniser le fonctionnement du SECM sur le plan de la gestion des dossiers d'enquête en améliorant le support des différents acteurs du processus, ainsi qu'en créant davantage de possibilités sur le plan du suivi et du reporting concernant le déroulement du processus et les résultats des dossiers d'enquête.

Entre-temps, au cours de la période du 4e Contrat d'administration 2013-2015, nous avons préparé le transfert du système Flowdos vers un tout nouveau système de gestion de dossiers conforme aux développements du système électronique intégré de gestion de dossiers au niveau de l'INAMI et au trajet de réorganisation SECM 2015.

Le nouveau système de gestion de dossiers du SECM (l'application eDos) permettra d'utiliser des fonctionnalités supplémentaires pour la gestion des dossiers au sein du SECM, comme par exemple la possibilité de logger des activités et de faire des adaptations dans le système de gestion de dossiers, l'archivage opérationnel et légal de documents, l'établissement d'un lien avec le registre national, la possibilité de gérer la correspondance, le renfort des possibilités de reporting, entre autres, par une analyse 'self-service' de données, l'extension aux dossiers d'évaluation, etc.

Durant les deux premières années du 4e Contrat d'administration, les analyses BIO ont été réalisées et validées, l'analyse des besoins (ReqAn) a été élaborée par le Service ICT et un accord final a été donné pour les processus TO BE (voir les rapports semestriels concernant l'exécution du 4e Contrat d'administration). Comme indiqué ci-dessous dans l'action-engagement (et comme également mentionné dans le rapport du 4e CA), l'implémentation du nouveau système eDos est prévue pour octobre 2016.

Liste des actions-engagements

1. L'implémentation du nouveau système de gestion de dossiers eDos. Date limite : 01/10/2016

Effets attendus

- Un support efficace pour les différents utilisateurs lors de l'exécution de leurs missions dans le cadre de la gestion et du suivi des dossiers d'enquête et d'évaluation dans une application informatique facile d'emploi et avec un niveau de sécurité adapté.
- Une politique de contrôle plus efficace avec moins de dépassements des délais légaux ayant pour conséquence un taux de récupération plus élevé des sommes indûment perçues.
- Une meilleure justification des actions et des résultats dans le cadre des dossiers d'enquête et d'évaluation du SECM.

Facteurs externes

Aucun.

Artikel 33. La fraude sociale : croisements de données et lutte contre la fraude sociale.

Cet article concerne la poursuite du projet qui figurait déjà dans l'avenant 2009 (article N13) et dans les contrats d'administration précédents (3ème CA : article 41,4ème CA : article 24).

Intitulé

L'INAMI souhaite intensifier ses actions en matière de lutte contre la fraude sociale sur les volets suivants : les domiciles fictifs, les séjours irréguliers à l'étrangers, les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, le cumul d'indemnités avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS et le cumul d'indemnités avec une activité non autorisée et non déclarée.

Cadre

Contrôler, informer et conseiller.

Axes

- Contribuer à la maîtrise des dépenses SSI.

Contexte

Un programme spécifique en matière de fraude sociale est mené à l'INAMI depuis quelques années. Ce programme prioritaire s'inscrit dans le cadre des plans d'action du gouvernement et du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) pour lutter contre la fraude sociale. Dans la période couverte par le 4e Contrat d'administration, plusieurs actions de croisements des données ont été entreprises.
En effet, l'INAMI a investi dans la détection des cumuls non autorisés des personnes en incapacité et invalidité de travail qui entament une activité non autorisée pour laquelle l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Le Service du contrôle administratif a utilisé la technique dite du « datamatching » ou croisement des données de la DMFA et des modèles PI et ITP. Ce dernier croisement de données (DMFA et dépenses en incapacité primaire) est une nouveauté du 4ème contrat

d'administration alors que le datamatching de la DMFA et des personnes en invalidité de travail (PI) existe depuis 2009.

Pour la période du 5ème contrat d'administration, l'INAMI souhaite intensifier sa lutte contre la fraude sociale et celle-ci se décline en cinq points :

- **La détection et la gestion des cumuls non autorisés mais déclarées à l'ONSS de prestations sociales et de travail .**

Le service du contrôle administratif de l'INAMI s'engage à continuer les data-matching, réalisés tant pour les dépenses en incapacité primaire que pour celles en invalidité, à la fois dans le régime des travailleurs indépendants que dans le régime général (salariés) et ce, afin de détecter et gérer les cumuls non autorisés mais déclarés à l'ONSS. Comme signalé plus haut, cet engagement figurait déjà dans le contrat d'administration précédent. L'objectif est d'inscrire ces croisements de données dans la continuité et de les consolider.

- **Gestion des dossiers de « fraude au domicile »**

Ce type de fraude permet aux assurés sociaux qui ne déclarent pas sciemment leur véritable situation familiale à l'autorité communale d'obtenir des avantages financiers illicites (indemnités d'incapacité de travail majorées, obtention du droit à l'intervention majorée).
Le service du contrôle des O.A. exploite les dossiers constitués par les services de police et transmis par les Auditeurs du travail. Le nombre de constatations adressées aux organismes assureurs, sur base des dossiers que le Service considère comme solides, est en constante augmentation (2013 : 95 ; 2014 : 157).

- **Les séjours irréguliers à l'étranger**

En application de l'article 136§1er L.C. et 294, §1er et 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les indemnités d'incapacité de travail sont accordées lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire national pour autant qu'il bénéficie de l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité auprès de laquelle il est affilié ou qu'il soit dispensé de demander cette autorisation en vertu de la loi belge, de la règlementation européenne ou des conventions internationales qui lient la Belgique à l'Etat de séjour, et qu'il remplisse les autres conditions d'octroi des indemnités d'incapacité de travail.
Le service du contrôle administratif est amené à traiter des dossiers où il est apparaît que l'assuré en incapacité de travail ne remplit pas la condition de territorialité des prestations. Des montants indus sont alors dégagés. Le service reçoit ces dossiers des Auditeurs du travail sur base de rapports établis par la Police des frontières.

- **Les assujettissements fictifs à la sécurité sociale**

Il existe un vaste réseau d'entreprise fictives dont les organisateurs vendent à des personnes sans droits des faux documents sociaux (faux contrats de travail, faux C4 …). Ces personnes se constituent ainsi une assurabilité leur donnant droit aux prestations de santé et/ou aux indemnités d'incapacité de travail.
Le Service du contrôle des O.A. agit sur base des données fournies par l'ONSS.

- **Les cumuls d'indemnités avec une activité non déclarée et non autorisée.**

Les contrôleurs sociaux du service du contrôle social mènent des enquêtes sur le terrain (constats de visu, auditions, recherches diverses d'informations …) pour détecter et constater ces activités de travail au noir. Des procès-verbaux sont établis.
Les dossiers ainsi constitués sont examinés au siège des mutualités par les inspecteurs sociaux du contrôle des organismes assureurs afin de vérifier si ces derniers gèrent le dossier correctement, en application des dispositions légales et règlementaires. La procédure de récupération des indus dégagés est suivie par les inspecteurs sociaux.

Concrètement, L'INAMI s'engage donc à continuer les croisements de données visant à détecter les cumuls d'indemnités interdits. A coté de cela, un rapport sur la fraude sociale, portant sur les cinq points évoqués ci-dessus, sera rédigé chaque année.

Actions-engagements

1. Établir annuellement (pour la cellule stratégique) un programme de contrôle en matière de la lutte contre la fraude sociale. Dates limites: 31/01/2016, 31/01/2017, 31/01/2018.
2. Effectuer un croisement des données DMFA et I. (Doc PI) chaque année et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
3. Effectuer un croisement des données DMFA et ITP et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018
4. Rédaction d'un rapport annuel en matière de fraude sociale. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Article 34. Responsabilisation financière des organismes assureurs.

Cet article est la suite du projet figurant dans le contrat d'administration 2006-2008 (article 15), dans l'avenant 2009 (article 15), dans le contrat d'administration 2010-2012 (article 44) et dans le contrat d'administration 2013-2015 (article 26).

Intitulé

Informations transmises dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion des organismes assureurs.

Cadre

Contrôler, informer.

Axes

- Gestion des dépenses SSI.

Contexte

Dans le cadre de la responsabilisation des OA sur le montant de leurs frais d'administration, l'INAMI doit transmettre chaque année des informations à l'Office de contrôle des mutualités. Sur la base de ces données, l'Office de contrôle évalue les prestations de gestion des OA. Si des manquements sont constatés, en fonction de leur importance, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire allouée (la partie variable des frais d'administration).

Ces dernières années, on a beaucoup investi dans l'optimalisation du système dans le but d'en accroître son efficacité, à savoir l'impact sur le bon fonctionnement des organismes assureurs. Par ailleurs, un système flexible adapté à l'évolution du cadre légal et réglementaire et au besoin de contrôle contextuel s'avérait nécessaire. Enfin, il était nécessaire d'instaurer une variabilité effective de l'évaluation afin de mieux stimuler l'application des bonnes pratiques dans la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le nouveau système a été élaboré au cours des dernières années et la nouvelle

réglementation a été approuvée. Ci-dessous, vous trouverez un aperçu des évolutions et des réalisations dans le cadre du présent projet.

Fin 2011, un rapport a été établi, proposant un nouveau système. L'INAMI a développé cette proposition avec l'Office de contrôle des mutualités et les organismes assureurs. Cette proposition se caractérise par des critères plus précis, plus objectifs et mieux contrôlables concernant une grande partie du fonctionnement des mutualités. Le point de départ est de savoir ce qu'est une mutualité qui fonctionne bien. Pour appliquer ce principe, les 7 processus suivants ont été identifiés. Ils reflètent le fonctionnement des OA dans la globalité, entre autres :

1. L'obligation d'information aux assurés sociaux ;
2. L'octroi correct, uniforme et opportun des droits en matière de soins de santé et d'indemnités ;
3. L'exécution correcte, uniforme et à temps des paiements ;
4. La détection et le suivi méticuleux des créances ;
5. L'organisation des mécanismes de contrôle et d'audit nécessaires, à différents niveaux ;
6. La collaboration avec l'INAMI en vue notamment de l'exécution du contrat d'administration et la participation aux études effectuées en vue de définir la stratégie décidée par ou exécutée à la demande du Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions ;
7. La gestion comptable.

La nouvelle approche se présente comme suit :

- Par processus crucial, et après dialogue avec l'Office de contrôle des mutualités, par période d'évaluation, un nombre pertinent de domaines sont délimités et ensuite définis chacun selon des indicateurs SMART. Le fonctionnement des OA sera évalué sur cette base.
- Les étapes concrètes sont les suivantes :
  - La première année (= année X-1 si l'année X est la première année d'évaluation), des accords seront pris pour la sélection des domaines et des indicateurs ainsi que les préparations requises sont prises en vue de mesurer ces indicateurs et de dévoiler et de mettre à disposition les données nécessaires en la matière.
  - La deuxième année (= année X, à savoir l'année de l'évaluation et donc l'année au cours de laquelle l'INAMI effectuera les mesures et les contrôles), les indicateurs peuvent alors être réellement calculés et l'évaluation peut avoir lieu. Périodiquement, au fur et à mesure des évolutions et problèmes constatés dans la pratique, les indicateurs et les normes y afférentes pourront évoluer.
  - Au cours de l'année X+1, à savoir l'année qui suit l'année d'évaluation, les rapports avec les résultats des contrôles et des mesures effectués pendant l'année d'évaluation seront soumis à l'Office de contrôle des mutualités et au Comité Général de Gestion.

L'année dernière, le Service du contrôle administratif de l'INAMI a travaillé intensivement à l'opérationnalisation de ce nouveau système. Cette opérationnalisation implique qu'un nouveau processus valable a été mis en place, dont voici quelques aspects :

- La création et l'organisation d'un groupe de travail composé de représentants des différents services de l'INAMI et d'un représentant de l'Office de contrôle des mutualités ;
- La création d'une cellule spécifique "responsabilisation financière" au SCA ;
- L'élaboration de la description de processus ou BIO-Analyse, avec, entre autres, les procesflows dans VISIO, des informations descriptives...
- La rédaction d'autres documents de travail tels que la fiche de projet, les tableaux de bord, les templates et les fiches par domaine d'évaluation...

- L'élaboration de notes et leur présentation aux différents organes (Commission technique, groupe de travail inter-services INAMI, concertation avec l'OCM, Comité de direction INAMI, Comité général de gestion...).

Un nouvel arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration est paru au Moniteur belge le 13 juin 2014. Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1er juillet 2104. Il décrit un nouveau système d'évaluation axé autour de trois concepts (voir également supra) : les processus, les domaines et les indicateurs. Les processus correspondent à la plupart des missions et tâches des organismes assureurs en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le nouveau système prévoit une sorte de "débat contradictoire" concernant les indicateurs de mesure retenus pour l'évaluation de la performance de gestion des organismes assureurs en ce qui concerne les domaines d'évaluation qui auront été définis pour une année d'évaluation. Ce débat doit avoir lieu six mois avant le début de l'année d'évaluation et concerne uniquement la faisabilité des indicateurs de mesure. Les domaines d'évaluation proposés ne font pas l'objet de la discussion et ne peuvent donc être modifiés.

