

Avenant 2019-2020  
au 5<sup>ème</sup> contrat d'administration  
2016-2018  
**entre l'Etat et l'Institut national d'assurance  
maladie-invalidité (INAMI)**



## Table des matières

Dispositions préliminaires .....	5
<b><u>TITRE I: Définitions</u></b> .....	<b>9</b>
Article 1. Définitions .....	9
<b><u>TITRE II: Missions et tâches</u></b> .....	<b>11</b>
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
<b><u>TITRE III: Développements externes, les défis, la stratégie et les grands axes</u></b> .....	<b>17</b>
Article 6. Développements externes, tendances et défis .....	17
Article 7. Carte stratégique de l'INAMI .....	20
Article 8. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets de l'Avenant .....	24
<b><u>TITRE IV: L'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnité sûre et efficace: Accessibilité</u></b> .....	<b>35</b>
Article 9. Évaluation, précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables. ....	35
Article 10. Création de la «Plateforme pour les associations de patients». ....	40
<b><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></b> .....	<b>44</b>
Article 11. Offrir un soutien aux stakeholders dans le cadre de la mise en œuvre du concept « DISABILITY MANAGEMENT » en tant que méthodologie de réinsertion. ....	44
Article 12. Développer des directives pour une approche multidisciplinaire des dossiers d'évaluation d'incapacité de travail et de réinsertion. ....	47
Article 13. eDos – Extension de l'informatisation de la gestion des dossiers au sein du SECM assortie d'une offre de eServices pour des tiers. ....	48
Article 14. Poursuite du développement BeNeLuxA, spécifiquement de l'initiative internationale «Horizon Scanning». ....	50
<b><u>TITRE VI: L'INAMI en tant que catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: Innovation &amp; Réforme</u></b> .....	<b>54</b>
Article 15. Poursuite de la collaboration à la réforme du financement des hôpitaux en collaboration avec nos partenaires le SPF SPSCAE et l'AFMPS. ....	54
Article 16. Surveillance et audit fédéral des hôpitaux: implémentation d'un nouveau service Audit des hôpitaux. ....	57
Article 17. Maîtrise de l'offre et missions de soins spéciales : spine units & chirurgie complexe pour les affections de l'œsophage et du pancréas. ....	59
Article 18. Optimalisation de la gestion financière des Soins de santé – budget Soins de santé : Examen d'un nouveau système possible de responsabilité financière. ....	62
Article 19. Développer une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification. ....	64
Article 20. Développement de la nouvelle version de NomenSoft (application pour la nomenclature). ....	67
Article 21. Développement d'une vision à long terme sur l'incapacité de travail par la mise en place d'une approche structurelle dans le secteur des indemnités. ....	69

Article 22. 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.	70
Article 23: Collaboration à l'élaboration de la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (Projet Mult-eMediatt) et à une étude sur l'automatisation de l'enregistrement et du traitement des certificats d'incapacité de travail.	73
Article 24. Exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique.	75
Article 25. Intégration des applications « Mobile Health » dans le système de soins belge en vue de l'intégration dans l'assurance soins de santé régulière.	78
Article 26. Participation à la coordination et au soutien du « Next Generation Sequencing » en vue de son intégration dans le remboursement régulier.	80
Article 27. Programme de digitalisation – Exécuter le programme de digitalisation reprenant l'ensemble des projets contribuant à la dématérialisation de nos processus et au nouveau workplace.	82
Article 28. Modernisation de la réglementation relative aux dispositifs médicaux (medical devices).	84

### **TITRE VII: L'INAMI mise sur une utilisation optimale des moyens: Utilisation Optimale des Moyens... 87**

Article 29. Optimisation de la gestion financière des conventions internationales des Soins de santé et soins programmés à l'étranger.	87
Article 30. L'application informatique intégrée IDES : invalidité et autres processus dans le secteur des indemnités : partie incapacité primaire et réinsertion socio-professionnelle.	91
Article 31. Développement de l'application MyINAMI.	92
Article 32. La gestion des formes de collaboration cliniques entre dispensateurs de soins.	96
Article 33. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : TARDIS & Qermid 2.	99
Article 34. La fraude sociale : lutte contre la fraude sociale et mise en place de synergies avec l'ONEM.	104
Article 35. Responsabilisation financière des organismes assureurs – volet frais d'administration.	106
Article 36. Contrôle des employeurs et des OA en matière de délivrance de feuilles de renseignements indemnités et d'attestations de vacances annuelles.	108
Article 37. Analyse de la répétition d'exams techniques prescrits par des dispensateurs de soins pour un même patient : effet de l'utilisation du dossier médical informatisé sur le comportement en matière de prescription.	110
Artikel 38. Évaluation et contrôle par le SECM dans la chaîne des processus de l'assurance indemnités.	111
Article 39. Détection, approche et suivi proactif de la fraude chez les praticiens de l'art infirmier à domicile (évaluation de l'utilisation de la carte eID).	114
Article 40. 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 ».	115
Article 41. Poursuite de l'amélioration de la gestion organisationnelle en mettant l'accent sur le renforcement du contrôle interne, la maîtrise des risques et la culture BPM	118
Article 42. Le Fonds des accidents médicaux : le développement d'une vision d'avenir, l'évaluation du fonctionnement actuel et la transmission électronique des données médicales.	120

### **TITRE VIII: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs ..... 123**

Article 43. Tableaux de bord	123
------------------------------	-----

### **TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties..... 124**

### **TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS..... 125**

Article 44. Engagements concernant la politique du personnel (HRM)	125
--	-----

Article 45. Engagements concernant la gestion informatique _____	130
Article 46. Engagements concernant la gestion logistique _____	132
Article 47. Engagements en matière d’audit interne _____	133
<b><u>TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable</u></b> .....	<b>135</b>
Article 48. Budget de gestion pour les exercices 2019 et 2020 _____	135
Article 49. Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire _____	135
<b><u>TITRE XII: Participation aux projets transversaux</u></b> .....	<b>136</b>
<b><u>TITRE XIII: Dispositions finales</u></b> .....	<b>137</b>
<b><u>ANNEXE : Le budget de gestion</u></b> .....	<b>138</b>
<b><u>Liste des abréviations</u></b> .....	<b>140</b>
<b><u>TITRE XIV: Redesign – Le socle commun: collaboration stratégique et opérationnelle entre l’INAMI, l’SPF Santé et l’AFMPS</u></b> .....	<b>141</b>

# **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<sup>ième</sup> contrat d'administration 2016-2018 entre l'état Belge et l'INAMI tel que publié au Moniteur Belge le 13 décembre 2016;

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 20/11/2018, à l'avant-projet de texte du contrat d'administration qui constitue la base de l'avenant 2019-2020;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné les 17/09/2018 et 17/12/2018 sur l'avant-projet de contrat d'administration qui constitue la base de l'avenant 2019-2020 et le 20/03/2019, sur l'avenant négocié avec le gouvernement ;

vu l'approbation de cet avenant par le Conseil des Ministres du 5 avril 2019;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1 janvier 2019 au 31 décembre 2020, entre

- l'Etat belge, représenté par

**Maggie De Block**

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
et de l'Asile et la Migration

**Sophie Wilmès**

Ministre du Budget et de la Fonction  
publique, chargée de la Loterie  
nationale et de la Politique  
scientifique

et

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

**Yolande Avontroodt**

Présidente du Comité général  
de gestion

**Johan De Cock**

Administrateur général

**Benoît Collin**

Administrateur général adjoint

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

**Catherine Vermeersch  
Tamellini**

**Jean-François**

**Anne Leonard**

**Gianni Duvillier**

**Patrick Verertbruggen**

**Jean Hermesse**

# **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 2013-2018 établi lors de la session de clôture de la conférence-table ronde sur l'informatisation des soins de santé du 20 décembre 2012, approuvé par la conférence interministérielle sur la santé, repris par le protocole d'accord du 29 avril 2013 et actualisé en version 2.0. lors de la nouvelle session de clôture de la conférence-table ronde de septembre 2015.

