



6^{ème} contrat d'administration 2022-2025

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



Table des matières

Dispositions préliminaires	5
<u>TITRE I: Définitions</u>	9
Article 1. Définitions	9
<u>TITRE II: Missions et tâches</u>	11
Article 2. La mission de l'INAMI	11
Article 3. L'ambition de l'INAMI	12
Article 4. La culture de l'INAMI	13
<u>TITRE III: Tendances externes, défis et axes stratégiques</u>	14
Article 5. Tendances externes et défis	14
Article 6. Carte stratégique de l'INAMI	18
Article 7. Le trajet permanent d'optimisation de l'organisation et des processus de l'INAMI	22
Article 8. Aperçu des projets et les moyens attribués via les notifications budgétaires de octobre 2022 et le business continuity.	27
Article 9. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets du Contrat d'Administration	30
<u>TITRE IV: L'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnité sûre et efficace: Accessibilité</u>	40
Article 10. Précision et adaptation de la réglementation relative à l'intervention majorée en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables.	40
Article 11. Création d'un statut palliatif destiné à optimiser les interventions de l'AMI dans le cadre des soins palliatifs.	44
Article 12. Impact de la 6 ^e réforme de l'État sur le M&F – Statut et forfait pour les malades chroniques.	47
Article 13. Réforme des soins de santé pénitentiaires : intégration administrative des détenus dans l'assurance obligatoire soins de santé.	50
Article 14. Actualisation des interventions AMI dans les frais de transport régulier et recherche de solutions pour la prise en charge des transferts entre hôpitaux.	53
<u>TITRE V: L'INAMI comme co-garant de la coopération stratégique et opérationnelle au sein d'un système de santé intégré: Travailler Ensemble</u>	58
Article 15. Ancrage de la « Beneluxa Initiative 2.0 » dans les structures de l'INAMI.	58
Article 16. Optimiser le processus de prise de décision en matière de remboursement des médicaments.	60
Article 17. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : réforme demandes médicaments Chapitre IV/VIII.	63
Article 18. Pharmaco-économie 2.0 et économie de la santé 2.0.	67
Article 19. Optimiser et professionnaliser la communication externe.	70
Article 20. Création d'une plateforme de communication digitale, collaborative et sécurisée accessible aux médecins du TRIO – Trajets réinsertion socioprofessionnelle.	72
Article 21. Poursuite de la lutte contre le gaspillage : « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 ».	74
Article 22. Préparation d'un cadre structurel pour un futur modèle de coopération intermutualiste.	76
<u>TITRE VI: L'INAMI en tant que catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: Innovation & Réforme</u>	79
Article 23. Poursuite de la collaboration à la réforme du financement des hôpitaux en collaboration avec nos partenaires, le SPF SPSCAE et l'AFMPS.	79
Article 24. Poursuite de la maîtrise de l'offre et des missions de soins spéciales : (1) spine-units et (2) chirurgie complexe pour les affections de l'œsophage et du pancréas.	80
Article 25. Réforme de la nomenclature : Poursuite du développement d'une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification et le développement progressif et la mise en production d'une nouvelle application NomenSoft.	82
Article 26. Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour les soins de santé 2022-2024.	86

Article 27. Collaboration à l'élaboration de la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (eGAO/eCIT) et à une étude sur le développement d'un algorithme basé sur les données existantes liées à la prédiction de certains indicateurs. _____	90
Article 28. La mise en production de l'application intégrée Proratis pour la gestion centralisée et sécurisée des dossiers d'invalidité internationaux. _____	94
<u>TITRE VII: L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens: Utilisation Optimale des Moyens</u> _____	97
Article 29. L'application informatique intégrée IDES : invalidité et autres processus dans le secteur des indemnités. _____	97
Article 30. Fraude sociale: la lutte contre la fraude sociale et l'intensification de l'analyse et de la gestion des données (datamatching). _____	100
Article 31. Responsabilisation financière des organismes assureurs – volet frais d'administration. _____	103
Article 32. Adaptation structurelle et résorption de l'arriéré du Fonds des accidents médicaux. _____	105
Article 33. Amélioration du traitement des dossiers internationaux en matière de proratisation de l'indemnité d'invalidité. _____	108
Article 34. La mise en œuvre du nouveau programme de contrôle des paiements d'invalidité Disability Payment Control (DPC). _____	110
Article 35. Environnements numériques sécurisés. _____	112
Article 36. Préparation d'une procédure permettant de dégager et d'affecter des moyens non attribués des frais d'administration variables. _____	115
Article 37. 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. _____	117
<u>TITRE VIII: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs</u> _____	121
Article 38. Tableaux de bord _____	121
<u>TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties</u> _____	122
Article 39 - Cadre juridique du contrat _____	122
Article 40, 41 & 42 - Principes de gestion _____	122
Article 43 - Sollicitation d'avis, concertation préalable et information par l'État fédéral _____	123
Article 44, 45 & 46 - Engagements concernant les modifications du contrat _____	123
Article 47 - Engagements concernant la communication des décisions prises lors d'un conclave budgétaire _____	124
Article 48, 49, 50 & 51 - Engagements concernant le suivi de la réalisation du contrat _____	124
Article 52 & 53 - Engagements dans le cadre de l'évaluation de la réalisation du contrat _____	125
Article 54 - Engagements concernant les normes de sécurité _____	126
Article 55 - Engagements de l'Etat concernant le financement _____	126
Article 56 - Engagements concernant l'établissement du budget des missions _____	126
Article 57 - Réorganisation du paysage administratif fédéral _____	126
<u>TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS</u> _____	127
Article 58 - Engagements concernant la politique du personnel (HRM) _____	127
Article 59 - Engagements concernant la gestion informatique _____	131
Article 60 - Engagements concernant la gestion logistique _____	134
Article 61 - Engagements en matière d'audit interne _____	135
Article 62 - Engagements en matière de maîtrise de l'organisation _____	136
Article 63 - Engagements en matière de certification _____	137
Article 64 - Engagements concernant l'ouverture de synergies à d'autres partenaires (réseau secondaire) _____	137
Article 65 - Engagements concernant l'adaptation de l'organisation administrative de la sécurité sociale _____	137
Article 66 - Engagement en matière de rapportage commun _____	137
Article 67 - Développer ou utiliser des services dans le cadre des synergies _____	138
<u>TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable</u> _____	139
Article 68, 69, 70 & 71 - Le budget de gestion _____	139

Article 72 & 73 - Les avis du commissaire du gouvernement du Budget concernant le budget, la comptabilité, le personnel, l'ICT...	139
Article 74 - L'adaptation du budget de gestion à la suite de remaniement entre articles budgétaires	140
Article 75 - Adaptation du Budget de gestion suite à des situations modifiées	140
Article 76 - La diminution ou la non-adaptation du budget de gestion à la suite d'une nouvelle mission ou sans nouvelle mission	141
Article 77 - L'augmentation du budget de gestion de l'année en cours à la suite de l'octroi de recettes de gestion propres	142
Article 78 - L'augmentation du budget de gestion à la suite du transfert de crédits de l'exercice budgétaire précédent	143
Article 79 - L'adaptation du budget de gestion à la suite d'une modification des cotisations sociales	144
Article 80 - Budget de gestion pour les exercices 2022, 2023, 2024 et 2025	144
Article 81 - Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire	145
Article 82 & 83 - Révision annuelle	146
Article 84 - Opérations immobilières	147
Article 85 - Comptabilité générale et analytique	147
Article 86, 87 & 88 - Transmission des états périodiques et des monitorings	147
Article 89 - Engagements concernant les spendings reviews	148
Article 90 - Engagements concernant les délais de paiement	148
<u>TITRE XII: Participation aux projets transversaux</u>	149
<u>TITRE XIII: Dispositions finales</u>	152
<u>Annexe 1: Les missions de l'INAMI</u>	153
<u>Annexe 2: Le budget de gestion</u>	156
<u>Liste des abréviations</u>	158
<u>TITRE XIV: Redesign – Prolongation du socle commun I (2019-2021) jusque fin 2022: collaboration stratégique et opérationnelle entre l'INAMI, l'SPF Santé et l'AFMPS</u>	162

6^{ème} 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 30/11/2021, sur l'avant-projet de texte du 6^{ième} contrat d'administration 2022-2025;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné le 18/10/2021 (1^{ière} discussion le 20/09/2021) et le 22/11/2021, le 20/12/2021 et le 24/01/2022 sur l'avant-projet du 6^{ième} contrat d'administration 2022-2025 et le 19/12/2022 et le 19/06/2023, sur le projet de texte du 6^{ième} contrat d'administration 2022-2025 négocié avec le gouvernement ;

vu l'approbation de ce 6^{ième} contrat d'administration 2022-2025 par le Conseil des Ministres du 03/05/2024;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1 janvier 2022 tot 31 décembre 2025, entre

- l'Etat belge, représenté par

Frank Vandebroucke

Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique

Alexia Bertrand

Secrétaire d'État au Budget et à la
Protection des consommateurs,
adjointe au ministre de la Justice,
chargé de la Mer du Nord

Petra De Sutter

Vice-Premier ministre et ministre de la Fonction publique,
des Entreprises publiques, des Télécommunications et de la Poste

et

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

Yolande Avontroodt

Présidente du Comité général
de gestion

Benoît Collin

Administrateur général

Pedro Facon

Administrateur général adjoint

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

Catherine Vermeersch

Raf De Weerd

Anne Leonard

Ineke De Bisschop

Patrick Verertbruggen

Ingrid Fleurquin

TITRE I: Définitions

Article 1. Définitions

Dans le présent contrat, 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, comme service spécifique de l'INAMI, en vertu de la loi du 31 mars 2010 et la loi coordonnée SSI de 1994.
7. « Comité de gestion du Service des indemnités »: le comité de gestion visé à l'article 79 de la loi coordonnée susmentionnée.
8. « Comité du Service d'évaluation et du contrôle médicaux »: le comité visé à l'article 140 de la loi coordonnée susmentionnée.
9. « 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.

10. « 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.
11. « Centre fédéral d'expertise des soins de santé »: le parastatal créé par l'art. 259 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
12. « Agence intermutualiste »: l'association sans but lucratif fondée en octobre 2002 et regroupant les sept organismes assureurs tels que visés ci-dessus au point 10. Les objectifs et missions de cette association sont décrits dans la loi-programme du 24 décembre 2002.
13. « 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.
14. « Feuille de route e-Santé 2013-2018 » & le « plan d'action e-Santé 2019-2021 » & le « plan d'action e-Santé 2022-2024 »: 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. Le plan d'action e-Santé 2019-2021 s'appuie sur le plan d'action e-Santé 2013-2018 et a été approuvé lors de la Conférence Interministérielle sur la Santé publique du 28 janvier 2019. Le plan d'action e-Santé 2022-2024 s'inscrit dans la continuité du précédent plan et a été approuvé lors de la Conférence Interministérielle sur la Santé publique en octobre 2022.

TITRE II: Missions et tâches

Article 2. La mission de l'INAMI

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 :

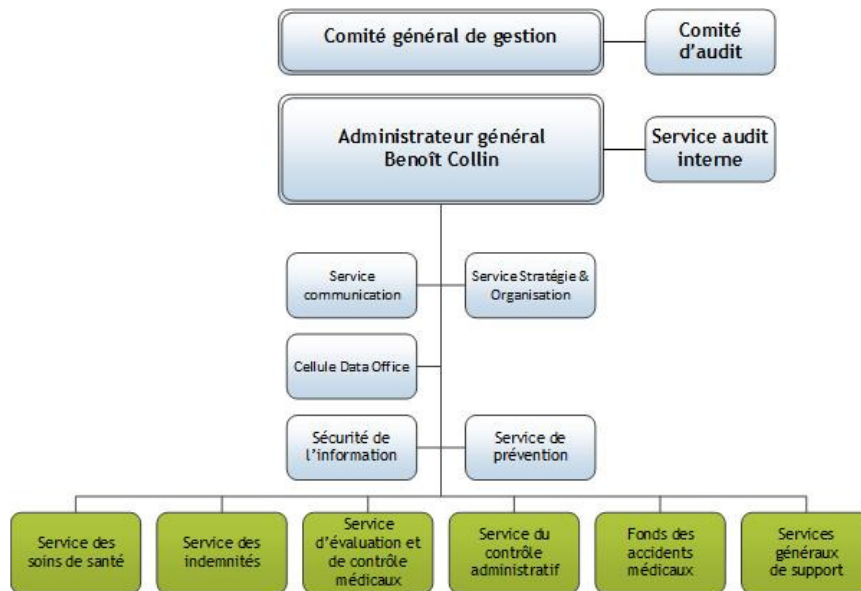
- la population ait, en vue d'une égalité sociale, effectivement **accès** aux soins de santé nécessaires et de qualité (accessibilité), dispensés de manière efficace et conformément aux accords tarifaires (sécurité tarifaire) ;
- les travailleurs salariés et indépendants assurés bénéficient, en cas 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

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

Dans ce cadre, l'Institut est donc 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, de maternité, d'accidents médicaux et pour les 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.

Pour plus d'informations, l'annexe 1 couvre les missions de l'INAMI plus en détails, notamment sur la dimension opérationnelle.



Article 3. L'ambition de l'INAMI

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 du futur de l'assurance soins de santé et indemnités.

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 indemnités 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 et indemnités 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.

L'INAMI va continuer à y travailler avec une énergie positive et veut relever tous les défis qui se présenteront. Préparons l'assurance soins de santé et indemnités de demain ! Telle doit être notre devise ! Diverses initiatives et décisions ont d'ores et déjà été prises pour dessiner l'assurance maladie et invalidité de demain, qui se veut être moderne, accessible et efficiente.

Article 4. La culture de l'INAMI

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, les citoyens, les partenaires et le public.

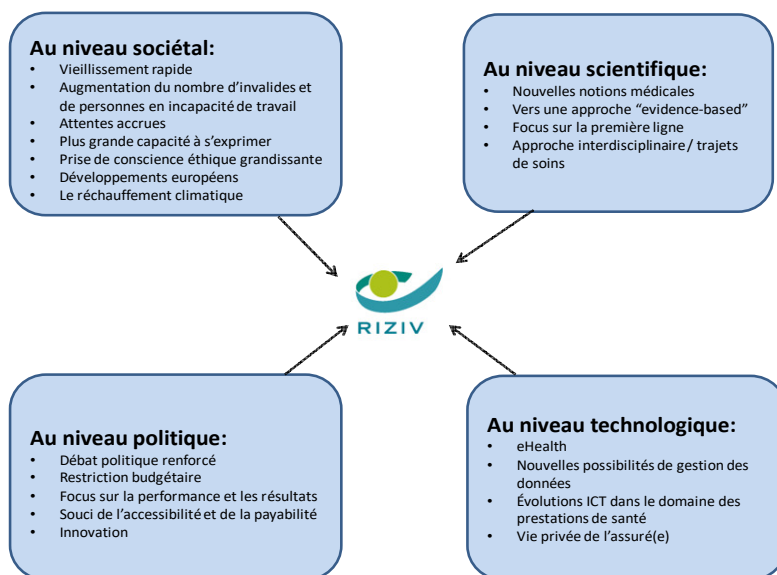
En vue de l'**application des principes de bonne gouvernance** dans la sécurité sociale, les systèmes de soins de santé et indemnités, l'INAMI attend également de ses agents qu'ils adoptent une attitude loyale, professionnelle et intègre.

TITRE III: Tendances externes, défis et axes stratégiques

Article 5. Tendances externes et défis

1. Tendances sociétales

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



Toutes les évolutions et les tendances reprises ci-dessus ont un impact considérable sur les moyens financiers de l'assurance des soins de santé et indemnités. Cela mène très souvent à des négociations et des concertations intenses et pousse les pouvoirs publics à développer des politiques novatrices. De ce fait, le système augmente en complexité.

Il est également important de souligner que les entités fédérées gagnent en compétence dans la définition et la gestion de la politique de soins de santé et ce, depuis le 1^{er} janvier 2019. Ainsi, le nombre d'acteurs et d'autorités actifs au sein du système de soins de santé ne cesse de croître.

Afin de prendre en compte les tendances sociétales qui affecteront également les politiques de soins de santé au long terme, les administrations des soins de santé ont organisé une réflexion sur le futur des soins de santé dans le cadre du socle commun. Quatre scénarios possibles ont été développés sur base des tendances cartographiées.

Ces quatre scénarios s'articulent autour de deux facteurs d'incertitude :

1. La première incertitude fondamentale concerne **le financement des soins de santé**. D'une part, les gens supposent que le coût des soins de santé sera supporté par la société, dans un système basé sur la solidarité tel que nous le connaissons aujourd'hui. À l'autre extrémité de cet axe, nous supposons que les soins seront en grande partie financés individuellement.
2. La deuxième incertitude fondamentale décrit **la manière dont les soins de santé sont abordés**. À un extrême, l'accent est mis sur la maladie, les mesures curatives ayant la priorité et peu d'attention étant accordée aux souhaits et aux besoins individuels des patients. À l'autre

extrême, l'accent est mis sur la prévention et les soins de santé sont dispensés aux personnes en prenant compte de toute leur complexité, y compris leur environnement.

Chacun de ces scénarios a permis d'identifier six pistes stratégiques pour améliorer le système de santé offert à la population à travers une approche globale, durable et de qualité :

1. Un financement solidaire et durable pour garantir l'accès aux soins
2. Une politique basée sur les faits
3. Des soins orientés humain
4. Un modèle de collaboration pour intégrer toutes les étapes du soin
5. Un développement de la prévention et promotion de la santé
6. La santé prise en compte dans toutes les politiques publiques

Ces six grands chantiers de réforme sont considérés comme nécessaires pour concrétiser notre vision des soins de santé de demain. En prenant compte de ces chantiers, nous souhaitons faire face aux enjeux identifiés et aux évolutions inattendues afin de garantir l'avenir de la politique des soins de santé et de leur organisation.

2. Objectifs du gouvernement

L'ambition de l'accord de gouvernement est d'engager une transformation de notre système de soins de santé afin d'en améliorer constamment la qualité et l'accessibilité, et de l'adapter aux nouveaux besoins du patient. Une vision large de la santé ne concerne pas seulement les aspects physiques de la santé, mais aussi le bien-être, l'empowerment, la résilience, la participation et le sens. Ces intentions ont été structurées en cinq objectifs repris sous l'appellation « Quintuple Aim » :

1. La qualité des soins, telle que perçue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
2. La santé de la population
3. Le rapport coût-efficacité, à savoir le rapport entre les moyens investis et les valeurs réalisées
4. L'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et en incluant les différentes formes de diversité
5. Le bien-être des professionnels de la santé

Il s'agit d'objectifs de santé qui nécessitent des efforts à de nombreux niveaux et domaines de compétence. Ces objectifs doivent guider la politique, et les instruments tels que le financement, l'organisation, etc.. La coopération et l'innovation seront essentielles pour atteindre ces objectifs.

En outre de ces objectifs, le gouvernement a pour ambition :

- D'accroître la transparence concernant la qualité des soins fournis
- De traiter les soins de santé mentale de la même manière que les soins de santé somatiques en termes d'accessibilité, de qualité et de proximité et d'accessibilité financière
- D'accompagner les personnes en incapacité de longue durée
- De rendre le financement des hôpitaux plus simple et transparent
- De maîtriser le budget des médicaments
- De combattre les phénomènes qui peuvent conduire à la surconsommation de soins, d'analyses et de médicaments.

3. Pandemic readiness

Fin juillet 2020, le gouvernement a approuvé le « **Plan stratégique COVID-19 Santé publique** ». L'objectif de ce plan était d'éviter et gérer les nouvelles vagues de contamination par la COVID-19. Ce plan prévoyait des objectifs stratégiques ainsi que les mesures concrètes y afférentes. Parmi les dix mesures de ce plan, l'INAMI était responsable de diverses sections comme :

- Paquet 1 testing & tracing : compléter, actualiser et mettre plus rapidement à disposition les données INAMI, les croiser avec celles du SPF SPSCAE et d'autres sources authentiques et concevoir un registre de pratique en ligne.
- Paquet 3 Médicaments, EPI, capacité de testing et vaccin : veiller à la « continuity of care » via l'accès à de nouvelles solutions thérapeutiques (vaccins, nouveau produits antiviraux...) et des solutions alternatives pour compenser ou éviter les pénuries par l'accès (disponibilité et accessibilité financière).
- Paquet 6 Résilience des professionnels de la santé - Mental (health) preparedness : collaborer à la politique de soutien psychologique structurel de nos professionnels de la santé, des patients, et des citoyens, et stimuler la mise au travail des personnes en Incapacité Travail.
- Paquet 9 E-health : soutenir la poursuite du développement de la télémédecine.
 Ces dernières années, la numérisation est galopante et le secteur des soins de santé n'y échappe pas. L'utilisation d'applications mobiles, le suivi à distance des malades (chroniques) grâce à la télésurveillance et aux prestations à distance, peuvent avoir leur place dans des soins de santé efficaces. Afin de garantir la nécessaire continuité des soins lors de cette pandémie, une mesure temporaire urgente devait permettre que certaines prestations (para)médicales, soumises à des critères minimaux de qualité et de contrôle, puissent être effectuées sans la présence physique du patient et du prestataire de soins. Là où naguère une forte réticence existait par rapport à la télémédecine, la pandémie de COVID-19 a donné un élan. L'objectif est d'intégrer ces téléprestations temporaires de manière structurelle dans le remboursement, l'important étant de déterminer dans quelles circonstances les téléprestations sont une bonne pratique médicale et quelles sont les conditions connexes de leur utilisation correcte. Dans le rapport du KCE intitulé « Vidéo-consultations dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques somatiques » (KCE Report 328 B (2020)), quelques recommandations ont déjà été formulées.
 Un consensus général se dégage pour une intégration structurelle de la télémédecine au sens large dans les soins de santé. La télémédecine englobe la téléexpertise (entre dispensateurs de soins), les téléprestations (téléconsultations et télétraitements), la télésurveillance et l'utilisation d'applications mobiles par le patient. À cette fin, un cadre réglementaire générique sera établi auquel toutes les téléprestations devront répondre (critères techniques, critères de qualité...) et pour chaque profession de soins, des dispositions spécifiques à celle-ci seront prévues dans la nomenclature pour le remboursement de leurs téléprestations. Dans le cadre de la téléexpertise, un remboursement sera défini sur la base des enseignements tirés de projets en cours et des systèmes appliqués dans les pays qui nous entourent.
 En plus, en ce qui concerne les applications/dispositifs mobiles et la télésurveillance utilisés dans le cadre d'un processus de soins, dans lequel les paramètres de santé du patient sont surveillés à distance par les prestataires de soins de santé, il est utile d'examiner comment ils peuvent être intégrés dans l'ASSI en vue d'une indemnisation. La procédure existante pour le remboursement d'applications mobiles sera réexaminée, en accordant une attention au financement, à l'évaluation et à la procédure à respecter. Un processus sera développé avec le KCE en matière d'application de l'évaluation des technologies numériques de la santé (*digital health technology assessment - DHTA*), qui contribuera à une utilisation plus efficiente et/ou plus efficace des ressources disponibles. Un élément important dans ce contexte est de maintenir le spectre suffisamment large pour que le vaste éventail de numérisation dans les trajets de soins puisse être pris en considération.
- Paquet 10 Crisis overall management & business continuity : apporter un support juridique, financier et actuariel sur les conséquences de la pandémie.

Suivi et accompagnement des patients confrontés aux effets long termes de l'infection au COVID-19 : examiner, dans le cadre de l'assurance maladie, comment répondre au mieux aux besoins des patients

présentant des symptômes qui durent au moins 12 semaines après une infection au COVID-19. L'accent sera mis sur les aspects suivants :

- établir un bilan diagnostique et un plan de traitement,
- coordonner tous les besoins des patients,
- fournir des informations de haute qualité avec un aperçu des preuves scientifiques actuelles,
- rembourser les frais de traitement pour ce groupe de patients.

Concrètement, les initiatives nécessaires dans le domaine de la communication et du cadre juridique seront mises en place :

- Le développement d'un site internet sur les effets long termes du COVID, incluant l'état des lieux dans l'élaboration d'une rémunération/cadre adapté de l'assurance maladie
- La mise en page d'une brochure/flyer/réseaux sociaux pour les patients et les soignants
- Rédaction des textes réglementaires (ex : convention, arrêté royal, ...)

En raison du caractère multidisciplinaire de la maladie ainsi que de l'évolution scientifique continue sur ce sujet, l'INAMI maintiendra une collaboration étroite avec les différentes institutions gouvernementales telles que le SPF Santé publique, le KCE et Sciensano. Les Régions seront également impliquées, par exemple en matière de réhabilitation.

Pour réaliser ces activités, des moyens supplémentaires ont été octroyés à l'INAMI. Pour la période couverte par ce contrat, l'INAMI va mener une réflexion afin d'intégrer ces missions dans son fonctionnement.

4. Redesign des administrations de (soins de) santé

Au-delà de l'accord de gouvernement et les notes de politiques générales, la mise en œuvre du redesign des administrations de (soins de) santé se poursuit. Le choix stratégique d'héberger l'INAMI, l'AFMPS et le SPF SCAE dans un bâtiment commun, conformément au principe d'Activity Based Working, est un des leviers majeurs pour réaliser pleinement les synergies entre ces administrations. Dans le cadre d'une approche intégrée, l'organisation en réseau sera davantage développée en vue d'améliorer la cohérence, d'une part de la gestion et d'autre part des politiques. Le focus se porte sur le développement d'une future politique fédérale en matière de santé publique et de soins de santé ainsi que sur l'alignement et l'optimisation/l'intégration des processus d'entreprise (passerelles). Cette organisation en réseau renforcera la cohésion des actions destinées aux citoyens, aux prestataires de soins et aux entreprises actives dans le domaine. La coopération vise à garantir un système de (soins de) santé plus orienté vers le patient, plus axé sur la demande et plus efficace, avec un service plus orienté vers le client. L'objectif est également d'accroître l'efficacité des services publics.

Article 6. Carte stratégique de l'INAMI

1. Les domaines stratégiques :

Face à ces évolutions, l'INAMI a défini 4 domaines stratégiques pour baliser son **trajet de modernisation** :

I. ACCESSIBILITE

L'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnités sûre et efficace.

Veiller à ce que les prestations de l'assurance maladie et invalidités soient abordables (coût financier), **disponibles** (temps d'attente et distance) **et accessibles** (barrières sociales ou de connaissances) pour chaque membre de la société, **effectives, adéquates et transparentes**. L'accessibilité signifie obtenir les prestations AMI et soins nécessaires au bon moment et au bon endroit, en fonction d'un système efficace qui veut fournir des prestations AMI et de soins de qualité à chaque membre de la société.

II. TRAVAILLER ENSEMBLE

L'INAMI agit comme co-garant de la coopération stratégique et opérationnelle au sein d'un système de santé intégré.

Optimiser **la cohérence politique, renforcer la cohérence de gestion et veiller à la continuité des opérations dans le domaine de la santé publique et des soins de santé** dans le cadre du «Redesign des administrations de soins de santé». Ce socle commun entre l'INAMI, le SPF Santé et l'AFMPS inclut des domaines de collaboration prioritaires de nature à la fois stratégique et opérationnelle.

Travailler en concertation avec les acteurs concernés (partenaires sociaux, organismes assureurs, dispensateurs de soins,...). 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, que nous continuerons à perfectionner notamment via :

- Une (auto)réflexion continue, critique et ouverte, concernant les modes d'organisation et les accords de collaboration ;
- **Un renforcement de la capacité de soutien à la politique menée ;**
- 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 ;**
- **Une collaboration** performante avec les OA basée sur une vision intégrée de l'efficacité et de l'emploi des flux d'informations modernes ;
- **Un positionnement de l'INAMI en tant que plaque tournante** des accords et collaborations avec d'autres institutions nationales et internationales (UE, OMS), ainsi que les états fédérés et le monde académique ;
- Une communication de qualité, rapide et efficace qui garantit une communication transparente ;
- Une **coopération académique et internationale** notamment dans le domaine de la réinsertion.

III. RÉFORME & INNOVATION

L'INAMI se pose en tant que catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnités axée sur l'avenir.

Assumer **un rôle moteur dans le développement d'une vision sur des soins de santé et indemnités durables et qualitatifs**. Il reste important de rester alerte et de garder un œil ouvert sur le futur afin de concevoir, ensemble, la politique de soins de santé et indemnités de demain en prenant compte des défis futurs et de la viabilité du système. Cet exercice doit être mené par toutes les administrations actives dans le domaines des soins de santé et indemnités.

Créer **un environnement de travail qui stimule ses agents** dans le cadre du développement de leurs compétences et de leur personnalité, et dans le cadre de la prise de responsabilités.

- vers **une organisation cohérente et multidisciplinaire**, en vue d'une bonne collaboration et pollinisation croisée **entre les différents services et directions**, trajet de changement mené en parallèle par le SPF SPSCA et l'AFMPS afin de se retrouver avec la même philosophie de travail ;
- vers une organisation à **gestion intensive de connaissances** qui récolte, développe et diffuse des données, des informations et des connaissances concernant les aspects de l'ASSI ;
- vers une organisation promouvant le bien-être de ses collaborateurs via notre évolution future dans le New Way Of Working (NWOW).

IV. UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens.

Utiliser les moyens de l'ASSI de manière **efficace et efficiente et optimiser la gestion financière de l'assurance soins de santé et indemnités**, notamment via :

- La « Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé » pour permettre l'attribution de moyens aux objectifs de santé (ou objectifs de soins de santé). Cette méthode intégrera ainsi les objectifs de santé au sein même de la procédure budgétaire.
- Le « Plan d'approche - Réforme du financement des hôpitaux » pour parvenir à un financement correct des soins de qualité au sein d'une offre hospitalière adaptée aux besoins.
- La continuité des initiatives visant à promouvoir une responsabilisation des prestataires de soins sur l'efficacité.
- La continuité des initiatives concernant la responsabilisation des OA.

Investir en permanence dans un **INAMI moderne**, visant une organisation efficace qui puisse continuer à se développer et disposer des moyens nécessaires (par exemple, via des processus LEAN, une gestion de projet AGILE, un service ICT performant, un service RH moderne, un financement flexible).

- Vers une organisation travaillant sur base d'une typologie de projets, où la méthodologie de gestion des projets est choisie en fonction de la taille, des procédures, des délais attendus... L'objectif est de pouvoir offrir des techniques plus AGILE où moins de temps est perdu à documenter les étapes des projets, pour un délai de livraison plus rapide.

Tous les projets, tels que développés concrètement dans ce contrat d'administration, se situent dans un de ces 4 domaines stratégiques.

2. Les axes stratégiques :

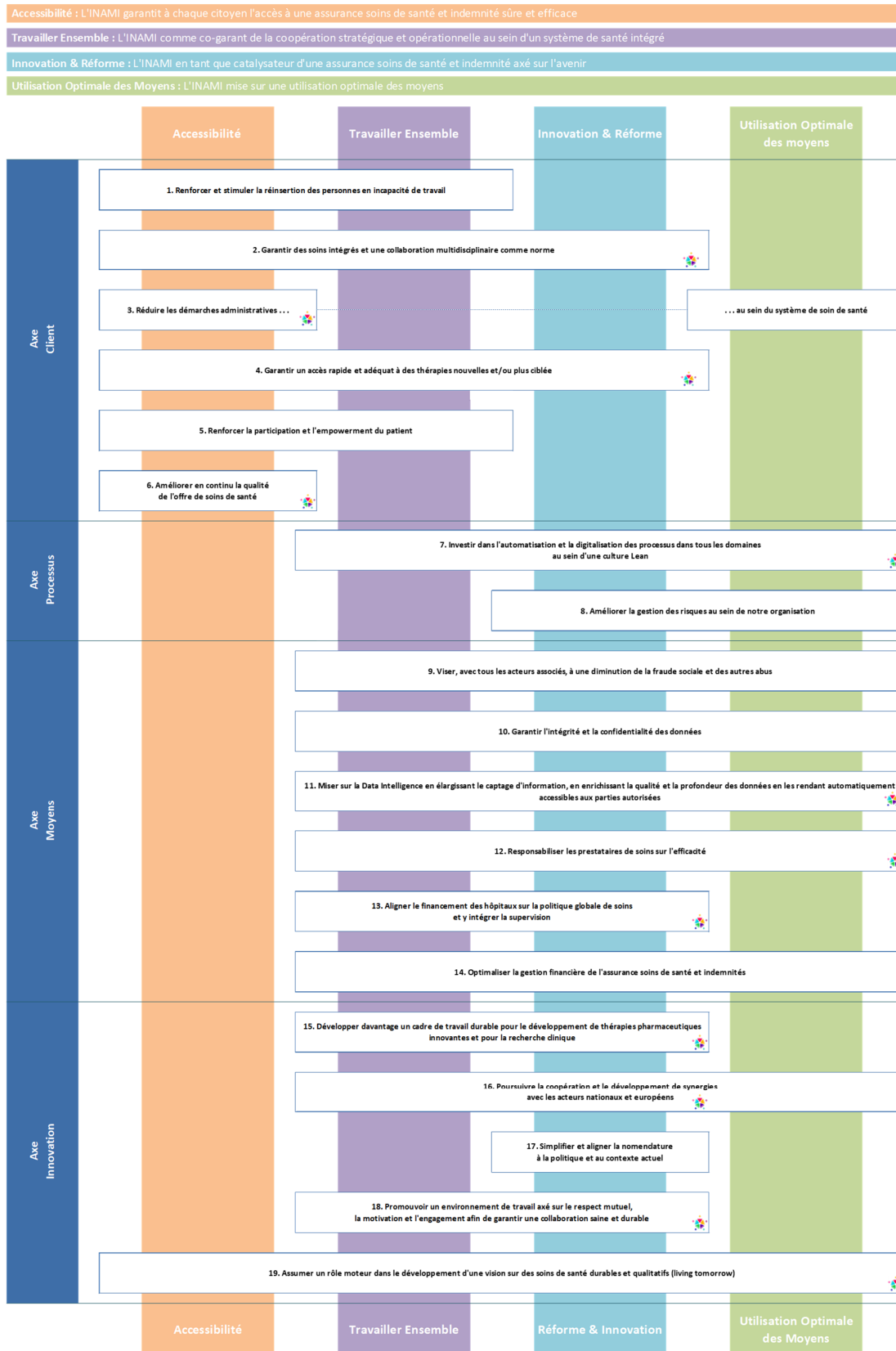
Vu la quantité importantes de projets au sein de l'INAMI, les projets ont été catégorisés selon 4 dimensions. Ces 4 dimensions ont été reprises sous le nom d'axe stratégique :

- **L'orientation clients :**
Projets pour lesquels la prestation de services occupe une place centrale tant pour l'optimisation des services existants que pour la prestation de nouveaux services aux citoyens et partenaires.
- **L'orientation processus :**
Projets qui mettent 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.
- **La maîtrise des moyens :**
 - maîtrise des moyens internes : projets participant à la maîtrise des coûts internes (RH, ICT...) et l'efficacité des moyens (effectivité des coûts) grâce à la réalisation d'économies, la quantification des coûts et leur pilotage.
 - maîtrise des dépenses de l'ASSI (externes) : projets permettant 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.
- **L'innovation au sein de la sécurité sociale et le système de santé et indemnités:**
Projets qui contribuent à réformer divers aspects du système de santé et indemnités en vue d'améliorer la qualité des soins de santé et indemnités, leur financement ou leur accessibilité physique.

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

3. La carte stratégique:

Carte stratégique INAMI



Article 7. Le trajet permanent d'optimisation de l'organisation et des processus de l'INAMI

Afin de gérer les moyens de l'ASSI de manière **efficace et efficiente** et de veiller au **respect des obligations légales** par tous les acteurs concernés, l'INAMI a entamé un trajet BPM depuis plusieurs années. Le BPM, Business Process Management, est un instrument de bonne gouvernance permettant à l'INAMI, à chaque niveau, de faire usage des moyens disponibles de manière efficace et efficiente en vue d'optimiser en permanence les prestations de services aux citoyens et aux partenaires.

1. Utilisations du BPM à l'INAMI

Concrètement, le trajet BPM participe à mieux gérer les moyens de l'ASSI de 4 façons :

- Une cartographie des processus
Disposer d'une vue globale sur tous les processus favorise une connaissance plus approfondie de l'organisation, des services et de la direction. Grâce à cette connaissance approfondie, les moyens peuvent être alloués et utilisés de manière plus efficace et efficiente dans la poursuite de nos objectifs. Cette cartographie est une photo de l'organisation à un instant précis, par définition elle ne sera jamais aboutie et évoluera continuellement.
- Un outil de gestion
La visualisation des processus permet de soutenir les décisions stratégiques (par ex. le Business Continuity Management, la numérisation) et de lancer des réflexions d'optimisation des activités des services. Le suivi des performances des processus est également en cours de développement via de futures indicateurs-clés : amélioration de la qualité, valeur clients et délais, réduction des coûts et des erreurs, etc.
- Un outil pour améliorer la qualité de services
L'accès à ces informations par tous les départements permettra de travailler à la qualité des services sous toutes leurs dimensions, comme l'audit (interne et externe), la transformation numérique, les SSG, les évolutions ICT, les RH (p. ex. mesure de la charge de travail, gestion des ressources), la gestion des risques, la gestion des connaissances, etc. Cet outil jouera un rôle important dans la poursuite du développement de la transversalité, des synergies et des collaborations tant au sein de l'INAMI et dans le cadre du Redesign des administrations de la santé (p. ex. passerelles, 1FM), que de façon plus large, avec d'autres organisations partenaires (p. ex. les institutions publiques de sécurité sociale).
- Un outil pour renforcer la sécurité des informations
En plus de la visualisation, cet outil constitue la seule source validée pour le contrôle de la sécurité des données au sein de chaque processus. Cet exercice est le fruit d'une collaboration entre Safe Info et la cellule BPMO du service Stratégie & Organisation. La gestion de l'accès aux informations est une préoccupation majeure au sein de l'INAMI vu la sensibilité des données gérées par notre administration.

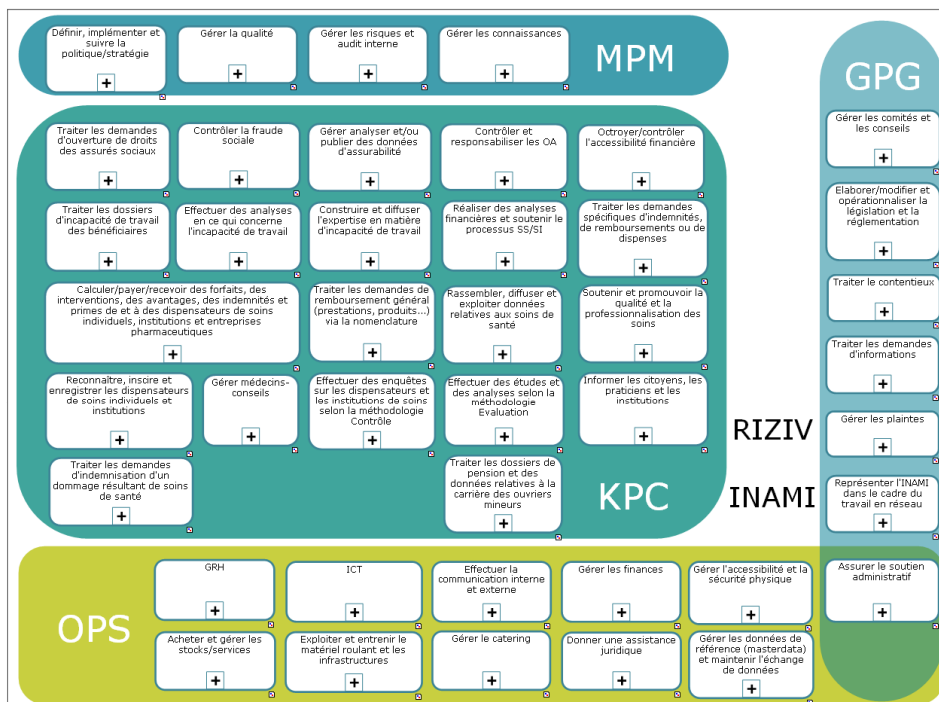
La carte des processus actuelle comprend les processus qui ont été validés par le Comité de direction. Depuis lors, ils ont été actualisés et validés dans HOPEX BPA¹. Une version actualisée de la carte des processus est publiée sur l'Intranet au moins une fois par an.

¹ HOPEX BPA est l'application ICT utilisée par l'INAMI pour modéliser et décrire les processus.

Notre carte des processus est divisée en différents types de processus :

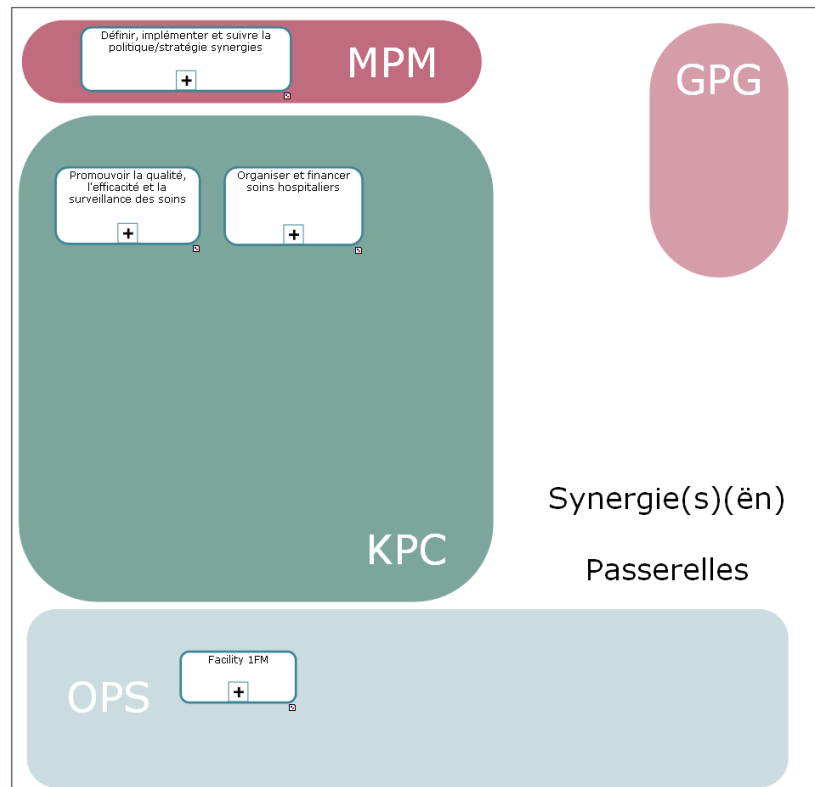
- **Les processus clés (KPC)** sont des processus qui contribuent directement à la réalisation des missions-clés de l'INAMI. Ces processus sont donc essentiels pour la livraison des produits ou services de l'organisation.
- **Les processus de management (MPM)** pilotent, gèrent et contrôlent les processus clés et les processus de soutien. Ils sont nécessaires pour diriger et piloter l'unité organisationnelle/l'organisation afin de répondre aux objectifs et aux lois et réglementations en vigueur.
- **Les processus de soutien (OPS)** fournissent les moyens (au sens large) nécessaires à la réalisation efficace et efficiente des processus clés et de management. Ces processus n'ont donc pas de finalité propre pour l'organisation.
- **Les processus génériques (GPG)** sont des processus présents dans différentes unités organisationnelles et qui génèrent les mêmes produits et services comme output. Il s'agit la plupart du temps de processus de soutien.