En application de l'article 5, § 1er, de l'arrêté royal du 10 avril 2014, il faut soumettre la faisabilité des indicateurs à l'approbation du Comité général de gestion "au plus tard le 30 juin de l'année précédant la période d'évaluation". Le point de départ effectif du nouveau système de responsabilisation est le 22 juin 2015 : session spécifique du Comité général de gestion. La note élaborée pour le Comité général de gestion comporte la proposition des domaines (ou processus) à examiner et des indicateurs à évaluer pour la première année d'évaluation (2016), et ce en exécution de l'article 5 de l'AR : "L'Institut et l'Office de contrôle déterminent chacun pour ce qui le concerne, les domaines et les indicateurs qui sont retenus pour les processus visés à l'article 3, et soumettent la faisabilité des indicateurs pour approbation au Comité Général de Gestion de l'Institut et au Conseil de l'Office de contrôle au plus tard le 30 juin de l'année précédant la période d'évaluation".

Dans le cadre de ce 5^{e} Contrat d'administration, l'INAMI rédigera en 2017 le rapport des résultats de la première année d'évaluation 2016 et le soumettra au Comité général de gestion.

Actions - engagements :

1. Rédiger un rapport pour l'Office de contrôle des mutualités concernant les résultats des contrôles et des mesures effectués pour la première année d'évaluation. Date limite : 31/03/2017.

Effets attendus

- Évaluation performante des prestations de gestion des organismes assureurs.
- Fonctionnement plus performant des organismes assureurs.

Facteurs externes

- La collaboration des organismes assureurs est cruciale pour la fourniture des données chiffrées.

Article 35. Ancrage structurel de la lutte contre le gaspillage – création d'une Cellule Soins efficaces.

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans les précédents contrats d'administration de l'INAMI.

Intitulé

La création d'une Cellule Soins efficaces ciblant plus spécifiquement une approche intégrée en matière d'utilisation rationnelle des ressources.

Cadre

Informer, évaluer et sensibiliser.

Axes principaux

- Gestion des dépenses SSI.

Contexte

Ces dernières années, l'INAMI a déjà pris différentes initiatives visant à promouvoir des soins efficaces, notamment le développement de projets d'évaluation (par le SECM), l'élaboration d'un rapport de performance pour la médecine générale (par le SSS), la réalisation d'analyses du comportement prescripteur par le médecin et la communication des résultats y afférents (par le SSS) et les analyses relatives aux dépenses régionales en soins de santé.

L'INAMI souhaite poursuivre cette approche intégrée dans les années à venir. On tentera de réduire les variations injustifiées dans les dépenses et l'utilisation inadéquate, à l'aide d'un vaste éventail d'outils administratifs. Il s'agira d'identifier les techniques obsolètes, les schémas de consommation et les variations de pratiques inexplicables, de même que les disparités géographiques et les pratiques de prestation et de prescription scientifiquement non étayées.

L'accord de gouvernement de 2014 prévoit de renforcer comme suit l'efficacité : « Une Task Force « soins efficaces » est lancée avec toutes les parties concernées ; elle détectera les gaspillages et formulera des propositions visant à relever l'efficacité, la qualité et la sécurité du patient. La possibilité est prévue de conclure des contrats avec l'INAMI, dans le cadre de la concertation entre les parties concernées, portant sur l'utilisation adéquate de soins, qui créeront le cadre dans lequel les différents acteurs de l'assurance soins de santé collaborent pour organiser la prestation de soins avec un maximum d'efficacité (formulation de directives, recherche et lutte contre le gaspillage ou l'utilisation impropre, mécanismes de monitoring, …). Des variations de pratiques importantes et injustifiées qui ne sont pas fondées sur des critères objectifs peuvent entraîner des sanctions, si on n'y remédie pas. »

En exécution des décisions de la Task Force 2013 (cf. CGSS 2013/070) visant à encourager l'utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé par les dispensateurs de soins et tous les acteurs de la santé, l'INAMI propose de développer une approche intégrée, systématique et progressive, basée sur la recherche de complémentarités et de synergies. Ce concept comprend une approche intégrée selon les principes importants suivants :

- une approche intégrée et systématique : tous les thèmes relatifs à la santé doivent pouvoir être analysés de manière intégrée, compte tenu des caractéristiques des patients, de celles du dispensateur de soins et de son contexte de pratique. Cela suppose notamment un accès rapide aux données individuelles (dispensateur et patient) relatives à la consommation de soins ;
- des outils complémentaires de synergie: chaque outil permettant d'atteindre l'objectif, à savoir un usage rationnel peut être utilisé : la fixation des prix ; la réglementation ; la législation ; la formation continue ; des campagnes d'information ; le feed-back à l'échelle de l'individu mais aussi de la pratique ou du service ; l'inspection et le contrôle ;
- un déploiement progressif : l'approche consiste en une série d'actions possibles, allant de la formation continue aux actions de contrôle. L'accent est mis en premier lieu sur l'élaboration de règles cohérentes basées sur les connaissances scientifiques les plus récentes et sur les recommandations en matière de bonnes pratiques, diffusées parmi les acteurs via les canaux les plus adéquats ;
- tous les acteurs de la santé doivent être associés à cette approche intégrée pour renforcer l'impact des actions (organismes assureurs, services publics fédéraux et services des entités fédérées, instances académiques, associations scientifiques, organisations représentatives des prestataires de soins, assurés, associations de patients).

Toutes les branches de l'assurance soins de santé seront appréhendées de manière transversale. Concrètement, les actions s'articuleront en priorité autour de 4 axes :

1. Axe 1 : « nouvelles technologies » et « prise en charge plus efficace », dans le but de se conformer à l'évolution de la médecine et de s'assurer que les moyens financiers sont investis efficacement dans les soins de santé (abandonner des techniques obsolètes) (p.ex. : ne plus appliquer, lors de l'inscription d'une nouvelle prestation dans la nomenclature, la prestation initiale ; passer d'une hospitalisation classique à une admission en hôpital de jour) ;
2. Axe 2 : garantir le bon usage des médicaments en termes de maîtrise des volumes, de prescription adéquate, et parvenir ainsi à dégager des moyens complémentaires. (à titre d'exemple, citons notamment : réduire l'utilisation des statines, tant en prévention primaire que secondaire en gériatrie ; réduire l'emploi inutilement long des inhibiteurs de la pompe à protons et prévenir la polymédication des patients en gériatrie) ;
3. Axe 3 : effectuer des dépistages parmi la population, afin de réduire les faux positifs entraînant des examens et des traitements inutiles, et ainsi dégager des moyens supplémentaires (à titre d'exemple, citons notamment la prescription inadéquate d'examens diagnostiques dans le cadre du dépistage du cancer ou des analyses de laboratoire : tests sur la glande thyroïde) ;
4. Axe 4 : le nombre de prestations et de répétitions de prestations, afin de réduire les interventions inutiles ainsi que leur répétition, et dégager ainsi des moyens supplémentaires (à titre d'exemple, citons notamment la pose précoce des pacemakers, la chirurgie lombaire non indiquée, les hospitalisations évitables, …).

Au cours de la période couverte par le 5e Contrat d'administration, l'INAMI créera donc une cellule qui se focalisera sur ces domaines prioritaires. Il s'agira d'une cellule interdépartementale chargée de promouvoir les soins efficaces qui, pour ce faire, développera également une approche spécifique.
Parallèlement, une plate-forme de collaboration (Task Force) verra également le jour, à laquelle pourront participer tous les acteurs de la santé, afin de détecter les gaspillages et de formuler des propositions visant à accroître l'efficacité, la qualité et la sécurité pour le patient.

Au cours de la 1e année couverte par ce Contrat d'administration, l'INAMI prendra les initiatives nécessaires pour créer cette Cellule Soins efficaces dirigée par un médecin conseiller général et l'ancrer structurellement de manière transversale et intégrée, c.-à-d. par un accord de collaboration permanent

entre le Service des soins de santé et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Au cours de la 1e année, la plate-forme de collaboration sera également mise en place.

La Cellule Soins efficaces élaborera ensuite un plan d'action (comme la rédaction d'un rapport de performance par spécialité) qui sera exécuté l'année prochaine. Cela se fera au travers d'une plate-forme de collaboration et donc en concertation avec les différents acteurs. Sur la base des résultats de ces actions, des objectifs spécifiques seront ensuite formulés et des solutions proposées et ce, toujours en concertation avec les acteurs.

Liste des actions-engagements

1. Présentation à la Cellule stratégique d'un plan d'approche et d'organisation de la Cellule Soins efficaces, y compris la proposition de modification de la loi (ASSI). Date limite : premier trimestre de 2016.
2. Création d'une plate-forme de collaboration avec tous les acteurs de la santé. Date limite : X + 6 mois (X correspond à la date d'approbation du plan d'approche par la Cellule stratégique)
3. Rédaction d'un plan d'action en matière de soins efficaces (et présentation de ce plan à la plate-forme de collaboration). Date limite : X + 6 mois (X correspond à la date d'approbation du plan d'approche de la Cellule stratégique).

Effets attendus

- Utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé.
- Amélioration de la qualité des soins aux patients.

Facteurs externes

- Collaboration du SPF SPSCAE.
- Collaboration des organismes assureurs.
- Collaboration des dispensateurs de soins.
- Collaboration du KCE, de l'ISP.
- Mise à disposition des moyens nécessaires.

Article 36. EFFICIENCE - LEAN - MISSIONS-CLES

Le présent article concerne, d'une part, la poursuite de projets inscrits dans des Contrats d'administration antérieurs de l'INAMI (Business process management : article 30.1 du 4e CA et article 50.1 du 3e CA) et d'autre part, il comporte un nouveau volet concernant le débat sur les missions-clés.

Intitulé

Ancrage de la réflexion par processus dans la prise de décisions en veillant en permanence au principe "Lean" et à l'efficience.

Cadre

Organisation interne

Axes principaux

- Contribuer à la maîtrise des coûts internes et à la gestion rationnelle des moyens
- Amélioration des processus et informatisation

Contexte

Ce projet est la poursuite de l'actuel projet BPM tel qu'il figure dans le 4e CA. En effet, ces dernières années, l'INAMI a pris de nombreuses initiatives afin de développer toujours davantage le trajet BPM (Business Proces Management) au sein de l'organisation. L'importance de la connaissance et de la documentation des processus a déjà été explicitée dans les précédents Contrats d'administration. Cela nous permet de réaliser les objectifs stratégiques et opérationnels de manière efficiente et effective. En cas de compréhension claire des processus, les autres éléments de maîtrise organisationnelle tels que la maîtrise des risques, la définition d'indicateurs, l'informatisation d'un processus... pourront être traités de manière adéquate.

L'objectif est de poursuivre dans les prochaines années cette philosophie des processus et de l'ancrer davantage dans les processus décisionnels au niveau du management de notre organisation.

Ainsi, on investira les prochaines années dans les aspects suivants :

- Affiner davantage l'analyse des ETP et l'utiliser comme instrument décisionnel au niveau du management. Dans ce contexte, il faudra procéder à un débat sur les missions-clés. De même, une analyse critique sera effectuée pour certains processus spécifiques en y annexant un trajet d'optimalisation. Les résultats de l'analyse des ETP seront également utilisés proactivement dans les analyses des départs de collaborateurs et on pourra envisager d'installer une cellule "mobilité" au niveau de l'INAMI.
- La publication de la carte des processus (livrée en 2014) et l'affinement de l'inventaire des processus avec une analyse des processus génériques et transversaux en vue d'un regroupement (clustering) et d'une augmentation de la performance. Dans cette perspective, il faudra se concerter avec les partenaires externes, tels que par exemple le SPF SPSCA, pour vérifier si des synergies et une intégration éventuelle des processus sont possibles.
- Le lancement d'exercices Lean sur certains processus opérationnels ou processus-clés. L'INAMI a participé à part entière à la Lean Academy du SPF P&O et souhaite continuer à appliquer la philosophie Lean à ses processus internes.
- Le lancement de mesures de travail sur la base de la méthodologie telle que développée au niveau des IPSS (synergies du 4^{e} Contrat d'administration).
- Dans le prolongement de l'article 30.2 du 4^{e} Contrat d'administration, on passera à une étape suivante de l'implémentation de l'application de la gestion électronique du contentieux (Eunom-e) via la numérisation des dossiers de contentieux et l'extension de l'application Eunom-e aux utilisateurs externes (avocats de l'INAMI) afin que les dossiers soient consultables électroniquement et que tous les échanges de données se fassent par voie électronique. Outre les avantages de l'informatisation du flux de travail et de la numérisation des dossiers de contentieux, il sera possible de fournir des informations de management concernant le traitement et les causes du contentieux.
- Au niveau du fonctionnement du FAM, la transmission électronique de dossiers médicaux entre dispensateurs de soins, experts et le FAM sera rendue opérationnelle.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport annuel sur l'exécution et les résultats du débat sur les missions-clés. Dates limites: 31/12/2016; 31/12/2016; 31/12/2018.

2. Publication de la carte des processus sur l'Intranet. Date limite : 30/06/2017.
3. Extension de l'application IT pour la gestion électronique du contentieux par un accès pour les utilisateurs externes tels que les avocats de l'INAMI. Date limite: le 31/12/2017.
4. Opérationnalisation de la transmission électronique de dossiers médicaux entre dispensateurs de soins, experts et le FAM. Date limite : 31/12/2018.

Effets attendus

- Transparence accrue et efficience en matière de processus.
- Meilleure maîtrise des coûts internes.
- Fonctionnement meilleur, plus efficient et plus ciblé, avec un impact direct sur nos clients et les acteurs.

