

2^e Avenant 2021 au 5^e contrat
d'administration 2016-2018

entre l'État 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, ses missions et tâches.	11
Article 3. Les missions opérationnelles	14
Article 4. Les missions de support	16
Article 5. Les missions de conseil	16
Article 6. La carte des processus de l'INAMI	16
<u>TITRE III: Développements externes, les défis, la stratégie et les grands axes</u>	21
Article 7. Développements externes, tendances et défis	21
Article 8. Plan stratégique COVID-19 Santé publique	24
Article 9. Carte stratégique de l'INAMI	26
Article 10. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets de l'Avenant	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>	41
Article 11. Une précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables & monitoring des processus, y compris l'intégration des détenus dans l'assurance obligatoire soins de santé.	41
Article 12. Opérationnalisation du « Forum Patients ».	46
Article 13. Renforcer le savoir-faire médical du Collège des médecins-directeurs (CMD) et développer son fonctionnement futur	49
<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>	52
Article 14. Poursuivre l'ancrage et le pilotage du soutien aux stakeholders dans le cadre de la mise en œuvre du concept « DISABILITY MANAGEMENT » en tant que méthodologie de réinsertion.	52
Article 15. Développer des directives pour une approche multidisciplinaire des dossiers d'évaluation d'incapacité de travail et de réinsertion.	55
Article 16. Poursuite de l'ancrage de BeNeLuxA et de « l'International Horizon Scanning Initiative».	57
Article 17. Optimiser et professionnaliser la communication externe.	60
Article 18. Mental Health Care: soins psychologiques pour les citoyens et les dispensateurs.	62
Article 19. Analyse préalable 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.	64
<u>TITRE VI: L'INAMI en tant que catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: Innovation & Réforme</u>	67
Article 20. Poursuite de la collaboration à la réforme du financement des hôpitaux en collaboration avec nos partenaires, le SPF SPSCAE et l'AFMPS.	67
Article 21. Poursuite de la maîtrise de l'offre et des missions de soins spéciales : spine units & chirurgie complexe pour les affections de l'œsophage et du pancréas.	69
Article 22. Optimisation de la gestion financière : accélération de la clôture des comptes et optimisation de la coordination interne des processus et des flux de paiement (suivi des recommandations du rapport d'audit interne).	71
Article 23. Optimiser la gestion financière du budget soins de santé : soutenir l'élaboration ultérieure du nouveau système de responsabilité financière.	74
Article 24. Poursuivre le développement d'une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification.	75

Article 25. Développement et mise en production étape par étape d'une nouvelle application NomenSoft. _____	78
Article 26. La mise sur pied d'un système de données efficace, intégré, optimisé et codé pour le domaine des indemnités : incapacité de travail, invalidité et réinsertion. _____	79
Article 27. Collaboration à l'élaboration de la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (eGAO/eCIT) et à une étude sur l'automatisation de l'enregistrement et du traitement des certificats d'incapacité de travail. _____	82
Article 28. Programme de numérisation – Exécuter le programme de numérisation reprenant l'ensemble des projets contribuant à la numérisation de nos processus et de notre nouvel espace de travail. _____	85
Article 29. Poursuite de la modernisation de la réglementation relative aux dispositifs médicaux. _____	89
Article 30. Une gestion de processus performante qui met l'accent sur l'affinement accru de la carte des processus, le développement du Business Continuity Plan (BCP), dans une approche intégrée avec la politique de sécurité de l'information. _____	91
Article 31. Poursuivre le développement de la télémédecine dans le système de soins belge et l'intégration dans l'assurance obligatoire soins de santé. _____	93
<u>TITRE VII: L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens: Utilisation Optimale des Moyens</u>	97
Article 32. Optimiser la gestion financière des conventions internationales de Soins de santé : phase finale d'application des recommandations formulées dans le rapport d'audit interne. _____	97
Article 33. L'application informatique intégrée IDES : invalidité et autres processus dans le secteur des indemnités : partie incapacité primaire et réinsertion socio-professionnelle. _____	99
Article 34. La suite du développement de l'application Mylnami et son évolution vers un portail supra-organisationnel, y compris un self-service pour l'enregistrement de la pratique. _____	102
Article 35. La gestion des formes de collaboration clinique entre dispensateurs de soins. _____	105
Article 36. Fraude sociale : la lutte contre la fraude sociale et l'intensification de l'analyse et de la gestion des données (datamatching) _____	109
Article 37. Responsabilisation financière des organismes assureurs – volet frais d'administration. _____	111
Article 38. Poursuivre la lutte contre le gaspillage : « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 » _____	113
Article 39. Optimiser le fonctionnement actuel du Fonds des Accidents Médicaux. _____	115
Article 40. Adaptation du cadre législatif relatif au contrôle médical. _____	117
Article 41. Digitalisation des devoirs d'enquête. _____	120
Article 42. Données de facturation soins de santé : accès, qualité et facilité d'utilisation _____	122
Article 43. Consolider les fondations de la data par la mise en place d'une gouvernance des données et une approche self service BI avec un renforcement de l'intégration, la transformation et la visualisation des données. _____	125
<u>TITRE VIII: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs</u>	128
Article 44. Tableaux de bord _____	128
<u>TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties</u>	129
<u>TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS</u>	130
Article 45. Engagements concernant la politique du personnel (HRM) _____	130
Article 46. Engagements concernant la gestion informatique _____	135
Article 47. Engagements concernant la gestion logistique _____	137
Article 48. Engagements en matière d'audit interne _____	138
<u>TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable</u>	140
Article 49. Budget de gestion pour l'exercice 2021 _____	140
Article 50. Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire _____	140
<u>TITRE XII: Participation aux projets transversaux</u>	141
<u>TITRE XIII: Dispositions finales</u>	142
<u>ANNEXE : Le budget de gestion</u>	143

<u>Liste des abréviations</u>	145
<u>TITRE XIV: Redesign – Le socle commun: collaboration stratégique et opérationnelle entre l’INAMI, l’SPF Santé et l’AFMPS</u>	146

AVENANT 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 le 5^{ème} contrat d'administration 2016-2018 entre l'état Belge et l'INAMI tel que publié au Moniteur Belge le 13 décembre 2016;

vu l'avenant 2019-2020 au 5^{ème} contrat d'administration 2016-2018 entre l'état Belge et l'INAMI tel que publié au Moniteur Belge le 12 juillet 2019;

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 09/12/2020, sur l'avant-projet de texte du 2^{ème} avenant pour l'année 2021;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné les 26/10/2020 et 14/12/2020 sur l'avant-projet du 2^{ème} avenant 2021 et le 22/02/2021, sur le projet de texte du 2^{ème} avenant 2021 négocié avec le gouvernement ;

vu l'approbation de ce 2^{ème} avenant 2021 par le Conseil des Ministres du 19/11/2021;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2021, entre

- l'Etat belge, représenté par

Frank Vandenbroucke

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Eva de Bleeker

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

Ministre de la Fonction publique et des Entreprises publiques

et

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

Yolande Avontroodt

Présidente du Comité général
de gestion

Benoît Collin

Administrateur général

Annick Sools

Administrateur général adjoint a.i.

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

Catherine Vermeersch

Raf De Weerd

Anne Leonard

Gianni Duvillier

Patrick Verertbruggen

Elisabeth Degryse

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 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.

TITRE II: Missions et tâches

Article 2. La mission de l'INAMI, ses missions et tâches.

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.

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

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.

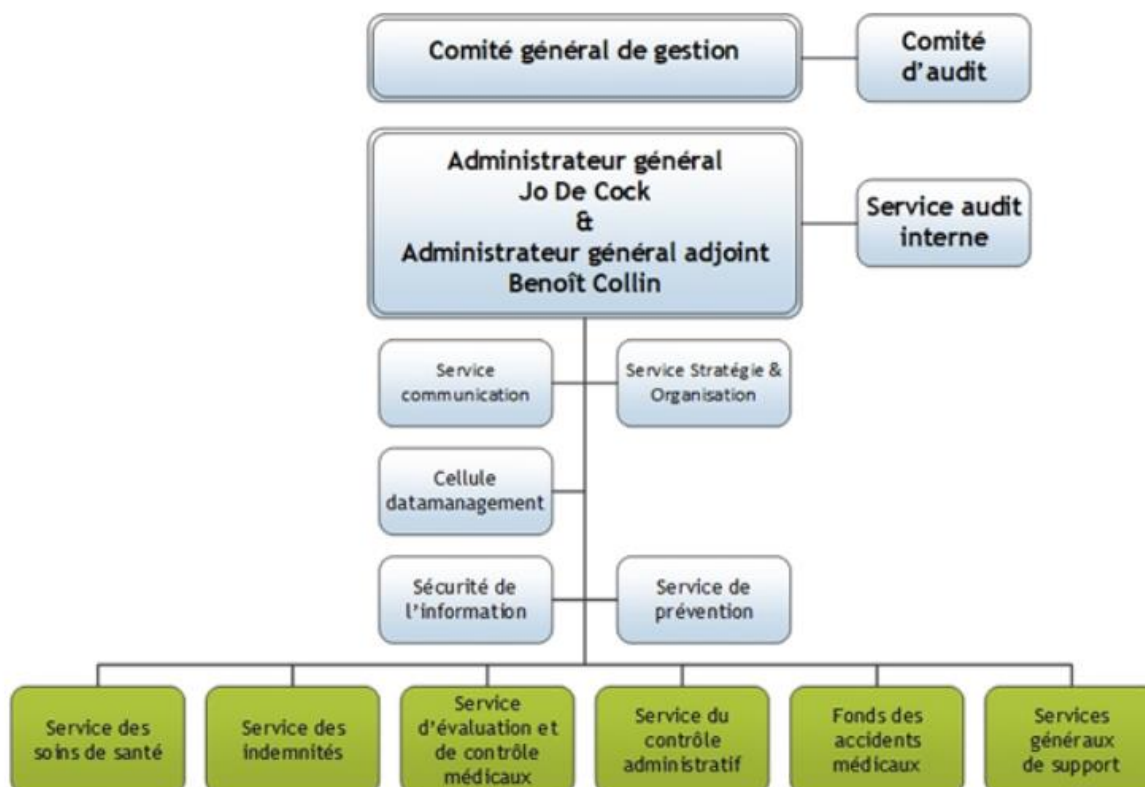
Dans ce cadre, l'Institut est donc appelé à:

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.

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

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

Voici la structure organisationnelle administrative de l'Institut:



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

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

Les projets innovateurs formulés dans le présent Contrat d'administration ne sont par conséquent réalisables, voire opportuns, que dans la mesure où ils ne mettent pas en danger l'exécution des missions continues. Ce principe est un élément important dans la négociation du présent Contrat d'administration entre l'INAMI et l'État. Il convient de trouver un bon équilibre entre la mise en œuvre de projets innovateurs, d'une part, et la garantie de la continuité des processus continus et des services existants, d'autre part.

Lors des années précédentes, l'INAMI s'est davantage concentrée sur ses missions et processus continus, en s'efforçant de mieux les maîtriser. Ceci au travers de l'inventaire et de la consolidation dans un regroupement des macro-processus. À ce regroupement de macro-processus viendront ensuite s'ajouter dans les prochaines années des informations concernant l'impact stratégique de ces processus, la dimension budgétaire, notamment au niveau de la capacité de personnel, des risques, etc. Il s'agit bien évidemment d'un trajet pluriannuel qui demande une collaboration entre les différents acteurs au niveau de la stratégie, de la GRH, du budget, de l'ICT, etc. Un tel investissement permettra cependant d'examiner avec plus d'objectivité de quelle marge, notamment budgétaire,

l'INAMI dispose pour réaliser des projets novateurs. Cela devrait également permettre d'améliorer la compréhension analytique des facteurs de coûts de l'organisation.

Article 3. 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'autre procédures de remboursement telles que la conclusion de conventions pour les médicaments, les implants, la biologie moléculaire, la rééducation fonctionnelle... ;
 - le remboursement transfrontalier comme les conventions de collaboration dans les régions frontalières.

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

- de l'évaluation des pratiques médicales au sens de la loi du 24 décembre 2002 ;
- du contrôle technique et administratif dans les organismes assureurs ;
- de la validation des données statistiques, comptables et financières ;
- du contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur) des pratiques médicales et paramédicales ;
- 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.

Article 4. 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.

Article 5. 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.

Article 6. La carte des processus de l'INAMI

Ces dernières années, l'INAMI s'est concentré sur ses missions et processus continus, en s'efforçant de mieux les cerner. Ceci au travers de l'inventaire et de la consolidation dans un regroupement des macro-processus (comme prévu dans le cadre de l'article 30.1. du 4^e Contrat d'administration, de l'article 36 du 5^e Contrat d'administration et de l'article 30 du présent 2^e avenant).

Il y a quelques années, déjà, l'INAMI a entamé un trajet BPM. 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 autres clients. En d'autres termes, il forme la colonne vertébrale de notre organisation et nous aide à réaliser notre mission.

Dès lors, l'INAMI a choisi d'ancrer fondamentalement le BPM dans l'ensemble de ses services au cours de ces dernières années. Il devient manifeste que notre organisation attache une importance croissante au BPM car de nombreux aspects liés à la gestion y sont associés. Ainsi, la liste des processus est également la source de la sécurité de l'information, entre autres.

La carte des processus et la gestion des processus sont importantes à tous les niveaux de l'organisation, tant à l'INAMI en tant qu'institution qu'au niveau des services :

- la cartographie et la gestion des processus ou des « activités business » favorisent une connaissance plus approfondie de l'organisation, des services et de la direction, de telle sorte que nous puissions mettre en œuvre les moyens de manière plus efficiente et plus efficace afin de réaliser nos objectifs. Par processus, nous ajoutons des informations objectives détaillées parmi lesquelles la/les application(s) ICT utilisée(s), le cadre légal, le(s) participant(s), le(s) produit(s), etc. ;
- il s'agit d'un outil de gestion destiné :
 - au soutien des décisions stratégiques (par ex. le Business Continuity Plan, la numérisation),
 - à l'organisation et à l'optimisation des activités des services,
 - au suivi de la performance des processus via des indicateurs-clés : amélioration de la qualité, valeur clients et délais, réduction des coûts et des erreurs, etc. (p. ex. IDES, Edos, CASCADA, application litiges, CRM, FAM) ;
- ils sont indispensables pour :
 - Safe-Info et le RGPD, 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 (p. ex. formations, flexibilité), etc.,
 - 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).

En résumé, 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.

La carte des processus

Pour la carte des processus (l'aperçu de tous les processus business de l'organisation) et la gestion des processus, nous utilisons l'application ICT HOPEX BPA. Grâce à cet outil BPM, nous modélisons et décrivons les processus, et ajoutons toutes les données pertinentes. HOPEX BPA fonctionne donc comme une base de données et comme seule source validée pour les processus INAMI. Il est dès lors extrêmement important que les processus soient tenus à jour.

Le Business Process Management Office (BPMO), les SSG et les SPOC BPM des services élaborent la carte des processus en collaboration avec les gestionnaires de processus. La carte des processus actuelle comprend les processus qui ont été validés par le Comité de direction du 22 juin 2017 et les processus qui ont depuis lors été actualisés et validés dans HOPEX BPA. Une version actualisée de la carte des processus est publiée sur l'Intranet au moins une fois par an. Elle contient tous les processus à nouveau validés ou validés pour la première fois

Notre carte des processus est divisée en différents types de processus : les processus de management (MPM dans la carte des processus), les processus clés (KPC), les processus de soutien (OPS) et les processus génériques (GPG).

Les processus de management 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 à la loi et la réglementation en vigueur.
- Ils permettent de planifier, de contrôler, d'évaluer, de rectifier et d'améliorer la mise en place d'autres processus.
- Ils ont pour clients le management et la politique.
- Par exemple :
 - gestion du Contrat d'administration,
 - réalisation d'analyses de risques sur les ressources d'information sur le plan de la sécurité de l'information.

Les processus clés sont des processus qui contribuent directement à la réalisation des missions-clés de l'INAMI.

- Les processus clés sont donc essentiels pour la livraison des produits ou services de l'organisation.
- Les processus clés ont souvent des clients externes comme bénéficiaires.
- Par exemple :
 - traitement des demandes d'indemnisation d'un dommage résultant de soins de santé,
 - traitement des demandes relatives aux interventions, avantages, indemnités et primes aux dispensateurs de soins,
 - traitement des demandes relatives aux dossiers d'invalidité individuels.

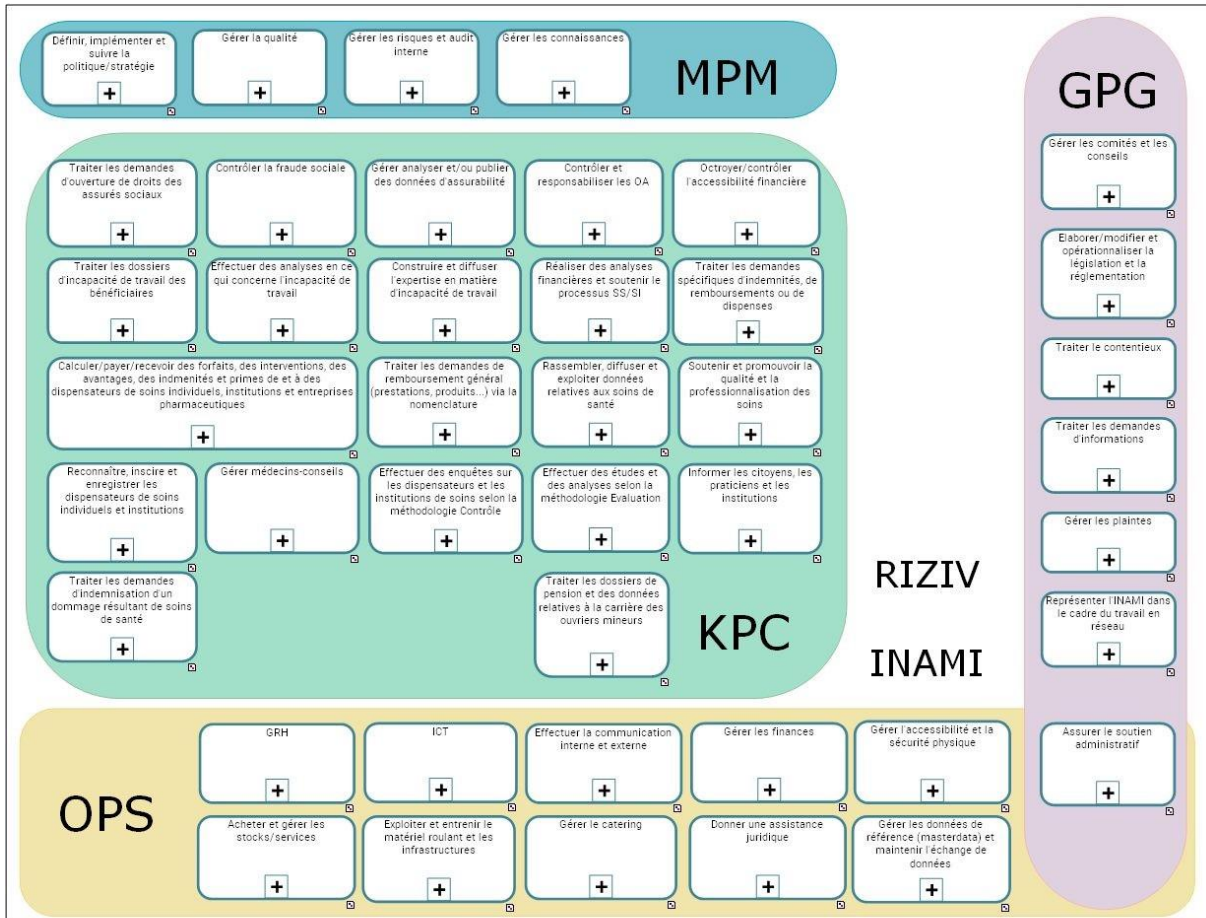
Les processus de soutien fournissent les moyens (au sens large) nécessaires à la réalisation efficace et efficiente des processus clés et de management.

- Les processus de soutien n'ont donc pas de finalité propre pour l'organisation.
- Par exemple :
 - gestion et suivi des personnes et des compétences (du recrutement au départ),
 - gestion du contrôle et de l'analyse de gestion,
 - développement de nouvelles applications ICT,
 - gestion du site web de l'INAMI.

Les processus génériques 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.

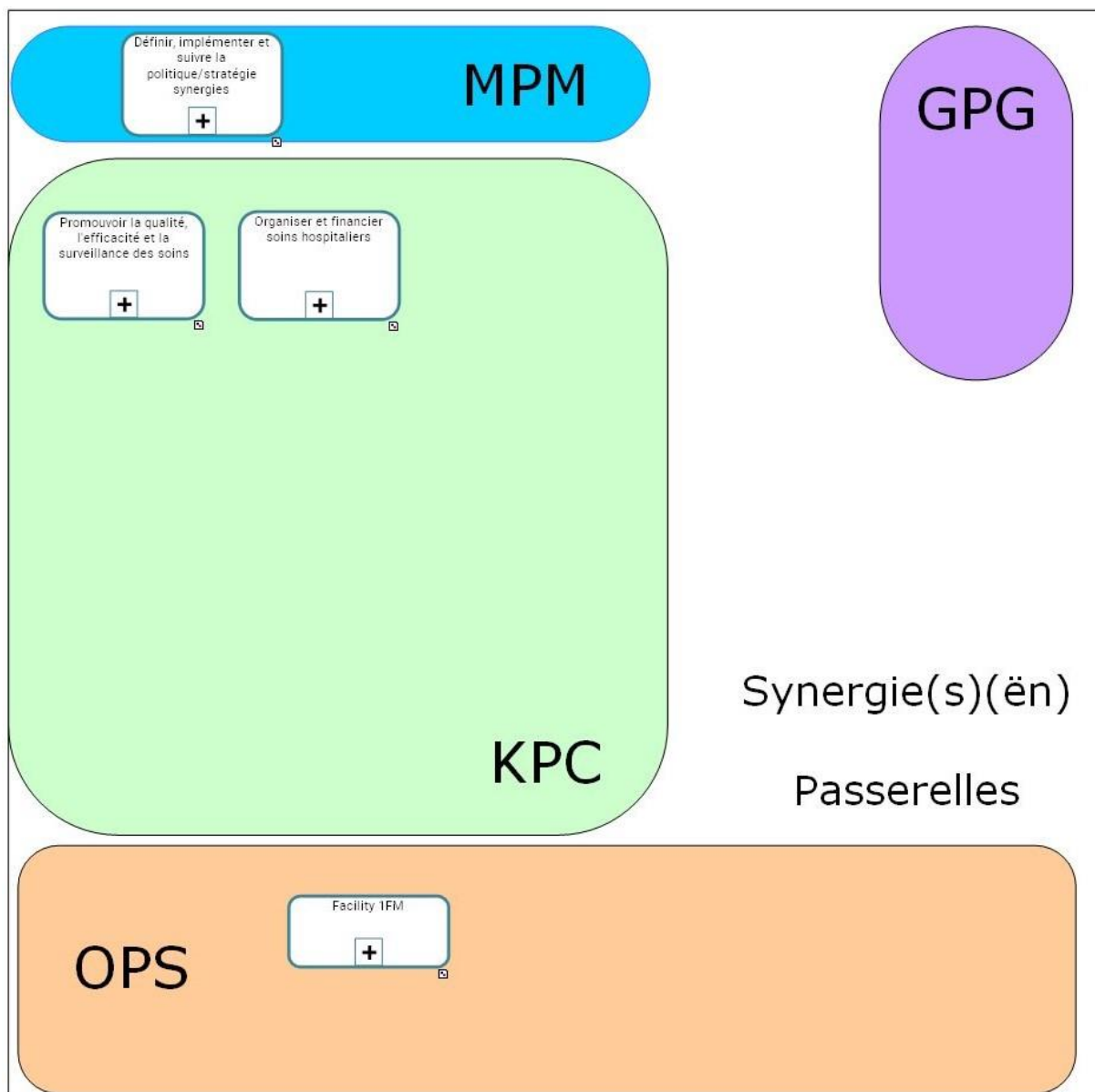
- Par exemple :
 - gestion des comités et conseils,
 - élaboration/modification et mise en production de la législation et de la réglementation,
 - gestion du courrier (domaines de processus Assurer le soutien administratif).

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

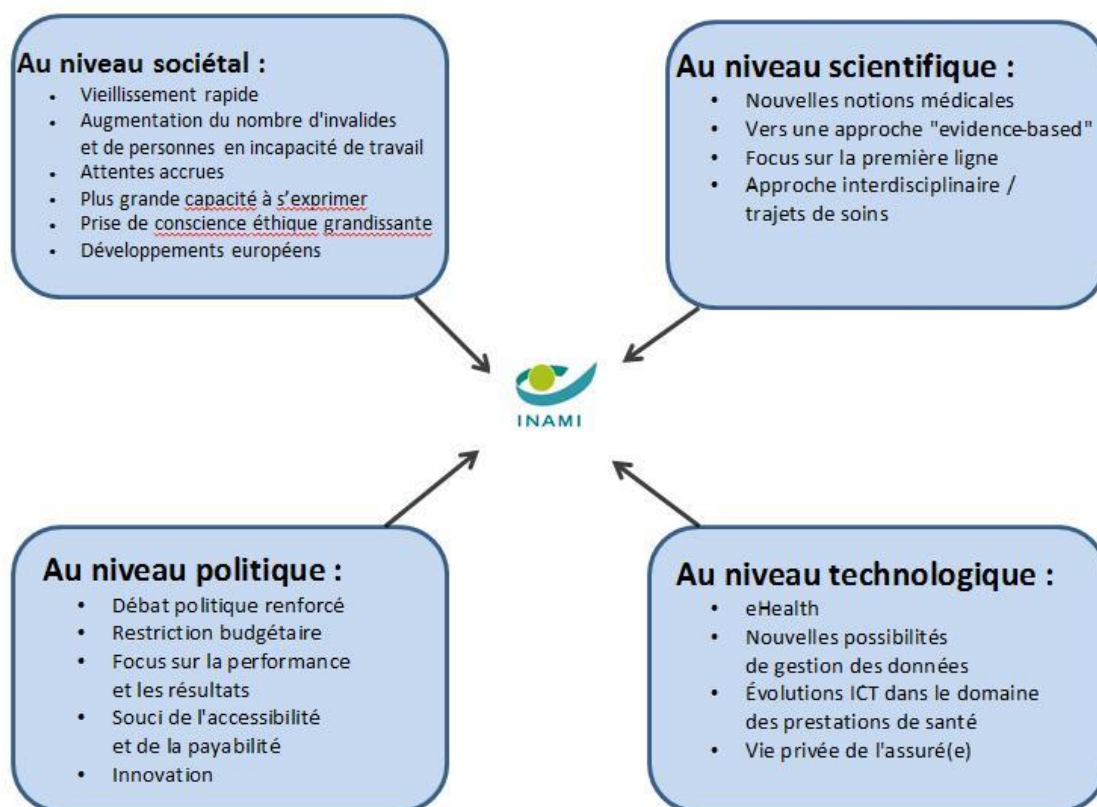
OPS = ondersteunende processen - processus de soutien

GPG = generieke processen - processus génériques

TITRE III: Développements externes, les défis, la stratégie et les grands axes

Article 7. Développements externes, tendances et défis

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. 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 gagne 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.

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

- d'une approche ad hoc par prestation individuelle, par organe ou par discipline vers des approches intégrées, multi- et transdisciplinaires innovatrices ;
- vers une prestation de services axée sur une demande de soins, en complément du service orienté vers l'offre de soins ;

- davantage vers une participation accrue de la personne ayant besoin de soins ;
- vers une politique axée sur la prévention et le soutien actif en cas de rétablissement et de réinsertion, e.a. au niveau de l'incapacité de travail ;
- vers une politique axée sur la suppression des plafonds financiers qui entravent l'accessibilité et l'accès aux médicaments moins onéreux ;
- vers une politique axée sur le développement d'un système de connaissances efficace ;
- vers une responsabilisation (financière) des acteurs, tant le dispensateur de soins, les organismes assureurs et l'industrie que l'assuré social ;
- davantage vers une lutte active contre le comportement irresponsable, les abus et la fraude (sociale) dans le chef des assurés sociaux, des dispensateurs de soins et de l'industrie ;
- vers une gestion et politique financière transparente;
- vers la nécessité de prévoir des critères étayés scientifiquement en matière d'efficacité, de qualité et du rapport coût-efficacité ;
- davantage vers une organisation et des processus de soins professionnels et de qualité ;
- vers un recours plus fréquent aux possibilités en matière d'e-health (cf. feuille de route e-Santé) et la diminution des charges administratives pour toutes les parties concernées.

Ces évolutions impliquent la poursuite du **trajet de modernisation de l'INAMI** actuellement en cours :

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

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

L'INAMI opère au sein d'un **champ d'acteurs complexe et expansif**. En d'autres mots, l'ASSI, la politique générale des soins de santé et son exécution sont la responsabilité de nombreux acteurs différents qui se situent en outre à plusieurs niveaux de pouvoir. Au départ de son propre rôle et de ses propres responsabilités, l'INAMI a l'ambition de contribuer à une **concordance et collaboration optimales** au sein de ce champ d'acteurs tout en respectant les principes suivants :

- la reconnaissance de la solidarité des acteurs autour d'une même mission sociale et des valeurs qui en constituent la base ;
- le besoin d'une architecture institutionnelle claire et transparente au niveau de l'ASSI et de la politique des soins de santé en général ;
- le besoin d'une définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs, en prêtant une attention particulière aux rôles et responsabilités en matière de transmission d'informations et de communication ;

- le besoin de s'axer sur une collaboration positive et ouverte et de chercher en permanence des synergies dans des cadres d'accords acceptés ;
- le besoin d'une responsabilité pour ce qui est des accords, objectifs, résultats convenus
- le besoin d'un respect mutuel entre les différents acteurs ;
- le besoin d'une reconnaissance mutuelle de l'expertise de chacun ;
- le besoin d'une (auto)réflexion continue, critique et ouverte, concernant les modes d'organisation et les accords de collaboration.

En 2014, l'INAMI a soufflé la bougie de ses cinquante ans d'existence (1964-2014). Cet évènement a été remémoré en collaboration avec un certain nombre d'acteurs clés de ces dernières décennies : ministres, partenaires sociaux, mutualités, dispensateurs de soins... Cet anniversaire a été l'occasion de retracer les nombreux efforts et avancées qui ont été faits pour améliorer la protection sociale en matière de maladie et d'invalidité de la population belge.

L'INAMI continue à y travailler avec une énergie positive et veut relever tous les défis de taille qui attendent. Préparons l'assurance soins de santé 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 efficiente.

Ainsi, certaines balises ont été posées pour l'avenir de l'assurance soins de santé et indemnités. Pour ce faire, nous avons utilisé, d'une part, les analyses relatives au régime belge de l'assurance soins de santé et indemnités réalisées par les organisations internationales (UE, OCDE, OMS), les autorités nationales, les établissements scientifiques et d'autres acteurs.

Une enquête a, d'autre part, été réalisée auprès des acteurs participant à la concertation menée dans le cadre de l'assurance SSI (mutualités, organisations représentatives des employeurs et des salariés, organisations des dispensateurs de soins, associations de patients, etc.).

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

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

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

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

Les thématiques ci-dessus ont été traduites dans la carte stratégique (cfr. ci-dessous) de l'INAMI et se concrétisent par de nombreux projets qui se retrouvent essentiellement dans cet Avenant et les précédents Contrats d'administration.

Article 8. Plan stratégique COVID-19 Santé publique

Fin juillet 2020, le gouvernement a approuvé le « **Plan stratégique COVID-19 Santé publique** ». L'objectif de ce plan est d'éviter de nouvelles vagues de contamination par la COVID-19, de les endiguer le cas échéant et, si cela n'est pas possible, de les intercepter et de les gérer. Ce plan prévoit des objectifs stratégiques ainsi que les mesures concrètes y afférentes.

Il comporte une dizaine de paquets de mesures :

- 1) Testing & tracing, surveillance en temps réel et flux de données
- 2) Prévention, Alerting, Reacting (mobile outbreak teams, reconfinement strategies)
- 3) Médicaments, EPI, capacité de testing et vaccin
- 4) Preparedness hôpitaux & transport
- 5) Preparedness en première ligne, maisons de repos et collectivités
- 6) Résilience des professionnels de la santé - Mental (health) preparedness
- 7) International
- 8) Communication
- 9) E-health
- 10) Crisis overall management & business continuity

L'INAMI est responsable de diverses sections des cinq paquets suivants :

1. Paquet 1 : Testing & tracing, surveillance en temps réel et flux de données Pour l'INAMI, il s'agit de compléter, d'actualiser et de mettre plus rapidement à disposition des données INAMI, de croiser les données INAMI avec celles du SPF SPSCAE et d'autres sources authentiques et de concevoir un registre de pratique en ligne. Cela afin de disposer d'un aperçu exhaustif et actualisé des données de contact et de pratique des dispensateurs de soins (adresses professionnelles, accords de coopération, degré d'activité, statut...), en vue d'une prise de contact efficace et d'une distribution correcte du matériel de protection. Voir aussi plus loin à l'article 34, MyINAMI, et à l'article 35, formes de collaboration clinique.
2. Paquet 3 : Médicaments, EPI, capacité de testing et vaccin Pour l'INAMI, il s'agit entre autres de :
 - créer l'accès aux nouvelles solutions thérapeutiques (vaccins, nouveaux produits antiviraux...);
 - prévoir les possibilités de compenser ou d'éviter des pénuries par l'accès (disponibilité et accessibilité financière) à des solutions alternatives.Il s'agit des médicaments, vaccins, préparations magistrales (matières premières), oxygène, nutrition médicale, medical devices, moyens diagnostiques... Il ne s'agit pas ici uniquement d'emergency supply pour les traitements liés à la COVID, mais aussi de 'continuity of care'.
3. Paquet 6 : Résilience des professionnels de la santé - Mental (health) preparedness Il s'agit entre autres de collaborer aux points suivants :
 - Soutien psychologique structurel à nos professionnels de la santé. Lancer des programmes spécifiques pour différents types de dispensateurs.
 - Volet plus large (patients, citoyens) en ce qui concerne une communication concernant l'aspect mental health.
 - Stimuler la mise au travail des personnes en Incapacité Travail : campagnes d'information, ...À l'article 18, les initiatives concrètes que prend l'INAMI en matière de soutien à la santé mentale sont approfondies.
4. Paquet 9 : E-health Pour l'INAMI, il s'agit entre autres :
 - de l'instauration, pour toutes les professions de la santé, d'une réglementation régulière correcte et d'un remboursement de la télémédecine (téléconsultation, télésurveillance, autres soins à distance...);

- de la numérisation de documents (prescriptions (de renvoi), attestations...);
- de la création d'un cadre pour des flux de données corrects afin de permettre leur diffusion et leur couplage.

À cet effet, nous renvoyons entre autres à l'article 31 visé ci-après, portant sur la poursuite du développement de la télémédecine.

5. Paguet 10 : Crisis overall management & business continuity Pour l'INAMI, il s'agit du support juridique, financier et actuariel, à savoir, entre autres :
- volet juridique : (1) impact et analyse des conséquences sur l'assurabilité administrative et les mesures d'accessibilité (telles que, notamment, le statut affection chronique, l'intervention majorée, le MAF); (2) impact sur les conditions de remboursement : analyse, coordination (dans tous les secteurs) et surveillance (juridique) des conséquences de la crise sur les conditions de remboursement dans la nomenclature et dans les conventions ; et (3) élaboration et proposition de concepts juridiques afin, à l'avenir, d'implémenter, de développer et de coordonner plus rapidement, au sein de l'AMI, des mesures d'urgence dans le cadre d'une crise.
 - volet financier : (1) élaboration de flux de données en vue d'une surveillance rapide des activités sur le terrain ; (2) en collaboration avec le SPF Santé publique, prévision d'un soutien financier aux hôpitaux en vue d'appuyer leur fonctionnement ; (3) fixation et augmentation des budgets de financement des mesures COVID ; (4) évaluation du montant de l'impact sur le budget 2021 (report des soins non urgents, santé mentale...) ; (5) adaptation des dépenses et recettes – budget 2020.

Pour pouvoir réaliser ces activités, des moyens supplémentaires ont été octroyés à l'INAMI à partir de la provision interdépartementale.

Article 9. Carte stratégique de l'INAMI

Introduction

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

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

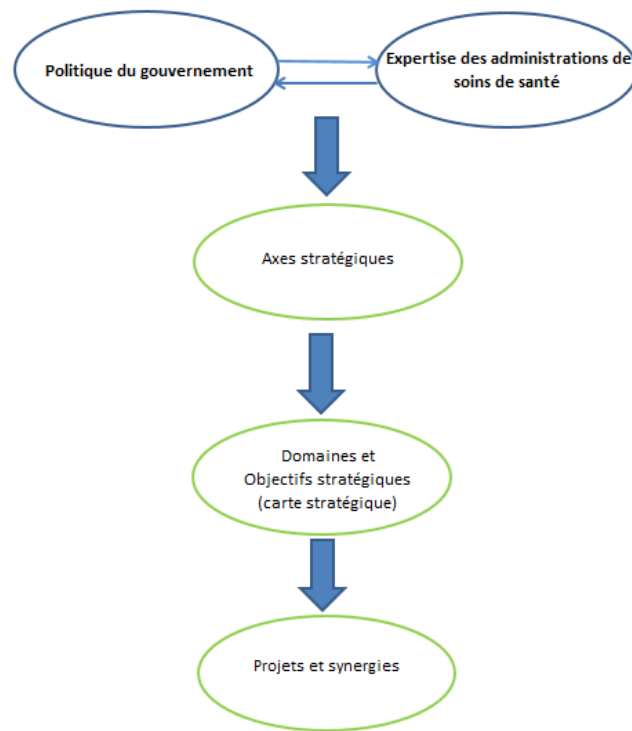
et ce, bien entendu, tenant compte des balises pour l'avenir ainsi que des priorités formulées par le gouvernement.

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

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

La carte stratégique de l'INAMI

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



1. Les domaines stratégiques :

Les projets, tels que développés concrètement dans cet Avenant, se situent dans un de ces 4 domaines stratégiques :

- I. L'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnités sûre et efficace => **ACCESSIBILITÉ**
- II. L'INAMI comme co-garant de la coopération stratégique et opérationnelle au sein d'un système de santé intégré => **TRAVAILLER ENSEMBLE**
- III. L'INAMI en tant que catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnités axée sur l'avenir => **RÉFORME & INNOVATION**
- IV. L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens => **UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS**

Ces 4 domaines stratégiques constituent le projet de l'Avenant. Tous les objectifs stratégiques et tous les projets concrets y sont liés.

2. Les axes stratégiques :

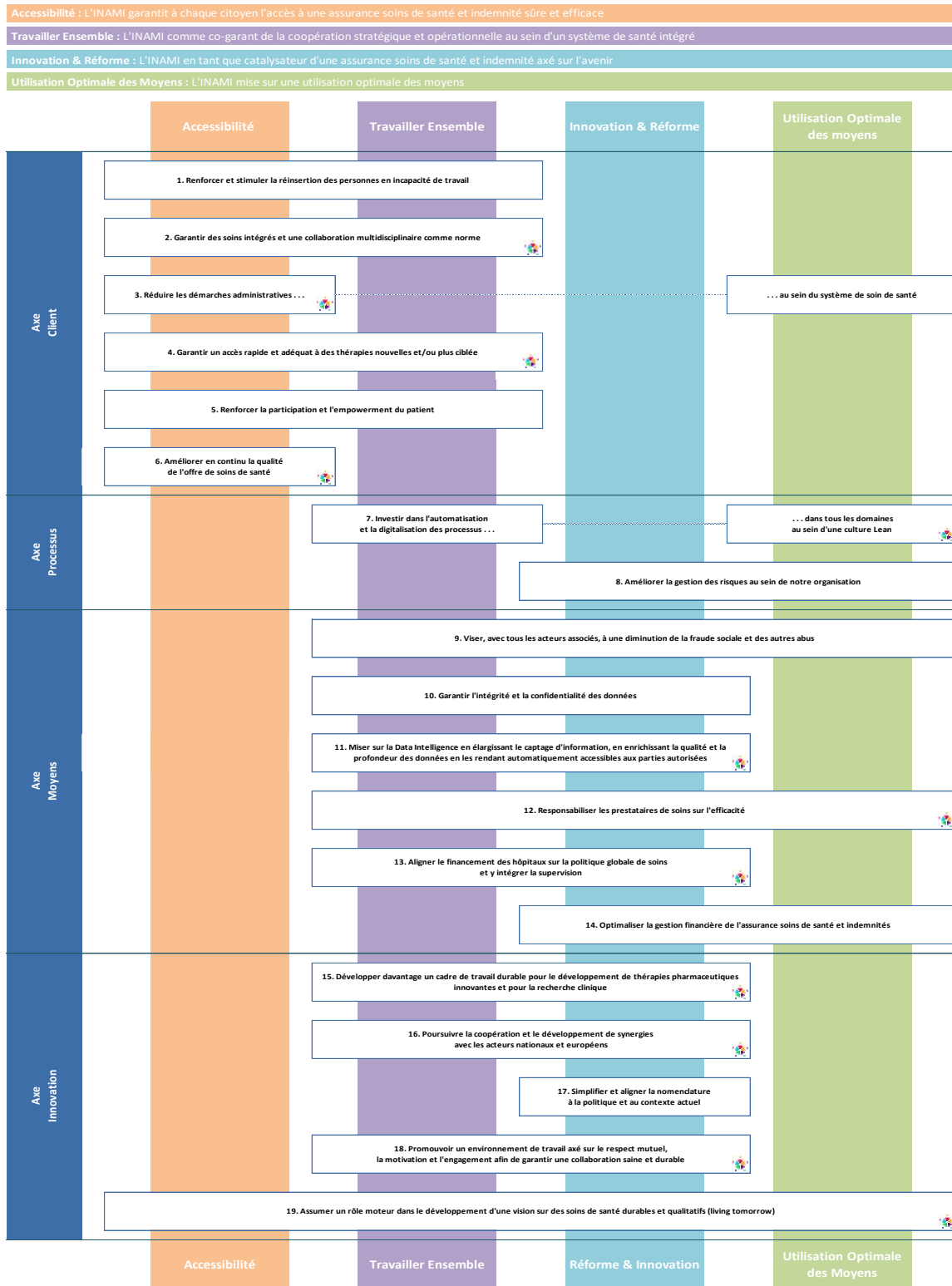
Pour le choix et l'élaboration des projets, le présent Avenant prête une attention particulière aux perspectives ou axes stratégiques suivants :

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

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

3. La carte stratégique :

Carte stratégique INAMI



Article 10. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets de l’Avenant

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

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

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

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

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

Les projets de cet Avenant sont brièvement commentés ci-dessous à l'aide des objectifs stratégiques tels que formulés ci-dessus dans la carte stratégique.

Perspective du client

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

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.

Le processus de réinsertion socio-professionnelle suppose une mobilisation d'acteurs multiples. L'article 15 de l'Avenant vise à proposer une approche de travail coordonnée et multidisciplinaire au sein des organismes assureurs afin que la réinsertion soit abordée sous un angle multidisciplinaire et que la qualité des décisions rendues par le médecin-conseil puisse être améliorée.

En outre, l'article 14 poursuit l'organisation de la formation en Disability Management et de la formation complémentaire pour les participants diplômés. Soutenir davantage les participants dans la mise en œuvre de ce qu'ils ont appris dans la pratique et fournir une proposition pour le développement d'un système de stages et d'accompagnement ainsi qu'une révision périodique du système élaboré de rectification sont des objectifs importants.

Au niveau informatique, plusieurs efforts ont déjà été consentis lors du précédent contrat d'administration. L'article 33 prévoit d'aller plus loin en intégrant, dans IDES, les dossiers individuels d'invalidité relatifs au contrôle ciblé et d'insister également sur le développement des interactions électroniques entre l'INAMI, les services régionaux de l'emploi et les organismes assureurs.

L'article 19, une nouvelle initiative qui vise à la conduite d'une étude préalable 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 s'inscrit dans une même volonté d'informatiser et optimiser l'échange des informations dans ce domaine.

À l'article 18 « Mental Health Care : soins psychologiques pour les citoyens et les dispensateurs de soins », l'accent sera mis sur le soutien des dispensateurs de soins et des patients.

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

Une des passerelles du socle commun porte sur la création d'un plan commun pour les maladies chroniques « soins intégrés pour une meilleure santé ». Ce plan se concrétise par 12 projets pilotes pour les soins intégrés pour une période de quatre années.

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 l'équité dans les soins et la satisfaction du personnel (Triple Aim2+). Pour atteindre cet ambitieux objectif, une réforme du système de soin actuel pour les maladies chroniques est nécessaire afin de tendre vers un système plus orienté patient et également plus intégré.

L'article 21 de l'Avenant vise également 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 .

À l'article 13 sera élaborée une vision sur le renforcement du know-how médical du Collège des médecins-directeurs (CMD) et le développement de son fonctionnement futur en collaboration avec les partenaires. Il sera examiné ce qui doit être fait pour adapter le fonctionnement du CMD aux évolutions sociales et médicales actuelles, et pour optimiser l'organisation.

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

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.

Ainsi, l'article 11 de l'Avenant a pour but de renforcer l'automatisation des droits des assurés sociaux, et ce via un affinement et une adaptation de la réglementation dans le cadre de l'automatisation et de l'optimisation de l'intervention majorée.