## TITRE II: Missions et tâches

### **Article 2. 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.

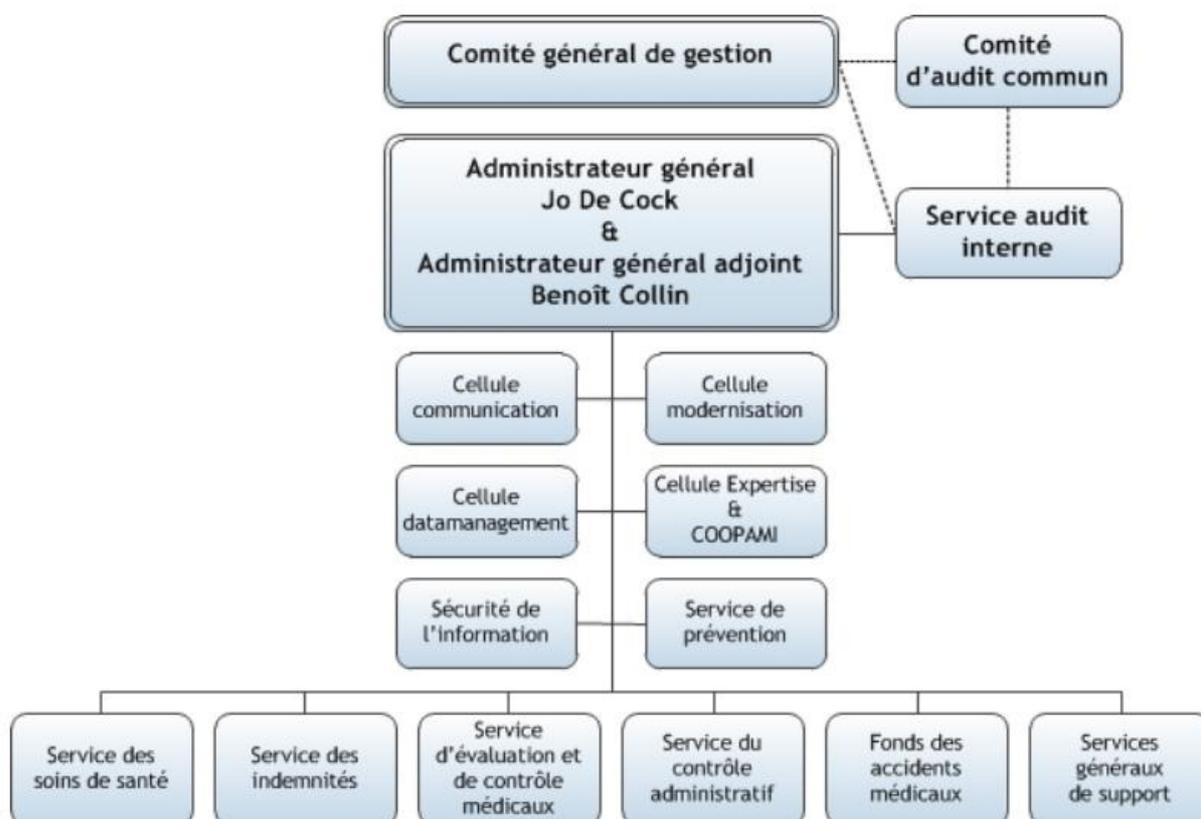
Dans ce cadre, l'Institut est donc appelé à:

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. À la lumière des économies à réaliser au sein de l'autorité fédérale et de leur impact sur le budget de gestion de l'INAMI, il convient dès lors de trouver un bon équilibre entre la mise en œuvre de projets innovateurs, d'une part, et la garantie de la continuité des processus continus et des services existants, d'autre part.

Lors des années précédentes, l'INAMI s'est davantage 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. Ce sera, en outre, l'occasion d'alimenter le débat autour des tâches opérationnelles.

### **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

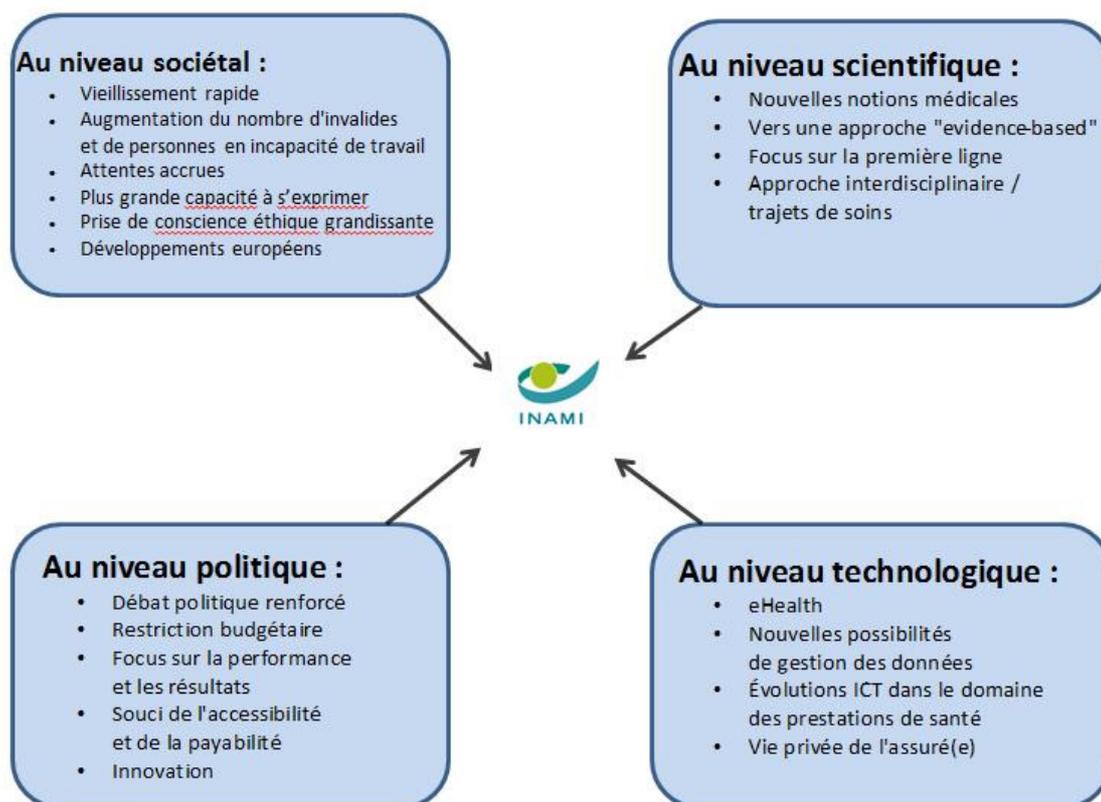
Six cellules, dotées d'une mission de conseil, dépendent directement de l'Administration générale de l'Institut. Il s'agit :

- de la Cellule de modernisation, qui est responsable de la gestion de la stratégie et des 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 Expertise et COOPAMI, qui exécute des missions d'étude transversales spécifiques et réalise les projets d'accompagnement à l'égard des pays en voie de développement ;
- de la Cellule Sécurité de l'information, qui assure la gestion des risques liés à l'information ;
- du Service de prévention qui joue un rôle au niveau de la sécurité et du bien-être au travail.