- La carte des processus de l'INAMI au niveau macro:



MPM = managementprocessen - processus de management
 KPC = kernprocessen - processus clés
 OPS = ondersteunende processen - processus de soutien
 GPG = generieke processen - processus génériques

- La carte des processus des synergies au niveau macro:



MPM = managementprocessen - processus de management
 KPC = kernprocessen - processus clés
 OPS = ondersteunende processen - processus de soutien
 GPG = generieke processen - processus génériques

2. Gestion de la performance – KPI & BSC

Dans la période couverte par ce contrat d'administration, la cellule BPMO du service Stratégie & Organisation va développer son offre d'accompagnement pour soutenir chacun des services de l'INAMI dans l'appropriation de cet outil, en lien avec leurs besoins respectifs.

La cellule BPMO du service Stratégie & Organisation travaille à la mise en place d'une méthodologie centralisée pour le suivi des indicateurs & KPI, basée sur la Balanced Scorecard (BSC). Cette méthodologie permet de déterminer les KPI's liés tant aux objectifs stratégiques qu'opérationnels. Ces indicateurs ne couvriront donc pas seulement les processus ordinaires, mais également les projets stratégiques. Tous ces indicateurs seront ensuite consolidés au sein de dashboards. Le service Data Office participe à la conception de ces dashboards pour permettre un suivi automatique des données à récolter. La méthodologie sera déployée à l'ensemble de l'INAMI au travers de formations et de workshops visant dans un premier temps à mettre en place ces indicateurs, et dans un second temps accompagner les services dans leur suivi. Plusieurs projets pilotes ont déjà été initiés.

3. Optimisation des performances des processus

Des trajets Lean et des Customer Journeys seront déployés à travers plusieurs projets afin d'optimiser les performances de notre administration selon deux perspectives :

- Le Lean Management : une philosophie de gestion qui se focalise sur l'optimisation de la valeur pour le client et l'élimination des gaspillages.

- La « Customer Journey » : une philosophie de gestion qui place les clients au cœur de la réflexion à toutes les étapes d'un processus.

Plusieurs éléments peuvent déclencher un trajet d'optimisation auprès d'un processus :

- Les indicateurs mentionnés au point précédent constitueront une source d'information précieuse en vue de suivre les performances des processus. Si un indicateur n'atteint pas sa valeur cible, cela pourrait enclencher un trajet d'optimisation pour le processus concerné.
- Outre les indicateurs, des besoins spécifiques peuvent également déclencher l'optimisation de processus comme les conclusions d'une analyse de risques, un diagnostic émis par Safe Info, un objectif de digitalisation,
- Enfin, des appels à projets seront lancés auprès des chefs de projet et sponsors qui souhaiteraient recevoir un accompagnement dans l'optimisation de leur processus. Les projets retenus se verront octroyés des formations et un coaching continu, ponctué d'évaluations afin de mesurer les avancées réalisées.

4. Accélération de la transformation de l'INAMI vers un modèle d'organisation performante et agile.

L'INAMI a également initié un trajet de transformation vers une organisation plus agile qui s'inscrit dans le New Way Of Working (NWOW), en vue de mieux répondre aux évolutions constantes et nouvelles contraintes budgétaires qui impactent le secteur des soins de santé et indemnités.

Ce projet s'inscrit dans la continuité des initiatives visant à transformer l'INAMI en une organisation cohérente et multidisciplinaire, comme le programme de numérisation repris à l'article 28 de l'Avenant 2021 et 27 de l'Avenant 2019-2020 du 5e Contrat d'administration (2016-2018).

Avant de définir le trajet de changement à implémenter, une vision claire de la destination doit être définie: à quel résultat souhaitons nous aboutir ? Qu'est-ce qui nous permet d'être agile et de faire face en permanence aux évolutions, changements, crises et défis ? Pour répondre à ces questions, plusieurs journées stratégiques seront organisées avec le Comité de direction au cours de l'année 2022. Une vision commune ressortira à l'issue de cette journée qui définira à quoi devra ressembler notre organisation et comment nous pourrons l'améliorer. Une attention particulière sera accordée aux thématiques care for talent, à la coopération, à l'optimisation des méthodes de travail, à la structure, à la culture organisationnelle, à comment introduire la capacité d'adaptation permanente de nos processus et méthodes pour permettre une agilité, réactivité, proactivité et innovation continues.

Sur base de cette vision future de notre organisation, des d'actions/projets seront rassemblées pour obtenir des avancées rapides. À côté de ces actions ciblées, des journées de suivi seront organisées par thématique pour mettre en place des projets de plus grande envergure, déterminer leurs gouvernances et allouer les ressources nécessaires à leur exécution. L'ambition sera de favoriser les méthodologies agiles et les équipes inter-départements.

5. Risk Management

L'INAMI développe également l'analyse des risques liés à ses processus, ou Risk Management. Le but recherché est de propager une approche uniformisée de la gestion des risques au sein de toute l'organisation. L'épidémie du COVID, et d'autres crises avant elle ont fait ressentir le besoin de disposer de mesures permettant de gérer les risques pour limiter leur impact sur l'organisation.

En tenant compte des recommandations de l'Audit Interne et du feedback du Comité de Direction, un plan d'action sera établi pour permettre l'identification et l'analyse de risques sur les processus, ainsi que les mesures correctrices à mettre en œuvre.

Article 8. Aperçu des projets et les moyens attribués via les notifications budgétaires de octobre 2022 et le business continuity.

Le contrat d'administration n'est pas seulement le support servant à définir les nouveaux projets et engagements qui feront évoluer l'INAMI pour mieux rencontrer les nouveaux besoins, évolutions et défis de notre assurance Soins de santé et Indemnités (voir première et deuxième exigences des dispositions préliminaires). Le contrat d'administration est aussi un accord par lequel l'Etat s'engage à mettre les moyens nécessaires – ainsi que les indexations nécessaires (pour la période 2022 - 2025) – au budget de gestion de l'institution afin qu'elle puisse assurer la réalisation de ses processus de base, même s'ils ne sont pas impactés par de nouveaux projets (cf. TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable, Dispositions communes des IPSS).

Des moyens additionnels ont été alloués à l'INAMI par le biais des notifications budgétaires d'octobre 2022 (CMR 18.10.2022) pour l'exécution du Contrat d'administration. Les tableaux repris ci-dessous montrent l'affectation de ces moyens aux projets spécifiques. Ces moyens sont ajoutées structurellement au budget de gestion de l'INAMI.

Contrôle budgétaire: Budget pluriannuel 2023-2024 - Notifications						
Aperçu de l'affectation des moyens additionnels INAMI						
<i>Réf. CMR 18-10-2022 Notification du 18-10-2022 (2022A22420.009)</i>						
	2023	2024	2025	2026	2027	TYPE
Notifications						
COVID personnel	4.000.000	3.500.000	3.500.000	3.500.000	3.500.000	Structurel (2.500k RH)
Contrat d'administration	3.000.000	2.150.000	2.150.000	2.150.000	2.150.000	Structurel (2.150k RH) ^(*)
BeneluxA	0	860.000	860.000	860.000	860.000	Structurel (àpd 2024) (860k RH) ^(**)
Plan d'action en matière de contrôle	0	1.650.000	1.650.000	1.650.000	1.650.000	Structurel (àpd 2024)
TRIO platform	963.000	761.000	0	0	0	Non-structurel (ICT/Consultancy cf. Art.20 6° CA)

(*) 6e Contrat d'administration : Aperçu de l'affectation des moyens RH sur les projets du Contrat d'administration (Montant: 2.150k euro - structurel à pd 2023) (*)

Cluster	Service	Art. N°	Art. Nom	Moyens RH
Secteur des Indemnités	SIDU	Art. 20	Trio Platform	- 1 FTE A2 (médecin)
	SIDU	Art. 29	IDES	- 1 FTE B (expert financier) - 1 FTE A1 (data analyst)
	SIDU	Art. 33	Dossiers internationaux de l'indemnité d'invalidité (backlog)	- 4 FTE B (gestionnaire de dossiers) - 1 FTE A1 (juriste)
Accessibilité	SdSS/SCA	Art. 10	VT-BIM	- 2 FTE A1 (juriste) Les moyens additionnels pour le renforcement juridique sont indiqués de manière globale pour les multiples projets inclus dans le portefeuille 6° CA 'Accessibilité'.
	SdSS	Art. 12	Impact 6e Réf. de l'État sur le MàF – Statut et forfait malades chroniques	
	SdSS	Art. 14	Transport des patients	
				Subtotal 6° CA : 2 FTE
Chantiers stratégiques Soins de santé	SdSS	Art. 23	Réforme Financement des hôpitaux	Renforcement sur le Programme FDH/Nomenclature 9 FTE - 4 FTE A2 (médecin) - 1 FTE A2 (profil scientifique) - 1 FTE A1 (juriste) - 1 FTE A1 (profil générique) - 1 FTE A1 (attaché statistique Art. 23 only) - 1 FTE B (gestionnaire de dossiers)
	SdSS	Art. 25	Réforme Nomenclature	
	SdSS/SECM	Art. 26	Trajectoire budgétaire pluriannuelle	
	Synergies Efficacité SdSS/SECM			
	SdSS/SECM	Art. 26	Trajectoire budgétaire pluriannuelle	2 FTE A3 Médecin
	SdSS/SECM	Art. 21	Plan d'action en matière de contrôle 2021-2023	Enveloppe à réserver; Synergies 'Efficacité' SdSS/SECM encore à élaborer, puis recrutements.
				Subtotal 6° CA : 13 FTE
TOTAL GÉNÉRAL 6° CA : 23 FTE				

() BENELUXA : Aperçu de l'affectation des moyens RH sur les projets du Contrat d'administration (Montant: 860k euro - structurel à pd 2024) (**)**

Cluster	Service	Art. N°	Art. Nom	Moyens RH
Pharma	SdSS	Art. 15	BeneluxA 2.0	10 FTE - 1 FTE A2 (data analyst) - 8 FTE A2 (pharmacien) - 1 FTE B (gestionnaire de dossiers)
	SdSS	Art. 16	Réforme CRM/Managed Entry Agreements (Art. 111/112/113)	
	SdSS	Art. 18	Farmaco-économie 2.0	Renforcement des multiples chantiers pharma et les révisions de groupe/trajet d'économies budgets pharmaceutiques des soins de santé 2022 et 2023
				TOTAL BENELUXA : 10 FTE

Il est bien sûr demandé à l'institution qu'il soit fait usage fonctionnel des ressources humaines et rationnel des budgets alloués, afin que celle-ci participe à la maîtrise de la consommation publique (voir troisième exigence des dispositions préliminaires). Dans ce cadre, nous faisons évoluer nos processus en permanence (voir article 7), notamment pour obtenir des gains de productivité permettant de gérer au mieux les moyens de base alloués. À travers ces réorganisations des services et optimisations de nos processus, nous avons pu assurer la continuité de nos missions, et même faire face à l'augmentation et l'extension des missions, malgré l'ampleur des économies et sous utilisations déjà réalisées. Ces dernières ont eu des impacts conséquents, notamment en terme de diminution sévère des effectifs dans l'ensemble des IPSS. Les économies et le monitoring des dépenses de personnel ne nous laissent plus une marge de

manœuvre suffisante pour procéder aux remplacements de personnel nécessaires ou aux renforcements d'équipes sous-staffées. Les conséquences se font ressentir sur notre personnel avec une augmentation de la charge de travail, absorbée parfois bien au-delà des horaires normaux, ou une pression accrue sur notre management et nos collaborateurs. En plus des moyens qui nous sont alloués (voir tableaux ci-dessus), il est donc difficile pour certains processus ou services de l'INAMI de garantir la continuité, comme, entre autres, pour les services de contrôles où le nombre minimal d'inspecteurs médicaux pour le processus 'La supervision de l'utilisation optimale des ressources et des prestations de soins de santé' est sous pression.

En plus du trajet BPM (voir article 7 ci-dessus), l'INAMI va procéder à l'inventaire de ses processus prioritaires afin de rédiger des Business Continuity plan et procéder à des Business Impact Analysis. L'INAMI poursuit sa transformation en une organisation orientée processus dont la carte des processus et la gestion des processus constituent le fondement. L'engagement et la collaboration de tous les services sont essentiels pour en garantir la qualité.

Article 9. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets du Contrat d'Administration

Ce Contrat se focalise sur un certain nombre de projets prioritaires dans le cadre des priorités stratégiques mentionnées à l'article détaillant la carte stratégique. 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.

Les OA remarquent également que leurs ressources RH & ICT dédiées aux projets sont mises sous pression. Si les moyens RH & ICT nécessaires à la réalisation des projets ne sont pas disponibles au sein des OA, la réalisation de ces projets pourrait être compromise.

Pour l'exécution de ce portfolio de projets communs à l'INAMI et les OA, on veillera aux focus sur l'impact de ces projets, à l'organisation de concertations spécifiques, et à la coordination et l'alignement.

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 Contrat sont brièvement commentés ci-dessous à l'aide des objectifs stratégiques tels que formulés ci-dessus dans la carte stratégique.

Perspective du client

Les projets repris sous cette première catégorie contribuent à l'optimalisation des services existants ou au développement de nouveaux services aux citoyens et partenaires.

1. Renforcer et stimuler la réinsertion des personnes en incapacité de travail.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE, TRAVAILLER ENSEMBLE

La finalité de cet objectif est de favoriser la réinsertion socio-professionnelle des personnes en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité afin de préparer, ensemble et au mieux, leur retour vers le marché du travail. Comme le processus de réinsertion socio-professionnelle suppose une mobilisation d'acteurs multiples (Forem, Aviq, Actiris, VDAB, OA ...), la réalisation de cet objectif participera directement à renforcer la position de l'INAMI en tant que co-garant de la coopération stratégique et opérationnelle au sein d'un système de santé et d'indemnités intégré. Le développement de cet accompagnement augmentera également l'offre de service à disposition des assurés sociaux.

Pour la période de ce contrat, le projet suivant est directement rattaché à cet objectif :

- L'article 20 porte sur la création d'une plateforme de communication commune sécurisée et digitalisée (TRIO) pour les acteurs-clés en matière de réintégration et réinsertion des personnes en incapacité de travail.

En ligne avec ce même objectif le Service des indemnités vise à améliorer la qualité de l'évaluation médicale relative à l'invalidité via une étude sur l'évaluation des capacités fonctionnelles des assurés en incapacité de travail en raison de troubles mentaux communs.

2. Garantir des soins intégrés et une collaboration multidisciplinaire comme norme.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE, TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME

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 optimiser l'affectation des moyens. En plus d'améliorer l'accessibilité aux soins, les projets liés à cet objectif permettent de réformer nos soins de santé vers des approches plus durables et qualitatives. Pour chaque sujet abordé, l'INAMI implique les acteurs concernés pour assurer la cohérence des résultats engrangés.

Deux projets seront mis en œuvre pour aboutir à une meilleure prestation de soins :

- 1) L'article 12 prendra en compte l'impacte de la 6^{ème} réforme de l'Etat sur le Maximum à Facturer (MAF). Un accord durable et juridiquement valide doit être conclu avec les Régions sur le statut de maladie chronique et le forfait pour les patients chroniques, afin de ne pas laisser tomber les assurés sociaux dans une insécurité juridique.
- 2) L'article 24 poursuit l'initiative visant à renforcer la collaboration multidisciplinaire dans le traitement des affections de la colonne vertébrale, de l'œsophage et du pancréas. Pour le traitement des pathologies spinales, cela passera par la création de spine-units dans les hôpitaux en charge des pathologies du dos mais également l'instauration de consultations multidisciplinaires pour la colonne vertébrale. Aussi, les affections relatives au pancréas et à l'œsophage feront l'objet d'un encadrement multidisciplinaire de qualité composé de chirurgiens, de médecins, de médecins des soins intensifs, d'anesthésistes, d'infirmiers et de paramédicaux afin d'offrir aux patients une haute expertise en matière de traitement, de soins et de monitoring.

Une des passerelles du second socle commun (en préparation) portera sur l'exécution du plan inter-fédéral Soins intégrés. L'objectif sous-jacent de ce plan est d'offrir des soins de haute qualité à toutes les catégories de patients et d'ainsi améliorer l'état de santé de la population avec une attention spécifique pour cinq objectifs repris sous l'appellation « Quintuple Aim ». Pour atteindre ces cinq objectifs, une réforme du système de soin actuel est nécessaire afin de tendre vers un système plus orienté patient et également plus intégré.

3. Réduire les démarches administratives au sein du système de soin de santé.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Depuis quelques années, l'INAMI s'engage à réduire et simplifier de manière drastique les démarches administratives et ce, tant pour les assurés sociaux que les prestataires de soin afin de faciliter à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnités sûre et efficace. Cette diminution de la charge administrative contribue à rendre notre organisation plus efficace dans la gestion de ses moyens.

Les trois projets suivants participeront à la simplification administrative :

- L'article 10 va concrétiser et implémenter la réforme juridique de l'intervention majorée, initiée par le Service des soins de santé de l'INAMI sur les processus du Service du contrôle administratif.
- L'article 13 porte sur l'intégration administrative des détenus et des internés au sein de l'ASSI. Un plan d'action rendra cette intégration administrative opérationnelle sur le terrain.
- L'article 14 travaillera à l'actualisation des interventions AMI dans les frais de transport régulier et cherchera des solutions pour la prise en charge des transferts entre hôpitaux.

Poursuivant le même objectif que les initiatives précédentes, le développement du service center, créé début 2021 dans le cadre du programme passerelles du premier socle commun, visera à une meilleure coordination et à un suivi des interactions avec les clients (citoyens, prestataires de soins ou entreprises). Les principaux avantages de cette structure sont les suivants :

- Un point de contact unique. Le client ne doit plus se demander à quelle administration de soins de santé il/elle doit s'adresser pour poser ses questions. Il/elle contacte le Service Centre qui lui répondra.
- Un self-service bien conçu et développé permettant aux clients d'effectuer eux-mêmes certaines interactions ou de consulter des informations sur le portail en ligne.
- Une traitement harmonisé de l'interaction avec les clients par une approche multi-canaux univoque.
- Dans une phase ultérieure, un transfert rapide vers d'autres institutions de soins de santé (Communautés et Régions).

4. Garantir un accès rapide et adéquat à des thérapies nouvelles et/ou plus ciblée.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE, TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME

Faciliter l'accès à des traitements innovants a toujours été au cœur des préoccupations de l'INAMI et de ses partenaires. Cet objectif participe directement à augmenter l'accessibilité aux soins et nécessite une collaboration étroite avec les autres administrations.

Le programme passerelles du socle commun (2^{ème} socle en préparation) comporte un volet sur l'«accès à l'innovation dans les soins (médicaments et la technologie) ». Cette passerelle concourt à la réalisation e.a. des trois objectifs suivants :

- le renforcement de la coordination au niveau international ;
- la mise en place d'une plateforme de concertation avec les acteurs concernés ;
- l'identification d'ateliers où des synergies/collaborations sont possibles.

5. Renforcer la participation et l'empowerment du patient.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE, TRAVAILLER ENSEMBLE

L'INAMI s'inscrit dans une longue tradition de concertation sociale, et la voix des patients fait partie des points de vue à prendre en considération.

Dans la période couverte par le 2^{ème} Avenant au 5^{ème} contrat d'administration, l'INAMI a préparé une note d'orientation qui constitue le plan directeur pour la mise en place d'un futur Forum patients comme plateforme de concertation structurelle avec les groupements de patients où tous les sujets relatifs à l'INAMI sont abordés.

Les victimes d'accidents médicaux seront aidées plus rapidement et plus efficacement grâce à l'adaptation des procédures et à l'amélioration du processus de communication relatif aux dossiers en cours. De plus, le Fonds des accidents médicaux (FAM) continuera à éliminer le retard accumulé historiquement dans le traitement des dossiers (article 32). Dans le cadre de ce contrat, des initiatives, comme les Customer Journeys citées à l'article sur le trajet d'optimisation des processus de l'INAMI, participeront à renforcer la prise en compte des attentes des patients.

6. Améliorer en continu la qualité de l'offre de soins de santé.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE

Veiller à l'amélioration continue de la qualité de l'offre de soins de santé est l'objectif en ligne de mire d'une grande partie des projets initiés par l'INAMI et ses partenaires.

Concrètement, l'INAMI participera à la création d'un statut juridique « palliatif » pour l'assurance maladie obligatoire. Ce projet repris dans l'article 11 définira en fonction du besoin de soins et du stade de soins de la personne concernée, une base pour le financement des soins palliatifs et l'octroi de prestations supplémentaires.

Perspective du processus

Les projets repris dans cette rubrique participent à l'amélioration et l'informatisation des processus.

7. Investir dans l'automatisation et la digitalisation des processus dans tous les domaines au sein d'une culture Lean.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Depuis quelques années, l'INAMI s'est lancé dans un trajet de digitalisation intensif. Le nombre de projets de digitalisation dans les précédents contrats d'administration et autres accords n'a cessé de croître. Cette vague de digitalisation concerne tant nos processus pour l'interne que ceux envers nos clients externes.

5 projets s'inscrivent dans ce trajet de digitalisation :

- L'INAMI poursuit ses initiatives de simplification administrative. La quatrième étape de ce trajet s'attardera sur la réforme des demandes de médicaments (Chapitre IV). Ce projet (article 17) se concentre sur la simplification, la rationalisation et l'amélioration de l'accès aux médicaments, avec une référence particulière à l'accès conditionnel aux médicaments.
- L'INAMI a réalisé la plus grande partie de son programme de digitalisation dont, entre autres, la numérisation de nos archives, l'automatisation et la digitalisation de nos processus et de notre manière de travailler, la mise en place d'interfaces digitales, la création d'applications mobiles... L'article 27 participe à l'effort de digitalisation d'une part en facilitant la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (CIT), et d'autre part en cherchant à automatiser l'enregistrement et le traitement des CIT au sein des OA via un algorithme.

- Dans le cadre du projet européen Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI), l'INAMI va mettre en place une gestion centralisée et sécurisée des dossiers d'invalidité internationaux à travers une application intégrée, Proratis (article 28). Cette nouvelle application permettra la digitalisation des échanges entre les différentes institutions de sécurité sociale des Etats membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen
- Le projet repris à l'article 29 vise à finaliser le développement d'une application informatique intégrée IDES, permettant de traiter de manière automatisée les dossiers individuels d'invalidité mais aussi d'autres processus du service indemnités, comme la réinsertion socio-professionnelle et le Contrôle ciblé.
- L'INAMI procédera également à la refonte du programme informatique Incapacity For Work (IFW) vers un nouveau programme appelé Disability Payment Control (DPC) (article 34). Ce projet est crucial, tant pour le Service Indemnité, l'ICT que pour les OA afin d'offrir une solution plus rapide et plus robuste pour assurer le traitement des données de paiement dans le cadre de l'AMI avec un minimum d'erreurs.

Au niveau des trois administrations de soins de santé, l'exécution du plan e-santé s'inscrit dans le cadre du programme passerelles (2^{ième} socle en préparation). Ce plan est structuré en 7 catégories et veille, entre autres, à la mise en place de certains projets ou à l'amélioration de solutions existantes (ex : eattest, Personal Health Viewer et VIDIS repris à l'article 37,...).

Une autre initiative « passerelle », dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle législation sur la qualité des soins (« loi qualité »), concerne le développement du nouveau portail supra-organisationnel « ProSanté » en collaboration avec le SPF Santé publique. Sur ce portail, à court terme, le dispensateur de soins pourra :

- transmettre ses données de contact
- compléter/consulter le registre des pratiques
- télécharger des documents officiels du SPF Santé publique ou de l'INAMI

ProSanté reprendra aussi les fonctionnalités existantes de MyInami, notre portail actuel et à terme, ce portail remplacera MyInami. Avec cette simplification administrative, nous souhaitons permettre au dispensateur de soins d'avoir plus de temps pour les soins eux-mêmes.

8. Améliorer la gestion des risques au sein de notre organisation.

Domaine stratégique : INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

La thématique de la maîtrise des risques à l'INAMI n'est pas nouvelle. Comme détaillé dans l'article traitant du trajet d'optimisation des processus de l'INAMI, le Risk Management a été intégré dans le fonctionnement de notre organisation afin de continuer à optimiser l'utilisation des moyens mis à notre disposition. Cet exercice permet également de repenser nos pratiques dans une optique de viabilité long terme.

Dans ce contexte, l'article 35 participera à renforcer la sécurité des systèmes informatiques de l'INAMI. Les mises à jour des systèmes seront accélérées, de plus grandes synergies entre les systèmes verront le jour, des systèmes de sécurité supplémentaires seront mis en place et les connaissances en matière de sécurité dans le développement des applications seront davantage développées.

Perspective des moyens

La maîtrise des moyens : maîtrise des moyens internes maîtrise des dépenses de l'ASSI (externes).

9. Viser, avec tous les acteurs associés, à une diminution de la fraude sociale et des autres abus.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Lors de ces dernières décennies, le service du contrôle administratif et le service d'évaluation et de contrôle médicaux ont mis en place un certain nombre de mesures afin d'enrayer la fraude de manière préventive et répressive. Ces mesures prennent en compte les nouvelles tendances en termes de fraude et autres abus et permettent directement de récupérer des montants injustement versés et ainsi augmenté les moyens de l'ASSI. Ce travail de réforme est systématiquement mené en concertation avec tous les acteurs concernés.

L'INAMI poursuivra ses actions de lutte contre la fraude via plusieurs projets :

- L'article 30 continuera de développer les actions de lutte contre la fraude sociale dans les domaines suivants : les domiciliations fictives et la cohabitation frauduleuse, les séjours irréguliers à l'étranger, l'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale, les cumuls interdits d'indemnités d'incapacité de travail et d'activités non autorisées qui ont été déclarées à l'ONSS et les mêmes cumuls lorsque l'ONSS n'a pas été informé.
- A côté de cela, le Service du contrôle administratif continuera à exécuter son processus d'évaluation de la performance des organismes assureurs (repris dans l'article 31) en vue d'une meilleure responsabilisation de ceux-ci sur les moyens octroyés.

10. Garantir l'intégrité et la confidentialité des données.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

La garantie de l'intégrité et de la confidentialité des données au sein du secteur des soins de santé est cruciale. Cette préoccupation force l'INAMI à remettre en question ses processus sous ce prisme et à repenser ses flux de données vers les parties prenantes externe.

Le projet « Environnements numériques sécurisés » (article 35) s'inscrit dans cet objectif et vise à renforcer la sécurité des systèmes numériques. Tous les éléments de ce projet contribuent à réduire les risques de cybercriminalité et à augmenter la disponibilité, la confidentialité et l'intégrité des informations et des processus business de l'INAMI. Les citoyens, les dispensateurs de soins et les entreprises ont une garantie accrue que leurs données sont stockées en toute sécurité et gérées correctement.

Plusieurs initiatives ont été et seront prises tant au niveau de l'INAMI que des trois administrations de soins de santé dans le cadre du programme data du REDESIGN (2^{ème} socle en préparation).

11. Miser sur la Data Intelligence en élargissant le captage d'information, en enrichissant la qualité et la profondeur des données en les rendant automatiquement accessibles aux parties autorisées.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

L'accord gouvernemental mentionne l'importance d'une politique coordonnée en matière de open data ainsi que sur le développement d'une stratégie fédérale pour le déploiement de big data. L'INAMI intensifiera ses efforts dans ce domaine au cours des prochaines années. Dans le cadre de la stratégie data de l'INAMI, un programme de consolidation des fondamentaux est mis en place pour permettre à l'organisation de devenir plus orientée data et mettre à disposition des Services, les outils, la gouvernance, les processus et les informations nécessaires à l'accomplissement de leur missions.

Plus largement, le second socle commun (en préparation) prévoit de mettre en place un programme data afin de généraliser les bonnes pratiques en termes de gestion de données aux trois administrations de soins de santé.

12. Responsabiliser les prestataires de soins sur l'efficacité.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Lutter contre les soins inutiles, inappropriés ou non conformes est un objectif permanent et devient, dans le contexte budgétaire actuel, plus important que jamais. Pour répondre à ce besoin, nous développons une série de mesures et de nouvelles méthodes visant à limiter la dispensation de soins inefficaces. L'approche choisie par l'INAMI est intégrée et ciblée sur l'exploitation de moyens complémentaires et de synergies afin de promouvoir l'utilisation optimale des moyens de l'assurance auprès des dispensateurs de soins et de tous les acteurs de la santé.

Après deux plans d'action couvrant successivement les périodes de 2016-2017 et 2018-2020, un nouveau plan d'action (2021-2023) a été rédigé dans la continuité des initiatives visant à promouvoir une approche intégrée de la promotion de l'utilisation rationnelle des ressources (article 21).

13. Aligner le financement des hôpitaux sur la politique globale de soins et y intégrer la supervision.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME

Les évolutions dans le secteur des soins de santé impliquent de devoir revoir le financement et l'organisation des hôpitaux ainsi que leur place dans le paysage thérapeutique. L'INAMI a un rôle important à jouer à dans la réforme des pratiques existantes et la coordination de leurs exécutions.

Deux projets participent directement à la réalisation de cet objectif :

- La réforme du financement des hôpitaux (article 23) a pour but de parvenir à un financement correct des soins de qualité au sein d'une offre hospitalière adaptée aux besoins. La politique de réforme concerne, d'une part le paysage hospitalier et l'offre (réorganisation des missions de soins par la mise en réseau) et d'autre part, les systèmes de financement du secteur hospitalier.
- Le projet « trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance maladie 2022-2024 » (article 26) a été lancé au début de l'année 2021 dans le but d'actualiser les instruments et processus politiques utilisés afin de faciliter une approche intégrée et transversale de la refonte de

l'assurance maladie pour les prochaines décennies. Elle concerne le développement d'une vision stratégique (à moyen et long terme) de l'assurance maladie et la mise à disposition des ressources nécessaires.

Le projet « Réforme du financement des hôpitaux fait partie intégrante du socle commun (2^{ème} socle en préparation). En effet, ce projet est mené conjointement avec le SPF SCAE, KCE et l'AFMPS.

14.Optimiser la gestion financière de l'assurance soins de santé et indemnités.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

L'optimisation de la gestion financière de l'assurance soins de santé et indemnités est un des chantiers continus de l'INAMI.

Cette thématique fera partie intégrante des trois projets suivants du présent contrat :

- La réalisation d'une étude préliminaire portant sur la coopération intermutualiste (article 22) permettra la définition d'un nouveau modèle de gestion plus intégré, en vue de générer des gains d'efficience et de créer un éventuel espace de réinvestissement pour l'avenir.
- Le projet « trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance maladie 2022-2024 » (article 26) mentionné dans l'objectif précédent participera également à optimiser la gestion financière de l'ASSI via la mise en place d'un cadre budgétaire plus dynamique.
- L'amélioration du traitement des dossiers internationaux en matière de proratisation de l'indemnité d'invalidité (article 33) participa également à améliorer la gestion financière de l'ASSI.

Perspective de l'innovation

Les projets de cette dernière catégorie contribuent à réformer divers aspects de l'AMI.

15.Développer davantage un cadre de travail durable pour le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et pour la recherche clinique.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME

Encadrer le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes nécessite une collaboration étroite entre de nombreux acteurs, nationaux comme internationaux. À travers la réalisation de cet objectif, l'INAMI participe à développer et optimiser ses interactions avec tous les acteurs concernés par cette thématique.

Deux projets repris dans le présent contrat s'inscrivent dans cet objectif :

- L'article 15 concerne le renforcement et la poursuite de l'ancrage de l'actuel accord BeNeLuxA. Cet accord définit un modèle de coopération internationale entre les différentes instances chargées du remboursement des médicaments en vue de contribuer à un accès aux médicaments innovants plus rapide et plus abordable financièrement pour les patients. Outre le contrôle du prix des médicaments, cette collaboration vise à réaliser des gains d'efficience substantiels grâce, entre autres, à l'échange structurel de données et d'expertise et à l'organisation d'évaluations communes.
- L'article 16 vise à réformer la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et à adapter les "Managed entries agreements" (accords Art. 111/112/113), en mettant l'accent

sur l'utilisation accrue de l'expertise en matière d'évaluation des technologies de la santé et sur une plus large intégration des initiatives de coopération internationale au sein du processus décisionnel national de remboursement des médicaments.

Le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et l'investissement dans la recherche clinique sont des préoccupations communes aux trois institutions de soins de santé. Cette thématique fait l'objet d'initiatives communes reprises dans le second socle commun (en préparation) et plus précisément, dans la passerelle « Accès à l'innovation dans les soins ».

16.Poursuivre la coopération et le développement de synergies avec les acteurs nationaux et européens

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Pour relever au mieux les défis qui se présentent, l'INAMI pilote des initiatives visant à renforcer les collaborations tant au niveau national qu'international, impliquant des acteurs variés issus tant du monde académique et médical, que des organismes assureurs ou d'autres administrations publiques.

Deux projets participent directement à la réalisation de cet objectif :

- L'article 18 (Pharmaco-économie 2.0) vise à optimiser les analyses budgétaires en tant qu'outil de soutien efficace et efficient pour la prise de décision concernant le remboursement des prestations pharmaceutiques. Le projet consiste à standardiser et modéliser les analyses budgétaires via des rapports structurés et une analyse intersectorielle globale de l'impact budgétaire.
- L'article 36 préparera la création d'une procédure par laquelle le Comité général de gestion décidera comment les moyens non attribués des frais d'administration variables peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités. La mise en place d'une telle procédure permettra d'améliorer la coopération avec les OA et ainsi générer des retours de gain dans le budget de l'assurance soins de santé ou des frais d'administration des mutualités.

Sur le plan national, le programme REDESIGN vise à créer des synergies, des alignements et une collaboration accrue entre les services des trois institutions de soins de santé afin d'améliorer le service rendu au citoyen et de gérer de manière optimale les moyens de l'assurance soin de santé. Plusieurs projets cités précédemment s'inscrivent directement dans cette dynamique et leur réussite dépend d'une bonne collaboration inter-administrations. Il s'agit notamment des projets suivants :

- la réforme du financement des hôpitaux ;
- le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé;
- l'exécution du plan interfédéral Soins intégrés;
- l'exécution du plan e-santé ;
- ...

17.Simplifier et aligner la nomenclature à la politique et au contexte actuel.

Domaine stratégique : INNOVATION & REFORME

L'INAMI a lancé un vaste chantier visant à réformer structurellement la nomenclature des prestations de santé. L'objectif général est de donner une nouvelle logique et structure à la nomenclature médicale actuelle afin de corriger, mettre à jour et améliorer le modèle actuel.

Le projet repris à l'article 25 prévoit de continuer les actions en la matière en vue de réformer la nomenclature et d'aboutir à une simplification et harmonisation de celle-ci. Les données de la nomenclature peuvent être consultées via l'application web NomenSoft de l'INAMI, accessible au public. Le renouvellement, l'optimisation et la mise en production de cette application fait également partie de ce projet et permettra de disposer d'une application performante tenant compte de l'évolution des besoins des utilisateurs externes et internes.

18.Promouvoir un environnement de travail axé sur le respect mutuel, la motivation et l'engagement afin de garantir une collaboration saine et durable.

Domaine stratégique : TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME

Une préoccupation majeure du management de l'institution a toujours été de veiller à un environnement de travail qui stimule ses agents dans le cadre du développement de leurs compétences et de la prise de responsabilités. Le but recherché par cet objectif est également de faire évoluer nos méthodes, en vue d'une bonne collaboration entre les différents services et direction. Ce trajet de changement est mené en parallèle par le SPF SPSCA et l'AFMPS afin de se retrouver avec la même philosophie de travail.

Le projet suivant participera à cet objectif :

- Le trajet de modernisation et de réflexion entamé par le service communication en 2019 sera poursuivi (article 19) via l'implémentation d'une nouvelle stratégie et d'un nouveau site internet. L'optimisation et la professionnalisation de la communication externe permettront de rendre plus visibles les actions, le fonctionnement et les résultats de l'INAMI.

19.Assumer un rôle moteur dans le développement d'une vision sur des soins de santé durables et qualitatifs.

Domaine stratégique : ACCESSIBILITE, TRAVAILLER ENSEMBLE, INNOVATION & REFORME, UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS

Le secteur des soins de santé est confronté à d'importants défis tant sur le plan sociétal, médical que technologique. Pour y faire face, certaines réformes ont déjà été retenues et sont déjà en cours d'exécution. Il reste toutefois important de rester alerte et de garder un œil ouvert sur le futur afin de concevoir, ensemble, la politique de soins de santé de demain en prenant compte des défis futurs et de la viabilité du système. Cet exercice doit être mené par toutes les administrations actives dans le domaines des soins de santé.

Le projet « trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance maladie 2022-2024 » (article 26), mentionné dans l'objectif 13 et 14, participera également à développer une vision stratégique (à moyen et long terme) de l'assurance maladie via l'intégration des objectifs de santé dans la procédure budgétaire.

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

Article 10. Précision et adaptation de la réglementation relative à l'intervention majorée en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables.

Cet article marque la fin du trajet d'adaptation de l'intervention majorée (IM) initiée par l'article 11 (partie 1) du 5^e Contrat d'administration (2016-2018) et poursuivi par l'article 9 (partie 1) de l'avenant 2019-2020 et l'article 11 (partie 1) de l'avenant 2021.

Description

Partie 1 : Note de vision sur l'ouverture du droit à l'intervention majorée (IM)

- Élaboration d'un texte de vision à long terme sur l'ouverture du droit à l'IM qui sert de base à la nouvelle réglementation IM, avec
 - recherches sur les différentes formes et les différents degrés d'automatisation pour l'octroi du droit à certains groupes cibles,
 - entrée d'indicateurs basés sur le statut socio-économique et
 - lien avec des critères comme le patrimoine mobilier et immobilier.

Partie 2 : Mise en œuvre de la réforme de l'intervention majorée 2022-2024

- Modification des flux de données gérés par le SCA en lien avec la nouvelle réglementation relative à l'intervention majorée prévue.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes principaux

- Optimisation de l'accès aux soins pour les groupes vulnérables.
- Abaisser et simplifier la charge administrative au sein des soins de santé.

Carte des processus

- **Domaine de processus :**
 - 1) Octroi/Contrôle de l'accessibilité financière
 - 2) Gérer, analyser et/ou publier les données d'assurabilité
 - 3) Élaborer/Adapter et opérationnaliser la législation et la réglementation
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**
 - Gérer l'intervention majorée
 - Analyser et rapporter les situations et les données d'accessibilité Gestion de l'échange de données rapport semestriel intervention majorée (IM)
 - Rédiger des textes réglementaires SdSS

Contexte

Une des missions clés de l'INAMI consiste à permettre et à préserver l'accessibilité financière aux soins de santé pour tout un chacun. La suppression ou l'abaissement des seuils financiers et administratifs est un défi permanent pour contribuer à mettre sur pied un système de soins de santé inclusif et accessible.

Le présent article vise à poursuivre des initiatives antérieures issues de contrats d'administration précédents que le Service des soins de santé et le Service du contrôle administratif ont prises afin d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes de population vulnérables.

La mesure d'accessibilité financière « intervention majorée » est une mesure sociale importante, non seulement dans la perspective de soins de santé abordables pour les intéressés (remboursement plus élevé des frais médicaux, accès au maximum à facturer social et utilisation du régime du tiers payant) mais aussi parce que l'IM donne accès à une série de droits dérivés en dehors des soins de santé. Nombre d'autres avantages sociaux - téléphonie à tarif social, réductions sur le prix des transports en commun, chèques taxi, etc. - sont octroyés sur la base du bénéfice de l'intervention majorée. Le bénéfice ou non de l'IM a donc un impact important sur les capacités financières d'un bénéficiaire et de son ménage.

Concrètement, l'objectif est, pendant la durée de ce 6^e Contrat d'administration, de finaliser le processus d'ajustement concernant la précision et l'automatisation des critères d'octroi de l'intervention majorée, entamé dans le 5^e Contrat d'administration (2016-2018) et poursuivi dans les avenants, et d'intégrer les orientations qui en résultent dans la réglementation. Ensuite sera lancée l'opérationnalisation des flux de données ajustés.

La mise en œuvre de ce projet est entièrement conforme aux points 1.3 Sécurité sociale et 1.6 Lutte contre la pauvreté et accès aux droits de l'actuel accord de gouvernement.

Partie 1 : Note de vision sur l'ouverture du droit à l'intervention majorée (IM)

Dans le courant de l'année 2021, en vertu de l'article 11 de l'avenant 2021, il a été décidé de diviser le travail réglementaire sur la réforme de l'IM en un trajet (1) « Quick wins » et un trajet (2) « Vision à long terme automatisation de l'IM ».

À l'automne, une première série d'adaptations réglementaires (« Quick wins ») a été effectuée, notamment l'élimination de la discrimination existante concernant le plafond dans les situations de coparentalité et l'augmentation des plafonds des revenus en fonction de l'augmentation des pensions minimales.

Se basant sur l'étude antérieure menée dans le cadre du précédent Contrat d'administration et des avenants, l'INAMI élaborera, dans le cadre de ce 6^e Contrat d'administration un texte de vision à long terme concernant l'ouverture du droit à l'intervention majorée (IM).

Cette note de vision à long terme marquera la fin des débats de fond et techniques actuellement menés au sein des groupes de travail ad hoc et du groupe de travail assurabilité avec les OA. Dans les discussions, pour chaque proposition de base, une pondération systématique est faite entre le bénéfice potentiel pour les bénéficiaires et les implications techniques concernant les ajustements nécessaires aux flux de données IM.

Outre les orientations de fond, cette note de vision comprendra également un planning rétrospectif par étapes avec une proposition de calendrier et des accords de base entre les différents partenaires (OA, SCA,

SPF Finances, etc.) impliqués dans la mise en œuvre technique des réformes réglementaires prévues (concernant les adaptations nécessaires aux flux et aux données et aux applications existantes).