Du côté des dispensateurs de soins, à l'article 34, MyInami sera davantage développé et professionnalisé dans les années à venir. L'accent est placé sur les volets suivants : (1) l'optimisation de l'utilisation de l'application MyInami par l'utilisateur, en ce compris le fait de garantir la compatibilité des services MyInami avec les appareils mobiles et (2) le développement de l'application MyInami en un portail supra-organisationnel pour tous les services administratifs qui concernent le dispensateur de soins, y compris un self-service en ligne pour l'enregistrement de la pratique. L'objectif final de ce trajet d'informatisation est que toutes les données des dispensateurs de soins utilisées à des fins d'exploitation interne et externe puissent être échangées en ligne via l'application MyInami entre les dispensateurs de soins et l'INAMI. Ce travail sera réalisé en étroite collaboration avec les organisations partenaires. Dans le contexte de la

gestion de la pandémie COVID-19, il s'est avéré nécessaire d'accélérer la mise à disposition d'un portail supra-organisationnel unique qui contient, combine et génère, sur une base continue, des données qualitatives et quantitatives ad hoc et récupérables provenant des et concernant les dispensateurs de soins (et l'exercice de leur profession) qui se trouvent actuellement dans différentes administrations.

Poursuivant le même objectif que les initiatives précédentes, la création d'un service center, projet faisant parti du programme des passerelles du 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.

Faciliter l'accès à des traitements innovants a toujours été au cœur des préoccupations de l'INAMI et de ses partenaires. L'article 22 du 5^{ème} contrat d'administration portant sur l'exécution du pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie constitue d'ailleurs un très bon exemple. Pour la période de l'Avenant, il est prévu de continuer à offrir un accès à des traitements pharmaceutiques et/ou médicaux innovants aux patients concernés dans des délais réduits. En effet, il est prévu de continuer l'exécution dudit pacte.

Le programme des passerelles comporte également 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.

L'INAMI s'inscrit dans une longue tradition de concertation sociale. C'est pour cette raison que l'institution souhaite améliorer les contacts et la communication avec les organisations de patients. Dans le cadre de l'article 12 de cet Avenant, l'opérationnalisation du Forum patients est prévue et ce dans la lignée de la note d'orientation validée. Le forum des patients deviendra une plateforme de concertation structurelle avec les groupements de patients où tous les sujets relatifs à l'INAMI seront abordés.

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

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.

Un projet très actuel est le projet Télémédecine (article 31) qui se focalise sur les trois catégories suivantes : (1) la télémédecine interactive, autrement dit les consultations par vidéo/téléphone, est un moyen de communication direct et synchrone entre le patient et le dispensateur de soins ; (2) le télémonitoring est l'utilisation d'applications et de plateformes mobiles pour la réalisation de tests médicaux de routine, pour la communication de résultats en temps réel aux dispensateurs de soins et l'envoi éventuel de réactions automatisées préprogrammées ; (3) le Store and forward est comparable au télémonitoring mais est utilisé pour des données cliniques moins urgentes, pour lesquelles un laps de temps entre la transmission et la réaction est acceptable (déjà utilisé à grande échelle, notamment en dermatologie).

La pandémie du coronavirus a accéléré l'essor de la télémédecine. Afin de garantir la continuité nécessaire des soins dans cette situation exceptionnelle, une mesure urgente temporaire devait en effet permettre de réaliser, moyennant des critères minimums de qualité et de contrôle, certaines prestations (para)médicales en l'absence physique du patient et du dispensateur de soins.

Le programme « pay for quality » , s'inscrivant dans le programme des passerelles, est également un moyen d'augmenter la qualité des prestations de soins de santé et de contrôler les dépenses en soins de santé. Sur base d'un set d'indicateurs préalablement défini et annuellement revu, la qualité des soins au sein des hôpitaux est évaluée. En fonction des résultats obtenus, les hôpitaux reçoivent une récompense financière.

Perspective du processus

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

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.

Dans la perspective de notre déménagement où le principe du « paper less » sera renforcé, l'INAMI a entre-temps réalisé la plus grande partie de son programme de digitalisation (cf. art. 27) 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...

Concernant les processus, de nombreux efforts ont déjà été réalisés pour poursuivre l'informatisation de la gestion des dossiers individuels dans plusieurs services et ainsi faciliter l'accès aux organismes assureurs, aux dispensateurs de soins et aux autres administrations. En outre, l'amélioration de l'application Nomensoft (article 25) permettra de disposer d'une application performante tenant compte de l'évolution des besoins des utilisateurs externes et internes.

Le projet mult-e-Mediatt vise à un informatisation du processus de dépôt et de gestion des certificats d'incapacité de travail en vue d'une plus grande automatisation des tâches et d'une économie de temps dédié initialement à ces tâches (article 26).

Au niveau des trois administrations de soins de santé, il y a l'exécution du plan e-santé pour la période 2019-2021. Celui-ci s'inscrit dans le cadre du programme des passerelles. Ce plan a été structuré en 7 catégories. Et il veillera, entre autres, à la mise en place de certains projets ou à l'amélioration de solutions existantes (ex : eattest, Personal Health Viewer, VIDIS...).

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

La thématique de la maîtrise de l'organisation à l'INAMI n'est pas nouvelle. On note entre autres la gestion des processus, la création d'un service d'audit en 2012, le développement d'une approche des risques en matière de sécurité de l'information, la création d'autres instruments de gestion tels que la gestion de projets et la mesure des performances, etc. Ces dernières années, une nouvelle approche structurée de la gestion des risques et du contrôle interne a été développée, par exemple en élaborant une note de vision sur l'approche de la gestion des risques et le renforcement du contrôle interne.

Dans les prochaines années aussi, il importe (cf. article 30) de continuer à travailler à une organisation axée sur les processus, via un affinement accru de la carte des processus, avec intégration de Safe Info dans l'outil de processus HOPEX, et le développement du Business Continuity Plan (BCP) dans une approche intégrée avec la politique de sécurité de l'information.

Perspective des moyens

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

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.

La lutte contre la fraude sociale et les abus continuera intensivement les prochaines années, via, entre autres, une collaboration renforcée entre les services d'inspection sociale.

L'INAMI souhaite, via l'article 36, 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 établira par ailleurs un échange de données avec l'ONEM dans le cadre des synergies développées entre les deux institutions.

A côté de cela, le SCA (article 37) continuera à exécuter son processus d'évaluation de la performance des organismes assureurs en vue d'une meilleure responsabilisation de ceux-ci sur les moyens octroyés.

Pour pouvoir renforcer le dynamisme du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il y a lieu d'adapter le cadre législatif relatif au contrôle (article 40). D'autres initiatives SECM y contribueront également, dont :

- (1) accélérer l'accès aux données de facturation en menant une campagne de sensibilisation sur les retards de facturation, (2) améliorer la qualité de ces données en clarifiant les instructions relatives à l'utilisation du numéro du tiers payant officiel et (3) prévenir la facturation indue à la source en proposant des adaptations aux progiciels (article 42) ;
- la numérisation des actes d'enquête tels que l'audition des personnes concernées et la recherche de données auprès des dispensateurs de soins (article 41).

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

La garantie de l'intégrité et de la confidentialité des données au sein du secteur des soins de santé est cruciale. C'est pourquoi 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 « Health data » du REDESIGN. Des audits internes et des recommandations sont régulièrement réalisés par le service d'audit interne et celui de la sécurité de l'information.

Au niveau du Service des indemnités, à l'article 26, des efforts supplémentaires seront faits pour développer une gestion efficace, intégrée et optimisée des données dans le domaine tant de l'incapacité de travail que de l'invalidité et de la réinsertion.

La transmission des données électroniques au sein du Fonds des Accidents Médicaux (artikel 39) contribuera également à une meilleure gestion de la confidentialité des informations obtenues par les dispensateurs de soins ou les établissements hospitaliers.

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.

L'accord gouvernemental met fortement l'accent sur 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. Et ce compte tenu des règles de confidentialité et de respect de la vie privée. 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 de la data est mis en place pour permettre à l'organisation de devenir plus orientée data et de mettre à disposition des Services, les outils, la gouvernance, les processus et les informations nécessaires à l'accomplissement de leur missions. Le projet article 43 vise à consolider les fondations de la data par la mise en place d'une gouvernance des données et une approche self service BI avec un renforcement de l'intégration, la transformation et la visualisation des données. Plus concrètement il s'agit de :

- Renforcer l'approche libre service Business Intelligence (BI) en
 - o développant un modèle de données unifié qui facilite la compréhension du business,
 - o développant des entrepôts de données par domaine d'activité (càd principalement par Service INAMI) et en mettant en place des indicateurs de performance (KPI)
 - o promouvant l'utilisation d'outils de visualisation accessibles à un plus grand nombre de consommateurs de la donnée.
- Faire évoluer la plateforme de données en rajoutant des fonctionnalités de meta data management dans un premier temps et d'advanced analytics dans un second temps (intelligence artificielle et machine learning).
- Améliorer la qualité et l'intégrité des données maîtres et des référentiels en créant un master data hub (MDM) centralisé.
- Mettre en place une gouvernance des données dans le but de mieux gérer la disponibilité, la convivialité, l'intégrité et la sécurité des données.
- Mettre en place un modèle de gestion opérationnel qui facilitera la collaboration et la recherche de synergies entre les cellules data dans les Services et un Data Office centralisé.
- Améliorer l'intégration des flux de données en supprimant les flux redondants et en augmentant la fréquence de mise à jour des données. Cet objectif ne peut être atteint que suite à un alignement avec nos Partenaires extérieurs, notamment les organismes assureurs.
- Améliorer l'alignement avec le SPF Santé et l'AFMPS, comme définit dans le programme Data du Redesign (voir socle commun).

En lien avec cette approche, le service des indemnités a pour ambition, dans les prochaines années, de disposer d'un arsenal de données de qualité leur permettant ainsi de pouvoir comprendre l'évolution de certaines tendances et de prendre, en conséquence, les décisions stratégiques nécessaires (cfr. art. 26). Ce travail comporte essentiellement trois volets :

- Recueillir des données supplémentaires auprès des OA sur leurs contacts avec l'assuré et sur le trajet de réinsertion ;
- Développer davantage les datawarehouses existants pour gérer plus efficacement les banques de données internes. Par ailleurs, on enregistre des données supplémentaires dans le datawarehouse en ce qui concerne les certificats d'incapacité de travail, l'incapacité de travail primaire et le trajet de réinsertion et provenant des nouveaux flux ITP/CIT ;
- Effectuer une étude de faisabilité sur la possibilité de consulter des banques de données externes et de croiser des données des banques de données internes avec celles de banques de données externes.

Plus largement, le socle commun prévoit de mettre en place un programme « Health data » . Celui-ci vise une approche 'evidence-based' coordonnée et intégrée des données de santé, afin de pouvoir utiliser celles-ci de manière optimale lors de la détermination, de la mise en œuvre et du contrôle de l'exécution de la politique de santé. Afin de couvrir les politiques de santé dans leur ensemble, cette approche devra, à terme, également inclure des données concernant les facteurs environnementaux, les facteurs sur la sécurité de la chaîne alimentaire et ceux concernant la qualité de l'environnement de travail, étant susceptibles d'avoir une influence sur la santé humaine.

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

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) appellent à leur utilisation équitable. Après un premier (2016-2017) et un deuxième (2018-2020) plan d'action, le troisième (2021-2023) repose donc de nouveau sur la continuité des initiatives visant à promouvoir une approche intégrée de la promotion de l'utilisation rationnelle des ressources (article 38). Sur la base, entre autres, d'une évaluation de l'exécution du deuxième plan d'action, des travaux thématiques seront menés sur différents axes : utilisation rationnelle des ressources, lutte contre la fraude et consolidation de l'assurance maladie sur les plans réglementaire et numérique afin de lutter contre les abus.

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

Nous renvoyons à cet effet aux projets « Réforme du financement des hôpitaux » et « Création d'un service d'audit des hôpitaux » qui font partie intégrante du socle commun (cf. ci-après dans ce document). En effet, ces deux projets sont menés conjointement avec le SPF SPSCA et l'AFMPS.

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 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. L'article 20 reprend les 4 projets suivants :

- Implémentation, monitoring et audit du système des soins à basse variabilité en ce qui concerne les honoraires;

- Extension du système des soins à basse variabilité 'honoraires' aux médicaments et autres produits de santé, ainsi qu'au budget des moyens financiers (BMF);
- Stimulation du système d'hôpital de jour;
- Construction systématique du programme P4P.

En ce qui concerne l'audit des hôpitaux, le Service d'audit a été créé pendant la période de l'Avenant 2019-2020. Depuis lors ce Service est entièrement opérationnel. L'objectif principal est d'assurer un suivi plus efficace, plus simple et plus transparent des hôpitaux en mettant l'accent sur la promotion des bonnes pratiques et l'efficacité des soins de santé (prévention de la surconsommation).

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

L'optimisation de la gestion financière de l'assurance soins de santé et indemnités est une thématique déjà abordée dans les précédents Contrat d'administration et Avenant, et fera partie intégrante de 3 projets pour l'année prochaine.

Le premier concerne l'optimisation de la gestion du budget de l'assurance soins de santé via, entre autres, le soutien accru de la réforme du système de responsabilisation financière (budget de mission), via l'article 23. Ce projet rendra les flux et mécanismes de financement plus transparents et plus maîtrisables dans les soins de santé.

En outre, le processus de clôture des comptes de l'INAMI (tel que repris dans l'Avenant précédent) sera terminé en 2021. L'article 22 prévoit une accélération de la clôture des comptes ainsi qu'une optimisation de la coordination interne des processus et des flux de paiement (cf. recommandations du rapport d'audit interne).

Troisièmement, d'ici fin 2021, le processus de gestion des recettes et des dépenses des conventions internationales dans le secteur de la santé (article 32) sera optimisé (cf. les recommandations de l'audit interne effectué fin 2017).

Perspective de l'innovation

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

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 socle commun et plus précisément, dans la passerelle « Accès à l'innovation dans les soins ».

L'article 16 concerne le renforcement et la poursuite de l'ancrage de l'actuel accord BeNeLuxA, une coopération internationale entre les différentes instances chargées du remboursement en vue d'assurer un accès durable aux médicaments innovants pour le patient et d'opérationnaliser la spin-off « International Horizon Scanning Initiative » (IHSI). L'objectif est de contribuer à un accès financièrement abordable et également plus rapide aux médicaments innovants pour les patients. Outre le contrôle du prix des médicaments, cette collaboration vise à réaliser des gains d'efficacité substantiels grâce, entre

autres, à l'échange structurel de données et d'expertise et à l'organisation d'évaluations communes. Quatre domaines ont été identifiés et sont présentés en détail à l'article 16.

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

Pour relever au mieux les défis qui se présentent, l'INAMI conclut des accords de collaboration tant au niveau national qu'international.

Comme mentionné précédemment, l'article 16 concerne le renforcement et la poursuite de l'ancrage de l'actuel accord BeNeLuxA, une coopération internationale entre les instances des différents pays chargées du remboursement en vue d'assurer un accès durable aux médicaments innovants pour le patient et d'opérationnaliser la spin-off « International Horizon Scanning Initiative » (IHSI).

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. Un nombre certain de projets du présent Avenant s'inscrivent 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 intégré pour les maladies chroniques ;
- l'exécution du plan e-santé ;
- ...

A côté de cela, d'autres initiatives nécessiteront également une coopération ou implication d'acteurs issus du monde académique et médical, des organismes assureurs ou d'autres administrations publiques.

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

Le projet de modernisation de la nomenclature a déjà été entamé dans le cadre des contrats précédents. L'article 24 de l'Avenant actuel 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.

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

Le bien-être des collaborateurs a toujours été une préoccupation majeure du management de l'institution. En vue de notre déménagement avec le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et de notre évolution future dans le New Way Of Working (NWOW), l'INAMI met en place un programme de numérisation (article 28) reprenant les projets visant à réduire la production de papier de nos processus, à numériser nos archives existantes et à préparer nos collaborateurs aux nouveaux espaces de travail. Il va de soi que ce trajet de changement est mené en parallèle par le SPF SPSCA et l'AFMPS afin de se retrouver en 2021 sous le même toit mais aussi avec la même philosophie de travail.

L'article 17 porte sur l'optimalisation et la professionnalisation de la communication externe.

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

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 soin de santé. À ce propos, nous aimerions faire référence à l'initiative « Living tomorrow » actuellement en cours de réalisation en collaboration avec nos organisations partenaires (cf. également le programme de la stratégie du socle commun présenté ci-après).

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

Pour la période du **1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021**, les parties conviennent de retenir les objectifs mentionnés sous les titres IV à VII inclus. Des tableaux de bord permettront de suivre l'impact des objectifs spécifiques.

Outre la sélection d'un certain nombre de projets contenant des actions-engagements et éventuellement des tableaux de bord pour la période 2021, on prévoit également d'assurer le suivi d'un certain nombre de processus (permanents) et d'activités pour lesquels des actions-engagements ont été inscrits dans le cadre des précédents Contrats d'administration, mais plus dans l'actuel Avenant. Ce suivi a pour but de créer une certaine transparence au niveau de l'impact des engagements antérieurs sur les missions continues de l'INAMI.

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

Article 11. Une précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables & monitoring des processus, y compris l'intégration des détenus dans l'assurance obligatoire soins de santé.

La première partie de cet article concernant l'intervention majorée (IM) s'appuie sur l'article 9 (partie 1) de l'avenant 2019-2020 au 5^{ème} CA 2016-2018 et sur l'article 11 (partie 1) du 5^{ème} CA. La deuxième partie reprend une nouvelle initiative de suivi concernant le maximum à facturer (MàF) (également liée à l'article 11 du 5^e CA). La troisième partie renvoie au suivi de l'article 13 du 5^{ème} CA, à savoir l'intégration des détenus dans le système régulier d'assurance maladie obligatoire. L'enregistrement administratif accéléré de la population carcérale dans l'AMI, parmi d'autres groupes exclus, a également été recommandé par le GEES¹ dans le contexte de la gestion de la crise sanitaire COVID-19 et est inclus dans le Plan stratégique COVID-19 Santé publique dans le cadre du *work package 10* Crisis overall management & business continuity.

Description

Cet article comporte 3 volets :

Partie 1 : Adaptations réglementaires dans le cadre de l'automatisation et de l'optimisation de l'IM

- Il constitue la conclusion juridique du travail d'étude préalable sur l'affinement et l'automatisation des critères d'attribution de l'IM, initié lors du 5^{ème} CA et développé davantage dans le rapport final de l'avenant suivant 2019-2020.

Partie 2 : Évaluation et monitoring des mesures d'accessibilité : le maximum à facturer

- Évaluation et monitoring du maximum à facturer.

Partie 3 : Intégration des détenus dans l'AMI (1^{re} phase)

- Cette initiative s'inscrit dans le cadre de la réforme des soins de santé pénitentiaire. Cette 1^{re} phase comprend les travaux préparatoires visant à enregistrer d'un point de vue administratif les détenus dans l'AMI en vue de leur intégration progressive dans le système de soins de santé régulier.

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.

¹ Cf. également le point 5.9 du cinquième rapport du GEES et les recommandations pour une deuxième vague : <https://news.belgium.be/sites/default/files/news-items/attachments/2020-06/GEES-20200603.pdf>

Carte des processus

- **Domaine de processus :**
 - 1) Octroyer/contrôler l'accessibilité financière
 - 2) Gérer, analyser et/ou publier des données d'assurabilité
 - 3) Élaborer/modifier et opérationnaliser la législation et la réglementation.
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs) :**
 - Gérer l'intervention majorée ; Gérer le maximum à facturer
 - Analyser et rapporter les situations et les données relatives à l'accessibilité ; Gérer les statistiques semestrielles de l'intervention majorée (I.M.) ; Gérer les statistiques trimestrielles du M à F
 - Rédiger les 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 le monde. La suppression ou l'abaissement des seuils financiers et administratifs est un défi continu 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, prises par le Service des soins de santé et le Service du contrôle administratif afin d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes de population vulnérables. L'article 11 du 5^{ème} Contrat d'administration comprend un volet largement consacré aux différents aspects liés à l'accessibilité. Dans ce même Contrat, l'article 13 a lancé une première réflexion sur l'intégration des détenus dans l'AMI. L'Avenant qui a suivi (2019-2020) s'est concentré sur deux piliers d'accessibilité financière majeurs au sein de l'assurance obligatoire soins de santé : l'intervention majorée et le régime du tiers-payant.

Dans le cadre de cet Avenant de courte durée (un an), l'intention est de réaliser, dans le domaine de l'accessibilité, les objectifs suivants.

Tout d'abord, il faut tendre vers l'ancrage juridique de la proposition finale relative à l'intervention majorée (IM) élaborée fin 2020 par le Groupe de travail Assurabilité, sur la base d'un travail d'étude réalisé précédemment dans le cadre de la poursuite de l'automatisation et de l'optimisation de l'IM (5^{ème} CA Art.11.1&2).

Ensuite, un nouveau volet d'évaluation sera joint concernant l'adéquation et l'efficacité des processus d'accessibilité au moyen d'un suivi de l'octroi du maximum à facturer.

Enfin, le troisième objectif concerne les conditions connexes à concrétiser pour l'intégration administrative des détenus dans l'assurance maladie obligatoire. Ceci s'inscrit dans le prolongement d'études et constatations antérieures lancées à l'article 13 du 5^e Contrat d'administration.

Outre l'optimisation des mesures d'accessibilité sociale pour les groupes démographiques vulnérables, une réflexion fondamentale a été lancée au cours de l'année 2019 au sein du Groupe de travail « Assurabilité » concernant l'ouverture du droit de base et la prolongation de l'accès aux soins de santé devant aboutir à une simplification de l'actuel système d'assurabilité. Cette réflexion sera poursuivie en 2021. Une réforme approfondie et holistique des règles d'assurabilité fera éventuellement l'objet d'un futur Contrat d'administration.

Partie 1 : Adaptations réglementaires dans le cadre de l'automatisation et de l'optimisation de l'IM

Dans le cadre du précédent Avenant (2019-2020), l'INAMI a élaboré, fin 2020, sur la base des résultats des études préliminaires relatives à l'intervention majorée (1° l'étude « Best practices » pour l'octroi d'autres avantages liés aux revenus et 2° le rapport d'évaluation des flux proactifs de bénéficiaires de l'IM), en étroite collaboration avec les OA et les partenaires du monde académique, un rapport final pour le Groupe de travail Assurabilité prévoyant des actions très concrètes et réalisables en vue de :

- lutter contre le « non-take up », à savoir automatiser davantage le ciblage des bénéficiaires vulnérables, qui sont les moins aptes à faire valoir leurs droits, pour le droit à l'IM ;
- formuler des initiatives qui doivent rendre l'enquête sur les revenus IM plus efficace et légitime, et qui, éventuellement, doivent permettre de l'appliquer également pour la détermination des cotisations comme résident et pour les conditions de revenus des PÀC (personnes à charge). Ces initiatives entraîneront dans un même mouvement une simplification administrative et une uniformisation.

L'INAMI s'engage d'ici la mi-2021 à présenter au Comité de l'assurance, sur base de la note d'évaluation approuvée au sein du Groupe de travail Assurabilité, une note comportant les adaptations réglementaires élaborées pour un affinement et une automatisation des critères d'octroi de l'IM en vue d'un meilleur « take up » et d'un octroi plus efficace et ciblé du droit à l'IM.

L'opérationnalisation de ces adaptations réglementaires relatives à l'IM et l'adaptation des flux de données y afférente au sein des OA et du Service du contrôle administratif de l'INAMI n'entrent pas dans le scope de cet Avenant.

Partie 2 : Évaluation et monitoring des mesures d'accessibilité : le maximum à facturer

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.

Après la publication du rapport relatif à l'évaluation du flux IM proactif en 2018, un rapport sur le maximum à facturer (MàF) sera publié en 2020. Une des observations faites lors de l'élaboration du rapport MàF a montré un besoin non satisfait relatif au suivi régulier de la mesure MàF.

Les rapports d'évaluation de la Direction ACCES du SCA ont souligné la nécessité d'un reporting systématique quant aux mesures d'accessibilité au sein de l'ASSI. L'évaluation de l'ASSI est l'une des missions dévolues au SCA. L'évaluation s'effectue de diverses manières, notamment via des contrôles thématiques, le développement et le calcul d'indicateurs au sein des processus des frais d'administration variables et via des analyses statistiques. Toutes ces évaluations mènent à la rédaction de rapports d'évaluations. Ce besoin de rédaction de rapports comprenant des éléments statistiques concernant le suivi des mesures relatives à l'accessibilité ne fait que grandir.

L'INAMI s'engage à publier annuellement un rapport concernant le maximum à facturer en présentant une mise à jour des chiffres et tendances.

À ce propos, le Service envisage d'utiliser davantage les données dont il dispose et dont il pourra disposer à l'avenir pour effectuer ses analyses. Ces analyses peuvent fournir de l'input pour les processus tels que

les discussions réglementaires au sein du GTA, pour les contrôles qui sont organisés au sein du SCA ou pour la responsabilisation financière des OA.

Outre des rapports plus efficaces et davantage ciblés, le regroupement de différentes sources de données telles que le MAF et l'IM permettra de découvrir des phénomènes jusqu'à présent inconnus.

Partie 3 : Intégration des détenus dans l'AMI (1^{re} phase : conditions connexes pour l'assurabilité administrative des détenus)

En octobre 2017, le KCE avait 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 et des internés du SPF Justice et de leur intégration éventuelle dans le système de l'assurance maladie régulière (cf. 5^{ème} CA, article 13).

Le 1^{er} janvier 2018, les internés placés ont été intégrés dans le système de soins régulier. Depuis lors, les paiements des prestations médicales effectuées s'effectuent via le circuit normal des mutualités.

En ce qui concerne l'intégration des détenus dans l'AMI, la Conférence interministérielle Santé publique (CIM) a, en mars 2018, de concert avec le ministre de la Justice, donné un large mandat à la Task Force Soins de santé pénitentiaires afin de concevoir un plan stratégique pour une réforme (en plusieurs phases) des soins de santé pénitentiaires. Cette task force réunit à la fois les partenaires fédéraux (SPF Santé publique, SPF Justice, INAMI, SPP Intégration sociale) et les acteurs-clés régionaux qui sont compétents en matière de soins de santé.

Ensuite, un groupe de travail préparatoire a reçu pour mission d'élaborer une vision d'avenir globale en matière de soins de santé pour les détenus dont les principes majeurs sont les suivants : (1) soins équivalents, (2) soins continus, (3) dispensateurs de soins indépendants, (4) intégration dans une politique de soins de santé élargie, (5) détention humaine, (6) intégration dans des soins de santé réguliers. Ce texte de vision a été approuvé en juin 2018 et 4 groupes de travail ont ensuite été créés pour concrétiser cette vision.

Leurs travaux ont abouti en juin 2019 à un texte de vision sur la réforme des soins de santé pénitentiaires, ébauche d'une future organisation des soins de santé dans les prisons belges.

Dans son cinquième rapport de suivi, le GEES² a recommandé d'intégrer autant que possible des systèmes de soins ad hoc dans l'assurance maladie obligatoire. Dans des situations de crise sanitaire telles que l'actuelle pandémie de COVID-19, une approche harmonisée permet d'éviter que certaines sources de contamination n'échappent à la vigilance. L'étude du KCE³ de fin 2019 qui encourage une politique des soins de santé davantage intégrée pour le groupe cible des demandeurs d'asile s'inscrit dans le même sens. Pour ce groupe cible également, des plans d'inclusion prévoyant diverses pistes sont aujourd'hui sur la table.

Pour donner suite à cette recommandation et exécuter le texte de vision susmentionné, il sera nécessaire d'entamer les travaux requis afin de préparer l'intégration administrative des détenus dans l'assurance maladie obligatoire.

2 Cf. également le point 5.9 du cinquième rapport du GEES et les recommandations pour une deuxième vague :

<https://news.belgium.be/sites/default/files/news-items/attachments/2020-06/GEES-20200603.pdf>

3 Cf. le rapport KCE publié fin 2019 : « Demandeurs d'asile : options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders ».

Le but final est de faire en sorte que les détenus soient assurés administrativement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Le maintien des droits des détenus au sein de l'assurance maladie obligatoire ne porte nullement préjudice au modèle actuel d'organisation et de financement des soins de santé mis en place au sein des prisons.

Pour préparer le basculement de la population pénitentiaire dans le système de soins de santé régulier, il faut préalablement examiner quelques conditions connexes majeures ainsi que les implications éventuelles.

Il faut définir quel groupe cible sera intégré dans l'assurance maladie obligatoire.

Par ailleurs, il faudra convenir, avec le SPF Justice, des soins qui pourront être remboursés par l'assurance maladie obligatoire et des soins qui, en attendant une réforme intégrale des soins de santé pénitentiaires, demeureront offerts et financés par le SPF Justice (en principe, cette distinction coïnciderait avec les soins dispensés respectivement en dehors et au sein de la prison).

Étant donné que l'organisation des soins de santé au sein de la prison demeure intacte, il est possible d'examiner si les soins de santé suivants peuvent, dans cette phase intermédiaire et sur proposition ou non de l'administration pénitentiaire, être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :

- Tous les soins ambulatoires en dehors de la prison
- Toutes les hospitalisations en dehors de la prison
- Tous les soins en dehors de la prison

L'avantage de cette phase intermédiaire est que les détenus pourraient, pour certains soins en dehors de la prison, et à l'instar de tout assuré social, faire appel au système de soins régulier.

En outre, il pourrait être mis fin aux mécanismes de financement ad hoc tels que le système de bons (« vouchers ») pour la consommation de soins en dehors de la prison ou encore l'intervention payée par l'INAMI au SPF Justice pour les hospitalisations et les médicaments des détenus (art. 56, § 3bis, de la loi AMI coordonnée).

La couverture partielle des soins de santé aux détenus par l'AMI doit être estimée financièrement.

Préalablement à l'exécution de cette 1^{re} phase, l'INAMI devra également organiser une concertation avec le SPF Justice, les OA et la BCSS concernant l'exécution pratique des principes proposés en matière d'accessibilité et des évolutions techniques requises y afférentes (e.a. Développement d'un nouveau flux BCSS « détenus » et intégration d'un statut « détention » dans MyCaret).

L'INAMI s'engage à rédiger, dans le cadre de la première phase et au cours de la période du présent Avenant, une note comportant les accords et les modifications réglementaires requis concernant l'assurabilité administrative des détenus au sein de l'AMI en vue de leur intégration progressive au sein du système de soins régulier au titre de bénéficiaires.

Liste des actions-engagements

Partie 1 : Élaboration d'un cadre réglementaire adapté pour l'intervention majorée (IM)

1. Présentation au Comité de l'assurance du cadre réglementaire élaboré et adapté pour l'affinement et l'automatisation des critères d'octroi de l'intervention majorée sur la base de la note d'évaluation approuvée au sein du Groupe de travail Assurabilité. Date limite : 30/06/2021.

Partie 2 : Évaluation et monitoring des mesures d'accessibilité : le maximum à facturer

2. Rapport annuel concernant le maximum à facturer accompagné d'une mise à jour des chiffres et tendances. Date limite : 31/12/2021.

Partie 3 : Intégration des détenus dans l'AMI (1^{re} phase)

3. Rédaction et présentation au Comité de l'assurance d'une note comprenant les accords et modifications réglementaires requis concernant l'assurabilité administrative des détenus au sein de l'AMI en vue de leur intégration progressive au sein du système de soins régulier au titre de bénéficiaires, sur la base des principes et points de départ énumérés dans le texte de vision. Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Renforcement de l'accessibilité effective au droit à l'intervention majorée
- Automatisation des droits des assurés sociaux
- Simplification administrative pour les assurés sociaux (intervention majorée)
- Harmonisation et uniformisation accrue 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 et interaction avec des partenaires externes (organismes assureurs, AIM, dispensateurs de soins, le SPF Finances, la BCSS, etc.)
- Collaboration avec les partenaires concernés dans le cadre de la réforme des soins de santé pénitentiaires (SPF Justice, INAMI, organismes assureurs)
- Collaboration BCSS et CIN pour le nouveau flux des détenus et adaptation de MyCareNet

Article 12. Opérationnalisation du « Forum Patients ».

Ce projet est la continuation de l'article 10 de l'avenant 2019-2020 au 5^e contrat d'administration (2016-2018). Il vise la concrétisation et l'opérationnalisation d'une nouvelle initiative qui a été prise dans le contexte de la redéfinition du rôle de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques en ce qui concerne l'implication des associations de patients auprès de l'INAMI (cf. 5^e CA, Article 16.7).

Description

En raison de l'évolution du rôle de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques, le besoin de mettre en place une « Plateforme pour les associations de patients » apparaît au sein des structures de l'INAMI. L'objectif de cette plateforme de consultation est d'établir un dialogue direct avec les associations de patients et l'INAMI de manière structurelle et dans tous les domaines des soins de santé, afin de mieux saisir et comprendre les points de vue des patients et de renforcer leur voix et leur implication en tant que partie prenante dans l'élaboration et les décisions politiques.

Cadre

Informier, conseiller, attribuer, régler, organiser.

Axes principaux

- Améliorer la prestation de services/l'offre de soins (avantages) en général.
- Améliorer la qualité des soins.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Gérer les comités et les conseils
- **Processus de niveau 1 (un ou plusieurs)** : Gérer l'organisation et l'administration des comités et conseils

Contexte

Dans le cadre du 5^e contrat d'administration (2016-2018), il a été demandé à l'INAMI de formuler une proposition sur la redéfinition du rôle de l'Observatoire des maladies chroniques tant pour la section scientifique que pour la section consultative, en ce qui concerne l'implication des associations de patients auprès de l'INAMI (5^e CA Article 16, Volet 5).

Le résultat provisoire de cette étude était, d'une part, d'améliorer le fonctionnement et l'expertise de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques et, d'autre part, de fournir au sein des structures de gestion et de consultation existantes de l'INAMI un point de contact spécifique direct pour les associations de patients. En effet, la réflexion sur les besoins de soins des personnes atteintes de maladies chroniques va au-delà des compétences purement fédérales et donc de celles de l'INAMI.

Il existe encore d'autres motifs/éléments qui nécessitent un renforcement général et structurel des relations entre l'INAMI et les associations de patients.

- Il existe un besoin évident d'élargir l'implication des associations de patients, qui se limite aujourd'hui au domaine des affections chroniques, et de l'ouvrir dans un forum où tous les travaux et projets-clés en cours relevant de l'assurance de soins de santé obligatoire et indemnité puissent trouver écho ; cet élargissement des thèmes abordés concerne l'INAMI dans son entièreté : outre le Service des soins de santé (SdSS), d'autres services de l'INAMI, comme le Service des indemnités (SI), le Fonds des accidents médicaux (FAM), le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et le Service du contrôle administratif (SCA) devront être impliqués activement et au même niveau ;
- Cela offre également l'opportunité de jouer sur la modernisation de notre modèle de « corporate governance » et outre les joueurs classiques du milieu de terrain (les OA, les partenaires sociaux, les fédérations professionnelles de dispensateurs de soins, etc.), d'impliquer davantage dans notre modèle de concertation les représentants des patients, qui sont les réels utilisateurs finaux de nos services à la société de sorte que l'INAMI soit une plaque tournante de concertation avec toutes les parties prenantes ;
- L'institutionnalisation d'une concertation bilatérale avec les associations de patients contribuera à les professionnaliser davantage et mettra en marche un système d'échange, qui fonctionne en bottom-up et en top-down, en mettant l'accent sur la juste thématique où l'impact est possible et souhaité : que les associations de patients se profilent à terme comme un joueur phare au lieu de n'être qu'un groupe d'intérêt ;

À l'approche de la restructuration de l'Observatoire, les structures coordinatrices des associations de patients (LUSS, VPP) ont préparé une note commune en juin 2017 pour garantir à l'avenir leur voix consultative au sein de l'INAMI. Cette note de vision comprenait une série de propositions intéressantes sur le fonctionnement et l'organisation, qui ont servi de point de départ pour la suite de la réflexion sur la création de la future plateforme.

Durant la période de l'avenant précédent (2019-2020), le Service des soins de santé de l'INAMI a organisé plusieurs moments de concertation avec les structures coordinatrices afin de donner forme à leurs besoins et à leurs attentes concernant la nouvelle plateforme. Cela a abouti début 2020 à une première ébauche de la note d'orientation qui sert de schéma directeur pour les relations futures avec les associations de patients et concrétise tous les aspects organisationnels et réglementaires liés à la mise en place de ce nouvel organe de concertation.

Vous trouverez ci-dessous une sélection des propositions les plus importantes incluses dans le schéma directeur de la future plateforme de concertation avec les associations de patients :

- Le nom « Patiënten Forum Patients » a été proposé pour des raisons linguistiques et pour éviter la confusion avec la 'Vlaams Patiëntenplatform' ;
- La mission et le mandat du nouveau Forum sont d'assurer une participation plus optimale des patients au niveau de l'administration de l'INAMI ; d'assurer et de faciliter la participation des structures coordinatrices des associations de patients lorsque cela est utile en tant que partie prenante et « co-acteur » dans des dossiers spécifiques : dans l'évaluation des politiques existantes ou l'élaboration de nouvelles politiques, pour évaluer ou tester les innovations médicales (par exemple le mobile health) et en tant que partenaire dans la conception de la communication avec les patients, ...
- L'ancrage organique se fait au niveau de l'administrateur général et du Comité général de gestion de l'INAMI compte tenu de la transversalité des sujets traités. Le moment venu, il faudra examiner comment donner une place à ce Forum dans le paradigme de coopération des administrations de soins de santé (INAMI, SPF Santé publique et AFMPS) dans le cadre du Redesign ;
- Les associations de patients sont représentées au sein du Forum par des membres effectifs et suppléants de la VPP et de la LUSS, ainsi que de l'association de patients germanophone 'Patienten Rat & Treff' ; en outre, il est composé de l'administrateur général de l'INAMI et du directeur général ; en fonction de la thématique traitée, des experts de l'INAMI et des associations de patients ainsi que des organisations partenaires externes peuvent être invités ;
- Le Forum se réunira au moins 4 fois par an, mais peut également se réunir de manière ad hoc et de sa propre initiative ;
- La 'Personne de référence patients' se voit confier un rôle clé : 2 'Personnes de référence patients' (1 par rôle linguistique) seront désignées par l'INAMI ; elles relèvent de la compétence directe de l'administrateur général et font office de point de contact unique et de personne de liaison entre les associations de patients et les services/organes de l'INAMI et vice versa ; elles remplissent également le rôle de secrétaire des réunions et sont assistées par un mini-secrétariat ;
- Inversement, chaque structure coordinatrice désignera - dans ses propres rangs - une 'Personne de référence INAMI' qui sera le point de contact unique pour la 'Personne de référence patients' ;
- Le nouveau Forum Patients sera rendu public par la création d'une page web spécifique sur le site de l'INAMI consacrée au Forum et à ses activités ;

Dans le courant de cet avenant, on procédera à l'opérationnalisation effective du Forum patients et cette nouvelle structure de concertation sera ancrée au sein des structures existantes de l'INAMI et de l'AMI. Cette phase d'opérationnalisation démarrera après approbation du projet par tous les acteurs concernés.

En vue de la continuité, la représentation actuelle des associations de patients dans la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques continuera à exercer ses activités de manière inchangée jusqu'à ce que la nouvelle plateforme de concertation soit effective à l'INAMI. Cela se fera après la finalisation du cadre législatif pour que le Forum puisse être formellement intégré en tant que structure de concertation dans la loi AMI. Dès que le Forum sera opérationnel, il faudra veiller attentivement à ce que le Forum et l'Observatoire des maladies chroniques puissent se renforcer, se compléter et être mutuellement complémentaires dans l'exécution de leurs missions.

Liste des actions-engagements

1. L'opérationnalisation du « Forum Patients », la nouvelle plateforme de concertation avec les associations de patients au sein des structures de concertation de l'INAMI sur la base de la note d'orientation approuvée, avec adaptation du cadre réglementaire dans l'AMI. Date limite : X + 12 mois, où X = approbation de la note d'orientation par les représentants des structures coordinatrices des associations de patients, le Comité de direction, le Comité général de gestion de l'INAMI et la Cellule stratégique.

Effets attendus

- Renforcement de l'implication structurelle des associations de patients comme partenaires de discussion à part entière dans le modèle de concertation de l'INAMI ;
- Soins de santé de qualité, accessibles, innovants, intégrés et payables pour le patient ;
- Propositions stratégiques, mesures et initiatives qui peuvent être testées à l'avance - et ainsi tenir compte le plus possible des besoins et inquiétudes des patients ;

Facteurs externes

- Coopération avec les structures coordinatrices des associations de patients.
- Coopération avec les associations de patients qui ne sont pas représentées dans les structures coordinatrices.

Article 13. Renforcer le savoir-faire médical du Collège des médecins-directeurs (CMD) et développer son fonctionnement futur

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

Description

L'élaboration d'une vision sur le renforcement du savoir-faire médical du CMD et le développement de son fonctionnement futur en collaboration avec des partenaires.

Cadre

Octroyer, réglementer, organiser

Axes principaux

- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Améliorer les processus et informatiser

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Calculer/payer/recevoir des forfaits, des interventions, des avantages, des indemnités et primes de et à des dispensateurs de soins individuels, institutions et entreprises pharmaceutiques
- **Processus niveau 1** : Gérer les conventions de rééducation fonctionnelle

- **Domaine de processus** : Traiter les demandes spécifiques d'indemnités, de remboursements ou de dispenses
- **Processus niveau 1** : Traiter les demandes de remboursement Dossiers individuels, Traiter les demandes de remboursement du Fonds spécial de solidarité

Contexte

La base juridique du Collège des médecins-directeurs (CMD), un organe du SdSS, figure aux articles 22-24 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et aux articles 107-113 de l'AR du 3 juillet 1996. Cet organe est composé de membres des Organismes assureurs (12) et de l'INAMI (2).

Les missions du CMD se situent principalement dans les domaines suivants :

- Dans le secteur de la rééducation, le CMD joue un rôle technique central en termes d'élaboration et de suivi de la réglementation pour le volet nomenclature, mais aussi pour les conventions entre le CSS et des centres (de référence) ainsi qu'un large éventail d'établissements spécialisés (en matière de diabète, d'oxygénothérapie, de bébés prématurés, de transgenres, etc.). Il donne également des conseils en vertu de conventions existantes dans des dossiers individuels.
- En outre, le CMD gère également le Fonds spécial de solidarité (FSS), où il décide, entre autres, de l'intervention éventuelle dans des dossiers individuels d'affections complexes, rares et chroniques qui nécessitent un traitement médical avec, par exemple, une technologie innovante et d'autres coûts supplémentaires élevés pour lesquels aucune intervention régulière n'est prévue. Certains coûts et prestations à l'étranger sont également évalués.

Les défis auxquels les soins de santé et, par extension, l'INAMI et donc le CMD, ont été confrontés ces dernières années sont, entre autres, le résultat d'une augmentation (1) des affections complexes ou chroniques, (2) de l'innovation en médecine, (3) des soins transmuraux, (4) de l'influence de l'Europe particulièrement sur les maladies complexes ou rares et de l'utilisation des soins de santé planifiés (cf. article 294, § 1, 2°) et de la rééducation (cf. article 294, § 1, 8°) à l'étranger et (5) de la participation à des études cliniques à l'étranger (cf. formulaire S2 pour '*standard of care*').

En raison de ces augmentations, l'élaboration et le suivi de modèles de soins multidisciplinaires sur mesure, qui engendrent une charge de travail importante, deviennent de plus en plus importants et le focus au lieu de rééducation. Pour l'élaboration de ces nouvelles conventions, il y a donc un besoin croissant d'une expertise approfondie et d'un réseau de soutien afin, entre autres, de garantir la qualité et le résultat (evidence-based), l'accessibilité et la sécurité tarifaire (accords sur l'intervention, le ticket modérateur, les suppléments, etc.) et la maîtrise du budget (par exemple, le maximum facturable).

Afin de relever les défis avec efficacité et efficience, nous examinerons ce qui doit être fait pour adapter le fonctionnement du CMD aux évolutions sociales et médicales actuelles, et pour optimiser l'organisation. Le renforcement du savoir-faire et la révision du fonctionnement doivent favoriser la continuité et la conformité dans la prise de décisions concernant les soins de santé complexes, rares ou chroniques et les modèles de soins multidisciplinaires.

La coopération avec toutes les parties prenantes internes et externes (directes) est fondamentale dans la conception de ces modèles de soins multidisciplinaires. Une attention particulière doit donc être accordée à leur participation et à la modernisation du modèle de concertation.

À la mi-2020, le CIN a déjà rédigé un premier projet de note de vision qui comprend une proposition de plan d'approche basée sur une analyse SWOT. Cette première étape a ensuite été analysée et discutée par les directions concernées de l'INAMI. Pendant la période couverte par le présent avenant, l'INAMI s'engage, après consensus interne sur les réflexions et les ajouts, à entamer un dialogue avec le CMD et le CIN en vue d'élaborer une note de vision commune afin de lancer son implémentation.