Facteurs externes

- Collaboration avec le SPF SPSCA.
- Disposer des moyens RH nécessaires.

Article 37. Masterplan Bâtiments.

Le présent article consiste en un nouveau projet qui ne figure dans aucun Contrat d'administration précédent.

Intitulé

Le « Masterplan » est un projet ayant pour objectif d'aboutir à une gestion efficiente de nos ressources immobilières en tenant compte d'autres facteurs tels que l'ICT et le « New Way ou Working ».

Cadre

Organisation interne, innover.

Axes

- Maîtrise des moyens internes : rapport coût - efficacité.
- Optimalisation des prestations réalisées pour les collaborateurs internes.

Contexte

L'INAMI souhaite établir un « Masterplan Bâtiments INAMI » dans le cadre de l'utilisation rationnelle de ses bâtiments. Le Masterplan sera coordonné par une équipe de projet au sein du service Facility et une firme de consultance externe.
Pour ce projet, comme pour l'EMAS, l'INAMI montre encore sa volonté d'inscrire son organisation dans une perspective de développement durable.

En effet, par le biais du Masterplan l'INAMI souhaite répondre aux besoins suivants :

- offrir aux collaborateurs un environnement de travail agréable, adéquat et flexible ;
- la nécessité d'intégrer l'IT, les RH et le Facility management dans une approche globale ;
- la nécessité de gérer soigneusement les moyens financiers.

Ainsi, l'objectif essentiel est d'offrir un environnement de travail agréable et axé sur les tâches aux collaborateurs de l'INAMI sur une superficie réduite de 30 %.
Trois éléments importants sont à l'origine de l'élaboration de ce Masterplan « bâtiments » : l'évolution de la politique du personnel, la numérisation des processus et les frais d'aménagement et d'entretien des bâtiments. C'est pourquoi ce projet transversal est soutenu par les Services RH, ICT et Facility Management.

1. L'évolution de la politique du personnel : certaines initiatives sous-tendent la réflexion sur la stratégie relative aux lieux de travail : les possibilités de télétravail, les entretiens de planning axés sur les résultats et les investissements dans la formation des chefs fonctionnels. En outre, nous constatons une augmentation des demandes de modification de l'organisation exprimées par les divers services de l'INAMI. Nous devons aussi tenir compte de l'évolution du nombre de collaborateurs dans les 10 prochaines années.
2. La numérisation des processus : c'est une condition à remplir pour pouvoir s'atteler à l'architecture des lieux de travail. Grâce aux projets de numérisation réalisés et en cours, les collaborateurs peuvent plus facilement travailler de manière indépendante dans le temps et l'espace. Les investissements prévus pour remplacer les systèmes de téléphonie par la technologie flexible « Voix sur IP » permettront aussi aux collaborateurs de ne pas travailler à une place fixe.
3. L'aménagement et l'entretien des bâtiments : vu les frais actuels et les budgets d'investissement, le Service Facility Management n'est plus en mesure de mener de grands projets de rénovation comme les réaménagements du Service juridique (et du Service Traduction) et du département ICT.

La valeur ajoutée de ce projet est élevée et se décline en plusieurs axes :
- Une économie d'au moins 30 % sur les frais de fonctionnement liés aux bâtiments grâce à la réduction de la superficie et des frais y afférents vu le taux d'occupation plus élevé des bâtiments. Cela sera possible grâce, entre autres, à la synergie entre le SPF Santé publique et l'INAMI, visant à mutualiser leurs espaces de travail en province. Il s'agit du projet CoHabitat en collaboration avec le SPF Santé.
  A titre indicatif, les coûts annuels pour les bâtiments de l'INAMI (Bruxelles et provinces) s'élèvent à 8.070 k euros dont 3.290 k euros de frais de location et 4.780 k euros de frais opérationnels (frais d'entretien et de réparation, dépenses énergétiques, assurances locaux, frais de déménagement).
- Le Masterplan INAMI vise à optimaliser le patrimoine immobilier de l'Institut en appliquant la nouvelle norme d'occupation définie par la Régie des Bâtiments pour les Services publics fédéraux.
- Des lieux de travail agréables et modernes pour les collaborateurs de l'INAMI, offrant la possibilité de travailler en groupe et individuellement.
- Un environnement attrayant pour les partenaires externes qui viennent travailler et participer à des réunions à l'INAMI.
- Un plan d'aménagement flexible et modulaire pour les services internes, axé sur les activités des collaborateurs, engendrera une réduction du délai d'exécution et donc des frais moindres.
- Une solution concrète à certains problèmes posés par le parc de bâtiments actuel : affectation du Center House, implantation et aménagement du mess pour les collaborateurs (C67), sécurité et contrôle d'accès des visiteurs, accueil moderne pour les collaborateurs externes, etc.
- La maximalisation de la valeur offerte par la numérisation des processus et des documents.

Concrètement, le Masterplan sera réalisé avec l'aide d'une firme externe. Un appel d'offre a été lancé et la firme en charge de l'étude et de la réalisation du Masterplan sera désignée début 2016.

La première phase du Masterplan vise à réaliser une étude comportant plusieurs volets :
- Une analyse globale de la situation actuelle.

- Une stratégie du poste de travail : une vision sur l'aménagement du poste de travail compte tenu des besoins et des fonctions des collaborateurs au sein des services, et sur l'évolution du nombre de collaborateurs.
- La création d'un design architectural : une approche modulaire de l'aménagement avec des modules de construction (building blocks).
- Un design technique : conseils en matière d'investissements structurels dans les bâtiments dans le cadre d'une consommation énergétique plus rationnelle et protection de l'environnement basée sur la forme structurelle des bâtiments.

Des propositions de solutions seront formulées à l'issue de l'étude. La mise en œuvre des recommandations est prévue dès la réception des conclusions de l'étude.

Il faut également épingler à ce propos le lien avec les synergies au niveau de l'utilisation des bâtiments entre les Institutions publiques de sécurité sociale.

Actions-engagements

1. Réaliser une étude comprenant des analyses et des propositions de solutions sur les différents volets du Masterplan.
   Date limite : X+6 mois, X étant la date de l'attribution du marché.
2. Rapport annuel sur l'état d'avancement de la réduction des surfaces immobilières allouées aux services provinciaux de l'INAMI. Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
3. Implémenter le nouveau système de téléphonie numérique. Date limite : 31/12/2016.
4. Implémenter les modules de « webcollaboration » et de « vidéoconferencing ». Date limite : 31/12/2017.

Effets attendus

- Une économie de 30 % réalisée sur les frais de fonctionnement liés aux bâtiments à travers une réduction de la surface et sur les frais y afférents à travers un taux d'occupation des bureaux plus élevé.
- Un lieu de travail agréable et moderne pour les travailleurs de l'INAMI, avec des possibilités de travailler ensemble mais aussi individuellement.

Facteurs externes

- Collaboration entre le SPF SPSCAE et l'INAMI dans les services provinciaux avec des économies substantielles pour les deux parties.

Article 38. CASCADA – Implémentation d'un dossier électronique global pour le Service du contrôle administratif.

Le présent article concerne un nouveau projet n'ayant pas fait l'objet d'un des précédents Contrats d'administration.

Intitulé

Implémentation d'un système de gestion de dossiers électronique intégré au Service du contrôle administratif.

Cadre

Contrôler, informer.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.

Contexte

Ce projet concerne une vaste trajet de réorganisation et d'informatisation du Service du contrôle administratif. Il permet la transition vers une gestion de dossiers électronique globale au Service du contrôle administratif, conformément à l'installation transversale de la gestion électronique de dossiers à l'INAMI. Cela signifie donc qu'à l'avenir, tous les processus se dérouleront de manière informatisée. Cela constitue bien sûr un réel défi pour le SCA et ses collaborateurs.

Cascada comporte les éléments suivants :

- L'implémentation d'un nouvel outil IT, « case management », qui remplacera les anciens outils informatiques (IT legacy) et qui permettra la gestion des dossiers intégralement par voie électronique.
- L'adaptation des processus de gestion interne aux solutions IT, y compris l'optimalisation de tous les processus de travail dans une philosophie lean, dans un souci manifeste d'augmenter l'efficience.
- L'accompagnement et la coordination du volet de réorganisation "change" en vue du bien-être des collaborateurs et afin de compenser les départs des collaborateurs.

La valeur ajoutée de ce projet est considérable. Ainsi plus particulièrement, ce projet :

- Permettra de générer des gains d'efficience dans le business par l'optimalisation des processus de travail (LEAN) et par l'élimination des supports papier et des procédures de travail manuelles et logistiques y afférentes.
- Veillera à une prestation de services plus performante pour les parties externes (partenaires, assurés sociaux) par un gain de temps dans le traitement des dossiers et par la possibilité de communiquer électroniquement avec ces parties dans le cadre d'un dossier. Ce gain de performance a également un effet indirect sur la prestation de services au citoyen.
- Absorbera la réduction prévue des effectifs par les départs naturels de nombreux collaborateurs dans les prochaines années (pensions). En travaillant plus efficacement, le SCA pourra compenser partiellement ces départs et pourra garantir la continuité de ses missions légales.
- Économisera sur les coûts de l'IT par le déphasage de la legacy et le passage à des solutions uniformes à l'échelle de l'INAMI (réutilisation et mutuellisation des moyens).
- Améliorera la sécurité de l'information. L'INAMI est certifié ISO27001 et la dématérialisation des dossiers permettra de traiter une série de points d'attention en matière de sécurité de l'information.
- Économisera sur les coûts relatifs à l'infrastructure et aux consommables. Moins de dépenses en papier et produits d'impression, besoin réduit en volumes de stockage des archives, moins d'armoires, moins de frais de transport et d'expédition, etc.

Ces derniers mois, le Service du contrôle administratif a intensivement investi dans les préparatifs de Cascada. Tous les processus business ont été listés à très haut niveau. Pour les processus de contrôle également (1re phase de Cascada – cf. infra), toutes les analyses business ont été élaborées en détail, en collaboration et avec la participation de tous les collaborateurs. Cette documentation de processus constitue une base importante pour les analyses fonctionnelles qui sont effectuées au niveau du Service

ICT. Comme susmentionné, le développement de l'outil est conforme à la standardisation du système de gestion des dossiers au niveau de l'INAMI. Il convient donc d'en tenir compte également tandis qu'une concertation périodique et fréquente a lieu avec tous les acteurs internes concernés (comme par exemple l'IT).

L'engagement que prend l'INAMI pour la période couverte par le 5e Contrat d'administration (2016-2018) est l'installation de la nouvelle application et des nouveaux processus de travail en ce qui concerne le domaine du contrôle. Il s'agit concrètement des processus de l'inspection et du contrôle social. Ces volets seront donc implémentés pour la fin de l'année 2018. Suivra ensuite, de manière phasée, l'installation pour le volet contentieux et ensuite pour le volet des processus d'accessibilité.

Liste des actions-engagements

1. Implémentation de Cascada (outil + processus de travail optimalisés) pour les processus de contrôle du Service du Contrôle social. Date limite : 31/12/2016.
2. Implémentation de Cascada (outil + processus de travail optimalisés) pour les processus de contrôle des deux services de contrôle du SCA (Contrôle OA et Contrôle social). Date limite : 31/12/2018.

Effets attendus

- Efficacité et efficience accrues des prestations de services et dans la fourniture d'informations stratégiques.

Facteurs externes

Aucun.

Article 39. Implémentation EMAS.

Le présent article comprend un projet qui se base sur les 3e et 4e contrats d'administration (article 51). Il concrétise la poursuite d'initiatives déjà prises précédemment.

Intitulé

L'enregistrement EMAS concrétise encore plus l'engagement de l'INAMI à développer une politique de développement durable.

Cadre

Informer, conseiller.

Axes

- Maîtriser les ressources internes.

Contexte

L'INAMI a intégré depuis quelques années la perspective du développement durable en son sein. Au niveau de l'organisation interne, cela signifie, entre autres, que l'INAMI a mis sur pied une politique et

des actions se rapportant à la consommation d'énergie et d'eau, à la production de déchets, à la consommation de papier, aux trajets entre le domicile et le travail et à d'autres domaines similaires.
Concrètement, des objectifs environnementaux ainsi qu'un programme d'action ont été fixés. Pour chaque objectif, des indicateurs de performance ont été développés et ils seront mesurés régulièrement. Par exemple, le système de refroidissement des locaux d'un de nos bâtiments a été changé. Cela a eu une répercussion positive sur la consommation en énergie. L'introduction du télétravail ainsi que la suppression des imprimantes individuelles ont également eu un impact positif sur la réduction de la consommation d'électricité à l'INAMI.

L'INAMI souhaite donc continuer les progrès réalisés en matière de développement durable dans le cadre des contrats d'administrations précédents.
Concrètement, cela passe, en grande partie, par un enregistrement EMAS. EMAS signifie « Environmental Management and Audit Scheme ». Il s'agit d'un système de politique environnementale et d'audit qui permet à l'organisation de s'améliorer sur le plan de l'environnement. L'INAMI ambitionne de soumettre un de ses bâtiments à une telle procédure d'audit. Il se fera assister à cet effet par le SPP Développement durable et Fedesco.