Dans la note de vision, il sera également tenu compte des recommandations du **rapport de l'OSE « Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique »** et de l'étude du **projet BELMOD du SPF Sécurité sociale** qui, d'une part, dressera un inventaire des mesures politiques visant à réduire le « non-take up » (NTU) (non-recours aux droits sociaux) en Belgique et, d'autre part, développera un modèle de microsimulation pour pouvoir simuler des propositions stratégiques.

En tant que partenaire du projet BELMOD, l'INAMI demandera une simulation de certaines propositions pour un octroi plus simple et plus équitable du droit à l'IM et inclura ces résultats dans la note de vision.

La note de vision examine **les diverses formes d'octroi du droit** à l'intervention majorée (entièrement automatique - partiellement automatique - après une enquête sur les revenus sur la base d'une demande ou à la suite du flux proactif) à certains groupes cibles sur la base de divers **indicateurs fondés sur le statut socio-économique** d'une personne (par exemple, le chômage, l'incapacité de travail, la retraite, la famille monoparentale) et **sur la base des données relatives au patrimoine**. Par exemple, il est examiné si certaines personnes peuvent être exclues du droit à l'IM sur la base de certains critères tels que le patrimoine mobilier et immobilier.

Un équilibre doit être trouvé entre, d'une part, la **lutte contre le non-take up** en ouvrant le droit à l'IM de manière plus automatique et plus simple administrativement aux bénéficiaires vulnérables qui sont le moins à même de faire valoir leurs droits et, d'autre part, la nécessité d'un contrôle a posteriori de la situation patrimoniale et de revenus de l'intéressé, **afin d'éviter l'octroi illégitime de l'IM**, ce qui peut être le risque en cas d'automatisation complète. Il faudra également tenir compte du principe « only once » et des bases de données déjà existantes dont peuvent disposer les OA pour l'octroi du droit à l'IM.

Cela devrait garantir une **simplification administrative** pour les assurés sociaux et pour les OA, étant donné qu'il n'y aura plus de seuils administratifs, tels que le remplissage d'une déclaration sur l'honneur pour l'enquête sur les revenus, lors de l'ouverture du droit à l'intervention majorée.

L'INAMI s'engage, dans le cadre de ce Contrat, à soumettre au Comité de l'assurance (après approbation au sein du groupe de travail assurabilité), pour la mi-2023, un texte de vision à long terme contenant les propositions réglementaires de base pour une automatisation accrue des critères d'octroi de l'IM en vue d'un meilleur take-up et d'un octroi plus efficace et ciblé/légitime du droit à l'IM.

Les adaptations nécessaires aux flux de données font l'objet de la section 2 de ce même article.

Partie 2 : Mise en œuvre de la réforme Intervention majorée 2022-2024 : modification des flux de données gérés par le SCA dans le cadre de la nouvelle réglementation prévue.

En 2015, l'INAMI et les organismes assureurs (OA) ont organisé le flux proactif en collaboration avec la Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) et le Service public fédéral Finances. Ce flux proactif est un processus permettant d'identifier les personnes ayant potentiellement droit à l'intervention majorée (IM). La nécessité de détecter de manière proactive des bénéficiaires potentiels provient du phénomène de non-recours (« non take-up ») aux droits.

Le Service du contrôle administratif a plusieurs obligations en matière de gestion de l'octroi des droits dans le cadre de l'IM. Le SCA gère différents processus liés à la reconnaissance et au contrôle des règles de l'IM. Ces processus consistent d'une part en un échange de données visant une prolongation du droit et une détection proactive des bénéficiaires potentiels de l'IM et, d'autre part, en une évaluation et un

contrôle de l'IM sur base des données échangées.

Les échanges de données liés à l'IM sont le contrôle systématique, le fichier global et le flux proactif.

Le contrôle systématique a pour but la prolongation du droit à l'IM pour les assurés qui ont vu leur droit octroyé sur base d'une enquête de revenu, en grande partie automatisé. Environ la moitié des 2 millions de bénéficiaires obtiennent le bénéfice de l'IM sur base d'une enquête sur les revenus.

Le processus du flux proactif est un moyen important dans la lutte contre le non recours au droit à l'intervention majorée. Le but du processus est de détecter les nouveaux bénéficiaires potentiels de l'IM.

Grâce au fichier global, les organismes assureurs communiquent les données socio-économiques et d'assurabilité relatives aux bénéficiaires de l'IM.

Les données dont dispose le SCA dans la mise en œuvre de ces objectifs, combinées à d'autres données telles que celles du fichier global, sont utilisées à des fins d'évaluation et de suivi.

L'implémentation de la réforme BIM débutera au cours de ce 6^{ème} contrat d'administration avec une analyse préparatoire réalisée en parallèle des discussions élaborées dans la partie 1 de cet article.

Dans le cadre de ce projet, le SCA s'engage à :

- examiner les possibilités d'adaptation des flux de données aux nouvelles dispositions réglementaires, et ce en vue des objectifs décrits ci-dessus. Cela concerne les adaptations relatives aux flux électroniques, aux bases de données et aux applications ICT ;
- entamer les discussions (création d'un groupe de travail) et contacts avec les partenaires concernés : organismes assureurs , SPF finances, autres organismes détenteurs de données et dresser un planning de réalisation concrète de l'intégration de nouvelles données consécutives à la révision des dispositions réglementaires en la matière ;
- phaser l'automatisation de la prise en considération des revenus en fonction de la faisabilité de l'adaptation des programmes informatiques requis ;
- rendre compte des données sur la base des flux de données opérationnalisés et d'évaluer les ajustements réglementaires effectués (évolution du nombre d'ayants droit, ...).

Liste des actions-engagements

Partie 1 : Note de vision sur l'ouverture du droit à l'intervention majorée (IM)

1. Soumission au Comité de l'assurance de la note de vision à long terme sur l'ouverture du droit à l'intervention majorée (IM), (y compris un rétroplanning INAMI-OA soutenu conjointement pour la mise en œuvre technique), après approbation au sein du groupe de travail assurabilité et compte tenu des études antérieures effectuées dans le cadre du 5^e CA et des recommandations de l'OSE et du projet BELMOD. Date limite : 30/06/2023.
2. Élaboration de la nouvelle réglementation relative à l'intervention majorée (IM) sur la base de la note de vision à long terme sur l'IM par le Comité de l'assurance. Date limite : au fur et à mesure, conformément aux jalons convenus dans la note de vision

Partie 2 : Mise en œuvre de la réforme Intervention majorée 2022-2024 : Modification des flux de données gérés par le SCA dans le cadre de la nouvelle réglementation prévue.

3. Une analyse préparatoire réalisée en parallèle des discussions sur la révision de la réglementation tenues dans la partie 1. Date limite : 31/03/2024.
4. Assurer une mise en œuvre technique - progressive ou non - pour réaliser les objectifs décrits dans la note de vision selon les délais convenus dans cette note. Date limite : X = jalons convenus dans la note de vision.

Effets attendus

- Renforcement de l'accessibilité effective au droit à l'intervention majorée
- Simplification administrative pour les assurés sociaux et les OA
- Soutien aux OA dans l'octroi des droits à l'ASSI
- Automatisation accrue de la détection et la prolongation des droits BIM pour les assurés sociaux et pour les OA
- Optimisation de l'échange de données entre le SPF Finances – la BCSS - le CIN – les OA et l'INAMI
- Rationalisation de la charge de travail par l'optimisation interne des processus/applications liés

Facteurs externes

- Collaboration et interaction avec des partenaires externes (organismes assureurs, AIM, dispensateurs de soins, le SPF Finances, la BCSS, etc.)
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 11. Création d'un statut palliatif destiné à optimiser les interventions de l'AMI dans le cadre des soins palliatifs.

Il s'agit d'un nouvel article qui n'était pas encore repris dans les précédents contrats d'administration.

Description

Création d'un statut palliatif dans l'assurance obligatoire soins de santé en fonction des besoins en soins et du stade du traitement de la personne concernée, sur la base duquel il est procédé à des interventions dans le cadre des soins palliatifs et à l'octroi d'avantages supplémentaires, avec par la suite le développement d'une approche spécifique pour des cas de soins bien définis, en particulier pour les soins palliatifs chez les mineurs.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes principaux

- Optimiser l'accès aux soins pour les groupes vulnérables.
- Abaisser et simplifier la charge administrative dans le secteur des soins de santé.

Carte des processus

- **Domaine de processus :**
 - 1) octroyer/contrôler l'accessibilité financière
 - 2) élaborer/adapter et mettre en œuvre la législation et la réglementation
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**
 - rédiger des textes réglementaires SdSS

Contexte

Dans le cadre de l'assurance obligatoire, plusieurs avantages sont octroyés aux bénéficiaires en soins palliatifs. Il s'agit par exemple de :

- la suppression du ticket modérateur pour certaines prestations ;
- l'octroi d'un forfait palliatif ;
- l'attestation de codes spécifiques de la nomenclature pour l'art infirmier et la kinésithérapie ;
- une dérogation à l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant.

Comme il n'existe pas de statut palliatif sur le plan juridique, une réglementation a été prévue pour octroyer ces avantages aux ayants droit qui ont bénéficié du forfait palliatif (l'un des avantages prévus pour les bénéficiaires en soins palliatifs). Le forfait palliatif est toutefois réservé aux bénéficiaires qui sont en phase terminale et qui restent chez eux.

L'ensemble de ces avantages est souvent considéré comme un « statut palliatif ».

Parallèlement, il a été prévu de supprimer le ticket modérateur pour les visites chez les généralistes et d'accorder une dérogation à l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant aux bénéficiaires en soins palliatifs qui ne restent pas à domicile. Ce statut est parfois appelé « statut palliatif pour personnes résidant dans un établissement » et repose sur les critères prévus dans le cadre de la réglementation sur le forfait palliatif, dont les conditions liées à la résidence à domicile n'ont pas été retenues.

Pour les deux « statuts », il est donc prévu, par le biais des dispositions du forfait palliatif, une condition relative à l'espérance de vie (soit une espérance de vie comprise entre 24h et 3 mois) et il est établi qu'une fois ces avantages octroyés, les bénéficiaires peuvent en profiter de façon permanente (également en cas d'amélioration de leur état de santé).

Dans le passé, plusieurs acteurs (Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE : « Organisation des soins palliatifs en Belgique », KCE Reports 115B (2009) et la Cellule d'évaluation concernant les soins palliatifs dans plusieurs de ses rapports) ont indiqué que restreindre ces avantages aux ayants droit dont l'espérance de vie est très limitée n'est pas recommandé. Les bénéficiaires en soins palliatifs peuvent avoir besoin de soins spécifiques susceptibles de varier entre les ayants droits et d'évoluer au cours du temps.

Dans ce contexte, l'échelle PICT est mise en avant. Cette échelle s'articule en deux parties :

- (1) une échelle d'identification, permettant de déterminer si le bénéficiaire est éligible ou non aux soins palliatifs ;
- (2) et une échelle dite « échelle PICT 2 » relative à la gravité des besoins en soins, aboutissant à trois statuts palliatifs (simple, majoré et complet).

Outre ces observations générales, il convient de prêter aussi une attention aux cas de soins spécifiques, pouvant nécessiter une approche différente ou des mesures d'encadrement, concernant du moins les soins palliatifs chez les mineurs.

Ce projet vise à offrir une réponse, dans le cadre de ce contrat d'administration, aux préoccupations mentionnées et à parvenir au développement d'un statut palliatif qui repose sur les besoins en soins du bénéficiaire, susceptibles de varier au fil du temps.

L'objectif est que dans l'assurance obligatoire, ce statut devienne la base pour déterminer les interventions dans le cadre des soins aux patients palliatifs, et pour octroyer des avantages supplémentaires. Il est également possible de prévoir une évaluation périodique du statut permettant de ne plus accorder les avantages indéfiniment dans le temps (comme c'est le cas aujourd'hui).

Pouvoir identifier les patients palliatifs en s'appuyant sur leurs besoins en soins améliore la qualité de ces soins. Les dispensateurs de soins concernés sont informés de la situation du bénéficiaire et peuvent dès lors adapter leurs soins. Le patient reçoit les soins dont il a besoin et ceux-ci sont correctement couverts par l'assurance maladie obligatoire.

Lors de l'élaboration du nouveau statut palliatif, la simplification administrative et la digitalisation seront également considérées. Par exemple, alors qu'aujourd'hui le forfait doit encore être demandé sur papier, l'application du futur statut palliatif se fera entièrement par voie numérique.

L'implémentation du « statut palliatif » a été prévue dans la dernière déclaration de politique du ministre de la Santé publique. La base légale est aussi reprise dans la prochaine loi portant des dispositions diverses en matière de santé (automne 2021).

Il sera procédé à la mise en œuvre du projet par phases.

Compte tenu de la grande complexité du projet, le KCE doit lancer une étude préliminaire approfondie avant la création du statut palliatif. À l'automne 2021, l'INAMI définira en concertation avec le SPF Santé publique et la Cellule stratégique la mission finale et les questions de recherche concrètes pour commencer cette étude. L'étude du KCE 2021-06 (HSR) « Échelle PICT et soins palliatifs en middle care » est actuellement en cours et sera effectuée et adaptée en étroite collaboration avec l'INAMI.

Dans un deuxième temps, en s'appuyant sur les recommandations formulées dans l'étude précitée du KCE, l'INAMI préparera une note politique d'orientation qui concrétisera le futur statut palliatif et la soumettra pour approbation aux parties prenantes concernées sur le terrain (dispensateurs de soins, organisations de patients) et à la cellule stratégique.

Dans la troisième et dernière phase, l'INAMI transposera ces orientations en une réglementation afin de créer le statut palliatif dans l'AMI (notamment quels avantages pour quel statut ? ...). La mise en œuvre technique du processus de remboursement concernant le nouveau statut palliatif (à savoir le processus de facturation et la consultation de l'assurabilité via MyCarnet) s'effectuera en étroite collaboration avec le CIN et les organismes assureurs.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger une note politique d'orientation qui concrétisera le futur statut et les interventions pour les soins palliatifs, sur la base des recommandations formulées dans la précédente étude du KCE 2021-06 (HSR) « Échelle PICT et soins palliatifs en middle care » et la soumettre pour approbation aux parties prenantes, à savoir les organes de gestion de l'INAMI (l'Observatoire des maladies chroniques, les Commissions de conventions ou d'accords concernées, dont le medicomut et autres et le Comité de l'assurance) et la cellule stratégique. Date limite: X+12 mois, X étant la date de publication de l'étude du KCE.
2. Élaborer un cadre réglementaire pour le « statut palliatif », l'objectif étant de l'intégrer dans l'assurance maladie obligatoire, y compris sa mise en œuvre technique dans la chaîne du processus de

remboursement. Date limite: X+18 mois, X étant la date d’approbation de la note politique par tous les acteurs concernés, à savoir les organes de gestion de l’INAMI (l’Observatoire des maladies chroniques, les Commissions de conventions ou d’accords concernées, dont le médicomut et autres et le Comité de l’assurance) et la cellule stratégique.

Effets attendus

- Pour les différents dispensateurs de soins, procéder à une identification correcte en s’appuyant sur les besoins en soins permet d’offrir des soins adaptés aux besoins des bénéficiaires, et ces dispensateurs voient ensuite ces soins correctement remboursés.
- En se basant sur le statut palliatif correct d’un bénéficiaire, les organismes assureurs peuvent mieux encadrer le bénéficiaire et, le cas échéant, vérifier de manière proactive si des soins ou interventions supplémentaires sont possibles.
- Un statut palliatif clair qui repose sur les besoins en soins du bénéficiaire est l’instrument le plus indiqué pour fournir des interventions et octroyer des avantages supplémentaires dans le cadre de l’assurance obligatoire.
- En utilisant efficacement les moyens, le bénéficiaire palliatif nécessitant des soins recevra un meilleur soutien et celui qui n’en a pas besoin ou bien dans une moindre mesure sera moins encadré.

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens RH et/ou ICT nécessaires
- Collaboration avec le SPF Santé publique et le KCE
- Collaboration avec le CIN et les organismes assureurs (mise en œuvre technique)

Article 12. Impact de la 6^e réforme de l’État sur le MÀF – Statut et forfait pour les malades chroniques.

Il s’agit d’un nouvel article qui n’était pas encore repris dans les précédents contrats d’administration.

Description

Il convient de conclure avec les entités fédérées un accord durable et correctement étayé sur le plan juridique aussi bien pour le MÀF que pour le statut « affection chronique » et le forfait pour les malades chroniques, l’objectif étant de ne pas laisser la/les réforme(s) de l’État détricoter les mesures fédérales d’accessibilité qui sont liées aux dépenses de santé.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes principaux

- Optimiser et maintenir l’accès aux soins pour les groupes vulnérables.

Carte des processus

- **Domaine de processus :**
 - 1) Octroyer/contrôler l'accessibilité financière
 - 2) Gérer, analyser et/ou publier les données d'assurabilité
 - 3) Élaborer/adapter et mettre en œuvre la législation et la réglementation

- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**
 - Gérer le maximum à facturer (MàF)
 - Analyser et rapporter les situations et les données d'accessibilité - Gérer l'échange de données rapport trimestriel MàF
 - Rédiger des textes réglementaires SdSS

Contexte

La 6^e réforme de l'État menace de détricoter les mesures fédérales d'accessibilité qui sont liées aux dépenses de santé car une partie des prestations ou respectivement des quotes-parts personnelles (« ticket modérateurs ») qui, avant les réformes de l'État, étaient reprises dans les compteurs de ces instruments d'accessibilité, risquent de disparaître de ces derniers. Ce point d'attention s'applique au statut « affection chronique », au forfait pour les malades chroniques et au MàF.

Si les dépenses liées aux compétences transférées n'entrent plus en ligne de compte dans le compteur du statut « affection chronique », on estime que 7,1 % des bénéficiaires qui peuvent actuellement prétendre à ce statut ne l'obtiendraient plus².

De même, un certain nombre d'assurés ne pourront plus bénéficier du MàF, ni du forfait pour les malades chroniques car ils n'atteindront plus le plafond requis des quotes-parts personnelles. Si au contraire, les dépenses entrent encore en ligne de compte mais que les entités fédérées élaborent leur propre réglementation, ceci risque d'aboutir à un traitement inégal entre les assurés selon leur lieu de résidence.

À l'heure actuelle, un partage pragmatique et partiel des données est prévu pour éviter les effets les plus néfastes en termes de continuité dans l'octroi de droits mais cette approche manque d'accords juridiques et financiers solides avec les entités fédérées.

Dans le cadre de ce 6^e Contrat d'administration et avant la fin de la législature actuelle, l'INAMI souhaite, en collaboration avec les entités fédérées, trouver une solution pour reprendre les dépenses de santé des prestations transférées dans les compteurs des mesures fédérales d'accessibilité, et ce, afin de maintenir le public cible de ces mesures.

Au moins pour le MàF, ce point a également été repris dans l'Exposé d'orientation politique Réformes institutionnelles et Renouveau démocratique (Chambre : DOC 55 1610/024) : « *Le gouvernement fédéral négociera avec les Communautés en vue de poursuivre, contre compensation, la réglementation selon laquelle les tickets modérateurs pour des prestations liées aux compétences des Communautés seront intégrées dans la facture maximale.* »

Concrètement, il convient d'établir des accords structurels concernant le partage nécessaire de données, et des accords financiers avec les entités fédérées, l'objectif étant un financement équitable et solidaire entre les différentes autorités.

² Cf. rapport « Évaluation du statut de personne atteinte d'une affection chronique », Observatoire des maladies chroniques, INAMI, Juin 2017, pp. 40, 42 et 98.

Ces accords doivent être fixés dans le cadre d'un accord de coopération qui permettrait également aux entités fédérées de développer, dans une certaine mesure, leur propre politique sociale, en utilisant les instruments fédéraux d'accessibilité qui seraient alors interfédéralisés, en fonction de leur participation et de leur contribution financières précises dans les compteurs.

Liste des actions-engagements

1. Lancement d'un groupe de travail interadministratif « Réforme de l'État », composé de représentants de l'autorité fédérale, des entités fédérées, des caisses d'assurance et des organismes assureurs. Date limite : 31/03/2023.
2. Pilotage de la concertation au sein du groupe de travail, et participation à l'élaboration d'une proposition politique qui prévoit à la fois pour le statut, le forfait pour les malades chroniques et le MAF une proposition détaillée et un projet d'accord de coopération y afférent qui s'exprime sur les accords nécessaires en matière de partage des données, la prévisibilité des modifications de la réglementation régionale connexe, les améliorations nécessaires dans les compteurs des mutualités pour garantir la transparence des décomptes financiers, et, enfin, une clé de répartition financière pour financer les frais de ces instruments d'accessibilité sur la base de l'apport choisi par l'entité fédérée elle-même. Date limite : 31/12/2023.
3. Veiller à expliquer et à inscrire à l'agenda de la CIM Santé publique cette proposition et le projet d'accord de coopération y afférent. Date limite : 31/03/2024.

Effets attendus

- Maintien des droits des assurés sociaux

Facteurs externes

- Collaboration avec les différentes entités fédérées pour parvenir à un accord concluant
- Collaboration avec les OA
- Disponibilité des moyens RH requis

Article 13. Réforme des soins de santé pénitentiaires : intégration administrative des détenus dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Ce projet concerne la poursuite de l'article 13 du 5e Contrat d'administration (2016-2018) et de l'article 11 (partie 3) de l'avenant 2021. En outre, il s'inscrit dans le cadre de la « Réforme des soins de santé pénitentiaires » plus étendue.

Description

Le projet vise à intégrer administrativement les détenus dans l'AMI, comme première étape d'une réforme globale des soins de santé pénitentiaires. Le plan d'action qui doit rendre opérationnelle cette intégration administrative sur le terrain repose sur le texte de vision commun de l'INAMI, du SPF Justice et du SPF Santé publique qui reprend l'ensemble des travaux préparatoires concernant les volets réglementaire, financier et technique.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes principaux

- Optimiser l'accès aux soins pour les groupes vulnérables.
- Abaisser et simplifier la charge administrative dans le secteur des soins de santé.

Carte des processus

- **Domaine de processus :**
 - 1) Octroyer/contrôler l'accessibilité financière
 - 2) Gérer, analyser et/ou publier les données d'assurabilité
 - 3) Élaborer/adapter et opérationnaliser la législation et la réglementation
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**
 - o Analyser et rapporter les situations et les données d'accessibilité ;
 - o Rédiger des textes réglementaires SdSS

Contexte

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un engagement pris dans l'accord de gouvernement visant à réformer les soins de santé dans le système pénitentiaire, et constitue la première étape dans la mise en œuvre de la note de vision sur la réforme des soins de santé pénitentiaires.

En octobre 2017, le KCE a publié une étude intitulée « Soins de santé dans les prisons belges ». Ce fut le point de départ d'une réflexion approfondie sur la dissociation des soins de santé des détenus du SPF Justice et leur intégration éventuelle dans le système de l'assurance maladie régulière (cf. 5e CA, article 13).

L'intégration administrative accélérée de la population carcérale dans l'AMI a aussi fait l'objet d'une recommandation du GEES³ dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire COVID-19 et figure dans le plan stratégique COVID-19 Santé publique⁴.

Début 2020, en collaboration avec le SPF Santé publique et le SPF Justice, l'INAMI a rédigé un texte de vision commun reprenant l'ensemble des travaux préparatoires sur les plans réglementaire, financier et technique dans l'optique d'intégrer administrativement les détenus dans l'AMI. Entre-temps, un consensus s'est dégagé entre toutes les parties prenantes concernées (SPF Justice, SPF Santé publique, entités fédérées, etc.) pour intégrer administrativement les détenus dans l'assurance obligatoire soins de santé, ceci comme première étape d'une réforme plus vaste.

Cette note de vision servira de projet en vue d'élaborer un plan d'action et un cadre de travail pour l'opérationnalisation de l'intégration administrative des détenus dans l'AMI. Tous les partenaires et niveaux de pouvoir concernés devront l'approuver.

Abstraction faite de quelques situations spécifiques (surveillance électronique, congé pénitentiaire, etc.), les détenus sont actuellement exclus de l'assurance obligatoire soins de santé car leur droit au remboursement des soins de santé a été suspendu par la mutualité.

Le projet vise à intégrer administrativement les détenus dans l'assurance obligatoire soins de santé comme première étape d'une réforme globale des soins de santé pénitentiaires. Pour permettre le basculement administratif de la population pénitentiaire dans le système de soins de santé réguliers, il faut préalablement examiner plus avant quelques conditions connexes majeures ainsi que les implications pratiques.

- Cela signifie, d'une part, que tous les détenus seraient assurés administrativement auprès d'une mutualité et, d'autre part, que les détenus pourraient déjà bénéficier de soins de santé à l'extérieur des murs de la prison (hospitalisation, soins réguliers ambulatoires), sans que cela n'affecte en premier lieu l'organisation et le financement des soins dans l'enceinte de la prison. Dans le cadre du lancement des projets pilotes en matière de soins de santé dispensés intramuros, sous la houlette du SPF Santé publique, nous renvoyons à la sous-partie du Socle commun à établir plus tard.
- La couverture partielle par l'AMI des soins de santé dispensés aux détenus requiert au préalable un calcul/une estimation financière de la consommation de soins (attendue) en dehors de l'enceinte de la prison.
- Par ailleurs, la concertation technique se poursuivra avec les différentes parties impliquées dans ce projet : SPF Justice, SPF Santé publique, INAMI, organismes assureurs (et Collège Intermutualiste National - CIN) et BCSS.
Dans le cadre de cette concertation, il conviendra de prêter attention tant à l'échange de données entre le secteur de la justice et le secteur de l'assurance maladie obligatoire qu'aux processus concrets permettant de garantir l'inscription des détenus à une mutualité avec droit au remboursement de leurs soins de santé et continuité de la prise en charge de leurs soins de santé.

3Cf. également le point 5.9 du cinquième rapport du GEES et les recommandations dans le cadre d'une deuxième vague : <https://news.belgium.be/sites/default/files/news-items/attachments/2020-06/GEES-20200603.pdf>

4 Cf. Plan stratégique COVID-19 Santé publique, *work package 10 Crisis overall management & business continuity*.

Il conviendra également d'examiner techniquement la manière dont le ticket modérateur de certains détenus peut être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire afin de ne pas hypothéquer la fourniture de soins de santé par manque de liquidités et conformément au principe déjà existant selon lequel l'État prend en charge, dans certaines limites, les soins de santé des détenus.

L'intégration administrative des détenus dans l'assurance maladie obligatoire offre une série d'avantages dérivés à ce groupe souvent vulnérable sur le plan social et dont les besoins en soins sont plus importants:

- Simplification administrative
L'inscription et l'assurance des détenus auprès d'une mutualité dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire a pour effet immédiat de mettre fin au système complexe actuel dans lequel les mutualités suspendent le droit au remboursement si le détenu ne présente pas un voucher spécifique.
- Libre choix du dispensateur de soins
Cela rend également le système moins stigmatisant pour le détenu et lui permet, comme tous les citoyens, de choisir librement dans l'offre de soins à l'extérieur des murs de la prison.
- Services complémentaires des mutualités
Du fait que le détenu pourra choisir librement sa mutualité, il pourra également prétendre aux services et prestations supplémentaires des mutualités.
- Proches
Enfin, le système deviendra également plus simple et plus clair en termes de droits complémentaires et d'assurabilité des membres du ménage des détenus.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à rendre pleinement opérationnelle l'assurabilité administrative des détenus dans l'AMI, d'ici le 1er janvier 2023, l'objectif étant leur intégration progressive en tant que bénéficiaires au sein du système de santé régulier.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration d'une note contenant d'éventuelles propositions dans l'optique de prendre en charge le ticket modérateur des détenus via l'AMI. Date limite : 31/12/2022
2. Réalisation d'un calcul/d'une estimation financière de la couverture partielle par l'AMI des soins de santé en dehors de l'enceinte carcérale. Date limite : 31/12/2022
3. Élaboration d'instructions pour les organismes assureurs fixant les modalités selon lesquelles ils doivent développer le flux de la BCSS, par lequel le SPF Justice transmet les données des détenus, afin de gérer l'assurabilité des détenus. Date limite : 31/12/2022
4. Suivi des évolutions requises auprès des organismes assureurs et dans MyCarenet (pour le 31/03/2023) en matière du processus de facturation électronique des dispensateurs de soins pour mettre en œuvre les mesures spécifiques aux détenus dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Date limite : Suivi par le biais d'un rapport semestriel et annuel
5. Élaboration des textes réglementaires, dans l'optique d'une entrée en vigueur dès le 1er janvier 2023, pour assurer l'intégration administrative des détenus dans l'AMI, y compris la prise en charge du ticket modérateur. Date limite : 31/12/2022

Effets attendus

- Automatisation des droits des assurés sociaux
- Simplification administrative pour les assurés sociaux
- Les détenus peuvent prétendre aux services et activités complémentaires des mutualités
- Un système plus simple et plus clair en termes de droits complémentaires et d'assurabilité des membres du ménage des détenus
- Libre choix du dispensateur de soins pour les détenus
- Offre de soins équivalents aux détenus, en tenant compte de leurs besoins en soins souvent plus élevés
- Harmonisation et uniformisation accrues au sein du système de soins de santé belge et plus grande équivalence des structures de soins pour tous les citoyens à travers l'inclusion de groupes cibles spécifiques

Facteurs externes

- Collaboration avec les partenaires concernés dans le cadre de la réforme des soins de santé pénitentiaires (SPF Justice, SPF SPSCAE, organismes assureurs)
- Collaboration BCSS et CIN pour le nouveau flux des détenus et adaptation de MyCareNet
- Disponibilité des moyens RH requis

Article 14. Actualisation des interventions AMI dans les frais de transport régulier et recherche de solutions pour la prise en charge des transferts entre hôpitaux.

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

Description

- Partie 1 : Actualiser les montants et les situations visées par les interventions AMI dans le transport régulier de patients et simplifier ou automatiser les demandes de ces interventions qui se basent encore sur des formulaires papier.
- Partie 2 : Récolter et analyser les données sur les transferts de patients entre hôpitaux et sur base de ces données collectées, lancer une réflexion qui devrait dans un second temps aboutir à différentes pistes pour une intervention dans les frais de transferts entre hôpitaux.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes principaux

- Optimisation de l'accès aux soins pour les groupes vulnérables.
- Abaisser et simplifier la charge administrative au sein des soins de santé.

Carte des processus

- **Domaine de processus :**
 - 1) Octroyer/contrôler l'accessibilité financière
 - 2) Élaborer/modifier et opérationnaliser la législation et la réglementation.
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**
 - Analyser et rapporter les situations et les données relatives à l'accessibilité
 - Rédiger les textes réglementaires SdSS

Contexte

Ces dernières années plusieurs avis de l'Observatoire des maladies chroniques relatifs au transport de patients ont été rendus. La Vlaamse patiëntenplatform ainsi que Kom Op Tegen Kanker se sont aussi exprimés officiellement sur le sujet. Ils pointaient du doigt un certain nombre de problématiques liées au transport de patients qui est une des dimensions de l'accessibilité aux soins. Sur cette base, à l'initiative de la Cellule stratégique et sur base des constats et recommandations de la VPP, de la LUSS, de KOTK, de l'Observatoire des maladies chroniques, du CIN et du Service des Soins de santé de l'INAMI, plusieurs réflexions ont été entamées pour améliorer l'intervention AMI dans les frais de transport des patients.

En outre, de nombreuses questions et interpellations remontent en permanence auprès de nos services pour soulever le manque de prise en charge des transferts entre hôpitaux alors qu'ils peuvent s'avérer très coûteux, urgents et principalement à la demande d'un professionnel de santé. Avec la réforme hospitalière et la spécialisation des hôpitaux, des trajets plus importants sont à envisager. Il est proposé d'apporter une solution à cette problématique grandissante et ayant un fort impact sur les patients.

Cette initiative s'inscrit également dans l'Accord gouvernemental 2020 dans les points « 1.2. Soins de santé » : La qualité et l'accessibilité de notre système de soins de santé doivent être améliorées en permanence et adaptées aux nouveaux besoins des patients.

Partie 1 : Actualisation, simplification, amélioration et automatisation des interventions AMI dans le transport régulier de patients pour raison médicale

Sur base de différents constats, entre autres, l'avis de la Section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques « *Vers une bonne accessibilité financière pour le transport de patients pour cause de maladie chronique* », plusieurs éléments posant des problèmes dans les interventions actuelles de l'AMI dans les frais de transport de patients ont été soulevés.

L'AMI prévoit actuellement une intervention pour le patient sur base des kilomètres mais sans tenir compte du moyen de transport utilisé (véhicule personnel ou transport organisé/professionnel) pour :

- Les frais de transport des bénéficiaires dialysés;
- Les frais de transport des patients cancéreux;
- Les frais de déplacement des bénéficiaires, dans le cadre des soins dispensés en application des conventions de rééducation fonctionnelle;
- Les frais de déplacement des parents d'un patient cancéreux de moins de 18 ans hospitalisé;
- Les frais de déplacement des patients de moins de 18 ans suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle.

Plusieurs aspects de ces interventions sont questionnés régulièrement par les différents acteurs (dispensateurs/institutions de soins, patients, OA, ...). Sur ces bases des réflexions sont en cours pour :

- Répondre au sous-financement dans le domaine du transport de patients, car, entre autres, les interventions actuelles n'ont pas été actualisées depuis parfois très longtemps et qu'elles ne tiennent pas compte du moyen de transport utilisé.
- Envisager d'élargir l'intervention actuelle à de nouveaux groupes cibles que ceux visés ci-dessus.
- Simplifier/automatiser la procédure de demande des interventions actuelles qui est encore sur support papier.
- Frais de transport des patients cancéreux (AM du 6 juillet 1989): prendre en compte tous les traitements oncologiques (actuellement seuls les traitement chimio et radiothérapeutiques sont pris en compte alors que de nouveaux traitements prometteurs sont maintenant sur le marché (comme l'immunothérapie) et tous les trajets nécessaires à de tels traitements et pas seulement le traitement proprement dit comme actuellement, car cela pose beaucoup de problèmes d'interprétation de la part des différents acteurs) ; etc.

Dans le cadre du 6^{ème} Contrat d'administration, ce projet vise à actualiser, simplifier, améliorer et automatiser les interventions AMI dans le transport régulier de patients, en collaboration avec les partenaires (OA, dispensateurs/institutions de soins, patients, ...).

Les produits finaux seront des réglementations (AM, AR, Circulaires, Instructions, ...) qui traduiront les solutions concertées entre les différents partenaires. Elles seront ensuite soumises au Comité de l'assurance.

Partie 2 : Recherche de solutions pour la prise en charge des transferts entre hôpitaux

Sur base de différents constats, entre autres, l'avis de la Section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques « *Vers un bon remboursement du transport de patient entre hôpitaux* », le coût très élevé et principalement à charge du patient du transfert entre hôpitaux est soulevé très fréquemment. La réorganisation du paysage hospitalier augmentera encore ces coûts pour le patient par exemple si celui-ci doit être transféré vers un hôpital de référence.

Une prise en charge par les pouvoirs publics pourrait être envisagée pour que cette réorganisation ne nuise pas à l'accessibilité aux soins.

La mise en œuvre de cette nouvelle initiative fait objet du présent 6^{ème} Contrat d'administration et se déroulera en plusieurs étapes.

Pour cela, dans un premier temps, une collecte de données sur ces transferts inter-hospitaliers est envisagée.

Préliminaire à cette étape de collecte de données, une concertation avec les stakeholders et intervenants principaux (SPF Santé publique, l'INAMI, les OA, les hôpitaux, les Sociétés de transport, etc.) sera organisée pour vérifier la disponibilité de données et envisager l'exploitation de celles-ci (entre autres l'ordre de grandeur de ce type de transport (nombre de trajets), données sur les frais (sur base des facturations), les expériences et les problèmes vécus sur le terrain, une projection des conséquences de la mise en réseau et spécialisation des hôpitaux (centres de référence), etc.).

Ensuite, les données seront consolidées, croisées et analysées.

Dans une première étape, il est proposé qu'une note de synthèse reprenant l'analyse des constatations et la cartographie du trafic inter-hospitalier soit présentée au niveau des stakeholders fédéraux (SPF Santé publique, KCE, OA, ...). Les acteurs fédéraux se mettront d'accord sur la délimitation et la clarification des actions à mener au niveau purement fédéral.

Dans un second temps et sur base de ces données collectées et l'analyse qui y a fait suite par le SPF Santé publique, une solution sera envisagée pour une intervention dans les frais de transferts entre hôpitaux.

Liste des actions-engagements

Partie 1 : Actualisation, simplification, amélioration et automatisation des interventions AMI dans le transport régulier pour raison médicale

1. Rédaction d'une note d'orientation politique pour concrétiser la future révision du transport régulier pour raison médicale sur base de la concertation des stakeholders et la soumettre pour approbation à la cellule stratégique. Date limite: 30/06/2023
2. Présentation au Comité de l'assurance de la proposition du nouveau cadre réglementaire visant à l'actualisation, la simplification, l'amélioration et à l'automatisation des interventions AMI dans le transport régulier sur base de la note d'orientation. Date limite: X + 12 mois, avec X = l'accord de la Cellule stratégique sur la note d'orientation politique

Partie 2 : Recherche de solutions pour la prise en charge des transferts entre hôpitaux

3. Réaliser une collecte de données sur les transferts entre hôpitaux et en faire l'inventaire et l'analyse. Date limite: 31/12/2022
4. Sur base des données collectées par le SPF Santé publique et de leur analyse, l'INAMI apportera sa contribution au SPF Santé publique et les autres acteurs impliqués (entre autre, le Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers) pour l'élaboration d'une solution pour une intervention dans les frais de transferts entre hôpitaux, sur base des pistes envisagées, entre autres, dans le cadre du BMF et du budget déjà prévu pour les transferts interhospitaliers. Date limite: 30/06/2023.

Effets attendus

- Une plus grande accessibilité aux soins de santé et une simplification administrative accrue pour les assurés sociaux, les OA et les dispensateurs/institutions de soins.
- Optimalisation et valorisation des interventions pour les patients.
- Simplification des demandes pour les patients, les OA et dispensateurs/institutions de soins.
- Clarification de la réglementation : moins de questions.

Facteurs externes

- Collaboration avec les partenaires externes : OA, CIN, Observatoire des maladies chroniques, les associations des patients, les dispensateurs/institutions de soins, les entités fédérées, le SPF Santé publique.

TITRE V: L'INAMI comme co-garant de la coopération stratégique et opérationnelle au sein d'un système de santé intégré: Travailler Ensemble

Article 15. Ancrage de la « Beneluxa Initiative 2.0 » dans les structures de l'INAMI.

Cet article concerne la poursuite et le renforcement d'initiatives prises précédemment en vertu des articles 23 du 5^e Contrat d'administration 2016-2018, 14 de l'avenant 2019-2020 et 16 de l'avenant 2021 au 5^e Contrat d'administration.

Description

La « Beneluxa Initiative 2.0 » vise l'ancrage structurel de l'initiative de coopération internationale Beneluxa au sein de la propre organisation par un investissement dans un mode de fonctionnement davantage structuré et consolidé (entre autres par l'installation d'un secrétariat permanent, la définition d'un modèle de gouvernance, la radioscopie des activités opérationnelles et le développement d'un plan business) et, parallèlement, par l'intégration de parties prenantes nationales externes dans le fonctionnement de Beneluxa.

Cadre

Informier, conseiller

Axes principaux

- Maîtriser les dépenses en matière de soins de santé
- Innover et/ou réformer les soins de santé

Carte des processus

- **Domaine de processus** : réalisation d'analyses financières et soutien au processus budgétaire SSI
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** : gestion des moyens financiers pour les médicaments

Contexte

La « Beneluxa Initiative » est une initiative de coopération internationale entre les autorités de remboursement respectives en vue de l'accès accéléré et durable à des médicaments et thérapies innovants précieux pour le patient.

La déclaration d'intention identifiait quatre domaines de travail pour lesquels la collaboration peut faire une différence de taille en termes d'amélioration de l'accès des patients aux médicaments innovants : (1) Horizon Scanning et « International Horizon Scanning Initiative » (IHSI), (2) Health Technology Assessment (HTA), (3) Information and Policy Sharing et (4) Pricing, Reimbursement, Joint negotiations.

Outre une position de négociation renforcée en matière de fixation et de maîtrise du prix des médicaments, ces « joints forces » tendent à générer de substantiels gains d'efficience. Dans la pratique, cela se fera grâce à l'échange structurel de données et d'expertise et à l'organisation d'évaluations

communes (HTA), qui peuvent être valablement appliqués dans le propre processus décisionnel national relatif au remboursement des médicaments (cf. Article CRM).

Depuis le début, à la suite de l'accord NEBEL en 2015, cette coopération repose sur la collaboration volontaire des nombreuses parties intéressées au sein du réseau.

D'une part, cet accord de coopération volontaire s'est révélé être une formule à succès. La « Beneluxa Initiative » a trouvé sa place sur la carte internationale et est opérationnelle à différents niveaux en se soldant par des résultats manifestes (spin-off IHSI, rapports HTA communs...). Par ailleurs, la participation purement volontaire pourrait atteindre ses limites dans le cadre de l'extension ultérieure du rôle de la « Beneluxa Initiative ».

Afin de renforcer durablement/concrétiser davantage notre rôle de pionnier dans le développement d'une politique des médicaments internationale (UE) conformément aux ambitions de l'actuel accord de gouvernement et également en vue d'anticiper l'agenda de la présidence belge du Conseil de l'Union européenne au premier semestre 2024, le déploiement de Beneluxa « version 2.0 » est proposé dans le cadre de ce 6^e Contrat d'administration.

La concrétisation de la « Beneluxa Initiative 2.0 » se répartit entre les chantiers suivants.

- Premièrement, il convient d'investir dans un mode de fonctionnement davantage structuré et consolidé doté d'un secrétariat et d'une gestion permanents. Cela se fera par l'intégration organisationnelle de la Cellule Beneluxa au sein de la direction Politique pharmaceutique du SdSS. Ce renforcement et ce soutien opérationnels n'impliquent nullement une dévalorisation de l'aspect « volontaire ».
- Deuxièmement, il sera fait appel à des partenaires externes pour la radioscopie des activités opérationnelles (HTA et Pricing & Reimbursement conjointement), pour la définition d'un modèle de gouvernance et pour le développement d'un plan business. De même, la communication et la dynamique unique de l'initiative Beneluxa feront l'objet d'une évaluation approfondie.
- Troisièmement, la consolidation de cette coopération internationale au niveau national sera poursuivie par l'extension et l'intégration de parties prenantes externes (AFMPS, SPF Santé publique, KCE, CRM...) dans le fonctionnement de l'initiative Beneluxa.