Liste des actions-engagements

1. L'élaboration d'une note de vision commune sur le renforcement du savoir-faire médical du CMD et le développement de son fonctionnement futur.
Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Traitement et suivi des dossiers de meilleure qualité
- Utilisation plus efficace des ressources
- Promotion de la coopération multidisciplinaire
- Uniformité des décisions dans les dossiers
- Transparence accrue pour toutes les parties prenantes

Facteurs externes

- Collaboration du CMD et du CIN

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

Article 14. Poursuivre l'ancrage et le pilotage du soutien aux stakeholders dans le cadre de la mise en œuvre du concept « DISABILITY MANAGEMENT » en tant que méthodologie de réinsertion.

Cet article s'appuie sur l'article 19 (action-engagement 3) du CA 2016-2018 en ce qui concerne le développement d'une formation « Disability Management » et constitue également le futur ancrage et pilotage de nouvelles initiatives prises en vertu de l'article 11 du précédent avenant 2019-2020 au CA 2016-2018.

Description

Depuis 2016, le Service des indemnités organise chaque année la formation de « Disability Management » en collaboration avec un consortium multidisciplinaire de formateurs. Lors des évaluations, les participants témoignent de la valeur ajoutée de cette formation. En revanche, ceux-ci admettent avoir besoin d'aide pour mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Par ailleurs, les participants diplômés ayant réussi leur examen (participation volontaire) reçoivent un certificat valable en principe pendant un an. Dans le cadre du dernier avenant (2019-2020), le Service des indemnités a élaboré un système valide de recertification annuelle.

Afin de poursuivre l'ancrage du concept « Disability Management » dans le domaine de la réinsertion, le présent article conduit trois objectifs :

- Poursuivre l'organisation de la formation en « Disability Management » et de la formation complémentaire pour les participants diplômés.
- Soutenir davantage les participants dans la mise en œuvre de ce qu'ils ont appris dans la pratique et fournir une proposition pour le développement d'un système de stages et d'accompagnement.
- Révision périodique du système développé de recertification.

Cadre

Soutenir, conseiller, informer, innover

Axes principaux

- Innovation dans l'assurance indemnités
- Optimiser les prestations de services (réinsertion professionnelle).

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Construire et diffuser l'expertise en matière d'incapacité de travail
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** : Organisation de la formation « Disability Management »

Contexte

Le 11 juin 2014, l'INAMI a conclu avec le NIDMAR (National Institute of Disability Management and Research) un contrat de licence portant sur l'organisation de la formation de « Disability Management » et de la certification y afférente. Cette formation, composée de 25 modules, vise à professionnaliser et à standardiser l'accompagnement de personnes qui risquent de décrocher ou qui ont déjà décroché. Pour l'organisation de la formation, le Service des indemnités a, dans le cadre du dernier avenant 2019-2020, renouvelé l'accord de collaboration initial de 3 ans avec un consortium multidisciplinaire de formateurs.

Le nombre de participants à la formation augmente chaque année. En 2019-2020, le quatrième cycle a été organisé et a été suivi par 40 personnes. En raison de la crise sanitaire de la COVID-19 et des mesures de restriction imposées, la 4^{ème} année de formation qui devait se terminer initialement en juin, ne sera finalement clôturée qu'en septembre 2020. Pour des raisons d'organisation, il a également été décidé de ne pas programmer le 5^{ème} cycle qui commence habituellement en septembre, mais de le reporter à janvier 2021. De cette façon, l'accent peut être porté sur le projet « multidisciplinarité » (cf. art. 15 avenant 2021, suite de l'art. 12 avenant 2019-2020) qui prévoit que tous les non-médecins des OA actifs au sein des équipes multidisciplinaires IT - RI soient tenus de suivre la formation.

Après un examen certifié, le participant se voit accorder le titre de « Certified Return to Work Coordinator (CRTWC) » ou de « Certified Disability Management Professional (CDMP) ». Conformément à la réglementation internationale, ce certificat est valable uniquement un an. Le participant doit en effet prouver qu'il entreprend de façon permanente les actions nécessaires pour maintenir à jour ses compétences en matière de « Disability Management ». Dans le courant de l'avenant précédent (2019-2020), le Service des indemnités a élaboré un système détaillé de recertification.

Le nouveau système de recertification sera affiné et adapté dans le courant de cet avenant sur la base du feed-back des participants. En outre, le Service des indemnités continuera à organiser la formation complémentaire annuelle avec laquelle il a commencé en 2019. La participation au trajet de formation complémentaire comptera également pour la recertification.

Afin d'augmenter les chances de réussite de la réinsertion socioprofessionnelle, l'INAMI souhaite investir davantage dans l'accompagnement des différents acteurs concernés (médecins-conseils, non-médecins travaillant au sein de l'équipe des médecins-conseils, dispensateurs d'aide du secteur traitant, personnel HRM, employeurs, coaches professionnels, etc.). Au cours des années précédentes, le Service a réalisé des évaluations relatives au format actuel de la formation qui ont surtout fait apparaître la difficulté ressentie par les participants de transposer ce qu'ils ont appris dans leur pratique. Ils n'ont pas la capacité ni parfois l'occasion de concrétiser ce qu'ils ont appris.

Le Service des indemnités a l'intention de consolider et de concrétiser davantage les pistes, qu'il a présentées dans le cadre de l'avenant précédent, pour un soutien plus orienté vers la pratique.

- Tout d'abord, le Service entend continuer à organiser chaque année divers moments de contact (virtuel) avec les personnes qui ont obtenu la certification (les professionnels du DM) et à établir formellement un agenda annuel. Ces moments de connexions périodiques offrent aux participants l'occasion de discuter entre eux d'expériences pratiques. En outre, ces échanges permettent au Service d'identifier davantage les obstacles que rencontrent les participants dans la pratique et, à partir de là, d'apporter sa contribution à la politique.
- Lors du précédent avenant, le Service a effectué, d'une part, une analyse de faisabilité pour lier une certaine forme de stage à la formation. D'autre part, il a étudié comment les participants dans le domaine du travail pourraient être soutenus par d'autres (anciens) participants ayant plus d'expérience professionnelle.

Les résultats des deux exercices ont été testés avec les professionnels du DM et ont donné lieu à une nouvelle initiative intégrée visant à mettre en place un système de stage et d'accompagnement. Le futur « forum » doit devenir un lieu de rencontre virtuel pour les nouveaux participants et/ou les jeunes diplômés en DM avec les (anciens) participants plus expérimentés. Ce système devrait contribuer à une adéquation/liaison optimale des candidats stagiaires avec un maître de stage correspondant, compte tenu des différents profils et rôles actifs dans le domaine de la réinsertion.

Pendant la durée de cet avenant, le Service des indemnités soumettra/élaborera une proposition pour le développement d'un système de liaison des stages vacants, y compris des possibilités d'accompagnement pour les nouveaux participants et/ou les nouveaux diplômés.

Liste des actions-engagements

1. Organisation de la 5^{ème} année de la formation en « Disability Management ».
Date limite : 31/01/2021.
2. La révision annuelle du système de recertification sur la base du feed-back des participants.
Date limite : 01/06/2021.
3. Organiser au moins deux moments de contact (virtuel) par an avec les personnes ayant obtenu le certificat (= professionnels DM) et établir chaque année un agenda pour l'année à venir.
Date limite : 31/12/2021.
4. Le Service organise au moins une fois par an une formation continue pour toutes les personnes ayant suivi la formation au cours des dernières années. Cette formation entre en ligne de compte pour la recertification.
Date limite : 31/12/2021.
5. Sur la base de l'étude de faisabilité réalisée sur les possibilités de stage pour les nouveaux participants ou les jeunes diplômés, le service soumettra une proposition de méthode de travail aux coordinateurs des formateurs et aux professionnels du DM afin de lier les stages, y compris l'accompagnement des (anciens) participants ayant une plus grande expérience professionnelle, aux stagiaires.
Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Les anciens participants ressentent une valeur ajoutée en continuant à rencontrer des personnes qui, comme eux, travaillent dans le domaine de la réinsertion.
- Les anciens participants réussissent mieux à mettre en pratique ce qu'ils ont appris.
- Le réseau élargi avec lequel les anciens participants collaborent considère que c'est une plus-value de travailler avec eux.
- Les anciens participants dispensent un meilleur service dans le domaine de la réinsertion socioprofessionnelle.
- Dans leur organisme, les anciens participants sont des personnes de référence en matière de réinsertion socioprofessionnelle.
- La réinsertion socioprofessionnelle de personnes entrant dans le cadre de l'AMI s'effectue d'une manière plus efficace et effective.
- La politique globale relative à la réinsertion est adaptée en fonction de l'apport des acteurs du terrain.

Facteurs externes

- Une collaboration constructive permanente avec le consortium multidisciplinaire de formateurs ;

- L'intérêt des participants à être en contact permanent avec d'autres personnes qui ont suivi la formation.

Article 15. Développer des directives pour une approche multidisciplinaire des dossiers d'évaluation d'incapacité de travail et de réinsertion.

Le présent article concerne la clôture de l'article 12 du précédent avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration (2016-2018), il s'agit d'un nouveau projet n'ayant pas fait l'objet d'un des Contrats d'administration antérieurs de l'INAMI.

Description

Ce projet vise l'optimisation du processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail et d'invalidité, l'optimisation du service en matière de réinsertion, en développant une vision du travail multidisciplinaire au sein des organismes assureurs et l'élaboration de directives à l'intention des équipes multidisciplinaires.

Cadre

Conseiller, contrôler, informer.

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Construire et diffuser l'expertise en matière d'incapacité de travail
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** : Gestion du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail

Contexte

L'incapacité de travail et la réinsertion sont définies de manière multifactorielle. Cf. le modèle CIF et le modèle Sherbrooke. Outre les facteurs médicaux tels que les lésions, les troubles fonctionnels, le diagnostic et la thérapie, les facteurs non médicaux tels que le niveau de formation de l'assuré, son contexte socio-familial, les conditions de travail spécifiques, la catégorie de professions, les professions de référence, ... sont au moins aussi importants.

En entourant le médecin-conseil d'une équipe multidisciplinaire et en leur donnant la possibilité d'approcher dès le début de l'incapacité de travail tous les aspects de l'incapacité de travail et de la réinsertion sous un angle multidisciplinaire, la qualité des décisions du médecin-conseil peut être améliorée, les moyens alloués peuvent être utilisés de manière plus efficace et des soins intégrés peuvent être proposés aux assurés reconnus en incapacité de travail.

L'approche de "soins intégrés" suppose :

- le développement d'une vision sur le travail multidisciplinaire au sein des organismes assureurs,
- l'installation d'une équipe multidisciplinaire qui peut assister le médecin-conseil dans la détection et la gestion des facteurs médicaux et non médicaux qui influencent l'incapacité de travail et la réinsertion, et qui peuvent avoir un effet stimulant ou entravant,
- l'élaboration de directives fixées par le Comité de gestion du Service des indemnités. Ces directives décrivent entre autres :
 - les tâches des différents membres de l'équipe multidisciplinaire,
 - les procédures à suivre,
 - la collaboration de l'équipe multidisciplinaire avec le médecin-conseil et le CMI,
 - les outils en vue d'évaluer les capacités fonctionnelles. Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, il convient de prendre également en considération les efforts déjà fournis par d'autres établissements et instances (e.a. les centres de rééducation fonctionnelle) en matière de réinsertion et de RTW,
 - les données minimales en matière de traitement de l'incapacité de travail que le médecin-conseil doit communiquer au CMI, le contenu de ces données ainsi que les modalités selon lesquelles et le délai dans lequel ces données doivent être communiquées.

La portée de ce projet est axée sur le développement d'une vision sur le travail multidisciplinaire au sein des organismes assureurs et l'élaboration des directives susvisées.

Lors de l'avenant précédent (2019-2020), un groupe de travail restreint de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CSCMI) a entamé la réflexion sur l'approche multidisciplinaire des dossiers d'incapacité de travail et de réinsertion socioprofessionnelle. Ce groupe de travail restreint de la CSCMI, composé de représentants des directions médicales des organismes assureurs et du Service des indemnités, a préparé une note de consensus reprenant les principes de base, utilisée comme point de départ au lancement de la réflexion au sein du futur groupe de travail du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail (CEIT).

Ce nouveau groupe de travail, qui a été créé dans le cadre du Centre d'expertise et qui compte des représentants des organisations patronales ainsi que des organisations représentatives des travailleurs salariés et du monde académique, a formulé en juin 2020 une proposition concrète de vision et de directives sur base de la note de consensus du groupe de travail de la CSCMI.

Le groupe de travail du Centre d'expertise a exposé son avis sur la collaboration multidisciplinaire au CSCMI le 13/11/2020, lors d'une rencontre virtuelle. En effet, aucune réunion physique n'a eu lieu dans l'ensemble du CSCMI depuis que les mesures de confinement liées à la crise sanitaire de la COVID-19 ont été mises en place.

L'approbation (après éventuel ajustement) de l'avis du Centre d'expertise par la CSCMI et ensuite la soumission de la proposition définitive de la CSCMI concernant cette vision et ces directives au Comité de gestion du Service des indemnités font l'objet du présent avenant.

Liste des actions-engagements

1. Dans le cadre de la CSCMI : l'approbation de l'avis du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail concernant cette vision et ces directives. Date limite : 13/05/2021.
2. Dans le cadre du Comité de gestion du Service des indemnités : l'établissement de directives sur la base des propositions de la CSCMI après avis du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail. Date limite : X + 4 mois, où X = la date de l'approbation de l'avis du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail par la CSCMI (comme fixé dans l'Action-engagement 1).

Effets attendus

- Processus décisionnel et motivation de qualité en ce qui concerne l'incapacité de travail, l'invalidité et la réinsertion.
- Un meilleur accompagnement de l'assuré vers la reprise du travail et une meilleure collaboration avec les partenaires (VDAB, FOREM, Actiris, CP-MT, médecin traitant, centres de rééducation fonctionnelle, ...)
- Une utilisation optimale des moyens de l'assurance indemnités.
- Offrir une solution à la pénurie de médecins-conseils grâce à une délégation optimale des tâches.

Facteurs externes

- Collaboration avec les organismes assureurs.

Article 16. Poursuite de l'ancrage de BeNeLuxA et de « l'International Horizon Scanning Initiative ».

Cet article concerne la poursuite et l'ancrage d'initiatives prises précédemment en vertu de l'article 23 du 5^e Contrat d'administration 2016 - 2018 et de l'article 14 de l'avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration.⁴

Description

Cet article concerne le renforcement et la poursuite de l'ancrage de l'actuel accord BeNeLuxA, une coopération internationale entre les instances des différents pays chargées du remboursement en vue d'assurer un accès durable aux médicaments innovants pour le patient et d'opérationnaliser la spin-off «International Horizon Scanning Initiative» (IHSI).

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 (un ou plusieurs)** : gestion des moyens financiers pour les médicaments.

⁴ Cet article est également lié au projet de passerelle « Accès à l'innovation dans les soins de santé » qui fait partie du premier Socle commun (encore en cours) (2019-2021). Le socle commun rassemble les projets de coopération de l'INAMI avec le SPF Santé publique et l'AFMPS. Il constitue un volet distinct du précédent avenant (2019-2020) au 5^e contrat d'administration (2016-2018) de l'INAMI.

Contexte

Cet article traite des évolutions et des travaux qui ont été formellement entamés à la suite de l'accord NEBEL entre la Belgique et les Pays-Bas (cf. 5^e CA : art. 23 + art. 22 « Pacte d'avenir pour le patient » et art. 14 de l'Avenant 2019-2020 au 5^e CA). En 2015, les ministres belges et néerlandais compétents ont signé une déclaration d'intention de coopération poussée en matière de politique pharmaceutique. Entre-temps, l'accord NEBEL a été étendu à d'autres États membres européens et le Luxembourg (septembre 2015) et l'Autriche (juin 2016) y ont adhéré. Depuis juin 2018, l'Irlande fait également partie de l'initiative de coopération, rebaptisée BeNeLuxA.

La collaboration internationale entre les autorités de ces 5 pays compétentes pour le remboursement de médicaments vise à contribuer à garantir aux patients un accès plus rapide à des médicaments innovants à prix abordable. Outre le contrôle du prix des médicaments, cette collaboration vise à réaliser des gains d'efficacité substantiels grâce à, entre autres, l'échange structurel de données et d'expertise et l'organisation d'évaluations communes.

Une nouvelle extension de cette initiative de coopération à d'autres États membres reste une priorité de l'ordre du jour. En effet, unir ses forces à l'échelon international présente des avantages tant pour le fabricant de médicaments (accès à un marché de patients plus vaste) que pour le patient (médicaments onéreux et innovants plus accessibles). Outre les médicaments orphelins, les médicaments prioritaires qui pourraient être concernés par cette collaboration internationale sont ceux ayant une forte incidence sur le budget et/ou répondant à un besoin médical important.

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. Depuis début 2016, on a investi dans le développement d'un cadre structuré tant pour le processus décisionnel au sein de l'initiative BeNeLuxA que pour l'exécution des différentes activités et projets-pilotes dans les quatre domaines d'activités. En mai 2019, l'INAMI a repris des Pays-Bas la présidence de BeNeLuxA et la coordination générale. Les 4 domaines ont été entamés au cours du 5^e contrat d'administration (2016-2018). Ils sont brièvement expliqués et actualisés ci-après.

1. Horizon Scanning et « l'International Horizon Scanning Initiative» (IHSI)

Horizon Scanning vise à détecter les produits pharmaceutiques innovants à un stade précoce, avant leur mise sur le marché. Cela permet non seulement de mieux évaluer l'incidence future sur le budget national des soins de santé, mais aussi de prendre plus rapidement des décisions concernant le remboursement des nouveaux médicaments et d'entamer à temps les négociations (transfrontalières) sur les prix avec le secteur pharmaceutique.

En 2017, le Centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KCE) a élaboré une méthodologie pour réaliser des « Horizon Scans » internationaux pilotés de façon centralisée.

Dans le courant de 2018, le projet « Joint Horizon Scanning » qui regroupe actuellement cinq pays a été élargi et est devenu « l'International Horizon Scanning Initiative (IHSI) ». L'objectif est de mettre en place, avec tous les pays intéressés, un système permanent d'horizon scanning basé sur l'étude KCE, peu importe que ces pays adhèrent ou non à part entière au BeNeLuxA.

Le cadre technique, juridique et financier de la future IHSI a été mis au point au sein du groupe BeNeLuxA, sous l'impulsion de l'INAMI. En juillet 2019, la Belgique et l'Irlande ont formalisé la création d'une ASBL internationale qui a rendu opérationnel le projet international « Horizon Scanning Initiative (IHSI) » (www.ihsi-health.org). Entre-temps, 9 pays font partie de l'IHSI : la Belgique, les Pays-Bas, l'Irlande, le Danemark, la Norvège, le Portugal, la Suisse, la Suède et le Luxembourg. Des contacts (actifs) sont entretenus avec certains pays européens et non européens (entre autres le Canada, l'Autriche, l'Australie,

l'Écosse, le Royaume-Uni, etc.) et des organisations européennes et non européennes (OMS Europe, OMS Genève, OCDE, Unicef, etc.) qui ont manifesté ou manifestent un intérêt pour une participation. L'objectif est de rendre cet instrument de dépistage commun opérationnel à l'échelle des pays et d'assurer un ancrage solide à l'échelon international.

2. Évaluation des technologies de la santé (HTA)

Par « évaluation des technologies de la santé », on entend les études menées pour déterminer la valeur thérapeutique (éventuellement ajoutée) de nouveaux médicaments, vaccins ou de nouvelles technologies dans le secteur de la santé. Il s'agit également de comparer le prix du produit aux bénéfices en termes de santé et de qualité de vie.

L'objectif est de continuer à explorer et à concrétiser les formes de collaboration et les synergies possibles dans ce domaine. Dans une première phase, l'accent avait été mis sur la réutilisation (partielle) des rapports d'évaluation HTA réalisés par d'autres pays et sur la rédaction conjointe d'évaluations HTA. Depuis 2015, plusieurs projets-pilotes HTA ont déjà été menés conjointement et les experts des différents pays ont, par exemple, joué le rôle « d'arbitre externe » mutuel dans le cadre de leur propre procédure HTA nationale, ou ont rédigé conjointement les rapports HTA. Depuis 2018, ce domaine d'activités est dirigé par l'INAMI, soutenu par l'Irlande.

L'objectif ultime est de parvenir à une reconnaissance mutuelle des rapports d'évaluation HTA réalisés dans le cadre de la collaboration BeNeLuxA et même en dehors de celle-ci. À terme, cela allégera considérablement le travail d'étude individuel au sein des différentes agences HTA nationales.

3. Information and Policy Sharing

Dans ce domaine, des recherches sont menées sur les outils et méthodologies que les pays partenaires peuvent utiliser pour échanger efficacement des données, des informations et des connaissances détaillées sur les marchés pharmaceutiques, les prix des médicaments, les bonnes pratiques et l'élaboration de la politique.

Un nouveau volet de collaboration important est la conception de registres transnationaux de patients pour la collecte de données post-commercialisation. Ces registres doivent aider à collecter et échanger des données probantes (« evidence-based ») sur l'efficacité d'un nouveau médicament chez de grands groupes de patients. En 2019-2020, l'INAMI a piloté, en collaboration avec HealthData, un projet de création de 2 registres-pilotes transnationaux, un pour la sclérose en plaques (SEP) et un pour l'amyotrophie spinale (SMA). Le registre pour la SMA est entre-temps opérationnel et celui pour la SEP est en cours d'élaboration.

4. Pricing, Reimbursement, Joint Negotiations

Le dernier domaine d'activités du BeNeLuxA regroupe les initiatives internationales concernant le prix et le remboursement des médicaments (orphelins), en ce compris les négociations conjointes sur les contrats.

Deux réalisations majeures sont la création d'une plate-forme d'échange d'informations stratégiques et la mise au point d'un processus normalisé pour des négociations coordonnées et/ou conjointes sur les contrats avec l'industrie pharmaceutique.

En 2017, la Belgique (contrats de type article 81) et les Pays-Bas (arrangements financiers) ont conjugué leurs efforts et lancé des projets-pilotes sur des médicaments ciblés. Ces négociations conjointes ont abouti à une première décision positive conjointe en juillet 2018. Un accord a été trouvé avec le producteur au sujet du remboursement du médicament orphelin Spinraza® pour le traitement de l'amyotrophie spinale (SMA), une maladie rare.

Au cours de la période 2019-2020, plusieurs nouveaux projets-pilotes pour lesquels des procédures sont toujours en cours ont été lancés. Entre-temps, la coopération intergouvernementale sur le contrôle des prix et le remboursement de médicaments innovants a été de plus en plus renforcée et pérennisée. À terme, ces « joint forces » structurelles devraient permettre aux administrations nationales de la santé d'être plus fortes pour négocier (conjointement) les prix de médicaments innovants parfois extrêmement onéreux.

Sur la base de l'Horizon Scan, les médicaments candidats pour l'année 2020 ont été identifiés, le processus de « short-listing » a été finalisé et des contacts ont été pris avec les firmes qui sont des candidats potentiels.

Par ailleurs, les membres de BeNeLuxA organisent chaque mois une téléconférence portant sur l'actualisation des procédures de remboursement et l'apport d'autres pays.

Un important atelier a eu lieu fin novembre 2019. Les participants ont examiné pour deux études de cas si une disposition à payer (« willingness-to-pay ») pouvait être constatée pour plusieurs pays. En adoptant une attitude proactive et en se mettant d'accord sur le prix qu'elles sont prêtes à payer pour un médicament donné, les autorités nationales chargées du remboursement peuvent modifier radicalement leur position de négociation par rapport à l'industrie. Au lieu d'être en position d'infériorité, cette coalition de pays peut opposer au modèle non concurrentiel de fixation des prix appliqué par les firmes pharmaceutiques un front uni et davantage axé sur la demande. Cet exercice a été réalisé en collaboration avec l'initiative FINOSE (Finlande, Norvège et Suède). Des experts du Danemark, de l'Islande, de l'Écosse et du Canada y ont également participé.

En vertu de cet avenant 2021, l'INAMI s'engage à informer le Conseil général en établissant un rapport annuel sur l'état d'avancement des accords conclus entre les cinq pays, avec une attention particulière à la poursuite de l'opérationnalisation du projet « International Horizon Scan Initiative (IHSI) ».

Liste des actions-engagements

1. Élaboration d'un rapport annuel sur l'évolution de l'accord de collaboration BeNeLuxA destiné au Conseil général. Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Développement de synergies avec des acteurs européens
- Une collaboration transnationale permet de mieux mettre à profit l'expertise (réutilisation d'analyses faites par des pays partenaires).

Facteurs externes

- Collaboration avec des acteurs européens (essentiellement les instances chargées du remboursement des médicaments)
- Disponibilité des moyens RH requis.

Article 17. Optimiser et professionnaliser la communication externe.

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

Optimaliser 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.

Cadre

Informé.

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : communication interne et externe
- **Niveau de processus 1** : gestion des contacts avec la presse ; gestion du site web INAMI ; soutenir les actions de communication interne et externe ; développer et ancrer le cadre de la communication (lignes d'action).

Contexte

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

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),...)

Le focus sera mis, en 2021 sur la partie stratégique, c.-à-d. finaliser le modèle, les domaines et les objectifs stratégiques de la communication. Et cela afin de garantir une communication complète, correcte, claire, proactive et rapide et de donner plus d'impact et de visibilité aux missions et aux données de l'INAMI.

La partie plus opérationnelle - plan d'approche (opérationnel) comprenant les phases, les actions et le timing – sera entamé en 2022, dans le cadre du prochain contrat d'administration.

Quelques éléments cruciaux dans la réflexion et l'opérationnalisation sont e.a. :

- améliorer les flux d'informations (interne et externe) ;
- développer une politique de presse ;
- ancrer la communication de crises, qui a montré sa performance en 2020 (crise COVID) ;
- établir et publier des KPI.

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

Ce projet a également comme but d'optimiser la collaboration avec les collègues communication des 2 autres institutions, dans le cadre du Redesign des organisations de santé.

Liste des actions-engagements

1. Finaliser, discuter et valider la proposition du nouveau modèle, des domaines stratégique et des objectifs stratégiques de la communication. Date limite : 31/12/2021.

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.

Facteurs externes

- Collaboration avec des partenaires externes.
- Collaboration et développement de synergies avec le SPF Santé publique et l'AFMPS.

Article 18. Mental Health Care: soins psychologiques pour les citoyens et les dispensateurs.

Cet article concerne une toute nouvelle initiative liée à la crise sanitaire COVID-19 qui n'a pas encore été abordée dans de précédents contrats d'administration de l'INAMI. Le projet s'inscrit également dans le plan stratégique COVID-19 Santé publique sous le Paquet n°6. Resilience Dispensateurs de soins - Mental (health) preparedness.

Intitulé

Soutenir les professionnels de la santé et les patients dans le domaine de la santé mentale.

Cadre

Organiser, informer, règlementer.

Axes principaux

- Optimiser l'accès aux soins de santé mentale.
- Innovation dans le cadre de l'assurance indemnités.

Carte de processus:

- **Domaine de processus:** à identifier plus en profondeur
- **Processus niveau 1:** à identifier plus en profondeur

Contexte

L'épidémie de Covid-19 a très durement impacté la santé mentale de la population en Belgique. Divers études publiées par les universités et Sciensano le démontre.

Ces constats viennent amplifier une situation déjà très problématique. Une série d'indicateurs démontrent une dégradation constante de la santé mentale. Au niveau du secteur des indemnités, cela se manifeste notamment par un doublement du nombre de diagnostic de santé mentale dans les entrées en invalidité. Outre les causes propres liées à la dynamique de l'évolution de ce secteur, il est clair que la crise de 2008 aura joué un rôle d'amplification. Ce lien est très bien établi par la littérature scientifique.

Le plan stratégique Covid-19 santé publique (work package 6. Resilience zorgverleners - Mental (health) preparedness) contient une série d'initiatives à court et moyen terme dans le domaine de la santé mentale et notamment :

- Soutien psychologique de première ligne accessible (médecins et autres professionnels de santé) à tous les groupes d'âges.
- Soutien psychosocial aux professionnels de la santé actifs dans les hôpitaux, en particulier dans les services COVID-19.
- Téléconsultations psychologues et des psychiatres.
- Continuité des soins pour les patients dans les hôpitaux psychiatriques de jour.
- Continuité des soins des organisations à but non lucratif (par exemple, l'accueil et le traitement des toxicomanes).
- Surveillance de l'état psychosocial des patients et des professionnels de la santé (par Sciensano)
- Analyse du report des soins pendant la première vague.
- En cas de pénurie grave de professionnels de la santé, disposer d'un projet pour permettre la déploiement de professionnels de la santé supplémentaires.

A ces différents domaines auxquels l'INAMI est associé avec l'ensemble des administrations fédérales concernées, plusieurs domaines d'activité propre aux indemnités sont identifiables:

- Réhabilitation, indemnisation et retour au travail des patients Covid,
- Réhabilitation, indemnisation et retour au travail des travailleurs dont la santé mentale a été impactée par la crise économique.

Ces domaines correspondent aux actions suivantes :

- Création de partenariats entre les acteurs de la réhabilitation et du retour au travail
- Définition de programmes intégrés de soins/retour ou maintien sur le poste de travail
- Etudes spécifiques
- Participation à des projets d'échanges avec des organisations internationales et en particulier l'OCDE qui lance un nouveau projet de recherche et d'échanges sur le thème « Disability inclusion: unleashing the potential of the future of work » qui sera forcément très influencé par les conséquences de la crise Covid.

Dans le cadre de cet avenant 2021, l'INAMI s'engage à préparer le plan d'approche pour fin janvier 2021, comprenant les propositions de projets/actions concrets dans le domaine de la santé mentale. Un reporting précis des réalisations est prévu dans le cadre des rapports semestriels et annuels.

Liste des actions-engagements

1. Préparer un plan d'approche comprenant les propositions de projets/actions concrets dans le domaine de la santé mentale (en lien avec le Plan stratégique COVID). Date limite : 31/01/2021.

2. Établir semestriellement un état d'avancement des actions 'Mental Health' (lien Plan stratégique COVID) via le rapport semestriel et annuel de l'avenant. Dates limites : 30/06/2021, 31/12/2021.

Effets attendus

- Un meilleur accompagnement des professionnels de santé, des patients.
- Augmentation de la (re)mise au travail.

Facteurs externes

- Collaboration avec des partenaires nationales et internationales (OCDE).

Article 19. Analyse préalable 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.

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

Description

Cet article vise à la préparation de 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.
- Optimisation 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:** (1) Traiter les demandes de réinsertion socioprofessionnelle; (2) Traiter les contrôles/réévaluations ciblés

Contexte

Les informations nécessaires à la prise de décision en matière de réintégration des personnes en incapacité de travail ne sont pas transmises dans des conditions optimales, ou le sont de façon partielle ou non structurée. A cela s'ajoutent un retard important, ou encore, l'implication de l'assuré social concerné.

Les processus de réintégration et réinsertion manquent actuellement de fluidité avec pour conséquence:

- Perte de temps pour le médecin-conseil et le médecin du travail, avec impact sur la qualité et le délai de sa décision
- Perte de temps pour le secteur curatif, trop souvent sollicité par des demandes de rapports
- Le manque d'informations pertinentes : les médecins généralistes disposent des rapports spécialisés pour autant que ces rapports soient publiés sur les Hubs des réseaux hospitaliers ou que ces rapports aient été envoyés par la poste aux médecins généralistes.
- Divergences entre l'évaluation médicale du médecin-conseil et une décision antérieure formulée par un acteur d'un autre régime de la sécurité sociale ou par le médecin du travail.
- Incompréhensions de l'assuré social par rapport aux décisions prises à son égard et risque de contestation par celui-ci de la décision devant les tribunaux du travail.
- La méconnaissance des références légales dans l'évaluation dans un autre secteur peut induire une incompréhension entre les acteurs médicaux en charge d'évaluer l'incapacité de travail.
- L'impossibilité pour le secteur curatif de pouvoir communiquer directement avec le médecin-conseil ou avec le médecin du travail en charge du dossier de son patient.

Le seul canal de communication digital existant entre médecins du travail et médecins-conseils (MyBox/Rido) ne répond pas aux besoins et ne pallie pas les inconvénients cités ci-dessus. De plus, le module HECTOR permettant aux médecins généralistes de communiquer via leur software avec le médecin-conseil ou avec le médecin du travail est très peu employé ou connu, car selon le secteur il n'est pas efficace et n'est pas gratuit.

Il est à noter que l'exposé d'orientation politique du Ministre des Affaires sociales reprend également un objectif pour moderniser et améliorer l'évaluation médicale de l'incapacité de travail : *« A cet égard, la contribution de tous les acteurs concernés, c'est-à-dire les employeurs, les travailleurs et les médecins (médecin généraliste, médecin du travail, médecin conseil) est très importante, tant sur le plan de la prévention que de la réintégration, et ce dans un souci de qualité des processus d'évaluation médicale et de réintégration. »*

Le service des indemnités effectuera dans le premier semestre de cette année une pré-analyse basée sur les éléments et données déjà disponibles afin de voir si une étude de faisabilité plus détaillée sur le sujet sera nécessaire. Pour fin juin 2021 une note sera soumise au Comité de gestion des indemnités avec une proposition d'approche pour le projet.

Les objectifs finaux de la plateforme de communication, basée sur la définition des besoins médicaux et fonctionnels, sont les suivants :

- La construction d'un environnement sécurisé et digitalisé pour améliorer la communication et la collaboration entre les médecins du TRIO : médecins-conseils, médecins du travail et médecins traitants (généralistes et spécialistes).
- L'échange d'informations sur des dossiers médicaux individuels pertinentes au regard de l'activité propre à chaque spécialité du TRIO (questions/réponses).
- Le partage des données médicales et des rapports médicaux (dans la gestion de l'incapacité de travail, de la réintégration et des processus de gestion d'accords médicaux en soins de santé).
- La mise à disposition des données soins de santé des mutualités (prestations médicales, consommation médicaments,) nécessaires aux médecins traitants pour mieux accompagner leurs patients.
- Le monitoring et l'évaluation par l'INAMI et le SPF emploi des trajets de réintégration et de réinsertion.

Il conviendra d'évaluer si cette plateforme pourrait éventuellement à terme s'étendre aux assurés sociaux, employeurs et aux médecins des assureurs privés en matière des accidents de travail.

Les stakeholders, y compris les OA's, seront impliqués dès le début du projet et une structure de co-gouvernance sera mise en place.

Une initiative recoupant en partie les objectifs de ce projet a déjà été prise dans le cadre du projet RIDO mais celle-ci n'a pas atteint les résultats escomptés. Le service analysera s'il est possible de tirer les enseignements de RIDO.

Liste des actions-engagements

1. La rédaction, par le service des indemnités, d'une note pour le Comité de gestion des indemnités qui reprendra le résultat d'une pré-analyse de la situation, et qui comprendra l'information si une étude de faisabilité sera nécessaire ou si il y a assez d'éléments disponibles pour la préparation du projet (cette préparation tiendra compte de la structure co-gouvernance: les stakeholders, y compris les OA's seront impliqués). Date limite: 30/06/2021.
2. En tenant compte du contenu de la note réalisée par l'action-engagement 1, et si en effet il semble nécessaire d'effectuer une analyse de faisabilité: Définition du scope de l'étude, de sa méthodologie et choix d'un consultant extérieur chargé d'accompagner l'INAMI dans la conduite de l'étude. Date limite: X+4 mois, X= date de réalisation de la note comme définies dans l'action-engagement 1 (si la nécessité d'une analyse de faisabilité a été confirmée).

Effets attendus

- Meilleur suivi diagnostique, thérapeutique et de réintégration
- Décisions plus consensuelles entre médecins du TRIO
- Meilleure qualité des décisions
- Identification et meilleur aiguillage vers le bon médecin du dossier selon qu'il soit médecin-conseil, médecin-travail ou médecin traitant
- Meilleur monitoring des trajets de réintégration

Facteurs externes

- Collaboration avec les organismes assureurs, les médecins traitants et les services externes et internes de prévention

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

Article 20. 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 15 de l'Avenant 2019-2020 du 5^{ème} Contrat d'Administration 2016-2018. Vu la collaboration structurelle avec le SPF SPSCAE et l'AFMPS pour toute une série de thèmes relatifs à cette politique de réforme, cet article a également été repris dans le Socle commun, à savoir dans la passerelle « Réforme du secteur hospitalier » via le projet de passerelle 4.3.1.2. « Financement du secteur hospitalier ».

Description

Poursuite de la collaboration dans un contexte interadministratif à l'élaboration des modules de travail en matière de 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 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. En ce qui concerne ce dernier point, les quatre projets suivants ont déjà été inclus dans l'Avenant 2019-2020 et la poursuite de leur réalisation dans celui de 2021.

1. Implémentation, monitoring et audit du système des soins à basse variabilité en ce qui concerne les honoraires.
Depuis le 1^{er} janvier 2019, les honoraires pour 57 groupes de patients ayant besoin de soins à basse variabilité sont regroupés au moyen d'un montant fixe par hospitalisation au lieu d'être remboursés séparément par prestation. Ce nouveau système (en ce compris la postcure et la gestion des problèmes ad hoc) a été déployé, suivi et audité durant la période couverte par l'Avenant 2019-2020.

Le monitoring et l'audit portent sur des processus structurels et récurrents qui, grâce à la mise à disposition progressive de données, ont livré leurs premiers résultats en 2020 (cf. les rapports du Service Audit Hôpitaux et de la Direction Actuariat du Service des soins de santé). Cela a permis d'obtenir un premier aperçu des changements de comportement en matière de soins aux patients depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. L'ensemble des données couplées relatives à 2019 ne seront disponibles qu'en 2021 et, étant donné leur importance pour la réalisation d'une analyse de l'impact plus approfondie, l'action-engagement en matière de monitoring est explicitement maintenue dans l'Avenant 2021.

2. Extension du système des soins à basse variabilité 'honoraires' aux médicaments et autres produits de santé, ainsi qu'au budget des moyens financiers (BMF)

Nous étudions si d'autres sources de financement peuvent également être intégrées dans un financement par hospitalisation :

- a. le budget pour les médicaments et éventuellement d'autres produits de santé (implants, dispositifs médicaux)
- b. les forfaits d'hôpital de jour et le financement BMF pour les frais de fonctionnement lors des hospitalisations classiques.

Ensemble, lesdites réformes (1 et 2) déboucheront sur un montant prospectif global par hospitalisation pour les groupes de pathologies nécessitant des soins à basse variabilité. Ce montant sera constitué, d'une part, des honoraires groupés et, d'autre part, des flux financiers intégrés pour d'autres activités hospitalières.

Des activités, notamment la réalisation d'analyses financières quantitatives et des préparations concernant le cadre réglementaire, ont été lancées durant la période de l'Avenant 2019-2020, mais elles ont été ralenties par la crise de la COVID-19. L'INAMI s'engage à poursuivre ces activités en 2021 afin que les budgets correspondants puissent être alloués de manière correcte à des groupes de pathologies spécifiques dans le cadre des soins à basse variabilité.

3. Stimulation du système d'hôpital 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). Une note conceptuelle et un plan d'approche pour encourager le système d'hôpital de jour ont été élaborés durant la période de l'Avenant 2019-2020 et approuvés par les partenaires concernés. Toutefois, la poursuite de l'élaboration du plan a, elle aussi, été retardée par la crise de la COVID-19. Pour 2021, l'INAMI s'engage à continuer à coordonner la concrétisation, l'implémentation et le monitoring de ce système de financement alternatif.

4. Construction systématique du programme P4P

Le programme « Pay for performance » (P4P) mené dans le cadre de la réforme des hôpitaux est le mécanisme qui lie directement la rémunération pour les soins dispensés aux résultats obtenus au niveau de la structure, du processus et/ou des indicateurs de résultats. Le 1^{er} juillet 2018, un programme P4P a été lancé pour les hôpitaux généraux et universitaires : la qualité des soins est évaluée à l'aide d'un ensemble d'indicateurs fixés et ensuite récompensée financièrement. L'ensemble d'indicateurs et la répartition des points sont revus chaque année.

C'est la DGSS (SPF SPSCAE) qui coordonne la construction systématique de ce programme. Dès lors, pour 2021 l'INAMI s'engage à poursuivre sa collaboration et son soutien.

Liste des actions-engagements

1. Poursuivre le monitoring du système de soins à basse variabilité en ce qui concerne les honoraires (dépenses au niveau macro : activités, forfaits, etc.). Date limite : en permanence, notamment via les documents mensuels N.
2. Poursuivre les activités sur l'élargissement du système des soins à basse variabilité aux médicaments et autres produits de santé, ainsi qu'au BMF. Date limite : 31/12/2021.
3. Continuer à assurer la coordination de toutes les mesures à exécuter afin d'encourager le système d'hôpital de jour, à savoir l'adaptation de l'annexe 1 de la convention entre les hôpitaux et les organismes assureurs, la rédaction d'une circulaire (INAMI), ainsi que les adaptations du BMF (SPF SPSCAE). Date limite : 31/12/2021.
4. Continuer à participer activement à la construction systématique du programme P4P. Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Garantie de soins de santé de qualité, abordables et accessibles grâce à 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

- Collaboration du SPF SPSCAE et de l'AFMPS
- Collaboration des parties prenantes : dispensateurs de soins, logiciels, OA, organes (CNMM, etc.), industrie pharmaceutique, hôpitaux.

Article 21. Poursuite de la maîtrise de l'offre et des missions de soins spéciales : spine units & chirurgie complexe pour les affections de l'œsophage et du pancréas.

Cet article est la suite de l'article 17 de l'Avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration 2016-2018.

Description

La concentration de 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 un centre de référence faisant partie d'un consortium d'établissements de soins.

Cadre

Attribuer, régler, 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 premier lieu d'introduire des mesures qui permettront d'améliorer la qualité 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, dont la consultation multidisciplinaire pour la colonne vertébrale obligatoire (MSC) et le registre, est prévue pour 2021.

L'INAMI s'engage à évaluer l'application de cette nouvelle nomenclature relative à la chirurgie de la colonne vertébrale 24 mois après son entrée en vigueur (action-engagement 1).

Partie 2 : chirurgie complexe : 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 1^{er} 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 base des conclusions du rapport final. Les conventions comprennent les modalités de remboursement pour les prestations concernées ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation. Le 17 février 2020, le CSS a approuvé la méthodologie d'évaluation entièrement développée. En vue du rapport final, des valeurs cibles moyennes seront fixées pour les indicateurs de processus et de résultat sur base des résultats moyens obtenus au cours de la première année de la convention (3 ans). Les valeurs cibles moyennes reflèteront ainsi concrètement la situation clinique quotidienne en Belgique. Ces valeurs cibles seront mises à disposition une première fois provisoirement et sous réserve à la fin du mois de décembre 2020. Quelques mois plus tard, elles seront ensuite validées par le Groupe de pilotage Chirurgie Complexe qui les rendra disponibles de manière définitive.

Le calendrier de l'évaluation initial a été ajusté à l'été 2020. Ainsi, les conventions (modifiées) prévoient que la Fondation Registre du cancer soumette les premiers rapports annuels individuels aux consortiums respectifs fin 2020 et au Groupe de pilotage Chirurgie Complexe début 2021. Un premier rapport annuel général, avec les résultats validés par chaque centre, y compris les éventuelles actions d'amélioration, sera ensuite soumis au Groupe de pilotage au cours du deuxième trimestre 2021. L'INAMI s'engage à soumettre un rapport intermédiaire à ce sujet (↔ rapport final en 2023) au CSS peu après sa validation (voir action-engagement 2).

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+24 mois, où X = la date d'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature.
2. Partie 2 – Chirurgie complexe : Présentation d'un rapport intermédiaire en vue d'éventuelles actions d'amélioration au CSS.
Date limite : X+ 2 mois, où X = la date de validation du rapport annuel général de la Fondation Registre du cancer par le Groupe de pilotage Chirurgie Complexe.

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 22. Optimisation de la gestion financière : accélération de la clôture des comptes et optimisation de la coordination interne des processus et des flux de paiement (suivi des recommandations du rapport d'audit interne).

Ce projet est la continuation de l'article 18 (partie 1) de l'avenant 2019-2020 du 5^e contrat d'administration (2016-2018).

Description

Contribuer à accroître la transparence et la lisibilité des flux et mécanismes de financement dans le secteur des soins de santé : vers une clôture accélérée des comptes et une poursuite de l'optimisation des processus et des flux de paiement internes.

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

- Maîtrise des dépenses SSI.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : gestion des finances.
- **Processus niveau 1** : financement de l'assurance soins de santé et indemnités ; gestion des recettes ; gestion des dépenses ; gestion du budget ; gestion de la comptabilité ; gestion du contrôle et de l'analyse de gestion.

Contexte

Depuis 2008, la Cour des comptes formule chaque année des remarques sur l'introduction tardive des comptes de l'INAMI. On entend par « comptes » le rapport comptable (bilan et comptes de résultat) de l'institut, accompagné du rapport des réviseurs d'entreprise. Ces comptes sont le résultat du processus suivant :

1) imputation des dépenses et clôture des comptes par les secteurs.

Les recettes et les dépenses sont comptabilisées tout au long de l'année. Ces imputations peuvent avoir lieu jusqu'au 31 janvier N+1 pour les frais d'administration, 31 mars N+1 pour les indemnités et les accidents médicaux et 30 septembre N+1 pour les soins de santé. Les frais de gestion sont répartis entre les secteurs, qui clôturent ensuite leurs comptes. La responsabilité financière des OA constitue un volet important des comptes du secteur des soins de santé. Les comptes des secteurs sont approuvés par les organes de gestion respectifs.