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

### Article 6. 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, à partir du 1<sup>er</sup> 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 et 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 7. 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 ;

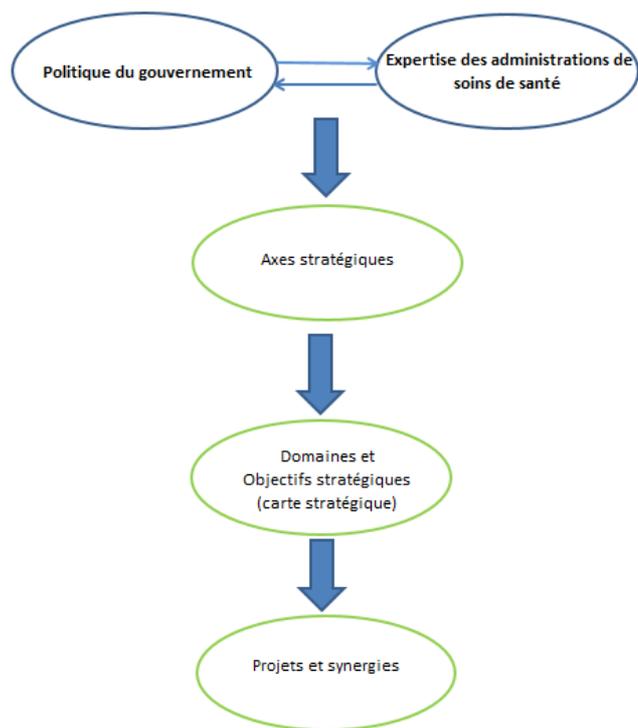
et ce, bien entendu, tenant compte des balises pour l'avenir ainsi que des priorités formulées par le gouvernement.

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 :

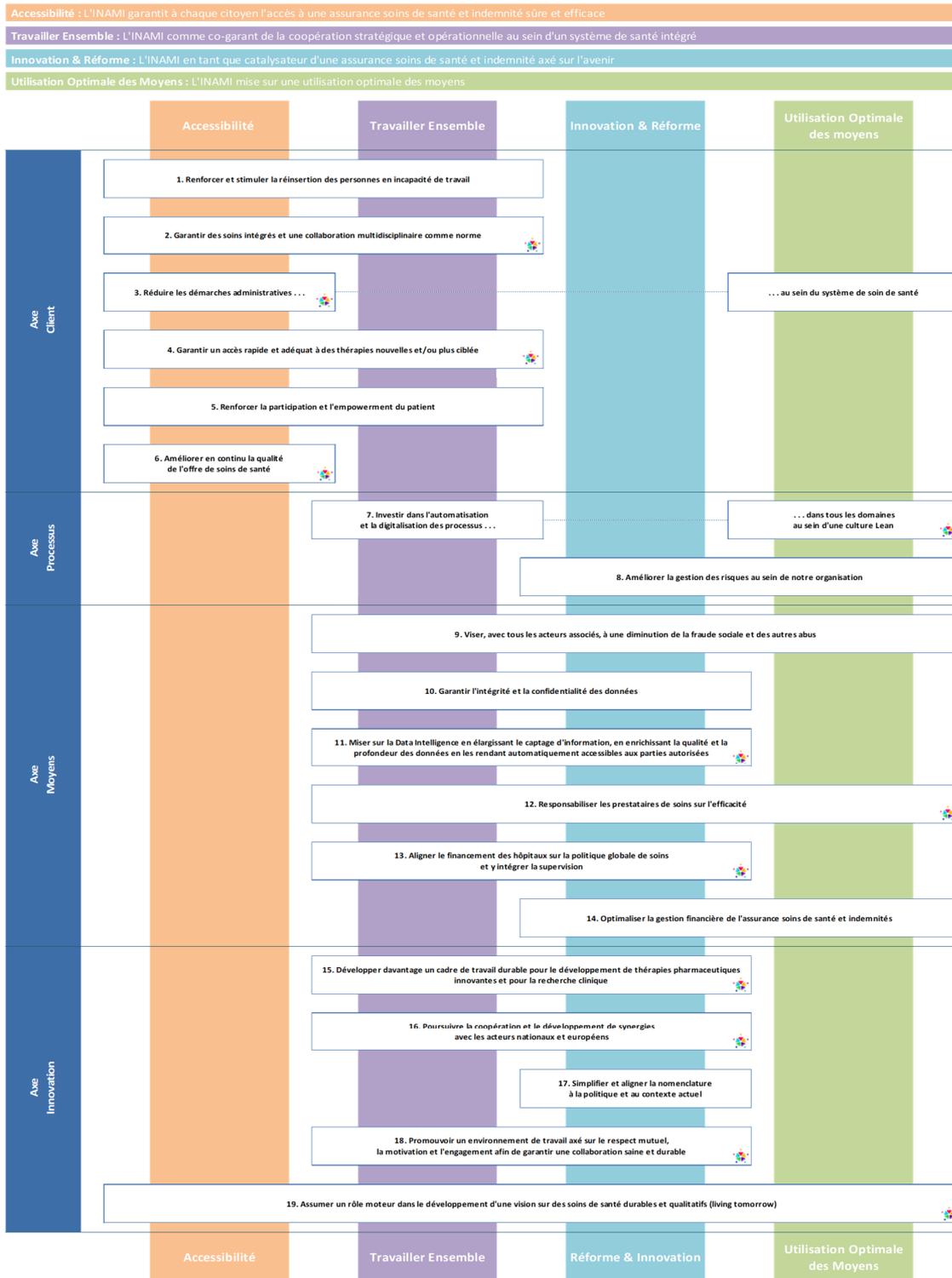
Pour le choix et l'élaboration des projets, le présent Avenant prête une attention particulière aux perspectives ou axes stratégiques suivants :

- 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 8. 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 prêté 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 12 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.

A côté de cela, des nouvelles sessions de formation au disability management seront relancées. Un accompagnement des participants sera prévu afin de faciliter la mise en pratique de leurs acquis. Aussi, un système de re-certification est prévu (cfr. art. 11).

Pour information, au niveau informatique, plusieurs efforts ont déjà été consentis lors du précédent contrat d'administration. Et, l'article 30 prévoit d'aller plus loin en intégrant, dans IDES, les dossiers individuels d'invalidité relatifs à la réinsertion socio-professionnelle et aux conventions internationales.

Plus largement, une discussion sera entamée, avec tous les acteurs concernés, sur la gouvernance du secteur des indemnités et sa durabilité au vu de l'accroissement constant du nombre de personnes en incapacité de travail et d'invalidité. L'article 21 veillera à lancer un groupe de travail élargi pour traiter le sujet.