Liste des actions-engagements

1. Elaboration d'un plan business basé sur une évaluation de la dynamique et des réalisations opérationnelles de l'initiative Beneluxa. Date limite: 31/12/2024
2. Analyse de l'intégration des processus Beneluxa (HTA et procédures de remboursement conjointement) dans la réglementation en Belgique et dans les différents pays. Date limite: 31/12/2024
3. Poursuivre les projets pilotes relatifs aux procédures de remboursement et aux négociations conjointes, ainsi qu'à l'élaboration de méthodologies de « willingness to pay » et de modèles de financement. Date limite: en continu (suivi via le rapport semestriel et annuel)

Effets attendus

- Renforcement du positionnement de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et du Ministre de la Santé publique dans l'évaluation (Health Technology Assessment) et les décisions en matière de prix et de remboursement (y compris les négociations contractuelles) par une qualité accrue des évaluations (objectif examiné et entériné par des tiers) et des négociations.
- Accès amélioré aux thérapies médicamenteuses innovantes, tant sur le plan de la rapidité que sur le plan de la durabilité.
- Renforcement de la position (de pionnier) de la Belgique sur le plan international (Europe) en matière de développement d'une politique des médicaments internationale.
- Intégration des parties prenantes (AFMPS, SPF Santé publique, KCE, CRM...) dans le fonctionnement de l'initiative Beneluxa.

Facteurs externes

- Collaboration avec des acteurs européens (essentiellement les instances chargées du remboursement des médicaments)
- Collaboration avec les acteurs nationaux (AFMPS, SPF Santé publique, KCE, CRM...)
- Disponibilité des moyens RH et de consultance nécessaires.

Article 16. Optimiser le processus de prise de décision en matière de remboursement des médicaments.

Il s'agit d'un nouvel article qui n'était pas encore repris dans les précédents contrats d'administration.

Description

Ce projet vise à réformer la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et à adapter les « Managed entry agreements » (conventions art. 111/112/113), en mettant l'accent sur le recours accru de l'expertise en Health Technology Assessment (HTA) et sur l'intégration plus large des initiatives de coopération internationale dans le processus national de prise de décision en matière de remboursement des médicaments.

Cadre

Attribuer, informer, organiser.

Axes principaux

- Maîtriser les dépenses en matière de soins de santé
- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Rationaliser les procédures pour renforcer la transparence du processus décisionnel

Carte des processus

- **Domaine de processus** : traiter les demandes de remboursement général (prestations, produits, etc.) via la nomenclature

– **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**

- Traiter les demandes d'admission ou de modification de spécialités pharmaceutiques sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables
- Instaurer une convention sur le remboursement des spécialités pharmaceutiques (en dehors de la procédure CRM) (type art. 111-112-113)

Contexte

En 2001, sous l'impulsion de la nouvelle politique en matière de médicaments de la ministre de la Santé publique de l'époque, le processus décisionnel pour le remboursement des médicaments a été profondément réformé par l'instauration d'instruments de mesure et d'évaluation scientifiquement fondés comme l'EBM (*evidence-based medicine*) et la pharmaco-économie (analyse du rapport coût-efficacité) et par la fixation de délais décisifs.

Entre-temps, 20 ans plus tard, les indications des médicaments et les médicaments eux-mêmes sont devenues nettement plus complexes. De même, les conditions budgétaires ont radicalement changé et les attentes des patients et des dispensateurs de soins ont évolué. On ne cesse de vouloir avoir accès plus rapidement aux thérapies innovantes et prometteuses, malgré les plus fortes incertitudes (thérapeutiques et financières) qui vont de pair.

Pour continuer à garantir à l'avenir aux patients l'accès à des médicaments de qualité et innovants, et conformément aussi à l'actuel accord de gouvernement et au nouveau pacte pluriannuel avec le secteur pharmaceutique, il convient de repenser le processus décisionnel en matière de remboursement des médicaments ainsi que le rôle des divers acteurs agissant dans le cadre de ce processus.

Afin d'optimiser et d'actualiser le processus de remboursement existant, la priorité est donnée aux réformes suivantes dans le cadre de ce 6^e contrat d'administration :

- réforme de la **Commission de remboursement des médicaments (CRM)** avec révision des processus sous-jacents, des procédures et des compétences, ainsi que les adaptations requises du système de suivi des dossiers en vigueur. Une éventuelle piste proposée ici serait notamment de dédoubler le processus décisionnel dans la phase d'évaluation (évaluation des demandes d'inscription de nouveaux médicaments) et dans la phase d'estimation (formulation d'une proposition de remboursement).
- repositionnement et adaptation des « **Managed Entry Agreements** » (**conventions art. 111/112/113**) dans le processus décisionnel. Cette procédure de négociation « secrète » est utilisée pour le remboursement temporaire par l'autorité de thérapies et de médicaments onéreux et prometteurs sur le plan de l'innovation, le but étant de les mettre plus rapidement à la disposition des patients. Actuellement, ces « médicaments sous contrat » absorbent une part croissante du budget alloué aux médicaments. Souvent, des remarques sont à formuler quant à la plus-value thérapeutique réelle et la sécurité de ces nouveaux médicaments « innovants ». En outre, la transparence budgétaire fait défaut en raison du caractère strictement confidentiel des négociations de prix avec les firmes. Dans l'adaptation, il sera notamment tenu compte des recommandations formulées dans le rapport du KCE de 2017 « Pistes pour améliorer le système belge de conventions article 81 » (KCE Reports 288B).
- Mise en œuvre d'**initiatives internationales** dans la prise de décision nationale (HTA européenne, HTA BeNeLuxA, prix et procédures de remboursement, etc.). À cet égard, des efforts seront poursuivis dans le cadre de la coopération internationale (cf. art. 15 BeNeLuxA 2.0) qui a montré sa plus-value tant pour la phase d'évaluation que pour la formulation de la proposition de remboursement.

Ces innovations doivent s'accompagner d'un renforcement interne ciblé et d'une amélioration de la performance de l'expertise en Health Technology Assessment (HTA), d'un élargissement de l'expertise en matière de gestion des dossiers et du déploiement de moyens financiers supplémentaires pour « l'externalisation » des analyses HTA, visant initialement les révisions de groupe.

En outre, une vaste campagne d'information et de communication sera également lancée et spécifiquement consacrée aux réformes prévues pour les membres de la CRM, de l'INAMI, du secteur pharmaceutique et pour d'autres groupes cibles intéressés (organismes assureurs, dispensateurs de soins, etc.).

Liste des actions-engagements

1. Élaborer une proposition de réforme du processus décisionnel en matière de remboursement des médicaments et du fonctionnement de la CRM et la soumettre pour approbation à la cellule stratégique. Date limite: 31/12/2022.
2. Mise en œuvre du processus décisionnel optimisé de la CRM : Élaboration de nouvelles adaptations légales et réglementaires, y compris les adaptations de l'application ICT connexe de la CRM. Date limite: X+15 mois, dont X est la date d'approbation de la proposition de réforme de la CRM par la cellule stratégique.
3. Élaborer une proposition d'adaptation réglementaire et de repositionnement des « Managed Entry Agreements » (conventions art. 111/112/113) dans le processus de prise de décision en matière de remboursement des médicaments et la soumettre pour approbation à la cellule stratégique. Date limite: 31/12/2022.
4. Mise en œuvre de la procédure réforme « conventions type art. 111-112-113 » : élaboration de nouvelles adaptations légales et réglementaires, y compris les adaptations de l'application ICT connexe de la CRM. Date limite: X+15 mois, dont X est la date d'approbation de la proposition de réforme « conventions type art. 111-112-113 » par la cellule stratégique.

Effets attendus

- Amélioration de l'accès aux thérapies innovantes et de qualité pour les patients (unmet medical needs) et pour les dispensateurs de soins (arsenal thérapeutique)
- Amélioration de la prise de décision, par conséquent priorisation sur la base d'un arsenal thérapeutique plus efficace et donc d'une utilisation plus efficace des moyens financiers (réduction des coûts et/ou gains en termes de rapport coût-efficacité)
- Transparence au niveau du processus de prise de décision/de remboursement (procédures simplifiées)
- Amélioration de la performance HTA grâce à la coopération internationale et l'externalisation
- Renforcement de la stabilité et de la prévisibilité budgétaires pour le patient, l'industrie et les administrations

Facteurs externes

- Collaboration avec le KCE et l'AFMPS
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires

Article 17. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : réforme demandes médicaments Chapitre IV/VIII.

Le présent article a pour objet la poursuite des initiatives en matière de simplification administrative dans le cadre du remboursement de médicaments (TARDIS) et s'inscrit dans le prolongement des articles 33 de l'Avenant 2019-2020 et 30 du 5^e Contrat d'administration (2016-2018).

Description

Ce projet vise à simplifier, à rationaliser et à rendre l'accès aux médicaments plus efficace, plus particulièrement l'« accès conditionnel » aux médicaments « Chapitre IV/VIII ». Le Chapitre IV/VIII évolue à cet égard d'un mécanisme de contrôle (limitant l'accès) vers un « système d'enregistrement et d'évaluation » permettant de générer des « preuves du monde réel » (Real World Evidence). L'enregistrement structuré et standardisé d'informations pertinentes (Real World Data) est crucial pour pouvoir optimiser en permanence les conditions d'accès (en évolution) aux médicaments innovants.

Cadre

Attribuer, informer, organiser.

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : traiter les demandes de remboursement général (prestations, produits...) via la nomenclature
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** :
 - traiter les demandes d'admission ou de modification de spécialités pharmaceutiques sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ;
 - traiter les demandes de remboursement de produits et de prestations pharmaceutiques (non-médicaments (radio-isotopes, dispositifs médicaux et moyens diagnostiques, sang, lait maternel, préparations magistrales, nutrition médicale)).

Contexte

Le remboursement de médicaments inscrits au Chapitre IV/VIII est soumis à des conditions imposées pour des raisons médicales et/ou budgétaires. Cela signifie que le remboursement est limité à certaines indications, à certains groupes cibles de patients ou à certains groupes d'âge. Dans la plupart des cas, le remboursement dépend en outre d'une autorisation préalable (dit « contrôle a priori ») du médecin-conseil de la mutualité et/ou d'une évaluation par un collège de médecins.

D'un point de vue historique, les libellés des conditions de remboursement des spécialités pharmaceutiques Chapitre IV/VIII ont été élaborés pour permettre ce contrôle a priori des conditions par les médecins-conseils. Ces libellés n'ont par conséquent pas ou pas nécessairement été rédigés de façon standardisée et structurée et peuvent fortement surcharger le *médecin traitant* sur le plan administratif en ce qui concerne la demande de remboursement pour ce type de médicaments, les *médecins-conseils*

des organismes assureurs en ce qui concerne le traitement de ces demandes et les patients en ce qui concerne la gestion des différents types de documents d'autorisation.

Dans la pratique, on distingue actuellement **deux types de conditions de remboursement Chapitre IV/VIII** :

- les conditions qui nécessitent une **vérification** mais non une évaluation pour constater si le patient répond à ces conditions. Ces conditions sont des décisions du type oui/non et leur vérification peut par conséquent être automatisée. L'âge, le sexe, les valeurs limites des taux sanguins, les résultats des diagnostics n'en sont que quelques exemples ;
- les conditions qui nécessitent une **évaluation** de l'état clinique du patient par un médecin-conseil ou par un collège de médecins (collèges orphelins).

Pour les deux types de conditions, les règles suivantes peuvent s'appliquer : l'« **information détaillée** » de la demande

- ne doit pas être communiquée au médecin-conseil mais doit « **être tenue à disposition** » de celui-ci ;
- **doit être communiquée a priori** au médecin-conseil, pour évaluation.

Ces dernières années, la poursuite de la numérisation de la procédure de remboursement des médicaments Chapitre IV/VIII a permis un échange d'informations plus efficace :

- entre le médecin demandeur et le médecin-conseil des organismes assureurs (= demande d'autorisation) ;
- entre l'organisme assureur et le patient (= autorisation) ;
- entre le patient et le pharmacien (= autorisation) ;
- entre le pharmacien et l'office de tarification/l'organisme assureur (= autorisation).

Pour le premier aspect, les formulaires de demande pour les médicaments « Chapitre IV/VIII » ont été mis à disposition sous forme électronique pour permettre une demande papier. Nous avons en outre l'application web CIVARS qui permet une demande entièrement électronique. Cette application en ligne est actuellement encore basée sur la structure actuelle des libellés du Chapitre IV/VIII.

Pour le deuxième aspect, plusieurs types de processus ont été développés ; pour un certain nombre d'entre eux, la validation de l'autorisation se fait directement (automatiquement) et est communiquée au patient physiquement et par voie électronique.

Pour les trois derniers aspects, des étapes importantes ont entre-temps été réalisées. L'organisme assureur rend les données d'assurabilité des patients visibles pour le pharmacien via MyCareNet. Les autorisations numériques sont disponibles et peuvent être consultées via MyCareNet.

Une numérisation accrue et le principe « only once » permettent de supprimer en grande partie la surcharge administrative liée à la procédure Chapitre IV/VIII.

Cela permet en même temps de rassembler des données du monde réel à grande échelle, lesquelles permettent une évaluation continue et à temps de la politique en matière de médicaments.

Cet « effet secondaire » est étroitement lié à la technique utilisée pour les demandes de remboursement Chapitre IV/VIII : l'enregistrement de données médicales par le médecin prescripteur dans le dossier patient informatisé (DPI), dans des registres ou via le formulaire de demande (électronique).

Les informations contenues dans les demandes d'autorisations doivent cependant pouvoir être standardisées et structurées et être, soit activement transmises dans des registres, soit regroupées sur

demande dans des registres « virtuels » (si elles sont « tenues à disposition ») et ce, pour pouvoir générer des preuves du monde réel.

Les connaissances ainsi rassemblées peuvent, à leur tour, être employées pour optimiser l'accès à certaines thérapies (pour affiner ou élargir des groupes cibles, pour optimiser la durée/le dosage...), pour réaliser des études scientifiques sur ces données, pour élaborer des directives dans le cadre de conventions article 111 et autres. Dans la pratique, cette approche a déjà été appliquée en rhumatologie à l'aide de l'application TARDIS.

L'objectif de chaque simplification administrative doit être de diminuer (ou de supprimer) la charge administrative des prescripteurs et des patients. Cela implique par conséquent aussi que l'enregistrement répété des données disponibles doit être évité au maximum (principe « only once »).

Appliqué au Chapitre IV/VIII, cela veut entre autres dire qu'il faut éviter au maximum de demander aux médecins d'introduire activement des données qui sont déjà disponibles sous forme électronique. Le DPI contient par exemple déjà les données nécessaires concernant le sexe, l'âge, la comédication, les données diagnostiques, les valeurs de laboratoires... En principe, seules les informations spécifiques qui ne sont pas encore disponibles dans le DPI devraient encore être ajoutées activement. Toutes les informations nécessaires pour l'évaluation peuvent alors automatiquement être extraites du dossier via le logiciel du prescripteur lorsque c'est nécessaire pour une évaluation a priori, ou lorsque c'est souhaitable pour un contrôle a posteriori.

Pour permettre une pareille automatisation et numérisation (développement de solutions IT), une standardisation et une structuration des données s'imposent ici aussi.

Initialement, SAMv1 avait été développé comme banque de données de référence pour l'enregistrement structurée des libellés Chapitre IV/VIII et pour permettre des demandes de remboursement électroniques pour ces spécialités pharmaceutiques, soit via l'application web « CIVARS », soit via une intégration dans les logiciels des médecins.

Dans une deuxième phase, la banque de données SAMv1 a été intégrée dans la banque de données globale SAMv2. SAMv2, la source authentique des médicaments, est la banque de données de référence qui soutient l'ensemble du processus des médicaments, dont la prescription électronique.

On a cependant constaté que la structuration et la standardisation actuelles des libellés du Chapitre IV/VIII ne permettent pas une simplification administrative maximale. C'est pourquoi il a été décidé, début 2020, de changer le fusil d'épaule. Sur la base de l'expertise existante, il a été proposé de développer une banque de données Chapitre IV/VIII ainsi qu'une application IT qui permettent effectivement cette simplification administrative, qui tiennent suffisamment compte des évolutions futures et qui seront également liées à SAMv2.

Le présent projet vise la rationalisation et la réorientation du remboursement conditionnel de médicaments via le Chapitre IV/VIII et s'inscrit dans le cadre d'initiatives prises antérieurement par la Commission nationale médico-mutualiste en matière de simplification administrative.

Concrètement, l'INAMI souhaite, durant le présent Contrat d'administration, faire évoluer la procédure de remboursement des médicaments « Chapitre IV/VIII » d'un système de contrôle (purement) « a priori » vers un système de collecte de données et d'évaluation permanente permettant d'adapter les critères de remboursement.

Cette réforme aura lieu via la numérisation maximale de la procédure Chapitre IV/VIII (intégration des libellés Chapitre IV/VIII dans SAMv2 avec lien vers l'application web CIVARS et l'application de la CRM...) et via l'extension de l'approche TARDIS : mise en place d'une structure standardisée pour les conditions de remboursement Chapitre IV/VIII et création de registres virtuels.

Le scénario d'avenir pour le remboursement des médicaments Chapitre IV/VIII prendra progressivement forme.

Dans une première phase conceptuelle, le modèle avec les objectifs et les principes de base du développement d'une structure standardisée pour les conditions de remboursement Chapitre IV/VIII seront testés en collaboration avec le terrain (médecins/prescripteurs et organismes assureurs). Sur la base d'une enquête prévue fin 2021, la note de vision initiale sera adaptée et soumise pour approbation aux propriétaires/gestionnaires des conditions de remboursement (CRM et ministre de la Santé publique).

En phase 2 (après l'obtention d'un accord de principe sur le futur concept), le développement à proprement parler d'une structure standardisée pour les conditions de remboursement Chapitre IV/VIII sera entamé. Un arbre décisionnel détaillé sera élaboré en concertation étroite avec le terrain. Il permettra de garantir une même structure pour chaque paragraphe des libellés du Chapitre IV/VIII. Il sera élaboré grâce à une analyse approfondie des libellés actuels du Chapitre IV/VIII de sorte que tous les scénarios possibles puissent y être intégrés. Le but est de parcourir l'arbre décisionnel par spécialité pharmaceutique au moyen de questions standardisées au moment de la rédaction du libellé Chapitre IV/VIII.

Après approbation, on passera, *en phase 3*, à la transposition et à l'intégration systématiques des libellés existants et des nouveaux libellés Chapitre IV/VIII dans la structure standardisée. La réécriture complète des conditions de remboursement des médicaments inscrits au « Chapitre IV/VIII » prendra environ deux ans.

Parallèlement, l'INAMI développera une application IT qui permettra d'intégrer l'arbre décisionnel pour les conditions de remboursement Chapitre IV/VIII dans l'application CRM existante, laquelle soutient le processus décisionnel pour le remboursement de médicaments. La nouvelle application IT permettra de traduire cet arbre décisionnel en un libellé Chapitre IV/VIII présentant les conditions sous une forme standardisée. La structure de chaque libellé Chapitre IV/VIII est ainsi la même lorsqu'une nouvelle proposition de remboursement est rédigée ou adaptée dans le cadre d'une procédure CRM.

La *phase finale*, l'intégration de la nouvelle application IT dans les modules de prescription des logiciels des médecins/prescripteurs, ne relève pas du sujet ni ne tombe dans le délai de la présente convention.

Liste des actions-engagements

1. Développement d'une structure standardisée pour les conditions de remboursement du Chapitre IV/VIII avec arbre décisionnel et, après vérification avec les stakeholders (prescripteurs et organismes assureurs), soumettre la proposition pour approbation à la CRM et au ministre de la Santé publique. Date limite : X + 9 mois, X étant la date d'approbation de la note de vision par les propriétaires/gestionnaires des conditions de remboursement (CRM et ministre de la Santé publique)
2. Traduction et intégration des libellés actuels et des nouveaux libellés Chapitre IV/VIII dans la structure standardisée. Date limite : X + 24 mois, X étant la date d'approbation de la structure/de l'arbre décisionnel standardisé(e) pour les conditions de remboursement du Chapitre IV/VIII par leurs « propriétaires/gestionnaires » (CRM et ministre de la Santé publique)
3. Développement d'une application IT qui intègre l'arbre décisionnel des conditions de remboursement Chapitre IV/VIII dans l'application CRM. Date limite : X + 24 mois, X étant la date d'approbation de la structure/de l'arbre décisionnel standardisé(e) pour les conditions de remboursement du Chapitre IV/VIII par leurs « propriétaires/gestionnaires » (CRM et ministre de la Santé publique)

Effets attendus

- Simplification administrative pour les patients et dispensateurs de soins
- Augmenter la transparence en standardisant et en structurant les conditions de remboursement : diminution de la charge de travail de la CRM et de l'administration (utilisation de l'arbre décisionnel pour rédiger la proposition de remboursement)
- Un avantage financier découle de la réévaluation de l'arsenal thérapeutique sur la base de l'analyse des données du monde réel
- Synergies avec des partenaires externes de l'AIM et de Sciensano/Healthdata dans le cadre de la collecte d'informations dans les registres

Facteurs externes

- Collaboration avec des partenaires externes : Organismes assureurs (y compris CIN et AIM), dispensateurs de soins, Healthdata (lien avec les registres), plate-forme eHealth, fournisseurs de logiciels, industrie pharmaceutique.
- Planning des développements ICT nécessaires au niveau des organismes assureurs.
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 18. Pharmaco-économie 2.0 et économie de la santé 2.0.

Il s'agit d'un nouvel article qui n'était pas encore repris dans les précédents contrats d'administration.

Description

Partie 1 : Ce projet vise à optimiser les analyses budgétaires comme outil performant et efficace, soutenant la prise de décision en matière de remboursement des prestations pharmaceutiques par l'élaboration de rapports structurés et grâce à une analyse d'impact budgétaire globale et intersectorielle.

Partie 2 : Réaliser des gains d'efficience dans le cadre du budget/du secteur des spécialités pharmaceutiques en mettant en œuvre de manière structurelle les « révisions de groupe ».

Cadre

Informier, conseiller

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : réaliser des analyses financières et soutenir le processus budgétaire SS/SI
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** : gérer les moyens financiers pour les médicaments

Contexte

Partie 1 : Optimisation des analyses d'impact budgétaire

Avec la « nouvelle politique en matière de médicaments » du ministre de la Santé publique de l'époque (2001), les principes de la médecine fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine* EBM) ainsi que les principes de la pharmaco-économie ont été intégrés dans les critères d'évaluation dans le cadre du processus de prise de décision pour le remboursement des médicaments.

Le rapport coût-efficacité est ainsi devenu l'un des **cinq critères de base** (outre la valeur thérapeutique ajoutée, le prix, l'impact budgétaire et la place dans la pratique) qui sont pris en compte pour motiver la décision de rembourser ou non les nouvelles spécialités pharmaceutiques. Dans les grandes lignes, l'économie de la santé et la pharmaco-économie cherchent l'équilibre entre les dépenses supplémentaires que les nouvelles prestations médicales/pharmaceutiques génèrent et les « gains » (financiers) générés dans et en dehors des dépenses de l'assurance maladie.

À l'heure actuelle, la complexité des analyses d'impact budgétaire est particulièrement grande, notamment pour les conventions articles 111/112/113. Les *Managed Entree Agreements* (MEA), strictement confidentiels, représentent aujourd'hui près d'un quart du budget total consacré aux médicaments en Belgique mais ils manquent de transparence budgétaire en raison du secret absolu concernant les prix et les remises négociés avec les firmes pharmaceutiques. La mise à jour du système MEA constitue un point distinct du présent Contrat.

Ce projet souhaite donner une nouvelle impulsion aux principes de la pharmaco-économie et de l'économie de la santé pendant la durée du présent Contrat, en renforçant et en améliorant leur intégration dans le processus de prise de décision en matière de remboursement des nouveaux médicaments.

La pharmaco-économie 2.0 et l'économie de la santé 2.0 prendront concrètement forme par l'optimisation (standardisation et modélisation) des analyses budgétaires. Il sera procédé à cette mise à jour en élaborant des rapports structurés et une analyse d'impact budgétaire globale et intersectorielle. Il est possible de confronter à cet égard (approche transversale) les dépenses supplémentaires générées dans le cadre du remboursement de (nouvelles) prestations pharmaceutiques ou de les mettre en perspective avec les dépenses supplémentaires ou réduites dans d'autres secteurs.

Le projet INAMI-KCE « *Prévisions de l'impact budgétaire : guide méthodologique et organisationnel* » sera développé par étapes et contribuera à terme à une plus grande transparence dans l'évolution et la gestion du budget consacré aux médicaments et de son impact sur d'autres budgets dans et en dehors du cadre de l'assurance maladie.

Partie 2 : Mise en œuvre structurelle des « révisions de groupe »

En investissant dans l'expertise scientifique de l'INAMI et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE, de multiples gains d'efficacité sont générés. Ils contribuent à l'amélioration du solde SEC (Système européen des comptes nationaux et régionaux) de l'assurance maladie et, partant, de l'Entité I.

Un investissement structurel dans l'expertise permet de réaliser des gains d'efficacité générant un retour structurel sur investissement grâce à

1. une nouvelle méthodologie générique prospective d'impact budgétaire mise au point par l'INAMI et le KCE (voir partie 1);

2. des gains d'efficience au moyen de cas concrets (révisions individuelles et par groupe).

Des prévisions d'impact budgétaire plus solides et une meilleure pondération de critères scientifiques lors des décisions relatives au remboursement des médicaments permettraient d'avoir une meilleure maîtrise budgétaire, grâce aux éléments suivants :

1. meilleure sélection des médicaments avec une réelle plus-value pour les assurés ;
2. meilleure estimation de la valeur ajoutée des médicaments pendant les processus de révision ;
3. meilleure base pour les négociations de prix ;
4. développement de collaborations internationales.

Dans le cadre de ce contrat d'administration, l'INAMI s'engage plus précisément, à ancrer structurellement les **révisions de groupe** et à réaliser au moins 2 dossiers de révision de ce type par an à partir de 2023. Une révision de groupe concerne la révision des conditions de remboursement d'un groupe de spécialités utilisées pour une indication identique ou similaire. Le choix des dossiers jouera un rôle important, mais sur la base des « dossiers tests » réalisés en 2021/2022, le retour sur investissement est considérée comme réalisable en termes structurels.

Le processus des **révisions (générales) de groupe** comporte deux phases :

- Évaluation (assessment) : une évaluation actualisée des connaissances scientifiques médicales est réalisée sur l'utilisation (et la valeur thérapeutique ajoutée, le rapport coût-efficacité, l'impact budgétaire, etc.) d'un groupe de médicaments dans un domaine d'indication déterminé avec une évaluation éventuelle des modalités de remboursement modifiées pour ce groupe de médicaments.
- Proposition (Appraisal) : formulation de nouvelles modalités de remboursement pour chacun des médicaments concernés dans le groupe de médicaments examiné.

Après la phase d'évaluation, le processus s'arrête, jusqu'à ce que le ministre prenne une décision explicite sur la poursuite du processus, sur la base des conclusions du rapport d'évaluation.

Ces révisions de groupe entraînent une baisse du coût des médicaments en question pour les autorités. Le montant réalisé se traduit par une modération de la croissance des dépenses pour les spécialités pharmaceutiques dans le budget des soins de santé, ce qui est nécessaire, d'une part pour respecter la trajectoire budgétaire et d'économies imposée par le gouvernement, et, d'autre part, étant donné que dans le même temps, les nouveaux médicaments remboursés continuent d'exercer une pression à la hausse sur le budget des médicaments. Le monitoring des économies réalisées est rapporté par le biais des notes techniques/Conseil général - Comité de l'assurance. Ces estimations servent de base au calcul de l'objectif budgétaire pour les soins de santé, ce qui signifie également que les économies réalisées sont déjà incluses dans la proposition d'objectif budgétaire.

Liste des actions-engagements

Partie 1 : Optimisation des analyses d'impact budgétaire

1. Élaborer des rapports standard pour les analyses budgétaires. Date limite : 31/03/2023
2. Procéder à une analyse dans l'optique d'élaborer un modèle conceptuel pour l'optimisation (standardisation de la méthodologie) des analyses budgétaires. Date limite : 30/06/2023

Partie 2 : Mise en œuvre structurelle des « révisions de groupe »

3. Réaliser au minimum 2 dossiers de révision de groupe par an (pour la période 2023, 2024 et 2025) avec reporting périodique et monitoring des économies réalisées par le biais des notes

techniques/Conseil général - Comité de l'assurance au cours de l'année suivant ces révisions. Dates limites : 31/12/2023 ; 31/12/2024 ; 31/12/2025

Effets attendus

- Une plus grande transparence dans l'évolution du budget consacré aux médicaments.
- Standardisation de la méthodologie et rapportage – approche intersectorielle.
- Utilisation plus efficace et justifiée des moyens disponibles dans le budget global des soins de santé.

Facteurs externes

- Collaboration avec le KCE, l'industrie pharmaceutique et la cellule stratégique.
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 19. Optimiser et professionnaliser la communication externe.

Le présent article comporte deux parties. D'une part, une première partie concerne la poursuite du projet déjà mentionné dans l'article 17 de l'Avenant 2021 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018. D'autre part, une seconde partie sera consacrée à un nouveau projet qui n'a pas été développé dans un précédent contrat.

Description

Optimiser et professionnaliser la communication externe de l'INAMI en vue de renforcer l'impact et la visibilité des missions et des résultats de l'INAMI. Il s'agit de parties :

- Partie 1 : L'implémentation des orientations stratégiques du nouveau modèle de communication externe.
- Partie 2 : Développer un nouveau site web sur base de la stratégie de communication externe.

Cadre

Informer, Innover.

Axes principaux

- Optimiser la prestation de services.
- Amélioration du processus et informatisation.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Effectuer la communication interne et externe
- **Niveau de processus 1** : Gérer les contacts avec la presse ; Gérer le site web de l'INAMI ; Soutenir les actions de communication interne et externe ; Développer et implémenter le cadre de la communication (lignes d'action) ; Effectuer la communication interne et externe des services (décentralisée).

Contexte

Partie 1 : L'implémentation des orientations stratégiques du nouveau modèle de communication externe.

Une communication claire, up-to-date, proactive, orientée client et intégrée est indispensable pour faire connaître l'importance de l'INAMI en tant qu'entité. Nous souhaitons rendre plus visibles les actions, le fonctionnement et les résultats de l'INAMI. Et améliorer la visibilité et la compréhension de sa plus-value au sein de la sécurité sociale, son image et sa réputation de façon durable.

Le service communication a entamé en 2019 un trajet de modernisation et de réflexion. Entre autres une analyse SWOT a pu pointer des améliorations (e.a. différences dans l'organisation de la communication au sein des services de l'INAMI ; difficultés dans les flux pour obtenir et échanger de l'information ; optimisation et structuration nécessaires des relations avec les partenaires externes ; nécessité de reporting (KPI),...)

En 2021, le service communication a développé une stratégie de communication externe :

- Proposition de la stratégie de communication externe et son modèle ;
- Proposition de domaines stratégiques prioritaires à améliorer dans les prochaines années.

L'objectif du projet dans le contrat d'administration 2022-2025 est d'implémenter le modèle et d'améliorer concrètement les domaines prioritaires, tels que choisis en 2021.

La collaboration des Services opérationnels, y compris les experts est un point clé de réussite du projet.

En 2022, la priorité sera de définir les points d'actions qui permettront la mise en place du nouveau modèle de communication externe. Il sera ensuite question d'évaluer les résultats à chaque étape et d'adapter le plan d'actions en fonction de la réalité de terrain et des éventuels freins et risques.

Il est également prévu d'entamer une réflexion sur les domaines stratégiques prioritaires (par exemple, le domaine presse ou site web), de définir un plan d'actions à implémenter et d'évaluer les résultats en continu.

Partie 2 : Développer un nouveau site web sur base de la stratégie de communication externe

La seconde partie de cet article est consacrée à la création d'un nouveau site web pour l'INAMI.

Le site web est un canal clé de la communication externe. Il présente des informations générales, mais aussi la réglementation, les nouveautés dans différentes matières touchant à la sécurité sociale, les communications de colloque, etc. et il donne aussi l'accès en ligne à diverses applications importantes (p. ex. MyInami).

Une information claire et correcte pour les citoyens, nos partenaires et nos autres publics cibles permet par ailleurs de diminuer les questions vers les services et d'augmenter leur temps de travail pour leurs autres missions.

Dès lors, au cours de l'implémentation de la nouvelle stratégie de communication, il sera indispensable de revoir le site web et de le développer en fonction des évolutions de la technologie, du contexte communicationnel et des besoins des utilisateurs, avec entre autres, une structure plus adaptée, une

information plus facilement accessible et mieux présentée, des statistiques ou encore un lay-out plus attractif.

Liste des actions-engagements

1. Implémenter le nouveau modèle de communication externe sur base des points d’actions déterminés en 2021 et les domaines stratégiques prioritaires choisis. Date limite : 31/12/2024.
2. Implémenter le nouveau site web. Date limite : 31/12/2024.

Effets attendus

- Une communication proactive, rapide et complète.
- Une plus grande visibilité des résultats (KPI,...) des missions de l'INAMI.
- Une image plus forte de l'INAMI.
- Un site web moderne et accessible, répondant aux besoins des utilisateurs.

Facteurs externes

- Collaboration avec des partenaires externes.
- Collaboration ICT (notamment experts dans la technologie choisie).
- Collaboration des services.
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 20. Création d'une plateforme de communication digitale, collaborative et sécurisée accessible aux médecins du TRIO – Trajets réinsertion socioprofessionnelle.

Cet article concerne la poursuite de l’article 19 de l’avenant 2021 au 5^e contrat d’administration (2016-2018).

Description

Cet article vise à la création d’une plateforme de communication commune sécurisée et digitalisée pour les acteurs-clés en matière de réintégration et réinsertion des personnes en incapacité de travail.

Cadre

Conseiller, contrôler, informer.

Axes principaux

- Innovation dans le cadre de l'assurance indemnités.
- Optimalisation du service en matière de réintégration et réinsertion .

Carte des processus:

- **Domaine de processus:** Traiter les dossiers d’incapacité de travail des bénéficiaires
- **Processus niveau 1:** Traiter les demandes de réinsertion socioprofessionnelle

Contexte

Les acteurs clé impliqués dans les trajets de réinsertion socioprofessionnelle - les médecins-conseil, les médecins du travail et les médecins généralistes - constatent le manque de fluidité existant aujourd'hui dans les processus de réintégration et de réinsertion et mettent en évidence les difficultés qu'ils rencontrent dans la transmission des informations nécessaires à la prise de décision.

Afin de solutionner cette situation, une plateforme de communication digitale, collaborative et sécurisée accessible aux médecins du TRIO doit être créée et permettre :

- le partage de données médicales et de rapports médicaux,
- l'échange d'informations sur des dossiers médicaux individuels (questions/réponses),
- le monitoring des trajets de réinsertion et de réintégration par l'INAMI et le SPF Emploi.

Cette plateforme pourrait à terme s'étendre aux assurés sociaux, aux employeurs ainsi qu'aux médecins des assureurs privés en matière d'accident de travail. Sans accès à la nouvelle plateforme de communication, le SIDU ne saura pas assurer sa mission de monitoring des trajets de réinsertion.

Le Service des indemnités a rédigé une note reprenant les résultats de l'analyse préalable à la création de cette plateforme. Cette analyse préalable se basait sur une étude des données de l'application RIDO et des rencontres avec les différents stakeholders. Les conclusions présentées devant le Comité de Gestion du 16/06/2021 démontrent clairement qu'il n'est pas utile de mener une étude de faisabilité plus détaillée. La position des utilisateurs est claire : RIDO dans sa forme actuelle ne rencontre pas leurs besoins.

En juin 2021, le Service des Indemnités a donc mis sur pied un groupe de travail pour lancer la réflexion autour d'une nouvelle plateforme pouvant rencontrer les attentes de tous ses utilisateurs. Ce groupe de travail rassemble les parties prenantes concernées par le trajet de réinsertion professionnelle et a pour mission de répondre aux nombreuses questions qui entourent encore ce projet : quel est le scope exact du projet ? Qui sont les stakeholders ? Quels doivent être les contours de cette nouvelle plateforme ? Quels sont les besoins concrets des utilisateurs ? Certaines fonctionnalités de RIDO peuvent-elles être récupérées ? Le groupe de travail présentera les conclusions de ses recherches au Comité de Gestion pour le mois de juin 2022.

Concrètement, ce projet a été structuré selon les étapes suivantes :

- Le groupe de travail présentera une note au Comité de Gestion afin de valider le scope du projet et les acteurs devant être impliqués dans le développement de cette nouvelle plateforme.
- Une analyse business sera ensuite lancée pour déterminer sur base du scope défini les besoins précis de cette plateforme de communication digitale commune. Une fois cette analyse terminée, ses conclusions seront validées par le Comité de Gestion.
- Une analyse fonctionnelle traduira les besoins business en spécifications techniques précises pour le développement de la plateforme. Une fois cette analyse terminée, ses conclusions seront soumises à la validation du Comité de Gestion.
- La mise en production d'une première itération de la plateforme sera lancée 12 mois après la validation de cette analyse fonctionnelle.

Liste des actions-engagements

1. Validation par le Comité de Gestion du scope exact et des acteurs à impliquer pour le projet d'une plateforme commune consacrée aux « trajets de réinsertion professionnelle ». Date limite : juin 2022

2. Accord par le Comité de Gestion sur l'analyse business cartographiant les besoins des multiples acteurs impliqués dans les « trajets de réinsertion professionnelle ». Date limite : X+8 mois, X étant la validation du scope par le Comité de Gestion.
3. Accord par le Comité de Gestion sur l'analyse fonctionnelle traduisant les besoins business en spécifications techniques. Date limite : X+10 mois, X étant la validation de l'analyse business par le Comité de Gestion.
4. Mise en production de la plateforme digitale consacrée aux « trajets de réinsertion professionnelle » après l'accord par le Comité de Gestion sur l'analyse fonctionnelle. Date limite : X+12 mois, X étant la validation de l'analyse fonctionnelle par le Comité de Gestion.

Effets attendus

- Outil de soutien à la politique Retour vers le travail (l'accès SIDU et SPF Emploi à la plateforme permettra un monitoring et un suivi des trajets de réinsertion et de réintégration).
- Communication plus efficace et sécurisée entre les différents acteurs (médecins-conseil, médecins généralistes et services de prévention).
- Création de dossiers partagés entre les différents utilisateurs.
- Respect des obligations RGPD.
- Diminution des délais de traitement des demandes pour les assurés sociaux.

Facteurs externes

- Disponibilité et coopération des acteurs impliqués (plateforme eHealth et nombreuses parties prenantes).
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 21. Poursuite de la lutte contre le gaspillage : « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 ».

Cet article est la suite de l'article 38 du deuxième Avenant 2021 au 5e Contrat d'administration 2016-2018. Vu la collaboration structurelle avec le SPF SPSCAE pour plusieurs thèmes relatifs à ce plan d'action, ce thème sera également repris dans le deuxième Socle commun, à savoir dans le cadre des activités récurrentes.

Description

La poursuite continue des initiatives visant l'utilisation équitable des moyens, la qualité, l'efficacité et le contrôle des soins grâce au « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 » et au suivi de sa mise en œuvre.

Cadre

Informier, évaluer et sensibiliser

Axes principaux

- Maîtriser les dépenses de l'assurance soins de santé et indemnités

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Promouvoir la qualité, l'efficacité et le contrôle des soins
- **Processus de niveau 1** : Gérer les plans d'action en matière de contrôle des soins de santé

Contexte

Les ressources financières limitées disponibles en matière de soins de santé, certaines tendances sociales (par exemple le vieillissement de la population) et d'autres événements/développements plus récents (par exemple l'impact de la crise COVID-19 sur le fonctionnement des systèmes de soins de santé en Belgique (et dans d'autres pays européens), couplé au débat sur le rôle des soins de santé en Belgique) nécessitent des efforts en permanence pour stimuler leur utilisation équitable. Après un premier (2016-2017) et un deuxième plan d'action (2018-2020), le troisième plan d'action (2021-2023) mise donc en partie sur la continuité des initiatives visant à l'approche intégrée de la promotion d'une utilisation rationnelle des ressources, parmi lesquelles des données de facturation accessibles et de qualité, une couverture des dispensateurs de soins suspendus et radiés, etc. Par ailleurs, un certain nombre de nouvelles initiatives sont ajoutées au plan, telles que la prévention structurelle des erreurs administratives, des abus et de la fraude. Sur la base, entre autres, d'une évaluation de l'exécution du deuxième plan d'action, un travail thématique sera entrepris sur 7 axes comme décrits dans le rapport.

Ce rapport est indissociable des travaux de plusieurs services de l'INAMI en collaboration avec diverses parties prenantes sur la « Trajectoire budgétaire pluriannuelle soins de santé 2022-2024 » (voir l'article à ce sujet dans le présent Contrat d'administration), où une attention spéciale est accordée à la formulation d'objectifs de soins de santé et d'actions en matière de appropriate care pour les soins de santé belges. Ces travaux ont débouché sur le rapport intermédiaire du 26 juillet 2021 comprenant entre autres la liste de 30 actions retenues dans le domaine des « soins efficaces », un thème prépondérant dans les deux plans d'action précédents en matière de contrôle. La réalisation du troisième plan d'action, qui a été soumis au Conseil général fin décembre 2021, sera toujours examinée en relation avec cette trajectoire pluriannuelle.

L'INAMI s'engage, pour la période 2022-2024, à mettre en œuvre et assurer le suivi du troisième plan d'action, en collaboration avec le SPF SPSCAE et les OA/l'AIM. Un rapportage fréquent à la CAFC et au Conseil général est prévu.

Liste des actions-engagements

1. Rapportage annuel au Conseil général concernant l'exécution du plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023. Dates limites : 31/03/2023 et 31/03/2024.

Effets attendus

- Utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé et indemnités
- Meilleure qualité des soins dispensés aux patients

Facteurs externes

- Collaboration du SPF SPSCAE (DGGS)
- Collaboration des organismes assureurs et de l'AIM
- Collaboration des dispensateurs de soins
- Collaboration du KCE, de l'ISP et d'autres associations scientifiques

Article 22. Préparation d'un cadre structurel pour un futur modèle de coopération intermutualiste.

Il s'agit d'un nouvel article qui n'était pas encore repris dans les précédents contrats d'administration.

Description

Réaliser une étude préliminaire en préparation d'un nouveau cadre réglementaire adapté visant à renforcer la superstructure intermutualiste : transition vers un modèle davantage intégré et flexible de coopération et de financement pour le Collège intermutualiste national (CIN) qui, à terme, devrait générer de nouvelles synergies, permettre de réaliser des gains d'efficacité et de créer un espace de réinvestissement sur une base permanente pour une utilisation optimale des moyens financiers au sein de l'assurance maladie-invalidité (AMI).