2) Rapport comptable de l'INAMI

Le rapport comptable, rassemblant les comptes des secteurs, les tableaux avec le bilan et les comptes de résultat, est établi et approuvé par le Comité général de Gestion.

3) Certification par les réviseurs

Les réviseurs, nommés par arrêté ministériel sur la base d'un appel d'offre restreint, contrôlent les comptes, et, après de nombreux échanges d'informations avec l'INAMI, rédigent un rapport contenant leurs remarques. Ce rapport est approuvé par le Comité général de Gestion.

4) Envoi des comptes accompagnés du rapport des réviseurs

Les comptes doivent être envoyés au SPF Sécurité sociale, accompagnés du rapport des réviseurs, au plus tard le 31 décembre N+1. Le SPF vérifie que le dossier est complet et le fait signer par le ministre de tutelle. Il le transmet au SPF BOSA. Le SPF BOSA effectue des vérifications, formule des remarques éventuelles, et transmet le rapport à la Cour des Comptes, au plus tard le 31 janvier N+2 (cf. AR du 22.6.2001, modifié par l'AR du 28.8.2002).

À la fin de 2018, une mission d'audit sur le calendrier du processus de clôture des comptes de l'INAMI a été effectuée. L'objectif de cet audit était d'identifier les causes de retard dans le processus et de formuler des recommandations. Par la suite, la direction a décidé des causes auxquelles elle voulait s'attaquer afin

de réduire ce retard. Enfin, le responsable du processus end-to-end de clôture des comptes a établi un plan d'action précisant pour chaque recommandation les responsables et les délais.

Le plan d'action (en ce compris le calendrier et les responsabilités pour les secteurs) pour rattraper le retard (années 2015-2018) et pour accélérer la clôture des comptes à l'avenir a été finalisé en novembre 2019. Ce plan d'action contient les éléments suivants :

- (1) un timing proposé pour :
 - a. rattraper le retard accusé par les réviseurs d'entreprise pour le contrôle des exercices déjà clôturés,
 - b. accélérer la clôture des comptes des secteurs pour les exercices 2016 à 2019 inclus,
 - c. accélérer la clôture des comptes des secteurs à partir de l'exercice 2020.
- (2) Les actions à mener pour pouvoir clôturer les comptes au 30.6.X+1 à partir de l'exercice 2020.

Des réunions de coordination sont régulièrement organisées avec les services opérationnels et le service financier (depuis l'automne 2019). Lors de ces réunions, les services assurent le suivi du planning des clôtures en cours et s'attaquent aux éventuels obstacles à une accélération de la clôture à l'avenir. Des propositions de modification de la réglementation sont formulées si nécessaire.

Une note basée sur ces travaux a été soumise au Conseil général de l'assurance soins de santé le 9 mars 2020 (note CGSS 2020/14). Elle comprend entre autres les plans de rattrapage détaillés pour la clôture des comptes et les mesures à prendre pour accélérer le processus de clôture à l'avenir.

La mise en œuvre du plan d'action figurait déjà en tant qu'action-engagement dans l'avenant 2019-2020. La date limite a été fixée au 5 mai 2021, c'est-à-dire 18 mois après la livraison du plan d'action. Cette mise en œuvre est périodiquement contrôlée par le Service d'audit interne. Comme indiqué dans le rapport annuel sur la mise en œuvre de l'avenant 2019-2020, cinq recommandations (formulées dans le rapport d'audit) pouvaient déjà être clôturées. 4 recommandations sont en cours d'exécution et 3 sont encore en attente. « L'opération de rattrapage » se déroule comme prévu : les réviseurs ont en effet déjà remis leur rapport sur l'exercice 2013, ils sont en train de préparer celui de 2014 qui est attendu dans les prochains jours et celui de 2015 devrait en principe pouvoir être remis en 2020 (ou début 2021 au plus tard).

Liste des actions-engagements

1. Mise en œuvre du plan d'action élaboré pendant la période d'exécution de l'avenant 2019-2020.
Date limite : 5/5/2021, soit 18 mois après la livraison du plan d'action.

Effets attendus

- Meilleure gestion des moyens.
- Accélération de la clôture des comptes.
- Budget, flux et mécanismes financiers plus transparents et plus faciles à gérer.

Facteurs externes

- Aucun.

Article 23. Optimiser la gestion financière du budget soins de santé : soutenir l'élaboration ultérieure du nouveau système de responsabilité financière.

Cet article est la suite de l'article 18, partie 2, de l'Avenant 2019-2020 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018.

Description

Contribuer à des flux et mécanismes de financement plus transparents et plus maîtrisables dans les soins de santé : soutenir l'élaboration ultérieure de ce nouveau système (cf. loi SSI du 14 juillet 1994, article 191 et articles 196 à 203 inclus).

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Réaliser des analyses financières et soutenir le processus SS/SI
- **Processus niveau 1** : Faire comptes

Contexte

Le système de la responsabilité individuelle des organismes assureurs (OA), introduit afin de tenir compte des profils de risque de chaque OA, doit être revu: (1) en raison de la complexité de réalisation et de son effet retardateur sur le processus de la clôture des comptes (cf. article 22), (2) à la suite de la 6^e réforme de l'État et (3) à la suite des recommandations de la Cour des comptes en ce qui concerne l'évolution vers un nouveau système de responsabilisation qui permettra d'éviter la sélection de risque et la concurrence déloyale (rapport première moitié de 2017). Cette intention avait déjà été annoncée dans le Pacte d'avenir avec les OA (version 5.0 de septembre 2016, action-engagement 65).

Pendant la durée de l'Avenant 2019-2020 une note a été soumise au Conseil général (note CGSS 2020/014) exposant plusieurs problèmes concernant les comptes de l'INAMI (cf. article 22) et la responsabilité financière, ainsi que des analyses respectives et des propositions d'amélioration. Un groupe de travail du CGSS composé de représentants de l'INAMI, des OA et de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a ensuite été chargé de poursuivre l'élaboration du système. Le CGSS n'a pas intégralement accepté les premières propositions de ce groupe de travail (juillet 2020) et un groupe de travail plus élargi a dû être mis en place.

Pour 2021, l'INAMI s'engage à soutenir l'élaboration ultérieure de ce nouveau système.

Liste des actions-engagements

1. Soutenir l'élaboration ultérieure du nouveau système de responsabilité financière par, e.a., la présentation d'une note à ce sujet au CGSS. Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Meilleure gestion du budget Soins de santé
- Flux et mécanismes financiers plus transparents et mieux maîtrisables

Facteurs externes

- Collaboration avec les organismes assureurs et d'autres partenaires externes
- Données OA, Pharmanet, RCM (résumé clinique minimum), Statbel

Article 24. Poursuivre le développement d'une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification.

Cet article est la suite de l'article 19 de l'Avenant 2019-2020 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018.

Description

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.

Cadre

Conseiller, informer, régler

Axes

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

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 (par ex. télémédecine, soins multidisciplinaires,...)
- à améliorer la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature
- à introduire des incitants pour promouvoir la coopération et la qualité.

Cette réforme prendra en compte une meilleure vérifiabilité par la DGEC.

Trois équipes scientifiques soutiennent cette réforme depuis juin 2019 et sont chargées de développer des propositions pour atteindre les objectifs. Le projet s'étale sur 4 ans et se compose de 3 phases.

La phase 1 concerne la restructuration et la standardisation du libellé des prestations, en se conformant ou en s'inspirant des normes et exemples internationaux (nomenclature descriptive) :

- Standardisation suivant une logique 'triaxiale' ou adaptée à la catégorie concernée de la nomenclature
- La ICHI-classification (International Classification of Health Interventions - OMS) ou adaptée à la catégorie concernée de la nomenclature pour une comparaison à l'échelle internationale.
- Transfert méthodologique pour le maintien et l'élaboration des prestations dans une nomenclature permanente cohérente

Les prestations médicales qui sont traitées en premier lieu se rapportent à des prestations de médecins et sont subdivisées en 3 catégories/sous-phases :

- Sous-phase 1A - Étude sur les actes techniques médico-chirurgicaux, réalisée par l'ULB (Pr Pirson et Pr Leclercq) avec une durée de restructuration des libellés allant de juin 2019 à mai 2021 (2 ans).
- Sous-phase 1B - Étude sur les actes médicotéchniques automatisés et assimilés, réalisée par Möbius avec une durée allant d'octobre 2019 à juin 2021 (18 mois) pour :
 - o 1B1 - Anatomopathologie
 - o 1B2 - Biologie clinique et génétique
 - o 1B3 - Radiothérapie et médecine nucléaire
- Sous-phase 1C - Étude sur les actes de consultation et actes assimilés, réalisée par l'UGent (Pr Dr Trybou, Pr Dr Annemans) qui s'étale d'octobre 2019 à mars 2021 (18 mois).

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

La phase 2 consiste ensuite à élaborer des échelles de valeur suivant différents paramètres objectifs pour la partie professionnelle des honoraires (nomenclature tarifaire) :

- L'ULB développera (au minimum) pour les actes de la sous-phase 1A des scores d'intensité par le biais de l'évaluation de l'intensité des charges de travail médicales respectives.
- Durée de cette phase : février 2021 à février 2023 ou 2024

Enfin, la phase 3 se rapporte à l'évaluation des frais de fonctionnement des honoraires nécessaires à la réalisation des actes médicaux (nomenclature tarifaire) :

- L'ULB définira également les frais de fonctionnement liés aux actes afin d'isoler les actes de la partie professionnelle au sein de la nomenclature.
- Durée de cette phase : à discuter à partir de juin 2021, pour exécution à partir de 2023 ou 2024.

La préparation des phases 2 et 3, ainsi que le plan d'approche 'high level' pour ces phases sont déjà prévus.

Cette réforme se déroule de manière intégrée et en plein alignement avec des initiatives de réforme parallèles comme la révision de l'A.R. n° 78 sur les professions des soins de santé et la réforme du financement des hôpitaux (en collaboration avec le SPF SPSCAE).

De plus amples informations sur ce projet sont disponibles sur le site web de l'INAMI, sous la rubrique 'Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins'. La page web est régulièrement mise à jour avec les travaux et les réalisations récents.

Au cours de l'Avenant 2019-2020, toutes les études ont été lancées et les avancées ont été rapportées au CSS. Dans le cadre de l'Avenant 2021, l'INAMI s'engage à soumettre au CSS les propositions finalisées (délivrables des équipes scientifiques) ainsi que des propositions sur les modalités d'implémentation respectives (action-engagement 1).

Liste des actions-engagements

1. Concernant la restructuration et la standardisation du libellé des prestations :

- Phase 1A : Soumettre au CSS une note reprenant les propositions finalisées relatives aux actes techniques médico-chirurgicaux (délivrables ULB), ainsi que les propositions relatives aux modalités d'implémentation.

Date limite: X + 6 mois, où X est la date de délivrance des propositions finalisées par l'équipe de l'ULB.

- Phase 1B : Soumettre au CSS une note reprenant les propositions finalisées sur les actes de radiothérapie médicotéchniques automatisés et assimilés (délivrables Möbius), ainsi que des propositions sur les modalités d'implémentation.

Date limite: X + 6 mois, où X est la date de délivrance des propositions finalisées par l'équipe Möbius.

- Phase 1C : Soumettre au CSS une note reprenant l'étude finalisée ainsi que le rapport de recherche final sur les actes de consultation et actes assimilés (délivrables UGent), ainsi que les propositions relatives aux modalités d'implémentation.

Date limite: X + 6 mois, où X est la date de délivrance de l'étude finalisée et du rapport de recherche final par l'équipe de l'UGent.

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, alignement réciproque, concertation et coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire.

Facteurs externes

- Disposer des moyens nécessaires.

Article 25. Développement et mise en production étape par étape d'une nouvelle application NomenSoft.

Cet article est la suite de l'article 20 de l'Avenant 2019-2020 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018.

Description

Modernisation et optimisation de NomenSoft, la base de données et l'application web actuelles pour la nomenclature et la pseudonomenclature.

Cadre

Informer

Axes

- Amélioration des processus et informatisation
- Optimisation du service orienté client

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

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 facilement (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).

Il a été décidé de moderniser NomenSoft afin, entre autres, d'obtenir des performances plus élevées et un meilleur lien avec d'autres applications et bases de données internes, de répondre à l'évolution des besoins des utilisateurs finaux externes et internes mais aussi d'enrichir l'application avec une terminologie standardisée. La mise en œuvre de ce projet se déroule en deux phases, dont la première a été clôturée dans le cadre de l'Avenant 2019-2020. Plus précisément, une note de vision, comprenant une analyse détaillée des besoins internes, a été élaborée pour une nouvelle application qui sera soumise à l'approbation du Comité de direction de l'INAMI d'ici la fin de 2020.

La deuxième phase fait l'objet du présent Avenant 2021. L'INAMI s'engage, après approbation interne de la note de vision, à développer et à mettre en production progressivement une nouvelle application. Plus concrètement, les données de la nomenclature élaborées 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.

Les résultats du projet en cours « Poursuivre le développement d'une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification » (voir l'article 24) seront également intégrés.

Liste des actions-engagements

1. Développement et mise en production de la première itération d'une nouvelle application NomenSoft.
Date limite : X + 18 mois, où X est la date d'approbation de la note de vision par le Comité de direction.

Effets attendus

- Assurer la continuité de NomenSoft
- Contribuer à l'interprétation et l'application correctes des règles de la nomenclature
- Améliorer le lien 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

Article 26. La mise sur pied d'un système de données efficace, intégré, optimisé et codé pour le domaine des indemnités : incapacité de travail, invalidité et réinsertion.

Le présent article concerne le transfert partiel et la prolongation de l'article 22 du précédent avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration (2016-2018).

Description

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. Pour y parvenir, ce projet vise à :

- 1) collecter des données supplémentaires auprès des OA ;
- 2) poursuivre le développement des datawarehouses du SI pour la gestion des banques de données internes ;
- 3) analyser quelles banques de données externes peuvent être rendues accessibles au SI.

Cadre

Informier, gérer, optimiser, conseiller.

Axes principaux

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

- Maîtrise des dépenses SI.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : réalisation d'analyses concernant l'incapacité de travail
- **Processus de niveau 1 (1 ou plusieurs)** :

Contexte

Pour exercer les compétences légales du Service, du Comité de gestion, du Centre de connaissance en matière d'incapacité de travail et de la CSCMI, le Service doit collecter des données, gérer les banques de données internes, pouvoir consulter des banques de données internes et externes et analyser et croiser les données. Cela doit permettre au Service, de fournir des informations, dans les délais demandé, à la ministre, aux autorités politiques, à la presse..., d'effectuer les statistiques et analyses nécessaires en vue de définir des mesures stratégiques.

L'objectif du projet est de parvenir à un système de données efficace, intégré, optimisé et codé. Le projet sera réalisé en collaboration avec la Cellule Datamanagement 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, §§ 1^{er}, 2 et 3 ; art. 82, 2°, 5° et 6°, et art. 85, 1°, 2°, 3° et 4°.

L'analyse de la situation actuelle, de l'évolution et des tendances en matière d'incapacité de travail, d'invalidité et de réinsertion, implique la collecte de nouvelles données, la gestion de plusieurs banques de données internes et le croisement de ces données de ces informations avec des données de banques de données externes.

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 trois objectifs :

- 1) 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 précédent (2019-2020). Après approbation par les OA, la mise en production effective de ce nouveau « flux Évaluation et Réinsertion » dans l'application IDES pourra être entamée lors d'une prochaine étape.
- 2) Développer davantage encore les datawarehouses existants pour gérer plus efficacement les banques de données internes. On procédera à une analyse pour examiner comment intégrer davantage encore les banques de données du SI (IDES, IFW, RTTP, RP...). Par ailleurs, on enregistrera des données supplémentaires dans le datawarehouse en rapport avec les certificats d'incapacité de travail, l'incapacité de travail primaire et le trajet de réinsertion et provenant des nouveaux flux ITP/CIT.

- 3) Effectuer une étude de faisabilité sur la possibilité de consulter des banques de données externes, et sur la possibilité de coupler des données des banques de données internes à celles de banques de données externes (DWH MT&PS⁵, RIDO⁶, AIM, DMFA, DIMONA...). Au cours de l'avenant précédent, cet objectif a été divisé en 2 volets :
- Le volet 1 renvoie à l'analyse des possibilités d'accès aux données de l'AIM. Cette analyse a été clôturée début 2020. Il a été conclu qu'un échange structurel de données avec l'AIM n'a actuellement pas de sens, vu la valeur ajoutée limitée pour le SI. Il a cependant été recommandé de lancer une étude commune avec l'AIM pour explorer en profondeur les possibilités d'un croisement de données AIM-INAMI. Des discussions à ce sujet sont en cours avec l'AIM. Cette nouvelle étude ne fait pas partie de l'avenant 2021.
 - Le volet 2, la réalisation d'une étude de faisabilité concernant la consultation des banques de données d'autres IPSS, fait l'objet de ce nouvel avenant 2021.

Concrètement, cela doit permettre d'effectuer des analyses supplémentaires: les différentes formes de réinsertion pour monitorer ainsi la politique de réinsertion (réadaptations professionnelles, trajets de réinsertion auprès de l'employeur et du médecin-conseil...); la situation sur le marché du travail avant et après une période d'incapacité de travail (chômage, secteur de l'emploi...); le suivi de l'assuré par le médecin-conseil et son équipe multidisciplinaire; ... Le projet permettra aussi d'améliorer la qualité des données en identifiant les problèmes de qualité grâce au croisement des banques de données. Enfin, ces données enrichies peuvent aussi être utilisées pour des études réalisées par des partenaires externes (comme PROMES2, études dans le cadre du Centre de connaissance en matière d'incapacité de travail...).

Liste des actions-engagements

Pour l'objectif 1 (collecter des données supplémentaires)

1. Mise en production du nouveau « flux Évaluation et Réinsertion » dans IDES avec des données sur les contacts avec l'assuré et la réinsertion. Date limite : X + 12 mois, X = date à laquelle l'accord avec les OA est atteint concernant l'analyse fonctionnelle à l'étape précédente.

Pour l'objectif 2 (développer davantage encore les datawarehouses existants)

2. Élaborer une analyse sur l'optimisation et l'extension des datawarehouses du SI. Date limite : 31/12/2021

Pour l'objectif 3 (consulter des banques de données externes)

3. Élaborer une étude de faisabilité sur la possibilité de consulter des bases de données externes (Volet 2 : accès aux banques de données d'autres IPSS). Date limite : 31/12/2021

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

- L'accord de l'Autorité de protection des données est nécessaire.

⁵ Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale

⁶ Dossier Réinsertion

- Disponibilité et coopération des partenaires externes (OA).
- Disponibilité des moyens RH requis tant pour le domaine ICT que pour le domaine du datamanagement.

Article 27. Collaboration à l'élaboration de la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (eGAO/eCIT) et à une étude sur l'automatisation de l'enregistrement et du traitement des certificats d'incapacité de travail.

Cet article concerne, d'une part, la poursuite de la première partie de l'article 23 de l'avenant précédent 2019-2020 au 5^e contrat d'administration (2016-2018) et, d'autre part, la clôture de la seconde partie (1^{er} volet) du même article.

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 logiciel algorithme permettant d'automatiser l'enregistrement et le traitement des certificats d'incapacité de travail (CIT), et la réalisation d'une étude de faisabilité de l'implémentation de cet algorithme au sein des organismes assureurs. Ce projet vise également à vérifier dans quelle mesure l'intelligence artificielle peut contribuer au développement de l'algorithme précité, par ex. pour la traduction automatique d'un diagnostic en texte libre en un code de pathologie. Ce projet garantit :
 - un traitement uniforme des 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 de niveau 1 (un ou plusieurs)** : 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)

eGAO/eCIT vise à poursuivre le projet d'informatisation de l'attestation d'incapacité de travail « Mult-eMediatt » (projet pilote sur une base volontaire pour les acteurs concernés) dans le cadre de la simplification administrative dans le secteur des soins de santé. Sa mise en œuvre est incluse dans le plan d'action eHealth 2019-2021.

Un premier pas dans cette direction a été franchi à partir de 2014, avec le projet « eMediatt ». Depuis lors, les médecins disposent de la possibilité de transmettre l'attestation d'incapacité de travail par voie électronique à MEDEX. Ce document ne concerne que les fonctionnaires occupés dans un service public affilié à MEDEX.

Le projet pilote Mult-eMediatt suivant, inclus dans l'avenant précédent 2019-2020, avait deux objectifs principaux :

- d'une part, standardiser les différents modèles d'attestations d'incapacité de travail,
- et, d'autre part, transmettre au médecin, avec l'accord du patient, les destinataires éventuels trouvés dans les banques de données afin de permettre l'envoi électronique de l'attestation d'incapacité de travail au(x) destinataire(s) concerné(s) qui a/ont été identifié(s).

D'autres initiatives et réalisations auxquelles l'INAMI a contribué dans le cadre du projet pilote Mult-eMediatt concernent la clarification du processus business, c'est-à-dire la description du flux futur pour la transmission du CIT électronique ainsi que l'élaboration et la fixation de ses éléments opérationnels avec les organismes assureurs.

En outre, l'INAMI a participé activement à la concertation relative aux codes à utiliser dans les certificats d'incapacité de travail (CIT) et ce, en collaboration avec le Centre de terminologie du SPF Santé publique, les organismes assureurs et la plateforme eHealth.

Dans le cadre de ce nouvel avenant 2021, l'INAMI continuera à participer à l'opérationnalisation du flux électronique/de l'attestation du certificat d'incapacité de travail (CIT) et se concentrera concrètement sur la mise en œuvre des éléments suivants :

- la transmission aux OA du diagnostic codifié par le secteur traitant,
- l'adaptation de la réglementation telle qu'elle figure dans la note du Comité de gestion du 18/04/2018 après clarification de toutes les modalités avec les organismes assureurs,
- la poursuite des concertations avec les développeurs de logiciels en vue de l'intégration de l'eCIT dans les progiciels médicaux et de leur inclusion dans la prime de pratique intégrée 2021.

Partie 2 : Étude sur l'automatisation de l'enregistrement et du traitement des CIT (volet 1)

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 2^e certificat de prolongation, voire un 3^e et un 4^e 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.

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 1^{re} 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, clignotants 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 :

- de données qui sont connues plus tard (par exemple sur la base de la feuille de renseignements),
- des réponses au questionnaire,
- de la réception du certificat de prolongation,
- 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 (le premier volet est repris dans le présent avenant) 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 précédent (2019-2020). Ainsi, un groupe de travail a été créé au sein du Centre d'expertise en matière d'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.

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 algorithmique en utilisant les bases de données disponibles.

La mise en œuvre de cette étude peut être divisée en plusieurs parties.

- Obtenir les approbations nécessaires de la Commission d'éthique du groupe de recherche universitaire sur la confidentialité des données. Il s'agit d'une condition suspensive pour le démarrage de l'étude et la mise en œuvre de cet engagement.
- 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.

- Livraison finale des bases de données par l'INAMI au groupe de recherche (= données INAMI + OA), afin qu'elles puissent être exploitées par le groupe de recherche.
- Développement de l'algorithme et réalisation d'un premier test.
- Test de l'algorithme – développement du modèle.

Le démarrage effectif de l'étude avec l'analyse des données dépend de la livraison en temps voulu des bases de données communes par l'INAMI au groupe de recherche. Après la livraison, 10 mois sont prévus pour le développement et le test de l'algorithme pour l'enregistrement et le traitement automatiques du CIT. La proposition méthodologique finale de l'algorithme, accompagnée d'avis, sera ensuite soumise à la CSCMI.

L'étude de faisabilité effective pour la mise en œuvre de l'algorithme dans les OA (volet 2) ne fait pas partie de cette étude ni du présent avenant.

Liste des actions-engagements

1. Participation à l'opérationnalisation du flux électronique/de l'attestation du certificat d'incapacité de travail (CIT) – Projet de suivi eGAO/eCIT. Date limite : suivi par le biais d'un rapport semestriel et annuel.
2. Dans le cadre du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail : création d'un groupe de travail qui élaborera une proposition d'algorithme et soumettra son avis à la CSCMI⁷. Date limite : X + 10 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

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

- Collaboration avec les organismes assureurs (et les autres acteurs concernés : plateforme eHealth...).

Article 28. Programme de numérisation – Exécuter le programme de numérisation reprenant l'ensemble des projets contribuant à la numérisation de nos processus et de notre nouvel espace de travail.

Ce projet est la continuation de l'article 27 de l'Avenant 2019-2020 du 5^e Contrat d'administration (2016-2018).

Description

En vue de notre déménagement avec le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et de notre évolution future dans le New Way Of Working (NWOW), l'INAMI met en place un programme de numérisation reprenant les projets visant à réduire la production de papier de nos

⁷ Actuellement, un groupe de travail du CTM est déjà chargé de l'analyse de la politique de convocation.

processus, à numériser nos archives existantes et à préparer nos collaborateurs aux nouveaux espaces de travail.

Cadre

Organisation interne, innover.

Axes principaux

- Amélioration des processus et informatisation
- Maîtrise des coûts internes et des dépenses SSI

Contexte

À l'occasion du séminaire stratégique de mars 2017, organisé dans le cadre du projet Health On The Move, dix grands domaines de numérisation ont été choisis afin de préparer notre organisation à son déménagement futur dans un environnement paperless :

- numérisation des archives
- assurer des interfaces numériques
- suppression des obstacles légaux qui entravent la numérisation
- espace de travail numérique (Digital Workplace)
- automatisation des processus et de notre façon de travailler
- rendre nos applications mobiles
- assurer la sécurité de l'information et la mettre en conformité avec le Règlement général sur la protection des données
- soutenir le trajet de redesign
- développer des environnements ouverts et Big Data
- étudier les technologies innovantes

En collaboration avec les différents services de l'INAMI, le Service ICT a élaboré un programme pour la mise en œuvre de ces différentes composantes/domaines. Ce programme a depuis lors déjà largement été mis en œuvre. Ces derniers mois, pendant la crise du coronavirus, un certain nombre de composantes ont été déployées à un rythme accéléré (comme ePost par exemple). Récapitulatif des différentes parties du projet en cours :

- **Numérisation des archives**

Vu le déménagement en mars 2021 et le fait de devoir, par conséquent, vider les bâtiments, la date limite pour le traitement de toutes les archives a été fixée au 31 décembre 2020. Chaque service s'est vu attribuer pour ce faire des objectifs relatifs au volume mensuel à traiter. Malgré la situation liée au coronavirus, tout porte à croire que tous les services atteindront leurs objectifs et que le projet sera finalisé fin 2020. La scanroom de l'INAMI est restée en service afin de permettre le traitement du courrier entrant, mais aussi la numérisation des archives, et à partir du mois de juin, les collaborateurs des services soutenu par des étudiants sont retournés au bureau pour traiter les archives papier dans leurs services (préparation de l'envoi au partenaire externe, préparation de la numérisation,...).

- **Assurer des interfaces numériques**

- Le projet ePost, la solution interne par laquelle tout le courrier entrant non lié à un dossier est scanné et envoyé aux services, a entre-temps entièrement été déployé (déploiement accéléré COVID-19). Par conséquent, il n'y a plus de papier qui circule en interne au sein de l'organisation et il est possible de travailler complètement sans papier.
- Afin de minimaliser les échanges externes sur papier avec nos clients, les citoyens et nos partenaires, des applications spécifiques sont développées et des procédures de demande

- numériques sont mises en place. L'utilisation de la e-Healthbox est entre-temps en production. Des services informatisés (eServices) qui offrent la possibilité de consultation externe d'un dossier sont développés pour EDOS / SECM et sont en développement pour DAMO / FAM afin de permettre un envoi électronique des demandes.
- Dans le cadre de MyINAMI, digidid a été développé pour que les dispensateurs de soins aient une vue numérique complète sur l'ensemble des documents contenus dans leur dossier.
 - **Suppression des obstacles légaux qui entravent la numérisation**
 - Force probante
 - La procédure pour l'octroi de la force probante à nos documents numérisés en interne a été approuvée par le ministre compétent. Elle est à présent entièrement en ordre. Concrètement, cela signifie que tous les documents scannés par l'équipe de numérisation de l'INAMI ont la force probante requise. Pour les documents scannés par d'autres partenaires dans le cadre de la numérisation de nos dossiers, une procédure pour la preuve légale est en cours et sera finalisé bientôt.
 - Signature électronique
 - La signature individuelle « in process » est possible et en vigueur.
 - La signature « en masse » se fait soit sur la base d'une signature électronique (mettre la signature en image), soit en regroupant les documents et en les signant comme un tout.
 - Une initiative de coopération entre plusieurs institutions a été lancée par BOSA dans le cadre de la « signature électronique » afin de trouver une solution via le G-Cloud. L'INAMI est actif dans le cadre de cette collaboration.
 - **Espace de travail numérique (Digital Workplace)**
 - Outre la numérisation des processus et des documents papier, la transformation en un lieu de travail et en une culture numériques est également appuyée par divers outils destinés à l'organisation du travail et à la collaboration avec les collègues (calendriers Outlook-Skype...). Pour soutenir et accompagner les utilisateurs, nous avons continué à investir dans toutes sortes d'actions de formation et d'accompagnement parmi lesquelles les sessions « Lunch & Learn ». Pour ces actions également, nous sommes passés à des formes en ligne (moments de formation en ligne, webinaires, vidéos, séances de questions-réponses). La plateforme de connaissances numérique et l'intranet de l'INAMI ont permis de faire ressortir régulièrement des conseils et des liens utiles vers le matériel de support en fonction des questions récurrentes des utilisateurs. La crise du coronavirus a été à l'origine de l'utilisation de nouveaux outils pour les réunions et le travail. Les équipes ont pu tester des tableaux blancs numériques, des méthodes de suivi, ZOOM, etc. Pendant toute la période, les collaborateurs ont pu toujours s'adresser au helpdesk.
 - Nous avons également travaillé sur la « culture numérique », c'est-à-dire sur la manière d'utiliser efficacement ces outils. En avril, 3 webinaires ont été organisés à l'intention des dirigeants : « Stay in touch », « Faciliter mes réunions virtuelles » et « Collaborer à distance ». Afin de consolider davantage les acquis pendant la situation de télétravail complet et afin de reprendre prudemment le travail sur place, toutes les DG et leur staff ont organisé une rétrospective pendant la période de juin à septembre. Cette rétrospective a principalement porté sur ce que nous avons appris et ce que nous voulons maintenir, entre autres dans le domaine du travail et de la collaboration numériques. Ces actions ont été intégrées aux initiatives prises par le Service RH et le Service de communication pour soutenir les dirigeants et les collaborateurs dans le système de travail à distance et les mesures à respecter lors de la reprise du travail au bureau. En octobre 2020, un trajet de formation débutera pour les collaborateurs qui ont eu plus de mal à passer au travail numérique pendant la période de crise. Ce trajet inclut les compétences numériques de base afin que personne ne soit laissé pour compte dans cette évolution numérique.

- Office 365 : en cours d'introduction. eMail et Mobile Device Management ont été migrés (de on premise vers Office365 Cloud), OneDrive est à l'étude de même que quelques composantes afin d'assurer la conformité au RGPD.
- **Automatisation des processus et de notre façon de travailler - Intégration de la plateforme new case**
 - Le cahier des charges pour le « new case management » a été attribué. L'ancien case 365 sera progressivement abandonné mais le support continuera à être assuré aussi longtemps que nécessaire.
- **Rendre nos applications mobiles**
 - Au SdSS, la compatibilité de l'application MyInami avec des appareils mobiles a été réalisée. Ce projet expérimental servira d'exemple d'approche pour d'autres applications/services.
- **Assurer la sécurité de l'information et la mettre en conformité avec le Règlement général sur la protection des données**
 - SPLUNK : implémentation finalisée, SPLUNK étant une solution « Security Information and Event Management » qui permet de centraliser les logs de toutes nos applications et de générer en outre des rapports.
 - La recertification de la sécurité de l'information (ISO27001) est prévue pour fin 2020 (un peu plus tard que prévu en raison de la crise du coronavirus). Il est prévu de prolonger le certificat en mai 2021.
 - Office 365 (cf. supra) : en cours d'introduction. eMail et Mobile Device Management ont été migrés, OneDrive est à l'étude de même que quelques composantes afin d'assurer la conformité au RGPD.
- **Le support numérique du trajet Redesign notamment via :**
 - la collaboration au « Data Programme » pour le partage de données dans le domaine de la santé. L'INAMI s'engage à poursuivre les réflexions et les analyses pour exploiter davantage les données dont nous disposons ou dont disposent nos partenaires du SPF Santé publique et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. L'objectif est de développer des synergies et des échanges autour de ces données afin d'exploiter au maximum leur potentiel pour la réalisation de nos missions. Une gouvernance centralisée a été mise en place.
 - Le support du programme « Passerelles », notamment du projet « Audit Hôpitaux ». Il s'agit de développer un environnement dans lequel des données peuvent être sauvegardées, consultées et analysées. La réglementation nécessaire devra encore être approuvée.
 - Le soutien au projet de déménagement commun HOTM (Health On The Move) :
 - un cahier des charges multimédia se trouve en phase d'attribution ;
 - investissements dans l'aménagement technique du bâtiment ;
 - Service Desk ICT : une collaboration entre les 3 institutions est en préparation ;
 - création d'un Service Center Santé commun comme point de contact unique pour le SPF SPSCAE, l'AFMPS et l'INAMI ;
 - 1 FM (le Service facilitaire commun) : mise en route d'un trajet ICT en fonction des processus TO BE redessinés ;
 - Office 365 : investir dans des outils de collaboration, e.a. l'intégration du SPF SPSCAE/l'AFMPS dans une plateforme de collaboration ou de location commune avec l'INAMI est en cours.
- **Développer des environnements ouverts et Big Data**
 - On examine la possibilité d'instaurer un système Master Data Management en collaboration avec le SPF SPSCAE, l'AFMPS et HealthData.
 - La création de 2 environnements de données est en cours : SAS (upgrade) et Power BI (introduction) notamment pour l'audit des hôpitaux, le Service Center Santé, le Service Finances.
- **Examiner les technologies innovantes**

- Intelligence artificielle (IA) : élaboration de 2 POC (reconnaissance automatique de données dans des documents dans le cadre de l'échange électronique de données médicales entre partenaires externes et le FAM).
- Blockchain : analyse de faisabilité pour l'application dans le processus « Bons de cotisation » au sein du SCA.
- Technologie « Low Code » dans le cadre du case management.

L'année prochaine, c'est-à-dire l'année au cours de laquelle nous déménagerons, nous continuerons à investir dans le programme de numérisation. L'INAMI s'engage dès lors, dans le cadre de l'avenant 2021, à faire régulièrement rapport de l'état d'avancement des projets contenus dans le programme de numérisation.

Liste des actions-engagements

1. Établir semestriellement un état d'avancement du programme de numérisation de l'INAMI via un rapport semestriel et un rapport annuel de l'avenant. Dates limites : 30/06/2021, 31/12/2021.

Effets attendus

- Diminution de l'utilisation et de la production de papier lors de l'exécution des processus.
- Numérisation des interfaces entrantes et sortantes.
- Adaptation des collaborateurs au New Way Of Working et aux futurs espaces de travail.

Article 29. Poursuite de la modernisation de la réglementation relative aux dispositifs médicaux.

Cet article est la suite de l'article 28 de l'Avenant 2019-2020 au 5^e Contrat d'administration 2016-2018.

Description

L'actualisation, l'uniformisation et l'optimisation des procédures de remboursement pour les dispositifs médicaux, axées sur la qualité, l'efficacité, la transparence, l'évolution technologique, la multidisciplinarité et un accès correct à l'innovation. Ce projet comprend les volets suivants :

- Partie 1 : adaptation des articles 27 et 29 de la nomenclature aux nouveaux titres professionnels
- Partie 2 : réglementation et procédures uniformes pour le remboursement de dispositifs médicaux

Cadre

Attribuer, réglementer, informer, conseiller

Axes principaux

- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance soins de santé et à la limitation des suppléments à la charge du patient

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Traiter les demandes de remboursement général (prestations, produits, ...) via la nomenclature
- **Processus niveau 1** : Gérer le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, Traiter les demandes d'inscription sur les listes de produits des nomenclatures et conventions, Traiter les demandes de remboursement de produits/prestations pharmaceutiques (autres que médicaments : radio-isotopes, dispositifs médicaux et moyens de diagnostics, sang, lait maternel, préparations magistrales, nutrition médicale), Gérer les modifications de la nomenclature
- **Domaine de processus** : Calculer/payer/recevoir des forfaits, des interventions, des avantages, des indemnités et primes de et à des dispensateurs de soins individuels, institutions et entreprises pharmaceutiques
- **Processus niveau 1** : Gérer les conventions de rééducation fonctionnelle

Contexte

Partie 1 :

La modification de l'arrêté royal du 6 mars 1997 relatif à certaines professions paramédicales contenant des adaptations des titres professionnels et conditions de qualification aura un impact sur le système actuel de remboursement des dispositifs médicaux. L'INAMI s'engage donc à mettre à jour les articles concernés de la nomenclature en fonction de ces modifications (action-engagement 1).

Partie 2 :

Avec le Pacte Technologies Médicales, conclu en octobre 2016, le gouvernement et l'industrie travaillent ensemble pour améliorer la sécurité, la qualité et l'accessibilité des dispositifs médicaux innovants pour les patients.⁸

Le système de remboursement actuellement en place dépend du dispositif médical en question et du dispensateur de soins compétent. L'uniformisation et l'optimisation de la réglementation et des procédures contribueront à une plus grande transparence, à une prise de décision plus rapide et à la sécurité tarifaire pour les patients. Afin de garantir la qualité des dispositifs médicaux, les preuves, le rapport coût-efficacité, les soins de santé « fondés sur la valeur » et le mode de remboursement le plus optimal sont essentiels. Les procédures doivent être suffisamment dynamiques pour pouvoir répondre rapidement aux évolutions et innovations technologiques grâce à un remboursement contrôlé en temps utile.

L'avenant 2019-2020 prévoyait l'établissement d'une note de discussion à ce sujet avec des propositions pour une réglementation actualisée et uniforme quant aux dispositifs médicaux, basée e.a. sur les bonnes pratiques à l'étranger. Pendant la durée de l'avenant 2021, l'INAMI s'engage à soumettre au CSS la note de vision finale avec l'approche high level du déploiement (action-engagement 2).

Liste des actions-engagements

1. Partie 1 : Présentation au CSS de l'adaptation des articles 27 et 29 de la nomenclature à la modification des titres professionnels.
Date limite : X + 1 an, où X est la date d'entrée en vigueur de l'AR modifiant les titres professionnels.

⁸ Voir également Socle commun, projet de passerelle « Accès à l'innovation dans les soins de santé ».

2. Partie 2 : Présentation au CSS de la note de vision concernant une réglementation actualisée quant aux dispositifs médicaux avec l'approche high level du déploiement.

Date limite : X + 3 mois, où X est la date d'approbation de la note de discussion par la Cellule stratégique.

Effets attendus

- Amélioration de la qualité des décisions.
- Intervention plus rapide de l'assurance obligatoire dans le coût des prestations.
- Accès contrôlé plus rapide aux dispositifs médicaux innovants.
- Meilleur suivi (budgétaire et médical/scientifique) de la liste des prestations remboursables.
- Suppression maximale des documents/circuits papier.

Facteurs externes

- Organismes assureurs en ce qui concerne les circuits électroniques.

Article 30. Une gestion de processus performante qui met l'accent sur l'affinement accru de la carte des processus, le développement du Business Continuity Plan (BCP), dans une approche intégrée avec la politique de sécurité de l'information.

D'une part, cet article s'inscrit dans le prolongement d'anciens projets de Contrats d'administration antérieurs de l'INAMI (Business Process management : article 41 de l'Avenant au 5^{ème} CA, article 36 du 5^{ème} CA, article 30.1 du 4^{ème} CA et article 50.1 du 3^{ème} CA) et, d'autre part, il comprend deux nouveaux volets : le Business Continuity Plan et la poursuite du soutien de la politique de sécurité de l'information.

Description

Cet article concerne la poursuite de l'intégration et de l'affinement de la carte des processus, le développement du Business Continuity Plan et la poursuite de l'intégration de la politique de sécurité de l'information.

Cadre

Organisation interne.

Axes

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

Carte des processus :

Domaine de processus : Définir, implémenter et suivre la politique/stratégie

Processus niveau 1 : Procesmanagement

Domaine de processus : Gérer les risques et audit interne

Processus niveau 1 :

Concevoir, implémenter et surveiller le Système de gestion de la sécurité de l'information (SMSI)

Contrôler les droits d'accès aux moyens de l'entreprise

Exécuter des missions d'audit sur le plan de la sécurité de l'information

Réaliser des analyses de risques sur les moyens d'information de l'entreprise, sur le plan de la sécurité de l'information

Contexte

Il y a quelques années déjà, l'INAMI a entamé un trajet BPM. Le BPM est un outil de gestion qui vise à réaliser les objectifs stratégiques et opérationnels de manière efficace et effective. Il permet d'avoir une vue structurée des processus opérationnels de l'INAMI. Une bonne compréhension des processus permet d'avoir une meilleure approche des autres éléments de la gestion organisationnelle telles que la maîtrise de risques, l'optimisation des processus, la définition d'indicateurs, l'informatisation d'un processus, la garantie de la sécurité de l'information, le soutien au Business Continuity Plan (BCP)... Cette approche attache autant d'importance à l'utilisation d'une méthodologie adéquate et uniforme qu'au développement des compétences internes.

Une vue claire sur les différents processus internes est essentielle pour l'exécution du Contrat d'administration et d'autres projets. Comprendre le déroulement d'un processus existant mais aussi savoir mener la réflexion sur une modernisation, une simplification et un renforcement de l'efficacité d'un processus permettent une bonne gestion de notre organisation.

Dans les années qui viennent, il importera de continuer à construire une organisation axée sur les processus, tout en intégrant Safe Info, et en étant particulièrement attentif à soutenir continuellement le BCP. Pour ce faire, il faudra affiner davantage la carte des processus.

Partie 1 – Affiner davantage la carte des processus

Pour garantir un plus grand affinement et l'actualisation de la carte des processus, les services devront investir dans l'actualisation de leurs processus. Cette étape se fait progressivement sur base d'un plan d'action comprenant des objectifs concrets, visant à poursuivre la modélisation et la description de leurs processus, en se centrant sur leurs priorités. La progression de ce plan d'action par service sera soumise chaque année pour information au Comité de direction.

Les gestionnaires de processus et les sponsors de processus jouent un rôle important dans l'affinement et dans l'actualisation des processus. Une formation sur leur rôle et leurs responsabilités est prévue à cet effet.

Partie 2 – Continuer à soutenir le BCP

Un Business Continuity Plan est l'élaboration préventive d'un plan en cas de calamité, d'épidémie ou de pandémie qui permet à une organisation de continuer à fournir ses services critiques à un niveau acceptable préalablement défini, pendant une période donnée. Les processus représentent une partie

importante de ce plan. Les processus critiques doivent être identifiés et les moyens doivent être mis en place afin de pouvoir continuer à les exécuter en cas de calamité (épidémie par exemple).

Durant la pandémie du coronavirus, nous avons utilisé la liste de processus de l'outil BPM HOPEX. L'outil BPM contient, outre la liste de processus, également d'autres informations pouvant être utiles pour le BCP (applications logicielles associées...). Une analyse des besoins sera réalisée pour encore mieux soutenir le BCP du point de vue du BPM de sorte que les adaptations éventuellement nécessaires dans HOPEX BPA puissent être identifiées.

Partie 3 – Renforcer la collaboration avec Safe Info – la sécurité de l'information

Le Service Safe Info utilise les processus pour identifier les risques. Pour une identification intégrée, l'INAMI a acquis un outil, HOPEX Privacy Management, qui est greffé sur la liste de processus de HOPEX BPA. L'échange d'informations est essentiel. C'est en partie pourquoi une actualisation continue de la liste de processus dans l'outil HOPEX, la garantie d'une mise à jour automatique vers Safe Info et un renforcement de la collaboration sont tellement importants. Safe Info demeure ainsi constamment informé des nouveaux processus (voir aussi partie 1).

Liste des actions-engagements

1. Continuer à affiner/actualiser la carte des processus en assurant le suivi des plans d'action des Services devant être exécutés et en assurant un feed-back au Comité de direction. Date limite : 31/12/2021
2. Rédiger un rapport d'analyse afin d'adapter l'outil BPM aux besoins du BCP et l'intégrer éventuellement dans l'outil BPM. Date limite : 31/12/2021
3. Adapter HOPEX BPA pour que Safe Info reçoive automatiquement les informations nécessaires à la validation de nouveaux processus. Date limite : 31/12/2021

Effets attendus

- Un système de sécurité de l'information plus efficace
- Un affinement et une actualisation continus de la carte des processus
- Un système de gestion de processus intégré avec des liens vers le BCP et la politique en matière de sécurité de l'information

Facteurs externes

- Le RGPD et la réglementation ISO 27001

Article 31. Poursuivre le développement de la télémédecine dans le système de soins belge et l'intégration dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Il s'agit d'un nouvel article qui n'a encore jamais figuré dans un précédent Contrat d'administration de l'INAMI. L'article 25 de l'Avenant 2019-2020 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018 relatif aux applications Mobile Health est intégré dans cet article.