## **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 17 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 .

## **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 9 de l'Avenant (suite de l'art. 11 du 5<sup>ème</sup> contrat) a pour but de renforcer l'automatisation des droits des assurés sociaux via les initiatives non-exhaustives suivantes : l'amélioration de l'accès à l'intervention majorée, l'application du tiers payant pour les catégories de personnes concernées... Mais, il veille également au respect stricte des conditions d'octroi de ces mêmes droits.

Du côté des prestataires de soins, My INAMI accueillera de nouvelles fonctionnalités lors des années à venir (cfr. art. 31). De nouveaux modules seront finalisés tels que celui portant sur la demande des avantages sociaux ou celui relatif à la gestion des accréditations pour les dentistes. La nouveauté dans l'application My INAMI, pour la période de l'Avenant, concerne le développement d'un module de demande en ligne d'intervention financière pour le financement et la programmation des stages des médecins.

Les équipes veilleront également à faciliter l'accès et l'utilisation de l'application en la rendant compatible avec les appareils mobiles.

De nouveaux développements dans l'application Tardis (cfr. art. 33) seront également réalisés dans les années à venir et viseront à automatiser les demandes de remboursement des médicaments orphelins, réduisant ainsi la charge administrative et l'attente tant pour les prestataires de soins et les OA que pour le patient.

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<sup>ème</sup> 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.

L'article 26 de l'Avenant permettra également un meilleur accès à des thérapies innovantes pour le cancer. Il porte sur le test d'une nouvelle méthode d'analyse ADN (NGS) afin d'améliorer le diagnostic en hématologie.

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 10 de l'Avenant, il est prévu qu'une note d'orientation soit réalisée sur la création d'une plateforme de concertation structurelle avec les groupements de patients où tous les sujets relatifs aux soins de santé seront abordés. L'opérationnalisation de la proposition retenue est prévue au courant des années à venir.

#### **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.

Sans prétendre à l'exhaustivité, les projets Mobile Health (cfr. art. 25) et NGS (cfr. art. 26) en sont des illustrations probantes.

Le premier vise à introduire, dans notre système de soins de santé, des applications mobiles de soins de santé permettant de disposer, en continue, d'informations relatives à la santé du patient afin de suivre de près l'évolution de sa maladie et de pouvoir, si nécessaire, prendre des mesures rapidement.

Le second a pour but, comme expliqué plus haut, d'introduire une nouvelle méthode de dépistage du cancer.

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.

En perspective de notre déménagement où le principe du « paper less » sera renforcé, l'INAMI souhaite mettre en place un plan d'action en route reprenant différents volets (cfr. art. 27) dont la numérisation de nos archives, l'automatisation et digitalisation de nos processus et notre manière de travailler, la mise en place d'interfaces digitaux, la création d'applications mobiles...

Concernant les processus, des efforts seront spécifiquement mobilisés pour continuer le trajet d'informatisation de la gestion des dossiers individuels dans plusieurs services et ainsi faciliter l'accès aux organismes assureurs, aux prestataires de soins et aux autres administrations (cfr. art. 13, 30). L'amélioration de l'application Nomensoft 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 également à un informatisation du processus de dépôt et de gestion des certificats d'incapacité de travail en vu d'une plus grande automatisation des tâches et d'une économie de temps dédié initialement à ces tâches (cfr. art. 23).

Au niveau des trois administrations de soins de santé, un nouveau plan e-santé pour la période 2019-2021 sera proposé. 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. En effet, la gestion des processus (cfr. Art. 36 du 5<sup>ème</sup> CA), la création d'un service d'audit en 2012, la création d'instruments de gestion en ont été les fondements.

Néanmoins, il manque encore une approche structurée pour aborder la gestion des risques et le contrôle interne au sein de l'institution. Et, c'est ce que prévoit de faire l'article 41 du présent Avenant en rédigeant une note de vision sur la maîtrise de l'organisation, assortie de propositions concrètes visant à aboutir à une plus grande maîtrise des risques et à un renforcement du contrôle interne.

## **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 s'intensifiera les prochaines années, via, entre autres, une collaboration renforcée entre les services d'inspection sociale.

Ce renforcement de collaboration inter-administrations aura , entre autres, pour conséquence que l'INAMI sera la seule institution compétente à contrôler l'obligation des employeurs de délivrer les attestations de vacances annuelles et les feuilles de renseignements afin de permettre aux organismes assureurs de calculer et d'octroyer correctement les indemnités d'incapacité de travail à un assuré social reconnu en incapacité de travail (cfr. art. 36).

L'article 34 de l'Avenant vise des synergies avec l'ONEM en vue de contrer plus efficacement les fraudes au domicile, les assujettissements fictifs, les cumuls d'activités non autorisées déclarés ou pas à ONSS... Cette collaboration permettra de disposer d'une meilleure qualité et disponibilité des données de manière sécurisée.

A côté de cela, le SCA 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.

Les contrôles anti-fraude viseront également les prestataires de soins (cfr. art. 38, 39). Le service d'évaluation et de contrôle médicaux se penchera sur l'examen du processus de délivrance des attestations d'incapacité de travail par les médecins en adoptant une approche préventive à leur égard via la transmission de directives de prescription. Les activités des médecins-conseils des organismes assureurs feront également l'objet d'une évaluation en vue d'y apporter des améliorations.

Parallèlement à cela, le service se penchera sur l'examen des activités des infirmières à domicile. Ce groupe-cible constitue une priorité de lutte anti-fraude pour les années à venir, plus particulièrement en matière de facturation intentionnelle de prestations non-réalisées.

### **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. D'ailleurs, l'amélioration de la gestion du contrôle interne et des risques, notamment ceux liés à la sécurité de l'information, sera abordée dans le cadre de l'article 41 de l'Avenant.

Un projet de grande importance sera également développé au service des indemnités visant à disposer de données de qualité en veillant au respect de la sécurité des échanges de données (cfr. art. 22).

La transmission des données électroniques au sein du Fonds des Accidents Médicaux (cfr. art. 42) 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.**

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. 22). 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 enregistra 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.**

2016 a vu naître la cellule de soins efficaces à l'INAMI (cfr. art. 35 du 5<sup>ème</sup> CA) ayant pour objectif de traduire une volonté politique, à savoir l'utilisation optimale des moyens de l'assurance maladie et invalidité en un plan d'action concret. Une série de mesures a été dégagée et a été mise en application en vue de diminuer le gaspillage dans le secteur.

L'actuel Avenant prévoit l'exécution du nouveau plan d'action pour la période 2018-2020, en collaboration avec le SPF SPSCAE dans le cadre du programme de synergies entre administrations de soins de santé.

L'article 38, repris plus haut, vise également une utilisation optimale des ressources de l'assurance maladie-invalidité.

Dans le même sens, l'article 37 prévoit de diminuer la répétition des prescriptions d'exams techniques pour un patient via la consultation du dossier médical informatisé.

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

La réforme du financement des hôpitaux et la création d'un service d'audit des hôpitaux feront partie intégrante de l'Avenant de l'INAMI, et plus largement, du socle commun.

En effet, ces deux projets seront menés conjointement avec le SPF SPSCA et l'AFMPS.

Un accord sur la réforme du modèle de financement des hôpitaux a été conclu ces dernières années (cfr. Accord gouvernement 2014). Le but de l'article 15 est de poursuivre l'implémentation de ces changements, déjà entamés dans le cadre de l'article 17 du précédent contrat, mais également d'ouvrir d'autres chantiers.