Pour se préparer à l' enregistrement EMAS, l'INAMI souhaite franchir une première étape en certifiant un de ses bâtiments à l'ISO 14001. Plusieurs actions ont été entreprises lors des années précédentes pour y arriver. En effet, la rédaction de procédures et d'instructions, prévue dans le cadre de la certification à l'ISO14001, a déjà été réalisée et communiquée au personnel. Un audit externe est prévu dans le courant du premier trimestre de l'année 2016.

L'enregistrement d'un bâtiment de l'INAMI à l'EMAS est prévu, en principe, pour 2018/2019.
Pour prétendre à l'enregistrement EMAS, l'INAMI doit résoudre tous les cas de non-conformité. Cela est sur la bonne voie car un grand nombre d'entre-deux ont déjà été levés. Mais il reste des modifications et corrections importantes à apporter au niveau de l'infrastructure qui ne pourront être faites qu'en 2017, 2018 voire même 2019 en fonction des budgets et des ressources humaines disponibles.

Action-engagement

1. Respecter la norme ISO 14001. Date limite : 30/06/2016.
2. Résoudre 75% des cas de non-conformité pour permettre l'obtention de la certification EMAS. Date limite : 31/06/2018.

Effets attendus

- Diminuer l'impact de l'INAMI sur son environnement
- Réalisation d'économie dans la consommation d'énergie et d'eau, à la production de déchets, à la consommation de papier,…

Facteur externe

- Collaboration avec des partenaires externes.

TITRE VII: Suivi des missions continues qui découlent des Contrats d'administration précédents

Article 40. Suivi des missions continues

Outre la sélection d'un certain nombre de projets contenant des actions-engagements et éventuellement des tableaux de bord pour la période 2016-2018, on prévoit également d'assurer le suivi d'un certain nombre de processus et d'activités pour lesquels des actions-engagements ont été inscrits dans le cadre des précédents Contrats d'administration, mais plus dans l'actuel Contrat d'administration. Ce suivi a pour but de créer une certaine transparence au niveau de l'impact des engagements antérieurs sur les missions continues de l'INAMI. Les actions et dates limites reprises dans le tableau suivant ne peuvent toutefois pas être considérées comme des engagements dans le cadre du présent Contrat d'administration 2016-2018.

ORIGINE	Processus	Action	Date limite
SSS			
CA2006-2008 : art.32 Av.2009 : art.32	Rapport financier à la Commission de remboursement des médicaments (rapport MORSE)	Rédaction d'un rapport MORSE à l'intention de la CRM avec un suivi des dépenses réelles versus dépenses escomptées pour les médicaments remboursés et l'impact des mesures financières	Semestriel
Av.2009 : art.N2 CA2010-2012 : art.14	Rapport des données régionales standardisées concernant les dépenses soins de santé	Rédaction d'un rapport annuel longitudinal (sur plusieurs années et avec des analyses thématiques partielles) Rédaction d'un rapport détaillé tous les 5 ans	Annuel (statistiques de base) Tous les 5 ans (données détaillées pour 1 année spécifique)
SECM			
CA2006-2008 : art.25 Av.2009 : art.25 CA2010-2012 : art.36	Projets d'évaluation en vue de diminuer la surconsommation et l'abus des prestations de santé	Exécution annuelle d'au moins 2 projets d'évaluation et 1 mesure d'impact	Pour la fin de chaque année civile
CA2006-2008 : art.26 Av.2009 : art.25 CA2010-2012 : art.37	Contrôles en matière de délivrance effective des médicaments sur la base des données du « code à barres unique »	Rédaction d'un rapport annuel sur les activités et les résultats de l'analyse et du croisement des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques ainsi que sur les contrôles qui en découlent	Pour la fin du premier trimestre de chaque année civile

CA2006-2008 : art.27 Av.2009 : art.27 CA2010-2012 : art.38	Contrôles des activités des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail primaire (sur la base de cartographies)	Rédaction d'un rapport annuel par OA, avec une cartographie des activités des médecins-conseils au niveau de la mutualité et de l'OA	Pour la fin de chaque année civile
CA2006-2008 : art.36 Av.2009 : art.36 CA2010-2012 : art.45	Informations aux dispensateurs de soins et communication externe émanant du SECM (Infobox)	Actualisation annuelle de quelques infobox existants	Pour la fin de chaque année civile
CA2010-2012 : art.18	Rapport annuel stratégie ICE (information, contrôle, évaluation) du SECM	Rédaction d'un rapport sur les activités et les résultats obtenus au cours de l'année civile précédente dans le cadre de la stratégie ICE du SECM	Pour la fin du premier trimestre de chaque année civile
SCA			
CA2006-2008 : art.24 Av.2009 : art.24 CA2010-2012 : art.43	Contrôles thématiques auprès des OA (audit et avis)	Exécution d'au moins deux contrôles thématiques par an et rédaction d'un rapport final : un contrôle en matière de soins de santé et un contrôle en matière d'indemnités	Pour la fin de chaque année civile
Av.2009 : art.N13 CA2010-2012 : art.40	Rapport en matière de fraude sociale	Rédaction d'un rapport relatif aux activités et aux résultats obtenus pendant l'année civile précédente en matière de lutte contre la fraude sociale. *Un chapitre concernant la fraude au domicile sera ajouté à partir de 2013*	Pour la fin du troisième trimestre de chaque année civile

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

Article 41. Tableaux de bord

Article 41. Les objectifs repris dans ce contrat seront suivis, mesurés et évalués au moyen de tableaux de bord.

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

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

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

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

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

TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties

Article 42 - Cadre juridique du contrat

Article 42. Le choix politique du cadre juridique d'un contrat engendre le remplacement du rapport d'autorité classique par un rapport plus contractuel. Les deux parties s'engagent dès lors à une concertation structurelle et à des accords réciproques en tant que partenaires équivalents.

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

En contrepartie, les IPSS s'engagent à utiliser les moyens alloués de la manière la plus efficiente possible afin de remplir au maximum l'ensemble des objectifs repris qui leur incombent en application du présent contrat.

Article 43, 44 & 45 - Principes de gestion

Article 43. Les parties contractantes s'engagent à respecter les principes de la gestion paritaire, le Comité de gestion et les responsables de la gestion journalière agissant en tant que réels partenaires.

Article 44. Les parties contractantes s'engagent à mettre tout en œuvre pour créer les conditions favorables à la réalisation des engagements réciproques fixés dans le présent contrat. A cet égard, le respect de la concertation préalable visée à l'article 53 constitue un facteur de succès critique.

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

Article 45. L'Etat et les IPSS s'engagent à veiller à la simplification des réglementations et des procédures. Les IPSS s'engagent à faire des analyses et à formuler des propositions concernant les simplifications administrative et réglementaire. L'Etat fédéral s'engage à prendre en compte autant que possible les propositions qui lui sont soumises à cette fin par l'INAMI.

Les IPSS s'engagent à poursuivre les efforts en matière d'e-government et à se coordonner de telle manière que des synergies maximales puissent être créées. L'Etat s'engage à encourager ou à généraliser autant que possible l'utilisation des applications d'e-government développées par l'INAMI pour les employeurs, les assurés sociaux ou les institutions coopérantes.

Article 46 - Sollicitation d'avis, concertation préalable et information par l'État fédéral

Article 46. Conformément aux dispositions de la loi du 25 avril 1963, l'Etat fédéral soumet à l'avis de l'organe de gestion de l'institution tout avant-projet de loi ou d'arrêté visant à modifier la législation que l'institution est chargée d'appliquer. Dans ce cadre, l'Etat fédéral s'engage à tenir l'institution au courant des différentes étapes législatives pertinentes et de communiquer les modifications éventuelles en cours de procédure.

L'Etat s'engage à établir des contacts avec l'institution pour, d'une part, tenir compte des aspects techniques et de la faisabilité de mise en œuvre des modifications légales ou réglementaires envisagées et, d'autre part, lui permettre de préparer les adaptations nécessaires dans un délai raisonnable. Après concertation avec l'institution, l'Etat fédéral fixe la date d'entrée en vigueur des modifications ou des nouvelles mesures envisagées, notamment en tenant compte du temps nécessaire requis pour effectuer d'éventuelles adaptations informatiques et assurer une bonne information aux intéressés.

Article 47, 48 & 49 - Engagements concernant les modifications du contrat

Modification du contrat

Article 47. Les adaptations par application de paramètres objectifs prévus dans le contrat d'administration, notamment les adaptations aux missions, tâches, objectifs ou indicateurs déjà stipulés dans le contrat et sans impact sur les montants globaux des enveloppes prévues dans le contrat, se feront en application de la procédure prévue à l'article 8, §3, de l'arrêté royal du 3 avril 1997. Ces adaptations seront communiquées au Ministre de Tutelle qui rendra sa décision endéans les 30 jours ouvrables et seront transmises pour information au Ministre ayant le budget dans ses attributions et au Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions. Au-delà de ce délai et en l'absence de décision, les adaptations seront considérées comme approuvées.

Article 48. Toute nouvelle mission attribuée à l'institution, par ou en vertu d'une loi, fait l'objet d'un avenant au contrat. Cet avenant est négocié par le Ministre de Tutelle, le Ministre ayant le budget dans ses attributions, le Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions, les gestionnaires ayant voix délibérative désignés par l'organe de gestion, ainsi que par la personne chargée de la gestion journalière. Cet avenant n'est conclu qu'après approbation par l'organe de gestion et n'entre en vigueur qu'après son approbation par le Roi et à la date qu'Il fixe.

Toute autre adaptation, proposée par une des parties ou par les deux parties, est faite conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 3 avril 1997.

Si la nouvelle mission est susceptible d'engendrer des dépenses de gestion augmentées, la procédure de l'article 76 ou de l'article 77, selon le cas, sera suivie.

Article 49. Afin de faciliter le suivi des engagements des deux parties, toutes les modifications apportées lors de la réalisation du contrat seront consolidées dans un même document.

Article 50 - Engagements concernant la communication des décisions prises lors d'un conclave budgétaire

Article 50. L'Etat fédéral s'engage à communiquer à l'institution les notifications budgétaires prises lors du Conclave budgétaire avec les explications nécessaires et ce, dans un délai de cinq jours ouvrables.

Article 51, 52, 53 & 54 - Engagements concernant le suivi de la réalisation du contrat

Suivi de la réalisation des objectifs et de l'exécution des projets

Article 51. L'Etat fédéral et l'institution s'engagent à suivre avec attention la réalisation des objectifs et des projets tels qu'ils sont décrits dans le contrat d'administration. Le timing de l'article 54 est à cet égard respecté.

Article 52. Conformément à l'article 8, §3, al.3, de l'arrêté royal du 3 avril 1997, en vue de l'évaluation annuelle de la réalisation des engagements respectifs, les parties contractantes s'engagent à organiser chaque année et par institution une réunion de concertation entre les Commissaires du Gouvernement et les représentants de l'institution. Un rapport contradictoire et motivé concernant les résultats de cette concertation sera rédigé par les participants, dans lequel les différents points de vue seront présentés en ce qui concerne les matières sur lesquelles un accord n'est pas intervenu.

Concertation périodique organisée par l'Etat fédéral

Article 53. En vue de permettre l'exécution correcte et adéquate de ce contrat d'administration par l'Etat fédéral et les institutions publiques de sécurité sociale, une concertation sera organisée au minimum deux fois par an par l'Etat fédéral avec l'administration générale et les représentants du Comité de gestion des institutions publiques de sécurité sociale au sujet de toute mesure (budgétaire, qui concerne la fonction publique ou autre) qui peut avoir un impact important sur les institutions. Cette concertation est organisée à la demande de l'une des parties.

Calendrier pour les missions de rapportage et de suivi

Article 54. Les parties contractantes s'engagent à respecter un calendrier relatif aux missions de rapportage et de suivi qui incombent à l'institution ainsi qu'aux Commissaires du Gouvernement. Le calendrier est établi de commun accord entre l'institution et les Commissaires du Gouvernement. Il est communiqué au(x) Ministre(s) de Tutelle, au Ministre ayant le budget dans ses attributions et au Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions.

Ce calendrier en vue de l'évaluation annuelle ne pourra toutefois pas prévoir des délais supérieurs à ceux prévus ci-dessous :

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

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

Sans préjudice du rapportage aux Commissaires du Gouvernement, le Collège des IPSS et l'Etat fédéral mettront au point dans le courant de 2016 un modèle de protocole de collaboration dans lequel est déterminé un cadre uniforme de suivi du contrat d'administration, en ce compris les dispositions communes.

Article 55 & 56 - Engagements dans le cadre de l'évaluation de la réalisation du contrat

Impact des mesures qui n'ont pas été reprises dans le contrat

Article 55. Dans le cadre de l'évaluation annuelle de la réalisation des engagements réciproques repris dans le contrat d'administration et conformément à la logique de contractualisation, l'Etat fédéral tiendra compte de l'impact des mesures décidées ou mises en œuvre après la conclusion du contrat et ayant entraîné une augmentation significative et mesurable des tâches, de leur complexité ou de certaines dépenses, pour autant que l'institution ait communiqué à temps l'impact que ces modifications ont entraîné.

Respect des engagements repris dans le contrat d'administration

Article 56. En cas d'impossibilité pour l'une des parties de respecter complètement ou partiellement les engagements souscrits, cette partie en informera immédiatement l'autre partie et se concertera avec elle afin de convenir de mesures à prendre afin de remédier à cette situation ou de l'atténuer.