La poursuite du développement de la télémédecine figure dans le Plan stratégique COVID-19 Santé publique sous *work package 9* concernant eHealth, ainsi que dans le Plan d'action e-Santé 2019-2021 qui a été actualisé au cours du deuxième semestre de 2020.

Description

Prévoir un cadre permettant une intégration élargie de la télémédecine dans le système de soins belge, y compris les possibilités en matière de remboursement.

Cadre

Attribuer, réglementer, informer, conseiller

Axes

- 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 ; calculer/payer/recevoir des forfaits, des interventions, des avantages, des indemnités et primes de et à des dispensateurs de soins individuels, institutions et entreprises pharmaceutiques.
- **Processus niveau 1** : encore à identifier.

Contexte

La pandémie du COVID-19 a accéléré l'essor de la télémédecine. Afin de garantir la continuité nécessaire des soins dans cette situation exceptionnelle, une mesure urgente temporaire devait en effet permettre de réaliser, moyennant des critères minimums de qualité et de contrôle, certaines prestations (para)médicales en l'absence physique du patient et du dispensateur de soins.

Toutefois, la télémédecine est bien plus qu'une offre de prestations à distance. Le *Health Working Paper No. 116 - Bringing health care to the patient : an overview of the use of telemedicine in OECD countries* définit la télémédecine comme suit : « *Telemedicine is the use of ICT to deliver health care (clinical services only) at a distance.* » Plus concrètement, cet article porte essentiellement sur les trois catégories suivantes :

- la télémédecine interactive, ou les consultations par vidéo/téléphone, est un moyen de communication direct et synchrone entre le patient et le dispensateur de soins ;
- le télémonitoring consiste en l'utilisation d'applications mobiles et de plateformes pour la réalisation de tests médicaux routiniers, pour la communication de résultats en temps réel aux dispensateurs de soins et l'envoi éventuel de réactions automatisées préprogrammées ;
- *le Store and forward* est comparable au télémonitoring mais est utilisé pour des données cliniques moins urgentes et pour lesquelles un délai entre la transmission et la réaction est acceptable (déjà utilisé à grande échelle, notamment en dermatologie).

Le 7 juillet 2020, le Groupe de travail Télémédecine de l'INAMI a décidé de préciser et de développer davantage les catégories suivantes :

- les téléconsultations entre patients et dispensateurs de soins

Pour l'élaboration d'une réglementation claire en matière de téléconsultations en cette période de crise de coronavirus, non seulement les recommandations formulées à l'intention des groupes cibles cités dans le rapport KCE 328 sont prises en compte (introduction de téléconsultations entre patients somatiques chroniques et médecins), mais aussi directement d'autres dispensateurs de soins et de tous les patients. Il est particulièrement nécessaire de fixer des principes généraux ainsi que des critères. Pour ce faire, entre autres les aspects suivants nécessitent une analyse approfondie avec l'élaboration de propositions.

- Cadre juridique : définitions, normes de qualité, garanties de sécurité, lien avec la législation relative à la protection de la vie privée, incitants, responsabilité professionnelle, etc.
- Technique et appareillage : critères transparents en concertation avec la plateforme eHealth, certificat officiel, etc.
- Groupes cibles
 - Patients : patients aigus et chroniques, soins de santé mentale
 - Dispensateurs de soins : fixer un ordre de priorité
- Directives et conditions, par groupe professionnel, qui mènent à de bonnes pratiques médicales.
- Stimulants pour patients et dispensateurs de soins : incitants, possibilités de formation et aides à la mise en place et à l'utilisation des téléconsultations et des applications numériques, campagnes publiques encourageant l'uptake, investissement dans la littératie numérique, etc.
- Plan d'évaluation avec input des parties prenantes, y compris le monitoring continu et l'ajustement
- Plan de communication

Plusieurs groupes de travail sont prévus pour ce faire : un groupe de travail juridique, un groupe de travail technique, un groupe de travail « support » et un groupe de travail « évaluation », chargés de réaliser les analyses précitées et de formuler des propositions concrètes. Un premier état de fait sur l'analyse juridique et les exigences techniques en matière de téléconsultations a déjà été soumis au Groupe de travail Télémédecine du 7 octobre 2020. Les résultats des enquêtes sur les soins à distance réalisées en été auprès de patients et de dispensateurs de soins ont également été présentés. Un planning a été établi pour pouvoir passer rapidement à l'introduction et à l'indemnisation de téléconsultations sûres et de qualité.

- Télémontoring et applications/appareils mobiles utilisés dans un nouveau processus de soins, dans un processus de soins existant ou adapté, permettant aux dispensateurs de soins de suivre à distance les paramètres de santé de leurs patients et de les utiliser éventuellement après lors de téléconsultations.

Dans le cadre de l'article 25 de l'Avenant 2019-2020, un cadre de travail provisoire a déjà été développé pour les applications mobiles et pour l'intégration dans l'assurance maladie obligatoire en vue d'une indemnisation (voir note CSS 2020/041). Ce cadre de travail sera continuellement ajusté. Après évaluation, une proposition de procédure pour une intégration éventuelle dans l'assurance obligatoire soins de santé sera élaborée. Ainsi, après avoir passé les deux premiers niveaux de validation, respectivement à l'AFMPS et à la plateforme eHealth/le SPF SPSCAE, une application mobile arrive au dernier niveau de validation à l'INAMI en parcourant les étapes suivantes : (1) annonce par la firme d'une application mobile pouvant être intégrée dans le système de santé, (2) évaluation par le Groupe de travail Télémédecine de la preuve clinique et de la valeur ajoutée de cette application comme complément ou remplacement de la pratique clinique actuelle et (3) formulation d'une proposition d'indemnisation pour le processus de soins par un groupe de travail spécifique, sur proposition du Comité de l'assurance.

Pour le télémonitoring, un cadre de travail n'a pas encore été établi. On examinera comment le prévoir dans le système de remboursement.

- **Télé-expertise entre dispensateurs de soins**
Un premier projet a également déjà été développé dans le domaine de la télé-expertise. Notamment pour la télé-dermatologie, une convention a été approuvée le 13 juillet 2020 pour le financement d'une étude pilote concernant le développement d'une méthode permettant les conseils dermatologiques via des consultations à distance (voir note CSS 2020/158). Des informations et des photos médicales sont échangées entre médecins généralistes et médecins spécialistes via des canaux de communication sécurisés, en vue d'un diagnostic, d'un traitement ou de la prévention d'affections cutanées. L'étude, qui durera maximum un an à compter du 1^{er} novembre 2020, doit démontrer que la télé-expertise est un moyen qualitatif, rapide, accessible, sûr et rentable pour donner des conseils dermatologiques.
D'autres projets, tels que la télé-ophtalmologie, sont également développés. Pour ces projets aussi, il est important de d'abord fixer des principes généraux et des critères (par ex. concernant les plateformes à utiliser, etc.).

Liste des actions-engagements

1. Au niveau du cadre juridique de la télémédecine : traduire les dispositions de la note de synthèse en une base légale et en arrêtés d'exécution (réglementation INAMI).
Date limite : 31/12/2021
2. Soumettre une note au GT Télémédecine avec l'évaluation de la procédure de notification pour intégration dans le système de remboursement pour applications médicales mobiles.
Date limite : 31/12/2021
3. Soumettre une note au GT Télémédecine avec l'analyse d'une intégration par phases du télémonitoring et/ou d'autres aspects de la télémédecine dans le système de remboursement.
Date limite : 31/12/2021

Effets attendus

- Attentes positives concernant la prévention, la qualité de vie, le nombre
- et la durée des hospitalisations, les soins résidentiels et les dépenses de soins
- Continuité et accessibilité garanties aux soins de qualité pour les groupes de patients les plus vulnérables
- Accélération de la dématérialisation du processus de soins (administratif)

Facteurs externes

- Collaboration du SPF SPSCAE et d'eHealth, aussi au niveau de la législation et (du déploiement) des critères techniques pour la télémédecine
- Collaboration des dispensateurs de soins
- Collaboration des organismes assureurs

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

Article 32. Optimiser la gestion financière des conventions internationales de Soins de santé : phase finale d'application des recommandations formulées dans le rapport d'audit interne.

Ce projet s'inscrit dans le prolongement de l'article 29 de l'avenant 2019-2020 du 5^{ème} Contrat d'administration (2016-2018). Il entend appliquer intégralement les recommandations formulées dans le rapport du Service d'audit interne à la suite de l'audit réalisé sur le processus de gestion des conventions internationales pour les soins de santé (cf. 5^{ème} CA article 20).

Description

Optimiser la transparence et la lisibilité des flux et mécanismes de financement sur le plan de la gestion financière des conventions internationales dans le secteur des soins de santé.

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

- Maîtrise des dépenses SSI.
- Amélioration du processus et informatisation.
- Optimisation et uniformisation de l'accès aux soins médicaux programmés à l'étranger.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Calculer/payer/recevoir des forfaits, des interventions, des perceptions, des avantages, des indemnités et primes de et à des dispensateurs de soins individuels, institutions et entreprises pharmaceutiques
- **Processus de niveau 1 (un ou plusieurs)** : Gérer les créances belges (UE et bilatérales) et étrangères (UE et bilatérales) de frais de soins de santé

Contexte

À la suite du précédent Contrat d'administration (2016-2018), une mission d'audit a été réalisée sur le processus de gestion des recettes et dépenses des conventions internationales dans le domaine des soins de santé. Le fonctionnement interne ainsi que le financement et la transparence ont été examinés à la loupe dans le cadre de cette mission d'audit.

Le processus audité des conventions internationales est un procédé particulièrement complexe avec un impact financier important, qui concerne tous les pays de l'Espace économique européen et un certain nombre de pays avec lesquels la Belgique a conclu une convention bilatérale en matière de sécurité sociale (y compris des dispositions relatives aux soins de santé).

Cette mission d'audit avait pour objectif de s'assurer de l'efficacité et de l'adéquation du système de contrôle interne en regard du processus des conventions internationales du Service des soins de santé

(SdSS). Les auditeurs ont donc vérifié si les mesures de contrôle interne avaient été bien conçues sur le plan théorique et si les risques pouvant survenir dans le travail quotidien de la direction étaient effectivement maîtrisés.

Le rapport d’audit établi fin 2017 a mis en exergue que le système actuel de gestion du contrôle interne pouvait encore s’améliorer sur plusieurs points.

Les principales constatations démontraient l'absence d'un système de monitoring ou de rapportage systématique. Il était également nécessaire de développer une meilleure gestion centralisée des données financières. C'est pourquoi il a été recommandé de faire évoluer le système actuel de gestion des risques vers un système adéquat et efficace qui s'adapte aux circonstances changeantes dans lesquelles le processus se déroule.

Il est important de signaler que l’application de la plupart des recommandations de l’audit est étroitement liée à l’adhésion de la Belgique à la Plateforme IT européenne d’échange électronique d’informations sur la sécurité sociale (EESSI), qui est la plateforme transfrontalière d’échange de données de sécurité sociale entre les instances nationales compétentes au sein de l'Europe dans le cadre des règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Avec l'instauration de l'EESSI, l’ensemble des données relatives aux dossiers internationaux de sécurité sociale ne seront plus échangées via le circuit papier mais au moyen de documents électroniques structurés. Outre des gains d'efficacité et l’amélioration de la précision des données échangées grâce à des contrôles automatiques intégrés, cela permettra d’assurer aussi une meilleure protection des données.

Tous les États membres doivent prendre les mesures nécessaires de sorte à pouvoir intégrer le système d’échange centralisé EESSI. L’intégration du réseau belge se déroule au moyen du projet BelEESSI (Belgian Implementation of EESSI), coordonné par le SPF Sécurité sociale et la Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS), et qui sera la future porte d’accès unique à l'EESSI pour la Belgique.

Aussi, l’implémentation des recommandations de l’audit s’inscrit pleinement dans la lignée de l’intégration de notre pays au sein de la plateforme EESSI. De ce fait, l’application de ces mesures dépend non seulement des progrès réalisés aux niveaux européen et belge mais aussi du rythme de progression du projet EESSI. L’intégration se fera à travers le développement d’une application CIIV2 (Conventions Internationales/Internationale Verdragen).

Après un démarrage difficile, quelques avancées ont déjà été réalisées pendant la période couverte par le précédent avenant (2013-2015), notamment à travers l’implémentation de quelques actions étrangères au projet EESSI. Certaines recommandations ont été entièrement appliquées entre-temps. Près de la moitié des actions restantes ont démarré entre-temps. Ces mesures sont donc en cours d’application.

Les mesures les plus importantes qui n’ont pas encore (complètement) été implémentées, englobent quatre domaines. Elles pourront être finalisées dans le cadre de ce nouvel avenant.

- Il s’agit, dans un premier temps, d’assurer une gestion efficace des données. La mise en œuvre de ce point est la condition sine qua non pour maîtriser les risques inhérents à d’autres thèmes.
- Un certain nombre d’actions doivent ensuite être mises en place pour améliorer la planification et la surveillance budgétaires, comme mentionnées dans les recommandations.
- Dans un troisième temps, il faudra assurer un meilleur monitoring des délais de réponse et de paiement légalement imposés, non seulement pour l’INAMI (en sa qualité d’organisme de liaison) mais aussi pour ses partenaires à l’intérieur du pays et à l’étranger. Partant de là, il sera possible d’améliorer le respect de ces délais par tous les acteurs concernés.

- Enfin, certaines recommandations visent à optimiser l'organisation interne du processus, grâce au monitoring d'un certain nombre de KPI, de même qu'à améliorer la gestion des connaissances et à transmettre un rapport périodique au management.

Presque toutes les recommandations ouvertes sont entièrement ou partiellement liées au développement de l'application CIIV2. Cette application permettra, d'une part, d'échanger les fichiers avec les OA et les États partenaires, et d'autre part, d'assurer la gestion interne des données. L'échange des données avec les OA et les États partenaires se fera par l'intermédiaire de l'application CIIV2, qui devrait être opérationnelle pour le dernier trimestre 2020. Les processus de gestion interne des données et les possibilités en matière de reporting et d'analyse financière devront encore être développés par la suite.

Vu que la mise en production de l'application ICT CIIV2 constitue une condition essentielle à la concrétisation des recommandations et qu'elle coïncide avec celle-ci dans certains cas, ce rapport de dépendance servira de point de référence pour fixer la date d'exécution de l'engagement.

Après l'implémentation des recommandations précitées, le Service d'audit interne réalisera, comme habituellement, un audit de suivi, qui permettra de clôturer définitivement les recommandations encore ouvertes.

Liste des actions-engagements

1. Finaliser la mise en œuvre des recommandations figurant dans le rapport d'audit de fin 2017 suite à l'audit réalisé sur le processus de gestion des recettes et des dépenses des conventions internationales dans le domaine des soins de santé. Date limite : X + 12 mois (où X = la livraison et la mise en production de l'application CIIV2, y compris le volet « gestion interne des données et des possibilités en matière d'analyse financière et de reporting »).

Effets attendus

- Meilleure gestion des moyens.
- Budget, flux et mécanismes financiers plus transparents et plus gérables.
- Meilleures estimations pluriannuelles.

Facteurs externes

- Le projet BelEESSI ou l'intégration technique effective de notre État membre dans l'EESSI.
- La livraison et la production de l'outil CIIV2.

Article 33. L'application informatique intégrée IDES : invalidité et autres processus dans le secteur des indemnités : partie incapacité primaire et réinsertion socio-professionnelle.

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 et de l'article 30 de l'Avenant 2019-2020 au Contrat d'administration 2016-2018.

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.

Cadre

Octroyer

Axes principaux

- Simplification administrative
- Optimisation des processus et informatisation
- Application uniforme de la réglementation
- Amélioration du rapport coût-efficacité

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 Avenant. 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 services indemnités, la réinsertion socio-professionnelle et le Contrôle ciblé.

Lors du Contrat d'administration 2016-2018, la première phase de la mise en production d'une application centrale pour la gestion des données d'invalidité a été réalisée. Cette phase consistait à intégrer dans l'application le processus invalidité et aide de tierce personne ainsi que l'envoi d'un flux au premier jour du 7^e mois d'incapacité de travail. Les échanges électroniques avec les organismes assureurs ont eux aussi été intégrés lors de cette première phase.

Dans le cadre de l'avenant 2019-2020 au Contrat d'administration 2016-2018, le volet incapacité primaire a été intégré dans IDES. Deux nouveaux flux à vocation statistique en provenance des organismes assureurs ont été développés. Le flux CIT mis en production en janvier 2019 communique des données relatives aux certificats d'incapacité de travail. Le flux ITP mis en production en janvier 2020 communique des informations consolidées relatives à l'incapacité de travail.

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. 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 mais encore communiquées aux partenaires en dehors de l'application.

Dans le cadre de l'Avenant 2021 au Contrat d'Administration 2016-2018, l'objectif est de développer davantage les interactions électroniques entre l'INAMI, les organismes régionaux pour l'emploi et les organismes assureurs d'une part, au début du processus, lors de l'introduction des demandes et d'autre part, à l'issue du processus, lors de la communication des décisions prises.

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 tous les métiers 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.

Liste des actions-engagements

1. La mise en production de la partie « interactions électroniques entre l'INAMI, les organismes régionaux pour l'emploi » dans le cadre des processus de réintégration socio-professionnelle » de l'application IDES. Date limite : X+12 mois, X=date de l'accord entre les acteurs concernés concernant l'analyse business.
2. La mise en production de la partie Contrôle ciblé. Date limite : 15/12/2021.

Effets attendus

- Amélioration du service rendu à l'assuré social
- Meilleure qualité des données et du contrôle de celles-ci
- Facilité d'accès aux données et échanges sécurisés avec les acteurs externes (organismes assureurs et médecins conseils)

Facteurs externes

- La bonne collaboration avec les organismes assureurs et les partenaires de la Réinsertion socio-professionnelle

Article 34. La suite du développement de l'application MyInami et son évolution vers un portail supra-organisationnel, y compris un self-service pour l'enregistrement de la pratique.

Cet article s'appuie sur l'article 28 (volet 1, engagements 6 et 7) du 5^e Contrat d'administration (2016-2018) et sur l'article 31 (volet 3) de l'Avenant 2019-2020 suivant. Il intègre également de nouvelles extensions de l'application MyInami résultant des urgences opérationnelles liées à la gestion de la crise sanitaire COVID-19 et est repris dans le Plan stratégique COVID-19 Santé publique à l'intérieur du *work package 1. Testing & tracing, surveillance en temps réel et flux de données*. Il fait également partie du projet passerelle - 4.3.2. Politique et prestation de services aux dispensateurs de soins du Socle commun. En outre, d'un point de vue technico-opérationnel, il est étroitement lié à l'article 35 de cet Avenant : « La gestion des formes de collaboration clinique entre les dispensateurs de soins. »

Description

Ce projet concerne :

- la poursuite de l'optimisation de l'expérience d'utilisation de l'application MyInami, notamment en rendant les services MyInami compatibles avec les appareils mobiles ;
- le développement de l'application MyInami en un portail supra-organisationnel pour tous les services administratifs qui concernent le dispensateur de soins, y compris un self-service en ligne pour l'enregistrement de la pratique.

Cadre

Organisation, information, contrôle.

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Reconnaître, inscrire et enregistrer les dispensateurs de soins individuels et institutions
- **Processus niveau 1 (1 ou plusieurs)** : Gérer les agréments et les inscriptions des dispensateurs de soins

Contexte

Dans le Contrat d'administration précédent (cf. 5e CA Article 28), le développement de l'application MyInami avait déjà fortement mis l'accent sur la simplification administrative pour les dispensateurs de soins. Cet objectif stratégique demeurera également une priorité pour l'INAMI dans les prochaines années. Tous les dispensateurs de soins individuels qui disposent d'un numéro INAMI peuvent aujourd'hui se connecter sur l'application sécurisée MyInami. Grâce à cette application, le dispensateur de soins peut gérer lui-même un certain nombre de données et de processus administratifs. Il s'agit entre autres de

l'introduction et/ou de la modification de ses données de contact, de son/ses adresse(s), de son statut de conventionnement et de la demande de certaines primes.

Le trajet d'informatisation entourant le développement de l'application Mylnami a été poursuivi dans l'Avenant suivant (2019-2020) (cf. article 31). Cela concernait à la fois l'extension des modules existants à de nouveaux groupes professionnels, l'intégration de nouveaux modules/processus et le lancement d'initiatives tout à fait nouvelles.

Tout d'abord, les travaux se sont poursuivis sur 2 projets initiés dans le cadre du 5^e Contrat d'administration : gestion en ligne via Mylnami des avantages sociaux et de l'accréditation des dentistes.

- Depuis début juin 2020, le nouveau service en ligne « statut social » est disponible pour les pharmaciens, kinésithérapeutes, logopèdes, et praticiens de l'art infirmier. Ce service leur permet de gérer leur dossier en ligne via Mylnami. La gestion en ligne du statut social des médecins et des dentistes est prévue pour 2021.
- Depuis janvier 2019, tous les dentistes peuvent soumettre leur demande d'accréditation individuelle en ligne. Fin 2019, le module de gestion des activités de formation continue des dentistes organisées par des organisations belges a été mis à disposition. Début 2020, les modules des activités de formation continue étrangères et les sessions peer review ont suivi.

Deuxièmement, le tout nouveau processus pour les demandes de remboursement concernant le financement et la programmation des stages pour les médecins a pu être intégré dans l'application Mylnami. L'AR réglementant les conditions de paiement 2019 a été publié au Moniteur belge le 16 avril 2020. Le même jour, le nouveau module Mylnami pour les demandes en ligne de remboursement des maîtres de stage pour l'année de rétribution 2019 a également été lancé.

Troisièmement, une actualisation de l'application Mylnami a été lancée en vue d'optimiser l'expérience d'utilisation des dispensateurs de soins en rendant, entre autres, les modules en ligne existants compatibles avec les appareils mobiles. En mai 2019, un plan d'action a été élaboré à cet effet. Cette mise à niveau est actuellement en cours et sera réalisée étape par étape au cours de la période 2020-2021.

L'objectif final de ce trajet d'informatisation est que toutes les données des dispensateurs de soins utilisées à des fins d'exploitation interne et externe puissent être échangées en ligne via l'application Mylnami entre les dispensateurs de soins et l'INAMI.

L'objectif de cet Avenant est d'aller encore plus loin et de préparer, avec les organisations fédérales partenaires, le schéma conceptuel et technique qui permettra à l'application Mylnami actuelle d'être adaptée à un portail supra-organisationnel unique et partagé qui contiendra à terme toutes les données administratives des dispensateurs de soins concernant l'exercice de leur profession. Des initiatives en ce sens ont déjà été lancées dans le cadre du Redesign des administrations de soins de santé⁹ et pendant la durée de l'Avenant précédent (article 31, volet 3).

À l'occasion de la publication de la nouvelle loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (Moniteur belge du 14 mai 2019), qui comprend des dispositions relatives à l'enregistrement de la pratique et au portfolio des dispensateurs de soins, il a été proposé, en concertation avec le SPF SPSCAE, d'utiliser un portail commun comme point de départ pour la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions. Quelques premiers contacts et discussions avec le SPF SPSCAE ont déjà eu lieu dans le courant de 2019 et 2020.

Dans le contexte de la gestion de la pandémie COVID-19, il s'est avéré nécessaire d'accélérer la mise à disposition d'un portail supra-organisationnel unique qui contient, combine et génère, sur une base

⁹ Projet passerelle 4.3.2. Politique et prestation de services aux dispensateurs de soins - Socle commun

continue, des données qualitatives et quantitatives ad hoc et récupérables provenant de et concernant les dispensateurs de soins (et l'exercice de leur profession) qui se trouvent actuellement dans différentes administrations.

Le plan stratégique COVID-19 Santé publique¹⁰, élaboré pour anticiper une éventuelle nouvelle crise sanitaire, prévoit le déploiement progressif d'un projet commun avec le SPF Santé publique sur l'optimisation des listes de distribution des dispensateurs de soins de santé et la création d'un module en ligne pour l'enregistrement de la pratique. En complétant, actualisant et accélérant la mise à disposition des données de l'INAMI, en rapprochant les données de l'INAMI avec celles du SPF SPSCAE et d'autres sources authentiques et en développant un registre de la pratique en ligne, l'objectif est d'obtenir un aperçu complet et actualisé des données de contact et de pratiques des dispensateurs de soins (leurs adresses professionnelles, leurs formes de collaboration, leur niveau d'activité, leur statut, etc.). Ceci est crucial pour assurer un contact efficace et une distribution correcte des équipements de protection aux dispensateurs de soins en période de crise sanitaire.

L'INAMI est disposé à jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration technique du futur portail partagé et supra-organisationnel contenant un service en ligne autour du registre de la pratique. Eu égard à :

- 1) la vaste application MyInami déjà existante ;
- 2) au fait que l'INAMI investit actuellement beaucoup dans l'actualisation de MyInami en vue d'ajouter de nouvelles fonctionnalités et d'optimiser l'expérience d'utilisation et la compatibilité avec les appareils mobiles ;
- 3) au fait qu'aujourd'hui, l'INAMI dispose déjà d'un certain nombre de données de contact et de pratiques gérées en ligne et en self-service par le dispensateur de soins.

Dans le cadre du développement du registre de la pratique en ligne, un alignement devrait également être effectué avec d'autres projets en cours concernant l'enregistrement de la pratique. Cela inclut le projet « Gestion des formes de collaboration clinique entre les dispensateurs de soins », repris à l'article 35 dans cet Avenant et dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé (article 38). Il convient également de distinguer les objectifs prioritaires à court terme dans le cadre de la gestion et de la résurgence éventuelle de la crise COVID-19 et les finalités définies dans le cadre de ces autres projets.

Cet avenant se concentre sur deux initiatives spécifiques :

- Premièrement, il s'agit de poursuivre la mise à niveau de l'application MyInami, qui, d'ici la fin 2021, donnera un nouveau « look & feel » à plusieurs services existants, non encore actualisés, et les rendra plus compatibles avec les appareils mobiles.
- La deuxième initiative concerne le lancement du développement du portail supra-organisationnel contenant le service en ligne pour le registre de la pratique, et ce selon un calendrier à convenir avec le SPF SPSCAE et d'autres organisations fédérales partenaires et à aligner au calendrier d'autres projets relatifs à l'enregistrement de la pratique mentionnés ci-dessus.

Liste des actions-engagements

Volet 1 - Mise à niveau des services MyInami existants en optimisant l'expérience d'utilisation et en les rendant compatibles avec les appareils mobiles

1. Finalisation de l'actualisation des modules MyInami existants concernant la gestion des adresses de contact et de travail, des données financières et des conventions. Date limite : 31/12/2021

¹⁰ Voir le plan stratégique COVID-19 Santé publique, plus précisément le *work package 1* Testing & tracing, surveillance en temps réel et flux de données.

2. Élaboration d'un plan pour la mise à niveau des modules MyInami restants, c'est-à-dire les modules de gestion des regroupements en médecine générale, des demandes de primes et de l'accréditation et, si possible, la réalisation d'un certain nombre de quick wins. Date limite : 31/12/2021

Volet 2 : Évolution vers un portail supra-organisationnel

3. En collaboration avec le SPF SPSCAE, établir un planning pour transformer MyInami en un portail unique supra-organisationnel regroupant tous les services administratifs qui concernent les dispensateurs de soins, avec en premier lieu un service en ligne pour le registre de la pratique. Cette planification est alignée pour le volet enregistrement de la pratique sur la planification du projet « Gestion des formes de collaboration clinique entre dispensateur de soins », reprise à l'article 35 dans cet Avenant et dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé (article 38). Date limite : 30/04/2021.
4. Lancer le développement de ce portail supra-organisationnel en ligne, contenant le service en ligne autour du registre de la pratique. Date limite : Conformément au calendrier élaboré au point 1.

Effets attendus

- Synergie et collaboration entre l'INAMI et le SPF SPSCAE.
- Augmentation de la qualité, de la disponibilité et du caractère échangeable des informations.
- Meilleur accès aux données pour les dispensateurs de soins.
- Diminution de la charge de travail administratif pour les dispensateurs de soins et pour d'autres administrations (cf. principe only once).
- Gain en efficacité et diminution de la charge administrative/du coût du travail pour l'INAMI.
- Financement ciblé d'une approche multidisciplinaire.

Facteurs externes

- Collaboration avec le SPF SPSCAE et la plate-forme eHealth.
- Collaboration avec les différents partenaires externes.
- Disposer des moyens nécessaires (ICT, RH).

Article 35. La gestion des formes de collaboration clinique entre dispensateurs de soins.

Ce projet concerne la prolongation de l'article 28, Volet 2, du 5^{ème} Contrat d'administration (2016-2018) et de l'article 32 de l'Avenant 2019-2020 qui s'ensuit. Il a successivement fait partie du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2015-2017 et du Plan d'action 2018-2020ⁱ, et est également intégré dans le nouveau Plan d'action 2021-2023. En outre, il fait partie d'une initiative conjointe avec le SPF Santé publique relative à l'enregistrement en ligne de la pratique de dispensateurs de soins, qui est intégrée dans le Plan stratégique COVID-19 Santé publique sous le *Work Package 1 Testing & Tracing*, surveillance en temps réel et flux de données. D'un point de vue technico-opérationnel, ce projet est étroitement lié à l'article 34 du présent Avenant : « La suite du développement de l'application MyInami et son évolution vers un portail supra-organisationnel, y compris un self-service pour l'enregistrement de la pratique ».

Description

Ce projet renvoie à la création d'un cadre juridique pour un répertoire des formes de collaboration clinique entre dispensateurs de soins.

Cadre

Organiser, informer, contrôler.

Axes principaux

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

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Reconnaître, inscrire et enregistrer les dispensateurs de soins individuels et institutions
- **Processus niveau 1 (un ou plusieurs)** : Gérer les agréments et les inscriptions des dispensateurs de soins

Contexte

Ce projet renvoie à la poursuite de l'article 28 - Volet 2 du 5^e contrat d'administration, à savoir le développement d'une base de données et d'un système de gestion pour les pratiques de dispensateurs de soins. Le précédent contrat d'administration a déjà concrétisé les étapes préparatoires.

- En premier lieu ont été définis les secteurs qui joueront un rôle de pionnier dans l'opérationnalisation de l'enregistrement des pratiques. Il s'agit des secteurs des soins infirmiers à domicile et des praticiens de l'art dentaire (5^e CA Art. 28, 8).
- Ensuite, en mars 2017, a été rédigée une note de discussion conceptuelle qui prévoyait une typologie de base pour les groupements, laquelle constitue un premier point de départ pour le cadre réglementaire futur pour l'enregistrement des pratiques (5^e CA, Art. 28, 9). La typologie de base à triple volet 'dispensateur de soins individuel', 'groupe clinique' et 'groupe administratif' constitue le canevas pour la future concrétisation en matière juridique et informatique, où une distinction est établie entre les aspects liés aux soins et les aspects liés à la facturation.

Dans le courant de 2018, le thème complexe des groupements a été reformulé dans le cadre du Plan d'action antérieur, c'est-à-dire le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 (cf. point 5.1). Le Plan d'action ne parle plus de l'enregistrement des pratiques mais bien de formes de collaboration cliniques. Cela permet de faire une distinction nette entre des formes de collaboration cliniques et celles qui sont administratives. Les groupements administratifs ne font pas partie du champ d'application de ce projet, pas plus que les accords de collaboration multidisciplinaires en raison de leur dynamique spécifique.

L'INAMI a concrètement l'intention de mettre sur pied, en collaboration avec les acteurs externes, un système de gestion destiné à la collecte, à la mise à jour permanente et à la consultation de données qui concernent les accords de collaboration de dispensateurs de soins qui contribuent aux soins d'une population de patients donnée.

La mise sur pied d'un système de gestion numérique permet de constituer et d'exploiter de façon performante des données qui contribuent à améliorer le suivi des dispensateurs de soins, sur base individuelle et en groupe, en ce qui concerne leur activité, leur emplacement, leur organisation de travail et leur mobilité. À terme, certaines données pourront être fournies par les dispensateurs de soins via un module adapté et un self-service pour l'enregistrement de la pratique dans MyInami (cf. Avenant 2021, Art. 34).

Ce projet permet d'agir sous un angle stratégique sur la responsabilisation des dispensateurs de soins en ce qui concerne l'efficacité et la transparence. Le fait de répertorier systématiquement les accords de collaboration cliniques sur le terrain offre des possibilités notamment pour :

- préciser et suivre les responsabilités en matière de soins cliniques d'un groupe de patients au sein d'un accord de collaboration structurel (entre autres le partage de données cliniques, l'accès aux dossiers des patients, les E-mandats, la garantie d'une continuité des soins dans le groupement, etc.) ;
- déterminer et suivre des 'responsabilités de groupe' si des lacunes sont constatées dans les soins cliniques ;
- quantifier et suivre correctement les activités du dispensateur de soins individuel et du groupe dont il fait partie;
- délivrer des données d'appui à la stratégie en matière de qualité des soins, d'organisation des soins et de financement des groupements ;

Ce projet doit tenir compte de plusieurs initiatives importantes qui évoluent en parallèle et qui auront un impact au niveau de son exécution concrète.

- Premièrement, il s'agit de la publication au Moniteur Belge du 14 mai 2019 de la nouvelle loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, prévoyant entre autres des dispositions quant à l'enregistrement des accords de collaboration entre dispensateurs de soins. Durant la période de l'Avenant précédent, soit de l'Avenant 2019-2020 (Art. 32.1), des concertations approfondies ont eu lieu entre l'INAMI et le SPF Santé publique afin de concrétiser la mise en œuvre de cette loi sur la qualité. Fin 2019, la concertation entre les deux administrations a abouti à l'élaboration d'une première note de consensus commune dans laquelle, parmi d'autres points prioritaires, les concepts de base des accords de collaboration clinique ont également été présentés.
- Deuxièmement, dans le cadre du Plan stratégique COVID-19 Santé publique¹¹, une nouvelle initiative prioritaire a été définie concernant la mise à disposition accélérée d'un portail supra-organisationnel unique, avec intégration d'un module self-service pour l'enregistrement en ligne de la pratique des dispensateurs de soins (voir aussi Art. 34 du présent Avenant 2021). Ce nouveau projet stratégique entre l'INAMI et le SPF Santé publique concernant l'enregistrement de la pratique se concrétisera à l'automne 2020 et au début 2021. Sur base des nouveaux objectifs et des nouvelles connaissances, la note de consensus initiale sera adaptée si nécessaire, et les contours de base pour l'élaboration du futur cadre réglementaire pour le registre des pratiques pourront être définis. Il sera examiné comment le projet sur les accords de collaboration clinique pourra être intégré dans l'initiative plus large qui concerne le registre des pratiques, lequel a un lien (technique) avec le développement d'un self-service pour l'enregistrement en ligne des pratiques et avec le développement de l'application MyInami en un portail supra-organisationnel (cf. Avenant 2021, Art. 34).

¹¹ Voir Plan stratégique COVID-19 Santé publique, plus particulièrement sous le *Work package 1*. Testing & tracing, surveillance en temps réel et flux de données.

- Troisièmement, il convient d'intégrer l'enregistrement des groupements cliniques dans les banques de données qui sont alimentées par différentes organisations partenaires (entre autres Cobhra(+)) et qui sont en cours de développement dans le cadre du Plan d'action e-Santé (2019-2021). Il s'agit, entre autres, du projet concernant la poursuite du développement d'une « plateforme de référence numérique » (point 6.2) destinée à faciliter les renvois par la 1^e ligne vers les dispensateurs de soins de la 2^e ligne et qui met les options du patient (sur base de critères (de qualité) fournis) au cœur des préoccupations.

Afin de parvenir à un modèle de solution générique qui réponde aux différents besoins des initiatives parallèles, une approche intégrée et coordonnée s'impose. Pour ce faire, les objectifs prioritaires à court terme formulés dans le contexte de la pandémie COVID-19 et les finalités à long terme définies dans le cadre des projets en cours, liés à l'enregistrement en ligne des pratiques (voir projets susmentionnés) devraient être coordonnés de manière cohérente.

Le développement du cadre juridique et l'opérationnalisation effective du répertoire des groupements cliniques durant la période de cet Avenant se dérouleront par phases, tel que stipulé dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé.

Liste des actions-engagements

1. Elaborer en collaboration avec le SPF SPSCAE un plan de développement d'un cadre juridique pour la gestion des formes de collaboration clinique entre dispensateurs de soins, déterminer les données nécessaires sur ces formes de collaboration et mettre en place un système de gestion. Afin de mener à bien cette opérationnalisation, cette planification sera alignée sur la planification du projet "l'évolution vers un portail supra-organisationnel", inclus dans cet Avenant sous l'article 34. Date limite: 30/04/2021.
2. Lancer le développement de ce système de gestion pour la collaboration clinique entre les dispensateurs de soins. Date limite: Conformément au calendrier élaboré au point 1.

Effets attendus

- Synergie et collaboration entre l'INAMI et le SPF SPSCAE.
- Augmentation de la qualité, de la disponibilité et du caractère échangeable des informations.
- Diminution de la charge de travail administratif pour les dispensateurs de soins et pour d'autres administrations (cf. principe only once).
- Gain en efficacité et diminution de la charge administrative/du coût du travail pour l'INAMI.
- Transparence sur la composition des accords de collaboration cliniques de dispensateurs de soins et les responsabilités y afférentes.
- Responsabilisation des dispensateurs de soins en ce qui concerne l'efficacité et la transparence.

Facteurs externes

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

Article 36. 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 et à l'article 34 de l'Avenant 2019-2020 au 5^e 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 établira par ailleurs un échange de données avec l'ONEM dans le cadre des synergies développées entre les deux institutions.

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)
 - Dresser 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 la lutte contre 5 types de fraude sociale :

- les activités non autorisées mais déclarées à l'ONSS et cumulées avec perception d'indemnités
- les fraudes au domicile
- les séjours irréguliers à l'étranger
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- le cumul d'indemnités et d'une activité non autorisée et non déclarée (travail au noir).

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. En effet, l'accord de Gouvernement du 9 octobre 2014 stipule la poursuite et le renforcement de la coordination entre les différents services d'inspection. Le 22 avril 2016, le Gouvernement fédéral a chargé le Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale de réunir une taskforce dans l'objectif de formuler des propositions pour la mise en œuvre de la réforme des corps d'inspection sociale conformément à l'accord de Gouvernement. Le 10 novembre 2016, le Conseil des ministres a approuvé le rapport final de la taskforce. Cela comprend, entre autres mesures, le développement de synergies entre l'INAMI et l'ONEM dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

En application de cet accord, l'INAMI et l'ONEM ont constitué un groupe de travail bilatéral dont l'objectif est de :

- développer une approche similaire en matière de lutte contre certains phénomènes de fraude communs aux secteurs de l'assurance chômage et de l'assurance maladie-invalidité ;
- intensifier l'échange de données entre les deux institutions via la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS) ;
- échanger des pratiques et méthodes d'investigation ;
- développer des techniques de datamatching et de croisement de données ;
- coordonner les enquêtes dans certains dossiers concernant à la fois l'assurance chômage et l'assurance maladie-invalidité.

Sur base des décisions prises par l'ONEM en matière de fraude aux allocations de chômage et communiquées par l'ONEM à l'INAMI, le SCA en vérifie l'impact sur le droit aux indemnités d'incapacité de travail et sur l'assurabilité des bénéficiaires de l'assurance maladie-invalidité.

Ces dossiers font l'objet d'enquêtes au sein des mutualités et aboutissent, selon les cas, à la constatation de prestations indues à récupérer auprès des assurés ainsi qu'à l'application de sanctions administratives.

Les résultats de ces enquêtes seront présentés annuellement sous forme d'un rapport en matière de fraude sociale.

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 2020 du ministre de la Lutte contre la fraude sociale, 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 contrôler les cas 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'un emploi déclaré à l'ONSS mais non autorisé 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.

Liste des actions-engagements

1. Élaboration d'un rapport annuel sur la fraude sociale (y compris la description des datamatchings entrepris). Date limite : 31/12/2021

Effets attendus

- Synergies et collaboration entre l'INAMI et l'ONEM.
- Meilleure qualité, disponibilité et échange sécurisé d'informations.
- Meilleure maîtrise des dépenses SSI.

Facteurs externes

- La collaboration de l'ONEM et l'ONSS est requise en ce qui concerne l'échange des données et la communication des décisions prises par l'ONEM en matière de lutte contre la fraude aux allocations de chômage.
- Mise à disposition des moyens ICT et RH nécessaires à l'accomplissement de ces missions.

Article 37. 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.

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 la 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 (2019) a été rédigé et transmis le 27 mars 2020 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 2021 ont déjà été préparés et soumis au Comité de gestion du 15 juin 2020.

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 : 31/3/2021

Effets attendus

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

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

Le présent article est la suite de l'article 40 de l'Avenant 2019-2020 au 5^{ème} Contrat d'administration 2016-2018.

Étant donné la collaboration structurelle avec le SPF SPSCAE pour toute une série de thèmes relatifs à ce plan d'action, le présent article est également repris dans le Socle commun, plus précisément dans la passerelle « Qualité, efficacité et contrôle des soins » via le point 4.3.5.1. « Poursuivre la lutte contre le gaspillage – Assurer le suivi de l'exécution du « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018 - 2020 ».

Description

La poursuite continue des initiatives visant l'utilisation équitable des moyens, la qualité, l'efficacité et le contrôle des soins grâce à l'établissement du « 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

- 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
- **Niveau de processus 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 (2018-2020) plan d'action, le troisième (2021-2023) repose donc à nouveau sur la continuité des initiatives visant une approche intégrée de la promotion de l'utilisation rationnelle des ressources. Sur base, entre autres, d'une évaluation de l'exécution du deuxième plan d'action, des travaux thématiques seront menés sur différents axes : utilisation efficace des ressources, lutte contre la fraude et le renforcement de l'assurance maladie sur les plans réglementaire et numérique afin de lutter contre les abus. Une attention particulière sera notamment consacrée à :

- la collaboration entre différents partenaires dans les soins de santé (INAMI, SPF SPSCAE, OA, AIM, dispensateurs de soins, etc.) ;
- la concertation avec les secteurs (sur la base d'analyses de données réalisées) pour déterminer les trajets de suivi visant à promouvoir des soins efficaces ;
- l'échange et la gestion de données à des niveaux différents ;
- la transparence et la protection de la facturation électronique contre la fraude.

L'INAMI s'engage à élaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi du nouveau plan d'action en 2021, en collaboration avec le SPF SPSCAE et les OA/l'AIM. Des rapports seront fréquemment présentés à la CAFC ; un rapport annuel sera présenté au Conseil général.

Liste des actions-engagements

1. E1 : Établir le « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2021-2023 »
Date limite : 31/3/2021.
2. E2 : Faire annuellement rapport sur l'exécution du plan d'action au Conseil général.
Date limite: 31/12/2021.

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 39. Optimiser le fonctionnement actuel 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 au 5^e contrat d'administration (2016-2018).

Description

Afin d'assurer la continuité des améliorations déjà initiées en terme d'efficacité et l'évolution vers une plus grande "excellence opérationnelle", le Service mettra en œuvre et suivra de près les initiatives qui devraient contribuer à optimiser davantage le fonctionnement interne et la prestation de services externe du Service. Il s'agira de se concentrer sur la lutte contre les difficultés les plus urgentes rencontrées en matière d'organisation et de processus. Cela se fera sur base des analyses internes effectuées préalablement ainsi que sur les conclusions du rapport d'audit de la Cour des comptes (FAM - Organisation et fonctionnement, publication du 23 juin 2020) et des 'Notes de discussion' qui en découlent : Rapport de la Cour des comptes. Commentaires et réserves de l'administration" (septembre - novembre 2020).

Cadre

Octroi

Axes principaux

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

Carte des processus

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

Contexte

La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé jette les bases de l'indemnisation des accidents médicaux. Cela permet aux patients d'introduire un dossier individuel en vue d'obtenir une indemnisation des dommages résultants de soins de santé.

Le FAM, chargé d'assurer la gestion de cette indemnisation, était initialement un établissement d'utilité publique (EUP), mais a été intégré à l'INAMI en 2013 comme nouveau service distinct doté d'organes décisionnels spécifiques propres (voir le Contrat d'administration 2013-2015, article 21).

Aujourd'hui, le FAM existe déjà depuis près de 10 ans. Dès le départ, le Fonds a dû faire face à des difficultés opérationnelles et organisationnelles dans l'exécution de ses missions : entre autres, compléter le cadre du personnel, l'élimination de l'arriéré de dossiers accumulés historiquement, l'informatisation insuffisante dans la gestion des dossiers, l'application pratique et la faisabilité de la législation, etc.

Ces dernières années, plusieurs initiatives ont été lancées pour remédier à cette situation. Dans le précédent avenant 2019-2020, le FAM s'est concentré sur 3 domaines qui doivent contribuer conjointement à une prestation de service plus performante et à une coopération plus efficace des acteurs clés concernés par le traitement des dossiers d'accidents médicaux.

Dans le domaine de la numérisation, la procédure entièrement électronique de demande d'indemnisation résultant d'un accident médical a été rendue légalement possible. Le formulaire de demande en ligne sera disponible dans le courant de l'année 2021. L'objectif est de permettre la communication entre le demandeur et le Fonds à chaque étape du dossier. Le demandeur pourra alors également prendre connaissance de l'état de son dossier à tout moment.