Pour la période 2019-2021, l'INAMI et ses partenaires visent la réalisation de 4 projets :

- Implémentation, monitoring et audit du système des soins à basse variabilité en ce qui concerne les honoraires ;
- Construction méthodique du programme P4Q;
- Élargissement du système pour les soins à basse variabilité aux médicaments et autres produits de santé, ainsi qu'au budget des moyens financiers (BMF) ;
- Stimulation du système de l'hôpital de jour.

Concernant l'audit des hôpitaux, il s'agit d'une nouvelle initiative visant à créer un service d'audit pour les trois institutions du domaines de la santé, à savoir, l'INAMI, le SPF SCAE et l'AFMPS. Cette opération a pour principal objectif 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 le précédent contrat d'administration, notamment via l'article 20.

L'Avenant vise à atteindre deux objectifs à ce niveau.

Le premier concerne l'optimisation de la gestion du budget de l'assurance de soins de santé via , en autres, une réforme du système de responsabilisation financière (budget de mission), devenu pour les raisons évoquées à l'article 18, inadapté au contexte actuel. Ce point d'action est également repris dans le pacte du futur avec les organismes assureurs.

Le processus de clôture des comptes de l'INAMI fera également l'objet d'amélioration en vue de pallier aux retards actuellement rencontrés.

Le second consiste à rédiger un plan d'action ayant pour but d'implémenter les recommandations issues de l'audit effectué fin de l'année 2017 sur le processus de gestion des recettes et dépenses des conventions internationales dans le domaine des soins de santé.

## **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. Ainsi, cette thématique fera également l'objet d'initiatives communes reprises dans le socle commun et plus précisément, dans la passerelle « accès à l'innovation dans les soins ».

Par ailleurs, l'INAMI continuera l'exécution du pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique, déjà entamée lors du 5ème contrat (cfr. art. 22) via, entre autres, la réalisation des projets suivants : la mise en place d'une procédure accélérée ETA ETR, l'intégration/utilisation des registres, la solution structurelle hépatite C, l'application du « patient cliff »...

Pour rappel, le Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique (interlocuteurs Pharma.be et Febelgen) vise à optimiser l'accessibilité pour le patient à des soins pharmacothérapeutiques de qualité qui sont nécessaires pour ces patients.

Pour la période de l'Avenant, l'article 24 assurera la poursuite et la finalisation du dernier point d'action du Pacte d'avenir, relatif notamment à la Procédure de remboursement « Jour 180+1 » . Ce projet comprend l'adaptation, la simplification et l'accélération des processus décisionnels actuels ainsi que des procédures en cours en matière de remboursement des médicaments.

### **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 précisé plus haut, le projet BeNeLuxA vise à renforcer la collaboration internationale entre les autorités de remboursement de 5 pays européens en matière de remboursement des médicaments, afin d'avoir un accès rapide à des médicaments innovants et à un coût avantageux pour les patients. Outre le contrôle des prix des médicaments, cette collaboration vise également 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. Cette initiative a été lancée dans le cadre du 5<sup>ème</sup> contrat.

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 des hôpitaux : audit et système de financement (cfr. Art. 15,16) ;
- 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 (cfr art. 11, 12, 21, 26, 34).

L'INAMI s'est engagé à accompagner le transfert des compétences vers les entités fédérées pour les matières qui relèvent de son autorité. Plusieurs actions ont déjà été prises en ce sens.

Des groupes de pilotage ont été mis en place et ils assurent le suivi régulier de l'état d'avancement des groupes de travail par rapport aux transferts de compétences et aux thématiques qui en découlent, à savoir principalement, le personnel et les développements ICT. Les détails sur l'état de leurs travaux se retrouvent dans les rapports semestriels et annuels du 5<sup>ème</sup> contrat d'administration, à l'article 25 .

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

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

La phase de transition dans le cadre de la sixième réforme de l'état prend fin au 31 décembre 2018. Ainsi, les entités fédérées ont vu augmenter considérablement leur poids sur la définition et la gestion de la politique de soins de santé. En effet, les communautés et régions ont traduit dans leur arsenal juridique toute une série d'attributions pour lesquelles elles auront autorité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

#### **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 du 5<sup>ème</sup> contrat (cfr.art. 21). L'article 19 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. Pour ce faire, un plan d'action, repris dans l'accord médecins-mutualités 2018-2019, contenant plusieurs volets a été proposé et validé. Ce travail de modernisation sera réalisé en collaboration avec le SPF santé publique.

#### **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. Lors des prochaines années, un nombre important de changements aura lieu et il ne concerne pas uniquement le changement d'implantation. En effet, le déménagement constitue une opportunité pour transvaser vers une nouvelle culture de travail, plus communément appelé, le New Way of Working.

La responsabilisation du collaborateur et la flexibilité deviennent les nouvelles normes.

Pour soutenir ce changement, un nouveau règlement de travail a été proposé et il vise à offrir plus d'autonomie, de responsabilité et de souplesse dans la gestion du temps et l'organisation du travail. Il met la confiance au centre de la relation collaborateur-supérieur hiérarchique.

Le programme digitalisation apportera également une plus-value au collaborateur grâce à une simplification du 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 2020 sous le même toit mais aussi avec la même philosophie de travail.

**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.

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<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2020**, 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 2019-2020, 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 9. Évaluation, précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables.**

Le présent article concerne la poursuite des volets 1 & 3 repris sous l'article 11 du 5<sup>e</sup> Contrat d'administration. Il concrétise la suite du travail d'étude effectué précédemment dans le cadre de l'automatisation de l'intervention majorée et une nouvelle initiative de suivi et d'évaluation en matière de tiers-payant.

#### **Description**

Il s'agit de préciser et d'optimiser certaines mesures d'accessibilité et, ce faisant, de procéder à une évaluation devant permettre d'adapter la réglementation en vue de renforcer les initiatives visant à améliorer l'accès aux soins pour les groupes de population vulnérables. Les aspects suivants seront abordés :

- automatisation et optimisation dans le cadre de l'intervention majorée ;
- évaluation du régime du tiers-payant ;

#### **Cadre**

Réglementer, informer, contrôler

#### **Axes**

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

#### **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 précédentes issues de contrats d'administration précédents que le Service des soins de santé et le Service du contrôle administratif ont prises afin d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes de population vulnérables. L'article 11 du 5<sup>e</sup> Contrat d'administration comprend un volet largement consacré aux différents aspects liés à l'accessibilité :

- automatisation dans le cadre de l'intervention majorée ;
- évaluation du statut affection chronique ;
- évaluation du régime du tiers-payant social obligatoire ;
- réforme des flux de données relatifs au « maximum à facturer » ;
- initiative dans le cadre de la transparence financière ;
- initiatives en vue de réduire la fracture sanitaire.

Le présent Avenant aborde plus en détail deux piliers essentiels de l'accessibilité financière au sein de l'assurance soins de santé obligatoire : l'intervention majorée et le régime du tiers-payant (voir ci-dessous partie 1 et partie 2).

Outre l'optimisation des mesures d'accessibilité sociale pour les groupes vulnérables, une réflexion fondamentale sera lancée dans les prochaines années 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.