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes principaux

- Gestion des dépenses SSI
- Optimisation de la prestation de services/des soins de santé
- Maîtrise des moyens internes : rapport coûts-efficacité
- Collaboration avec les organisations partenaires

Carte des processus

Domaine de processus :

- (1) Élaborer/adapter et mettre en œuvre la législation et la réglementation
- (2) Gérer les comités et les conseils

Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :

- (1) Rédiger des textes réglementaires SdSS
- (2) Organiser et coordonner les réunions trimestrielles OA

Contexte

Le **Collège intermutualiste national (CIN)** est une association de mutualités composée de représentants des 5 unions nationales de mutualités, de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des soins de santé de HR Rail. Globalement, le CIN représente tous les assurés sociaux belges, soit plus de 10 millions de personnes.

Le CIN a pour mission :

- d'organiser la concertation entre les différentes mutualités sur l'ensemble des problèmes présentant un intérêt pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire et complémentaire et pour le secteur mutualiste en général ;
- de prendre position par rapport à ces problèmes en tenant compte des intérêts de l'ensemble des assurés sociaux ;
- de promouvoir des actions communes ou des accords de coopération quant à la gestion des organismes assureurs (e.a. la gestion du déploiement de la digitalisation de l'AMI).

Ces dernières années, nous constatons une tendance à la coopération entre les organismes assureurs afin d'apporter une réponse plus intégrée aux besoins et aux nouveaux développements en matière

d'assurance maladie-invalidité obligatoire. Citons parmi les exemples récents : le paiement intermutualiste d'une intervention (par l'ASBL IM du CIN - Collège Intermutualiste National) dans le coût du matériel de protection COVID-19 des dispensateurs de soins ainsi que la facturation des prestations de soins de santé mentale. À supposer que ces évolutions puissent se poursuivre, il serait utile d'adapter le cadre réglementaire à ces développements (notamment la gestion des flux financiers, le rôle de l'ASBL IM, la gestion des dossiers de récupérations auprès des dispensateurs de soins, l'obligation de justification, etc.)

Les dossiers actuels montrent la nécessité de renforcer la superstructure intermutualiste, qui devrait permettre, à l'avenir, de prendre en charge la facturation et le financement des dispensateurs de soins (donc en amont et en extension de la plateforme classique MyCareNet qui continue encore aujourd'hui d'effectuer la facturation via les OA (individuels)).

Les missions de ce type n'ont pas encore été harmonisées avec le financement classique actuel ni avec la législation AMI relative aux mutualités, notamment en ce qui concerne la responsabilité financière, le système VARAK, le cadre des récupérations auprès des dispensateurs de soins, le financement via les frais d'administration classiques,...

À terme, pareilles missions ne peuvent, du reste, pas toujours être intégrées via les mesures distinctes prévues par la réglementation ou via les conventions article 56. Les évolutions actuelles nécessitent un basculement vers un cadre de fonctionnement davantage adapté et intégré sur le plan structurel, qui devrait permettre de jeter les bases d'initiatives intermutualistes. L'objectif est de créer un cadre réglementaire adapté, susceptible de conduire à davantage de transparence financière.

L'INAMI soutient l'idée de la création d'un cadre plus adapté et intégré (une analyse du cadre légal actuel et une proposition visant à définir, tant en termes de missions que de financement, un cadre légal nouveau ou adapté). L'INAMI s'engage, dans une première phase, à définir avec le CIN cette vision d'une gestion à caractère davantage intermutualiste, en vue de générer des gains d'efficacité et de créer un éventuel espace de réinvestissement pour l'avenir.

Le CIN transmettra une note d'intention « inter OA » à l'INAMI. Cette note servira de projet de base au futur modèle de coopération, et esquissera les grandes lignes ainsi que le champ d'action de l'étude préliminaire. La livraison de cette note d'intention intermutualiste est déterminante pour le démarrage de l'étude préliminaire par l'INAMI. Dans le cadre de cette étude préliminaire, l'Office de contrôle des mutualités (OCM) sera associé comme partenaire dans la réalisation d'une analyse d'impact concernant les obligations applicables au sein du secteur mutualiste et les répercussions éventuelles sur les missions et compétences propres de l'OCM. La réalisation de l'étude préliminaire durera une douzaine de mois et sera soumise pour discussion et pour approbation au cours des réunions du Comité CINAMI.

Dans le cadre de ce sixième Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à initier, en partant de la note d'intention intermutualiste, une étude préliminaire en vue de définir un cadre de coopération intégrée avec le CIN-AIM. Cette étude préliminaire entend répondre aux questions suivantes : « Comment concrétiser cette coopération à l'avenir ? » « Quels sont les domaines de synergie au sein des OA qui pourraient, à l'avenir, générer des économies d'échelle plus importantes et accroître l'efficacité et l'uniformité dans la cogestion du système d'assurance maladie ? » Ce projet intervient dans différents domaines de gestion de l'AMI. L'étude préliminaire comportera un inventaire des points problématiques et des modifications éventuelles à apporter au cadre actuel concernant le financement, l'adaptation du système de facturation des dispensateurs de soins (davantage d'uniformité entre les OA), le développement d'outils communs (permettant de procéder à des réinvestissements) et la mise en place de synergies dans le domaine de la gestion des données. Elle contiendra également des liens vers la réforme de la nomenclature et fournira des précisions sur le statut juridique du CIN et de l'ASBL I.M., etc.

Liste des actions-engagements

1. Réaliser une étude préliminaire (en collaboration avec le CIN) en proposant un cadre réglementaire adapté permettant d'aboutir à un modèle de coopération intermutualiste davantage intégré et structurel et soumettre la proposition pour discussion et approbation lors des réunions CINAMI. Date limite : X + 12 mois (X= date de réception de la note d'intention des OA).

Effets attendus

- Optimisation de la gestion financière de l'assurance soins de santé et indemnités.
- Simplification administrative pour l'assuré social, les OA et le dispensateur de soins.
- Économies d'échelle et uniformité dans l'approche de missions bien définies.
- Nombreux avantages tels que la maîtrise et l'économie des coûts, compte tenu également de la tendance à privilégier une approche et une gestion intermutualistes des développements (partage des coûts).
- Davantage de transparence dans le financement des projets, notamment en ce qui concerne les résultats des moyens utilisés et les bénéfices générés par la coopération intermutualiste.

Facteurs externes

- Coopération et concertation nécessaires avec le CIN/CINAMI, les organismes assureurs et l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

TITRE VI: L'INAMI en tant que catalysateur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: Innovation & Réforme

Article 23. Poursuite de la collaboration à la réforme du financement des hôpitaux en collaboration avec nos partenaires, le SPF SPSCAE et l'AFMPS.

Cet article est la suite de l'article 20 du deuxième Avenant 2021 au 5e Contrat d'administration 2016-2018.

Vu la collaboration structurelle avec le SPF SPSCAE et l'AFMPS pour plusieurs thèmes relatifs à cette politique de réforme, cet article sera également repris dans le deuxième Socle commun, à savoir dans la passerelle « Réforme du financement du secteur hospitalier ».

Description

Continuer à collaborer dans un contexte interadministratif à la mise en œuvre des modules de travail sur la réforme du financement des hôpitaux.

Cadre

Attribuer, réglementer, conseiller, informer, évaluer et contrôler

Axes principaux

- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Maîtriser les dépenses de l'assurance soins de santé et indemnités

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Organiser et financer les soins hospitaliers
- **Processus niveau 1** : Financer les soins hospitaliers

Contexte

Le « Plan d'approche - Réforme du financement des hôpitaux » a pour but de parvenir à un financement correct des soins de qualité au sein d'une offre hospitalière adaptée aux besoins. La politique de réforme porte, d'une part, sur le paysage hospitalier et l'offre (réorganisation des missions de soins par le biais d'une mise en réseau) et, d'autre part, sur les systèmes de financement du secteur hospitalier. En ce qui concerne la réforme des systèmes de financement, cet article du Contrat d'administration se focalise sur la poursuite de la réalisation des trois projets suivants.

1. La poursuite de la réforme du financement des hôpitaux dépend de la note de vision stratégique politique qui a été finalisée le 28 janvier 2022.
2. Hospitalisation à domicile

En 2021, plusieurs étapes ont déjà été accomplies pour permettre la mise en place de l'hospitalisation à domicile. Concrètement, on a d'abord défini, pour deux formes spécifiques de traitement, les conditions dans lesquelles l'hospitalisation à domicile peut être organisée. Un projet d'avenant à la convention nationale hôpitaux-OA a été rédigé à cet effet et sera soumis successivement à la commission de conventions concernée, au CSS, au CG et au Conseil des ministres, après quoi il pourra entrer en vigueur moyennant sa publication au Moniteur

belge. Pour la période 2022-2025, l'INAMI s'engage à évaluer l'exécution de cet avenant et, le cas échéant, à procéder à son extension éventuelle.

3. Hospitalisation de jour

Un autre objectif de la réforme du financement des hôpitaux est de réduire le nombre de séjours hospitaliers classiques en investissant davantage dans la chirurgie de jour (meilleur rapport coût-efficacité). À cet effet, les listes de prestations sont en ce moment actualisées par le biais d'un processus itératif précis avec toutes les parties concernées et sont reprises en vue de leur mise en œuvre dans (les avenants à) la convention nationale hôpitaux-OA. Ainsi, ce processus a déjà débouché sur des adaptations des forfaits en hôpital de jour groupes 1 à 7 pour un certain nombre de spécialités. La liste A, elle aussi, fait l'objet d'une réévaluation (via le BMF - financement de l'hôpital de jour). Pour la période 2022-2025, l'INAMI s'engage à continuer d'assurer la coordination du déploiement et de la surveillance du système de financement actualisé.

La réforme du financement des hôpitaux se déroule bien évidemment en alignement avec la réforme de la nomenclature également en cours (cf. article sur le sujet dans ce Contrat d'administration).

Liste des actions-engagements

1. Poursuite des activités sur la réforme du financement des hôpitaux sur la base de la note de vision stratégique politique en la matière. Date limite : en permanence.
2. Évaluation et extension éventuelle de l'exécution de l'avenant à la convention nationale hôpitaux-OA relative aux hospitalisations à domicile. Date limite : 31/12/2024.

Effets attendus

- Garantie de soins de santé de qualité, abordables et accessibles par l'optimisation et la standardisation de l'utilisation des budgets disponibles pour les soins
- Utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé et indemnités

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens RH et/ou ICT nécessaires
- Collaboration du SPF SPSCAE et de l'AFMPS
- Collaboration des parties prenantes : dispensateurs de soins, fournisseurs de logiciels, OA, organes (CNMM, etc.), industrie pharmaceutique, hôpitaux

Article 24. Poursuite de la maîtrise de l'offre et des missions de soins spéciales : (1) spine-units et (2) chirurgie complexe pour les affections de l'œsophage et du pancréas.

Cet article est la suite de l'article 17 du 1^{er} avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration 2016-2018 et de l'article 20 du 2^e avenant 2021 au 5^e Contrat d'administration 2016-2018.

Description

Concentrer certaines interventions chirurgicales dans des environnements multidisciplinaires afin d'améliorer la qualité des traitements :

- Partie 1 : concentration de chirurgie de la colonne vertébrale dans des spine-units multidisciplinaires.

- Partie 2 : concentration d'interventions chirurgicales complexes du pancréas et de l'œsophage dans 1 centre de référence faisant partie d'un consortium d'établissements de soins.

Cadre

Attribuer, réglementer, conseiller, informer

Axes principaux

- Innover et/ou réformer les soins de santé

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Traiter les demandes de remboursement général (prestations, produits...) via la nomenclature
- **Processus niveau 1** : Gérer les modifications de la nomenclature

Contexte

Partie 1 : Spine-units

La réforme des soins de santé en cours comprend e.a. l'élaboration de mesures structurelles relatives à la chirurgie de la colonne vertébrale. L'objectif visé est en première instance d'introduire des mesures qui permettront d'améliorer la qualité de la pose du diagnostic et de l'indication et du traitement le plus approprié des pathologies spinales (evidence-based practice).

Concrètement, un modèle organisationnel multidisciplinaire est prévu sous la forme de la création de spine-units dans tous les hôpitaux qui prennent en charge les pathologies du dos. Cela se fera dans un premier temps en inscrivant dans la nomenclature des critères spécifiques en matière d'organisation des activités médicales dans les spine-units, sous la forme de règles d'application à respecter pour pouvoir effectuer ces interventions et y associer un remboursement. La date d'entrée en vigueur de ces critères, ainsi que d'autres révisions de la nomenclature en la matière, y compris la consultation multidisciplinaire obligatoire pour la colonne vertébrale obligatoire (MSC) et le registre, est normalement prévue pour 2021. La nomenclature sur les spine-units a été présentée au Conseil des ministres au cours du deuxième trimestre de 2021 (au mois de juin), après quoi la procédure de publication s'est poursuivie.

L'INAMI s'engage à évaluer l'application de cette nouvelle nomenclature relative à la chirurgie de la colonne vertébrale 28 mois après son entrée en vigueur (action-engagement 1).

Partie 2 : chirurgie complexe concernant les affections de l'œsophage et du pancréas

Les interventions chirurgicales complexes du pancréas et de l'œsophage nécessitent des soins spécialisés de qualité : une approche multidisciplinaire avec une expertise continuellement appliquée et améliorée. Depuis le 1er juillet 2019, ces procédures complexes sont donc concentrées dans des centres de référence, qui font chacun partie d'un consortium d'établissements de soins.

Les conventions conclues avec ces centres de référence ont une durée initiale de 3 ans, renouvelable au plus tard jusqu'à la décision du CSS de renouveler ou non les conventions sur la base des conclusions du rapport final. Les conventions comprennent les modalités d'intervention pour les prestations concernées ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation.

La Fondation Registre du cancer a transmis les premiers rapports annuels individuels aux consortiums respectifs au cours du 2^e trimestre de 2021. Le premier rapport annuel général de la Fondation Registre du cancer a été approuvé par le Groupe de pilotage Chirurgie complexe le 10 septembre 2021 (via consultation écrite). L'INAMI s'engage à soumettre le rapport final à ce sujet au CSS, après le traitement des chiffres de la troisième année de la convention (voir action-engagement 2) pour le 30 septembre 2023.

Liste des actions-engagements

1. Partie 1 – Évaluation de l'application de la nomenclature relative à la chirurgie de la colonne vertébrale. Date limite : X+28 mois, où X est la date d'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature.
2. Partie 2 – Chirurgie complexe : Présentation du rapport final au CSS avec l'évaluation finale qui servira de base à une décision sur une éventuelle extension de la convention. Date limite : 30/09/2023

Effets attendus

- Les mesures introduites doivent aboutir à une amélioration considérable de la qualité du traitement le plus approprié des affections de la colonne vertébrale, de l'œsophage et du pancréas.

Facteurs externes

Partie 1:

- Collaboration de la « Spine Society Belgium » (SSB)
- Collaboration du SPF SPSCAE

Partie 2 :

- Collaboration des dispensateurs de soins dans les centres de référence (enregistrement de données)
- Collaboration de la Fondation Registre du cancer (rédaction de rapports annuels)
- Collaboration du Groupe de pilotage Chirurgie Complexe

Article 25. Réforme de la nomenclature : Poursuite du développement d'une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification et le développement progressif et la mise en production d'une nouvelle application NomenSoft.

Le présent article concerne la poursuite des articles 19 et 20 du premier avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration 2016-2018, des articles 24 et 25 du 2^e avenant 2021 au 5^e Contrat d'administration 2016-2018.

Description

La poursuite du développement d'une nouvelle vision en vue d'une modernisation et simplification approfondies de la nomenclature des prestations de santé (**partie 1**) & du renouvellement, de l'optimisation et de la mise en production de NomenSoft, de la banque de données actuelle et de l'application web pour la nomenclature et la pseudo-nomenclature(**partie 2**).

Contexte

Conseiller, Informer, réglementer

Axes principaux

- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Maîtriser les dépenses de l'assurance soins de santé et indemnités.
- Amélioration et informatisation du processus
- Optimisation de la prestation de services orientée client

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Traitement des demandes de remboursement général (prestations, produits...) via la nomenclature
- **Processus niveau 1** : Gestion des modifications de la nomenclature

Contexte

Partie 1 : Poursuivre le développement d'une nouvelle vision en vue d'une modernisation et d'une simplification en profondeur de la nomenclature des prestations de santé.

Le projet visant une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé a été présenté aux partenaires de l'ensemble du secteur le 25 septembre 2019. L'objectif général est de donner une nouvelle logique et structure à la nomenclature médicale actuelle. Concrètement, la réforme vise entre autres :

- à corriger des différences d'honoraires injustifiées entre médecins généralistes et spécialistes et entre médecins spécialistes entre eux.
- à mettre à jour et adapter la nomenclature en fonction des évolutions de l'activité médicale et des nouveaux modèles de prestation de soins (télémédecine, soins multidisciplinaires ...).
- à améliorer la logique intrinsèque, la lisibilité et la transparence de la nomenclature.
- à introduire des incitants pour promouvoir la coopération et la qualité.
- à distinguer de façon transparente et standardisée, au sein des honoraires de tous les médecins, la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales et non couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin ». Cet ajustement ne peut être dissocié de la réforme du financement des hôpitaux.

Le projet comprend 3 phases.

1. Phase 1 : restructurer et adapter le libellé des prestations

- analyser le besoin de restructuration et de standardisation
- standardiser selon une logique triaxiale (au moyens de 3 axes) ou adaptée à la catégorie de nomenclature concernée
- apparier à la classification ICHI (International Classification of Health Interventions) ou internationale adaptée
- transférer méthodologiquement pour maintenir et développer les prestations en une nomenclature restant cohérente.

La réalisation de cette phase est indispensable à la poursuite des phases suivantes, afin de disposer de libellés précis et d'une granularité adéquate (équilibre entre ce que le médecin réalise et son influence sur la partie professionnelle et les frais de fonctionnement).

Cette première phase est subdivisée en **3 secteurs d'activités** confiés à différentes équipes :

- Actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC), confié à l'équipe ULB
- Actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA), confié à l'équipe Möbius
- Actes de consultation et assimilés (ACA), confié à l'équipe UGent.

Pour le secteur d'activités ATMC, une **phase 1bis** est prévue :

- Dans cette phase de finalisation, les remarques des experts de chaque spécialité consultés sont intégrées et les règles d'application existantes sont transposées
- Résultat : un tableau final intégrant prestation par prestation les diverses règles d'application y afférentes. Ce sera la base de l'informatisation de la nouvelle nomenclature

2. Phase 2.1. : déterminer le rapport existant entre les différentes prestations sur la base de critères objectifs (partie professionnelle des honoraires)

Cette phase est confiée à :

- L'équipe ULB/KUL pour les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC)
- L'équipe Mobius pour les actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA), sauf la biologie clinique
- Un groupe de travail de la CNMM pour la biologie clinique et les actes de consultation et assimilés (ACA)

Pour les ATMC et AMTAA une échelle de valeur de la part professionnelle selon différents indicateurs est construite (durée, complexité, risque).

Pour la biologie clinique, une méthodologie spécifique est développée.

3. Phase 2.2. : évaluer les frais de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre des prestations de santé

Cette phase est confiée à :

- L'équipe ULB/KUL pour les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC)
- L'équipe Mobius pour les actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA)

Pour les ATMC et les AMTAA une échelle de valeur relative des frais de fonctionnements en lien avec les prestations est construite afin d'isoler, au sein de la nomenclature, les prestations de la partie professionnelle.

Pour la biologie clinique, une méthodologie spécifique est développée.

L'état d'avancement des différentes phases en fonction des 3 secteurs d'activités est publié régulièrement sur le site web de l'INAMI : [Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins - INAMI \(fgov.be\)](https://www.inami.fgov.be)

Pour les ATMC la finalisation des phases 1 et 1bis se déroule spécialité médicale par spécialité médicale parallèlement avec le déroulement des phases 2.1. et 2.2.

Pour chaque secteur d'activité, la méthodologie concernant la réforme de la nomenclature ainsi que le processus de validation sont définis. Ce projet est réalisé en collaboration avec des experts du secteur, par le biais d'une gestion de projet installée (groupes de projet, comité de pilotage) sous la supervision du **Comité d'accompagnement**, qui est chargé de la coordination générale de la réforme complète.

Partie 2 : innovation, optimisation et mise en production de NomenSoft, la base de données et l'application web actuelles pour la nomenclature et la pseudonomenclature.

La nomenclature des prestations de santé est une liste codée des prestations de santé qui sont entièrement ou partiellement remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé. Grâce à l'application web NomenSoft de l'INAMI, accessible au public, les données de la nomenclature peuvent être consultées de manière conviviale (par ex. les numéros de code, les libellés, les tarifs ainsi que les règles interprétatives et d'application des prestations). En tant que source authentique, cette base de données est périodiquement mise à jour et consultée de manière intensive tant par des parties externes (par ex. les dispensateurs de soins, les organismes assureurs et les institutions de soins, les développeurs de logiciels, les citoyens) que par des parties internes (par ex. les experts du SdSS et du SECM et leurs applications respectives).

Afin, entre autres, d'obtenir des performances plus élevées et un meilleur couplage avec d'autres applications et bases de données internes, de répondre à l'évolution des besoins des utilisateurs finaux externes et internes et d'enrichir l'application avec une terminologie standardisée, il a été décidé de renouveler NomenSoft. La réalisation de ce projet se fait en deux phases. La première phase s'est achevée le 4 mars 2021 avec la réception et l'approbation de la note conceptuelle sur la nouvelle application, comprenant une analyse détaillée des besoins internes.

La deuxième phase fait l'objet du 6^e contrat d'administration 2022-2025. L'INAMI s'engage à mettre en production la première itération de la nouvelle application d'ici la mi-2023. Plus concrètement, les données de la nomenclature produites par les différentes directions doivent être rassemblées en un ensemble cohérent afin qu'elles soient faciles à utiliser et à rechercher par les utilisateurs internes et externes. Les données seront introduites dans une base de données centrale et conservées dans une seule base de données de référence. D'autres processus y seront liés (par exemple, la création de publications). Cela se fera en plusieurs phases : (1) introduction par différentes directions dans une base de données centrale, (2) suivi du statut du code de nomenclature et de la publication et (3) publication des codes de nomenclature sous forme de service web.

Liste des actions-engagements

1. Partie 1 (réforme nomenclature) : Poursuivre les activités de réforme de la nomenclature sur base de la note de vision stratégique politique sur la réforme du financement des hôpitaux (cf. Art. 23). Date limite : En continu (suivi via le rapport semestriel et annuel)
2. Partie 2 (nouvelle application nomensoft) : Développement et mise en production de la première itération d'une nouvelle application Nomensoft. Date limite : 30/06/2023.

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.
- Assurer la continuité de NomenSoft.
- Contribuer à l'interprétation et l'application correctes des règles de la nomenclature.
- Améliorer le couplage entre les données de nomenclature et les données dans d'autres applications et bases de données.
- Améliorer la synchronisation avec d'autres projets en cours concernant la nomenclature.

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens RH et ICT requis.

Article 26. Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour les soins de santé 2022-2024.

Cet article n'a pas encore été repris dans les contrats d'administration précédents.

Description

La trajectoire budgétaire pluriannuelle pour les soins de santé 2022-2024 a été mise en place début 2021. Elle vise à actualiser les processus et outils politiques utilisés, de manière à pouvoir faciliter une approche transversale et intégrée, qui puisse donner un nouvel élan à l'assurance maladie pour les prochaines décennies. Il s'agit de développer une vision stratégique à moyen et long terme pour l'assurance maladie et de prévoir les moyens nécessaires à cet effet.

Cette trajectoire se compose des 3 parties suivantes : (1) fixation des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la période 2022-2024, (2) approche centrée sur « l'appropriate care » – les bons soins, au bon endroit, au bon moment - et (3) définition d'une trajectoire budgétaire pluriannuelle dans le secteur des soins de santé.

Cadre

Octroyer, régler, organiser.

Axes principaux

- Maîtriser les dépenses de l'assurance soins de santé et indemnités
- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Améliorer les processus et informatiser

Carte des processus

- **Domaine de processus** : (1) réaliser des analyses financières et soutenir le processus budgétaire SdSS/SI
- **Domaine de processus** : (2) promouvoir la qualité, l'efficacité et le contrôle des soins de santé
- **Niveau de processus 1** : (2) gérer les plans d'action en matière de contrôle des soins de santé

Contexte

Pour pouvoir maintenir en l'état notre système de soins de santé réputé accessible et de bonne qualité, il faut le soumettre à des check-up réguliers. Ces analyses fournissent une image nuancée de nos soins de santé. De plus, la démographie et les soins ont fondamentalement changé au cours des 60 dernières années : avec une population vieillissante, l'un des principaux défis est de continuer à fournir les meilleurs soins possible aux patients atteints de maladies chroniques et de comorbidités. En raison de l'accélération des progrès technologiques, nous devons adapter nos systèmes plus rapidement à ces innovations. Cela nécessite une actualisation des instruments politiques et des processus utilisés, qui facilitent une approche intégrée et transversale.

C'est pourquoi il est si important de développer une méthode pour intégrer les objectifs de soins de santé dans les choix de l'assurance maladie. En combinaison avec un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et une approche davantage centrée sur les soins appropriés (« Appropriate Care » en anglais) - les bons soins, au bon endroit, au bon moment -, nous pouvons développer une vision stratégique à moyen et long terme pour notre assurance maladie et également prévoir les ressources nécessaires à cet effet. Ce que nous payons en trop pour certains traitements exclut d'autres soins appropriés de l'assurance obligatoire. Face aux besoins médicaux encore non satisfaits dans un contexte de pénurie budgétaire, il relève du devoir des décideurs politiques et des parties prenantes, soit de tout un chacun, de formuler une réponse adaptée.

Ce trajet tient compte du quintuple objectif (« Quintuple Aim » en anglais) :

1. la qualité des soins, telle que perçue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
2. la santé de la population
3. le rapport coût-efficacité, à savoir le rapport entre les moyens investis et les valeurs réalisées
4. l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et en incluant les différentes formes de diversité
5. le bien-être des professionnels de la santé.

Le cadre budgétaire de l'assurance maladie doit dès lors être adapté pour permettre la concertation dans une perspective pluriannuelle prévisible, pour encourager le découplage, et pour soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires en ce qui concerne les objectifs de soins de santé prioritaires.

Une méthode concrète visant à intégrer ces objectifs de santé dans les choix de l'assurance maladie sera élaborée en concertation avec le Comité de l'assurance. En particulier, dès 2022, la procédure budgétaire prévoira l'attribution de moyens aux objectifs de santé (ou de soins de santé) pour 2022.

Cette trajectoire a été lancée début 2021. Les travaux étaient menés par un **(1) groupe de pilotage** présidé par l'INAMI, et composé de délégués des organismes assureurs, des organisations de dispensateurs de soins représentées au sein du Comité de l'assurance et de la Cellule stratégique. D'autres experts pertinents et des représentants de fédérations d'associations de patients y étaient également associés. Le groupe de pilotage et les **(2) 3 task forces** associées ont un rôle de coordination et de conseil, et ne se substituent pas aux missions légales du Comité de l'assurance et du Conseil général.

1. Task Force Objectifs en matière de soins de santé (TFGDOS) : fixation des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la période 2022 -2024.
2. Task Force « Appropriate Care » (TFAC) : élaboration d'un plan de soins appropriés, qui engendre des gains d'efficacité et qui repose sur des principes tels que les bons soins au bon endroit, le désinvestissement des soins inefficaces, la réduction des différences de pratique, le recyclage des

moyens résultant de la surconsommation et le réinvestissement dans la sous-consommation.

3. Task Force Cadre pluriannuel dynamique : établissement d'une estimation pluriannuelle sur la base de l'incidence estimée des objectifs de santé prioritaires retenus et des propositions formulées par la TF AC, en tenant compte des orientations définies dans l'accord de gouvernement concernant la norme de croissance légale. Cette task force sera également chargée de concrétiser sur le plan juridique et technique les principes d'un cadre budgétaire pluriannuel dynamique, en tenant compte notamment du trajet de croissance fixé dans le cadre des spécialités pharmaceutiques.

Le groupe de pilotage et les task forces ont été soutenues par les équipes de projet. Les profils des participants ont été définis en vue d'un fonctionnement efficace et flexible du groupe de pilotage et des task forces.

Un **(3) comité scientifique** a participé à la définition du calendrier de réforme. Ce comité a pour mission de fournir un feed-back scientifique sur les propositions formulées, d'intervenir comme challengeur pour les task forces et d'aider le groupe de pilotage à classer les propositions par priorité en fonction de critères adéquats.

En résumé, les résultats escomptés (« deliverables » en anglais) à l'issue de la trajectoire se définissent comme suit :

- Objectifs de soins de santé prioritaires (GDOS)
- Inventaire des initiatives permettant d'atteindre les objectifs de soins de santé (actuels, prévus et nouveaux)
- Initiatives prioritaires en matière « d'appropriate care » (AC) :
 - La réalisation de la mission CNMM concernant la réallocation de 40 millions d'euros (inscrite dans l'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2021).
 - Mesures structurelles et d'accompagnement à prendre pour concrétiser rapidement et efficacement les véritables mesures relatives aux soins adéquats.
 - Mesures efficaces en matière de soins adéquats à prendre pour financer les initiatives GDOS.
- Cadre budgétaire pluriannuel dynamique et perspectives pluriannuelles établies de concert par le Bureau fédéral du plan et l'INAMI :
 - Perspectives sur la base de facteurs identifiables
 - Élaboration d'un processus qui permet de financer les initiatives qui contribueront à atteindre les objectifs de soins de santé dans le cadre d'une dynamique budgétaire transversale.

Cette trajectoire ne peut bien entendu pas être dissociée d'autres chantiers en cours tels que la réforme du financement des hôpitaux, la révision de la nomenclature et le Pacte pharmaceutique. Vous trouverez toutes les informations sur cette trajectoire et ces activités en cliquant sur le lien suivant:

https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/financement/Pages/reunion_lancement_comite_assurance_elargi.aspx

Le lancement des travaux a eu lieu le 1^{er} mars 2021, date à laquelle Monsieur le Ministre Frank Vandenbroucke est venu fournir des explications à ce sujet. Grâce au taux de participation élevé à la séance de lancement du projet mais aussi à l'accueil enthousiaste reçu par l'appel à projets, 300 propositions ont été déposées par les commissions d'accords et de conventions mais aussi par des universitaires, des organismes de recherche, des entreprises et des citoyens. Chacun a eu l'occasion de mettre ses propositions sur la table et elles ont toutes été examinées avec le même degré de minutie, tout d'abord par les experts de l'INAMI et ensuite par ceux des task forces et du Comité scientifique. Une méthode innovante, soutenue par une application numérique développée en interne par l'INAMI, a été élaborée pour accompagner ce processus. Plus de 30 collaborateurs de l'INAMI et 70 experts externes ont collaboré au projet. Fin juillet 2021, le **rapport intermédiaire** a été fourni et soumis au Conseil général et

au Comité de l'assurance lors des réunions conjointes des 14 et 26 juillet 2021. Ce rapport approfondi contient toutes les informations (détaillées) sur la gouvernance, le calendrier, la méthode utilisée, une description des activités, les résultats obtenus ainsi que les discussions menées dans ce cadre. Le rapport intermédiaire contient, en outre, des recommandations structurelles. Concrètement le rapport a défini 5 objectifs de soins de santé prioritaires (GDOS), 17 initiatives visant à atteindre ces objectifs et 30 initiatives centrées sur les « appropriate care ». L'objectif visé est de le convertir en politique effective au cours des prochaines années.

Une liste a également été dressée des initiatives prises pour remplir la mission CNMM relative à la réallocation de 40 millions d'euros, inscrite dans l'accord médico-mutualiste 2021. Elle a été examinée au cours des réunions de la CNMM (pas de la task force).

Il a été convenu ce qui suit lors des réunions conjointes du Conseil général et du Comité de l'assurance (des 14 et 26 juin 2021) :

- Le rapport intermédiaire sera transmis aux commissions d'accords et de conventions. Elles doivent s'en inspirer pour formuler une proposition de budget qui sera soumise au vote au sein du Comité de l'assurance au plus tard le 4 octobre.
- Un groupe de travail sera créé au sein du Comité de l'assurance et du Conseil général, chargé de convertir le rapport intermédiaire en rapport définitif (la date butoir étant fixée au 20/12/2021). Ce groupe de travail sera complété par une représentation du Conseil général.

On s'attellera par ailleurs à formuler une proposition d'approche pour l'estimation pluriannuelle. D'une part, des propositions seront formulées pour améliorer structurellement la méthodologie utilisée pour le processus budgétaire actuel. D'autre part, on veillera à assurer la complémentarité entre les estimations techniques de l'INAMI et les résultats de simulation de PROMES (modèle de projection utilisé par le Bureau du plan). Étant donné que les résultats de PROMES donnent une image différente de celle produite par les estimations de l'INAMI, le modèle PROMES doit être adapté sur le plan technique afin que les deux instruments donnent une image uniforme de la situation budgétaire.

Des informations complémentaires seront fournies dans les documents de reporting sur l'exécution de ce 6^e Contrat d'administration.

Liste des actions-engagements

1. Poursuite de la coordination de la trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé et reporting au Comité de l'assurance et au Conseil général, en :
 - aidant toutes les commissions à convertir les objectifs budgétaires partiels et le plan pluriannuel correspondant en conventions et accords pluriannuels,
 - facilitant l'élaboration d'un nouveau processus budgétaire pluriannuel flexible et dynamique permettant de financer les initiatives qui contribuent à atteindre les objectifs de soins de santé dans une dynamique budgétaire transversale,

Date limite : via les rapports semestriels et les rapports annuels sur le présent Contrat d'administration.
2. Présentation au Comité de l'assurance d'une note conceptuelle et une proposition d'opérationnalisation en ce qui concerne l'approche à long terme afin que les initiatives nécessaires soient prises pour l'approche renouvelée à partir de la préparation du budget pour l'année 2025, à travers l'élaboration d'un nouveau modèle administratif et budgétaire intégré dans la mécanique actuelle de l'assurance maladie. Date limite: 31/03/2023.

Effets attendus

- Intégration des objectifs de soins de santé dans les choix de l'assurance maladie.
- Cadre budgétaire dynamique pluriannuel et focus renforcé sur « l'Appropriate Care ».
- Gestion optimale du budget des soins de santé.
- Flux et mécanismes financiers plus transparents et mieux maîtrisables.

Facteurs externes

- Collaboration avec les organismes assureurs et d'autres partenaires externes.
- Disponibilité des moyens RH requis.

Article 27. Collaboration à l'élaboration de la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (eGAO/eCIT) et à une étude sur le développement d'un algorithme basé sur les données existantes liées à la prédiction de certains indicateurs.

Cet article concerne la poursuite de l'article 27 de l'avenant 2021 au 5^e contrat d'administration (2016-2018), initié par l'article 23 du précédent avenant 2019-2020.

Description

Cet article se compose de 2 parties, à savoir :

- D'une part, le soutien et la participation à l'élaboration du projet eGAO/eCIT (la suite du projet pilote antérieur Mult-eMediatt) qui vise à faciliter la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (CIT).
- D'autre part, l'élaboration d'une étude visant à créer un algorithme basé sur les données existantes liées à la prédiction de certains indicateurs (reprise par la suite sous l'appellation « étude algorithme »), et la réalisation d'une étude de faisabilité de l'implémentation de cet algorithme au sein des organismes assureurs. Ce projet garantit :
 - un traitement uniforme des informations (entre autres via les CIT) par tous les organismes assureurs.
 - une diminution de la charge de travail du médecin-conseil et de son équipe multidisciplinaire de manière à ce qu'ils puissent se concentrer sur leurs missions-clés, l'évaluation et la réinsertion.

Cadre

Uniformiser, réglementer, contrôler.

Axes principaux

- Innovation dans l'assurance indemnités.
- Optimisation de la prestation du service en matière d'incapacité de travail.
- Amélioration du processus et informatisation

Carte des processus:

- **Domaine de processus:** Traiter les dossiers d'incapacité de travail des bénéficiaires
- **Processus niveau 1:** Traiter les dossiers de demande d'incapacité de travail

Contexte

Ce projet concerne l'amélioration du processus d'introduction (informatisation) et de traitement (automatisation) du certificat d'incapacité de travail (CIT).

Partie 1 : eGAO/eCIT (poursuite du projet pilote Mult-eMediatt)

Le projet d'informatisation du certificat d'incapacité de travail « Mult-eMediatt » s'inscrit dans la logique suivie par le gouvernement fédéral d'encourager la simplification administrative dans le secteur des soins de santé. Sa réalisation était inscrite dans le plan d'action eSanté 2015-2018 et a été maintenue dans le plan d'action eSanté 2019-2021, approuvé par l'ensemble des Ministres compétents en matière de santé.

Les médecins remplissent en effet de nombreux documents papier à la fin d'une consultation: attestations de soins données, prescriptions de médicaments, certificats d'incapacité de travail,...

Une première étape avait été franchie en ce sens dès 2014 via le projet « eMediatt ». Les médecins disposent de la possibilité depuis ce moment d'envoyer le certificat d'incapacité de travail à destination de MEDEX par voie électronique. Ce document ne concerne que les fonctionnaires dont l'autorité publique est affiliée à MEDEX. Le projet d'informatisation du certificat d'incapacité de travail (projet appelé « Mult-eMediatt ») s'inscrit dans cette logique en étendant le scope. La possibilité d'envoyer le certificat d'incapacité de travail de façon électronique constitue donc une étape supplémentaire dans la voie de l'e-santé.

La réalisation de ce projet interviendra par phases, l'objectif étant d'impliquer en priorité les destinataires ayant exprimé leur souhait de recevoir les certificats par voie électronique. Le modèle d'échange dans ce projet a été conçu de façon si générique qu'il pourra être réutilisé pour la transmission d'autres types de certificats que ceux liés à l'incapacité de travail (certificat de fréquentation scolaire par exemple).

Afin d'offrir une simplification administrative aux médecins, d'éviter au patient de devoir envoyer son ou ses certificat(s) aux différents destinataires et de permettre un traitement plus rapide de sa demande, le projet Mult-eMediatt s'est attelé à poursuivre un double objectif.

- d'une part, standardiser les différents modèles électroniques de certificats d'incapacité de travail,
- et d'autre part, avec l'accord du patient, après avoir transmis au médecin les éventuels destinataires trouvés, permettre l'envoi du ou des certificat(s) d'incapacité de travail de façon électronique vers le(s) destinataire(s) identifié(s) concerné(s).

En 2020, le Comité de gestion de la Plate-forme eHealth a approuvé une nouvelle approche itérative et incrémentale du projet Mult-eMediatt, en prévoyant entre autre une co-gestion de ce projet par l'INAMI, le CIN et la Plate-forme eHealth. Dans ce cadre-là, l'INAMI a rédigé un plan d'action afin de délimiter son implication au sein de ce projet. Ce plan d'action se décline en 5 étapes :

1. Le développement d'une terminologie unifiée pour le codage des différentes pathologies.
2. Le développement d'une liste de référence sur base de cette terminologie unifiée
3. L'intégration de la nouvelle terminologie des pathologies dans le software.
4. L'homologation du software par la plateforme eHealth
5. La poursuite des concertations avec les développeurs de logiciels en vue de l'intégration de l'eCIT dans les logiciels médicaux et de leur inclusion dans la prime de pratique intégrée d'ici 2023

Dans le cadre de ce nouveau contrat 2022-2025, l'INAMI continuera à participer à l'opérationnalisation du flux électronique/de l'attestation du certificat d'incapacité de travail (CIT) et s'investira plus concrètement sur les points suivants :

- La coordination de l'uniformisation du codage
- L'adaptation de la réglementation telle qu'elle figure dans la note du Comité de gestion du 18/04/2018
- La poursuite des concertations avec les développeurs de logiciels en vue de l'intégration de l'eCIT dans les logiciels médicaux
- Les conséquences sur la prime de pratique intégrée

Partie 2 : étude sur le développement d'un algorithme basé sur les données existantes liées à la prédiction de certains indicateurs.

Le nombre de CIT que les organismes assureurs doivent traiter s'est nettement accru depuis la modification de la réglementation qui oblige le médecin traitant à mentionner la durée de l'incapacité de travail sur le CIT (2016). Si l'incapacité de travail doit être prolongée à la fin de cette durée, l'assuré envoie à l'organisme assureur un 2e certificat de prolongation, voire un 3e et un 4e si cela s'avère nécessaire. Cela signifie que pour les ± 750 000 assurés en incapacité de travail chaque année, il y a lieu de traiter ± 2 700 000 CIT, ce qui entraîne une énorme charge de travail.

Nous nous employons donc à améliorer le traitement des CIT via un traitement automatique. Cette automatisation contribuera également à faciliter la coordination du retour au travail. Un meilleur traitement des CIT permettra aux coordinateurs de Retour au Travail (ReAT) d'enclencher des accompagnements de manière plus ciblée.

L'objectif du traitement du CIT est de :

1. vérifier si l'incapacité de travail peut être reconnue ou pas,
2. vérifier si la durée mentionnée sur le CIT peut être acceptée ou pas,
3. fixer la 1re date de convocation.

Pour un traitement correct du CIT, il y a lieu, outre les données mentionnées sur le CIT, de tenir compte également :

- d'éléments figurant dans le dossier administratif et médical de l'assuré (décisions prises lors de précédentes périodes d'incapacité de travail, signaux d'alarme administratifs et médicaux...),
- de facteurs autres que les facteurs médicaux mentionnés sur le CIT, ceci aux fins de garantir l'approche multidisciplinaire de la (l'in)capacité de travail,
- de directives du Comité de gestion du Service des indemnités. Celui-ci peut notamment imposer, dans le cadre de sa politique, d'accorder plus d'attention au cours d'une période déterminée à des groupes cibles spécifiques (affections musculo-squelettiques, affections psychiques, réinsertion...)

Par ailleurs, il doit être possible de modifier ultérieurement la date de convocation sur la base :

1. de données qui sont connues plus tard (par exemple sur la base de la feuille de renseignements),
2. des réponses au questionnaire,
3. de la réception du certificat de prolongation,
4. des actions menées dans le cadre des arrêtés royaux relatifs à la réinsertion (quick scan, détermination de la catégorie, input du CP-MT...).

Le scope de la partie 2 est d'analyser dans quelle mesure l'enregistrement et le traitement des CIT peuvent être automatisés à l'aide d'un logiciel, et ce sans hypothéquer la qualité des décisions. L'objectif est, à

terme, de développer un instrument automatique de lecture et traitement des données afin d'obtenir un processus de décision efficace.