En outre, des mesures importantes ont été prises pour la poursuite de l'opérationnalisation de l'échange électronique de données médicales avec le Fonds. En dialogue étroit avec le secteur hospitalier, un déploiement progressif sera mis en place via des hôpitaux pionniers. De cette manière, le soutien à la transmission électronique pourra être progressivement élargi et, dans une phase ultérieure, revêtir un caractère juridique obligatoire.

La poursuite du processus de numérisation restera également une priorité importante pour le Fonds dans les années à venir. Par exemple, la migration de l'actuel système de gestion des dossiers DAMO vers une nouvelle application Case Management plus performante a été planifiée. En outre, l'application sera complétée par un nouveau module financier pour le règlement des dommages. La poursuite du déploiement de ces initiatives d'informatisation ne relève pas du champ d'application de cet avenant de courte durée, mais contribuera certainement à éliminer certaines difficultés concernant le suivi des dossiers.

Ces dernières années, le Fonds a fait de nombreux efforts pour améliorer son organisation interne et le traitement opérationnel des dossiers. En 2019, un audit du fonctionnement et des processus actuels du Service a été réalisé avec un soutien externe. Les recommandations d'audit et les propositions d'amélioration ont été traduites en plans d'action annuels concrets qui ont constitué la ligne directrice opérationnelle pour les années de fonctionnement 2019 et 2020. Parmi les initiatives importantes qui ont conduit à des améliorations tangibles, citons la désignation de coordinateurs médicaux, l'introduction de peer-reviews pour les avis de projet médico-juridiques, la suppression progressive des expertises externes onéreuses, le début de la description et de la normalisation des procédures internes de travail, le développement de la gestion des connaissances et l'élaboration d'un plan de communication interne et externe.

Au niveau stratégique, le Fonds pour les Accidents Médicaux a présenté son projet 'Vision, Mission, Stratégie' au Comité de gestion le 17 janvier 2020.

Au cours de la même période 2019-2020, la Cour des comptes a procédé à une vaste évaluation de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé et de l'organisation sous-jacente. Cette radioscopie très complète a porté sur les difficultés tant opérationnelles que conceptuelles auxquelles le Fonds est aujourd'hui confronté dans la réalisation de ses missions. Le rapport d'audit se termine par une série de recommandations opérationnelles inspirantes qui peuvent compléter et guider un nouveau cycle de réflexion au sein du Fonds.

Sur base des évaluations internes et externes de ses missions légales, le Comité de gestion du Fonds a élaboré fin novembre - début décembre 2020 une note de consensus conceptuelle 'Vision d'avenir des missions du FAM' à l'intention du ministre compétent de la Santé publique. Cette note déterminera en partie les choix politiques futurs concernant une éventuelle réorientation du rôle sociétal du Fonds. Ces choix peuvent éventuellement conduire à la modification de la loi en vigueur du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé.

Cette clause 2021 se concentrera spécifiquement sur l'inclusion et la mise en œuvre concrète d'initiatives prioritaires visant à contribuer à l'optimisation du fonctionnement interne et de la prestation de services externe du Service.

Le Fonds continuera à investir dans la qualité de ses services, notamment en rationalisant et en intensifiant la communication avec les parties concernées (victimes, professionnels de la santé, assureurs) et en continuant à travailler à l'amélioration des processus et aux changements organisationnels nécessaires. Les recommandations formulées dans le rapport de la Cour des comptes constitueront une ligne directrice importante à cet égard. À l'automne 2020, le Service du FAM a présenté au Comité de gestion l'état des lieux des recommandations opérationnelles repris dans le rapport de la Cour des comptes. La note conceptuelle du Comité de gestion constituera également une contribution importante à cet égard. Début 2021, la liste définitive des points prioritaires sera soumise au Comité de gestion du FAM. Sa mise en œuvre accélérée fera l'objet d'un suivi minutieux par le biais de rapports trimestriels au Comité de gestion.

Liste des actions-engagements

1. Établir (et soumettre au Comité de gestion du FAM) une liste de priorités avec les difficultés organisationnelles et des processus à améliorer, en s'appuyant sur les conclusions d'analyses internes antérieures du Fonds ainsi que sur les recommandations formulées dans le rapport d'audit de la Cour des comptes (cf. publication du rapport de la Cour des comptes 23.6.2020) et les notes de discussion qui en découlent (automne 2020). Date limite : 31/01/2021.
2. Établir un état des lieux trimestriel pour le Comité de gestion du FAM sur l'avancement de la mise en œuvre des priorités identifiées dans le cadre de l'engagement 1. Dates limites: 31/03/2021 ; 30/06/2021 ; 30/09/2021 ; 31/12/2021.

Effets attendus

- Processus plus efficaces pour le traitement des dossiers individuels
- 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

Article 40. Adaptation du cadre législatif relatif au contrôle médical.

Description

Adaptation du cadre législatif relatif au contrôle en vue de renforcer le dynamisme du Service de contrôle.

Cadre

Réglementer, évaluer et contrôler.

Axes

- Maîtrise des dépenses.

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Elaborer/modifier et opérationnaliser la législation et la réglementation
- **Processus niveau 1** : Rédiger les textes réglementaires SECM

Contexte

Pour pouvoir renforcer le dynamisme du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il y a lieu d'adapter le cadre législatif relatif au contrôle.

Il s'agit des adaptations réglementaires suivantes :

1) Suspension temporaire du régime du tiers payant – Modification de loi Art. 77sexies

Une adaptation de la procédure pour la suspension temporaire du régime du tiers payant s'impose afin de cibler de façon plus pertinente non seulement le paiement (facture) mais aussi la prestation de soins (pratique) pendant la suspension. Ainsi peut-on par exemple limiter le délai d'introduction des factures et étendre la portée du contrôle.

Une élaboration plus poussée du présent article devrait permettre de lutter plus efficacement et avec plus de dynamisme contre les abus et la fraude dans le régime du tiers payant.

2) Attestation tardive - Modification de loi Art. 174

Il est conseillé (1) de raccourcir le délai de prescription pour l'intervention de l'assurance soins de santé de 2 ans (délai actuel) à 1 an, (2) de limiter l'interruption du délai de prescription à une interruption unique, qui ne vaut que pour les hôpitaux et (3) d'alourdir la sanction administrative pouvant être infligée en cas de facturation tardive.

Cette modification de loi doit conduire à une réduction du nombre d'attestations introduites tardivement et renforcera le pouvoir du SECM au niveau de ses compétences de contrôle et d'évaluation de sorte que les moyens financiers de l'assurance soins de santé soient correctement utilisés.

3) Compétences du Collège national des médecins-conseils - Modification de loi Art. 153, § 3

Il est conseillé de transférer le Collège national des médecins-conseils (CNMC), actuellement institué auprès du SdSS, au SECM parce que (1) les missions de contrôle actuelles du CNMC sont liées aux compétences du SECM depuis la sixième réforme de l'État, (2) les contrôles intermutualistes se font déjà en concertation avec le SECM et (3) le Conseil supérieur des médecins-directeurs (CSMD), chargé de rechercher et de promouvoir une approche organisée dans les projets de contrôle ou d'évaluation, est également institué auprès du SECM.

Une restructuration contribuera à une meilleure collaboration entre les différents organismes assureurs et le SECM en ce qui concerne le contrôle de l'attestation des prestations de santé et de l'incapacité de travail.

4) Adaptation de la loi coordonnée pour aligner le statut des inspecteurs sociaux « avec une autre qualification professionnelle » sur celui des médecins, pharmaciens inspecteurs et infirmiers contrôleurs

L'objectif de ce changement de loi est de supprimer une incohérence qui existe actuellement dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant la nomination des inspecteurs sociaux actifs au sein du SECM.

Ces inspecteurs sociaux sont repris dans la catégorie des inspecteurs ayant une autre qualification professionnelle, qui a été créée par la loi du 10.4.2014 portant sur des dispositions diverses en matière de

santé (art. 99). L'objectif était d'élargir la possibilité de recruter des inspecteurs sociaux pour le SECM à des profils autres que ceux de médecin, pharmacien ou infirmier.

Ces inspecteurs sociaux, décrits dans la loi comme ayant une autre qualification professionnelle, sont nommés par le Comité général de l'INAMI, tandis que les médecins-inspecteurs, les pharmaciens-inspecteurs et les infirmiers contrôleurs sont nommés par le Roi.

Cette différence de traitement ne se justifie pas et résulte d'un oubli lors de la réforme de 2014. Il convient donc d'uniformiser la procédure de nomination pour l'ensemble du personnel d'inspection. Pour ce faire, il faut compléter l'article 185, § 2, de la loi coordonnée en y ajoutant la catégorie des inspecteurs ayant une autre qualification professionnelle.

5) Introduction d'une nouvelle condition d'intervention dans le coût des prestations de santé : les dispensateurs de soins ne peuvent pas avoir de dettes impayées envers l'INAMI d'un montant égal ou supérieur à 50 000 EUR résultant d'infractions à l'AMI (cette condition n'est pas applicable aux dispensateurs de soins à qui un plan d'apurement de la dette a été accordé, et qui s'y tiennent strictement).

La mesure vise à protéger les intérêts financiers de l'assurance soins de santé. Dans la pratique, on constate en effet que malgré des dettes impayées envers l'assurance soins de santé, pas mal de dispensateurs de soins continuent à facturer dans le régime de l'assurance soins de santé.

Il faut éviter que ces dispensateurs de soins, qui ont été condamnés pour des infractions commises dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire et qui ont, par conséquent, des dettes considérables envers l'Institut (\geq 50 000 EUR), puissent de nouveau facturer dans ce régime, ou qu'un autre puisse le faire en leur nom.

Il y a lieu d'inciter les dispensateurs de soins à s'acquitter effectivement de leurs dettes envers l'INAMI.

La condition n'est toutefois pas applicable aux dispensateurs de soins à qui un plan d'apurement de la dette a été accordé et qui s'y tiennent strictement. Par analogie avec la pratique de recouvrement au SPF Finances, le délai maximum pour un plan d'apurement est de 5 ans.

La condition est insérée à l'article 127, § 1^{er}, de la loi SSI, comme étant une des conditions d'intervention financière de l'AMI dans les prestations de santé.

Liste des actions-engagements

1. Le SECM s'engage à soumettre les textes préparatoires de toutes les modifications de loi précitées pour approbation/information au Comité de direction. Date limite : 30/6/2021

Effets attendus

- Une législation cohérente
- Utilisation optimale des ressources financières de l'assurance soins de santé

Article 41. Digitalisation des devoirs d'enquête.

Description

Ce projet vise la dématérialisation, au moyen d'une interface numérique, des devoirs d'enquête qui exigent actuellement, selon la règle, un déplacement et/ou des actes physiques :

- l'audition des témoins et des parties concernées
- et la demande de données et pièces médicales auprès des dispensateurs de soins concernés (données issues des dossiers médicaux, dentaires et infirmiers, ainsi que la facturation des prestations à l'AMI).

Les inspecteurs sociaux pourraient directement avoir accès aux plates-formes et/ou applications de soutien pertinentes.

Cadre

Évaluer et contrôler

Axes principaux

- Maîtrise des moyens internes : rapport coût - efficacité
- Amélioration des processus et informatisation

Carte des processus

Domaine de processus : Effectuer des enquêtes sur les dispensateurs et les institutions de soins selon la méthodologie Contrôle

Processus niveau 1 :

- Effectuer les enquêtes individuelles sur les dispensateurs de soins et institutions
- Effectuer des enquêtes thématiques sur les prestataires de soins et institutions

Contexte

En raison de la numérisation croissante des dossiers médicaux, dentaires et infirmiers, ainsi que de la facturation des prestations à l'AMI, les inspecteurs sociaux ont besoin d'avoir accès aux plateformes et/ou aux applications de soutien pertinentes dans le cadre des missions de contrôle du SECM. Pendant la crise du coronavirus, l'accès fluide aux données nécessaires des dossiers via les dispensateurs de soins mêmes était empêché, ce qui explique que la demande d'accès numérique ait été renforcée (volet 2). Cette crise a en outre soulevé la question d'un environnement numérique qui permette de réaliser des auditions à distance (volet 1).

Ce projet s'inscrit dans le cadre des efforts déjà investis lors du précédent contrat d'administration (et son avenant) pour intégrer dans les SSI les évolutions technologiques auxquelles la société est confrontée. Parmi divers projets, on met concrètement ici l'accent sur les investissements dans des processus numériques et automatisés ainsi que sur une gestion informatisée des données, garantissant leur intégrité, leur qualité et leur confidentialité tout en les rendant accessibles aux parties autorisées dans le respect de la vie privée.

Volet 1. Audition via la plateforme numérique

Pour que les auditions numériques soient possibles, une plateforme existante sera acquise. Celle-ci devra répondre aux exigences pratiques, juridiques et déontologiques. Il faudra éventuellement adapter le cadre législatif à cet effet. Les fonctionnalités pratiques de la plateforme seront répertoriées dans le contexte du SECM et communiquées sur le terrain.

Volet 2. Accès aux données médicales

En 2021, nous établirons un aperçu structuré des applications numériques, disponibles pour les dispensateurs de soins, en matière de traitement et d'enregistrement des données médicales et de facturation (des dossiers médicaux, dentaires et infirmiers ainsi que la facturation des prestations à l'AMI), tant celles gérées par les autorités publiques que les commerciales, harmonisées ou non dans le cadre de eHealth.

Ensuite, nous pourrions examiner les meilleures options grâce auxquelles les enquêteurs du SECM pourraient avoir accès à ces données numériques médicales et de facturation, le plus efficacement possible et ce, conformément aux possibilités juridiques et techniques. Pour les données à caractère personnel, cet accès devrait être proportionné et n'être possible que dans le cadre de tâches d'inspection spécifiques.

Les accords de coopération nécessaires devront être conclus.

Liste des actions-engagements

Volet 1. Audition via la plate-forme numérique

1. Mettre à disposition une plate-forme permettant de réaliser des auditions digitales. Date limite : 31/3/2021

Volet 2. Accès aux données médicales

2. Rédiger une analyse sur les applications de traitement et d'enregistrement des données médicales et de facturation disponibles pour les dispensateurs de soins. Date limite : 31/3/2021
3. Rédiger une note qui reprend les résultats de l'analyse concernant les meilleures options grâce auxquelles les enquêteurs du SECM pourraient avoir accès à ces données numériques médicales et de facturation, le plus efficacement possible et ce, conformément aux possibilités juridiques et techniques. Date limite : 31/12/2021.

Effets attendus

- Augmentation de l'efficacité en temps dans le contrôle de l'utilisation optimale des moyens des SSI
- Poursuite de la réduction de la quantité de documents papier dans un dossier
- Meilleure fiabilité des informations obtenues

Facteurs externes

- Collaboration avec des partenaires indépendants et externes, comme le SPF SPSCA, eHealth, des réseaux de données régionaux (hubs), ...
- Si le SIRS exécute une modification législative, il faudra éventuellement adapter la loi pour que la plateforme numérique corresponde au nouveau cadre légal.

Article 42. Données de facturation soins de santé : accès, qualité et facilité d'utilisation

Description

Les données de facturation sont nécessaires pour remplir certaines missions du SECM, comme par exemple analyser si les établissements/dispensateurs de soins adaptent leur comportement en matière de facturation à la suite d'actions de sensibilisation menées par le SdSS et le SECM, mais aussi pour détecter les fraudeurs, les facturations indues, etc. Pour que ces missions se déroulent de manière optimale, les 3 aspects suivants jouent un rôle majeur : (1) accès plus rapide aux données de facturation, (2) qualité des données, (3) prévention de la facturation incorrecte à la source.

Il s'agit d'un grand projet qui durera plus d'un an, mais certaines démarches concrètes pourront déjà être entreprises en 2021.

Cadre

Évaluer et contrôler

Axes

- Gestion des dépenses SSI

Carte des processus

- **Domaine de processus** : Effectuer des enquêtes sur les dispensateurs et les institutions de soins selon la méthodologie contrôle
- **Processus niveau 1** :
Effectuer les enquêtes individuelles sur les dispensateurs de soins et institutions
Effectuer des enquêtes thématiques sur les prestataires de soins et institutions
- **Domaine de processus** : Effectuer des études et des analyses selon la méthodologie Évaluation
- **Processus niveau 1** : Effectuer des études et analyses d'évaluation Expertise sur les dispensateurs de soins et institutions

Contexte

Cela concerne principalement les données de facturation des dispensateurs de soins et les paiements des OA dans lesquels différents acteurs sont impliqués, tels que les dispensateurs de soins, les OA, les assurés. Il existe différents modes de facturation. Il y a une distinction entre le flux papier et le flux de facturation électronique.

Au niveau du flux de papier, une distinction est faite entre les « paiements caisse » et le système du « tiers payant » :

- Le paiement direct de l'assuré au dispensateur de soins. L'assuré reçoit alors du dispensateur de soins une attestation de soins donnés (ASD) qu'il peut introduire à l'OA. Le remboursement suivra ensuite. C'est ce qu'on appelle le paiement « caisse ».
- Dans le cadre du système du tiers payant sur support papier, le remboursement est directement réglé entre le dispensateur de soins et l'OA. Dans ce système, l'assuré paie au maximum le ticket modérateur. Le dispensateur de soins envoie lui-même son ASD à l'OA et ce dernier verse l'argent sur le compte du dispensateur de soins.

Les flux de facturation électronique :

- e-Attest : au lieu de travailler avec une ASD papier, on peut aussi travailler avec une version électronique. Le principe reste le même. L'assuré paie les honoraires au dispensateur de soins. Le dispensateur de soins remplit la version électronique de l'ASD et l'envoie par voie numérique à l'OA, qui verse le montant sur le compte de l'assuré. L'assuré n'a plus à se rendre à l'OA pour introduire son ASD.
- Les flux de facturation électronique via le régime du tiers payant. La facturation est périodiquement transmise par voie numérique aux OA et ceux-ci versent le montant au dispensateur de soins. L'assuré paie au maximum le ticket modérateur.

PARTIE 1 : ACCÈS PLUS RAPIDE AUX DONNÉES DE FACTURATION

L'objectif est de réduire le délai entre la prestation et la facturation et d'accélérer l'accès aux données après la facturation (optimisation des délais de facturation).

Il existe différents délais pour différents modes de facturation. La facturation par voie numérique est de plus en plus courante et tous les textes légaux n'ont pas été adaptés à cet effet.

- Paiement de l'ASD aux assurés : 2 ans après la date de prestation
- Délais de facturation via le tiers payant
 - MyCareNet (protocole): La facturation doit être transmise à l'OA via MyCareNet 1 mois après la fin du mois au cours duquel la prestation a eu lieu (actuellement uniquement pour les praticiens de l'art infirmier à domicile).
 - Papier : 2 mois après le mois de la prestation
 - Établissements/hôpitaux : 2 ans avec possibilité d'interruption des délais
 - Régime spécifique pour les implants, les kinésithérapeutes

Afin de réduire les délais de facturation, le SECM organisera dans le cadre de ce contrat d'administration une action de sensibilisation auprès des dispensateurs de soins qui facturent systématiquement en retard. Dans un premier temps, les praticiens de l'art infirmier à domicile seront sensibilisés par le biais d'une « action courrier ». Ce projet a déjà commencé. Il sera ensuite prévu de mesurer l'impact de la campagne de sensibilisation. Si le résultat est favorable, elle sera poursuivie. Cette campagne de sensibilisation est plutôt neutre sur le plan budgétaire, mais elle influence principalement la qualité des données de facturation et pourrait réduire la marge d'erreur dans les données de facturation.

Afin de raccourcir les délais de facturation, une adaptation du cadre législatif sera également proposée. Cela sera inclus dans un autre article de cet avenant : « Adaptation du cadre législatif relatif au contrôle médical ».

PARTIE 2 : QUALITÉ DES DONNÉES / UTILISATION DU NUMÉRO OFFICIEL DU TIERS PAYANT

Cette partie vise à garantir l'uniformité et la véracité des données afin que les contrôles puissent être effectués le plus efficacement possible (en évitant les données invisibles et erronées).

Lors d'analyses ou d'examens de contrôle, des champs n'ont pas été remplis, ou l'ont été fait de manière erronée. Ce qui complique les contrôles. Pour certains champs, tels qu'un numéro du tiers payant, il est essentiel de ne pas rendre les données de facturation inutilisables. Le numéro du tiers payant est souvent le lien avec les données de facturation et est donc très important. Le fait de ne pas utiliser les bons numéros de tiers payant implique que lors d'une demande de données, certaines données ne sont pas visibles et cela complique le contrôle. Demander le numéro correct du tiers payant auprès des OA peut faire perdre énormément de temps. L'intention est donc d'utiliser autant que possible les numéros officiels du tiers payant, et non les « pseudo-numéros du tiers payant ».

Afin d'améliorer la qualité de ces données, le SECM s'engage à entreprendre l'action décrite ci-dessous, en vue d'utiliser le numéro officiel du tiers payant. Au niveau des instructions relatives aux données de

facturation, il conviendrait de préciser très clairement que seul le numéro officiel du tiers payant pourra être utilisé. Ce sujet sera discuté à la Commission d'informatique. Une note exposant la problématique actuelle et la demande de clarification des instructions relatives à l'utilisation du numéro officiel du tiers payant sera soumise à la Commission d'informatique à l'automne 2021.

PARTIE 3 : PRÉVENTION DE LA FACTURATION INDUE À LA SOURCE (progiciels)

Une facturation incorrecte est une facturation de prestations non exécutées ou non conformes. Les progiciels actuels ne sont pas toujours à l'épreuve de la fraude, ils sont faciles à utiliser et sont conçus pour l'utilisateur (dispensateur de soins). Cependant, dans certaines situations, il est possible d'avoir une facturation incorrecte.

Exemples concrets : Le programme médical prend automatiquement en compte l'heure à laquelle la prestation a été introduite dans le programme par le dispensateur de soins. Si une prestation a été effectuée pendant la journée et est inscrite dans le programme à 20 heures, le numéro de nomenclature pour une visite du soir peut être généré de manière automatique en cas d'inattention de la part du dispensateur de soins.

Dans le cadre de ce contrat d'administration, le SECM s'engage à analyser les éventuelles adaptations et/ou points d'amélioration des progiciels, par exemple en donnant aux inspecteurs l'accès aux métadonnées/données de logging.

Liste des actions-engagements

PARTIE 1 : ACCÈS PLUS RAPIDE AUX DONNÉES DE FACTURATION

1. Rédiger un rapport sur l'action de sensibilisation menée en ce qui concerne la facturation tardive des praticiens de l'art infirmier à domicile. Date limite : 31/12/2021.

PARTIE 2 : QUALITÉ DES DONNÉES / UTILISATION DU NUMÉRO OFFICIEL DU TIERS PAYANT

2. Soumettre à la Commission d'informatique une note exposant la problématique actuelle et la demande de clarification des instructions relatives à l'utilisation du numéro officiel du tiers payant. Date limite : 30/9/2021.

PARTIE 3 : PRÉVENTION DE LA FACTURATION INDUE À LA SOURCE

3. Rédiger une note à l'attention du Comité de direction avec une proposition d'adaptations éventuelles ou de points d'amélioration des progiciels en vue d'éviter une facturation incorrecte. Date limite : 30/11/2021.

Effets attendus

- Meilleure qualité et disponibilité des données de facturation
- Meilleure maîtrise des dépenses SSI

Facteurs externes

- Collaborations avec les OA
- Collaboration avec l'AIM
- Collaboration avec le service juridique du SdSS
- Collaboration avec la Commission informatique (SdSS)

Article 43. Consolider les fondations de la data par la mise en place d'une gouvernance des données et une approche self service BI avec un renforcement de l'intégration, la transformation et la visualisation des données.

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

Description

Dans le cadre de la stratégie data de l'INAMI, un programme de consolidation des fondamentaux de la data est mis en place pour permettre à l'organisation de devenir plus orientée data et de mettre à disposition des Services, les outils, la gouvernance, les processus et les informations nécessaires à l'accomplissement de leur missions.

Pour y parvenir, ce projet vise à :

- Renforcer l'approche libre service Business Intelligence (BI) en
 - o développant un modèle de données unifié qui facilite la compréhension du business,
 - o développant des entrepôts de données par domaine d'activité (càd principalement par Service INAMI) et en mettant en place des indicateurs de performance (KPI)
 - o promouvant l'utilisation d'outils de visualisation accessibles à un plus grand nombre d'utilisateurs de données.
- Faire évoluer la plateforme de données en rajoutant des fonctionnalités de meta data management dans un premier temps et d'advanced analytics dans un second temps (intelligence artificielle et machine learning).
- Améliorer la qualité et l'intégrité des master data et des référentiels en créant un master data hub (MDM) centralisé.
- Mettre en place une gouvernance des données (data governance) dans le but de mieux gérer la disponibilité, la convivialité, l'intégrité et la sécurité des données.
- Mettre en place un modèle de gestion opérationnel qui facilitera la collaboration et la recherche de synergies entre les cellules data dans les Services et un Data Office centralisé.
- Améliorer l'intégration des flux de données en supprimant les flux redondants et en augmentant la fréquence de mise à jour des données. Pour atteindre cet objectif, un alignement avec nos partenaires externes est nécessaire, notamment avec les organismes assureurs.
- Améliorer l'alignement avec le SPF Santé et l'AFMPS, comme définit dans le programme Data du Redesign (voir socle commun).

Cadre

Optimaliser, gérer, conseiller

Axes

- Processus avec la mise en place d'une gouvernance des données
- Moyens en centralisant la data plateforme et en mettant en place des outils d'aide à la prise de décision
- Innovation grâce à de nouveaux outils d'aide à la prise de décision
- Accessibilité des informations
- Clients en développant des datawarehouses orientés client et en ouvrant l'accès aux informations à un plus grand nombre d'utilisateurs

Contexte

L'INAMI souhaite que la data joue de plus en plus un rôle clé :

D'une part, elle doit être un moyen qui permet à l'INAMI de réaliser ses objectifs stratégiques en:

- mettant le client au centre de la data plateforme,
- mettant en place une gouvernance des données et les outils d'aide à la prise de décision (basé sur la BI et des indicateurs de gestion) avec pour objectif d'optimiser les processus de gestion et la maîtrise des moyens alloués aux soins de santé et aux indemnités.

D'autre part, la data doit devenir un enabler pour permettre à l'INAMI de se transformer grâce à des outils innovant visant

- une automatisation des processus opérationnels (ex. aide à la détection de fraude)
- une aide pour définir une politique davantage orientée vers la prévention et force de propositions: prédire, voire proposer une politique de santé plus efficace et plus économe. Une politique orienté notamment sur la chasse aux gaspillages, la prévention des risques de santé (e.g. accidents médicaux) et la réduction des coûts liés à la sécurité sociale.

La stratégie data s'appuie sur des principes clés

- La démocratie des données (data democracy, open data) càd des données accessibles et partagées avec des utilisateurs non expert en data dans le cadre d'une approche de BI en libre-service
- des données fiables (data you trust) avec le renforcement de la qualité des données et la mise en place d'une gouvernance des données.
- des données prêt à la prise de décision (data ready for action) grâce à des données récentes et complètes transformées en informations business et KPIs
- travailler ensemble sur les données (work together on data) en s'appuyant sur une forte collaboration entre un Data Office central et des cellules de données métiers, proches des processus opérationnels

Nous nous référons également ici à l'accord de gouvernement dans lequel l'accent a été placé sur l'importance d'une politique coordonnée en ce qui concerne l'open data et sur le développement d'une stratégie fédérale pour l'utilisation de big data. Ceci en tenant compte des règles de confidentialité et de privacy.

Liste des actions-engagements

1. Mettre en place une organisation Data Office central pour accélérer la transformation data à l'INAMI. Date limite : 31/03/2021
2. Etablir une note pour le Comité de direction comprenant la définition d'un modèle de données conceptuel et unique pour l'INAMI. Date limite : 30/04/2021
3. Développer un datawarehouse pour le Service des soins de santé reprenant les données du datawarehouse Audit des Hôpitaux et en l'étendant à d'autres flux de données (notamment en vue de faire des analyses de trajets de soins). Date limite : 31/12/2021
4. Etablir une note pour le Comité de direction relatif à une étude en vue de recommander comment mieux gérer les données master: architecture cible et relation avec les différentes sources de données authentiques. Date limite : 31/12/2021.
5. Etablir une étude d'analyse fonctionnelle d'un Datawarehouse pour le SECM. Date limite : 31/12/2021.
6. Mettre en place une première étape dans la gouvernance des données et mettant en place les instances de gouvernance. Date limite : 31/12/2021

- avec les deux Partenaires de l'INAMI (SPF SP et AFMPS) dans le cadre du programme Redesign – Data Management
- au sein de l'INAMI même

Effets attendus

- Amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des données par un plus grand nombre d'utilisateurs.
- Renforcement de la qualité des données.
- Meilleure gestion des données tout au long de son cycle de vie à travers une gouvernance.
- Renforcement de la collaboration entre les cellules data et avec les Partenaires de l'INAMI avec comme objectif entre autre de dégager des synergies.

Facteurs externes

- L'approbation de l'Autorité de protection des données est nécessaire.
- Disponibilité et coopération des partenaires externes (OA).
- Disponibilité et coopération des Services et notamment des Cellule Data à l'INAMI (OA).
- Disponibilité des moyens RH requis tant pour le domaine data gouvernance que pour le domaine ICT.

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

Article 44. Tableaux de bord

Article 44. Les objectifs repris dans cet avenant 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 l'avenant.

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

A l'exception de ce qui est prévu ci-après, toutes les dispositions des chapitres communs du contrat d'administration 2016-2018 continuent à s'appliquer pour la période 2019-2020.

Dans la mesure du possible, toute référence aux années 2016 à 2018 doit se comprendre comme une référence logique aux années 2016 à 2020.

Les engagements découlant du contrat d'administration 2016-2018 et du présent avenant seront réalisés pour les années 2021 pour autant que, à l'initiative du Gouvernement fédéral qui est constitué après les élections du 26 mai 2019, un nouveau contrat d'administration n'est pas établi conformément à la procédure prévue par l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions.

TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS

Les articles 61 (Engagements concernant la politique du personnel (HRM)), 62 (Engagements concernant la gestion informatique), 63 (Engagements concernant la gestion logistique) et 64 (Engagements en matière d'audit interne) du 5^{ème} contrat d'administration (2016-2018) sont remplacés par les articles suivants.

Article 45. Engagements concernant la politique du personnel (HRM)

Lors du contrat d'administration 2016-2018, les IPSS ont mené à bien les engagements suivants concernant la politique du personnel (HRM) : la création d'un Service central des salaires, la réalisation d'une étude d'impact et de faisabilité opérationnelle relative à l'organisation de la Sélection, du Recrutement, de la Formation et du Développement en shared services, le développement et l'utilisation d'un instrument de monitoring fédéral du risque de dépassement des crédits de personnel propre aux IPSS, l'élaboration d'une méthodologie de mesure du travail, l'implémentation des nouvelles méthodes de travail, l'organisation commune de sélections de recrutement et/ou de promotion, la prise d'initiatives communes en matière de formation et de développement, l'exécution d'une politique de diversité inclusive, le développement d'une stratégie commune en vue de l'accompagnement des collaborateurs dans leur carrière, en ce compris la réintégration, le développement d'une stratégie de gestion des connaissances commune et l'utilisation de Crescendo.

Les IPSS s'engagent à poursuivre la mise en œuvre des engagements visés ci-après, dans la mesure du possible.

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 calculer 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 desdites institutions.

Dans le cadre de sa mission principale, le SCS veillera à professionnaliser les services qu'il fournit, notamment en automatisant certaines tâches clé, soit le port en compte automatisé pour 2019 et l'intégration automatique des données des modules HR pour 2020, et en mettant à la disposition des utilisateurs un outil de gestion des connaissances.

Il s'emploiera 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 les rapports extraits 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. Mesure du travail

Dans le cadre des synergies entre IPSS, une méthodologie pour la mesure du travail a été élaborée. La Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA a validé cette méthode qui est utilisée par les IPSS et proposée à d'autres services publics.

Les IPSS déterminent les besoins en personnel pour leurs services ou processus les plus importants sur la base de cette mesure du travail selon les principes établis en commun par le Collège.

Les IPSS s'engagent par ailleurs à élargir la méthodologie permettant d'établir un planning stratégique du personnel, en ligne avec la vision, la stratégie et le contexte de l'organisation.

3. New Way of Working

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

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

4. Sélection & Recrutement

Pour autant que le cadre réglementaire le permette encore, le Collège des IPSS prendra, sur la base des plans de personnel distincts, des accords concernant des initiatives communes pour l'organisation de sélections de recrutement et/ou de promotion, conformément au contrat de collaboration conclu avec la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA. 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 dans tous les domaines des ressources humaines, ayant notamment pour objectif de déléguer aux IPSS les nouvelles missions dont la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA serait chargé, le cas échéant en recourant aux modifications réglementaires nécessaires ou à la conclusion de SLA, comme le prévoit ladite Convention de collaboration entre les IPSS et la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA. Le SLA avec la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA sera actualisé, notamment concernant la détermination des besoins récurrents (processus ongoing) et la certification des collaborateurs.

L'étude d'impact et de faisabilité opérationnelle sur l'évolution des services de soutien HR en matière de sélection, de recrutement, de formation et de développement vers des shared services a démontré que la synergie devait davantage être structurée et renforcée autour du réseau existant.

Les IPSS s'engagent à conclure entre elles une convention fixant les contours de la collaboration et prévoyant notamment une mise à disposition de certifiés et une participation active aux missions de sélection.

Le Collège des IPSS s'attachera avec le Collège des Présidents des SPF et des OIP à promouvoir et à encourager l'attractivité de l'emploi dans la fonction publique. À cette fin, une stratégie sera développée qui mettra l'accent sur les atouts spécifiques de la fonction publique et utilisera des techniques de communication pertinentes. Cette stratégie sera soumise à l'Etat fédéral.

Un groupe de travail, composé des IPSS et des acteurs concernés (SPF, Medex, ...), sera mis en place pour évaluer le statut et l'attractivité des professions médicales au sein de la fonction publique, pour déterminer les compétences nécessaires pour faire face aux défis de la réintégration et pour formuler dans ces domaines toutes les propositions appropriées.

5. 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.

6. 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.

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.

7. Bien-être au travail

7.1. Accompagnement sur le lieu de travail

En vue d'une carrière durable à travers les différentes phases de la vie et afin de pouvoir s'adapter dans un environnement de travail en constante mutation, chaque collaborateur des IPSS doit pouvoir faire appel à un soutien qui lui permet :

- D'avoir une bonne vision de ses compétences et talents
- De pouvoir assumer aisément de nouveaux rôles / nouvelles fonctions
- De pouvoir utiliser pleinement ses compétences et déployer ses talents

À cette fin, les IPSS déploieront une banque de données commune avec :

- Des instruments RH, pouvant être utilisés dans un cadre professionnel, comprenant un accompagnement de carrière, une offre de feedback X° accompagné, une politique active de mobilité interne et des possibilités de teamcrafting.
- Des accompagnateurs professionnels des différentes IPSS qui pourront être mis à disposition mutuellement.

Pour les formations de ces accompagnateurs, des initiatives communes seront prises.

7.2. Politique intégrée de prévention des risques psycho-sociaux

Les IPSS entendent mener une politique intégrée de prévention des risques psycho-sociaux.

Pour ce faire, elles vont mesurer l'état de la prévention des risques psycho-sociaux au sein de chaque organisme (mesure T0).

Cette évaluation de la maturité de l'organisation est faite sur base de critères objectivables au moyen d'un outil.

Elle pourra se faire sur base de l'outil d'Empreva, avec sa collaboration et permettra d'objectiver les besoins en matière de prévention primaire de chaque IPSS sur le moyen et long terme. Des échanges de bonnes pratiques et des collaborations entre IPSS pourront être mis en place. Cette mesure du T0 permettra également d'objectiver l'évolution au cours du contrat d'administration.

Simultanément, une collecte de données sera réalisée en collaboration avec Medex au sein des IPSS avant de déterminer une série de paramètres :

- Durée moyenne des incapacités de travail,
- Taux actuel de retour à l'emploi,

- Initiatives actuelles en matière de retour à l'emploi.

Les IPSS veulent développer en collaboration avec la Direction générale Humanisation du travail du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA un projet pilote de prévention secondaire des troubles psychosociaux en relation avec le travail et proposer ainsi un trajet d'accompagnement selon le schéma et les conditions prévues par Fedris, vu que les crédits nécessaires leur ont été attribués. Un intervenant burn-out spécialement dédié aux IPSS sera chargé de la coordination du projet.

7.3. Réintégration après une absence de longue durée

Dans le cadre de leur politique intégrée en matière de risques psycho-sociaux, les IPSS entendent mettre en place les conditions optimales de réintégration après une absence de longue durée en collaboration avec l'ensemble des intervenants. La mise en place d'une approche coordonnée et globale va dans ce sens et concerne toutes les absences pour maladie de longue durée.

Les IPSS développeront pour janvier 2020 une méthodologie commune de réintégration en collaboration avec la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA et procéderont à une analyse de faisabilité de l'application en synergie des pratiques de disability management telles qu'elles sont encouragées par l'INAMI au travers de sa formation de disability managers. Cette analyse se fera en concertation avec l'ensemble des acteurs.

8. Gestion des connaissances

Dans le cadre des synergies entre IPSS, une stratégie de gestion des connaissances commune a été élaborée, axée sur l'accès aux connaissances en vue de l'exécution du travail, sur le partage de ces connaissances au sein de l'IPSS et entre IPSS et sur la conservation de ces connaissances et fondée sur le partage entre les IPSS des bonnes pratiques en la matière.

Ce faisant, l'expertise présente peut être utilisée de manière optimale, et le risque de pertes de connaissances par le flux des départs se voit limité, en particulier en ce qui concerne les fonctions critiques, soit les fonctions relevant d'un champ d'expertise nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme.

Les IPSS s'inscrivent dans cette stratégie commune de gestion des connaissances.

Chaque IPSS détermine ses actions prioritaires en se basant sur les bonnes pratiques et projets repris dans l'instrument. Le teamsite "Stratégie KM" continuera à soutenir les échanges d'expériences. En fonction de la demande, le groupe de projet organisera des initiatives communes.

Les IPSS travaillent, le cas échéant, également avec le SPF Sécurité sociale, en particulier en ce qui concerne l'acquisition de connaissances sur les questions transversales, sectorielles et systémiques..

9. Cycles d'évaluation et cadre commun de compétences

Les IPSS s'engagent à :

- Réaliser un reporting annuel commun aux IPSS du taux de réalisation des cycles d'évaluation de l'année précédente sur base d'une méthodologie commune ;
- Répertorier et mettre en commun les outils développés au sein de chaque IPSS pour accompagner, soutenir et faire vivre les cycles d'évaluation (manuels de référence, guides pratiques, FAQ,

- workshops....) et à partir de là, évaluer l'opportunité de développer des outils au niveau des IPSS sur des thématiques récurrentes ;
- Envisager un cadre commun à toutes les IPSS de compétences techniques et leurs indicateurs de mesures pour les fonctions de support (RH, ICT, Facility), transversales (juridiques et de contrôle), et liées à des rôles spécifiques (dirigeant, chef de projet, expert). Ces compétences pourront être transposées dans chaque IPSS dans leurs descriptions de fonction respectives en concertation avec la Direction générale Recrutement et Développement du SPF BOSA dans un objectif d'alignement avec les nouvelles familles de fonction. A terme, les IPSS pourraient ainsi disposer d'un dictionnaire (référentiel) de compétences techniques et leurs indicateurs de mesures communs à toutes les IPSS.

L'Etat s'engage à soutenir et à rendre possible les actions précitées des IPSS et à effectuer pour la fin du contrat d'administration les adaptations nécessaires concernant la convivialité de l'utilisation du software de gestion des cycles d'évaluation après analyse du système sur la base du feedback des IPSS et des autres institutions publiques.

Article 46. Engagements concernant la gestion informatique

1. Virtualisation, G-Cloud et réutilisation des composants métier

Les IPSS organisent au sein de Smals un suivi technologique conjoint concernant les nouvelles technologies ICT, dont l'utilisation peut apporter des avantages en termes d'effectivité ou d'efficience, et déploient autant que possible des technologies pertinentes.

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

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

- a) Le premier trajet consiste en la réduction du nombre de centres de calcul et l'évolution vers une infrastructure IT commune.
- b) Le deuxième trajet (IaaS et STaaS) consiste à mettre à disposition des instances des capacités de processing (serveurs et machines virtuelles) et des capacités de stockage afin qu'elles puissent y déployer leur propre logiciel d'applications. Cette mise à disposition se fait sous forme de services.
- c) Le troisième trajet (SaaS) est la multiplication et la standardisation des services offerts pour répondre à un maximum des besoins non spécifiques des différents services publics.

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

L'IPSS sera un acteur dans ce projet et veillera à ce que son système informatique et ses services réseau soient déployés autant que possible dans une infrastructure commune, ouverte et sécurisée.

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 réduire 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,
- 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 de réduire 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.

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 contrats-cadres rédigés 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 contrats-cadres pour obtenir des conditions d'achat les plus favorables possibles.

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

A cette fin, les IPSS s'engagent à passer, le cas échéant via Smals, les différents marchés en matière ICT en tant que centrale d'achat pour que chaque IPSS puisse bénéficier des avancées des autres IPSS et ainsi faire évoluer leur infrastructure 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 devienne la norme. Pour cela, un plan par étapes est établi sous la conduite du Collège des Administrateurs généraux des Institutions publiques de Sécurité sociale pour le déploiement de l'eBox dans chaque IPSS. L'exécution de ce plan par étapes fera l'objet d'un suivi régulier par le Collège et chaque institution fera rapport à ce sujet lors du suivi habituel de la réalisation du Contrat d'administration et au Ministre de l'Agenda numérique.

Article 47. 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 22 décembre 2017 relatif aux marchés publics fédéraux centralisés dans le cadre de la politique fédérale d'achats.

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 et si un marché conjoint peut être exécuté.

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 ; une plate-forme électronique conviviale et adéquate sera mise en place, permettant d'y introduire des données plus étendues, de manière à optimiser la gestion du parc immobilier.

Chaque demande de location, d'achat, de vente et de profonde rénovation de bâtiments devra être préalablement soumise au Collège des IPSS.

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.

Les IPSS listeront des conditions minimums concernant la gestion de bâtiments. Ces conditions seront reprises sous la forme d'une checklist par bâtiment, basée sur une nomenclature des obligations légales.

Le plan d'actions, établi selon les recommandations qui ont été formulées dans l'audit de la Cour des Comptes sur le parc immobilier des IPSS, sera approfondi.

Les effets au niveau du facility management y seront cartographiés et la possibilité d'une approche shared y sera explorée.

Un groupe de travail se réunira périodiquement pour échanger les meilleures pratiques et apporter des solutions d'amélioration dans les différents domaines et activités facilitaires. Un focus sera porté sur les domaines suivants (liste non exhaustive):

- énergie (audit énergétique, performance énergétique, réglementation...)
- déchets et économie circulaire
- FMIS (facilitair management information system)
- point de contact central,
- sécurité,
- durabilité avec la réalisation d'une matrice de matérialité et d'un rapport sur les pratiques en cours dans les IPSS,
- mobilité durable.

Article 48. Engagements en matière d'audit interne

Article 48. 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:

- durant la durée du contrat d'administration, le Comité d'audit commun aux IPSS offrira un soutien méthodologique aux fonctions d'audit interne, notamment en formulant des recommandations pour en améliorer la maturité ;
- 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 ;
- pour la fin de la durée du contrat d'administration, les fonctions d'audit interne, soutenues par le Comité d'audit Commun, les comités d'audit spécifiques à une institution, ainsi que le réseau Platina, auront amélioré leur maturité, notamment par le développement d'un système de surveillance de la qualité ;

- le Collège poursuivra les initiatives lancées dans le cadre du Single audit au cours de la période 2019-2020 en vue d'une coopération et d'une transparence plus structurées entre les différents acteurs de contrôle concernés, notamment en coordonnant la planification et les méthodes des fonctions d'audit interne avec les activités des autres acteurs du contrôle responsables pour les IPSS.

Le Collège continuera à développer sa vision de gestion sur le Single audit au sein des IPSS, sur base des activités des groupes de travail existants et d'autres initiatives s'y rapportant, et à formuler des propositions concrètes telles que le protocole de collaboration avec la Cour des Comptes et l'analyse du rôle et de la valeur ajoutée des réviseurs ;

- 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.

TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable

Les article 82 (Budget de gestion pour les exercices 2016, 2017 et 2018) et 83 (Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire) du 5^{ième} contrat d'administration (2016-2018) et l'avenant 2019-2020 sont remplacés par les articles suivants.

Article 49. Budget de gestion pour l' exercice 2021

Article 49. Le budget de gestion de l'Institution pour l'exercice 2021 est établi comme suit :

	2021 ⁽¹⁾
Dépenses de personnel	103.517.603
Dépenses de fonctionnement	33.022.713
<i>Dont : Fonctionnement ordinaire</i>	13.422.842
<i> Informatique</i>	19.599.871
Investissements	1.148.200
<i>Dont : Investissement mobiliers</i>	55.980
<i> Investissements informatiques</i>	715.000
<i> Investissements immobiliers</i>	377.220
Dépenses de fonctionnement non-limitatives	443.249
Total	138.131.765

(1) Cotisations au Pool des parastataux 50%

Article 50. Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire

Article 50. 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 97.462.000 pour l'exercice 2021, en tenant compte des cotisations patronales connues (cotisations patronales de pension, etc.).