Pour parvenir à une réforme profonde et holistique des règles d'assurabilité, le Groupe de travail Assurabilité effectuera une étude de faisabilité et une analyse d'impact préparatoires (concernant les aspects techniques et juridico-administratifs) portant sur les quatre sous-chantiers prioritaires suivants :

- Prolongation du droit aux soins de santé : vu la complexité de la réglementation et les différences d'application entre les mutualités, une simplification de la réglementation s'impose quant à la prolongation des droits en vue d'une application uniforme de cette réglementation.
- Statut de la personne à charge : affiner les règles concernant le statut actuel de la personne à charge en vue de la simplification, de la clarté et de l'uniformisation et compte tenu de la société et du contexte actuels.
- Cotisations personnelles : élaborer un calcul simplifié et équitable des cotisations personnelles.
- Qualités : évaluer de quelle manière une diminution du nombre de qualités peut contribuer à la simplification du système d'assurabilité.

Sur la base des constatations faites et des pistes de réforme découlant de cette phase d'étude préparatoire, des engagements concrets pourront être pris dans le prochain Contrat d'administration afin de réduire la complexité de la réglementation de l'assurabilité et d'entreprendre des démarches pour un ensemble de règles d'assurabilité plus cohérent permettant un traitement des bénéficiaires équitable, transparent et uniforme. Par ailleurs, ces réformes permettront une simplification administrative générale pour tous les intéressés : les assurés sociaux, les OA et l'administration.

**Partie 1 : affinement des critères d'octroi de l'intervention majorée (IM) dans le but d'automatiser davantage le ciblage des bénéficiaires vulnérables pour l'IM et de mettre sur pied une enquête sur les revenus IM plus efficace et légitime.**

Le précédent Contrat d'administration fut l'occasion de livrer deux études, qui ont servi à présenter des mesures d'adaptation susceptibles de contribuer à l'automatisation de l'octroi de l'intervention majorée aux bénéficiaires potentiels. Ces deux études sont d'abord, l'étude comparative « best practices » pour l'octroi d'autres avantages sociaux liés aux revenus (5<sup>e</sup> CA – Art. 11.2). Et ensuite, le rapport d'évaluation de la détection proactive des bénéficiaires IM, un flux de données mis sur pied dans le cadre du 4<sup>e</sup> CA et mis en production en 2015 (5<sup>e</sup> CA – Art. 11.1).

Le dernier rapport semestriel du 5<sup>e</sup> Contrat d'administration a reformulé et rassemblé les actions-engagements 3 & 4 de l'article 11 non encore exécutées. Objectif poursuivi : intégrer dans la proposition finale de poursuite de l'automatisation de l'IM, dans un même exercice, de nouvelles pistes qui étaient principalement liées à l'affinement et à l'uniformisation de l'enquête actuelle sur les revenus qui sert à l'octroi du droit à l'IM.

L'exécution concrète de cette nouvelle action-engagement s'articulera autour de deux volets.

## Volet 1 : lutte contre le « non take-up » (non-recours aux droits)

L'intervention majorée constitue une mesure sociale essentielle, non seulement destinée à garantir des soins de santé accessibles pour les assurés sociaux en matière de remboursement plus élevé des frais médicaux, d'accès au maximum à facturer social et d'utilisation du régime du tiers-payant, mais également parce que l'IM donne accès à une série de droits dérivés en dehors des soins de santé. Nombre d'autres avantages sociaux - téléphonie à tarif social, réductions sur le prix des transports en commun, chèques taxi, etc. - sont octroyés sur la base du bénéfice de l'intervention majorée. Le bénéfice ou non de l'IM a donc un impact important sur les capacités financières d'un assuré social et de son ménage.

Aujourd'hui, le droit à l'IM est octroyé sur la base de deux principes différents.

1. **Octroi automatique du droit** à l'intervention majorée.  
Pour certains groupes cibles qui ont un statut très vulnérable, le droit à l'IM est ouvert automatiquement. Ce sont entre autres les personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration, de la garantie de revenus aux personnes âgées ou encore les orphelins et les personnes handicapées. Ces groupes ont déjà été soumis à une enquête sociale par une autre instance (le CPAS par exemple).
2. Octroi du droit à l'intervention majorée **après une enquête sur les revenus**. Il s'agit d'un groupe de bénéficiaires potentiels pour lesquels les droits ne sont pas activés automatiquement. Ces groupes cibles doivent, de leur propre initiative, introduire une demande auprès de leur mutualité et remplir une série de formalités administratives, parmi lesquelles l'introduction d'une déclaration sur l'honneur et la présentation d'un certain nombre de justificatifs en ce qui concerne les revenus (entre autres le dernier avertissement-extrait de rôle et/ou la dernière fiche de salaire,...).

C'est précisément dans ces derniers profils de risques moins clairement délimités de fragilité sociale (entre autres les familles monoparentales, les chômeurs, les personnes vivant avec une indemnité de maladie ou d'invalidité), qu'il est possible qu'un certain nombre de bénéficiaires potentiels n'arrivent pas à bénéficier effectivement de l'intervention majorée. Le « non take-up » des droits sociaux est généralement causé par des seuils socio-administratifs trop élevés, comme en l'occurrence le fait que ces personnes ignorent l'existence de l'intervention majorée et/ou n'y sont pas sensibilisées.

En 2015, au sein de l'INAMI, à travers la procédure du flux proactif, une première initiative importante a été mise sur pied dans la lutte contre le « non take-up » dans le cadre de l'IM. Les bénéficiaires potentiels sont détectés proactivement sur la base d'un échange de données relatif aux revenus du ménage connu entre les mutualités, le SPF Finances, l'INAMI et la Banque-carrefour de la sécurité sociale. Les ménages dont les revenus fiscaux sont inférieurs au plafond pour bénéficier de l'IM sont contactés par leur mutualité en vue d'introduire une demande pour l'IM.

Le rapport qui évalue les effets de cette action ciblée par les mutualités (cf. 5<sup>e</sup> CA, article 11.1), n'était pas encore disponible au moment de la rédaction du présent article. Les enseignements qui pourront être retirés de cet exercice seront traduits dans le cadre du présent Avenant en actions concrètes dans le but, entre autres, de simplifier autant que possible les modalités de demande de l'IM.

Les formalités administratives complexes ont déjà été abordées dans le rapport « best practices » comme étant un des obstacles importants induisant au « non take-up ». La procédure actuelle prévoit certainement une marge pour simplifier les démarches administratives que doit entreprendre l'assuré social pour obtenir le droit à l'IM et ce, sans intervention ni adaptation majeure des flux de données actuels. Ces quick-wins peuvent également entraîner dans la pratique une plus grande automatisation de l'octroi de l'IM.

Dans la lignée du flux proactif actuel, une réflexion peut être entamée sur des mesures d'encouragement et d'accessibilité similaires ou à une forme intermédiaire d'automatisation. Dans ce domaine, un rôle

proactif plus important est en tout cas dévolu aux mutualités. L'exploitation davantage ciblée des données et des indicateurs des assurés sociaux dont les mutualités disposent déjà actuellement constitue une piste possible pour poursuivre la recherche dans ce cadre. Ensuite, il est question d'élargir effectivement leur accès à de nouvelles bases de données qui, mises en commun, peuvent livrer des informations éclairantes sur les capacités financières générales des assurés sociaux.