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

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

Article 57 - Engagements concernant les normes de sécurité

Article 57. L'institution s'engage à respecter les normes minimales de sécurité qui sont d'application au sein du réseau de la sécurité sociale.

Article 58 - Engagements de l'Etat concernant le financement

Article 58. Après concertation avec l'ONSS et l'INASTI, l'Etat s'engage à respecter le plan de paiement établi annuellement (ainsi que les dispositions légales et réglementaires) pour le versement des moyens financiers (subventions de l'État, financement alternatif et autres) par l'autorité fédérale aux gestions financières globales des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.

Article 59 - Engagements concernant l'établissement du budget des missions

Article 59. L'Etat s'engage à fournir à temps aux institutions publiques de sécurité sociale, les paramètres nécessaires à l'établissement du budget des missions, et ce conformément aux dispositions légales et réglementaires. Il s'agit ici des hypothèses de base définies par le Comité scientifique pour le budget économique. Les paramètres seront communiqués au moins 15 jours ouvrables, ou 20 jours ouvrables lorsque des prévisions pluriannuelles sont attendues, avant la réunion du Comité de gestion de la sécurité sociale (à l'ONSS) ou du Conseil d'administration de l'INASTI, et ce afin que les institutions puissent remplir leurs obligations.

Dans la mesure du possible, chaque IPSS organisera une réunion du comité de gestion afin de pouvoir respecter les délais demandés par le Gouvernement fédéral.

Article 60 - Transferts des compétences

Article 60. L'Etat s'engage à ce que les transferts de compétences, prévus dans le cadre de la réforme de l'État ou des opérations de fusion, soient organisés en concertation avec les institutions concernées dans le respect de la gestion paritaire et ce, afin de garantir un transfert optimal, notamment pour les agents travaillant, à l'heure actuelle, pour ces organismes et pour continuer à garantir à l'assuré social un service efficace et de qualité.

L'institution s'engage à participer à tout groupe de travail technique lié au transfert de compétences et à fournir les renseignements utiles à la phase préparatoire de ce transfert. L'Etat s'engage à convier l'institution à tout groupe de travail instauré en vue de la préparation du transfert de compétences.

Les institutions concernées par les transferts de compétences ne devront toutefois respecter les engagements pris dans le cadre des dispositions communes que dans la mesure où ceux-ci restent compatibles avec les décisions politiques qui seront prises dans le cadre de ces transferts.

TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS

Article 61 - Engagements concernant la politique du personnel (HRM)

1. Moteur salarial

Dans le cadre des synergies entre IPSS, un service commun des salaires a été créé au sein de l'ONSS.

La tâche principale de ce service est de calculer les salaires de tous les membres du personnel des IPSS participantes sur la base d'un cadre réglementaire unique. Cette tâche est progressivement assurée à partir du 1er janvier 2016.

Dans le cadre de la limitation des flux papier, le service veillera à mettre à disposition des fiches de salaire et fiscale en version électronique via l'utilisation de l'e-box citoyen.

Les IPSS participantes s'engagent à progressivement élargir les compétences de ce service pour remplir les missions de reporting à savoir Pdata, Fed20, Fichiers Medex, IFA, monitoring des crédits de personnel.

L'intégration des IPSS dans le moteur salarial commun devra être concrétisée plus avant selon le schéma annexé au plan d'actions visé à l'article 67.

Chaque IPSS rapporte via ses Commissaires du Gouvernement.

2. Etude d'impact et de faisabilité opérationnelle relative à l'organisation de la Sélection, du Recrutement, de la Formation et du Développement en shared services

Une étude d'impact et de faisabilité opérationnelle sur l'évolution des services de soutien HR en matière de sélection, de recrutement, de formation et de développement vers des shared services, en ce compris les gains d'efficience escomptés et les synergies possibles avec PersoPoint, sera réalisée d'ici le 31 décembre 2017. Pour l'exécution, il est tenu compte des obligations légales et contractuelles des institutions ainsi que des investissements qu'elles doivent réaliser.

S'il découle de l'étude d'impact et de faisabilité opérationnelle un résultat de coûts et d'effet positif, une structure commune sera proposée pour la fin du contrat.

3. Monitoring fédéral du risque de dépassement des crédits de personnel

Les IPSS s'engagent à appliquer l'instrument de monitoring de leurs crédits de personnel, développé par le Collège en concertation avec la Task Force P&O, en s'inspirant des principes de la méthodologie SEPP prévus par les circulaires numéros 644bis et 650.

L'Etat s'engage à prévoir des procédures simples, rapides et souples pour permettre l'utilisation de la marge budgétaire disponible selon le monitoring précité.

L'Etat s'engage à ce que le Commissaire du Gouvernement du Budget traitera chaque demande d'avis concernant l'utilisation de la marge budgétaire disponible dans les délais prévus dans l'article 73.

4. Mesure du travail

Les IPSS s'engagent à réaliser, d'ici à la fin du contrat d'administration, une mesure du travail pour les services ou processus prioritaires, selon les principes qui ont été déterminés en commun par le Collège. Sont considérés comme prioritaires :

- les services ou processus qui mobilisent la plus grande partie des moyens ;
- les services ou processus essentiels au fonctionnement de l'organisation ;
- les services ou processus qui entrent en ligne de compte pour le remodelage de l'administration fédérale.

Les résultats de cette mesure du travail serviront à terme de base objective pour l'élaboration du plan du personnel pour ces services ou processus.

Une méthodologie pour la mesure du travail dans les services de soutien, entendus comme étant les services financiers, HR, ICT et logistiques, sera élaborée pour la fin du contrat d'administration.

5. New Way of Working

Les IPSS s'engagent à développer une offre de support commune (expertise, projets pilote et bonnes pratiques, formation, feuille de route, avis et accompagnement, intervision, outils, instruments de mesure, …) pour soutenir le processus d'implémentation des nouvelles méthodes de travail (travail non lié à des horaires et à un lieu déterminé) en matière de people management, gestion du changement, développement organisationnel ; comme par exemple, la mise à disposition pour le supérieur hiérarchique et le collaborateur d'outils et d'informations, permettant de définir des objectifs de prestations, de soutenir le changement et la nouvelle organisation.

Chaque IPSS s'engage à offrir à au moins 30 % de ses collaborateurs la possibilité de télétravailler, à domicile ou dans un bureau satellite.

Les IPSS développeront une méthodologie destinée à mesurer l'impact du New Way of Working en termes de coûts ainsi que les conséquences sur leur personnel.

6. Sélection & Recrutement

Dès que le cadre budgétaire aura été fixé, le Collège des IPSS prendra, sur la base des plans de personnel distincts, des accords concernant des initiatives communes pour l'organisation de sélections de recrutement et/ou de promotion, conformément au contrat de collaboration conclu avec Selor. Les sélections de recrutement peuvent être organisées aussi bien en externe qu'en interne et soutiendront la politique de diversité du Gouvernement.

Une concertation systématique est assurée entre les IPSS et Selor dans tous les domaines des ressources humaines, ayant notamment pour objectif de déléguer aux IPSS les nouvelles missions dont Selor serait chargé, le cas échéant en recourant aux modifications réglementaires nécessaires ou à la conclusion de SLA, comme le prévoit la dite Convention de collaboration entre les IPSS et Selor.

7. Formation & Développement

- Chaque année, le Collège des IPSS rassemblera et répartira les formations existantes dans les institutions distinctes pouvant être proposées en synergie aux collaborateurs des différentes IPSS.
- Chaque année, dès que le cadre budgétaire aura été fixé, le Collège des IPSS prendra, sur la base des plans de formation des différentes IPSS, des accords concernant de nouvelles initiatives communes en matière de formation et de développement de leurs collaborateurs.

Les IPSS développent en collaboration avec l'IFA un e-learning qui a pour but de permettre aux collaborateurs des IPSS d'élargir ou d'actualiser leur connaissance de la sécurité sociale belge.

8. Diversité

Les IPSS doivent mener une politique de diversité inclusive destinée à représenter la société dans la composition de leur personnel :

- en mettant en œuvre des actions positives vis-à-vis des personnes handicapées en leur offrant l'accès aux bâtiments, l'adaptation des postes de travail et en consultant la liste spécifique de la réserve de recrutement distincte de SELOR ;
- en évitant que le sexe puisse jouer un quelconque rôle dans la rémunération, la promotion ou le recrutement;
- mais aussi en visant la suppression des inégalités dans l'accès à l'emploi entre les Belges, selon qu'ils soient d'origine belge ou issus de l'immigration.

Pour ce faire, les IPSS s'engagent notamment à poursuivre les efforts déjà entrepris précédemment afin de tendre vers :

- un taux d'emploi de 3% de personnes reconnues comme personnes handicapées en consultant de manière systématique la liste spécifique de la réserve de recrutement distincte de SELOR. A ce niveau, il pourra aussi être tenu compte des marchés publics attribués à des organisations travaillant avec des personnes handicapées;
- une représentativité d'un tiers du sexe sous représenté dans les fonctions de niveau A3 jusqu'au A5 (ou assimilés). Les IPSS dans lesquelles cette représentativité n'est pas atteinte dans l'occupation de fonctions d'un niveau A3 jusqu'à A5 prendront les actions nécessaires pour créer un meilleur équilibre des genres.

Le Collège s'engage également à participer aux groupes de travail instaurés par le groupe de pilotage fédéral en matière de diversité.

Les IPSS s'engagent enfin à participer aux activités de sensibilisation dans le cadre de la journée fédérale de la diversité.

9. Accompagnement sur le lieu de travail

Les IPSS établissent une stratégie commune en vue de l'accompagnement des collaborateurs dans leur carrière. Cet accompagnement concerne aussi bien l'intégration du collaborateur en début de carrière, son intégration sur le lieu de travail, la transmission de connaissances, le développement des compétences génériques mais aussi son développement tout au cours de celle-ci.

Cette stratégie a en tous les cas trait à la réintégration des membres du personnel en incapacité de travail et à une politique du personnel tenant compte de l'âge, par laquelle les collaborateurs se voient

proposer jusqu'à la fin de leurs services une carrière stimulante mais aussi en la mise en place de possibilités en matière d'échanges d'expérience et de perspective évolutive.

Les IPSS développeront un plan d'action relatif au bien-être sur le lieu de travail. A cet égard, il ne sera pas seulement porté attention à la prévention de l'incapacité de travail physique et mentale mais aussi à une politique de réintégration rapide après incapacité de travail.

10. Gestion des connaissances

Les IPSS développent une stratégie de gestion des connaissances commune. Ce faisant, l'expertise présente peut être utilisée de manière optimale, et le risque de pertes de connaissances par le flux des départs se voir limité, en particulier en ce qui concerne les fonctions critiques.

Le Collège concrétisera une stratégie de gestion des connaissances commune aux IPSS, axée sur l'accès aux connaissances en vue de l'exécution du travail, sur le partage de ces connaissances au sein de l'IPSS et entre IPSS et sur la conservation de ces connaissances et fondée sur le partage entre les IPSS des bonnes pratiques en la matière.

11. Crescendo

Sauf si un outil d'information équivalent existe, qui assure un même rapportage vers le SPF P&O, les IPSS commenceront à partir de janvier 2016 à utiliser l'application Crescendo pour gérer les cycles d'évaluation et y intégrer les compétences des membres de leur personnel, dans la mesure où cette utilisation est gratuite et offre une valeur ajoutée. Ainsi, 85% des entretiens de planification et des entretiens d'évaluation doivent se retrouver dans Crescendo, tous les membres du personnel des IPSS qui ont un compte utilisateur actif doivent disposer d'un profil de compétences génériques dans Crescendo. Les nouveaux profils de compétences techniques seront intégrés dans Crescendo.

A cet égard, l'Etat s'engage à avoir effectué pour la fin du contrat d'administration les adaptations nécessaires concernant la convivialité de l'utilisation du software après analyse du système sur la base du feedback des IPSS et des autres institutions publiques.

Article 62 - Engagements concernant la gestion informatique

1. Virtualisation et G-Cloud

Le projet G-Cloud est un projet commun entre les services publics fédéraux qui ambitionne une réduction du coût informatique global grâce au partage de l'infrastructure et des services.

Le projet G-Cloud a été découpé en plusieurs étapes permettant de faire évoluer progressivement l'intégration des infrastructures et services informatiques :

a) Le premier trajet consiste en la réduction du nombre de centres de calcul et l'évolution vers une infrastructure IT commune.

b) Le deuxième trajet (IaaS et STaaS) consiste à mettre à disposition des instances des capacités de processing (serveurs et machines virtuelles) et des capacités de stockage afin qu'elles puissent y déployer leur propre logiciel d'applications. Cette mise à disposition se fait sous forme de services.

c) Le troisième trajet (SaaS) est la multiplication et la standardisation des services offerts pour répondre à un maximum des besoins non spécifiques des différents services publics.

En fonction de leurs possibilités d'investissements attribuées, les institutions publiques de sécurité sociale s'engagent à poursuivre la réduction des coûts d'infrastructure ICT via les initiatives de virtualisation des serveurs, qui constituent une étape nécessaire pour l'intégration dans une plateforme fédérale commune (G-Cloud).

L'INAMI sera un acteur dans ce projet et veillera à ce que son système informatique et ses services réseau soient déployés autant que possible dans une infrastructure commune, ouverte et sécurisée.
Il revient toutefois à l'institution et son comité de gestion de déterminer les règles de son business et d'être responsable des conséquences financières. Il doit également y avoir des garanties suffisantes qu'une institution peut déterminer ses propres priorités business.