TITRE XII: Participation aux projets transversaux

Article 51. Les articles 90 et 91 du 5^{ième} contrat d'administration (2016-2018) restent d'application pour la période 2019-2020 et 2021.

TITRE XIII: Dispositions finales

Article 52. Les engagements repris dans le présent Avenant 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 Avenant ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution d'exécuter, de manière efficace, les autres missions légales qui ne font pas l'objet d'un objectif spécifique.

ANNEXE : Le budget de gestion

Ventilation crédits de gestion

Article budgétaire	Libellé
CREDITS DE PERSONNEL	
8111	Rémunérations directes du personnel
8112	Cotisations sociales patronales
8113	Allocations sociales
8114	Cotisations patronales au Fonds des primes syndicales
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

AIM	Agence intermutualiste
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CIN	Collège Intermutualiste National
CMD	Collège des Médecins-Directeurs
CMI	Conseil Médical de l'Invalidité
CR-CMI	Commission Régionale du Conseil Médical de l'Invalidité
CRM	Commission de Remboursement des Médicaments
CRIDMI	Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs
FAM	Fonds des Accidents Médicaux
FSS	Fonds Spécial de Solidarité
GLEM	Groupe Local d'Evaluation Médicale
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INASTI	Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
INS	Institut National des Statistiques
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAF	Maximum A Facturer
MC	Médecin-Conseil
NISS	Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale
OA	Organisme Assureur
OCM	Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités
ONSS	Office National de la Sécurité Sociale
ONSSAPL	Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
OSSOM	Office de la Sécurité Sociale d'Outre-Mer
RCM	Résumé Clinique Minimum
SECM	Service d'Evaluation et du Contrôle Médicaux
SELOR	Bureau de sélection de l'administration fédérale
SFP	Service Fédéral des Pensions
SHA	Séjour Hospitalier Anonyme
SMALS	Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales
SNCB	Société Nationale des Chemins de fer Belges
SSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
SSS	Service des Soins de Santé
UML	Union Nationale des Mutualités Libres
UNML	Union Nationale des Mutualités Libérales
UNMN	Union Nationale des Mutualités Neutres
UNMS	Union Nationale des Mutualités Socialistes

TITRE XIV: Redesign – Le socle commun: collaboration stratégique et opérationnelle entre l’INAMI, l’SPF Santé et l’AFMPS

Table des matières

Dispositions préliminaires	147
1. Définitions	149
2. Contexte stratégique	150
2.1. Introduction.....	150
2.2. Contexte actuel	151
3. Programme Stratégie de santé	152
3.1. Priorités dans le domaine du soutien à la politique visant une politique de soins de santé performante ..	152
3.1.1. Stimuler le débat social et soutenir le débat politique sur le développement futur de la politique fédérale en matière de santé et de soins de santé	152
3.1.2. Évaluer l'état de santé des Belges et la performance du système de soins de santé	152
3.2. Priorités en matière de collaboration et de cohérence de gestion	153
3.2.1. Professionnalisation de la coordination politique inter-administrative entre les administrations de soins de santé fédérales et les autres niveaux de pouvoir	153
3.2.2. Élaboration d'un socle commun dans le cadre des Contrats d'administration et du Plan stratégique	155
3.2.3. Préparation d'une future organisation en réseau en construction entre les trois institutions	155
4. Programme Passerelles	157
4.1. De la collaboration ad hoc à la collaboration structurelle au moyen de passerelles	157
4.2. Gouvernance, pilotage et suivi des projets passerelles.....	158
4.3. Domaines de collaboration et projets passerelles	159
4.3.1. Réforme du secteur hospitalier	159
4.3.2. Politique et services à l'égard des prestataires de soins	161
4.3.3. Plan commun pour les malades chroniques : « Des soins intégrés pour une meilleure santé »	163
4.3.4. eSanté	165
4.3.5. Qualité, efficacité et contrôle des soins	166
4.3.6. Politique en matière de résistance antimicrobienne	169
4.3.7. Accès à l'innovation dans les soins de santé (projet passerelle)	170
5. Programme Data	172
6. Programme Support	174
6.1. Health on the Move.....	174
6.2. Synergie des services de soutien	175
7. Mise en œuvre du redesign, axe Politique.....	178
8. Rapports au gouvernement fédéral.....	180

Dispositions préliminaires

Ce premier socle commun est conclu dans le cadre des Contrats d'administration de l'INAMI et du SPF Santé (période 2019-2021), ainsi que du Plan stratégique de l'AFMPS (période 2019-2021). L'unicité de ce socle réside dans l'exercice transversal pour laquelle les trois institutions mentionnées s'engagent, malgré leurs différents statuts, dans le cadre du «Redesign des administrations de soins de santé» à optimiser la cohérence politique et à renforcer la cohérence de gestion dans le domaine de la santé publique et des soins de santé.

Ce socle inclut des domaines de collaboration prioritaires de nature à la fois stratégique et opérationnelle. Les engagements pris conjointement ne sont pas toujours aussi spécifiques étant donné les différences de complexité, de besoins et d'aspirations, ainsi que les différents niveaux de maturité des initiatives respectives.

La création d'un climat favorable et de conditions propices à la mise en œuvre des engagements définis est primordiale. Les instances politiques exhortent les autorités à collaborer de manière intensive. Toutefois, les instruments de ressources actuels ne sont pas encore suffisamment adaptés et ne correspondent pas encore aux besoins d'une telle collaboration en réseau. L'absence d'une structure financière flexible et transparente exige le développement d'un nouveau modèle dans lequel il est recommandé d'associer l'innovation administrative, la créativité et la proactivité nécessaires à une flexibilité politique.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2021, il est convenu ce qui suit entre :

l'État belge, représenté par :

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

et

le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS

Tom Auwers
Président du SPF Santé

Pedro Facon
Directeur général de la DG Soins de santé, SPF
Santé

Xavier De Cuyper
Administrateur général, AFMPS

Johan De Cock
Administrateur général, INAMI

Benoit Collin
Administrateur général adjoint, INAMI

Alain Ghilain
Directeur général a.i. Service des Soins de Santé, INAMI

1. Définitions

Dans ce socle, on entend par :

1. « INAMI » : 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. « SPF Santé » : le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, institué par l'A.R. du 23 mai 2001.
3. « AFMPS » : l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de santé (AFMPS), instituée par la loi du 20 juillet 2006.
4. « Sciensano 1 », fondé depuis le 1^{er} avril 2018 et composé de :
 - l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) ;
 - le Centre d'Études et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA)
5. « Sciensano 2 » sera composé de :
 - Sciensano 1
 - le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), un parastatal institué par l'art. 259 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
 - le Conseil Supérieur de la Santé (CSS)
6. « Organismes assureurs » : les OA, les unions nationales visées à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la loi coordonnée précitée 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 précitée.
7. « AIM » : l'Agence InterMutualiste, une association sans but lucratif fondée en octobre 2002 regroupant les 7 organismes assureurs visés au point 1.6. Les objectifs et les missions de l'association sont décrits dans la loi-programme du 24 décembre 2002.
8. « CIM SP » : la Conférence interministérielle santé publique, instituée conformément à l'article 31bis de la loi ordinaire du 9 août 1980 de réformes institutionnelles, dont le secrétariat est assuré par la DG Soins de santé du SPF Santé.

2. Contexte stratégique

2.1. Introduction

Le 3 juillet 2015, le gouvernement fédéral a approuvé la note relative au contenu (trajets de redesign) et à la gouvernance (pilotage, suivi, soutien) du programme de redesign des autorités fédérales. Ce programme se compose de 8 trajets¹². Le trajet 5 concerne l'Excellence opérationnelle dans le domaine de la Santé, et plus spécifiquement les administrations de soins de santé. Il a notamment été indiqué que l'organisation des administrations compétentes en matière de politique de santé et d'assurance maladie peut être rationalisée et regroupée en un seul domaine politique. L'objectif de ce trajet vise à renforcer la cohérence politique et de gestion au sein d'un réseau intégré des 8 administrations de soins de santé (SPF Santé, INAMI, AFMPS, KCE, OCM, CAAMI, ISP et la plate-forme eHealth). Dans ce contexte, on examinera comment reorganiser les missions et comment améliorer l'alignement et la collaboration entre ces institutions. L'intégration et l'amélioration des processus communs devraient permettre d'accroître l'efficacité des services publics et d'améliorer le service rendu aux citoyens, aux professionnels de la santé et aux entreprises.

Par la suite, la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a rédigé la note de vision « Redesign des administrations de soins de santé », qui se concentre sur les administrations de soins de santé dans leur globalité et leur cohésion. Cette note a été soumise aux organes intéressés des institutions concernées : pour l'INAMI, à la réunion conjointe du Conseil général et du Comité général de gestion du 11 juillet 2016¹³ ; pour le SPF Santé, au Comité de direction du 16 juin 2016 ; et pour l'AFMPS, au Comité de direction du 29 avril 2016.

Dans la première phase, le trajet 5 a été élaboré à partir de 5 chantiers initiés simultanément :

1. Une coordination renforcée du réseau actuel des administrations fédérales de soins de santé
2. La création de l'Institut pour l'avenir des soins de santé et d'un cadre interfédéral pour les objectifs de santé
3. Le développement d'un Health Research System coordonné et structuré et la création d'un centre d'expertise en matière de santé et de soins de santé
4. La rationalisation et la collaboration concernant l'inspection et le contrôle au sein des administrations fédérales de soins de santé
5. L'analyse d'un redesign plus fondamental (étude de faisabilité sur l'éventuelle création d'un service fédéral de soins de santé, d'une agence de contrôle distincte et d'un conseil politique; le rapport final a été rendu le 21 janvier 2017)

Lors de la livraison du rapport final de l'étude de faisabilité (cf. chantier 5) en février 2017, il a été demandé à la direction des institutions concernées d'évaluer les priorités et les propositions, et d'élaborer un plan d'action sur la base de ce rapport. La concertation entre les directions qui a suivi en mars/avril 2017 a abouti à la note « Stratégie commune et politique et fonctionnement intégrés des administrations en charge de la santé au niveau fédéral ». Cette note, complétée par la contribution de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a été approuvée le 25 avril 2017 par le groupe de pilotage politique du gouvernement fédéral.

¹² Les 8 trajets sont les suivants : Achats fédéraux coordonnés de façon centralisée, perception des recettes publiques, gestion des actifs immobiliers du gouvernement, excellence opérationnelle dans le domaine de la Sécurité, excellence opérationnelle dans le domaine de la Santé, intégration des processus de service au sein des SPF verticaux et d'autres services publics fédéraux (intégration horizontale), excellence opérationnelle dans le domaine des services d'étude fédéraux, transformation numérique du gouvernement.

¹³ Note CGSS 2016/045.

2.2. Contexte actuel

La note, qui annonçait de facto la deuxième phase du trajet 5, approuvait la nécessité d'un redesign au sein du SPF Santé, de l'INAMI et de l'AFMPS pour effectuer une approche efficace des priorités stratégiques communes. Le point de départ de ce redesign reste l'optimisation de la cohérence politique et le renforcement de la cohérence de gestion dans le domaine de la santé publique et des soins de santé, et ce initialement au sein des trois institutions mentionnées. Il se concentre sur la réalisation d'un certain nombre d'idées clés et d'initiatives de collaboration fondamentales et concrètes plutôt que sur un changement fondamental de la structure des organisations (comme la création d'une organisation unifiée). Pour ce faire, la structure organisationnelle du trajet 5 a été transformée en deux axes, chacun doté d'un champ d'application spécifique.

1. L'axe Politique, qui comprend les quatre programmes suivants :

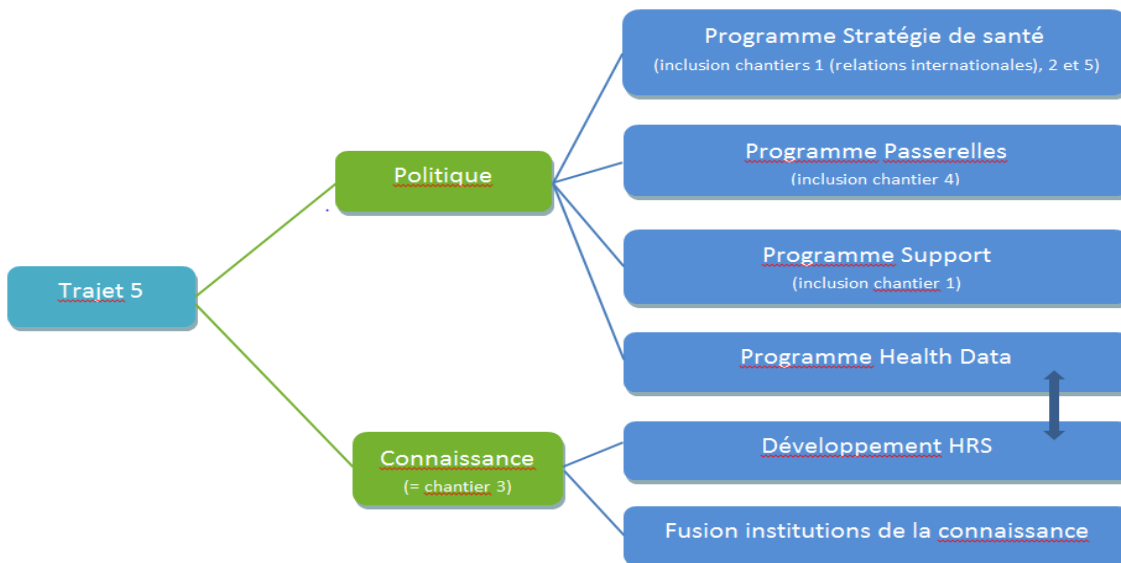
- Stratégie de santé
- Passerelles
- Data
- Support

Ces programmes sont détaillés dans les chapitres suivants.

2. L'axe Connaissance, orienté sur

- le développement d'un Health Research System
- la fusion des institutions de la connaissance (notamment Sciensano 1 et 2)

Visuellement, la structure organisationnelle se présente donc comme suit :



3. Programme Stratégie de santé

Les objectifs et les projets communs du Programme Stratégie de santé reposent sur l'élaboration d'une cohérence politique et de gestion telle que reprise dans le contexte stratégique.

3.1. Priorités dans le domaine du soutien à la politique visant une politique de soins de santé performante

3.1.1. Stimuler le débat social et soutenir le débat politique sur le développement futur de la politique fédérale en matière de santé et de soins de santé

En tenant compte des évolutions sociétales, médicales et technologiques, la politique en matière de santé et de soins de santé est confrontée à de grands défis. D'importants trajets de réforme ont été tracés et sont en cours d'exécution. Pendant que ces trajets continuent à se développer, il est important de rester vigilant quant à l'avenir.

La politique ainsi que les administrations doivent rester alertes aux nouveaux développements et prévoir des scénarios capables d'y répondre. En tant qu'administrations politiques fédérales, le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS sont confrontés à ces défis. Ils s'engagent à les relever ensemble et à coordonner et intégrer autant que possible leurs initiatives dans ce domaine.

Pour étayer ce trajet, les administrations fédérales ont lancé un projet portant sur l'avenir des soins de santé (au sein d'une perspective temporelle large). Un trajet opérationnel sera défini sur la base des résultats qui seront rendus à la mi-2019. La priorisation requise doit bien entendu aussi avoir lieu en mettant notamment l'accent sur un modèle de concertation plus agile.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de travailler ensemble sur ce trajet et de coordonner et intégrer autant que possible leurs initiatives dans ce domaine. Une réflexion portant sur une optimisation du modèle de concertation aura également lieu.

3.1.2. Évaluer l'état de santé des Belges et la performance du système de soins de santé

À l'initiative de l'INAMI et en collaboration avec l'ISP/Sciensano 1 actuel, le KCE réalise depuis plusieurs années un rapport périodique dans lequel la performance du système de soins de santé belge est mesurée sur la base d'une centaine d'indicateurs. Ces mesures tiennent compte des initiatives prises à d'autres niveaux, comme le Health at a glance de l'OECD. À compter du rapport de 2018, le SPF Santé participe également à cette initiative récurrente. L'objectif consiste à fournir des informations scientifiquement valides et fiables qui peuvent aider les décideurs politiques à orienter et à évaluer la politique.

En plus de ce Rapport de performance, un rapport Health Status cartographiant non pas la performance du système, mais l'état de santé des Belges, sera également élaboré. L'Enquête de Santé périodique y sera

intégrée. L'objectif est d'enrichir le rapport, ainsi que de créer un lien avec le Rapport de performance. La création du rapport est assurée par Sciensano 1 et sa livraison est prévue pour début 2019.

Le rapport Health Status pourrait alors éventuellement servir de test dans le cadre du projet « Recherche translationnelle : de la recherche à la politique » élaboré par le futur Sciensano 2. L'objectif visé consiste à optimiser la corrélation entre les résultats scientifiques accessibles et l'élaboration des politiques en collaboration avec les partenaires et la politique.

Un site web mettant à disposition l'ensemble des rapports rendus sera lancé en mars 2019.

Enfin, il est fait référence à l'élaboration ultérieure du projet « Health Research System (HRS) » (cf. axe Connaissance) que Sciensano 2 réalise en collaboration avec l'INAMI, l'AFMPS et le SPF Santé en vue d'obtenir une organisation bien développée pour générer, collecter, traiter et utiliser de manière optimale les connaissances scientifiques en matière de santé au sens large et de soins de santé. Le Rapport de performance et le rapport Health Status peuvent tous les deux servir au HRS de moyen pour tirer des conclusions sur les priorités de la recherche scientifique.

Engagements

Pour la période 2019-2021, les engagements suivants sont pris :

1. le soutien à la rédaction des futurs rapports de performance et rapports Health Status, ainsi que le suivi de la mise en œuvre des points d'action ;
2. le développement du HRS au sein de l'axe Connaissance ;
3. l'utilisation effective des instruments mentionnés dans les missions de soutien à la politique de santé du gouvernement fédéral.

3.2. Priorités en matière de collaboration et de cohérence de gestion

3.2.1. Professionnalisation de la coordination politique inter-administrative entre les administrations de soins de santé fédérales et les autres niveaux de pouvoir

3.2.1.1. Coordination interfédérale avec les entités fédérées

Par l'intermédiaire de la Direction générale Soins de Santé (DGSS), le SPF Santé est responsable du secrétariat au niveau du contenu et administratif de la Conférence interministérielle Santé publique (CIM SP) et de la Réunion thématique Drogues (RTD), ainsi que de ses réunions préparatoires. Cela se fait en étroite collaboration avec le ministre fédéral et la présidence tournante de la CIM SP.

Depuis un certain temps déjà, l'INAMI, l'AFMPS et parfois d'autres institutions telles que la plate-forme eHealth sont fortement impliquées dans certains GTI de la CIM SP. Depuis 2017, l'INAMI participe également à la réunion préparatoire.

La CIM SP est avant tout un lieu de rencontre pour les décideurs politiques, à savoir les ministres et leurs cellules stratégiques. En 2017, la DGSS a pris l'initiative de développer une collaboration plus structurée avec les administrations fédérées en complément de la coordination politique.

Engagements

Pour la période 2019-2021, les engagements suivants sont pris :

1. Par l'intermédiaire de la DGSS, le SPF Santé poursuivra la professionnalisation de la collaboration avec l'INAMI et l'AFMPS, complétée le cas échéant par d'autres administrations fédérales, dans le cadre

de son rôle de secrétariat de la CIM SP, de sa réunion préparatoire et du GTI. L'implication dans l'établissement de l'ordre du jour et le suivi sera structurée.

2. Sous la coordination de la DGSS, le SPF Santé rationalisera les initiatives ad hoc en matière de coordination avec les administrations fédérées.

3.2.1.2. Une représentation coordonnée au niveau européen et international

Pour ce qui relève du domaine de la santé humaine, les soins de santé relèvent en grande partie des compétences nationales¹⁴, qui sont grandement partagées et interconnectées entre le niveau fédéral et les communautés, celles-ci exerçant de nombreuses compétences au niveau de l'organisation des établissements de soins de santé, des soins de santé préventifs et des professions de soins de santé. D'autres politiques (p.ex. sur les produits de consommation et de commerce, l'environnement) ont un impact direct ou indirect sur la santé et sont déterminées au niveau international. La Conférence interministérielle Santé publique en est l'organe coordinateur, tant au niveau de la concertation interfédérale que de la représentation internationale de la Belgique.

Dans ce contexte le principe de base est que le SPF Santé est le premier point de contact des organisations internationales et des autres États membres (« National Focal Point »). La coordination en matières internationales de santé publique au niveau de la Belgique est assurée par le groupe de travail « international » (GTI) de la Conférence interministérielle Santé publique (y inclus l'implémentation des accords internationaux, conclusions du Conseil européen, transposition des directives européennes etc. au niveau belge). Le SPF Santé organise, via le service relations internationales (IBRI), la coordination entre les partenaires au niveau fédéral concernés, notamment l'AFMPS, l'INAMI, Sciensano, l'AFSCA, mais aussi d'autres administrations fédérales en fonction de l'expertise nécessaire. Potentiellement ça peut inclure la participation à des programmes ou projets internationales comme les Joint Actions, EC framework programmes et des sujets comme l'accès à l'innovation (cf. 4.3.7.). Le principe est que chaque administration détermine une position propre, qui est ensuite coordonnée au niveau national, pour au final arriver à une position belge consolidée. Dans la coordination le lien avec d'autres administrations (p.ex. SPF Economie, SPF Finance ou autre) est pris en compte en fonction de la thématique et ce en relation étroite avec le SPF Affaires étrangères.

Engagementen

Le SPF Santé développera une coordination régulière et efficace permettant un alignement stratégique (priorités, position belge, grandes évolutions, etc.) mais également opérationnel (information sur et traitement de dossiers spécifiques, compositions de délégations, etc.) pour les questions internationales et ce, au sein de la filière « santé humaine » mais également avec les autres filières de la politique de santé (santé animale et végétale et environnement). Cette coordination inclut tant les partenaires fédéraux que les partenaires des entités fédérées. Plus concrètement :

1. Le SPF Santé, via son service international, s'engage à coordonner la définition commune des priorités à l'international entre les partenaires au niveau fédéral.
2. Le SPF Santé, via son service international, s'engage à coordonner les dossiers internationaux entre les partenaires au niveau fédéral, afin d'arriver à une position commune et cohérente, et de continuer à suivre et médier l'impact potentiel sur la santé des autres filières

L'INAMI et l'AFMPS participeront activement à cette coordination pour les questions internationales qui les concernent. Dans ce cadre le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS s'engagent à s'aligner sur les questions internationales communes et ce, tant au niveau des organes décisionnels qu'au niveau des équipes opérationnelles. Plus concrètement :

¹⁴ Pour l'AFMPS, les matières sont fortement régies par des directives et règlements européens.

1. Le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS, via le comité de management et leurs comités de direction respectifs, s'engagent à effectuer un contrôle régulier de l'alignement entre la réalisation de leurs Contrats d'administration ou Plan stratégique et l'agenda international.
2. Un point « International » récurrent sera mis à l'agenda du comité de management.
3. Le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS, via le comité de management et leurs comités de direction respectifs, s'engagent à développer des mécanismes d'intégration des évolutions internationales dans les activités nationales.

3.2.2. Élaboration d'un socle commun dans le cadre des Contrats d'administration et du Plan stratégique

Une stratégie et coordination politique transversale au niveau des trois institutions se met progressivement en place pour soutenir le développement et la réalisation des objectifs de santé fédéraux et pour piloter les grands programmes, projets et processus communs dans le domaine des soins de santé et de la santé publique. Une première étape à cet égard consiste à définir des objectifs politiques stratégiques et (le cas échéant) opérationnels communs en matière de soins de santé dans ce premier socle commun des Contrats d'administration du SPF Santé et de l'INAMI et du Plan stratégique de l'AFMPS, et pour lesquels la planification, le suivi et l'évaluation sont prévus.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement pris concerne la mise en œuvre conjointe de ce premier socle commun.

3.2.3. Préparation d'une future organisation en réseau en construction entre les trois institutions

Les trois institutions examinent un modèle d'organisation et de gouvernance adapté et adéquat permettant d'organiser et de gérer efficacement le réseau au sein duquel le SPF Santé, l'AFMPS et l'INAMI travaillent. Un modèle d'organisation en réseau efficient et efficace se caractérise par divers facteurs. Une organisation en réseau s'articule notamment autour d'équipes interfonctionnelles. Ces équipes dédiées peuvent rapidement démarrer, agir et s'adapter en fonction des besoins de l'organisation et de l'écosystème dans lequel une organisation évolue. La vitesse à laquelle ces équipes peuvent obtenir des résultats est également accélérée si elles disposent de suffisamment de ressources et d'autonomie pour prendre certaines décisions elles-mêmes.

Les trois institutions examinent actuellement comment concrétiser conjointement une telle organisation en réseau. Elles déterminent ainsi successivement quels principes d'une organisation en réseau sont au centre (contours), les aspects des institutions existantes pour lesquels l'organisation en réseau est utilisée et comment travailler concrètement pour ces aspects dans l'organisation en réseau (notamment la gouvernance, les processus décisionnels, les organes administratifs, etc.).

Dans un contexte plus large, l'alignement systématique avec Sciensano 1, le KCE et le CSS sera également assuré sur la base de l'approche réseau.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement pris concerne l'élaboration conjointe d'une proposition d'organisation en réseau et de modèle de gouvernance.

4. Programme Passerelles

4.1. De la collaboration ad hoc à la collaboration structurelle au moyen de passerelles

Ces dernières années, de nombreuses initiatives ont été prises en vue d'améliorer la collaboration entre les administrations fédérales de soins de santé. Cette collaboration n'est toutefois pas entièrement nouvelle : par le passé, des plates-formes de collaboration, passerelles « avant la lettre », ont déjà été mises en place dans le cadre de certaines initiatives. Certaines d'entre elles ont été formalisées, d'autres sont restées informelles. Néanmoins, elles étaient généralement de nature ad hoc.

Les réformes lancées au niveau politique ces dernières années se sont avérées être un important levier pour approfondir la réflexion sur la collaboration entre les administrations. En effet, il est très vite apparu que seule une intense collaboration permettrait de réaliser les ambitions politiques, d'autant plus compte tenu du cadre budgétaire et du personnel plus limité et des difficultés conjointement éprouvées pour attirer et retenir certaines expertises dans l'administration.

L'objectif du Programme Passerelles consiste à renforcer le fonctionnement des trois institutions et le service qu'elles fournissent à leurs clients grâce à une approche commune et plus performante. Le programme vise à optimiser la cohérence et l'alignement entre les trois institutions dans le domaine des processus business, tant au niveau stratégique qu'opérationnel, afin d'éviter les chevauchements et de mettre en commun les expertises au sein des différentes institutions. La volonté consiste donc à mieux aligner un certain nombre de processus business, de compétences et d'équipes, de manière ascendante et progressive, afin de créer et d'approfondir la collaboration entre les différentes institutions.

Le Programme Passerelles souhaite ¹⁵:

- d'une part, créer des projets passerelles avec une gouvernance spécifique pour les thèmes correspondant aux priorités politiques retenus par le Comité de management ;
- d'autre part, optimiser systématiquement les domaines et initiatives de collaboration existants.

À l'heure actuelle, les institutions concernées identifient sept domaines de collaboration pour lesquels il existe une intersection entre les processus business et pour lesquels il est possible de développer une collaboration renforcée dès aujourd'hui ou dans le futur.

1. Réforme du secteur hospitalier
2. Politique et services à l'égard des prestataires de soins
3. Soins intégrés pour les malades chroniques
4. eSanté
5. Qualité, efficacité et contrôle des soins
6. Politique en matière de résistance antimicrobienne (RAM)
7. Accès à l'innovation dans les soins de santé

L'aperçu des domaines susmentionnés ne constitue pas un inventaire complet ou exhaustif de l'ensemble des partenariats et des thèmes politiques qui requièrent une collaboration, mais plutôt de ceux que la ministre et les institutions considèrent comme les plus prioritaires (en fonction des initiatives politiques et de l'intensité et de la maturité des points de convergence entre les missions des institutions concernées) à inclure dans ce socle commun. La poursuite du développement des initiatives de collaboration actuelles et nouvelles sera déterminée chaque année sur la base des priorités décidées par le Comité de management et en fonction des ressources disponibles.

¹⁵ Cf. document d'approche du Programme Passerelles d'octobre 2017.

Parmi ces sept domaines, le Comité de management a actuellement identifié quatre projets passerelles prioritaires pour lesquels un cadre et une gouvernance explicites sont prévus afin de renforcer la collaboration :

1. Nouveau système de financement des soins à basse variabilité et Stimulation du système d'hospitalisation de jour : ce projet s'inscrit dans le domaine « Réforme du secteur hospitalier ».
2. Audit des hôpitaux : ce projet s'inscrit dans le domaine « Qualité, efficacité et contrôle des soins ».
3. Service Center: ce projet s'inscrit dans le domaine « Politique et services à l'égard des prestataires de soins ».
4. Innovation : ce projet s'inscrit dans le domaine « Accès à l'innovation dans les soins de santé ».

La collaboration dans ces projets « passerelles » implique un alignement stratégique entre les institutions au niveau de la compréhension des enjeux mutuels et des pistes d'actions en la matière, ainsi qu'un alignement opérationnel des actions et projets organisés par les différentes institutions autour d'une même thématique stratégique. Dans certains cas, selon les besoins, elle pourra prendre la forme d'une mise en œuvre de processus communs pour lesquels les institutions s'engagent à intégrer les différentes interactions nécessaires et à exécuter en cogestion les activités dont elles ont reçu la responsabilité.

Les domaines de collaboration et les projets passerelles susmentionnés se développent notamment entre la DG Soins de santé du SPF Santé, les services Soins de santé et Évaluation et Contrôle Médicaux de l'INAMI, et l'AFMPS. Une attention particulière est accordée à la gouvernance des projets passerelles, pour laquelle des équipes ou cellules de projet inter-administratives sont constituées.

Le point 4.2. clarifie les principes généraux régissant la gouvernance des projets passerelles. Les domaines de collaboration sont expliqués à partir du point 4.3. Les projets passerelles y sont également encadrés. Les contrats d'administration, les plans stratégiques et opérationnels et/ou les plans de gestion des institutions concernées contiennent des engagements d'action et/ou des objectifs opérationnels plus détaillés.

4.2. Gouvernance, pilotage et suivi des projets passerelles

Les aspects génériques suivants s'appliquent à l'élaboration renforcée et accélérée des projets passerelles « Soins à basse variabilité » et « Stimulation du système d'hospitalisation de jour » (voir 4.3.1.), « Service Center » (voir 4.3.2.), « Audit des hôpitaux » (voir 4.3.5.) et « Innovation » (voir 4.3.7.), et ce dans une approche de participation poussée :

- **Organes décisionnels et coordination/suivi**
Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action¹⁶ par les groupes de projet (composés du chef de projet et des collaborateurs) est assuré, pour chaque passerelle, par les groupes de pilotage respectifs (composés des sponsors, des chefs de projet, des fonctionnaires dirigeants concernés et du manager de programme). Un suivi global est prévu pour le Comité de management, principalement pour superviser le fonctionnement général des passerelles.
- **Les rôles et leurs spécificités**
Le manager de programme et son adjoint sont responsables du fonctionnement, de la coordination et du suivi quotidiens du programme, ainsi que de l'établissement de rapports sur les progrès réalisés destinés au manager de trajet, aux coordinateurs business, aux groupes de pilotage et au Comité de management.

¹⁶ En particulier, le champ d'application, la planification/les priorités, les jalons/délivrables et les ressources.

Le sponsor¹⁷ et le chef de projet devraient de préférence provenir d'une autre institution afin de conserver l'équilibre et la neutralité.

Les coordinateurs business apportent un soutien interne à la coordination du contenu ainsi qu'à la collecte et à la diffusion d'informations (SPOC) et collaborent étroitement avec le manager de programme pour maintenir la transparence et l'alignement au sein des institutions.

Les départements PMO spécifiques à l'organisation concernés conservent chacun leur propre particularité en termes de méthodologie, d'outils, etc. et peuvent commencer, dans un premier temps, à alimenter les rapports dans le cadre des projets passerelles. Dans les années à venir, des partenariats plus concrets, tels que l'alignement sur les aspects susmentionnés, seront mis en place.

4.3. Domaines de collaboration et projets passerelles

Les projets passerelles (renforcés et accélérés en 2016-2017) initiés et encadrés dans les domaines de collaboration identifiés sont présentés ci-dessous. Ils concernent les a.m. : les « Soins à basse variabilité » et la « Stimulation du système d'hospitalisation de jour » (voir 4.3.1.), le « Service Center » (voir 4.3.2.), l'« Audit des hôpitaux » (voir 4.3.5.) et l'« Innovation » (voir 4.3.7.).

4.3.1. Réforme du secteur hospitalier

Le « Plan d'approche – Réforme du secteur hospitalier » a été élaboré en tenant compte, entre autres, de l'enquête détaillée menée par le KCE et des travaux préparatoires du secteur hospitalier même, ainsi qu'à la préférence accordée dans l'accord gouvernemental de 2014 pour un système de financement mixte avec financement prospectif des soins standardisables. Ce plan a été présenté par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à la Commission Santé publique le 28 avril 2015. Des efforts intensifs ont été déployés ces dernières années et seront encore déployés dans les années à venir pour mettre en œuvre la politique de réforme, qui concerne à la fois le paysage du secteur hospitalier et son financement. L'objectif de la réforme est de parvenir à un financement correct des soins de qualité pour une offre hospitalière adaptée aux besoins en soins.

4.3.1.1. Paysage hospitalier et offre hospitalière

En ce qui concerne le paysage du secteur hospitalier, la Ministre a élaboré une réglementation sur le développement des réseaux hospitaliers locorégionaux ; le projet de législation en la matière est soumis aux délibérations du Parlement au moment de la rédaction de ce texte. D'après le projet, dans plusieurs années, le secteur réalisera une refonte des missions de soins par le biais d'une mise en réseaux. Alors que la législation et la programmation organiques relèvent de la compétence du SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS jouent également un rôle dans la formation de l'offre, respectivement entre autres par le biais d'accords et dans le cadre de la normalisation de la pharmacie hospitalière.

Engagements

Pour la période 2019-2021, les engagements suivants sont pris :

1. Le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS coordonneront, le cas échéant, leurs initiatives qui concernent ou qui ont un impact sur l'organisation, le pilotage et la maîtrise de l'offre et développeront, à cette fin, une structure de gouvernance adéquate.
2. Les différents instruments dont disposent les administrations sont inclus dans la philosophie des réseaux hospitaliers et des réglementations développées dans ce domaine.

¹⁷ Responsabilité de la direction du projet, notamment gestion du champ d'application, ressources, planning/priorités, jalons/délivrables, problèmes et communication, et ce en ligne avec le Comité de management et dans l'intérêt de chaque institution (équilibre) – voir également le document d'approche du Programme Passerelles d'octobre 2017.

Gouvernance

La coordination entre les administrations aura lieu dans la plate-forme de maîtrise de l'offre lancée en 2017. Le KCE y participe également. Le SPF Santé assurera le secrétariat de cette plate-forme via la DGSS et par le biais d'une planification et d'un suivi conjoints des différentes initiatives.

4.3.1.2. Financement du secteur hospitalier

La réforme des systèmes de financement des hôpitaux constitue l'autre volet de la réforme du secteur. Au cours de la période 2019-2021, les travaux sur les quatre projets suivants se poursuivront en priorité, dans un contexte inter-administratif :

4.3.1.2.1. Déploiement, monitoring et audit du système pour les soins à basse variabilité (projet passerelle)

Ces dernières années, la réglementation du financement prospectif de certaines activités hospitalières pour les soins à basse variabilité a été élaborée. Celle-ci part du principe que le financement de chaque pathologie est prévu sous la forme d'un montant fixe par hospitalisation, étant donné que l'ensemble des soins médicaux/prestations médicales dispensés est, dans une grande mesure, prévisible et varie peu entre les patients. Le montant est préalablement déterminé, sur la base de l'anamnèse, et est indépendant du processus de soins réel pour le patient individuel.

Concrètement, le nouveau système se limitait initialement aux honoraires pour 57 groupes de patients : dans ces cas, à partir du 1^{er} janvier 2019, les prestataires de soins de santé ne seront plus rémunérés pour chaque prestation prise séparément, mais recevront des honoraires groupés. L'extension aux honoraires dans le cas d'autres groupes de pathologies et d'autres prestations médicales (par exemple l'imagerie médicale et la biologie clinique) est prévue.

4.3.1.2.2. Extension du système de soins à basse variabilité aux médicaments et autres produits de santé, ainsi qu'au budget des ressources financières (BRF) (projet passerelle)

À l'instar des honoraires (voir 4.3.1.2.1.), d'autres sources de financement peuvent être intégrées au financement par hospitalisation :

- Le budget pour les médicaments (déjà financé sur une base forfaitaire par hospitalisation). Il conviendrait également de soumettre les possibilités d'extension à d'autres produits de santé, tels que les implants et les dispositifs médicaux, à un examen plus approfondi.
- Le financement des hospitalisations de jour non chirurgicales des groupes de pathologies traitées à la fois en hôpital de jour et par hospitalisation classique (c'est-à-dire les forfaits d'hôpital de jour), ainsi que le financement BRF des frais de fonctionnement lors des hospitalisations classiques.

Ainsi, l'ensemble des différentes réformes en matière de soins à basse variabilité se traduira, par hospitalisation dans le cas des groupes de pathologies nécessitant des soins à basse variabilité, par un montant global prospectif composé d'une part des honoraires groupés et d'autre part des flux financiers intégrés pour les autres activités hospitalières.

4.3.1.2.3. Stimulation du système d'hospitalisation de jour (projet passerelle)

Un autre objectif de la réforme du financement des hôpitaux vise à réduire le nombre de séjours hospitaliers classiques en augmentant le recours à la chirurgie de jour, plus rentable notamment en raison d'une utilisation plus efficace du personnel et plus intensive des infrastructures. Le KCE a également mené une étude en la matière et formulé des recommandations.¹⁸

À la suite de cette étude, la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a demandé l'élaboration d'une proposition concrète visant à encourager les hospitalisations de jour.

¹⁸ Voir les rapports KCE 282As, publiés en mars 2017.

4.3.1.2.4. Mise en place systématique du programme P4P

Dans le cadre de la réforme des hôpitaux, le programme pay for performance (P4P) correspond au mécanisme qui lie directement la rémunération des soins dispensés aux résultats obtenus au niveau de la structure, des processus et/ou d'indicateurs de résultats. Ce mécanisme est de plus en plus utilisé mondialement pour améliorer et récompenser la qualité des soins. Depuis le 1^{er} juillet 2018, la Belgique a mis en place un programme P4P spécifique pour les hôpitaux généraux et universitaires : la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux est évaluée sur la base d'un set d'indicateurs fixes pour et est ensuite financièrement récompensée. Le set d'indicateurs et la répartition des points seront revus annuellement. La coordination est assurée par la DGSS du SPF Santé, en collaboration avec un groupe de travail d'experts et d'autres institutions.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de développer davantage les éléments susmentionnés dans le cadre d'une mise en œuvre conjointe dans laquelle les objectifs poursuivis par les institutions concernées seront alignés et mutuellement supportés. Un projet passerelle relatif à la poursuite du développement du système de soins à basse variabilité et la stimulation du système d'hospitalisation de jour est en cours.

Gouvernance

Le pilotage s'opère au niveau du réseau des institutions, en particulier par l'actuel Groupe de pilotage Passerelles Hôpitaux dans lequel siègent la direction des trois institutions, le manager de programme Passerelles et les chefs de projet concernés.

Le sponsorship pour les « Soins à basse variabilité » et la « Stimulation du système d'hospitalisation de jour » est partagé entre l'INAMI et le SPF Santé, et la direction du projet est assumée par l'INAMI. Les groupes de projet sont composés de collaborateurs, principalement de l'INAMI et du SPF Santé.

On dénombre également :

- Une plate-forme de concertation coordonnée par la cellule stratégique avec des représentants des administrations, des hôpitaux, des médecins et des organismes assureurs. Dans cette plate-forme de concertation, les concepts de la réforme des hôpitaux sont testés et la mise en œuvre globale fait l'objet d'un suivi. L'opérationnalisation des différents concepts respecte la consultation et le conseil dans les organes formels de santé publique et de soins de santé.
- Concertation inter-administrative SPF Santé/INAMI/KCE sous la coordination de la Cellule stratégique pour piloter et suivre la mise en œuvre des réformes.

4.3.2. Politique et services à l'égard des prestataires de soins

4.3.2.1. Service Center aux prestataires de soins, aux citoyens et aux entreprises (projet passerelle)

Dans la première phase du trajet 5, le projet Service Center se situait dans le chantier 1 « Une coordination renforcée du réseau actuel des administrations fédérales de soins de santé » et impliquait par conséquent les huit administrations de soins de santé (voir également 2. Contexte stratégique). Lors du passage à la deuxième phase et de l'intégration du projet dans le Programme Passerelles, et compte tenu de la portée et de la nature des interactions spécifiques des différentes administrations de soins de santé avec les clients, il a été décidé de lancer le Service Center avec l'AFMPS, le SPF Santé et l'INAMI.¹⁹

¹⁹ Néanmoins, si nécessaire, une coordination avec d'autres parties prenantes telles que la plate-forme eHealth est prévue (par exemple, le Service Center leur transférera les questions techniques relatives aux applications de la ligne 0).

Ce projet vise à mettre en place un Service Center commun pour la coordination et le suivi des interactions des clients entre l'INAMI, le SPF Santé et l'AFMPS et les prestataires de soins de santé, les citoyens et les entreprises.

Les principes du Service Center sont les suivants : il doit être multicanal, le self-service doit être stimulé au maximum et les groupes cibles sont au centre de sa conception. Le Service Center se composera de trois « lignes » :

- La ligne 0, ou self-service, où l'automatisation des interactions (via le portail eHealth adapté) est utilisée au maximum sans intervention personnelle ;
- La 1ère ligne, à savoir un service multicanal avec une intervention personnelle par l'intermédiaire du Service Center de services ;
- La 2ème ligne, à savoir l'orientation du Service Center vers le back office des trois administrations de soins de santé (initialement) impliquées.

L'approche choisie pour ce projet est itérative, ce qui signifie que les interactions sont progressivement transférées des institutions concernées vers le Service Center. Parmi les exemples de produits issus de la première itération, on recense l'enregistrement du numéro INAMI (INAMI), l'octroi d'un visa pour les professions des soins de santé (SPF Santé), le Patient Health Viewer (SPF Santé), la banque de données des médicaments autorisés (AFMPS) et la notification des effets indésirables lors de l'utilisation des médicaments (AFMPS). Les produits de la deuxième itération seront concrétisés avec les institutions. La sélection tient compte de différents critères, tels que le volume d'interactions, la possibilité d'évolution dans la ligne 0, la complexité des interactions, etc.

Les effets positifs du Service Center de services seront visibles à long terme lorsque différentes itérations auront eu lieu et que les institutions auront transféré une plus grande quantité de leurs produits. Les effets sont attendus à deux niveaux :

- Au niveau des clients, à savoir un point de contact unique, un self-service bien développé, une approche harmonisée dans l'interaction avec les clients avec une approche multicanale claire et, dans une phase ultérieure, un transfert fluide vers les autres institutions de soins de santé concernées (Communautés et Régions).
- Au niveau des collaborateurs des institutions, à savoir un service uniforme, orienté client et de qualité, un renforcement de la cohérence et de la collaboration, via les 1ère et 2ème lignes, entre les administrations de soins de santé concernées, une réduction de la charge pour les experts et des économies d'échelle au niveau des institutions (déploiement plus efficace des collaborateurs et uniformisation des solutions technologiques).

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de procéder à la mise en place commune d'un Service Center (porte d'entrée unique via portail, accueil téléphonique) et au déploiement progressif de ce point de contact unique pour les prestataires de soins de santé, les citoyens et les entreprises.

Gouvernance

Par le passé, cette passerelle était gérée au niveau du réseau des institutions, notamment par le Comité de management. Un comité de pilotage plus spécifique est toutefois mis en place pour la poursuite du déploiement du projet. La direction du projet est assumée par le SPF Santé. Le groupe de projet se compose d'un ensemble équilibré de collaborateurs des trois institutions concernées.

4.3.2.2. Nouvelle politique et nouvelle réglementation concernant les professions des soins de santé

Au niveau fédéral, la législation relative aux professionnels des soins de santé est en plein développement. Dans de nombreux cas, cette législation requiert une collaboration entre le SPF Santé, l'INAMI et aussi parfois l'AFMPS. Au cours des trois prochaines années, le travail sur l'élaboration conjointe concrète des objectifs suivants s'intensifiera :

- L'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle loi relative aux pratiques de qualité dans le domaine des soins de santé.
- Le financement et le suivi qualitatif des stages des médecins-spécialistes en formation.
- Partenariats de services de garde pour les médecins généralistes dans le cadre duquel un système uniforme de postes de garde de médecins généralistes sera mis en place par le biais d'un renforcement de la standardisation.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de poursuivre ces objectifs, coordonnés par le SPF Santé à travers la DGSS, en collaboration active avec l'INAMI et le cas échéant avec l'AFMPS.

Gouvernance

La gouvernance sera élaborée ultérieurement, après la finalisation de la réglementation. Le SPF Santé fournit les chefs de projet pour chacun des projets, qui sont suivis (le cas échéant) par un groupe de pilotage composé de représentants du SPF Santé et de l'INAMI et/ou de la cellule stratégique.