## **Volet 2 : affinement des critères d'octroi de l'IM en vue de l'utilisation plus efficace et justifiée des moyens alloués dans le cadre de l'intervention majorée.**

Lors de l'enquête sur les revenus réalisée dans le cadre de l'octroi de l'intervention majorée, il a expressément été convenu de tenir compte de la situation financière globale des bénéficiaires, à savoir de tous les types de revenus d'une personne ou d'un ménage, parce que cette mesure est destinée précisément aux bénéficiaires se trouvant dans une situation financière très précaire.

Tant à la Cellule stratégique qu'au niveau des organismes assureurs, il existe déjà une base pour vérifier dans quelle mesure nous pouvons compléter l'enquête sur les revenus actuelle pour l'octroi de l'IM avec des éléments de patrimoine, de façon à prendre davantage en considération le patrimoine immobilier pour pouvoir évaluer correctement la situation financière d'un ménage. Pour autant que certaines bases de données permettent un accès au cadastre, cela pourrait avoir lieu automatiquement (et donc sans l'intervention du bénéficiaire). Cela évitera, entre autres, d'accorder l'IM à des rentiers de façon illégitime.

La conversion en une enquête sur les revenus IM plus légitime agit à trois niveaux.

L'affinement et l'automatisation des critères d'octroi peuvent, en un seul mouvement, contribuer à un meilleur take-up par les bénéficiaires ainsi qu'à un octroi du droit à l'IM plus efficace et pertinent.

En outre, cet instrument - qui combine à la fois des éléments de revenus et de patrimoine - pourrait également être utilisé pour déterminer les cotisations personnelles comme résident et pour les plafonds salariaux des personnes à charge (PàC). L'instauration d'une seule enquête sur les revenus uniforme entraînera par ailleurs des simplifications de processus et la réalisation de gains d'efficacité pour les OA.

Le présent Avenant vise à optimiser et à affiner les procédures existantes en vigueur dans le cadre de l'intervention majorée et devant conduire à une plus grande automatisation de l'octroi. Il n'a pas été prévu de procéder à une révision complète du système existant et des flux de données qui y sont associés dans le délai du présent Avenant.

Concrètement, en étroite collaboration avec les OA, l'INAMI souhaite formuler, pour le 31 décembre 2020 au plus tard, une proposition cohérente au GTA, proposition comportant des actions très tangibles 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 ;
- de formuler des initiatives qui doivent rendre l'enquête sur les revenus IM plus efficace et légitime, et qui doivent éventuellement permettre de l'appliquer également pour la détermination des cotisations comme résident et pour les conditions de revenus des PàC. Ces initiatives entraîneront dans un même mouvement une simplification administrative et une uniformisation.

## **Partie 2 : évaluation du régime du tiers-payant**

Dans le cadre du précédent Contrat d'administration (5<sup>e</sup> CA, article 11.7), l'INAMI a dressé un rapport dans lequel le régime du tiers-payant a fait l'objet d'une évaluation approfondie en tant que mesure d'accessibilité financière aux soins de santé. L'objectif de ce rapport d'évaluation était triple.

**Tout d'abord**, pour la première fois, la mesure dans laquelle les médecins généralistes respectaient l'obligation d'application du tiers-payant pour certaines prestations de santé qu'ils dispensent aux bénéficiaires de l'intervention majorée a été évaluée sur les plans qualitatif et quantitatif.

**Ensuite**, on a vérifié si l'application obligatoire du régime du tiers-payant devait être élargie à d'autres catégories de bénéficiaires.

**Enfin**, la réforme du régime du tiers-payant a fait l'objet d'une évaluation, comme le prévoit l'arrêté royal du 18 septembre 2015 remplaçant l'AR du 10 octobre 1986 relatif au régime du tiers-payant.

Le rapport d'évaluation du régime du tiers-payant a été présenté début 2018 à la Commission nationale médico-mutualiste et au Comité de l'assurance. Cette évaluation a également tenu compte des observations de l'AIM, de l'Observatoire des maladies chroniques et des organisations de patients.

Les conclusions majeures de ce rapport sont détaillées ci-dessous.

- En ce qui **concerne le degré d'application** même, les chiffres du monitoring réalisé par l'AIM ont montré que le régime du tiers-payant social obligatoire a été correctement intégré un an et trois trimestres après avoir été instauré. Au cours du deuxième trimestre 2017, pratiquement 9 consultations IM sur 10 ont été facturées en tiers-payant. En outre, un effet positif sur l'accessibilité des consultations chez le médecin généraliste est clairement perceptible.
- En ce qui concerne l'opportunité d'étendre l'application obligatoire du régime du tiers-payant obligatoire chez le médecin généraliste à d'autres groupes vulnérables, deux groupes cibles ont été identifiés. Tout d'abord, les bénéficiaires du **statut affection chronique**, étant donné que ce groupe de patients connaîtra des dépenses élevées en matière de soins de santé. Ensuite, les **enfants mineurs d'âge**, afin d'éviter qu'ils ne dépendent des capacités financières de leurs parents pour pouvoir bénéficier des soins de santé de première ligne.
- Il a également été constaté que le régime du tiers-payant, **à la suite de l'arrêté royal du 18 septembre 2015**, a été réformé en un régime harmonieux que chaque dispensateur de soins peut appliquer sans formalité préalable, peu importe son statut de conventionnement.

Malgré les importantes modifications apportées ces dernières années à la suite de cette réforme, le terrain (entre autres la CNMM, le Comité de l'assurance, les organisations de patients, le CIN) persiste dans sa demande de continuer à simplifier le régime du tiers-payant dans son intégralité. En outre, un débat s'ouvre pour rompre progressivement l'interdiction de principe d'application du régime du tiers-payant. Cette tendance découle essentiellement des évolutions numériques et sociales de ces dernières années, qui offrent une ouverture pour assouplir les modalités d'application actuelles du régime du tiers-payant. L'interdiction a été maintenue d'abord par crainte d'assister à une augmentation des cas possibles de fraude et de surconsommation en raison d'un effet d'augmentation trop importante de l'accessibilité. Maintenant que la lecture obligatoire de l'eID est une réalité pour les praticiens de l'art infirmier et qu'elle sera déployée progressivement dans tous les secteurs qui appliquent déjà la facturation électronique, on peut se poser la question de savoir si ce risque est encore bien réel dans un avenir proche. Poursuivre l'évaluation permet de mieux faire correspondre le système actuel du régime du tiers-payant aux besoins et aux nouvelles réalités du terrain.

En premier lieu, le présent Avenant entend agir sur la continuité en matière de suivi du régime du tiers-payant social obligatoire. Ainsi, il a déjà été convenu avec l'AIM de poursuivre le monitoring de l'application du régime du tiers-payant social obligatoire dans des rapports de suivi périodiques.

En même temps, l'Avenant entend suivre au plus près toutes ces questions et intervenir sur les évolutions numériques (actuelles et planifiées) ainsi que sur les pratiques en vigueur et les difficultés présentes sur le terrain, afin de formuler des propositions d'amélioration qui doivent entraîner une réflexion approfondie sur la faisabilité pratique du système actuel.