Les institutions publiques de sécurité sociale planifieront l'évolution de leur informatique en s'alignant sur l'existence des différents composants de cette plateforme commune.

Chaque institution publique de sécurité sociale rédigera une roadmap indiquant quelle sera son utilisation du G-Cloud et des services, selon le principe du « comply or explain ».
En cas de discussion, une solution sera cherchée en concertation commune.

Dans le but de créer un maximum de synergies et de réduire les coûts IT, l'Etat fédéral s'engage à promouvoir également auprès de la fonction publique administrative fédérale le principe de mutualisation des services, partout où des services communs peuvent être valorisés.

L'Etat fédéral s'engage à favoriser les investissements informatiques nécessaires des IPSS qui doivent réaliser aux fins précitées une migration de leur infrastructure informatique.

2. Développement en commun des achats ICT et de la gestion ICT

Pour toutes les extensions ou renouvellements de leurs solutions informatiques, les IPSS feront autant que possible appel aux différents services offerts par le G-Cloud et aux contrats-cadres. Les IPSS organisent dans le cadre de l'initiative G-Cloud un achat commun de moyens et services ICT via contrats-cadres pour obtenir des conditions d'achat les plus favorables possibles.

Les institutions publiques de sécurité sociale et les services public fédéraux s'allieront pour négocier ensemble avec les principaux fournisseurs de matériel et logiciel afin d'obtenir les meilleures conditions et tarifs pour toutes les administrations fédérales.

A cette fin, les IPSS s'engagent à passer, le cas échéant via Smals, les différents marchés en matière ICT en tant que centrale d'achat pour que chaque IPSS puisse bénéficier des avancées des autres IPSS et ainsi faire évoluer leur infrastructure de manière commune. Les IPSS s'engagent à faire prioritairement appel à des marchés déjà existants.

3. Gestion électronique de documents et gestion électronique du workflow

L'utilisation de la boîte aux lettres digitale pour la communication électronique avec le citoyen sera encouragée au maximum, de préférence dans des environnements harmonieux, reconnaissables et accessibles pour les citoyens. Pour toutes les interactions avec le citoyen, la voie électronique et interactive sera toujours privilégiée en tenant compte néanmoins de la fracture numérique. Dans la

même philosophie, pour la communication avec les professionnels (entreprises, secrétariats sociaux ou autres partenaires (avocats, …)), la voie électronique sera aussi toujours privilégiée.

Les initiatives des IPSS doivent être alignées avec d'autres initiatives similaires en vue d'une uniformisation de la « boîte aux lettres digitale ».

Dans ce cadre le rôle de chaque acteur dans le workflow est respecté.

Les IPSS s'engagent à analyser le maintien nécessaire ou non des envois recommandés. Dans la mesure du possible en respectant la sécurité juridique, ceux-ci seront réduits et/ou remplacés par des envois recommandés électroniques, moyennant si nécessaire une adaptation du cadre réglementaire.

Article 63 - Engagements concernant la gestion logistique

§ 1er. Marchés publics

Les IPSS s'engagent à utiliser prioritairement les marchés globaux fédéraux (FOR-CMS) ou un marché déjà existant pour tous les achats de fournitures courantes et de services, sauf si cela se révélait plus onéreux pour l'IPSS.

Les IPSS utilisent la plateforme commune existante relative aux marchés publics pour le stockage des cahiers de charges, l'inventaire des divers contrats en cours et le partage de données.

Pour l'organisation de marchés publics, l'utilisation d'un ''modèle de centrale d'achats – centrale de marchés'' sera favorisée. Chaque fois qu'un nouveau marché public pour fournitures ou services sera lancé, les IPSS examineront s'il pourra être procédé par une centrale d'achats – centrale de marchés et/si un marché conjoint peut être exécuté. Les cahiers des charges seront modularisés afin de pouvoir passer des commandes tant petites que plus importantes, le cas échéant avec des prix différenciés.

En ce sens est considéré comme marché public, le contrat à titre onéreux qui est conclu entre un ou plusieurs fournisseurs ou prestataires de services et un ou plusieurs pouvoirs adjudicateurs ou entreprises publiques et qui porte sur la livraison de produits ou la fourniture de services dont la valeur totale du marché est supérieure à 31.000 EUR TVA comprise.

Les IPSS s'engagent à respecter les instructions pour les services d'achats qui visent le renforcement de la durabilité des marchés publics fédéraux et qui ont été reprises dans la circulaire du 16/5/2014, dans laquelle l'attention est attirée sur les clauses sociales et sur les mesures en faveur des petites et moyennes entreprises. Une attention particulière sera aussi accordée aux marchés publics attribués à des organisations travaillant avec des personnes handicapées, comme dans l'économie sociale.

Les IPSS suivront les développements dans l'e-Procurement, en ce compris l'e-catalogue, et les appliqueront ensuite.

§ 2. Gestion immobilière / Shared Services en lien avec la logistique

Le cadastre existant du patrimoine immobilier de l'ensemble des IPSS sera tenu à jour. Chaque demande de location, d'achat, de vente et de profonde rénovation de bâtiments devra être préalablement soumise au Collège des IPSS. Le cadastre pourra être étendu à d'autres éléments tels que les EPC (performance énergétique des bâtiments) par exemple.

Les IPSS s'engagent, en cas de rénovations et de nouvelle implantation :

- à respecter au maximum les normes fixées par la Régie des Bâtiments,
- lors de l'aménagement de locaux, à prévoir la possibilité d'une configuration et de matériel adaptés permettant d'appliquer le concept NWOW.

Les IPSS listeront des conditions minimum concernant la gestion de bâtiments. Ces conditions seront reprises sous la forme d'une checklist.

Dans ce cadre, il est renvoyé aux politiques spécifiques du Gouvernement en matière de location de bâtiments.

Les IPSS établiront pour le 1er janvier 2017 un plan d'actions afin d'offrir une réponse aux recommandations qui ont été formulées dans l'audit de la Cour des comptes sur le parc immobilier des IPSS. A cet égard, il sera porté attention à une rationalisation plus poussée du parc immobilier en fonction de l'évolution du personnel, des normes de surface en vigueur et de l'application des principes de NWOW. Les effets au niveau du facility management y seront cartographiés et la possibilité d'une approche shared y sera explorée.

Un groupe de travail se réunira périodiquement pour échanger les meilleures pratiques et apporter des solutions d'amélioration. Un focus sera porté sur les domaines suivants:

- énergie (audit énergétique, performance énergétique, réglementation…)
- déchets
- EMAS
- FMIS (facilitair management information system)
- point de contact central
- assurances (audit)
- optimalisation des ressources et des compétences techniques disponible au sein des IPSS
- gardiennage

Les IPSS tendent à implémenter l'e-invoicing (factures entrantes).

Les IPSS visent à implémenter une gestion respectueuse de l'environnement et à renforcer le rôle d'exemple de l'administration fédérale.

Les IPSS assurent une mobilité durable.

Article 64 - Engagements en matière d'audit interne

Article 64. En ce qui concerne la synergie en matière de mise en œuvre et de développement des fonctions d'audit interne et des comités d'audit dans leurs institutions, les IPSS s'engagent à poursuivre les objectifs communs suivants:

- d'ici la fin de la durée du contrat d'administration 2016-2018, un comité d'audit commun aura soumis le fonctionnement de tous les services internes d'audit au sein des IPSS à un examen ;
- après que les Comités de gestion en aient été informés, le rapport d'activités annuel et les recommandations communes du Comité d'audit commun sont communiqués au Ministre de tutelle par les Commissaires du Gouvernement,
- périodiquement, un plan d'audit et un rapport annuel seront communiqués par chaque institution au comité d'audit commun. En vue d'un rapport, des modèles seront élaborés au niveau du réseau Platina ;
- pendant la durée du contrat d'administration 2016-2018, de nouvelles initiatives seront prises sous la coordination du collège des IPSS en vue d'harmoniser le planning et les méthodes des fonctions d'audit interne avec les activités des autres acteurs de surveillance compétents pour les IPSS. En tout premier lieu sera mis en pratique le protocole de collaboration avec la Cour des comptes ;
- par année civile, au moins 4 réunions du réseau PLATINA seront organisées en vue d'assurer le développement commun, l'harmonisation et les échanges, entre les fonctions d'audit interne des IPSS, des connaissances et des bonnes pratiques aux niveaux conceptuel, méthodologique et organisationnel ;
- pour la fin du premier trimestre de chaque année, le réseau PLATINA établira, à l'intention du Collège des IPSS et de chacun des comités d'audit, un rapport comportant un aperçu des activités du réseau au cours de l'année civile précédente, les principales évolutions au niveau de l'audit interne au sein des différentes IPSS ainsi que les initiatives qui ont été prises en matière d'harmonisation et de collaboration avec les autres acteurs de surveillance dans les IPSS.

Article 65 - Engagements concernant l'ouverture de synergies à d'autres partenaires (réseau secondaire)

Article 65. Les IPSS souhaitent ouvrir les synergies à leurs partenaires du réseau secondaire afin de faire bénéficier ces réseaux secondaires de possibilités d'économies effectives qui pourront diminuer leurs coûts de fonctionnement en lien avec le niveau de financement de ceux-ci, afin de garantir la poursuite d'une gestion optimale de leurs missions.

Dans ce cadre, les IPSS proposent une concertation avec leur réseau secondaire pour mettre en commun les bonnes pratiques en matière de synergies et identifier les domaines dans lesquels elles pourraient se développer.

Un plan d'action commun ou un plan d'extension des synergies pourrait alors être mis en place tenant compte du statut propre des institutions des réseaux secondaires. Les IPSS informent les Ministres de Tutelle de l'avancée des discussions avec le réseau secondaire.

Article 66 - Engagements concernant l'adaptation de l'organisation administrative de la sécurité sociale

Article 66. Le Collège des IPSS et les partenaires sociaux seront étroitement associés aux discussions relatives à l'optimisation des pouvoirs publics fédéraux qui peuvent avoir un impact sur les IPSS.

L'Etat s'engage à associer les Collège des IPSS, les interlocuteurs sociaux et les institutions coopérantes impactées aux discussions relatives à l'optimisation de l'Autorité fédérale qui peuvent avoir un impact sur les IPSS. Les IPSS s'engagent à proactivement collaborer à ces travaux.

Article 67 - Engagement en matière de rapportage commun

Article 67. Le Collège des IPSS et les partenaires sociaux communiquent pour le 30 juin 2016 un plan d'actions commun au Gouvernement concernant les synergies prévues aux articles 61, 62, 63 et 64. Les initiatives, les moyens utilisés, les IPSS participantes et le timing prévu y seront listés.

Chaque année, le Collège des IPSS et les partenaires sociaux établiront pour le 31 mars un rapport commun sur les avancées en la matière et sur les résultats atteints. Dans le rapport périodique de l'IPSS, l'attention sera portée sur les efforts qui ont été fournis par l'institution et sur l'impact atteint.

L'équilibre général entre hommes et femmes au sein des IPSS sera repris dans ce rapport commun comme indicateur de genre.

Article 68 - Développer ou utiliser des services dans le cadre des synergies

Article 68. Il relève de la mission de toute institution publique de sécurité sociale qui développe (partiellement ou dans leur totalité) des services ou qui, en application de la réglementation relative à l'attribution des marchés publics, utilise des services de tiers, d'offrir, dans le cadre des synergies envisagées, dans les limites de ses possibilités, ces services, quel qu'en soit la nature, à prix coûtant aux autres administrations publiques, tous niveaux de pouvoir confondus (de manière non exhaustive aux services publics du gouvernement fédéral et des gouvernements des Communautés et des Régions, aux institutions publiques dotées de la responsabilité morale qui relèvent du pouvoir fédéral, des Communautés ou des Régions, aux provinces, aux communes et aux centres publics d'action sociale), aux instances de droit privé qui ont été agréées pour coopérer à l'application de la sécurité sociale et aux fonds de sécurité d'existence sectoriels.

TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable

Le contenu du présent chapitre est régi par :

- l'AR du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de Sécurité Sociale,
- l'AR du 22 juin 2001(modifié par l'AR du 26 janvier 2014) fixant les règles en matière de budget, de comptabilité et de comptes des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'AR du 3 avril 1997 précité,
- l'AR du 26 janvier 2014 fixant le plan comptable normalisé des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'AR du 3 avril 1997 précité
- et les circulaires subséquentes.

Article 69, 70, 71 & 72 - Le budget de gestion

Article 69. Le budget de gestion comprend l'ensemble des recettes et des dépenses relatives à la gestion de l'Institution, telles qu'énumérées à l'annexe 1 de l'AR du 26 janvier 2014 précité et clarifiées par les directives déterminées par la Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS.

Article 70. La répartition des articles budgétaires dans les différentes catégories est conforme aux instructions contenues dans l'annexe 2 de l'AR modifié du 22 juin 2001.
Une distinction est opérée entre :

- les dépenses de personnel ;
- les dépenses de fonctionnement ordinaire ;
- les dépenses de fonctionnement informatique ;
- les dépenses d'investissements divisées en trois parties : biens immobiliers, informatique et biens mobiliers ;
- les dépenses de fonctionnement non-limitatives.

La Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS est chargée de la détermination du contenu concret des concepts crédits limitatifs et crédits non-limitatifs.