Le Service des indemnités veut donc explorer – en collaboration avec l'ensemble des OA – les possibilités de mise en œuvre du concept de prise de décision automatisée dans le traitement du CIT et dans le suivi des personnes en incapacité de travail. Cela peut se faire, entre autres, en testant la performance des analyses prédictives sur la base d'une grande quantité de données disponibles dans les OA et à l'INAMI.

Les travaux préparatoires ont commencé au cours de l'avenant 2019-2020. Ainsi, un groupe de travail a été créé au sein du Centre de connaissances de l'incapacité de travail pour suivre et orienter ces analyses. La première tâche du groupe de travail consistait à dresser un inventaire des données dont disposent conjointement l'INAMI et les O.A. Dans la perspective de l'entrée en vigueur de la nouvelle législation au début de 2022, cet inventaire sera revu et ajusté si nécessaire.

Compte tenu de l'expertise spécifique requise pour mener à bien de telles recherches, le groupe de travail a également fait appel au soutien d'un groupe de recherche universitaire (UA). Ce groupe de recherche est spécifiquement chargé de développer et de tester un logiciel algorithme en utilisant les bases de données disponibles.

La mise en œuvre de cette étude a été divisée en plusieurs parties :

1. **Obtention des approbations nécessaires de la Commission d'éthique** sur la confidentialité des données (commission privacy – commission éthique UA). Il s'agit d'une condition suspensive pour le démarrage de l'étude et la mise en œuvre de cet engagement.
2. **Élaboration d'une étude de la littérature.** On examinera dans quelle mesure le concept de prise de décision automatisée dans le cadre du CIT est déjà utilisé dans d'autres pays européens et si son application s'est avérée efficace et efficiente en termes d'incapacité de travail et de réinsertion.
3. **Livraison finale des bases de données** par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) au groupe de recherche afin qu'il puisse les exploiter dans leur étude. La BCSS se chargera de consolider et anonymiser les données de l'INAMI et des OA avant de les partager avec le groupe de recherche. Vu que la fourniture des bases de données par les O.A. à la BCSS est nécessaire pour le lancement des analyses par le groupe d'étude, ce facteur de dépendance externe aura un impact sur le délai d'exécution de cet engagement. Un accord avait déjà été obtenu avec les OA sur le type de données à fournir. Toutefois, ce dernier inventaire sera revu en fonction de la nouvelle législation entrée en vigueur début 2022 concernant le déploiement des coordinateurs de retour au travail.
4. **Développement et testing de l'algorithme** - développement du modèle et réalisation de tests. Après transmission des bases de données conjointes au groupe de recherche, 10 mois sont encore prévus pour le développement et le testing de l'algorithme pour l'enregistrement et le traitement automatiques des CIT.
5. **Proposition finale d'algorithme.** La proposition méthodologique finale de l'algorithme, accompagnée d'avis, sera ensuite soumise à la CSCMI.

L'étude de faisabilité pour la mise en œuvre effective de cet algorithme au sein des OA n'est pas incluse dans le scope du groupe de recherche. Une fois la proposition d'algorithme approuvée par le Comité de Gestion des indemnités, l'INAMI rédigera un plan d'action afin de déterminer avec les OA comment réaliser cette nouvelle étude (avec un partenaire externe ou non). Ce plan nécessitera 12 mois de préparations et ses conclusions seront soumises à l'approbation du Comité de Gestion des indemnités.

Liste des actions-engagements

Partie 1 : eGAO/eCIT (poursuite du projet pilote Mult-eMediatt)

1. Participation à l'opérationnalisation du flux électronique/de l'attestation du certificat d'incapacité de travail (CIT) – Projet de suivi de l'exécution du plan d'action eGAO/eCIT tel que décidé par tous les acteurs du projet. Date limite : rapport semestriel et annuel sur base des objectifs du plan d'action.

Partie 2 : étude sur le développement d'un algorithme basé sur les données existantes liées à la prédiction de certains indicateurs.

2. Dans le cadre du Centre de connaissances de l'incapacité de travail : élaboration d'une proposition d'algorithme par le Groupe de Travail et soumission de son avis à la CSCMI. Date limite : X + 14 mois où X = la livraison finale des bases de données au groupe de recherche, en sachant que l'INAMI dépend des OA pour une livraison dans les délais
3. Elaboration d'un plan d'action pour la réalisation de l'étude de faisabilité et soumission au Comité de Gestion des indemnités pour validation. Date limite : X+12 mois, X= accord sur la proposition d'algorithme

Effets attendus

- Traitement plus efficace des certificats d'incapacité de travail.
- Utilisation optimale des moyens de l'assurance indemnités.
- Offrir une solution à la pénurie de médecins-conseils par l'automatisation des tâches.

Facteurs externes

- Disponibilité et coopération des acteurs impliqués (organismes assureurs, plateforme eHealth...)

Article 28. La mise en production de l'application intégrée Proratis pour la gestion centralisée et sécurisée des dossiers d'invalidité internationaux.

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

Description

Gestion centralisée et sécurisée des dossiers d'invalidité internationaux à travers une application intégrée, Proratis, dans le cadre :

- du projet européen EESSI de digitalisation des échanges entre les différentes institutions de sécurité sociale des Etats membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen
- des conventions bilatérales de sécurité sociale liant la Belgique dans le secteur de l'invalidité

Cadre

Octroyer, Informer, contrôler

Axes principaux

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

Carte des processus:

- **Domaine de processus:** Traiter les dossiers d'incapacité de travail des bénéficiaires ;
- **Processus niveau 1:** (1) Traiter les demandes de conventions internationales des assurés belges (2) Traiter les demandes de conventions internationales des assurés étrangers (3) Assumer la mission d'organisme de liaison dévolue à l'INAMI dans le secteur des prestations en espèce en garantissant la bonne application de l'entraide administrative prévue par les normes internationales liant la Belgique dans le secteur de l'incapacité de travail.

Contexte

Le projet européen EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) prévoit la digitalisation de tous les échanges entre les différentes institutions de sécurité sociale des Etats membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen. Pour permettre ces échanges tels que définis dans les règlements européens (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009, la Commission européenne a développé un outil d'échange standardisé - RINA. EESSI est entré en production le 2 juillet 2019.

Dans ce cadre, l'INAMI développe à son niveau une application – Proratis – compatible avec les outils numériques européens, permettant d'interagir avec RINA et destinée à remplacer l'application actuelle – International Pro Rata (IPR) – en vue de :

- traiter de manière digitalisée, sécurisée et intégrée tous les dossiers d'invalidité internationaux
- organiser tous les contrôles médicaux demandés dans le contexte international
- satisfaire à toutes les demandes d'entraide administrative introduites dans le contexte international
- échanger de manière digitalisée et sécurisée des informations et des documents avec les organismes assureurs
- échanger de manière digitalisée et sécurisée via RINA, des SED's (formulaires électroniques) avec toutes les institutions européennes de sécurité sociale

Actuellement, les gestionnaires de dossier doivent utiliser plusieurs applications pour gérer les dossiers internationaux. En tant qu'application intégrée, Proratis permet de gérer de manière centralisée tous les volets d'un dossier international.

Les assurés, les OA et les institutions européennes bénéficieront des avantages liés à cette intégration des différentes applications en une seule grâce à une diminution des délais de traitement des dossiers. Proratis est également conforme aux exigences de sécurité formulées dans le GDPR.

Le projet intègre également les dossiers internationaux traités dans le cadre des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues avec des pays extra-européens.

Ce projet impacte la totalité du processus de gestion des dossiers internationaux et contribue à la réduction du retard accumulé depuis 10 ans dans le traitement des dossiers (cfr l'article « Optimisation de la gestion des dossiers internationaux d'incapacité de travail et traitement progressif de l'arriéré accumulé »).

Concrètement, une analyse fonctionnelle a déjà cartographié les besoins liés à cette nouvelle application afin de remplacer les fonctionnalités actuelles de IPR. Ce premier volet sera mis en production d'ici le 30 septembre 2022. Les fonctionnalités développées lors de la phase 1 comprennent notamment le traitement des dossiers belges et étrangers ainsi qu'une ébauche de gestion comptable liée à ces 2 types de dossier.

Une seconde analyse fonctionnelle décrira les nouvelles fonctionnalités nécessaires à l'intégration complète des processus internationaux dans l'application Proratis (volets contrôles médicaux et entraide administrative), à l'amélioration des échanges structurés d'informations avec les organismes assureurs et à la récolte de données statistiques.

Liste des actions-engagements

1. Phase 1 : Mise en production de la partie de l'application remplaçant les fonctionnalités actuelles d'IPR. Date limite : 28/02/2023.
2. Phase 2 : Mise en production de la 2^{ème} phase concernant l'intégration complète des processus, l'échange structuré d'informations avec les OA et la récolte de statistiques. Date limite : X+24 mois, X= date de l'accord avec tous les acteurs impliqués dans l'analyse fonctionnelle.

Effets attendus

- Gain de temps et d'efficacité important dans les délais de traitement des dossiers
- Sécurisation des échanges
- Simplification des processus pour les gestionnaires de dossier
- Diminution du risque d'erreurs

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens ICT nécessaires
- Collaboration des organismes assureurs
- Modification/ évolution des fonctionnalités techniques de l'application RINA

TITRE VII: L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens: **Utilisation Optimale des Moyens**

Article 29. L'application informatique intégrée IDES : invalidité et autres processus dans le secteur des indemnités.

Le présent article concerne la poursuite de l'article 19 du Contrat d'administration 2006-2008 et de son avenant de 2009, de l'article 28 du Contrat d'administration 2010-2012, de l'article 15 du Contrat d'administration 2013-2015, de l'article 26 du Contrat d'administration 2016-2018, de l'article 30 de l'Avenant 2019-2020 au Contrat d'administration 2016-2018 et de l'article 33 de l'Avenant 2021.

Le présent article concerne également le transfert partiel de l'article 26 de l'Avenant 2021 au 5^e Contrat d'administration (2016-2018), lui-même prolongeant l'article 22 du précédent Avenant 2019-2020.

Description

La poursuite des développements réalisés pour la partie réinsertion socio-professionnelle du projet d'informatisation des processus invalidité et indemnités (IDES) et la mise en production des développements réalisés pour le volet contrôle ciblé.

La collecte des données et la mise sur pied d'un système de données efficace, intégré, optimisé et codé pour les domaines de l'incapacité de travail, de l'invalidité et de la réinsertion.

Cadre

Octroyer, Gérer, Informer

Axes principaux

- Simplification administrative
- Optimisation des processus et informatisation
- Application uniforme de la réglementation
- Amélioration du rapport coût-efficacité
- Optimisation du service en matière de réinsertion.

Carte des processus:

- **Domaine de processus:** Traiter les dossiers d'incapacité de travail des bénéficiaires
- **Processus niveau 1:** (1) Traiter les demandes de réinsertion socioprofessionnelle; (2) Traiter les contrôles/réévaluations ciblés

Contexte

Le projet IDES a débuté lors du 4^e et a continué durant le 5^e Contrat d'administration. Le service des Indemnités souhaite poursuivre le projet au cours du présent Contrat. Il s'agira de finaliser le développement d'une application informatique intégrée permettant de traiter de manière automatisée les dossiers individuels d'invalidité mais aussi d'autres processus du service indemnités, la réinsertion socio-professionnelle et le Contrôle ciblé.

Partie 1. Mise en production du volet « interactions électroniques entre l'INAMI et les services régionaux de l'emploi » dans le cadre des processus RP de l'application IDES

Dans le cadre de l'avenant 2019-2020 au Contrat d'administration 2016-2018, le volet incapacité primaire a été intégré dans IDES. En ce qui concerne la réinsertion socio-professionnelle, le processus de gestion des demandes d'intervention a été implémenté dans IDES. Les organismes régionaux pour l'emploi (VDAB, Forem, Actiris, Aviq) et les organismes assureurs introduisent désormais électroniquement les demandes d'intervention auprès de l'INAMI via une application WEB (application RP1). Les demandes sont traitées dans IDES et une notification papier est adressée aux assurés sociaux.

Les organismes régionaux pour l'emploi et les organismes assureurs sont informés des décisions prises par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité via des listes générées dans IDES et communiquées aux partenaires via l'application RP1.

Dans le cadre de ce contrat, l'objectif est de poursuivre le projet initié dans l'Avenant 2021 au Contrat d'Administration 2016-2018 de développer davantage les interactions électroniques entre l'INAMI, les organismes régionaux pour l'emploi et les organismes assureurs principalement à deux niveaux :

- En début du processus, lors de l'introduction des demandes
- À l'issue du processus, lors de la communication des décisions prises

Concrètement, le Service des Indemnités pilote en association avec les OA et les organismes régionaux pour l'emploi une analyse fonctionnelle qui a débuté au dernier trimestre 2021. Une fois que cette analyse aura déterminé les fonctionnalités nécessaires pour rendre cet outil transversal et modulable en fonction de tous les acteurs (Forem, Aviq, Actiris, VDAB, OA), il faudra obtenir la validation de tous les partenaires avant de lancer le développement. La mise en production de ce nouveau flux IDES aboutira 18 mois après cette validation.

Partie 2. Mise en production du volet « contrôle ciblé »

Le Contrôle ciblé prévoit d'organiser chaque mois, le peer-review par le Conseil médical de l'invalidité de 625 dossiers d'assurés ayant atteint le 7ème mois d'incapacité de travail, traités par les médecins-conseil afin de s'assurer de la prise en compte de toutes les professions de référence dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

Depuis le 1er octobre 2016, ce processus est réalisé manuellement. L'objectif est de l'intégrer dans IDES via :

- la création de nouveaux flux d'échange entre les organismes assureurs et l'INAMI,
- l'ouverture des différentes étapes du processus décisionnel IDES (CMI, section, ARBIC) aux dossiers revus dans le cadre du Contrôle ciblé.

L'analyse business des flux d'échanges avec les OA concernant le processus « contrôle ciblé » a été finalisée et été envoyée aux OA. Les OA ont réagi positivement à cette analyse et ont validé cette approche le 15/12/2020. Cependant, la mise en production de ce flux a pris du retard suite aux mesures COVID imposant aux OA l'implémentation de nombreux nouveaux systèmes informatiques.

Concrètement, en accord avec les OA, la mise en production de ce flux est prévue pour la fin du Q1 2023.

Partie 3. Mise en production du nouveau flux « évaluation et réinsertion » dans IDES

Pour exercer les compétences légales en termes d'incapacité de travail, d'invalidité et de réinsertion socio-professionnelle confiées au Service des Indemnités, au Comité de gestion, au Centre de connaissance en

matière de l'incapacité de travail et à la CSCMI, le Service doit pouvoir analyser la situation actuelle, les évolutions et les tendances sur ces matières. Cette analyse implique la collecte de nouvelles données, la gestion de plusieurs banques de données internes, l'accès à des banques de données externes et le croisement de toutes ces informations.

Cela doit permettre au Service, de fournir des informations, dans les délais demandés, au ministre, aux autorités politiques, à la presse..., d'effectuer les statistiques et analyses nécessaires en vue de définir des mesures stratégiques.

L'objectif de cet engagement est de parvenir à un système de données efficace, intégré, optimisé et codé. Le projet sera réalisé en collaboration avec la Cellule Data Management et la Cellule Sécurité de l'information de l'INAMI. Pour le contexte légal, nous renvoyons à la loi AMI du 14.7.1994, art. 80, §§ 1er, 2 et 3 ; art. 82, 2°, 5° et 6°, et art. 85, 1°, 2°, 3° et 4°.

L'objectif est le suivant :

- envers l'administration journalière : créer un tableau de bord (dashboarding) avec un aperçu des chiffres prédéfinis ;
- envers les autorités politiques, la presse, les centres de recherche, etc. : réaliser des statistiques et des analyses épidémiologiques pour pouvoir répondre à diverses questions ;
- envers le Comité de gestion : informer et soutenir en détectant des tendances qui peuvent expliquer certaines évolutions, effectuer des prévisions en rapport avec le budget, évaluer des mesures stratégiques, prendre de nouvelles mesures stratégiques sur le moyen et le long terme et être en mesure de prévoir l'impact de ces mesures stratégiques sur le budget et le nombre de personnes en incapacité de travail.

À cette fin, le présent article poursuit l'objectif de recueillir des données supplémentaires auprès des OA sur des contacts avec l'assuré (par le médecin-conseil et son équipe multidisciplinaire) et sur les trajets de réinsertion.

Fin 2020, l'analyse fonctionnelle de l'enregistrement des données de « contact » supplémentaires dans les flux IDES a été fournie dans le cadre de l'avenant (2019-2020). Cette analyse fonctionnelle sera retravaillée sur base de la note sur la multidisciplinarité approuvée au Comité de gestion du Service des Indemnités le 21/04/2021 et de l'impact du nouveau rôle des Coordinateurs de Retour Au Travail (C-ReAT) qui nécessitera la création d'un fichier électronique permettant d'enregistrer leurs actions. Les résultats de cette nouvelle analyse fonctionnelle devront recevoir la validation de tous les acteurs impliqués dans ce projet. Après approbation par les OA, la mise en production effective de ce nouveau « flux Évaluation et Réinsertion » dans l'application IDES pourra être réalisée 12 mois plus tard.

Liste des actions-engagements

1. Mise en production de la partie « Interactions électroniques entre l'INAMI et les services régionaux de l'emploi » dans le cadre des processus concernant la réinsertion socioprofessionnelle" de l'application IDES. Date limite : X+18 mois, X=date de l'accord avec tous les acteurs impliqués dans l'analyse fonctionnelle.
2. Mise en production de la partie « Contrôle ciblé ». Date limite : 31/03/2023
3. Mise en production de la partie « Evaluation et réintégration ». Date limite : X+12 mois, X=date de l'accord de tous les acteurs impliqués sur la nouvelle analyse fonctionnelle.

Effets attendus

- Amélioration de la qualité des données et du contrôle de celles-ci.
- Augmentation de la qualité, de la disponibilité et du caractère échangeable des informations.
- Utilisation optimale des moyens de l'assurance indemnités.

- Simplification de l'accès aux données et à l'information en respectant la vie privée des patients.

Facteurs externes

- Disponibilité et coopération des acteurs impliqués.
- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 30. Fraude sociale: la lutte contre la fraude sociale et l'intensification de l'analyse et de la gestion des données (datamatching).

Le présent article porte sur la poursuite du projet déjà mentionné à l'article 9 de l'Avenant de 2009 au Contrat d'administration 2006-2008, à l'article 41 du Contrat d'administration 2010-2012, à l'article 24 du Contrat d'administration 2013-2015, à l'article 33 du Contrat d'administration 2016-2018, à l'article 34 de l'Avenant 2019-2020 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018 et à l'article 36 de l'Avenant 2021 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018.

Description

L'INAMI souhaite poursuivre ses actions de lutte contre la fraude sociale dans les domaines suivants : les domiciliations fictives et la cohabitation frauduleuse, les séjours irréguliers à l'étranger, l'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale, les cumuls interdits d'indemnités d'incapacité de travail et d'activités non autorisées qui ont été déclarées à l'ONSS et les mêmes cumuls lorsque l'ONSS n'a pas été informé. L'INAMI a établi par ailleurs un échange de données avec l'ONEM dans le cadre des synergies développées entre les deux institutions. Afin de développer davantage la coopération avec les autres services d'inspection sociale, le SCA devrait intégrer ses investigations au cadastre des enquêtes sur l'application web Dolsis.

Cadre

Contrôler, informer, conseiller, innover.

Axes principaux

- Contribuer à une meilleure maîtrise des dépenses SSI

Carte des processus

- **Domaines de processus** : Contrôler la fraude sociale
- **Processus niveau 1** :
 - Gérer l'échange de données relatives aux assujettissements frauduleux et indus à la sécurité sociale
 - Croiser des fichiers de données dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale
 - Effectuer des recherches sur les fraudes au domicile
 - Effectuer des recherches sur les activités non autorisées (travail au noir)
 - Prononcer des sanctions administratives aux assurés sociaux

Contexte

Depuis plusieurs années, l'INAMI mène un programme spécifique en matière de fraude sociale. Ce programme prioritaire s'inscrit dans le cadre des plans d'actions du gouvernement et du Service d'Information et de Recherche Sociale (SIRS) pour la lutte contre la fraude sociale. Le Service du contrôle administratif de l'INAMI va poursuivre et intensifier la lutte contre 5 types de fraude sociale :

1. Le travail au noir, notamment le cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'une activité professionnelle non déclarée à l'ONSS ou à l'INASTI. Afin d'intensifier la lutte contre la fraude sociale, le personnel d'inspection du SCA mène non seulement des enquêtes relatives à sa propre matière mais coordonne et participe également à des actions conjointes dans le cadre des cellules d'arrondissement (par exemple : contrôles éclairs dans les secteurs sujets à la fraude). Le nombre de ces inspections conjointes a fortement augmenté sous l'impulsion des auditeurs du travail et du SIRS. En outre, le SCA participe à des opérations pluridisciplinaires (MOTEM) pour lutter contre les phénomènes de fraude à grande échelle.
2. Détecter les fraudes grâce aux techniques de datamatching ou datamining, notamment le cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'une activité non autorisée par le médecin-conseil de l'assurance maladie, mais déclarée à l'ONSS. Compte tenu des défis actuels, l'accent est mis depuis plusieurs années sur de nouvelles initiatives dans le domaine des croisements de données. Le personnel d'inspection, en charge de ces analyses et des activités préparatoires, devrait être renforcé afin de garantir la continuité des contrôles mais aussi des missions et dossiers complémentaires du service.
3. Les assujettissements fictifs et frauduleux à la sécurité sociale pour les salariés (décisions de l'ONSS) ou pour les indépendants (décisions de l'INASTI). Les décisions de l'ONSS et de l'INASTI, ainsi que les décisions d'exclusion prises ensuite par l'ONEM, ont un impact sur les droits à l'assurance SSI des personnes concernées. Le SCA procède, en outre, à des contrôles en collaboration avec d'autres services d'inspection sociale, dans le cadre de dossiers volumineux d'assujettissements fictifs, sous la direction de la magistrature.
4. Les fraudes au domicile, notamment l'utilisation de domiciles fictifs et/ou la dissimulation de cohabitation réelle par des assurés sociaux. Ces dernières années, les actions de lutte contre la fraude au domicile se sont multipliées. Pour ces enquêtes, le SCA coopère avec les services de police et les auditeurs du travail. Il existe également une coopération avec d'autres institutions telles que l'ONEM. Le SCA a mis en place une cellule fraude au domicile, composée d'experts administratifs spécialisés dans l'analyse et la préparation des dossiers, à l'issue de laquelle les dossiers sont transmis à l'inspecteur social pour enquête. Le nombre de contrôles effectués augmente de façon constante, ce qui entraîne une augmentation de la charge de travail, tant pour le personnel administratif que pour les inspecteurs sociaux.
5. Les séjours irréguliers à l'étranger (hors espace européen) des personnes en incapacité de travail. L'approche de ces dossiers est globalement similaire à celle des dossiers de fraude au domicile : les constats de police sont communiqués, via les auditorats de travail, au SCA. Les évolutions du contexte international (par exemple : Brexit) nécessitent par ailleurs une grande expertise dans le domaine des traités internationaux. En cas de besoin, le SCA bénéficie de l'appui du Service indemnités.

Outre l'intensification des actions précitées menées par l'INAMI dans le secteur de l'assurance maladie-invalidité, un renforcement de la lutte contre la fraude aux allocations a été prévue par le Gouvernement dans le contexte du « Redesign » des services d'inspection sociale. L'accord de Gouvernement du 30 septembre 2020 a placé comme priorité le renforcement de la lutte contre la fraude sociale au biais d'un contrôle strict et dissuasif des indemnités et du travail en noir. Les actions du Service du contrôle administratif de l'INAMI dans la lutte contre la fraude sociale font partie de cet accord.

Intensifier l'analyse et la gestion des données

L'INAMI souhaite intensifier les actions susmentionnées dans le secteur de l'assurance maladie-invalidité en utilisant davantage les sources de données disponibles, telles que IDES, New Attest et IFW, pour effectuer des contrôles ciblés. De cette manière, les contrôles peuvent être organisés plus efficacement et les chances de détection augmentent. Cela est conforme aux objectifs stratégiques du Plan d'action de lutte contre la fraude sociale 2021 du Gouvernement, en particulier « l'augmentation du risque d'être pris » et « l'augmentation du pouvoir d'action » par l'utilisation de datamining et de datamatching.

Il y a quelques années, Sitadis, la Cellule de data-analyse, a été mise en place au sein du SCA afin de sélectionner les cas à contrôler de manière plus ciblée. Ces dernières années, le SCA s'est concentré sur la réalisation de datamatchings afin, entre autres, de retracer les cumuls d'indemnités d'incapacité de travail et d'une activité déclarée à l'ONSS mais non autorisée et d'indemnités de rupture de contrat. Afin d'étendre et d'affiner ces actions de datamatching, le SCA souhaite exploiter davantage les données disponibles de l'INAMI, telles que IDES, New Attest et IFW, ainsi que des sources de données externes, telles que les données du SPF Mobilité et de l'ONSS, pour la sélection des cas à contrôler dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

Le rapport annuel du SCA sur la lutte contre la fraude sociale décrira les datamatchings entrepris en vue de détecter la fraude sociale.

Afin de développer davantage la coopération avec d'autres services d'inspection sociale, le Service du Contrôle Administratif souhaite intégrer ses enquêtes au cadastre des enquêtes sur l'application web sécurisée Dolsis, comme prévu dans le cadre des « 9 chantiers pour une meilleure coopération transversale » (décision du Conseil des ministres du 10-11-2016).

Le 3 avril 2018, les inspecteurs sociaux du SCA ont été autorisés à consulter les données du cadastre des enquêtes (délibération 18/050). Il ne concerne pas la consultation des rapports d'enquête, mais uniquement l'enregistrement qu'une enquête est en cours ou a été menée chez un employeur déterminé par un service d'inspection déterminé (ONEM, ONSS, SPF ETCS-CLS), et des informations codées sur les résultats de l'enquête. Cela permet aux contrôleurs sociaux et inspecteurs sociaux du SCA d'éviter les doubles contrôles et de demander des informations ciblées à d'autres services d'inspection. Cette approche multidisciplinaire favorise la coopération et l'efficacité entre les services d'inspection grâce à une utilisation efficace des ressources et en utilisant au maximum les canaux d'information existants. À l'avenir, des fonctionnalités supplémentaires seront fournies pour utiliser également le registre du cadastre des enquêtes pour le reporting, la traçabilité des enquêtes de plusieurs services d'inspection et les signaux ou alertes de constatations pouvant intéresser un autre service d'inspection.

Une demande d'autorisation est en cours de préparation pour étoffer le cadastre des enquêtes avec les enquêtes de l'INAMI (SCA), de l'INASTI et de l'ONEM sur les assurés sociaux. Dans le cadre du programme « 9 chantiers », il est attendu du SCA de l'INAMI de télécharger également les données relatives à leurs enquêtes au cadastre des enquêtes. Cette initiative nécessite un développement ICT de la part de l'INAMI.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration d'un rapport annuel sur la fraude sociale (y compris la description des datamatchings entrepris). Date limite : 31/12/2022 ; 31/12/2023 ; 31/12/2024 ; 31/12/2025.

Effets attendus

- Meilleure qualité, disponibilité et échange sécurisé d'informations.
- Meilleure maîtrise des dépenses SSI - **ROI**: Impact financier de la lutte contre la fraude sociale sur le budget de l'assurance SSI : en 2020, le SCA et les OA ont conjointement constaté un montant total de prestations ASSI indues s'élevant à 31 293 355,30 euros .

Facteurs externes

- La collaboration des autres services d'inspection sociale (ONEM, ONSS, INASTI) est requise en ce qui concerne l'échange des données et la communication de leurs décisions prises en matière de lutte contre la fraude sociale .
- Disponibilité des moyens RH et/ou ICT nécessaires pour la réalisation de ces missions

Article 31. Responsabilisation financière des organismes assureurs – volet frais d'administration.

Cet article porte sur la poursuite du projet déjà mentionné à l'article 15 du Contrat d'administration 2006-2008 ainsi qu'à l'article 15 de l'avenant de 2009, à l'article 44 du Contrat d'administration 2010-2012, à l'article 26 du Contrat d'administration 2013-2015, à l'article 34 du Contrat d'administration 2016-2018 et, enfin, à l'article 35 de l'avenant (2019-2020) au Contrat d'administration 2016-2018, à l'article 37 de l'avenant (2021) au Contrat d'administration 2016-2018.

Description

L'INAMI poursuivra l'exécution du processus de responsabilisation financière des organismes assureurs via leurs frais d'administration. La partie variable des frais d'administration octroyée aux OA dépend notamment des informations transmises par l'INAMI à l'Office de contrôle des mutualités (OCM) dans le contexte de l'évaluation de leurs prestations de gestion. Conformément à l'arrêté royal du 10 avril 2014, le système de calcul de ces frais variables est basé sur trois concepts : les processus, les domaines et les indicateurs.

Cadre

Contrôler, informer.

Axes principaux

- Gestion des dépenses SSI.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Contrôler et responsabiliser les OA
- **Processus du niveau 1** : Coordonner le système de responsabilisation financière des organismes assureurs

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 base de ces données ainsi que sur celles récoltées par ses soins, 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).

Le système a été considérablement optimisé ces dernières années de sorte à assurer son efficacité pour le bon fonctionnement des OA. Un nouvel arrêté royal a été pris en ce sens le 10 avril 2014. Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014, il décrit le système d'évaluation axé autour des processus, des domaines et des indicateurs pour définir la hauteur du montant des frais d'administration octroyé aux OA.

Il existe toujours un débat contradictoire relatif au choix des indicateurs de mesure permettant d'évaluer la performance de gestion des organismes assureurs par rapport aux domaines définis pour la prochaine année d'évaluation.

Les domaines d'évaluation et les indicateurs de mesure déterminés par l'INAMI et par l'OCM sont soumis à l'approbation, d'une part, du Comité général de gestion de l'INAMI et, d'autre part, du Conseil de l'OCM avant le 30 juin de l'année précédent l'année d'évaluation, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 avril 2014 précité.

Les domaines d'évaluation choisis par l'INAMI et par l'OCM ne font pas l'objet de débats avec les organismes assureurs. Ces débats ne peuvent porter que sur la faisabilité des indicateurs de mesure afférents aux domaines d'évaluation précités.

En vertu de l'article 5 de l'arrêté royal du 10 avril 2014, l'INAMI a ainsi présenté pour la première fois au mois de juin 2015, pour l'année d'évaluation 2016, les domaines et indicateurs qui s'appliqueront aux processus visés à l'article 3 du même arrêté royal.

Cet exercice est renouvelé chaque année. Ainsi, le rapport annuel le plus récent (2020) a été rédigé et transmis le 30 mars 2021 à l'Office de contrôle des mutualités.

Le SCA veillera à poursuivre l'exécution du processus, de concert avec les différents services de l'INAMI. À cette fin, les indicateurs et les domaines pour l'année d'évaluation 2022 ont déjà été préparés et soumis au Comité de gestion du 14 juin 2021.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un rapport annuel pour l'Office de contrôle des mutualités concernant les résultats des contrôles et des mesures effectuées sur l'année d'évaluation en question. Date limite : 31/03/2022; 31/03/2023 ; 31/03/2024 ; 31/03/2025.

Effets attendus

- Évaluation performante des prestations de gestion des organismes assureurs.
- Fonctionnement plus performant des organismes assureurs.
- Maintenir l'objectif « responsabilité financière des OA »
- ROI: Les résultats de l'évaluation des indicateurs pour les domaines conduisent à des rentrées pour le régime d'en moyenne 6,6 millions d'euros par an.

Facteurs externes

- La bonne collaboration des OA pour la fourniture des données nécessaires à l'évaluation des domaines concernés;
- La collaboration avec l'Office de contrôle des mutualités dans la mise en œuvre du système d'évaluation.

Article 32. Adaptation structurelle et résorption de l'arriéré du Fonds des accidents médicaux.

Cet article s'appuie sur l'article 21 du 4^e contrat d'administration (2013-2015) de l'INAMI et sur l'article 42 de l'avenant 2019-2020 et l'article 39 de l'avenant 2021 au 5^e contrat d'administration (2016-2018).

Description

Élaborer le plan d'action « Adaptation structurelle et résorption de l'arriéré » (2021) afin d'améliorer et d'accélérer le fonctionnement du FAM via un double objectif :

- adapter l'approche procédurale en vue d'améliorer le traitement des dossiers et optimiser le processus de communication avec le demandeur ;
- résorber l'arriéré historique dans un délai de deux ans grâce au déploiement temporaire d'une taskforce.

Contexte

Octroyer

Axes principaux

- Amélioration et informatisation du processus
- Simplification administrative
- Application uniforme de la législation

Carte des processus

- **Domaine de processus** : traitement des demandes d'indemnisation d'un dommage résultant de soins de santé
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** : traitement des demandes d'indemnisation d'un dommage résultant de soins de santé ; traitement de la demande de médiation ;

Contexte

Le FAM a été mis sur pied dans le cadre de la loi sur le Fonds des accidents médicaux de mars 2010. Conformément à cette loi, les victimes de dommages résultant de soins de santé peuvent engager une procédure gratuite, rapide et simple auprès du Fonds des accidents médicaux. Le Fonds rend un avis aux victimes d'un accident médical, organise - si possible - une médiation entre les parties et procède, le cas échéant, à une action en dommages et intérêts. En outre, le Fonds remplit également un rôle de prévention.

Le Fonds existe entre-temps depuis plus de dix ans. Dès ses débuts, le Fonds a rencontré des difficultés dans son développement opérationnel et organisationnel : notamment la difficulté de pourvoir au cadre du personnel, d'éliminer l'arriéré des dossiers accumulé au fil des ans ou encore le manque d'informatisation dans la gestion des dossiers, etc.

Ces dernières années, le Fonds a déployé des efforts considérables pour améliorer son organisation interne et poursuivre l'optimisation et l'informatisation de la gestion des dossiers. Malgré des avancées notables, la longue durée des délais de traitement des dossiers reste inacceptable.

En 2019-2020, l'organisation et le fonctionnement du FAM ont fait l'objet d'un audit approfondi par la Cour des comptes. Le rapport d'audit de juin 2020 a dégagé un certain nombre de problèmes d'ordre opérationnel et a formulé plusieurs recommandations pour y remédier. Le Fonds s'est appuyé sur ces recommandations et a procédé à une réflexion interne.

En juin 2021, le Fonds a présenté sa note stratégique « Adaptation structurelle et résorption du retard » pour prendre à bras-le-corps les problèmes fondamentaux et rompre définitivement le cercle vicieux de l'arriéré des dossiers et des délais trop longs. Le plan d'action s'articule en deux parties et peut être mis en œuvre sans modification de la loi sur les accidents médicaux.

En outre, la poursuite du processus d'informatisation restera une priorité importante pour le Fonds dans les années à venir. Ainsi la migration de DAMO, l'actuel système de gestion des dossiers, vers une plateforme de gestion des dossiers plus performante est prévue à l'automne 2022. Dans le courant de l'année 2021, DAMO a déjà été complété par un nouveau module financier pour le règlement des dommages. Après la mise en production et la stabilisation de DAMO V2 des fonctionnalités supplémentaires seront ajoutées à la nouvelle application. La poursuite du déploiement de ces initiatives d'informatisation n'entre pas dans le cadre de ce contrat, mais contribuera certainement à optimiser davantage le traitement des dossiers. Les rapports de suivi de ce contrat reprendront un court état des lieux du trajet d'informatisation en cours au sein du Fonds.

Volet 1 : Adaptation structurelle dans le traitement des dossiers et optimisation de la communication

L'expérience de la pratique et l'expertise accumulée montrent la nécessité d'une **adaptation fondamentale de l'approche procédurale**. Cette adaptation doit contribuer à un traitement plus fluide des dossiers, où l'accent est mis au maximum sur les dossiers portant sur un dommage grave. L'adaptation structurelle dans le traitement des dossiers s'applique à la fois aux nouveaux dossiers et aux dossiers passés encore en cours de traitement. Deux composantes cadrent cette adaptation:

- Un rassemblement plus proactif des pièces au début de la procédure permet un gain de temps
 - o Pour constituer le dossier de base, il est désormais fait appel au maximum au demandeur pour rassembler et fournir ces pièces. Dans le formulaire de demande adapté, il est explicitement demandé que le dossier médical de la personne concernée et les données relatives à son incapacité de travail soient envoyés immédiatement. Le FAM agira lui-même si d'autres pièces font encore défaut.
- L'expertise médicale interne est davantage valorisée et sert de ligne directrice pour la procédure ultérieure.
 - o Désormais, le FAM utilise un tableau décisionnel où les résultats de la première analyse médicale interne détermineront le déroulement ultérieur de la procédure. Une différenciation est faite à cet égard, en fonction du seuil de gravité et des indications de responsabilité.

En outre, le FAM consacre également des efforts supplémentaires pour **améliorer le processus de communication** avec le demandeur :

- il sera possible, à court terme, pour la personne concernée d'introduire une demande numérique et de consulter sous format numérique son dossier FAM ;
- pour les dossiers accusant du retard, une communication spécifique sera prévue concernant leur état d'avancement.
- la disponibilité téléphonique sera améliorée par un système échelonné ;
- la communication écrite (avis et correspondance) du FAM sera revue dans un souci de lisibilité et d'empathie.

Afin de suivre périodiquement la régularité du fonctionnement du Fonds, un tableau de bord contenant des indicateurs clés sera élaboré d'ici le début de 2023. Ce tableau sera mis à jour mensuellement et présenté périodiquement au Comité de Gestion du Fonds. Ce tableau sera également ajouté aux rapports de suivi semestriels du présent Contrat d'Administration. Dans une prochaine phase, d'ici fin 2024, des objectifs de prestation concrets seront liés au traitement des dossiers au sein du Fonds.

Volet 2 : résorption de l'arriéré par le déploiement d'une taskforce temporaire

L'arriéré accumulé au fil du temps dans les dossiers FAM ne peut être progressivement résorbé dans un délai raisonnable sans le déploiement temporaire de ressources humaines supplémentaires en plus de l'équipe FAM existante.

C'est pourquoi une taskforce temporaire, composée de médecins familiarisés dans le domaine, de collaborateurs administratifs et de juristes, sous la houlette d'un responsable de la taskforce, a été mise sur pied au cours de l'année 2021. Les premiers recrutements ont eu lieu dès avril 2021, mais la taskforce n'a pu réellement démarrer qu'au début du mois de septembre 2021.

Cette taskforce a reçu un portefeuille délimité d'environ 1250 dossiers en retard qui doivent être traités dans un délai de deux ans.

Par ailleurs, des accords clairs ont également été conclus concernant la collaboration de la taskforce avec l'équipe permanente du FAM et un suivi trimestriel détaillé est prévu pour le Comité de gestion afin de procéder rapidement aux ajustements nécessaires.

Sur base du portefeuille attribué, les ressources nécessaires à la taskforce ont été déterminées et un modèle d'absorption cumulée a été établi avec une projection du nombre mensuel de dossiers traités jusqu'à l'avis sur une période de 24 mois.

Dans le cadre de ce 6^e contrat d'administration, la mise en œuvre du plan d'action (adaptation des procédures de traitement des dossiers + élimination progressive et systématique de l'arriéré) fera l'objet d'un suivi minutieux au moyen d'un rapport trimestriel pour le Comité de gestion du FAM.

Liste des actions-engagements

1. Volet 1 : Le développement d'un "tableau de bord" contenant les indicateurs clés pour le suivi du fonctionnement quotidien et régulier du Fonds (et inséré dans le "tableau de bord 6^{ème} Contrat d'administration" périodique). Date limite : 31/01/2023.

2. Volet 1: La définition et la mise en œuvre d'objectifs de prestation concrets pour le traitement des dossiers au sein du Fonds. Date limite : 31/12/2024.
3. Volet 2 : La suppression de l'arriéré accumulé des dossiers "accidents médicaux" par le déploiement d'une task force temporaire (sur la base du portefeuille alloué). Date limite : 30/09/2023, sous réserve d'éventuels facteurs de retard liés à la composition de la task force, à savoir la disponibilité permanente des profils prédéfinis.
4. Volet 2 : Réaliser un rapport trimestriel pour le Comité de gestion du FAM concernant les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan d'action « Adaptation structurelle et résorption du retard » du FAM. Date limite : 31/3/2022; 30/6/2022; 30/9/2022; 31/12/2022; 31/3/2023; 30/6/2023; 30/9/2023; 31/12/2023.

Effets attendus

- Processus plus efficaces pour le traitement des dossiers individuels
- Traitement plus rapide des dossiers individuels (diminution de la durée et du délai de traitement)
- Priorité renforcée pour les dossiers portant sur des dommages graves, approche accélérée plus ciblée sur les dommages, priorité renforcée pour des dossiers dans lesquels une indemnisation est possible
- Possibilité d'introduire et de suivre sous format numérique la demande de dossier
- Flux de communication améliorés et plus fréquents entre le FAM et le demandeur de dossier

Facteurs externes

- Disponibilité temporaire des moyens RH (personnel qualifié) prévus pour la taskforce temporaire
- La disponibilité d'experts externes
- Durée des expertises

Article 33. Amélioration du traitement des dossiers internationaux en matière de proratisation de l'indemnité d'invalidité.

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

Description

Réduction de l'arriéré et des délais de traitement des dossiers de proratisation internationale de l'indemnité d'invalidité

Cadre

Payer, Percevoir, Evaluer et contrôler

Axes principaux

- Maîtrise des dépenses SI.
- Optimiser la prestation de services.

Carte des processus:

- **Domaine de processus:** Traiter les dossiers d'incapacité de travail des bénéficiaires
- **Processus niveau 1:** Traiter les dossiers de demande d'incapacité de travail

Contexte

En 2010, suite à l'élargissement de l'Union européenne à dix nouveaux Etats membres et à la généralisation du principe de proratisation de l'indemnité d'invalidité à tous les Etats membres, le volume de dossiers traités par la département Affaires internationales a connu une augmentation de plus de 400% sans que l'effectif dudit département soit renforcé dans les mêmes proportions.

Depuis plusieurs années, le service a mis en place de nombreuses mesures pour absorber au mieux cette augmentation de la charge de travail : renforcement de l'effectif, renforcement du management, nouvelle structure du département, nouvelle division du travail entre les différentes équipes pour rationaliser les processus, mise en place de critères de qualité des nouvelles demandes négociés avec les OA, mise en place d'une procédure permettant d'effectuer un examen approfondi, systématique et préalable quant à la pertinence et à la viabilité des dossiers belges à introduire à l'étranger, implémentation de processus spécifiques pour le traitement accéléré des dossiers urgents ou importants sur le plan financier, notification groupée aux OA des décisions émises par les institutions étrangères,...