4.3.3. Plan commun pour les malades chroniques : « Des soins intégrés pour une meilleure santé »

Le 19 octobre 2015, la CIM SP a approuvé le plan pour les malades chroniques « Soins intégrés pour une meilleure santé ». La mise en œuvre de ce plan s'est notamment concrétisée sous la forme de projets pilotes de soins intégrés. Le 1^{er} janvier 2018 a marqué le lancement de 12 projets pilotes visant la mise en œuvre de plans d'action ambitieux. Ces plans d'action ont été élaborés pour mettre en place des processus de soins innovants dans le domaine des soins intégrés au sein d'une région définie, en collaboration avec un vaste groupe de partenaires. Les actions sont définies sur la base des besoins localement identifiés dans la région. La co-création constitue l'élément essentiel du processus de changement : une approche ascendante avec un accompagnement du gouvernement si nécessaire.

Leur objectif consiste à fournir des soins de haute qualité à tous les patients de manière neutre en termes de coûts et d'améliorer l'état de santé de la population, en accordant une attention particulière à l'équité des soins et à la satisfaction du personnel (Triple Aim2+). Pour atteindre cet objectif, le système de soins actuel pour les malades chroniques doit être réformé en un système de soins plus intégré et axé sur le patient.

Le plan identifie 14 composantes nécessaires au développement des soins intégrés.

Les 12 projets pilotes exécuteront leur plan d'action sur une période de quatre ans. Les projets bénéficient d'un financement pour la gestion de l'intégration dans la région dans le cadre d'un accord avec l'INAMI. Un système de garanties budgétaires, dans lequel les gains d'efficacité peuvent être utilisés pour des investissements innovants spécifiques, est également prévu.

Au cours de la période 2019-2021, les trois lignes d'action suivantes seront élaborées dans un contexte inter-administratif :

4.3.3.1. Soutien, suivi et évaluation des projets pilotes

Une cellule inter-administrative Soins intégrés pour les malades chroniques a été créée pour coordonner et accompagner les projets pilotes. Celle-ci est pilotée par le SPF Santé et l'INAMI. Cette cellule est chargée de l'accompagnement individuel des projets et de l'accompagnement transversal à travers l'organisation et la coordination des moments d'intervention. La cellule est également le point de contact pour les interactions avec d'autres initiatives politiques telles que le volet d'échange d'informations multidisciplinaire du plan eHealth.

Le Comité de l'assurance de l'INAMI est responsable du cadre global, notamment du suivi (administratif et financier) des accords avec les projets pilotes : système de garantie budgétaire, calcul des gains d'efficacité, cadre des investissements autorisés sur la base des gains d'efficacité, suivi du nombre de patients inclus, impact des actions innovantes sur les dispositions actuelles de l'assurance maladie, etc.

L'INAMI est responsable des versements trimestriels pour la gestion de l'intégration dans les projets et du versement des gains d'efficacité.

4.3.3.2. Soutien méthodologique, scientifique et technique

L'évaluation et le soutien scientifiques sont assurés par un consortium d'universités (Faith.be) : celles-ci sont responsables de l'évaluation transversale externe des projets et soutiennent également les projets dans leur auto-évaluation interne. L'évaluation du processus de changement doit permettre d'identifier les ajustements nécessaires au niveau de l'organisation et du financement des soins afin de pouvoir mettre le Triple Aim en pratique (diminution de la lourdeur réglementaire, mécanismes de financement alternatifs, etc.). Cela devrait guider la politique de santé vers un large déploiement de ces pratiques, tant en termes d'organisation que de financement des soins.

Un comité d'accompagnement a été mis en place pour assurer le pilotage et le suivi de l'accord entre le Comité de l'assurance et l'équipe scientifique Faith.be. Ce comité fait rapport annuellement au Comité de l'assurance.

4.3.3.3. La formulation d'actions spécifiques ou complémentaires par les diverses autorités dans leurs domaines de compétence.

Le développement des différentes composantes des soins intégrés exige une étroite collaboration entre les différents niveaux de pouvoir. Les autorités déterminent elles-mêmes, pour leur domaine de compétence, les initiatives supplémentaires qu'elles développeront pour soutenir les différentes composantes du plan. Le plan dressait la liste des mesures complémentaires et spécifiques que chaque autorité doit déployer pour renforcer la mise en œuvre du plan.

Les actions complémentaires et spécifiques qui ont été déployées ou qui sont prévues par l'autorité en marge des initiatives des projets pilotes sont rapportées à la CIM SP. Les rapports sont établis par un groupe de travail inter-administratif composé des administrations des entités fédérées et du pouvoir fédéral. L'analyse de ce rapport permet d'identifier les éléments manquants qui restent nécessaires à la mise en œuvre du plan Soins intégrés.

Engagements

Pour la période 2019-2021, les engagements communs consistent à participer et à gérer activement les activités de la Cellule inter-administrative Soins intégrés pour les malades chroniques et à poursuivre l'élaboration du plan et à soutenir les trois lignes d'action susmentionnées pour le développement progressif et la mise en œuvre de soins intégrés. Chaque institution s'engage à mettre en œuvre les initiatives qui lui sont attribuées.

Gouvernance

La gouvernance politique du plan s'opère au niveau de la CIM SP et du GTI maladies chroniques.

Son suivi stratégique et le plan de communication connexe visant à accroître le soutien des patients, des prestataires de soins de santé, des parties prenantes et du grand public sont confiés au Groupe de pilotage Soins intégrés, composé de la Cellule stratégique, du SPF Santé et de l'INAMI.

La coordination de la mise en œuvre incombe en grande partie à la Cellule inter-administrative fédérale Soins intégrés pour les malades chroniques (voir ligne d'action 1) et aux autorités des différents niveaux de pouvoir.

Compte tenu des orientations de la CIM SP et du Groupe de pilotage Soins intégrés, la gouvernance opérationnelle des trois institutions concernées sera précisée.

Les différentes parties prenantes sont impliquées dans le plan par le biais des organes consultatifs existants (Comité des assurances, Observatoire des maladies chroniques, organes de concertation des entités fédérées [SAR, SERV, VLORA], etc.).

4.3.4. eSanté

Le plan d'action e-Santé 2013-2018, et sa mise à jour de 2015, contenaient un ensemble étendu d'objectifs ambitieux présentés sous la forme d'une description de la situation et des possibilités pour les prestataires de soins de santé, les patients et les gouvernements. Ce plan, qui a été soutenu par l'ensemble de la CIM SP, a donné lieu à de nombreuses réalisations concrètes et a également contribué de manière significative à obtenir un large consensus quant à la valeur ajoutée et à la nécessité d'une stratégie e-Santé en Belgique.

Le plan d'action 2019-2021²⁰ se positionne comme une continuation du plan d'action 2013-2018 et se concentre principalement sur la finition et professionnalisation des systèmes existants, tant fonctionnels que techniques. "Operational excellence" recevra de l'attention supplémentaire dans tous les domaines (spécification, réalisation, mise en œuvre, formation, accompagnement et utilisation performante). En outre, l'on porte une attention croissante aux évolutions européennes et internationales et à l'alignement sur ces dernières.

Une distinction claire sera également opérée entre :

- les projets opérationnels en cours pour lesquels la surveillance de la continuité, de la qualité et de la fiabilité constitue une priorité ;
- le développement de nouveaux projets pour lesquels il est primordial de définir le champ d'action avant de passer à la phase d'opérationnalisation et/ou de publication.

Le Plan d'action 2019-2021 sera présenté aux membres de la CIM SP début 2019.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement pris concerne la mise en œuvre conjointe et/ou le soutien à la mise en œuvre de ce plan d'action eSanté.

Gouvernance

Le pilotage est défini plus en détail par le Program Board.

Les projets possèdent leur propre groupe de pilotage avec un pouvoir décisionnel dans le cadre du champ d'action, du budget et du calendrier définis. Ils peuvent également faire appel à des comités d'avis et/ou à des groupes d'accompagnement spécifiques à des projets, etc. pour permettre à toutes les parties concernées de contribuer au contenu.

²⁰ Voir aussi <http://www.plan-esante.be/>

4.3.5. Qualité, efficacité et contrôle des soins

4.3.5.1. Poursuivre la lutte contre les gaspillages – suivre la mise en œuvre du plan d'action « Contrôle des soins de santé 2018 - 2020 ».

L'accord du gouvernement fédéral du 9 octobre 2014 fixait des objectifs de qualité, d'efficacité et de contrôle dans le domaine des soins de santé. Début février 2016, à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, une task force ayant pour objectif de se concentrer sur le bon usage des ressources, l'efficacité des soins et la performance du contrôle a été mise sur pied. Les travaux de cette task force ont abouti à un rapport dans lequel un certain nombre de suggestions et de recommandations, ainsi qu'une stratégie d'approche, ont été formulées. Le plan d'action concret « Contrôle des soins de santé 2016 - 2017 » subséquent a été approuvé par le Conseil général le 18 juillet 2016. Une Cellule Soins Efficaces a été créée au sein de l'INAMI et l'opérationnalisation du plan d'action a été reprise par la Commission anti-fraude (CAFC), à savoir la plate-forme de collaboration globale à laquelle participent les différents acteurs (INAMI et OA).

La nécessité d'une utilisation performante des ressources financières dans le domaine des soins de santé reste d'actualité, notamment en raison des ressources limitées disponibles et d'un certain nombre de tendances sociales telles que le vieillissement de la population. On œuvre dès lors à la continuité des initiatives en matière d'approche intégrée pour l'utilisation rationnelle des ressources. Un nouveau plan d'action « Contrôle des soins de santé 2018 – 2020 »²¹ a depuis été soumis à l'approbation du Conseil général du 4 juin 2018. Celui-ci prévoit des actions qui devront, en fonction du thème, être mises en œuvre par l'INAMI, le SPF Santé ou les OA/l'AIM.

Ce plan d'action prévoit :

- la collaboration avec les différents acteurs du domaine des soins de santé dans le cadre d'une approche uniforme et efficace des contrôles, des récupérations et des sanctions, y compris le déploiement de points de contact fraudes et de l'approche intégrée pour les prestataires de soins qui ont été suspendus ou dont le visa a été retiré ;
- l'échange et la gestion des données, concernant la divulgation des données et l'optimisation de l'utilisation et de l'analyse des données ;
- un certain nombre de mesures structurelles, de mesures anti-fraude et l'opérationnalisation des travaux en matière d'efficacité des soins.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de renforcer les efforts conjoints dans le domaine du contrôle, notamment sur la base du plan d'action Contrôle.

Gouvernance

Un grand nombre de thèmes concernant la politique de contrôle sont déjà inclus dans une collaboration structurelle entre l'INAMI et le SPF Santé. Les institutions seront impliquées intensivement dans la concertation et au suivi du plan d'action par l'intermédiaire du groupe de pilotage interne (au niveau des administrations) et de la CAFC.

21 Note CGSS 2018/031

4.3.5.2. Surveillance fédérale et audit des hôpitaux : mise en place d'un nouveau service Audit des hôpitaux (projet passerelle)

Le développement et la modernisation de la surveillance fédérale et de l'audit des hôpitaux, un engagement spécifique du Plan Contrôle 2018-2020, a été sélectionné comme projet passerelle par le Comité de management.

L'intention est de créer et d'opérationnaliser un nouveau service Audit des hôpitaux au sein duquel les services d'inspection et de politique concernés de l'INAMI, du SPF Santé et de l'AFMPS réuniront le personnel et les ressources sous une structure de co-gouvernance.²² Les trois institutions publiques concernées réaliseront ceci dans un contexte de surveillance des hôpitaux plus efficace, plus simple et plus transparent.

La portée du projet concerne la définition périodique d'enquêtes thématiques dans le secteur hospitalier. Pour chacune d'entre elles, différentes dimensions sont évaluées conjointement :

- Conformité : encodage ICD et RIM, règles de calcul de la nomenclature, règlements et procédures de l'AFMPS et respect des conditions prévues dans les autres formes de financement public des soins de santé, de type BMUC²³ et P4P.
- Efficacité : utilisation raisonnable des ressources, utilisation des directives, benchmarking, etc.

Ces enquêtes seront réalisées au moyen de méthodes et de techniques d'audit : sélection des enquêtes thématiques en fonction des risques comme base de la planification pluriannuelle, méthodes d'audit au niveau du bureau et du travail sur le terrain, procédure contradictoire avec la partie auditée concernant les conclusions et recommandations, établissement d'un cadre d'accords avec la partie auditée (au niveau sectoriel et/ou hospitalier), audits de suivi relatifs à l'exécution du cadre d'accords.

Ces enquêtes sont complémentaires à l'inspection et au contrôle classiques existants.

Dans le cadre des plans de contrôle, des ressources ont été spécifiquement libérées pour le service Audit des hôpitaux en cours de création. Les différentes institutions impliquées mettent à disposition le personnel, les connaissances, le savoir-faire et les ressources nécessaires au bon fonctionnement du service. L'AFMPS n'est pas (encore) impliquée dans les plans de contrôle. En ce qui les concerne, cette mise à disposition est de nature structurelle, notamment en cas d'audits thématiques récurrents (projets/ad hoc) pertinents dans le cadre du fonctionnement du nouveau service.

Engagements

Les engagements suivants sont pris :

1. En 2019, établissement, sur la base d'une analyse de risques, d'un plan pluriannuel 2019-2021 sur les audits à réaliser.
2. Au cours du premier semestre de 2019, clôture des audits « proof of concept » en vue de développer et de tester des processus et des méthodes dans le domaine de l'audit des hôpitaux.
3. Au cours du premier semestre de 2019, concertation avec le secteur, les entités fédérées et les OA sur le nouveau système.
4. À partir de 2019, réalisation des audits annuels dans le cadre du système de soins à basse variabilité.
5. La réalisation des actions de personnel nécessaires en fonction des ressources libérées dans les plans de contrôle.
6. À partir de 2020, avant le 31 mars de chaque année civile, présentation d'un rapport annuel sur les activités réalisées, et d'un plan de travail pour l'année civile.

²² A l'avenir, si nécessaire, l'AFCN et les entités fédérées pourraient également être intégrées au processus d'audit (ad hoc ou structurel).

²³ Belgian meaningful use criteria

Gouvernance

Le pilotage de ce projet s'opère au niveau du réseau des trois institutions impliquées, et plus précisément par l'actuel Groupe de pilotage Audit des hôpitaux dans lequel siègent la direction des trois institutions, le manager de programme Passerelles et le chef de projet concerné. Le sponsorship est assuré par le SPF Santé, le chef de projet provient de l'INAMI. Le groupe de projet se compose de collaborateurs des trois institutions concernées.

Une entité Audit des hôpitaux à plein titre sera créée en 2019. Celle-ci comprendra son propre dirigeant Audit des hôpitaux qui gèrera les collaborateurs et les ressources prévus dans les plans de contrôle. Les pharmaciens inspecteurs de l'AFMPS sont mis à la disposition de l'entité Audit des hôpitaux de manière structurelle par projet/ad hoc. Le dirigeant rapporte directement aux responsables des entités Évaluation au sein du SECM de l'INAMI, Données et informations stratégiques au sein de la DGSS du SPF Santé et de la DG Inspection de l'AFMPS. Le groupe de pilotage susmentionné est responsable du pilotage stratégique high level.

4.3.5.3. Plan EBP (Evidence-Based Practice)

En Belgique, les nombreuses organisations qui élaborent et diffusent des directives cliniques ont créé un paysage complexe doté d'un financement public fragmenté. La pratique fondée sur des données probantes (Evidence-Based Practice [EBP]) est importante pour la politique de santé, parce qu'elle constitue un moyen d'améliorer l'efficacité, l'efficacité et la qualité des soins de santé. Pour un pays, l'application de l'EBP au niveau national représente donc un objectif politique majeur.

En 2017, à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, un plan EBP a été élaboré afin de structurer et de piloter l'ensemble des initiatives existantes. Dans un premier temps, ce plan s'appliquera aux soins de première ligne. Une extension à la deuxième ligne sera envisagée après évaluation.

Le plan EBP délimite six phases (priorisation, développement, validation, propagation, mise en œuvre, évaluation) qui, ensemble, forment un cycle de travail EBP complet. Ce cycle de travail EBP est réalisé au sein du réseau EBP, auquel contribuent diverses organisations.

Partant du plan EBP, le réseau EBP est lancé à partir de 2018. Les objectifs et les priorités du groupe de pilotage et des institutions impliquées sont en 2018 :

- le pilotage et le suivi de cette phase de lancement ;
- le financement des différents partenaires ;
- la priorisation des différentes propositions de projets EBP au sein du réseau EBP, en partant de la note rédigée par la cellule « priorisation » du réseau EBP ;
- le renforcement des stratégies de mise en œuvre (l'utilisation efficace des directives) et l'introduction d'une stratégie pour en évaluer l'efficacité.

En 2019, ces objectifs seront davantage repris et le réseau EBP sera également déployé et consolidé. Les processus pour le fonctionnement du cycle EBP et la collaboration des partenaires EBP seront définis. Un coordinateur de réseau EBP sera nommé et le comité d'avis qui s'occupe du feed-back des professionnels de la santé et des patients sera mis sur pied. La finalisation de la phase de lancement est prévue en 2020, après quoi le groupe de pilotage assurera le pilotage et le suivi permanents du réseau EBP.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris d'opérationnaliser et de réaliser conjointement les objectifs susmentionnés, comme indiqué dans le Cadre pluriannuel et le Plan de gouvernance (2018-2020).

Gouvernance

Le pilotage des décisions stratégiques est assuré par le Groupe de pilotage EBP, composé de représentants de la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de l'INAMI, du SPF Santé, de l'AFMPS et du KCE.

La gouvernance opérationnelle (notamment le management du programme, le chef de projet, etc.) sera précisée conformément aux priorités fixées et aux points d'action à exécuter.

4.3.6. Politique en matière de résistance antimicrobienne

La lutte contre la résistance aux antimicrobiens (AMR - Antimicrobial Resistance) est un des défis prioritaires pour notre société. Dans une déclaration approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que la résistance aux antimicrobiens était l'une des plus grandes menaces pour la santé publique pour le présent et le proche avenir. Au niveau de l'Union européenne, on estime que l'AMR est responsable de 25 000 décès par an. Au niveau mondial, et sans action efficace, les 700 000 décès estimés actuellement pourraient évoluer à 10 millions de décès par an à partir de 2050.

Des initiatives et activités visant à la lutte contre l'AMR sont organisées en Belgique depuis des décennies, notamment par le BAPCOC, Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, le SPF Santé, l'INAMI, l'AFMPS, le KCE, le CSS, l'AFSCA, Sciensano et les entités fédérées, ainsi que plus récemment par l'AMCRA, le Centre de connaissance concernant l'utilisation et les résistances aux antibiotiques chez les animaux. Néanmoins, les indicateurs récents montrent que davantage d'efforts doivent être réalisés et qu'une approche renouvelée, renforçant la coordination d'une part entre les différents pouvoirs publics concernés et d'autre part entre les secteurs humains et vétérinaires et prenant en compte les aspects environnementaux de la résistance aux antimicrobiens, doit être suivie. C'est pourquoi des travaux ont débuté en vue d'une coopération intersectorielle sur l'AMR, suivant le principe du «One World One Health».

Les objectifs sont d'évoluer vers une nouvelle gouvernance pour la lutte contre l'AMR (y compris la refonte de BAPCOC) et de développer un plan d'action national One Health AMR, en collaboration avec tous les acteurs concernés, tant fédéraux que fédérés (entités fédérées). Cette nouvelle gouvernance, au sein de laquelle les pouvoirs publics impliqués dans l'AMR pourront se concerter et mieux collaborer, constituera un outil en vue de définir et mettre en œuvre de façon coordonnée des mesures de lutte plus efficaces contre l'AMR.

Engagements

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de poursuivre conjointement les objectifs susmentionnés.

Gouvernance

Un des objectifs de cette passerelle est la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance qui implique non seulement la collaboration du SPF Santé publique, de l'AFMPS et de l'INAMI, mais aussi d'autres partenaires.

4.3.7. Accès à l'innovation dans les soins de santé (projet passerelle)

En vertu d'une concertation stratégique, le champ d'application de cette passerelle a été limité aux médicaments, aux dispositifs médicaux, à la technologie médicale et au matériel corporel humain pour application humaine. Plus concrètement, les objectifs suivants ont été fixés.²⁴

4.3.7.1. *Coordination transversale au niveau international*

Un sous-groupe sera créé pour assurer la liaison avec le Service relations internationales du SPF Santé. Ce sous-groupe serait responsable de :

- la gestion de la cartographie des institutions internationales pertinentes pour les trois institutions en matière d'accès à l'innovation : mandats, représentation ;
- l'identification et de la priorisation des dossiers en cours (y compris les appels à participation aux Framework programs, Joint actions, Innovative Medicines Initiative, Horizon 2020 et initiatives similaires) requérant une consultation transversale ;
- l'identification proactive des nouvelles matières nécessitant une législation dans le domaine de l'accès à l'innovation au sens large, de manière à pouvoir demander les éventuelles études conjointement et en temps utile (par exemple au KCE, à la Vlerick et à la Fondation Roi Baudouin) ;
- la création d'un Healthcluster (ou d'une cellule de réflexion stratégique sur l'exemple du modèle portugais) et d'une liaison avec le SPF Économie : on peut partir de l'initiative du Premier ministre belge, annoncée le 11 septembre 2018, concernant le Forum sur l'innovation et acquérir de l'expérience p.e. auprès de l'Observatoire de l'industrie pharmaceutique.

4.3.7.2. *Créer des plates-formes de concertation avec les parties prenantes concernées*

L'objectif consiste à créer un conseil stratégique pour développer une vision commune conduisant à une politique de recherche et d'innovation progressive et simplifiée et facilitant l'accès des patients à des thérapies innovantes.

Cette « fonction radar » devrait être utilisée pour déterminer et surveiller les objectifs et les KPI (y compris un éventuel benchmarking). À cet effet, une plate-forme de concertation réunissant le SPF Santé/AFMPS/INAMI et la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique avec les parties prenantes (industrie pharmaceutique, life sciences, PME, BeMedtech et Healthtech, sociétés savantes, universités et centres de recherche universitaires, secteur hospitalier [pharmaciens et direction hospitaliers], professionnels de la santé [médecins généralistes, spécialistes, praticiens de l'art infirmier, etc.], associations de patients, etc.) sera mise en place et se réunira deux fois par an.

D'autre part, une concertation sera également organisée avec un secteur spécifique afin de lui permettre d'avoir une concertation directe avec les trois institutions concernées.

Les trois institutions préparent ensemble la stratégie, la défendent auprès du ou des secteurs concernés et coordonnent la communication externe.

4.3.7.3. *Identifier les ateliers où la collaboration/synergie en tant que gains est possible*

Une cartographie des principales compétences et des principaux processus est nécessaire pour mieux connaître et comprendre les intérêts et les problématiques des trois institutions.

L'objectif vise à optimiser les processus afin de faciliter l'accès des patients à l'innovation et de créer une plus grande transparence vis-à-vis des secteurs. À cet effet, des réunions d'équipe transversales seront organisées : la première en guise d'introduction et plutôt axée sur l'orientation, puis de façon régulière

²⁴ Les interactions possibles avec les états fédérés seront déterminées ultérieurement.

afin d’instaurer un environnement de travail permettant de collaborer en toute confiance dans le respect des compétences de chacun.

Parmi les gains possibles :

- Examen clinique des médicaments et des dispositifs médicaux
- Autorisation temporaire anticipée (early temporary autorisation, ETA) et remboursement temporaire anticipé (early temporary reimbursement, ETR)
- Off label use (utilisation en dehors de l’indication assignée) : l’utilisation de médicaments autorisés pour d’autres indications/groupes cibles
- Utilisation adéquate des médicaments
- Synergy Regulatory – Health Technology Assessment (HTA) pour les médicaments (y compris pour les dispositifs médicaux par l’entremise du National Innovation Office)
- Processus de travail pour les produits mixtes médicaments/dispositifs médicaux et pour Companion Diagnostics
- Horizon scanning (réseau européen des offices nationaux d’innovation, IHSI [BeNeLuxA] et initiative EuNetHTA) pour les médicaments et les dispositifs médicaux.
- Centres d’excellence en recherche dans les hôpitaux
- Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP) et maladies rares (hôpitaux remboursés par l’AFMPS)
- Lien avec les forfaits (SPF Santé) et les honoraires (INAMI) pour les prestations dispensées par les professionnels de la santé
- Big data/real world data
- Technologies médicales
- Numérisation (le produit n’est plus un médicament, un dispositif médical, etc., mais une évolution vers l’information médicale telle que l’évolution exponentielle des applications mobiles dans le secteur des soins de santé)

Un inventaire des profils et domaines d’expertise disponibles et une analyse d’impact de cette évolution ultra rapide de l’innovation sur les besoins futurs sont des objectifs à prévoir à moyen terme (p. ex. lien avec les ressources humaines : sélection et recrutement, évolution de carrière et formation tant dans les services publics que dans les curriculums des profils de soins de santé en général).

Engagements

Pour la période 2019-2021, les engagements suivants sont pris :

1. Créer un sous-groupe de coordination transversale au niveau international.
2. Conjointement avec les trois institutions, préparer la stratégie et mettre en place des plates-formes de concertation avec les acteurs concernés de manière à avoir un trajet pluriannuel (plan d’action) d’innovation médico-technique disponible en 2019, avec un plan de financement et de communication clair.
3. Identifier les ateliers où la collaboration/synergie en tant que gains est possible.

Gouvernance

Le pilotage de cette passerelle s’opère au niveau du réseau des trois institutions impliquées, et plus précisément par le Groupe de pilotage Passerelle Accès à l’innovation dans lequel siègent la direction des trois institutions, le manager de programme Passerelles et le ou les chefs de projet concernés. L’AFMPS prend en charge le parrainage et la direction du projet. Le groupe de projet se compose d’un ensemble équilibré de collaborateurs des trois institutions concernées.

5. Programme Data

Les données sont une matière première importante pour la qualité des soins de santé et l'alimentation d'une politique de santé tournée vers l'avenir.

D'un point de vue international, on souligne la nécessité d'une gouvernance adéquate des données sur la santé (health data governance) dans le développement d'un système de santé performant (voir la Déclaration de la Conférence ministérielle des ministres de la Santé de l'OCDE de janvier 2017).

Récemment, le Pacte national pour les Investissements stratégiques (septembre 2018) a appelé au développement d'un système ambitieux d'intégration des données dans le secteur des soins de santé belges. L'amélioration de la disponibilité et de l'intégration des données sur la santé a été préconisée. À l'heure actuelle, les hôpitaux, les centres de recherche et les autorités possèdent leurs propres plateformes et systèmes de données. Le diagnostic était évident : « Il existe malheureusement peu de collaboration. C'est une occasion ratée pour la Belgique. »

Ces dernières années, le gouvernement et les institutions collaboratrices (AIM, etc.) ont déjà entrepris d'importantes étapes (p. ex. registre du cancer, projet Health data, etc.). En septembre 2018, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a lancé l'initiative « data for better health ». Celle-ci comprend déjà un certain nombre d'initiatives concrètes :

- Fournir un inventaire central unique de toutes les banques de données et métadonnées dans ce domaine ;
- Prévoir un canal unique par lequel les acteurs externes peuvent récupérer les données ;
- Prévoir des clauses garantissant que les données sont, dans le contexte des projets de recherche et des projets pilotes financés par le gouvernement fédéral, mises à la disposition du gouvernement selon des critères rationalisés.

Une note de politique de la ministre portant sur la politique en matière de données dans le secteur fédéral des soins de santé est prévue pour février 2019. Les institutions concernées fourniront un programme d'actions sur la base de cette dernière. Le programme visera à recenser les obstacles existants à une politique moderne en matière de données sur la santé et à formuler des propositions pour parvenir à une politique intégrée en matière de données sur la santé reposant sur un modèle de gouvernance bénéficiant d'un large soutien. Cela devrait non seulement améliorer la contribution à l'élaboration des politiques, mais aussi apporter un bon soutien à la recherche scientifique, au développement de médicaments et de dispositifs médicaux, à la qualité des soins aux patients, aux essais cliniques, à l'application de soins personnalisés, à une utilisation optimale des ressources et à l'évaluation des résultats obtenus. Il convient d'impliquer toutes les parties prenantes actives dans le domaine des soins de santé dans cette évolution. Tout cela doit être basé sur le principe FAIR. En d'autres termes, les données doivent être faciles à trouver, accessibles, interopérables et réutilisables (Findable, Accessible, Interoperable and Reusable).

Il est clair que pour le SPF Santé, l'INAMI et l'AFMPS, cela représente un défi de taille qui sera mené en collaboration avec le KCE et Sciensano.

Engagements

- La note de politique de la ministre servira de base à l'élaboration d'un programme d'engagements d'actions concrets pour la période 2019-2021.
- Dans l'intervalle, les institutions collaborent à la mise en œuvre de l'initiative Data for better health.
- Au cours de la période 2019-2021, un certain nombre de modèles et de bonnes pratiques en matière de politique de données sur la santé à l'étranger seront également analysés. Les pays scandinaves et la France ont récemment pris d'importantes initiatives en la matière.

- Établir une feuille de route pour une politique en matière de données ouvertes offrant un accès facile et interactif aux données au niveau des institutions, des produits et des codes de nomenclature.

Gouvernance

La gouvernance du programme Data sera précisée dans le cadre de l'élaboration du programme de mise en œuvre de la note politique annoncé.

6. Programme Support

6.1. Health on the Move

Le déménagement des collaborateurs de l'AFMPS, du SPF Santé et de l'INAMI dans un bâtiment commun constitue l'un des principaux leviers au développement complet du Redesign. À cet effet, l'INAMI loue l'ancien immeuble de bureaux situé au 5, avenue Galilée à Bruxelles (ci-après le « bâtiment Galilée ») à Belfius Insurance pour une durée de 19 ans, avec option d'achat après 2 ans. En exerçant l'option d'achat, l'INAMI devient propriétaire à 50 % de l'immeuble Galilée.

La vision de ce bâtiment de santé a été définie lors du séminaire stratégique de juin 2017 :

« Depuis notre rôle social, nous voulons créer au sein du bâtiment un véritable centre de rencontre pour l'ensemble des partenaires impliqués, et un bâtiment qui inspire visuellement la « santé » et la « solidarité ». Les collaborateurs y travaillent et collaborent de manière saine et durable. »

Le projet « Health on the Move » a un triple objectif :

- Rénover le bâtiment Galilée afin de permettre aux 2700 collaborateurs des trois institutions d'y travailler selon les principes des nouvelles méthodes de travail et dans des conditions optimales pour leur activité. Cela concerne les premiers travaux d'aménagement (y compris l'informatique passive) visant à faire correspondre le bâtiment aux besoins des trois institutions et l'aménagement de l'immeuble de bureaux en un bureau dynamique.
- Réaliser les préparatifs nécessaires pour que les collaborateurs puissent travailler (ensemble) dans un environnement de travail dynamique, indépendamment du lieu et de l'heure, et donc de manière numérique. Il s'agit ici des composants informatiques actifs dans l'aménagement du bâtiment (par exemple, le wi-fi), de l'équipement des postes de travail et des salles de réunion et de l'utilisation des outils de collaboration. La numérisation des processus (processus opérationnels, mais aussi courrier entrant et sortant, archives numériques, etc.) n'entre pas dans le cadre du projet global, mais relève de l'entière responsabilité de chaque institution. Ce pilier est étroitement lié au projet de synergie ICT.
- Fournir l'accompagnement nécessaire pour permettre aux collaborateurs de travailler ensemble dans un lieu de travail dynamique et numérique : pratiques et accords dans les travaux liés aux activités, utilisation d'outils de collaboration, etc.

Engagements

Pour la période 2019-2021, les engagements suivants sont pris :

1. Réaliser les travaux d'aménagement nécessaires dans le cadre du budget prévu par les conseils des ministres du 12 mai 2017 et du 9 février 2018. L'objectif est de déménager d'ici la fin de l'été 2020.
2. Veiller à ce que les collaborateurs des trois institutions puissent travailler ou collaborer indépendamment du lieu et du moment : bâtiment aménagé pour fonctionner numériquement et outils de collaboration qui garantissent l'efficacité du travail (de la collaboration) numérique.
3. Accompagner tous les collaborateurs afin de les aider du mieux possible dans ces changements et de les impliquer le plus possible dans ce projet.
4. Le bâtiment doit être certifié EMAS ou équivalent.
5. Après une analyse coûts/bénéfices, ajuster les niveaux de sécurité de l'information (cf. certificat ISO27001 de l'INAMI).

Gouvernance

Le pilotage de ce projet s'effectue au niveau du réseau des trois institutions impliquées, plus spécifiquement par le Kern dans lequel siègent le manager de programme Support & Health On The Move, les chefs de projet concernés (Bâtiment, Environnement de travail numérique et Changement), les coordinateurs des groupes de travail et les coordinateurs opérationnels des trois institutions. Le groupe de projet se compose d'un ensemble équilibré de collaborateurs des trois institutions concernées. Le Kern rapporte directement au Comité de management.

Il existe également plusieurs groupes de travail en charge de parties spécifiques du projet, telles que le développement d'une médiathèque, l'élaboration d'une politique de mobilité, l'élaboration d'une offre sportive, etc. Ces derniers travaillent, dans la mesure du possible, de manière participative : soit avec des volontaires, soit avec des experts des trois institutions.

6.2. Synergie des services de soutien

Les services de soutien au management des administrations de soins de santé sont chargés d'exécuter des tâches qui ne relèvent pas des objectifs de base des trois institutions, mais qui doivent être remplies afin d'atteindre les objectifs de santé. Ces services de soutien concernent des processus tels que les finances et le budget, le développement du personnel et de l'organisation, le Facility Management (FM), les questions juridiques et le support ICT. La collaboration dans le domaine du soutien au management entre les différentes administrations de soins de santé représente un catalyseur important dans l'utilisation aussi efficace que possible des ressources pour atteindre les objectifs de santé. En outre, la collaboration peut contribuer à une approche commune et renforcée des problèmes propres aux trois institutions.

Bien qu'à l'heure actuelle, il existe déjà une collaboration dans un certain nombre de domaines, il semble qu'il existe encore énormément de potentiel en matière de formes structurelles de collaboration au sein des administrations de soins de santé. Une analyse qualitative développée mi-2016 sur la base d'ateliers avec les huit administrations de soins de santé concernées a permis de dégager diverses possibilités de synergies. Après la transformation du Trajet 5 en Axe Politique et Axe Connaissances et le déménagement commun prévu de l'INAMI, de l'AFMPS et du SPF Santé (voir 6.1.), il a été décidé de se concentrer dans un premier temps sur la collaboration la plus ambitieuse possible entre les services de soutien au management de ces trois institutions. Seule la synergie « Legal Health Network » continue à être développée avec les huit administrations de soins de santé. L'objectif consiste à la fois à optimiser le service à la nouvelle organisation en réseau et à réaliser des gains d'efficacité grâce à des économies d'échelle.

Lors du Comité de management d'octobre 2017, les degrés de synergie suivants ont été validés au niveau du cluster ; cependant, ils peuvent encore être précisés et/ou diversifiés au niveau des activités.

1. Intégration - centraliser les activités afin d'offrir un service commun et unique aux trois institutions :
 - l'intégration en un seul service central des trois services facilitaires actuels, y compris les services de traduction, qui peuvent également être considérés comme une activité facilitaire.
 - L'intégration, à court terme, des trois service desks ICT.
2. Mise en commun - échange de personnel de manière structurelle pour réaliser certaines activités pour le compte d'autres institutions :
 - la mise en commun au sein de la politique du personnel, en particulier du cluster « carrière » du personnel (du recrutement à la sortie du membre du personnel, y compris le trajet de développement).
 - La mise en commun au sein d'activités liées à la gestion organisationnelle ; l'élaboration de ce socle commun du contrat d'administration est un exemple éloquent de collaboration renforcée dans le domaine du développement stratégique.

3. Collaboration - toutes les autres formes d'entraide par le partage de connaissances, d'approches, d'outils et de ressources :
- le Legal Health Network, dont l'objectif est triple : le partage d'expertise, la coordination du travail de réglementation et la co-création, par exemple, de nouvelles législations entre les huit administrations de soins de santé et la Cellule stratégique.
 - La collaboration dans le domaine des processus financiers : en raison des différents mécanismes budgétaires utilisés par les trois institutions, les possibilités de synergie sont peu nombreuses, mais il existe toutefois de plus petites possibilités de collaborations sur lesquelles un travail est effectué.
 - Réaliser des synergies en collaborant de manière ad hoc dans le domaine de la communication interne et externe et en développant une communication interne commune pour le personnel liée au logement et à tout autre projet de redesign.



Figure : Aperçu schématique des degrés de synergie par cluster

Engagements pour les clusters Politique de personnel, Gestion organisationnelle, Processus financiers et Communication

Pour la période 2019-2021, l'engagement est pris de déployer sur le lieu de travail un certain nombre de projets pilotes par cluster qui favorisent la collaboration entre les trois institutions et améliorent l'efficacité des services.

Engagements pour le cluster Processus juridiques

L'engagement est pris d'échanger, d'élaborer conjointement et de coordonner un projet de législation sur diverses dispositions en matière de santé, dans la mesure du possible via le réseau Legal Health Network à partir de 2019. Les diverses dispositions du futur projet de loi qui seront mises en œuvre pour la première fois et serviront de banc d'essai grâce à la coordination par le réseau feront l'objet d'un accord entre les administrations de soins de santé concernées et la Cellule stratégique.

Engagements pour le cluster ICT

L'engagement est pris, au moment du déménagement, de :

1. Disposer d'un service desk ICT centralisé qui agira en tant que front office offrant aux clients internes, indépendamment de l'institution à laquelle ils appartiennent, une aide de première ligne dans le domaine ICT.
2. Mettre en commun du personnel technique pour le Second line & Operations (réseau, câblage, wi-fi, imprimantes, répertoires actifs, etc.) en s'organisant de manière à assurer conjointement la gestion de l'infrastructure ICT de base du bâtiment Galilée (et des services externes).

En outre, il existe un engagement commun de ne prendre aucune mesure ou initiative au sein même de l'institution qui pourrait entraver une éventuelle intégration future plus large au sein des services ICT. Dans ce contexte, une liste/un plan de convergence sera établi en vue de prendre une décision stratégique en la matière.

Engagements pour le cluster Facility Management

L'engagement est pris, au moment du déménagement, de :

1. Disposer d'une organisation FM centralisée et unique offrant, en tant que service commun et autonome, tous les services facilitaires aux utilisateurs des trois institutions. La nouvelle organisation ciblera principalement le pilotage du travail (organisation en régie) et l'offre de qualité de manière rentable et orientée client. Outre les services logistiques plus typiques, la future organisation FM fera également office de centrale d'achat pour tous les achats de biens et de services pour les trois institutions. Les missions de traduction et d'interprétation ainsi que la gestion de la médiathèque lui incombent également et seront centralisées.
2. Disposer d'une structure de gouvernance et d'un modèle de gestion, provisoires ou non, qui pilotent la nouvelle organisation FM et son personnel en tant que service intégré sous sa propre direction et ce, en fonction des besoins des trois institutions (voir aussi 3.2.3.).
3. Ces changements entraîneront de nouveaux contenus pour la plupart des fonctions FM et un surnombre de personnel logistique. C'est pourquoi l'on s'engage à offrir au personnel des trois services logistiques actuels l'accompagnement nécessaire pour les assister au mieux dans ces changements (nouveau contenu de fonction au sein de la nouvelle organisation FM, nouvelle fonction au sein d'une des trois institutions ou nouvelle fonction dans une autre institution fédérale), et ce, dans le respect total du personnel concerné. Aucun projet ni changement dans le cadre du redesign ne donnera lieu à des pertes d'emploi pour les collaborateurs en poste.

Gouvernance du cluster Facility Management

Le pilotage de ce projet s'effectue au niveau du réseau des trois institutions impliquées, plus spécifiquement par le groupe de pilotage FM dans lequel le manager de programme Support & Health on the Move (qui est également le chef de projet de ce projet de synergie) siège avec le manager FM, le directeur financier et le conseiller stratégique de chaque institution. Le Groupe de pilotage FM rapporte directement au Comité de management.

Gouvernance des autres clusters

Le pilotage de chaque autre projet de synergie s'effectuera au niveau du réseau des trois institutions impliquées, plus spécifiquement par leur groupe de projet. Chaque groupe de projet comprend le gestionnaire du programme Support & Health on the Move, le chef de projet impliqué et, pour chaque institution, le chef de service impliqué (par exemple, les trois directeurs ICT pour le cluster ICT). Chaque groupe de projet rapporte directement au Comité de management.

7. Mise en œuvre du redesign, axe Politique

Les trois organisations ainsi que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'engagent à organiser de manière professionnelle la réalisation de l'axe politique du trajet 5 du redesign. Dans ce cadre, celui-ci se déroulera sous la responsabilité d'un comité de management, constitué des topmanagers des trois organisations impliquées en concertation avec la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Le manager de trajet et les managers de programmes sont également présents lors des réunions du comité de management. Le comité de management est chargé de valider le scope, les ressources allouées et les investissements nécessaires des programmes et projets du redesign, de suivre l'état de réalisation du redesign, de prendre les décisions stratégiques nécessaires à sa bonne réalisation et de valider le reporting vers le Gouvernement fédéral. La prise de décisions au sein du comité de management se fera si nécessaire en concertation avec les organes de décisions propres à certaines organisations.

Le comité de management réalisera les nécessaires concertations et coordinations avec l'axe « connaissance » lors des réunions du strategic board réunissant les membres des comités de management des deux axes. Ces réunions se tiendront au minimum deux fois par année. Dans ce cadre seront e.a. abordés les liens évidents entre le programma Data et la mise sur pied d'un Health Research System.

La gestion journalière de l'axe politique sera confiée à un trajet PMO, composé :

- du manager de trajet, chargé de la gouvernance et de suivi des programmes, de la cohérence entre les programmes, des relations avec le comité de management et du reporting vers le Gouvernement fédéral ;
- des différents managers de programmes, chargés de la coordination et du suivi des différents projets lancés sous l'égide d'un des quatre programmes ;
- des change & communication officers, chargés d'appuyer et de coordonner les quatre programmes pour les actions de communication et d'accompagnement des collaborateurs des trois organisations ;
- du budget officer, chargé de collaborer étroitement avec les équipes financières des trois organisations dans l'établissement et coordonner le suivi des budgets alloués aux programmes ;
- de trois coordinateurs transversaux chargés, chacun, de représenter leurs organisations respectives.

Au vu des transformations envisagées et des efforts demandés aux collaborateurs des trois organisations, les trois organisations ainsi que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'engagent à développer, pour l'ensemble des projets :

- un axe « communication », permettant non seulement une information claire, transparente et uniforme au niveau des trois organisations sur les changements annoncés, mais également une interaction entre les collaborateurs et les équipes de projet ;
- un axe « changement », permettant la participation des collaborateurs à la mise en place des changements et l'accompagnement effectif des collaborateurs impactés.

A côté des reporting ad hoc nécessitant une décision du comité de management ou des projets nécessitant un suivi plus fréquent, le trajet PMO organisera, deux fois par an, un reporting systématique de l'ensemble des projets vers le comité de management. Les trois organisations ainsi que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'engagent à fournir, en temps et en heure, toutes les informations nécessaires en vue de la rédaction des rapports généraux du redesign vers le Gouvernement fédéral.

Les trois organisations ainsi que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'engagent également à réaliser la majeure partie du redesign dans le cadre de la trajectoire budgétaire de l'Etat fédéral. Les trois organisations s'engagent à appliquer le principe de solidarité budgétaire entre elles et ce, afin d'arriver à un équilibre global entre les trois organisations en tenant compte de leur taille, leurs compétences, la mesure dans laquelle ils utilisent certains services intégrés ou cogérés, des ressources de

chacune et des investissements déjà consentis. Pour ce faire, ils mettront en place un système budgétaire transparent et commun afin de gérer les investissements communs, de régler les flux financiers entre organisations (p.ex. dans le cadre du déménagement) et de gérer la répartition de probables retours sur investissements.

Les trois organisations ainsi que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique s'engagent à appuyer au maximum les différents projets du redesign. Les trois organisations réaliseront les changements internes nécessaires à la réalisation des différents programmes et mobiliseront les équipes et ressources nécessaires à la réalisation des projets.

8. Rapports au gouvernement fédéral

L'AFMPS, l'INAMI et le SPF Santé communiquent ce socle commun à la Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique/au gouvernement. Ils rédigeront, pour le 31 mars de chaque année, un rapport conjoint sur l'état d'avancement des différents programmes et les résultats obtenus. Ce rapport périodique accordera une attention particulière aux efforts entrepris par les institutions et aux résultats obtenus et impacts générés.

Un rapport mettant l'accent sur la valeur ajoutée pour les parties prenantes sera également rédigé à l'attention de ces dernières.

ⁱ Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020, point 5.1 : création d'un cadre juridique pour un répertoire des formes de collaboration clinique entre dispensateurs de soins

Éditeur responsable : Benoît Collin, avenue Galilée 5/01, 1210 Bruxelles

Réalisation : Service Stratégie & Organisation INAMI

Date de publication : Décembre 2021

Dépôt légal : D/2021/00401/01