Article 71. Le budget de gestion ne comporte que des crédits limitatifs, à l'exception des crédits relatifs :

- aux impôts directs et indirects,
- aux redevances dues en vertu de dispositions fiscales,
- aux dépenses dans le cadre de procédures ou décisions judiciaires, pour autant qu'elles ne ressortissent pas au budget des missions.

Les crédits non-limitatifs ne peuvent, par nature, jamais faire l'objet d'économies linéaires ou de compensation et sont mentionnés dans une catégorie séparée du budget de gestion.

Article 72. En cas de modifications budgétaires ou comptables sur le plan de la répartition entre le budget des missions et le budget de gestion pendant la durée du contrat d'administration, l'Etat s'engage à tenir compte des conséquences budgétaires ou opérationnelles sur le fonctionnement des IPSS concernés, si nécessaire selon les principes et procédure d'adaptation prévus aux articles 76 et 77.

Article 73 & 74 - Les avis du Commissaire du Gouvernement du Budget concernant le budget, la comptabilité, le personnel, l'ICT...

Article 73. L'Etat s'engage à ce que le Commissaire du Gouvernement du Budget respecte les délais prévus aux articles 12, 14 et 19 de l'AR du 3 avril 1997.

Les délais de transmission des avis du Commissaire du Gouvernement du Budget pour les autres demandes d'avis seront fixés, en concertation entre l'Institution et le Commissaire du Gouvernement, dans le protocole de collaboration qui sera rédigé dans le courant du contrat d'administration. L'Etat s'engage à ce que le Commissaire du Gouvernement du Budget respecte les délais fixés.

Dans des cas extrêmement urgents, l'institution pourra invoquer l'urgence pour des demandes d'avis. L'institution justifiera clairement cette urgence. Dans ce dernier cas, le Commissaire du Gouvernement du Budget essaiera de rendre un avis aussi vite que possible.

Article 74. Toute demande nécessitant l'accord du Ministre ayant le budget dans ses attributions (comme par exemple un recours contre un avis négatif d'un Commissaire du Gouvernement, une demande d'accord sur le budget ou une demande de redistribution) sera communiquée préalablement ou au même moment au Ministre de Tutelle.

Article 75 - L'adaptation du budget de gestion à la suite de remaniement entre articles budgétaires

Article 75. Au cours **d'un même exercice**, les transferts entre crédits, tels que prévus par l'article 14, § 1, de l'AR du 3 avril 1997, seront traités par le Commissaire du Gouvernement au Budget dans le délai prévu au premier alinéa de l'article 73.

En vue de permettre une bonne gestion, une flexibilité maximale est autorisée entre les crédits de fonctionnement et d'investissement (y compris immobilier). Les économies imposées, les ROI et les crédits supplémentaires peuvent être redistribués sur l'ensemble des crédits budgétaires de dépenses du budget de gestion, afin de réaliser de manière optimale le 5ème contrat d'administration.

Des réagencements entre articles budgétaires au cours d'un même exercice budgétaire peuvent être opérés tout au long de l'année. Il est également permis de procéder à une redistribution de crédit lors de la clôture de l'exercice, qui se réalise l'année n+1.

Article 76 - Adaptation du Budget de gestion suite aux modifications de circonstances

Article 76. Les thématiques suivantes seront discutées, à l'initiative de l'institution, entre le(s) Ministre(s) de Tutelle, le Ministre ayant le budget dans ses attributions, et si nécessaire le Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions de manière à ce que des crédits supplémentaires puissent avant l'entrée en vigueur éventuellement être accordés, après une décision du Gouvernement :

- Nouvelles missions
  Si durant la durée du contrat d'administration, l'institution doit exécuter une mission supplémentaire, dont on constate, après une analyse préalable, que celle-ci ne peut être réalisée dans les crédits de gestion alloués et qu'elle entrainera donc une augmentation des dépenses de gestion (compte tenu des coûts uniques de démarrage, principalement informatiques, et des frais récurrents annuels de personnel et de fonctionnement en vitesse de croisière),
- Personnel
  Si le montant global des crédits de personnel calculé selon la formule de l'article 85 est inférieur au montant obtenu au moyen de la méthode de calcul propre de l'institution, mentionné à l'article 84 du présent contrat d'administration, et pour autant que cela mette en danger la réalisation d'objectifs déterminés ou la réalisation de projets déterminés, repris dans le contrat. Les dépenses de personnel nécessaires, obligatoires et imprévues supplémentaires, qui sont la conséquence d'une décision du Gouvernement, seront ajoutées au crédit de personnel,
- Fonctionnement et investissement
  Si l'application de l'évolution des crédits de fonctionnement et d'investissement en fonction de l'indice santé de l'article 85 met en danger la réalisation d'objectifs déterminés ou la réalisation de projets déterminés, repris dans le contrat.
- En cas de nouvelles dépenses engagées en vue de se mettre en règle avec les obligations légales (telles que, par exemple, les dispositions environnementales, l'analyse des risques des ascenseurs, les cotisations sociales, les assurances).

Article 77 - La diminution ou la non-adaptation du budget de gestion à la suite d'une nouvelle mission ou sans nouvelle mission

Article 77. Si les moyens disponibles (humains ou budgétaires) sont réduits, ou si les missions sont élargies sans que les crédits soient majorés, ce manque de moyens pourra être répercuté dans l'exécution des objectifs du contrat.

Après concertation constructive entre le(s) Ministre(s) de Tutelle, le Ministre ayant le budget dans ses attributions, les gestionnaires ayant voix délibérative désignées par l'organe de gestion ainsi que la personne chargée de la gestion journalière, l'institution pourra diminuer les objectifs à atteindre conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 et sur la base d'un instrument de mesure objectif, dans les cas suivants :

- Si l'Etat fédéral, dans le cadre de la politique budgétaire de l'Etat, ne peut garantir le cadre budgétaire convenu de l'article 82, en cas de diminution des moyens disponibles (humains ou budgétaires),
- Si les missions sont élargies sans que des crédits ne soient alloués,
- Si des crédits supplémentaires et nécessaires ne peuvent pas être alloués.

Et ce, pour autant que ces dispositions puissent mettre en danger la réalisation des objectifs ou projets repris dans le présent contrat.

Lors de l'évaluation du contrat, les modifications des objectifs durant celui-ci seront prises en compte.

Article 78 - L'augmentation du budget de gestion de l'année en cours à la suite de l'octroi de recettes de gestion propres

Article 78. § 1er. Les recettes propres, qui résultent de prestations qui cadrent dans les missions de l'institution et qui sont effectuées pour des tiers sur la base d'un recouvrement des frais, s'ajoutent à l'enveloppe de gestion de l'année en cours en respectant les procédures d'adaptation et de fixation du budget telles que fixées par l'arrêté royal du 3 avril 1997.

§ 2. A partir de 2016, les autres recettes de gestion propres de l'institution prévues dans le budget de l'année en cours et énumérées ci-après peuvent chaque année être ajoutées à l'enveloppe de gestion de l'année en cours moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, et ce dans le délai fixé dans le premier alinéa de l'article 73.

Cet avis favorable consiste en un accord portant aussi bien sur le montant des recettes de gestion propres prévues dans l'année en cours que sur l'affectation de ce montant décidée par l'institution dans l'année en cours.

Sont ici visés, les types de recettes de gestion propres suivants, pour lesquels un dossier de principe, comprenant une estimation des montants prévus, a été approuvé préalablement par le Comité de gestion/Conseil d'administration :

1. les recettes de gestion uniques provenant de la vente d'un bien immobilier sur la base du prix de vente intégral, pour laquelle les conditions particulières de l'article 86 ont été respectées,
2. les recettes de gestion périodiques provenant de la location d'un bien immobilier sur une base contractuelle (p. ex. un bâtiment ou l'étage d'un bâtiment) sont ajoutées au budget de gestion, soit totalement en cas de location à prix coûtant à un autre service public, soit pour moitié en cas de location au prix du marché à un autre tiers,
3. les recettes de gestion périodiques provenant du détachement de membres du personnel (p. ex. vers une cellule stratégique - hors celle(s) du (des) Ministre(s) de Tutelle de l'IPSS - ou vers une organisation syndicale) ou de la mise à disposition de membres du personnel (p. ex. pour un service d'audit commun ou pour le SIRS…) sont ajoutées aux crédits de personnel alloués.
4. les recettes de gestion issues de la fourniture de services à prix coûtant à des tiers et à d'autres IPSS (p. ex. le scanning de dossiers pour des tiers),
5. les recettes de gestion périodiques provenant de la poursuite de l'exécution par l'Institution de certaines missions pour le compte des entités fédérées pendant ou après la phase transitoire de la sixième réforme de l'Etat, dans le cadre des conventions de coopération qui sont conclues avec les entités fédérées.

§ 3. Les autres recettes de gestion propres réalisées l'année précédente (provenant p. ex. de la fourniture d'imprimés, de la location de salles de réunion, de la délivrance d'attestations ou de l'établissement de statistiques…), les frais de personnel et autres frais de fonctionnement consentis pour cette livraison peuvent être intégralement ajoutés à l'enveloppe de gestion de l'année en cours. La différence entre le prix du marché facturé et les frais de personnel et autres frais de fonctionnement consentis peut, en tant qu'incitant pour une bonne gestion, être ajoutée pour moitié à l'enveloppe de

gestion de l'année en cours moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, et ce dans le délai fixé dans le premier alinéa de l'article 73.

Cet avis favorable consistera en un accord portant aussi bien sur le montant des autres recettes de gestion propres enregistrées au cours de l'année passée que sur l'affectation de ce montant décidée par l'institution dans l'année en cours.

§ 4. Pour les projets de synergies, qui sont actuellement repris dans les dispositions communes, les moyens nécessaires seront prévus aux budgets de gestion des IPSS participantes. L'impact de projets de synergies (p. ex. le moteur salarial) sur les budgets de gestion des IPSS participantes sera réglé préalablement sur le plan budgétaire au sein du Collège des IPSS. Ces recettes de gestion s'ajoutent à l'enveloppe de gestion de l'Institution réalisant les prestations en faveur des autres IPSS, moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement, et seront communiquées pour information aux Ministres de Tutelle, au Ministre ayant le budget dans ses attributions et au Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions.

Les mêmes principes sont applicables aux projets de synergies hors sécurité sociale et aux opérations de fusion tels qu'ils sont définis dans le contrat d'administration.

§ 5. Les montants des recettes de gestion propres précitées prévues et réalisées, ainsi que l'affectation de ces montants, qui ont reçu un avis positif du Commissaire du Gouvernement du Budget, peuvent être inscrits par l'institution sur un feuilleton d'ajustement du budget de gestion de l'année en cours.

Article 79 - L'augmentation du budget de gestion à la suite du transfert de crédits de l'exercice budgétaire précédent

Article 79. Le transfert de crédits de **l'exercice budgétaire précédent vers l'année en cours** est autorisé moyennant le respect des conditions prévues à l'article 14, § 2, de l'AR du 3 avril 1997 et moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, dans le délai prévu à l'article 73.

En cas d'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, les transferts approuvés pourront être ajoutés par l'institution aux crédits de l'année en cours.

Afin de permettre aux Commissaires du Gouvernement de suivre l'avancement des projets entrepris et de pouvoir juger de leur suivi ainsi que de l'opportunité des réinscriptions, l'IPSS fera en sorte que les Commissaires du Gouvernement aient fréquemment accès au planning et aux résultats du programme des investissements. L'institution communiquera chaque semestre un état de lieu du programme d'investissement. Cela fera l'objet d'une application uniforme dans chaque institution.

Article 80 - L'adaptation du budget de gestion à la suite d'une modification des cotisations sociales

Article 80. En cas de modifications des cotisations sociales relatives aux membres du personnel (principalement les cotisations de pension au Pool des parastataux), le budget de gestion sera adapté. Les montants qui serviront de base au calcul seront déterminés institution par institution en concertation par le Collège, (le cas échéant le SDPSP) et le SPF Budget et Contrôle de la Gestion. Pour

info : le paiement par les IPSS des cotisations patronales de pension au Pool des parastataux constitue une opération financière et budgétaire neutre.

Pour les dépenses dans le cadre du Pool des parastataux, un nouvel article budgétaire sera proposé par la Commission de Normalisation de la comptabilité afin de reprendre les crédits budgétaires alloués à ces cotisations.

Article 81 - L'augmentation du budget de gestion à la suite des paiements d'arriérés de primes de compétences

Article 81. Pour autant que ce mécanisme soit encore applicable et dans la mesure où il le sera, la provision pour le paiement des arriérés de primes de compétence qui seront dus sera constituée annuellement au SPF Budget et Contrôle de la gestion. Le montant des dépenses de personnel autorisées par IPSS tel que repris dans le contrat d'administration sera augmenté du montant nécessaire des arriérés relatifs aux primes de compétence payées entre janvier et septembre **(première tranche)**, pour autant que la somme des montants de toutes les institutions publiques de sécurité sociale ne dépasse pas le montant total de la provision. Une **deuxième tranche** pourra également encore être octroyée pour les arriérés payés entre octobre et décembre.

Ces augmentations seront autorisées au plus tard le 31 janvier de l'année suivante par le Ministre ayant le budget dans ses attributions, sur proposition du ou des Ministres de Tutelle de l'institution concernée sur base des pièces justificatives des paiements effectués et de l'avis du Commissaire du Gouvernement représentant, auprès de l'institution, le Ministre ayant le budget dans ses attributions.