Malgré ces mesures visant la rationalisation des processus de gestion de dossiers, le service fait toujours face à un arriéré de plus de 20.000 dossiers et celui-ci augmente chaque année de plus ou moins de 2500 nouveaux dossiers. Cette situation :

- empêche l'INAMI d'appliquer efficacement le principe anti cumul prévu par l'article 136 §2 de la loi coordonnée du 14/07/1994 en récupérant toutes les indemnités versées indûment aux assurés également indemnisés par d'autres Etats membres de l'U.E. Le manque à gagner est actuellement estimé à 40.000.000€ sur base annuelle ;
- allonge continuellement les délais de traitement des dossiers et porte préjudice aux assurés sociaux dont les plaintes et les demandes d'informations sont en nette augmentation ;
- expose l'INAMI à devoir s'acquitter d'intérêts de retard et diminue ainsi les montants récupérés.

L'objectif de ce projet est donc de réduire les arriérés du service (plus de 20 000 dossiers en attente) et absorber l'influx.

La réduction de l'arriéré sera fonction du nombre de ressources supplémentaires affectées au département. Nous estimons que, à partir de six mois après son engagement, chaque ETP pourra traiter 160 dossiers par an. En termes financiers, sur base d'un renfort de 12 ETP et sur une période de 4 ans, nous tablons sur une augmentation de 300% du montant des recouvrements des créances belges (de 10.000.000€ actuellement à 40.000 .000€, soit une augmentation des recettes estimée à 30.000.000€ sur une période de 4 ans). Si le renfort de l'effectif est inférieur à 12ETP, les chiffres annoncés ci-dessus seront revus au prorata des renforts reçus.

Liste des actions-engagements

1. Diminution des arriérés à hauteur de 160 dossiers traités par personne supplémentaire (à compter de 6 mois après leur arrivée en fonction). Date limite : suivi via le rapport semestriel et annuel

Effets attendus

- Améliorer l’accessibilité de l’assurance indemnités en faveur des personnes ayant effectué des périodes d’assurance dans plusieurs pays :
 - en réduisant le délai d’examen de leurs demandes et
 - en leur permettant de toucher plus rapidement le solde positif de leurs indemnités étrangères versées provisionnellement à l’INAMI.
- Augmenter jusqu’à plus de 20% le taux de récupération par l’INAMI des indemnités indûment versées aux assurés assujettis en Belgique au moment de la survenance de l’incapacité de travail.
- Éviter les procédures de récupération longues et coûteuses pour l’assurance indemnités.
- Réduire le délai d’introduction des demandes et limiter ainsi les avances provisionnelles supportées par les organismes assureurs.
- Réduire les problèmes fiscaux et le risque de double imposition auxquels les assurés sont confrontés suite au versement tardif des arriérés étrangers
- Éviter à l’INAMI le risque de devoir payer les intérêts de retard pour le versement des soldes positifs des arriérés d’indemnités d’invalidité étrangères revenant aux assurés.
- Améliorer le bien-être des collaborateurs qui depuis plusieurs années travaillent dans un contexte difficile et stressant

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens RH nécessaires.

Article 34. La mise en œuvre du nouveau programme de contrôle des paiements d'invalidité Disability Payment Control (DPC).

Il s'agit d'un nouvel article qui ne figure dans aucun des précédents Contrats d'administration de l'INAMI.

Description

La refonte du programme informatique actuel Incapacity For Work (**IFW**) vers un nouveau programme appelé Disability Payment Control (DPC) est cruciale, tant pour le Service Indemnité, l’ICT que pour les Organismes Assureurs afin d’offrir une solution plus rapide et plus robuste aux erreurs pour le traitement des données de paiement dans le cadre de l’AMI.

Cadre

Evaluer et Contrôler

Axes principaux

- Optimiser la prestation de services.
- Amélioration du processus et informatisation.

Carte des processus:

- **Domaine de processus:** Traiter les dossiers d’incapacité de travail des bénéficiaires
- **Processus niveau 1:** Traiter les contrôles / réévaluations ciblées

Contexte

Parmi les compétences de l'INAMI, se trouve le contrôle de l'exécution correcte de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Actuellement, les organismes assureurs envoient chaque trimestre à l'INAMI, via le programme IFW (Incapacité de travail), un aperçu des dépenses liées à :

1. l'incapacité de travail primaire
2. l'invalidité
3. la maternité
4. le congé de naissance/paternité
5. le congé d'adoption
6. le congé parental d'accueil

L'INAMI vérifie ces dépenses avant de les accepter ou de les rejeter. Ensuite, ces données sont exploitées par exemple pour l'établissement d'un budget, de comptes, ...

Le programme informatique actuel – IFW – pose cependant un certain nombre de problèmes fondamentaux :

- La solution existante est basée sur une architecture avec des modules de différentes technologies.
- La technologie utilisée est dépassée et a montré plusieurs faiblesses au cours des années précédentes.
- La structure de code n'est pas adaptée (schéma XSD).
- Les coûts d'entretien sont élevés.

Dans ce contexte, il est nécessaire de réécrire structurellement le programme actuel IFW. Le nouveau programme sera appelé DPC (Disability Payment Control). Concrètement, les objectifs de ce projet sont les suivants:

- Offrir au Service Indemnité une solution efficace, évolutive mais aussi maintenable à long terme.
- Éviter de recourir à des "solutions de rechange" pour obtenir le résultat souhaité.
- Offrir une interface utilisateur conviviale avec un minimum d'interventions manuelles, tout en respectant les temps de chargement et de traitement.
- Permettre au Service Indemnité le contrôle des modifications apportées aux règles de gestion.
- Réorganiser la structure du schéma des fichiers soumis afin de simplifier la quantité de données reçues et améliorer leur traitement.
- Permettre la correction d'un envoi erroné par la transmission d'un nouveau fichier complet. Le fichier delta sera calculé par l'application DPC, ce qui au long terme rendra possible l'envoi de fichiers correctifs partiels aux OA. L'utilisation du fichier delta permettra d'éviter les rollbacks (rollback = revenir vers une version précédente du système en écrasant les dernières données reçues, avec le risque de provoquer des incohérences dans les données).
- Transmettre explicitement les références des lignes de paiement à neutraliser afin que leur neutralisation puisse être effectuée correctement.

Une première ébauche de l'analyse business a été réalisée en 2020 et sera mise à jour de manière agile au fur et à mesure de l'avancement du projet. Avant de pouvoir procéder à l'analyse fonctionnelle, un accord devra être trouvé avec les OA à propos de la structure et du contenu du flux de réception. L'analyse fonctionnelle débutera dès cet accord trouvé et le programme sera mis en production 30 mois plus tard.

Liste des actions-engagements

1. Lancement de la période de test avec les OA via l'envoi de données test. Date-limite : X+12 mois, X=date de l'accord avec les OA à propos de la structure et du contenu du flux de réception.
2. La mise en production du nouveau programme de contrôle des paiements d'invalidité DPC. Date limite: X+30 mois, X=date de l'accord avec les OA à propos de la structure et du contenu du flux de réception.

Effets attendus

- Traitement plus fluide des paiements AMI, de sorte que les organismes assureurs obtiennent un retour d'information plus rapide et plus correct sur les dépenses d'incapacité de travail soumises.
- Réduction du nombre de dépenses rejetées à tort, et des communications et recherches inutiles qui en découlent, tant du côté des OA que de celui de INAMI.
- Augmentation de la qualité et de la rapidité des contrôles de l'INAMI sur les dépenses d'incapacité de travail.

Facteurs externes

- Disponibilité et coopération des Organismes Assureurs
- Disponibilité des moyens ICT nécessaires
- Mise à disposition des flux (réception, feedback) entre les OAs et l'Inami

Article 35. Environnements numériques sécurisés.

Description

Renforcer la sécurité des systèmes numériques :

- Accélérer les mises à jour de sécurité dans l'infrastructure des systèmes
- Remplacer plus rapidement les plateformes d'application obsolètes et non sécurisées
- Évoluer vers davantage de synergie au niveau de l'infrastructure des systèmes
- Investir dans une sécurisation supplémentaire de nos systèmes
- Accroître les connaissances en matière de sécurité dans le développement d'applications

Cadre

Gérer le traitement de l'information
Gérer l'infrastructure ICT

Axes principaux

- Maîtriser les moyens internes

Carte des processus

- **Domaine de processus** : ICT
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** : gérer l'architecture et le design ICT
- **Domaine de processus** : gérer les risques et audits internes

- **Processus de niveau 1** : concevoir, mettre en œuvre et surveiller le système de gestion de la sécurité de l'information

Contexte

Le bon fonctionnement de l'INAMI est en partie déterminé par la continuité de nos systèmes d'information et de la sécurité des données (médicales) traitées. La confiance du citoyen dépend également de la sécurité que nous pouvons offrir à nos infrastructures ICT. Les attaques contre les environnements numériques ont fortement augmenté, d'où l'importance de renforcer obligatoirement la sécurité. Les coûts d'une intrusion peuvent être élevés et la meilleure assurance reste l'investissement dans une sécurisation renforcée.

Le projet safe digital environment est absolument nécessaire sur base des consignes de sécurité concernant les données (médicales) reprises dans le RGPD et le KSZ, ainsi que pour le maintien de la certification ISO27001 de l'INAMI. La menace a fortement augmenté et nous constatons un impact grandissant de la cybercriminalité affectant le bon fonctionnement des institutions publiques. Exemple : les problèmes récents rencontrés par le SPF Intérieur, l'attaque DDOS visant Belnet, etc.

Concrètement, les éléments suivants seraient développés au cours des prochaines années pour gérer et renforcer la sécurité de nos environnements numériques :

1. Utilisation de logiciels de sécurité comme l'ATP (*Advanced Threat Protection*). Il s'agit de mesures de sécurité plus avancées contre les logiciels malveillants (*malware*). Les produits antimalware antérieurs utilisaient uniquement des signatures pour détecter les logiciels malveillants. Les nouveaux outils prennent aussi en considération le comportement tant des utilisateurs que du logiciel malveillant, et prennent des mesures en cas de comportements suspects :
 - échecs consécutifs de tentatives de connexion ;
 - connexion à partir de réseaux anonymisés ;
 - déplacements impossibles (par ex. connexion aux USA, puis déplacement en Europe avec moins d'une heure de décalage horaire) ;
 - connexion à partir d'un appareil sur lequel un malware a été détecté ;
 - comportements anormaux constatés dans différentes firmes ;
 - services cloud proxy pour protéger les ordinateurs de sites et services internet indésirables.

Ces actions supplémentaires consistent par ex. à demander à l'utilisateur une authentification multifactorielle (MFA), à bloquer une tentative de connexion ou à demander à l'utilisateur de changer immédiatement son mot de passe.

Pour ce faire, les politiques de l'ATP seront définies et des licences E5 seront achetées puis configurées (cf. action-engagement 1). Pour pouvoir utiliser les licences de sécurité E5, il convient de définir également les politiques du service proxy dans une convention avec les politiques communes du G-Cloud.

2. L'augmentation des menaces de cyber-attaques nécessite une adaptation permanente de la sécurité du réseau grâce à des outils tels que les scanners de vulnérabilité, la prévention et la détection des intrusions. Le déploiement de ces technologies requiert une collaboration étroite avec le G-Cloud car il est possible de les déployer en partie dans le G-Cloud, en partie dans le propre réseau.

3. Les comptes privilégiés, aussi bien les gestionnaires de système que les comptes service (applications) dans des systèmes critiques constituent un risque supplémentaire (aucune limite à la durée de vie des données de connexion, partage de données, aucune gestion du cycle de vie, etc.) et exigent des mesures de sécurité supplémentaires.
4. Analyser les exigences en matière de conformité (RGPD, FISP, etc.) et implémenter des solutions cloud technologiques qui y répondent (à savoir quel endroit de stockage et de traitement pour quelles données et comment les sécuriser ?). Les directives en matière de conformité pour l'INAMI seront définies et les exigences d'un système de surveillance de la conformité seront fixées (cf. action-engagement 2).
5. Procéder régulièrement à des audits de sécurité (comme les tests de pénétration - *PEN tests*) permet de détecter les points faibles de la sécurisation de l'environnement de production et d'y remédier. Ces *PEN tests* seront réalisés chaque année.
6. La technologie obsolète qui n'est plus d'aucun soutien est très vulnérable face à la cybercriminalité. La mise à jour accélérée des anciennes applications et de l'infrastructure est une nécessité et il en va de même, dans certains cas, pour la suppression ou l'encapsulation sécurisée d'anciennes infrastructures de serveurs. Pour atténuer ces risques, il faut adapter fréquemment et de manière structurelle toutes les applications (même celles qui n'ont pas de nouvelles exigences fonctionnelles), l'objectif étant de pouvoir toujours travailler dans un environnement sécurisé et sur des versions middleware.
7. Il faut suivre les aspects relatifs à la sécurité de l'évolution technologique permanente et rapide, de sorte à pouvoir adapter l'architecture de l'infrastructure et les applications. Un plan d'approche sera élaboré à cette fin (cf. action-engagement 3).
8. Il faudra organiser tous les trois ans une évaluation de la sécurité du code (*code security assessment*) avec une firme externe. Lors de cette évaluation, on recherchera les vulnérabilités du logiciel, comme les portes dérobées (*backdoors*) ou les codes malveillants qui pourraient être détectés et utilisés par les hackers. Pour organiser ces évaluations, il faut définir les exigences permettant l'élaboration d'un cahier des charges. Une fois l'adjudication attribuée, il sera procédé aux évaluations de la sécurité du code (cf. action-engagement 4).

Tous les éléments de ce projet contribuent à réduire les risques de cybercriminalité et à augmenter la disponibilité, la confidentialité et l'intégrité des informations et des processus business de l'INAMI. Les citoyens, les dispensateurs de soins et les entreprises ont une garantie accrue que leurs données sont stockées en toute sécurité et gérées correctement. À l'instar de l'INAMI, les partenaires profitent des avantages des synergies créées dans l'environnement G-Cloud.

Liste des actions-engagements

1. Définir les politiques pour l'*advanced Threat protection* et acheter des licences de sécurité E5. Date limite : 31/12/2022.
2. Définir la conformité des directives pour l'INAMI et établir les exigences pour un système de surveillance de la conformité. Date limite : 31/12/2023.
3. Rédiger une première version du plan d'approche pour aligner de manière structurelle et en temps voulu les adaptations de l'infrastructure et des applications sur les exigences en matière de sécurité. Date limite : 30/6/2023.

4. Définir les exigences pour un *code security assesment*. Date limite : 30/6/2023.

Effets attendus

- Amélioration de la continuité de nos systèmes d'information
- Amélioration de la continuité des processus business qui traitent les données (à caractère personnel et médicales).
- Renforcement de la sécurité des données (médicales) que nous traitons.
- Augmentation de la disponibilité, de la confidentialité et de l'intégrité de l'information et des processus business de l'INAMI.
- Les citoyens, les dispensateurs de soins et les entreprises ont davantage la garantie que leurs données sont stockées en toute sécurité et gérées correctement.

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens RH et ICT nécessaires.

Article 36. Préparation d'une procédure permettant de dégager et d'affecter des moyens non attribués des frais d'administration variables.

Description

La partie variable des frais d'administration octroyée aux OA dépend notamment des informations transmises par l'INAMI à l'Office de contrôle des mutualités (OCM) dans le contexte de l'évaluation de leurs prestations de gestion (voir l'arrêté royal du 10 avril 2014). L'article repris ci-dessous met l'accent sur l'utilisation éventuelle future des moyens non attribués de ces frais d'administration variables. On procédera d'abord à un examen de la situation pour formuler ensuite l'ébauche d'un processus et d'un cadre réglementaire futurs sur le mode d'affectation des moyens non attribués, à savoir dans le cadre de projets innovants axés sur l'amélioration de l'efficacité.

Cadre

Réglementer, informer

Axes

- Gestion des dépenses SSI

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Contrôle et responsabilisation des OA
- **Processus de niveau 1** : coordination du système de responsabilisation financière des organismes assureurs

Contexte

Le Pacte d'avenir 2016, conclu avec les OA, avait déjà mentionné la nécessité d'examiner la façon dont les moyens non attribués peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités et qui représentent une plus-value sous forme d'effets de retour de gain prouvés dans le budget de l'assurance soins de santé ou des frais d'administration des mutualités. C'est ce qu'on appelle le « seed money ». Il faudrait à cet égard élaborer une procédure permettant de dégager et d'attribuer ces moyens. Cela devrait se faire tant dans le cadre de la procédure budgétaire (actuellement, les montants des moyens non attribués des frais d'administration variables sont affectés à la gestion générale après la clôture des comptes pour l'année de référence) qu'au niveau des aspects réglementaires. Les OA et les partenaires sociaux qui siègent au Comité général de gestion, se sont exprimés en faveur de la poursuite de ce projet.

La Cour des comptes a communiqué ce qui suit dans le volet dédié aux 'conclusions et recommandations' du rapport d'audit 'Contrôle des mutualités' de 2018 (p. 59) : « *L'affectation des moyens non attribués dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion à l'amélioration du fonctionnement des mutualités doit être appliquée prudemment pour éviter que le système d'évaluation ne perde sa fonction de pilotage et faire en sorte que le fonctionnement des mutualités s'améliore réellement et génère des économies pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire. Il est important que les conditions de transparence exposées ci-dessus et qu'un contrôle adéquat par les services de contrôle soit assurés avant d'instaurer pareil système* »

Vu l'importance de ce thème, les engagements suivants seront pris au cours de la période couverte par ce 6^e Contrat d'administration :

- Une note conceptuelle sera élaborée dans un premier temps (année 2022 – action-engagement 1) concernant le développement d'une procédure par laquelle le Comité général de gestion décidera comment les moyens non attribués des frais d'administration variables peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités.
- Ensuite, une proposition de procédure et de cadre réglementaire sera élaborée sur la base de la note conceptuelle (voir l'action-engagement 1) approuvée par le Ministre de la Santé publique, en vertu de laquelle le Comité général de gestion décidera de la façon dont les moyens non attribués des frais d'administration variables peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'une note conceptuelle concernant le développement d'une procédure par laquelle le Comité général de gestion décidera comment les moyens non attribués des frais d'administration variables peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités. Date limite : 31/12/2022
2. Élaboration d'une proposition de procédure et de cadre réglementaire sur la base de la note conceptuelle (cf. engagement 1) en vertu de laquelle le Comité général de gestion décidera comment les moyens non attribués des frais d'administration variables peuvent être réservés budgétairement pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité du fonctionnement des mutualités ou des autorités. Date limite : X+ 3 mois, X étant la date d'approbation de la note conceptuelle par le Ministre de la Santé publique

Effets attendus

- Innovation et amélioration de l'efficacité.
- Effets retour démontrables dans le budget de l'assurance soins de santé ou dans les frais d'administration des mutualités.

Facteurs externes

- Concertation et collaboration avec les OA (note relative à l'input des OA).

Article 37. 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.

Cet article concerne la poursuite du projet figurant à l'article 29 du cinquième Contrat d'administration de l'INAMI.

Description

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

Cadre

Attribuer, informer, organiser

Axes

- Amélioration du processus et informatisation
- Optimisation des prestations de services/soins de santé
- Gestion des dépenses SdS

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Soutenir et promouvoir la qualité et la professionnalisation des soins

Contexte

Le projet VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) a été repris dans la feuille de route e-Santé 2013-2018, puis dans le plan d'action e-Santé 2019-2021. Il concerne (1) l'orchestration des processus liés aux médicaments (tant les processus classiques tels que la prescription et la délivrance, que les processus en matière de qualité des soins tels que la « medication review » ; (2) l'amélioration de l'interopérabilité entre les systèmes de partage de données, et (3) l'optimisation de la qualité des données par l'utilisation de normes et de sources authentiques.

Le projet VIDIS comporte 3 phases, les phases 1 et 2 étant au stade opérationnel depuis le 1.1.2019. La phase 3 est une phase conceptuelle et ne figure pas encore dans le scope du présent Contrat

d'administration. L'INAMI est le promoteur de ce projet, qui couvre également les matières pour lesquelles le SPF Santé publique et l'AFMPS sont compétents. La gouvernance du projet est donc telle que les trois institutions sont impliquées dans le groupe directeur.

Le projet VIDIS sera implémenté en travaillant sur deux axes. Le premier axe (implémentation phase 1) se concentre sur la réalisation d'une intégration « virtuelle » des systèmes existants (schéma de médication, prescriptions, notes de journal, dossier pharmaceutique partagé (DPP) et système d'accord électronique du chapitre IV), les maillons manquants dans les flux de travail étant complétés 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 deuxième axe (implémentation phase 2) se concentre sur l'orchestration des processus entre la mise à jour du schéma de médication, la prescription, la délivrance, l'enregistrement et l'archivage.

La phase 2 de VIDIS propose, entre autres, de remplacer les prescriptions classiques de médicaments (le modèle fixé par l'AR 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 principaux bénéficiaires seront :

- Le prescripteur (médecin/spécialiste, dentiste/sage-femme) : les prescriptions classiques seront remplacées par le schéma de médication dans lequel le médecin gèrera le traitement médicamenteux du patient. Le système permet de suivre l'observance 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 (OTC), 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 ce dernier.
- Le pharmacien : le schéma de médication est le point de départ de la délivrance de médicaments et constitue la base de la préparation de la médication individuelle. Ce système permet d'informer, de conseiller et d'accompagner plus facilement le patient, de suivre l'observance 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 (CHS/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 feedback aux autres acteurs.
- L'hôpital : 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 acteurs au sujet de la médication à la sortie d'hôpital.
- Le patient : la qualité des soins est améliorée, le système facilite le bon usage de médicaments, permet au patient ou 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 feedback.

Quelques réalisations importantes depuis 2019 :

1. Il existe une application Web « Mes Médicaments » qui rassemble déjà virtuellement un certain nombre de systèmes de partage de données existants : Vitalink pour le schéma de médication et Recip-e pour les prescriptions. Cette application Web est gérée par la SMALS, hébergée dans le domaine eHealth et accessible aux patients via le portail MaSante.Be ainsi qu'aux dispensateurs

de soins de santé soit via l'URL, soit via un lien sur le portail du dispensateur de soins de santé (MyInami). Un Service Level Agreement (SLA) a été rédigé pour assurer un suivi harmonieux des demandes.

2. Depuis avril 2022, une application mobile fédérale (« Mes médicaments ») est disponible (via App Store et Google Play). Dans le cadre de la dématérialisation de la prescription électronique, cette application permet aux patients de retirer leurs médicaments auprès du pharmacien.
3. En 2021, une brochure sur le schéma de médication partagé a été publiée sur le site web de l'INAMI, un effort conjoint de tous les acteurs du secteur.
4. Une consultation en trio concernant le schéma de médication a été mis en place et aborde les problèmes concrets qui se posent dans la production liée au schéma de médication.
5. La prescription électronique est en place depuis le 1.1.2020, et la prescription sans papier est également possible depuis le 15.9.2021.
6. L'analyse business pour l'identifiant unique global a été livrée. La mise en œuvre dépendra de la rapidité avec laquelle les coffres-forts intégreront les FHIR (FASt Healthcare Interoperability Resources).
7. Le soutien est important et il existe une dynamique positive entre les différents acteurs. Un certain nombre de partenaires considèrent que l'INAMI est le seul à pouvoir mener à bien ce projet. Ainsi par exemple, les coffres-forts se tournent vers l'INAMI pour obtenir la clarté et la conformité auprès des fournisseurs de logiciels quant au schéma de médication, et pour résoudre les problèmes opérationnels liés au schéma de médication. Cela n'avait pas réussi au cours des 10 dernières années, alors qu'aujourd'hui nous collaborons avec tous les acteurs.
8. Un groupe d'utilisateurs a été créé afin d'impliquer les utilisateurs « end-to-end » des médicaments et de travailler avec eux pour définir les priorités des prochaines étapes.
9. Un Service Level Agreement (SLA) a été rédigé pour fixer des exigences de qualité en matière de réponse aux demandes, de maintien de l'application Web VIDIS en état de marche et de résolution des problèmes techniques dans des délais acceptables.

Un certain nombre de questions sont essentielles pour assurer la continuité du suivi de VIDIS. L'engagement de la feuille de route e-Santé a été établi par le gouvernement précédent, mais il a depuis été réaffirmé par le gouvernement actuel.

Afin de s'engager avec autant de dynamisme qu'aujourd'hui dans cet important projet qui a déjà prouvé sa valeur ajoutée, où il existe un consensus sur la vision d'avenir et où de nombreux partenaires le considèrent comme une trajectoire qui a une dynamique et une direction et qui obtient des résultats, un renforcement supplémentaire doit être fourni.

Dans le cadre de ce 6^e Contrat d'administration (2022-2025), l'INAMI s'engage à assumer la direction du projet, et ce en vue d'une progression et d'une mise en œuvre de VIDIS harmonieuses et axées sur les résultats. 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, « cookbooks » techniques, etc.), la gestion de la communication vers les utilisateurs et l'éventuelle rédaction et la conclusion de SLA.

Plus concrètement, l'INAMI sera responsable des livrables suivants pour la période 2022-2025 :

1. Application Web « Mes Médicaments » avec intégration supplémentaire RSW/RSB, DPP, ainsi que l'accessibilité pour de nouveaux groupes cibles, notamment les établissements (hôpitaux et CHS).
2. Amélioration permanente de l'application mobile « Mes médicaments » et extension à de nouvelles fonctionnalités.

3. Mise en place d'un cadre législatif où le schéma de médication devient la base de la prescription et/ou de la délivrance.
4. Lancement de l'API VIDIS mise gratuitement à la disposition de logiciels tiers. Cela devrait leur permettre d'intégrer efficacement (sans perte de temps ni négociation) les différents systèmes de partage de données dans leur logiciel, et de fournir les nouvelles fonctionnalités requises.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration du projet et préparation d'un rapport de suivi des résultats concernant les progrès de VIDIS comme prévu dans la mise à jour de la feuille de route eHealth et le rôle correspondant de la direction du projet de l'INAMI. Dates limites : 31/12/2022, 31/12/2023, 31/12/2024, 31/12/2025

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 efficaces des moyens disponibles.

Facteurs externes

- Efforts et collaboration venant de tous les acteurs externes concernés (entre autres l'harmonisation avec les Communautés).
- Ressources pour financer la mise à disposition du DPP (ceci est inclus dans un paquet de négociation entre l'INAMI et FarmaFlux - en cours).
- Mise à disposition des ressources humaines requises (renforcement) pour la réalisation des livrables dans la période visée (2022-2025).

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

Article 38. Tableaux de bord

Article 38. Les objectifs repris dans le contrat d'administration 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. 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 le Service Stratégie & Organisation de l'INAMI (stratorg@riziv-inami.fgov.be).

TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties

Article 39 - Cadre juridique du contrat

Article 39. 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.

Les IPSS n'exécuteront les engagements inscrits dans le présent contrat que pour autant que les moyens budgétaires mis à disposition le permettent.

Article 40, 41 & 42 - Principes de gestion

Article 40. 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 41. 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'Art. 50 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 42. L'Etat et les IPSS s'engagent à veiller à la simplification et / ou à l'harmonisation des réglementations et des procédures dans une optique de gestion innovante et efficace et avec le(s) groupe(s) cible(s) comme point de départ. 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.

Un groupe de travail sera constitué avec des représentants de la tutelle et du ou des ministre(s) compétent(s) (Budget, Fonction publique, Digitalisation et Simplification administrative) et les partenaires sociaux pour, à l'aide d'un plan par étapes, identifier, évaluer et mettre en œuvre des propositions.

Les IPSS s'engagent à inclure annuellement les projets pertinents dans le Plan d'action fédéral de Simplification administrative.

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 assurés sociaux ou les institutions coopérantes.

Article 43 - Sollicitation d'avis, concertation préalable et information par l'État fédéral

Article 43. Conformément aux dispositions légales applicables, 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 44, 45 & 46 - Engagements concernant les modifications du contrat

Modification du contrat

Article 44. 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 45. 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 75 ou de l'article 76, selon le cas, sera suivie.

Article 46. 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 47 - Engagements concernant la communication des décisions prises lors d'un conclave budgétaire

Article 47. 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 48, 49, 50 & 51 - Engagements concernant le suivi de la réalisation du contrat

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

Article 48. 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 51 est à cet égard respecté

Article 49. 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 50. 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 51. 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.

Article 52 & 53 - 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 52. 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 53. 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 54 - Engagements concernant les normes de sécurité

Article 54. L'institution s'engage à respecter les normes minimales de sécurité qui sont d'application au sein du réseau de la sécurité sociale.

Article 55 - Engagements de l'Etat concernant le financement

Article 55. 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 56 - Engagements concernant l'établissement du budget des missions

Article 56. 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 57 - Réorganisation du paysage administratif fédéral

Article 57. L'Etat s'engage, en cas de réorganisation du paysage administratif fédéral, à ce que cette réorganisation se fasse en concertation avec les institutions concernées, dans le respect de la gestion paritaire, afin de garantir une refonte optimale, tant pour les agents travaillant actuellement dans les organismes concernés, que pour les organismes concernés 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 en relation avec une éventuelle réorganisation du paysage administratif fédéral et à fournir tous renseignements utiles à durant la phase préparatoire de cette réorganisation. L'Etat s'engage à convier l'institution à tout groupe de travail instauré en vue de la préparation de la réorganisation.

Les institutions qui sont concernées lors d'une réorganisation du paysage administratif fédéral, 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 cette réorganisation.

Le cas échéant, après concertation avec l'organisme, les moyens budgétaires nécessaires seront octroyés afin de pouvoir compenser l'impact de la réorganisation sur l'organisme.

TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS

Article 58 - Engagements concernant la politique du personnel (HRM)

1. Moteur salarial

Dans le cadre des synergies entre IPSS, un Service central des salaires (SCS) a été créé au sein de l'ONSS.

La tâche principale du SCS est de gérer les règles de calcul pour les salaires de tous les membres du personnel de l'ensemble des institutions publiques de sécurité sociale sur la base d'un cadre réglementaire commun et d'effectuer toutes les déclarations sociales et fiscales (DMFA, Finprof, Belcotax) pour le compte des dites institutions.

Dans le cadre de sa mission principale, le SCS veille à optimiser les services qu'il fournit, notamment en automatisant certaines tâches clé et en intégrant automatiquement des données de modules HR.

Le SCS met également à la disposition des utilisateurs un site web reprenant toute la documentation et les instructions destinées à la gestion des salaires.

Il s'emploie également à transposer dans le cadre réglementaire commun toute nouvelle disposition réglementaire de la fonction publique fédérale, et ce, en concertation avec les institutions adhérentes.

Dans le cadre de sa mission de reporting, le SCS s'engage à développer et à mettre à disposition des institutions des exports émanant du moteur salarial commun permettant de répondre aux différents monitorings.

Le SCS s'engage à optimiser les flux entre les outils RH existants et le moteur salarial commun et à les étendre aux institutions demandeuses.

Dans le cadre de la limitation des flux papier, le SCS met à disposition des membres du personnel des institutions participantes des fiches de salaire et fiscales en version électronique via l'utilisation de l'e-box citoyen. Les institutions s'engagent à en promouvoir l'activation et l'utilisation.

Le SCS permettra également à d'autres organismes fédéraux qui le souhaitent de faire appel à ses services.

2. 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, et à fournir à cette dernière un rapportage harmonisé.

3. Communauté de pratiques P&O

Face aux nombreux défis qui se posent aux IPSS par rapport à la transformation du travail et aux formes de travail inspirées du NWOW (télétravail, digitalisation, co working, quick wins / agilité) ou liés à la gestion des talents (accompagnement sur le lieu de travail, réintégration après une absence de longue durée, agilité et employabilité durable), elles s'engagent au travers de la Commission Interparastatale pour l'harmonisation de l'application du statut (CIP) à tendre davantage vers une communauté de pratiques capable d'identifier selon les besoins la diversité des méthodes existantes face à une thématique pour :

- préparer des positions communes à destination du PMB, du Collège ou, selon le cas, directement du SPF BOSA,
- accroître la capacité des IPSS à formuler des propositions concernant des opportunités de simplifications administratives et réglementaires,
- stimuler l'identification de bonnes pratiques à étendre et partager au Réseau des Directeurs des Services d'encadrement P&O et des Responsables RH.

Pour stimuler le partage de connaissances et de savoir-faire propres au statut des IPSS et pour mutualiser leurs expertises respectives, l'objectif est également :

- d'initier des échanges d'expérience en vue d'identifier des facteurs de succès (ou bloquants) au sujet de questions d'actualité liées par exemple au NWOW (déconnexion, temps de travail, solidarité et cohésion),
- de partager des procédures et des outils existants (comme des templates ou des lettres types) pour des matières administratives qui ne sont pas directement traitées via le Moteur salarial (comme par exemple : la gestion des mandats, la gestion d'une mesure disciplinaire, la réintégration après une absence de longue durée).

La volonté des IPSS est donc de faire évoluer la CIP vers un réseau moderne de partage, formel et informel, à des fins de benchmark, d'intervision, d'échange de bonnes pratiques et de préparation d'avis selon les besoins des IPSS ou le calendrier de travail du ministre de la fonction publique et/ou du SPF BOSA. Le résultat des travaux de la CIP pourra être partagé avec les représentants du SPF BOSA directement ou avec les autres institutions fédérales via le Réseau des Directeurs P&O.

4. New Way of Working

Chaque IPSS s'inscrit dans l'objectif de faciliter la possibilité de télétravailler la moyenne de 2 jours de télétravail par semaine, à domicile ou dans un bureau satellite, pour les collaborateurs qui ont des fonctions télétravaillables, selon le principe du « comply or explain ».

Le rapportage commun visé à l'article 66 contiendra, par IPSS, une estimation de la moyenne du nombre de jour de télétravail par semaine pour l'année en cours ainsi que l'énumération des fonctions non télétravaillables et des motifs qui empêchent le télétravail ou sa limitation.

5. Sélection & Recrutement

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. Les sélections de recrutement peuvent être organisées soit via recrutement externe, soit via mobilité fédérale, soit via promotion et soutiendront la politique de diversité du Gouvernement.

Une concertation systématique est assurée entre les IPSS et la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA et/ou le Cabinet de la Fonction publique dans tous les domaines des ressources humaines, en vue de prendre en compte les spécificités applicables aux IPSS.

Les IPSS entendent davantage structurer et renforcer leurs synergies en matière de sélection et de recrutement autour du réseau existant, en fonction de l'offre de services et de solutions du SPF BOSA.

Les IPSS s'engagent à conclure entre elles des conventions fixant les contours de la collaboration et prévoyant notamment une mise à disposition de certifiés et une participation active aux missions de sélection.

L'Etat s'engage à améliorer l'efficacité des procédures de sélection et de recrutement et à augmenter l'autonomie des organisations en la matière.

6. 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, 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 collaboreront avec la DG R&D du SPF BOSA pour actualiser de manière continue le module e-learning existant pour tenir compte des évolutions organisationnelles et réglementaires.

7. 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 avec un handicap 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 la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA;
- en évitant que le genre 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 avec un handicap en consultant de manière systématique la liste spécifique de la réserve de recrutement distincte de la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA. A ce niveau, il pourra aussi être tenu compte des marchés publics attribués à des organisations travaillant avec des personnes avec un handicap;
- une représentativité d'un tiers du genre 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.

Pour ce faire, les IPSS s'engagent, outre à poursuivre leurs efforts déjà précédemment entrepris, à réaliser de nouvelles initiatives afin de tendre vers le taux d'emploi de 3% de personnes reconnues comme personnes avec un handicap pour fin 2024.

Ces nouvelles initiatives seront élaborées, en collaboration avec les IPSS, et offertes par le SPF BOSA. Il pourra aussi être tenu compte des marchés publics attribués à des organisations travaillant avec des personnes avec un handicap.

Dans le cadre des mesures concernées relatives à l'emploi public incluses dans le Plan d'Action Fédéral pour les Personnes Handicapées, une task force avec la participation des IPSS sera mise en place sous la

coordination du SPF BOSA, le Conseil supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH) sera consulté et un rapport, auquel les IPSS contribueront, lui sera présenté en novembre de chaque année, sur lequel la CSNPH remettra un avis.

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.

8. Politique intégrée de prévention des risques psycho-sociaux

Les IPSS entendent continuer à mener une politique intégrée de prévention des risques psycho-sociaux, tant au niveau de la prévention primaire que secondaire. Elles chercheront à inscrire leurs actions dans le cadre du Plan d'action fédéral pour la résilience psychologique au travail, ainsi qu'à échanger de bonnes pratiques en la matière.

En matière de prévention primaire, elles mèneront des actions de sensibilisation de leurs travailleurs et leur management, par rapport à la problématique du stress et du burn-out, ainsi que leur détection.

En matière de prévention secondaire, les IPSS veulent poursuivre le projet-pilote de prévention secondaire des troubles psychosociaux en relation avec le travail mis en place en synergie avec la collaboration de Fedris.

Pour autant que ce projet-pilote puisse être financé dans le cadre du Plan d'action fédéral, les IPSS continueront à proposer à leurs collaborateurs un trajet d'accompagnement selon le schéma et les conditions prévues par Fedris. Celui-ci sera adapté, afin de prendre en compte l'impact de la pandémie sur la santé mentale des travailleurs.

9. Réintégration et Retour au Travail

Afin de limiter au maximum le nombre de personnes qui restent absents du travail pour une longue durée en raison de problèmes de santé, les IPSS ne se concentrent pas uniquement sur les mesures préventives pour éviter le décrochage dû à des problèmes de santé. Elles continuent également de fortement investir dans une politique d'absence et de réintégration appropriée.

Sur la base des données qui leur sont communiquées par le Medex, les IPSS s'engagent à réaliser un monitoring de l'absentéisme des membres de leur personnel. Ce monitoring sera repris par IPSS dans le rapportage commun visé à l'article 66 et doit permettre à chaque employeur public de pondérer son propre absentéisme pour maladie par rapport aux autres employeurs publics et à la moyenne générale de l'État fédéral. L'État s'engage à examiner, en collaboration avec les IPSS et les autres parties prenantes, de quelle manière les processus et les rôles concernant les trajets de Retour au Travail peuvent être améliorés.

10. Cycles d'évaluation et cadre commun de compétences

Les IPSS s'engagent à :

- Utiliser la plateforme SharePoint développée par le groupe de travail pour partager régulièrement les connaissances relatives aux cycles d'évaluation et aux développements pertinents.

- Suivre de près les développements du SPF BOSA en ce qui concerne les cycles d'évaluation et les descriptions de fonctions et identifier et analyser les opportunités de travailler ensemble ou non sur leur mise en œuvre. Les développements pertinents actuellement suivis par le groupe de travail sont les suivants :
 - Crescendo V2
 - L'introduction du nouveau système d'évaluation « Symphonie »
 - La révision du système actuel d'évaluation des membres du personnel de la Fonction publique fédérale
 - La Transition vers une cartographie des descriptions de fonction de niveau A simplifiée.

Article 59 - Engagements concernant la gestion informatique

1. Virtualisation, G-Cloud et réutilisation des composants métier

Les IPSS organisent avec Smals un suivi technologique conjoint concernant les nouvelles technologies ICT, dont l'utilisation peut apporter des avantages en termes d'effectivité ou d'efficacité, et déploient autant que possible des technologies pertinentes.

G-Cloud est une ICT-community des services publics fédéraux qui ambitionne une optimisation du coût informatique global grâce au partage de l'infrastructure, des services, des systèmes d'informations ou de parties de ceux-ci.

Le portefeuille G-Cloud contient une gamme diversifiée de services TIC:

a) Infrastructure as a Service (IaaS) : 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 (Compute, Storage, ...) et à partir de centres de calcul centralisés. Cette offre est complétée par des services d'infrastructure supplémentaires tels que la sécurité du réseau, la sauvegarde, l'archivage, ...

b) Platform as a Service (PaaS) : une plate-forme de développement qui permet de créer, déployer et gérer des architectures d'applications modernes de manière évolutive, hautement disponible et indépendante des centres de données.

c) Software as a Service (SaaS) : consiste en la multiplication et la standardisation des commodités et autres services offerts pour répondre à un maximum de besoins non spécifiques des différents services publics.

Les institutions publiques de sécurité sociale s'engagent à poursuivre l'optimisation 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'IPSS sera un acteur dans ce projet et veillera à ce que son système informatique et ses services réseau soient implémentés sur une infrastructure commune, ouverte et sécurisée.

Le cloud public connaît un essor dans le paysage des TIC que l'on ne peut ignorer. Les fournisseurs proposent toujours plus de services « cloud only ». Il est donc crucial de développer une vision commune au sein des IPSS / Smals sur l'utilisation du cloud public. Cette vision prendra en compte, entre autres, les aspects techniques/non fonctionnels, la fonctionnalité, les aspects de sécurité, les réglementations liées à la vie privée, ...

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 rédige une roadmap indiquant quelle sera son utilisation du G-Cloud et des services, selon le principe du « comply or explain », et actualise annuellement cette roadmap.

En cas de discussion, une solution sera cherchée en concertation commune.

Les IPSS continueront à s'appuyer sur la collaboration dans le cadre du G-Cloud pour réutiliser autant que possible les sous-composants et services dans le développement des applications ICT et ainsi optimiser les coûts en évitant le développement multiple des composants et services. Cela, indépendamment du fait que le développement de l'application soit effectué par le propre département informatique, par Smals ou par des sous-traitants. À cette fin, un centre de compétences est en cours de développement au sein de Smals pour intégrer et soutenir au maximum la réutilisation des composants et services métier. Concrètement,

- a) un catalogue électronique sera disponible pour les sous-composants et services réutilisables, qui est alimenté par toutes les IPSS et Smals. D'autres institutions publiques (SPF, ...) peuvent également compléter ce catalogue.
- b) des processus, des outils et des KPI seront mis en place pour promouvoir, identifier, enregistrer, implémenter, suivre et mesurer la réutilisation tout au long du cycle de vie du projet,
- c) des réseaux humains seront maintenus à tous les niveaux (managers, directeurs ICT, gestionnaires de services, analystes métiers, architectes) afin de maintenir une vision maximale du potentiel de réutilisation et de promouvoir la réutilisation effective,
- d) il sera évolué vers une culture au sein des IPSS et de Smals pour fabriquer des produits réutilisables et adopter la réutilisation,
- e) il sera imposé aux sous-traitants dans les cahiers des charges de s'engager à réutiliser à tout moment,
- f) le cas échéant, des propositions d'harmonisation réglementaires seront élaborées pour permettre la réutilisation.