Article 82 - Budget de gestion pour les exercices 2016, 2017 et 2018

Article 82. Le budget de gestion de l'Institution pour les exercices 2016, 2017 et 2018, fixé conformément à l'article 69 et à la décision du Conseil des Ministres du 18/12/2015, est établi comme suit :

	2016	2017[(1)]	2018[(1)]
Dépenses de personnel	86.172.424	86.645.907	84.944.550
Dépenses de fonctionnement	28.140.880	26.674.425	25.616.040
Dont : Fonctionnement ordinaire	*13.403.675*	*12.717.425*	*12.209.040*
Informatique	*14.737.205*	*13.957.000*	*13.407.000*
Investissements	1.116.500	1.057.000	1.015.000
Dont : Investissement mobiliers	*66.500*	*63.000*	*60.000*
Investissements informatiques	*750.000*	*710.000*	*682.000*
Investissements immobiliers	*300.000*	*284.000*	*273.000*
Dépenses de fonctionnement non-limitatives	488.000	438.240	428.675
Total INAMI hors FAM	115.917.804	114.815.572	112.004.265

(1) Pour les exercices 2017 et 2018 : calcul en prix de 2016

FAM	4.828.620	4.828.620	4.828.620

Cette enveloppe de gestion comprend également les crédits pour l'exécution des mesures gouvernementales adoptées et pour la mise en œuvre des projets de modernisation, comme décrit dans le contrat d'administration.

L'exécution du budget 2016 se fera conformément aux décisions du Conseil des Ministres du 18/12/2015.

Article 83 - Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire

Article 83. Conformément à l'article 5 de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel statutaire est fixé à 80.007.165 pour l'exercice 2016, à 80.460.958 pour l'exercice 2017 et à 79.064.687 pour l'exercice 2018. Le montant pour le FAM est de 2.893.850 pour 2016, 2017 et 2018.

Article 84 & 85 - Révision annuelle

Article 84. Les montants budgétaires pour les exercices 2017 et 2018 sont obtenus sur base de la méthode de calcul propre à l'institution et sur base des hypothèses actuelles. Ces montants pourront faire l'objet d'une réévaluation annuelle et sont donc mentionnés à titre indicatif. Néanmoins, dans la mesure du possible et de la politique budgétaire de l'Etat fédéral, l'Etat fédéral s'engage à respecter au maximum les montants inscrits (ou réévalués en cas de réévaluation) pour les exercices 2017 et 2018.

Si l'Etat fédéral ne peut honorer ce cadre budgétaire discuté dans le contexte de la politique budgétaire de l'Etat, le contrat d'administration pourra être adapté conformément à l'article 77.

Article 85. A politique inchangée, pour les années 2017 et 2018, les montants de chaque catégorie de dépenses seront réévalués de la manière suivante, après application des économies budgétaires décidées par le gouvernement et éventuelle renégociation subséquente des engagements des IPSS :

a. Crédits de personnel
Les crédits de personnel seront paramétrisés en fonction de l'évolution du coefficient moyen de liquidation selon la formule :

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

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

Si l'évolution des crédits de personnel mettait en danger la réalisation des objectifs déterminés ou la réalisation des projets déterminés repris dans le présent contrat, le contrat d'administration sera adapté conformément aux dispositions de l'article 76 ou de l'article 77, selon le cas.

b. Crédits de fonctionnement et d'investissement en ce compris les crédits d'investissement immobiliers
Les crédits de l'année précédente évoluent en fonction de l'indice santé figurant dans le budget économique qui sert de base à l'établissement du budget de l'année concernée.

Si l'évolution des crédits de fonctionnement et/ou d'investissement mettait en danger la réalisation des objectifs déterminés ou la réalisation des projets déterminés repris dans le contrat, le contrat d'administration sera adapté conformément aux dispositions de l'article 76 ou de l'article 77, selon le cas.

c. Crédits non-limitatifs

Les crédits non-limitatifs sont établis chaque année par l'institution en fonction des besoins établis.

Article 86 - Opérations immobilières

Article 86. Dans la limite de ses missions, l'institution peut décider de l'acquisition, de l'utilisation ou de l'aliénation de biens matériels ou immatériels et de l'établissement ou de la suppression de droits réels sur ces biens, ainsi que de l'exécution de pareilles décisions.

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

Pour autant que l'institution appartienne à la Gestion globale, l'affectation du produit de l'aliénation de ces immeubles, dont le montant dépasse **cinq** millions d'euros, et l'ajout de ce produit à l'enveloppe de gestion de l'année en cours doivent recevoir l'accord préalable du (des) Ministre(s) de Tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions. Cette enveloppe de gestion complémentaire doit être utilisée pour la construction ou l'achat d'un autre bâtiment ou pour des travaux de rénovation dans un bâtiment existant, dans le cadre d'une politique d'utilisation optimale des immeubles (par ex. le déploiement du télétravail ou du « New way of working ») ou dans le cadre d'une fusion.

Article 87 - Comptabilité générale et analytique

Article 87. L'institution s'engage à appliquer un plan comptable conformément au plan comptable normalisé pour les institutions publiques de sécurité sociale, comme repris à l'AR du 26 janvier 2014. Le plan comptable normalisé sera approfondi par la Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS, en collaboration avec le SPF Budget et Contrôle de la Gestion et le SPF Sécurité sociale et suivant les délais déterminé par la Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS.

L'institution utilisera le système de la comptabilité analytique pour déterminer et évaluer les coûts des activités de base principales. De plus, ce système sera utilisé aussi pour déterminer le coût du développement et de l'entretien de nouveaux projets.

Article 88 & 89 - Transmission des états périodiques

Article 88. Conformément aux directives du Gouvernement, l'institution communiquera mensuellement au(x) Ministre(s) de tutelle et au Ministre ayant le Budget dans ses attributions, ainsi qu'aux SPF Sécurité sociale et SPF Budget et Contrôle de la Gestion, un état des recettes et des dépenses de gestion.

Les IPSS mettent en place un suivi mensuel ou le cas échéant trimestriel, en format standardisé de leur budget de mission et demandent les données nécessaires aux organisations coopérantes de sécurité sociale s'il y a lieu.

Dans le cadre d'une communication centralisée des comptes annuels à l'UE, les IPSS s'engagent à participer, en collaboration avec le SPF sécurité sociale et le SPF Budget, à l'implémentation et à l'utilisation du système E-BMC.

Article 89. L'institution s'engage lors de chaque exercice budgétaire du comité de monitoring à communiquer les tableaux synoptiques pour les missions et pour la gestion demandés de manière correcte, complète et à temps et conformément aux structures définies en annexe des AR du 26 janvier 2014 et 22 juin 2001.

TITRE XII: Participation aux projets transversaux

Article 90. Les IPSS s'engagent, chacune pour ce qui la concerne, à collaborer à l'exécution des programmes relatifs à la simplification administrative, à la lutte contre la pauvreté et à la lutte contre la fraude sociale.

Dans le cadre de leur gestion quotidienne, les IPSS prêteront également attention aux initiatives relatives à la politique du développement durable.

Une attention spécifique sera consacrée à l'application du principe de « handistreaming », conformément aux dispositions de la Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées, en favorisant, de manière transversale, l'intégration des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie en société et en tenant compte dans les différentes phases de la politique de la dimension handicap. A cet effet, l'institution sera attentive à « handistreaming » dans le plan d'administration. Ce faisant, il sera fait appel au référent « Handicap » qui a été désigné dans chaque institution et dans chaque cellule stratégique et il sera collaboré avec le mécanisme de coordination fédérale établi au sein du SPF Sécurité Sociale et avec la société civile.

L'institution s'inscrira également dans la poursuite et l'intensification de la politique en place de gender mainstreaming, conformément aux dispositions de la loi du 7 janvier 2007 visant au contrôle de l'application des résolutions de la conférence mondiale sur les femmes réunie à Pékin en septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques fédérales et de ses arrêtés d'exécution.

Article 91. Les IPSS s'engagent à continuer à participer activement aux Réseaux Fédéraux Orientation Client et Gestion des Plaintes et, ce faisant, à participer au rapportage annuel des indicateurs de gestion des plaintes et à activement contribuer à la réalisation du Plan Fédéral Orientation Client qui, pour 2016, mettra l'accent sur l'optimisation de l'accueil et le catalogue des produits et services.

Les IPSS s'engagent à mesurer au moins une fois durant la durée du contrat d'administration la satisfaction client, en vue d'améliorer la fourniture de leurs produits et services.

Durant l'exécution de ce contrat d'administration et dans le but d'optimaliser les droits des assurés sociaux et d'adapter l'exercice de ces droits aux évolutions sociétales et technologiques, le Collège des IPSS et les partenaires sociaux, s'engagent à communiquer au Gouvernement fédéral des propositions concrètes visant à actualiser la Charte de l'Assuré social et ce, avec le support actif du groupe de travail Collège - SPF Sécurité sociale qui assure le monitoring de l'application de ladite Charte. Durant cet exercice, le groupe de travail Collège - SPF Sécurité sociale impliquera le plus pro-activement possible tant les assurés sociaux que les autres institutions de sécurité sociale.

TITRE XIII: Dispositions finales

Article 92. Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution de respecter les divers textes légaux et réglementaires qui contiennent des directives générales, qui s'imposent aux institutions de sécurité sociale lors de l'examen des droits à prestations et dans les relations avec les assurés sociaux, à savoir :

- la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ;
- la Charte de l'utilisateur des services publics du 4 décembre 1992 ;
- la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration ;
- la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Pour chaque service ayant des contacts avec les assurés sociaux, les dispositions de la Charte de l'assuré social s'appliquent et les engagements doivent être respectés.

Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution d'exécuter, de manière efficace, les autres missions légales qui ne font pas l'objet d'un objectif spécifique.

_____

ANNEXE : Le budget de gestion

Ventilation crédits de gestion

Article budgétaire	Libellé
CREDITS DE PERSONNEL	
8111	Rémunérations directes du personnel
8112	Cotisations sociales patronales
8113	Allocations sociales
8114	Cotisations patronales au Fonds des primes syndicales
CREDITS DE FONCTIONNEMENT	
Fonctionnement ordinaire	
8129	Service social du personnel
8135	Rétributions à des personnes attachées administrativement à l'organisme
8124	Indemnités diverses couvrant des charges réelles
8125	Formation professionnelle du personnel
8126	Frais de représentation, de déplacement et de transport
8127	Contentieux (non limitatif)
8128	Honoraires autre que pour le contentieux
8121	Frais de locaux, matériel, machines et mobilier, matériel roulant et fournitures
8122	Dépenses de consommation énergétique
8123	Frais de bureau, de publication et de publicité
8225	Frais financiers courants
8132	Exonération, renonciation, annulation et moins-value de créances autres que de prestations sociales
8211	Intérêts sur emprunts
8219	Intérêts divers et charges financières
8224	Moins-values réalisées sur placements
8131	Impôts sur biens et services
8823	Prêts financiers et avances consentis
8811	Garanties et cautionnements payés
8911	Remboursements d'emprunts émis sur le marché et auprès de tiers
8929	Remboursements de garanties et cautionnements reçus

Fonctionnement informatique	
8142	Frais informatiques avec d'autres tiers
8141	Frais informatiques liés à la Smals
CREDITS D'INVESTISSEMENTS	
Investissements informatiques	
8732	Matériel informatique
Investissements mobiliers (non informatiques)	
8731	Mobilier et matériel
8721	Installations, machines et outillages
8733	Matériel roulant
8734	Autres immobilisations corporelles diverses
Investissements immobiliers	
8711	Terrains
8712	Bâtiments
8721	Installations, machines et outillages
8742	Rénovation et extension

Liste des abréviations

AIM	Agence intermutualiste
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CIN	Collège Intermutualiste National
CMD	Collège des Médecins-Directeurs
CMI	Conseil Médical de l'Invalidité
CR-CMI	Commission Régionale du Conseil Médical de l'Invalidité
CRM	Commission de Remboursement des Médicaments
CRIDMI	Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs
FAM	Fonds des Accidents Médicaux
FSS	Fonds Spécial de Solidarité
GLEM	Groupe Local d'Evaluation Médicale
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INASTI	Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
INS	Institut National des Statistiques
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAF	Maximum A Facturer
MC	Médecin-Conseil
NISS	Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale
OA	Organisme Assureur
OCM	Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités
ONP	Office National des Pensions
ONSS	Office National de la Sécurité Sociale
ONSSAPL	Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
OSSOM	Office de la Sécurité Sociale d'Outre-Mer
RCM	Résumé Clinique Minimum
SECM	Service d'Evaluation et du Contrôle Médicaux
SELOR	Bureau de sélection de l'administration fédérale
SHA	Séjour Hospitalier Anonyme
SMALS	Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales
SNCB	Société Nationale des Chemins de fer Belges
SSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
SSS	Service des Soins de Santé
UML	Union Nationale des Mutualités Libres
UNML	Union Nationale des Mutualités Libérales
UNMN	Union Nationale des Mutualités Neutres
UNMS	Union Nationale des Mutualités Socialistes
VIPO	Veuves, Invalides, Pensionnés et Orphelins

Éditeur responsable
J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation
Cellule modernisation de l'INAMI

Date de parution
Mars 2016

Dépot légal
D/2016/0401/5