Dans le but de créer un maximum de synergies et d'optimiser les coûts IT, l'Etat fédéral s'engage à promouvoir également auprès de la fonction publique administrative fédérale le principe de mutualisation et de réutilisation des services et sous-composants, partout où des services et composants communs ou réutilisables peuvent être valorisés. Une recherche plus approfondie sera faite à cet égard pour les composants qui peuvent être utilisés de manière transversale pour toutes les IPSS.

Le développement de la réutilisation des services et des ressources (API-economy) est soutenu plus avant au sein des IPSS et Smals. Une attention particulière est accordée ici au traitement des dépendances (externes) et des mesures architecturales / organisationnelles pour garantir le service.

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.

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 centrales d'achat élaborées sous la coordination du G-Cloud. Les IPSS organisent dans le cadre de l'initiative G-Cloud un achat commun de moyens et services ICT via centrales d'achat 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 utiliser, le cas échéant via Smals, pour les différents marchés en matière ICT, les centrales d'achat existantes ou à agir elles-mêmes en tant que centrales d'achat si c'est souhaitable pour que chaque IPSS puisse bénéficier des avancées des autres IPSS et ainsi faire évoluer leur infrastructure et applications ICT 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

Une communication électronique courante et fiable des pouvoirs publics aux citoyens et aux entreprises est un pilier important de la transformation digitale. Les institutions publiques peuvent, via l'eBox, échanger des messages de manière électronique avec des personnes physiques, des entreprises et d'autres institutions publiques.

L'eBox pour citoyens est présenté par le service public fédéral compétent pour l'agenda numérique et constitue un service permettant aux utilisateurs d'échanger des messages électroniques avec des personnes physiques. Ces personnes physiques peuvent opter pour la communication électronique via l'eBox avec toutes les institutions publiques qui y sont connectées. L'eBox pour entreprises est mis à disposition par l'Office national de Sécurité sociale et constitue un service permettant aux utilisateurs d'échanger des messages électroniques avec les titulaires d'un numéro d'entreprise. Ces derniers peuvent, au besoin, se voir imposer l'utilisation de l'eBox par une réglementation sectorielle spécifique.

Les IPSS s'engagent, pendant la durée de ce contrat d'administration, à entreprendre les étapes nécessaires pour faire en sorte que la communication électronique avec le citoyen et les entreprises soit appliquée de façon généralisée (« digital by default ») et que les fonctionnalités qui sont offertes par la nouvelle génération de l'eBox (REST-API) et qui réduisent plus avant la communication papier avec le citoyen et les entreprises, soient implémentées. Le suivi sera assuré par le Collège des Administrateurs généraux et chaque institution fera rapport à ce sujet lors du suivi habituel de la réalisation du Contrat d'administration et au Secrétaire d'État à la Digitalisation.

Article 60 - Engagements concernant la gestion logistique

§ 1er. Marchés publics

Les IPSS s'engagent à appliquer, pour leurs différents marchés de fournitures et de services, en tant que participants passifs (en signant le cas échéant des documents d'adhésion), l'arrêté royal du 21 juillet 2023 relatif aux marchés publics fédéraux centralisés dans le cadre de la politique fédérale d'achats.

Les IPSS jouent un rôle actif dans la politique fédérale des achats et contribuent plus généralement aux objectifs fédéraux en matière notamment de durabilité (ex : approvisionnement énergétique, flotte de véhicules zéro émission, réduction des émissions de gaz à effet de serre de 55% d'ici 2030, ajout de clauses sociales, ...), économie sociale, participation des PME, économie circulaire et responsabilité sociale des entreprises (RSE/CSR). Elles le font à la fois lorsqu'il s'agit de l'utilisation de biens et de services en gestion propre qu'au moyen de l'utilisation de clauses ambitieuses dans le cadre de marchés publics.

Les observateurs des IPSS auprès de la Coordination Stratégique des Achats Fédéraux (CSAF) relaient le point de vue et les besoins des IPSS. Ils informent régulièrement les autres IPSS des décisions prises ainsi que des problématiques abordées pour autant que celles-ci n'aient pas encore été communiquées via d'autres canaux (ex: Collège des IPSS, Mailing CSAF ou FOR-CMS News).

A titre subsidiaire 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 ou par un marché conjoint, et si des clauses sociales et environnementales peuvent y être insérées.

Cet examen sera effectué durant les réunions du groupe de travail Logistique lors desquelles l'échange de best practices concernant les marchés publics sera également de mise.

Les IPSS s'inscrivent dans les objectifs de la loi du 17 juin 2016 relative aux marchés publics, c'est-à-dire créer les conditions d'un fonctionnement compétitif, durable et équilibré du marché des biens et services en Belgique, l'accès facilité des petites et moyennes entreprises aux marchés publics, la poursuite de la digitalisation, les buts sociaux, etc.

§ 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 au moyen d'un système de gestion dynamique.

Dans l'élaboration de la vision future concrète de la gestion immobilière des IPSS, les IPSS s'engagent à respecter les principes et normes NWOW (10,5 m²/gETP), en cas de rénovation totale ou de nouvel hébergement, en ce qui concerne l'occupation des espaces en pratique.

Les IPSS prennent en compte l'augmentation du télétravail avec concentration sur les mêmes jours de semaine.

Chaque demande de location, d'achat, de vente et de profonde rénovation de bâtiments devra être préalablement soumise au Collège des IPSS en vue de trouver des synergies.

Les IPSS s'engagent, en cas de rénovation et de nouvelle implantation, à appliquer les principes du NWOW et les normes en matière d'occupation des espaces.

Un groupe de travail logistique se réunira périodiquement afin de procéder à l'échange de best practices et de formuler des propositions d'amélioration dans les différents domaines et activités logistiques. Plus précisément, une vision commune d'avenir sera développée en ce qui concerne la gestion des bâtiments, incluant le facility management et les shared services.

Les IPSS s'engagent à rechercher activement, au sein de ce groupe de travail logistique commun, des projets et des synergies permettant d'optimiser le nombre de mètres carrés occupés, tant à Bruxelles qu'en province.

Les IPSS tendent à implémenter l'e-invoicing (factures entrantes).

§ 3. Développement durable et Mobilité

Trois groupes de travail se réuniront périodiquement pour échanger les meilleures pratiques et apporter des solutions d'amélioration dans les différents domaines et activités facilitaires.

1. Le Groupe de Travail Développement durable
 - devient le groupe qui coordonne la problématique globale du développement durable,
 - réalisera un rapport sur les pratiques en cours dans les IPSS et fera un partage d'expérience sur les thématiques suivantes (liste non exhaustive):
 - énergie (audit énergétique, performance énergétique, réglementation...),
 - déchets et économie circulaire,
 - achats durables, en reprenant systématiquement le relevé des clauses sociales.
2. Le Groupe de Travail Mobilité réalisera l'inventaire des parcs automobiles des IPSS, gèrera l'organisation de la semaine de la mobilité et la promotion d'une mobilité plus douce. Ce groupe étudiera également la possibilité d'installer des bornes de chargement électrique pour les voitures et les vélos au sein des IPSS et fera des propositions concrètes en vue de respecter les ambitions et objectifs du Plan national énergie-climat.
3. Le Groupe de Travail Logistique se concentrera sur la gestion des bâtiments et la possibilité de faire des achats communs.

Une coordination sera assurée entre les trois groupes de travail.

Article 61 - Engagements en matière d'audit interne

Article 61. En ce qui concerne la synergie en matière de mise en œuvre et de développement des fonctions d'audit interne et du Comité d'audit commun aux IPSS, les IPSS s'engagent à poursuivre les objectifs communs suivants :

- pendant la durée du contrat d'administration, le Comité d'audit commun aux IPSS offrira un soutien méthodologique permanent aux services d'audit interne dans le but d'optimiser leur maturité, en formulant notamment des recommandations ;
- 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 et au Ministre du Budget par les Commissaires du Gouvernement respectifs ;
- annuellement, un plan d'audit et un rapport d'activités seront communiqués par chaque institution au Comité d'audit commun ;
- pendant la durée du contrat d'administration, les services d'audit interne continueront

d'optimiser sans cesse leur maturité, grâce au soutien du Comité d'audit commun, des comités d'audit spécifiques aux institutions et du réseau Platina, selon le principe du meilleur effort. Les auditeurs internes au sein des IPSS ne disposant pas de leur propre comité d'audit effectueront un peer review dans le but d'établir un certain nombre de plans d'action communs destinés à améliorer la qualité de leur fonctionnement, selon le principe du meilleur effort ;

- 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.
- La Cour des Comptes, les IPSS, les comités d'audits spécifiques aux institutions et le Comité d'audit commun, organiseront une réunion globale une fois par an en vue d'échanger des informations en exécution du protocole de collaboration en matière d'audits thématiques.

Article 62 - Engagements en matière de maîtrise de l'organisation

Article 62. En ce qui concerne la synergie en matière d'optimisation de la maîtrise de l'organisation au sein des IPSS, les IPSS s'engagent à poursuivre les objectifs communs suivants :

- Les IPSS continueront à développer et à optimiser leur maîtrise de l'organisation afin d'évoluer progressivement vers une assurance raisonnable de la maturité de celle-ci et ceci selon le principe du meilleur effort. Chaque IPSS fera rapport à son comité d'audit de l'état d'avancement.
- Les IPSS créeront un réseau « maîtrise de l'organisation ». Au moins 4 réunions par année civile seront organisées en vue d'échanger des connaissances et des bonnes pratiques au niveau conceptuel, méthodologique et organisationnel entre les fonctions de maîtrise de l'organisation des IPSS;
- pour la fin du premier trimestre de chaque année, le réseau « maîtrise de l'organisation » établira à l'intention du Collège des IPSS, un rapport comportant un aperçu des activités du réseau au cours de l'année civile précédente.

Le Comité d'audit commun et les Comités d'audit spécifiques au sein des IPSS encouragera les IPSS à optimiser leur maîtrise de l'organisation, afin d'en monitorer et évaluer l'efficacité, l'efficience et la qualité.

Article 63 - Engagements en matière de certification

Article 63. En ce qui concerne la synergie en matière de certification, les IPSS s'engagent à poursuivre les objectifs communs suivants :

- Afin d'optimiser le contrôle financier, les IPSS prépareront la certification des comptes annuels conformément aux normes d'audit internationales pendant la durée du contrat d'administration:
 - en augmentant la maturité de la maîtrise de l'organisation des processus financiers et des processus opérationnels qui les sous-tendent;
 - en constituant un dossier de documentation pour les acteurs de contrôle concernés par les audits financiers;
 - en préparant les comptes annuels en temps voulu.

Article 64 - Engagements concernant l'ouverture de synergies à d'autres partenaires (réseau secondaire)

Article 64. 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 au moins une fois par an les Ministres de Tutelle de l'avancée et des résultats des discussions avec le réseau secondaire.

Article 65 - Engagements concernant l'adaptation de l'organisation administrative de la sécurité sociale

Article 65. 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 66 - Engagement en matière de rapportage commun

Article 66. Le Collège des IPSS et les partenaires communiquent pour le 31 mars 2024 un plan d'actions commun au Gouvernement concernant les synergies prévues aux articles 58, 59, 60, 61, 62, 63 en 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.

Sans préjudice du rapportage aux Commissaires du Gouvernement, le Collège des IPSS et l'Etat fédéral mettront au point dans le courant de 2023 un cadre uniforme de suivi des dispositions communes.

Article 67 - Développer ou utiliser des services dans le cadre des synergies

Article 67. 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.

Ce paragraphe est exécuté budgétairement conformément à l'article 77.

TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable

Article 68, 69, 70 & 71 - Le budget de gestion

Article 68. 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 22 juin 2001 (modifié par l'AR du 26 janvier 2014) et clarifiées par les directives déterminées par la Commission de normalisation de la comptabilité des IPSS, avec, notamment, la circulaire n° 1 du 22 février 2016 concernant la distinction entre les comptes budgétaires appartenant à la gestion ou aux missions.

Article 69. La répartition des articles budgétaires dans les différentes catégories est conforme aux instructions contenues dans l'annexe 2 de l'AR du 22 juin 2001 (modifié par l'AR du 26 janvier 2014).

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 définit le contenu concret de ces rubriques, après avis du Collège des IPSS.

Article 70. Le budget de gestion ne comporte que des crédits limitatifs, à l'exception des crédits relatifs :

- aux impôts directs et indirects, à l'exception de la TVA,
- 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 71. 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 75 en 76.

Article 72 & 73 - Les avis du commissaire du gouvernement du Budget concernant le budget, la comptabilité, le personnel, l'ICT...

Article 72. 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 peuvent être fixés, en concertation entre l'institution et le commissaire du gouvernement, dans le

un protocole de collaboration. 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 73. Toute demande nécessitant l'accord de la secrétaire d'Etat au Budget (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 74 - L'adaptation du budget de gestion à la suite de remaniement entre articles budgétaires

Article 74. Au cours d'un même exercice budgétaire, 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 72.

En vue de permettre une bonne gestion et afin de réaliser de manière optimale les objectifs et projets de ce contrat d'administration, les transferts entre toutes les rubriques du budget de gestion (y compris personnel et immobilier) sont autorisés. Sans préjudice du trajet d'économies du gouvernement, la flexibilité est également totale pour les économies imposées et les crédits supplémentaires. L'Institution ne peut cependant s'engager à mettre en œuvre les projets, comme décrits dans ce contrat d'administration, que si les ressources budgétaires supplémentaires nécessaires, qui sont énumérées à l'article 80, sont accordées.

Des transferts entre articles budgétaires au cours d'un même exercice budgétaire peuvent être opérés tout au long de l'année (ainsi que lors de la clôture de l'exercice dans l'année n+1).

Article 75 - Adaptation du Budget de gestion suite à des situations modifiées

Article 75. A l'initiative de l'institution, les situations mentionnées ci-dessous seront discutées avec le(s) ministre(s) de tutelle, la secrétaire d'Etat au Budget, et si nécessaire le ministre de la Fonction publique de sorte que des crédits supplémentaires puissent être accordés à temps :

- Nouvelle mission durant la durée du contrat d'administration
 - L'institution doit exécuter une mission supplémentaire, mais elle constate, après analyse préalable, qu'elle ne peut réaliser cette mission avec les crédits de gestion alloués et que la mission 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 et détachés Smals
 - Le montant global des crédits de personnel et des crédits des détachés Smals calculé selon la formule de l'article 83 est inférieur au montant obtenu au moyen de la méthode de calcul propre de l'institution, mentionné à l'article 82 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 augmentent de façon nécessaires, obligatoires et imprévues à la suite d'une décision du Gouvernement,
- Fonctionnement et investissement
 - Adapter les crédits de fonctionnement et d'investissement selon les dispositions de l'article 83 met en danger la réalisation d'objectifs déterminés ou la réalisation de projets déterminés, repris dans le contrat,
- Nouvelles dépenses
 - De nouvelles dépenses doivent être 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).
 - De nouvelles dépenses doivent être engagées dans le cadre de réformes ou de changements réglementaires importants.

Article 76 - La diminution ou la non-adaptation du budget de gestion à la suite d'une nouvelle mission ou sans nouvelle mission

Article 76. 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, la secrétaire d'Etat au Budget, les gestionnaires ayant voix délibérative désignés 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'AR 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 80, en cas de diminution des moyens disponibles (humains ou budgétaires),
- Si les missions sont élargies sans que des crédits ne soient alloués, y compris les réformes ou changements réglementaires importants,
- 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 77 - L'augmentation du budget de gestion de l'année en cours à la suite de l'octroi de recettes de gestion propres

Article 77. § 1^{er}. 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'AR du 3 avril 1997.

§ 2. 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 72.

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. En cas de recettes structurelles, cet accord est donné pour la totalité de la durée du contrat.

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 84 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 totalement ajoutées au budget de gestion, en cas de location à prix coûtant à un autre service public et en cas de location au prix du marché à un autre tiers. Dans tous les cas, les frais (entretien, chauffage, électricité, ...) associés à la location peuvent toujours être inclus en totalité, si ceux-ci ne peuvent faire l'objet d'une facturation distincte,
3. les recettes de gestion périodiques provenant du détachement de membres du personnel (par exemple vers une cellule stratégique non fédérale, vers une organisation syndicale) ou de la mise à disposition de membres du personnel (par exemple pour un service d'audit commun...) 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 (par exemple 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,
6. les recettes de gestion provenant de la facturation d'activités organisées conjointement avec d'autres IPSS ou avec d'autres organismes publics (par exemple l'achat groupé de licences),

7. les recettes de gestion, sous forme de subventions, provenant d'organismes fédéraux (par exemple interventions pour projets diversités) ou européens (par exemple interventions pour projets SSRS).

§ 3. Pour les autres recettes de gestion propres facturées aux prix du marché et réalisées l'année précédente (provenant par exemple 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 de fonctionnement en lien avec ces recettes peuvent être intégralement ajoutés à l'enveloppe de gestion de l'année en cours.

De plus, la différence entre ces recettes et les frais de personnel et de fonctionnement en lien avec ces recettes peut, en tant qu'incitant pour une bonne gestion, être ajoutée pour moitié à l'enveloppe de gestion de l'année en cours.

Pour ces deux cas, le commissaire du gouvernement du Budget donnera son avis sur l'augmentation du budget de gestion ainsi que l'affectation proposée par l'institution dans le délai fixé dans le premier alinéa de l'article 72.

§ 4. Pour les projets de synergies, qui sont repris dans les dispositions communes, les moyens nécessaires seront prévus aux budgets de gestion des IPSS participantes. L'impact de projets de synergies 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 du Budget, et seront communiquées pour information au(x) ministre(s) de tutelle, à la secrétaire d'Etat au Budget et au Ministre de la Fonction publique.

Les mêmes principes sont applicables aux projets de synergies hors sécurité sociale et en cas de réorganisation du paysage administratif fédéral.

§ 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 dans un feuillet d'ajustement du budget de gestion de l'année en cours.

Article 78 - L'augmentation du budget de gestion à la suite du transfert de crédits de l'exercice budgétaire précédent

Article 78. 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 de la circulaire n° 2 du 22 février 2016 relative aux reports de crédits de l'exercice précédent et moyennant l'avis favorable du commissaire du gouvernement du Budget, dans le délai prévu à l'article 72.

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 au commissaire du gouvernement du Budget de suivre l'avancement des projets entrepris et de pouvoir juger de leur suivi ainsi que de l'opportunité des réinscriptions, l'institution fera en sorte que le commissaire du gouvernement aie 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 79 - L'adaptation du budget de gestion à la suite d'une modification des cotisations sociales

Article 79. 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 avec le Collège des IPSS et le SPF BOSA.

Article 80 - Budget de gestion pour les exercices 2022, 2023, 2024 et 2025

Article 80. Le budget de gestion de l'Institution pour les exercices 2022, 2023 et 2024, fixé conformément à l'article 68, aux circulaires budgétaires respectives et à la décision des Conseils des ministres des 20/10/2021, 01/04/2022, 20/07/2022, 18/10/2022, 31/03/2023 et 13/10/2023, est établi comme suit :

Budget de gestion INAMI (hors FAM)

	2022 (1)	2023 (2)	2024
Dépenses de personnel	111.782.130	123.316.421	129.057.398
Dépenses de fonctionnement	40.869.932	37.687.587	35.223.973
<i>dont : Fonctionnement ordinaire</i>	12.442.566	12.478.402	12.960.394
<i>Informatique</i>	28.427.366	25.209.185	22.263.579
Investissements	439.004	705.100	853.193
<i>dont : Investissement mobiliers</i>	39.682	40.119	41.282
<i>Investissements informatiques</i>	104.322	114.981	50.000
<i>Investissements immobiliers</i>	295.000	550.000	761.911
Dépenses de fonctionnement non-limitatives	443.249	625.000	625.000
Total	153.534.315	162.334.108	165.759.564

⁽¹⁾ 2022: chiffres hors reports de crédits 2021, hors recettes propres supplémentaires, y compris plan de relance et digitalisation

⁽²⁾ 2023: chiffres hors reports de crédits 2022, hors recettes propres supplémentaires, y compris plan de relance

Budget de gestion FAM

	2022 (1)	2023 (1)	2024
Dépenses de personnel	5.303.171	6.564.313	6.248.043
Dépenses de fonctionnement	2.623.283	2.390.816	2.306.934
<i>dont : Fonctionnement ordinaire</i>	788.780	680.486	476.514
<i>Informatique</i>	1.834.503	1.710.330	1.830.420
Investissements	262.102	408.520	2.444
<i>dont : Investissement mobiliers</i>	0	2.833	2.444
<i>Investissements informatiques</i>	262.102	405.687	0
<i>Investissements immobiliers</i>	0	0	0
Dépenses de fonctionnement non-limitatives	32.225	32.225	32.225
Total	8.220.781	9.395.874	8.589.646

⁽¹⁾ hors reports crédits année précédente

Le budget de gestion 2024 contient les crédits tels qu'établis lors du conclave budgétaire d'octobre 2023 et ne tient pas compte des décisions budgétaires à prendre, comme, par exemple, le crédit supplémentaire de 2024 à allouer suite à l'introduction des chèques-repas à partir du 01/01/2024.

Les crédits proposés pour les exercices 2022, 2023 et 2024 ne tiennent pas compte des transferts en application de l'article 14 §2 ni des dépenses dans le cadre du Plan national pour la reprise et la résilience financé par l'Europe.

L' exercice 2025 sera calculé selon les dispositions prévues à l'article 82 et à l'article 83.

Article 81 - Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire

Article 81. INAMI: Conformément à l'article 5 §1 6° de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel statutaire est fixé à 105.522.341 EUR pour l'exercice 2022, à 118.877.030 EUR pour l'exercice 2023, à 125.056.619 EUR pour l'exercice 2024 et à 126.544.429 EUR pour l'exercice 2025 en prix de 2024, en tenant compte des cotisations patronales connues (cotisations patronales de pension...).

FAM: Conformément à l'article 5 §1 6° de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel statutaire est fixé à 4.136.473 EUR pour l'exercice 2022, à 5.963.022 EUR pour l'exercice 2023, à 5.925.644 EUR pour l'exercice 2024 et à 6.092.459 EUR pour l'exercice 2025 en prix de 2024, en tenant compte des cotisations patronales connues (cotisations patronales de pension...).

Article 82 & 83 - Révision annuelle

Article 82. Les montants budgétaires pour les exercices 2024 et 2025 sont obtenus sur base de la méthode de calcul telle que déterminée à l'article 83. Néanmoins, dans la mesure du possible et de la politique budgétaire de l'Etat fédéral, ce dernier s'engage à respecter au maximum le budget de gestion 2024-2025 ainsi calculé par les institutions.

Si l'Etat fédéral ne peut honorer le cadre budgétaire discuté dans le contexte de la politique budgétaire de l'Etat, le contrat d'administration pourra être adapté conformément à l'article 76.

Article 83. A politique inchangée, pour l'année 2025, les montants de chaque catégorie de dépenses seront réévalués de la manière suivante :

a. Crédits de personnel et crédits des détachés Smals

Les crédits de personnel seront paramétrisés en fonction de l'évolution du coefficient moyen de liquidation selon la formule :

$$\frac{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N}}{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N-1}}$$

A cette fin, les coefficients de liquidation, tels que calculés par le Bureau du Plan lors de la confection des budgets respectifs (préfiguration, budget initial, contrôle budgétaire, ...) sont utilisés, dans l'attente de la connaissance des coefficients de liquidation réels.

L'Etat s'engage à attribuer intégralement à l'IPSS les coefficients de liquidation réels.

Si l'évolution des crédits de personnel mettrait 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 75 ou de l'article 76, 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 du chiffre de l'indice santé, tel que calculé par le Bureau du Plan lors de la confection des budgets respectifs (préfiguration, budget initial, contrôle budgétaire, ...), dans l'attente de la connaissance du chiffre réel de l'indice santé. Pour 2025, l'année 2024 est le point de départ.

L'Etat s'engage à attribuer intégralement à l'IPSS l'évolution réelle du chiffre de l'indice santé.

En ce qui concerne l'évolution des coûts ICT Smals (intra-muros et consultants) et des services ICT tiers similaires (en ce compris les consultants), le coefficient d'ajustement appliqué aux frais généraux de fonctionnement est augmenté, le cas échéant, d'un facteur x, qui tient compte de l'évolution réelle des prix spécifiques dans le secteur ICT, qui est en partie déterminée par l'indexation annuelle des salaires.

Si l'évolution des crédits de fonctionnement et/ou d'investissement mettrait 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 75 ou de l'article 76, selon le cas.

Article 84 - Opérations immobilières

Article 84. 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 demande de location, d'achat, de vente et de rénovation complète de bâtiments doit être soumise au préalable au Collège des IPSS, afin de la comparer entre autres à la proposition globale d'investissement immobilier pluriannuel 2020-2028 du Collège IPSS.

Toute décision d'acquérir, construire, rénover ou aliéner un immeuble ou un droit immobilier dont le montant dépasse **7,3 millions d'euros** est soumise à l'autorisation préalable du (des) ministre(s) de tutelle et de la secrétaire d'Etat au Budget. Jusqu'à 7,3 millions d'euros l'avis positif du commissaire du gouvernement du Budget est suffisant.

Pour autant que l'institution appartienne à la Gestion globale, l'affectation du produit de l'aliénation de ces immeubles, dont le montant dépasse **7,3 millions d'euros**, et l'ajout de ce produit à l'enveloppe de gestion de l'année en cours ou les années suivantes, conformément à l'article 77, doivent recevoir l'accord préalable du (des) ministre(s) de tutelle et de la secrétaire d'Etat au Budget. Jusqu'à 7,3 millions d'euros l'avis positif du commissaire du gouvernement du Budget est suffisant.

Cette enveloppe complémentaire peut être librement ajoutée au budget de gestion pour le financement de la construction ou/et l'achat d'un autre bâtiment ou//et pour des travaux de rénovation dans un bâtiment existant et tous les frais de gestion en résultant (y compris les frais d'installation, le mobilier spécifique NWOW, ...). Cette utilisation doit pouvoir se faire sur plusieurs années budgétaires, à condition que cela ne soit pas en conflit avec la proposition globale d'investissement immobilier pluriannuel 2020-2028 du Collège IPSS.

Article 85 - Comptabilité générale et analytique

Article 85. 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 BOSA et le SPF Sécurité sociale et suivant les délais déterminés par la Commission de normalisation de la comptabilité des IPSS.

L'institution développe davantage son système de comptabilité analytique pour déterminer et évaluer les coûts des activités de base principales (processus, missions, tâches,...). En outre, l'institution développe un système pour déterminer et évaluer le coût du développement des projets.

Article 86, 87 & 88 - Transmission des états périodiques et des monitorings

Article 86. Conformément aux directives du Gouvernement, l'institution communiquera mensuellement au(x) ministre(s) de tutelle et à la secrétaire d'Etat au Budget, ainsi qu'aux SPF Sécurité sociale et SPF BOSA, un état des recettes et des dépenses de gestion.

Les IPSS mettent en place un suivi périodique, 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 de la sécurité sociale à l'ICN et des comptes SESPROS-SHA à Eurostat, les IPSS s'engagent, avec le SPF Sécurité Sociale et le SPF BOSA, à collaborer au processus de consolidation et à mettre à disposition toute l'information requise à cette fin.

Article 87. L'institution s'engage à envoyer les exercices de monitoring suivants de manière complète et à temps :

- le suivi mensuel de la sous-utilisation du budget de gestion et des dépenses sélectionnées dans le budget de mission des IPSS,
- le suivi semestriel de l'exécution du budget du personnel des IPSS, conformément à la méthodologie SEPP,
- le suivi périodique des gros postes du budget de mission des IPSS et le suivi budgétaire de la mise en œuvre des mesures budgétaires décidées pour les IPSS, par l'intermédiaire des Commissions Finances et Budget (CFB).

Article 88. L'institution s'engage lors de chaque exercice budgétaire du comité de monitoring à communiquer les tableaux synoptiques demandés pour les missions et pour la gestion de manière correcte, complète et à temps et conformément aux structures définies en annexe des AR du 26 janvier 2014 et 22 juin 2001.

Article 89 - Engagements concernant les spendings reviews

Article 89. Le Conseil des ministres du 18/12/2020 a approuvé l'approche de l'exécution de spending reviews pour l'Etat fédéral (y compris la sécurité sociale). Les thèmes pour la réalisation d'un spending reviews ont été décidés par le Conseil des ministres conformément à la procédure établie. L'Etat s'engage à associer en temps utile les IPSS à la préparation des décisions concernant les nouveaux projets futurs en la matière. Les IPSS s'engagent à coopérer loyalement à la réalisation des spending reviews relevant de leur domaine, déterminés conformément à cette procédure, et à déployer les moyens disponibles pour aboutir à une finalisation qualitative des reviews concernées.

Article 90 - Engagements concernant les délais de paiement

Article 90. Les IPSS s'engagent à rapporter de façon systématique et transparente concernant les délais de paiement envers leurs fournisseurs et s'engagent à toujours respecter les délais de paiement des factures.

TITRE XII: Participation aux projets transversaux

Article 91. Les IPSS s'engagent, chacune pour ce qui la concerne, à s'inscrire dans les stratégies fédérales transversales relatives à la simplification administrative, à l'open data, à la lutte contre la pauvreté et à la lutte contre la fraude sociale. La réalisation de plans d'action concrets dépend des moyens mis à disposition par l'Etat à cet effet.

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 92. Les IPSS participent activement aux réseaux fédéraux "Orientation client" et "Gestion des plaintes", rapportent périodiquement et au moins une fois par an les indicateurs de gestion de leur gestion des plaintes, et contribuent de manière constructive à la mise en œuvre de la politique fédérale en matière d'orientation client et de gestion des plaintes.

Pendant la durée du contrat d'administration, les IPSS mesurent au moins une fois la satisfaction client, en vue d'améliorer la fourniture de leurs produits et services.

Les IPSS s'engagent à optimiser l'accessibilité numérique et physique, à faire évoluer l'offre numérique et à assurer également d'autres possibilités de contact, en tenant compte du public cible et de la spécificité de chaque institution, ainsi que des moyens disponibles. La convivialité des applications électroniques et l'offre de soutien des citoyens sont des atouts importants à cet égard.

En ce qui concerne le non-recours aux droits, les IPSS concernées s'engagent à collaborer avec le SPF Sécurité sociale, le SPP Intégration sociale et toute partie intéressée, dans le cadre d'une Task Force qui rapporte au Collège des IPSS, pour identifier les risques et proposer au Gouvernement pour le 30 septembre 2022 des pistes opérationnelles en tenant compte aussi des mesures contenues dans le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté et contre les inégalités.

Les IPSS s'engagent à lutter contre la fracture numérique et à participer aux mesures mises en œuvre par l'Etat fédéral en ce sens, y compris la formation des membres de leur personnel en vue d'aider les citoyens et entreprises à accéder à leurs services électroniques.

Les IPSS étudient la faisabilité d'outils de simulation pour soutenir et illustrer l'impact (transversal) des choix individuels des assurés sociaux et/ou des événements à court et long terme.

Le Collège des IPSS et les partenaires sociaux présentent au Gouvernement fédéral des propositions visant à actualiser la Charte de l'Assuré social dans le cadre de l'optimisation des droits des assurés sociaux et de l'adaptation de l'exercice de ces droits aux évolutions sociétales et technologiques. Le Collège des IPSS est soutenu à cet égard par le groupe de travail "Collège des IPSS et SPF Sécurité sociale" qui suit l'application de la "Charte de l'assuré social". Ce groupe de travail implique systématiquement et de manière proactive les assurés sociaux et les institutions de sécurité sociale.

Article 93. Les IPSS s'engagent à continuer à participer activement au projet transversal EESSI permettant la réduction de la charge administrative pour les entreprises et les citoyens qui exercent leur droit à la libre circulation au sein de l'Union européenne, ainsi qu'un exercice plus rapide des droits et des contrôles plus efficaces.

Les IPSS entretiennent les Business Use Cases existants sur la base des spécifications existantes, pour lesquels elles sont respectivement compétentes. Les nouveaux Business Use Cases ou les nouvelles spécifications ne peuvent être acceptés par les représentants belges dans les instances européennes compétentes tant que la Commission européenne n'assume pas la fourniture d'une Platform-as-a-Service financée par elle en soutien de ces nouveaux Business Use Cases. A cette fin, les IPSS prévoient les financements nécessaires concernant leurs propres applications, et prennent en charge les coûts de maintenance de l'application RINA mis à leur disposition. Les coûts de maintenance et de support sont pris en charge par les IPSS – sans préjudice des accords qu'elles auront avec les organisations de leur réseau secondaire - selon les modalités approuvées par le Collège.

Article 94. § 1er. Les IPSS collaborent activement avec les différents services de médiation et d'ombudsmans, conformément aux protocoles d'accord conclus avec eux.

Afin entre autres d'offrir un traitement intégré, simplifié et coordonné à une réclamation touchant aux domaines de compétences de plusieurs services de médiation et d'ombudsmans, l'Etat s'engage à renforcer le rôle de la Concertation permanente des Médiateurs et Ombudsmans (CPMO) en la transformant en un point de contact unique pour le réclamant et l'administration concernée, et en lui donnant la compétence de résoudre ce type de plainte de manière unique, globale et intégrée dans tous ses aspects.

§ 2. Plus spécifiquement, les IPSS favorisent, lors du traitement des plaintes, la collaboration avec le médiateur fédéral, conformément au protocole d'accord concernant les relations entre le médiateur fédéral et les IPSS pour le traitement des plaintes.

En cas de demande d'information suite à une plainte, le service concerné de l'institution fournit au médiateur fédéral les renseignements désirés.

Dans le cadre d'une enquête, proposition de médiation ou suggestion, le service compétent de l'institution prend les mesures nécessaires pour répondre aux questions.

Le service compétent de l'institution répond au plus tard dans les quinze jours ouvrables de la réception de la question, sauf délai plus court imposé en application de l'article 11, alinéa 1er, de la loi du 22 mars 1995 instaurant des médiateurs fédéraux.

La gestion des plaintes de première ligne de l'institution est coordonnée par rapport aux interventions de deuxième ligne du médiateur fédéral.

TITRE XIII: Dispositions finales

Article 95. 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 1: Les missions de l'INAMI

Les missions opérationnelles

Il s'agit des missions pour lesquelles l'utilisateur 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 prévue dans le budget des missions de l'INAMI n'est pas payée 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 cadre 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'autres 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 ;
- de la lutte contre la fraude sociale.

Audits : l'INAMI réalise des audits (avec le SPF SPSCA et l'AFMPS) via l'analyse des données et l'enquête de terrain, dans un cadre de normes et de référence défini :

- Cartographie des pratiques médicales et paramédicales communes à travers une approche thématique
- Tester cette pratique par rapport, entre autres, aux meilleures pratiques, à la médecine factuelle (Evidence based), aux KPI, au benchmarking, à l'utilisation efficace des moyens
- Sur la base de cette analyse, encourager les meilleures pratiques et fixer des objectifs d'amélioration à atteindre.
- Suivi de ces objectifs

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.

Informier: 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.

Les missions de support

Il s'agit des missions pour lesquelles l'utilisateur 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.

Les missions de conseil

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

- de le Service Stratégie & Organisation, qui est responsable de la gestion de la stratégie et des instruments 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 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.

Annexe 2: 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
8115	Cotisations patronales pool des parastataux
8116	Autres indemnités aux membres du personnel
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
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
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

8137	Personnel extérieur à l'organisme
8221	Différence d'arrondis
8222	Pertes réalisées sur le marché des changes
8412	Interventions dans le budget de gestion d'une autre IPSS
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
8742	Rénovation et extension
Dépenses d'impôts et de contentieux	
8127	Contentieux
8131	Impôts sur biens et services

Liste des abréviations

AC	Appropriate Care
AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
AIM	Agence InterMutualiste
Analyse SWOT	Analyse Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats
AR	Arrêté royal
Arbic	Arbitrage comité
ASSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
ATP	Advanced Threat Protection
Aviq	Agence Wallonne pour une vie de qualité
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
Belnet	Le réseau de recherche national Belge
BIM	Bénéficiaire d'intervention majorée
BMF	Budget des moyens financiers
BOCA	Bestuursovereenkomst Contrat d'administration
BPM	Business Process Management
BPMO	Business Process Management Office
BSC	Balanced Scorecard
CAFC	Commission Anti Fraude Commissie
CG	Conseil général
CIM	Conférence interministérielle santé publique
CIN	Collège Intermutualiste National
CINAMI	Collège Intermutualiste National- Institut national d'assurance maladie-invalidité
CIT	Certificat d'incapacité de travail
CMI	Conseil Médical de l'Invalidité
CNMM	L'accord national médico-mutualiste
COM	Consultation Oncologique Multidisciplinaire
COFIL	Comité de pilotage
CP-MT	Conseiller en prévention-médecin du travail
CR-CMI	Commission Régionale du Conseil Médical de l'Invalidité
CRIDMI	Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs
CRM	Commission de Remboursement des Médicaments
CSCMI	Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité
CSS	Comité de l'assurance soins de santé (Comité de l'assurance)
CTM	Conseil technique médical
DDOS	Distributed denial-of-service attack
DG R&D	Direction générale Recrutement et Développement
DGGS	DG gezondheidszorg - soins de santé
DHTA	Digital health technology assessment
DMFA	Déclaration multifonctionnelle/ multifunctionele Aangifte
DPC	Disability Payment Control
DPI	Dossier Patient Informatisé
EBM	Evidence-based Medicine
eCIT	Certificat d'incapacité de travail électronique

EESSI	Electronic Exchange of Social Security Information
eGAO	Elektronisch getuigschrift arbeidsongeschiktheid
EMA	European Medicines Agency
EPI	Équipement de protection individuelle
ETP	L'équivalent temps plein
FAM	Fonds des accidents médicaux
FAQ	Frequently Asked Questions
FDA	Food and drug administration (U.S.)
FEDRIS	Agence fédérale des risques professionnels
FISP	Federaal beleid voor informatiebeveiliging
FM	Facility Management
FMIS	Facilitair management information system
GDOS	Prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen
GDPR	General Data Protection Regulation
GEES	Le groupe d'experts
GPG	Les processus génériques
GTI	Le groupe de travail intercabinets
Hopex BPA	Hopex Business Process Analysis
HSR	Health Services Research
HTA	Health Technology Assessment
IaaS	Infrastructure as a service
ICHI-classification	International Classification of Health Interventions
IDES	Invalidity data for Electronic System
IFW	Incapacity For Work
IHR	International Health Regulations
IHSI	International Horizon Scanning Initiative
IM	Intervention majorée
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INASTI	Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
IPR	International Pro Rata
IPSS	Les institutions publiques de sécurité sociale
ISP	L'Institut Scientifique de Santé Publique
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
KM	Knowledge management
KOTK	Kom op tegen Kanker
KPC	Les processus clés
KPI	Key Performance Indicator
l'échelle PICT	Palliative Care Indicator Tool
l'OSSOM	L'Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer
LUSS	Ligue des usagers des services de santé
MAF	Maximum A Factorer
MB	Moniteur Belge
MEA	Managed Entree Agreement
MFA	Multi Factor Authentication

MOTEM	Équipes d'enquête multidisciplinaires
MPM	Les processus de management
MSC	Multidisciplinair Spine Consult
NTU	Non-take up
NWOW	New Way Of Working
IT	Incapacité de travail
OCM	l'Office de contrôle des mutualités
OIP	Organismes d'intérêt public fédéraux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONEM	Office National de l'Emploi
ONSS	Office National de la Sécurité Sociale
OPS	Les processus de soutien
OSE	The European Social Observatory
PEN tests	Tests de pénétration
PLATINA	Plateforme audit interne
PROMES	Projecting Medical Spending
ReAT	Retour au Travail
RHM	Ressource Humaine Management
RINA	Reference Implementation for a National Application
ROI	Return On Investment
SaaS	Software as a Service
SCA	Service du contrôle administratif
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
SHA	Secure Hash Algorithm
SI	Service des indemnités
SIRS	Service d'Information et de Recherche Sociale
SLA	Service-level agreement
Solde SEC	Système Européen des comptes nationaux et régionaux
Sp et G	Gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie en voor geriatrie (G)
SPF	Services Publics Fédéraux
SPF BOSA	Services Publics Fédéraux Stratégie et Appui
SPF ETCS-CLS	SPF Emploi, Travail et Concertation sociale - contrôle des lois sociales
SPF Intérieur	Services publics fédéraux intérieur
SPSCAE	Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement
SS	Soins de santé
SSB	Spine Society Belgium
SSG	Support stratégie et gestion
SSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
SSS	Service des Soins de Santé
STaaS	Storage as a Service
TFAC	Task Force Appropriate Care
TFGDOS	Task Force Gezondheidszorgdoelstellingen/ Objectifs de soins de santé
UA	Université d'Anvers
ULB	Université libre de Bruxelles
Varak	Frais d'administration variables

VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIDIS	Virtual Integrated Drug Information System
VPP	Vlaams Patiëntenplatform

TITRE XIV: Redesign – Prolongation du socle commun I (2019-2021) **jusque fin 2022: collaboration stratégique et opérationnelle entre** **l'INAMI, l'SPF Santé et l'AFMPS**

Les trois organisations souhaitent continuer leur objectif d'optimiser les aspects liés à la cohabitation et de poursuivre le développement de synergies concernant leurs missions. Des initiatives seront donc prises afin d'augmenter la visibilité, d'assurer la continuité et de revitaliser la dynamique concernant les coopérations dans le cadre du redesign.

Le socle commun 2019-2021 sera prolongé d'un an (jusqu'à fin 2022) afin de laisser le temps nécessaire en vue de répondre aux urgences, de relancer le trajet redesign et de préparer le prochain socle commun. A cette fin, une approche pragmatique et naturelle a été adoptée : les services opérationnels définissent eux-mêmes les partenariats qui apporteront une plus-value et des résultats effectifs et ce, au moyen d'objectifs concrets et ambitieux.

En ce qui concerne **le programme stratégie**, la gestion et le cadre du programme seront redéfinis, plus particulièrement quant aux objectifs de santé et à la coopération internationale. Des concertations seront organisées avec les parties prenantes concernées. En ce qui concerne les **passerelles**, une évaluation des passerelles actuelles, une analyse des besoins de coopération et des formes futures de coopération, de gouvernance et de ressources sont prévues. En ce qui concerne le **programme data**, un état des lieux sera dressé, en y comprenant l'évolution future du programme, ses jalons, les ressources et la gouvernance. Pour le **programme support**, une analyse des tâches communes de soutien dans le contexte du co-housing sera réalisée.

Sur la base des analyses susmentionnées, **un nouveau socle commun** sera élaboré et soumis au Ministre de la Santé publique. Après approbation par le Ministre, le nouveau socle commun sera intégré dans le contrat d'administration/le plan stratégique par le biais d'un **avenant**.