## Liste des actions-engagements

**Partie 1 : affinement des critères d'octroi de l'intervention majorée (IM) dans le but d'automatiser davantage le ciblage des bénéficiaires vulnérables pour l'IM et de mettre sur pied une enquête sur les revenus IM plus efficace et légitime.**

1. Sur base des instruments fournis par les études précédentes relatives à l'intervention majorée, soumettre une proposition au groupe de travail Assurabilité afin d'affiner les critères d'octroi de l'IM, proposition qui doit conduire d'une part à une plus grande automatisation et d'autre part à un investissement en moyens plus efficace et légitime. Date limite : 31/12/2020.

## **Partie 2 : évaluation du régime du tiers-payant**

2. La présentation annuelle à la CNMM et au Comité de l'assurance d'un rapport d'évaluation relatif à l'application du régime du tiers-payant dans sa globalité en attirant l'attention sur la détection des évolutions actuelles et des difficultés de terrain liées à l'utilisation (obligatoire) du régime du tiers-payant et à l'interdiction du régime du tiers-payant, en vue de formuler des propositions d'amélioration comme première approche et piste réflexion pour une simplification future de la réglementation relative au tiers-payant. Dates limites : 31/12/2019, 31/12/2020.

## 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)
- Diminution de la charge de travail administratif pour les dispensateurs de soins (régime du tiers-payant)

## Facteurs externes

- Collaboration et interaction avec des partenaires externes (organismes assureurs, AIM, dispensateurs de soins, l'Observatoire, le SPF Finances, la BCSS, etc.).

## **Article 10. Création de la «Plateforme pour les associations de patients».**

Le présent article vise la concrétisation 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 à l'INAMI (cfr. 5<sup>ème</sup> 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. Cette plateforme de concertation a pour but de créer un dialogue mutuel et direct avec les associations de patients et l'INAMI, de manière structurelle et dans tous les domaines des soins de santé, afin de mieux capter et comprendre la vision des patients.

## **Cadre**

Informier, conseiller, attribuer, réglementer, organiser.

## **Axes**

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

## **Contexte**

Dans le précédent contrat d'administration, il a été demandé à l'INAMI de formuler une proposition à propos de 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<sup>ème</sup> CA Article 16, Volet 5).

Le résultat provisoire de cette étude était de supprimer l'Observatoire des maladies chroniques et ses sections sous leur forme actuelle, vu que la réflexion en matière de besoins de soins pour les malades chroniques dépasse les compétences purement fédérales et tout particulièrement celles de l'INAMI.

Compte tenu de la réforme de l'Observatoire qui se prépare, la voix du patient via les associations coordinatrices des patients ne pourra plus être entendue à l'intérieur des murs de l'INAMI. C'est pourquoi l'INAMI, en collaboration avec les structures coordinatrices des organisations de patients, décide de créer une « Plateforme pour les associations de patients » au sein des structures de concertation et de gestion existantes à l'INAMI.

Outre la réforme proposée de la structure de concertation actuelle, il y a encore d'autres motifs/éléments qui poussent à la création d'un organe étendu de concertation à l'INAMI qui a la tâche de gérer, contrôler et renforcer de manière structurelle les relations avec 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) et le Fonds des accidents médicaux (FAM) 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 en juin 2017 pour garantir à l'avenir leur voix consultative au sein de l'INAMI. Cette note de vision comprend une série de propositions intéressantes sur le fonctionnement et l'organisation, qui servent de point de départ pour la suite de la réflexion sur la création de la future plateforme. Vous trouverez ci-dessous quelques pistes de réflexion possibles sur la responsabilité, les rôles et la composition :

- La mission de la « Plateforme pour les associations de patients » est de faire connaître les besoins des groupes de patients identifiés dans les organisations ;
- La plateforme transversale fonctionne comme un organe d'avis sous la supervision de l'administrateur général ou de son délégué. La plateforme de patients peut émettre des avis de sa propre initiative ou sur demande dans le contexte de la détermination des besoins de soins des patients ;
- La responsabilité finale incombe au Comité général de gestion de l'INAMI ;
- La désignation d'un SPOC ou d'un point de contact unique au sein de l'INAMI (cf. « Référant Patient ») pour gérer les relations avec le paysage fragmenté des associations et organisations de patients.
- La nouvelle plateforme serait composée des membres des associations de patients. Leur participation effective changerait en fonction des thèmes traités et de l'expertise exigée. L'INAMI serait représenté par l'administrateur général, les directeurs généraux des services et leurs experts et par une cellule d'appui pour le support administratif.

La création de la « Plateforme pour les associations de patients » dans le cadre de cet Avenant se concrétisera en deux phases :

- Dans une première phase, une note de réorientation sera rédigée d'ici fin 2019 qui fera office de plan pour les futures relations avec les associations de patients et qui fixera clairement le cadre réglementaire et les modalités. Il alimentera concrètement tous les aspects organisationnels et réglementaires qui vont de pair avec la création de ce nouvel organe de concertation. Tous les acteurs-clés, tant internes qu'externes, seront entendus à ce sujet.
- Dans une seconde phase, et moyennant l'approbation de cette note, on procédera à l'opérationnalisation effective de la plateforme et cette nouvelle structure de concertation sera ancrée au sein des structures existantes de l'INAMI.

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 aura lieu après la modification du cadre réglementaire de l'AMI et du transfert total des compétences de la section consultative de l'Observatoire en matière de concertation avec les associations de patients.

### **Liste des actions-engagements**

1. La rédaction d'une note d'orientation qui donnera une forme structurelle aux futures relations et contacts avec les associations de patients et qui fera office de projet pour l'opérationnalisation de la nouvelle plateforme de concertation à l'INAMI avec les organisations de patients qui gère tous les thèmes et domaines au sein des soins de santé. Date limite : 31/12/2019.
2. L'opérationnalisation de 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 coupoles d'organisations 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.

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

### **Article 11. Offrir un soutien aux stakeholders dans le cadre de la mise en œuvre du concept « DISABILITY MANAGEMENT » en tant que méthodologie de réinsertion.**

Le présent article se fonde, d'une part, sur l'article 19 (action-engagement 3) du CA de 2016-2017 portant sur la « mise au point d'une formation en matière de disability management ». Il s'agit, d'autre part, d'un nouveau projet car ses objectifs et les actions-engagements qui s'y rapportent sont, dans une large mesure, nouveaux.

#### **Description**

Depuis 2016, le Service des indemnités organise chaque année la formation de disability management en collaboration avec un consortium multidisciplinaire de formateurs. Les évaluations témoignent de la valeur ajoutée de cette formation pour les participants. En revanche, il apparaît que ces derniers ont besoin d'aide pour mettre en pratique ce qu'ils ont appris. En outre, les participants diplômés ayant réussi leur examen (participation volontaire) reçoivent un certificat valable en principe pendant un an. C'est pourquoi le Service des indemnités développera un système de recertification correspondant à la situation spécifique des participants.

À cette fin, le présent article a trois objectifs :

- poursuivre l'organisation de la formation de disability management ;
- soutenir les participants dans la mise en pratique de ce qu'ils ont appris ;
- élaborer un système valide de recertification.

#### **Cadre**

Soutenir, conseiller, informer, innover.

#### **Axes**

- Innovation dans l'assurance indemnités
- Optimalisation de la prestation des services (réinsertion professionnelle).

#### **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 décroché. En vue d'organiser la formation, le Service des indemnités a conclu un contrat avec un consortium multidisciplinaire de formateurs. À l'origine, le contrat couvrait une période de trois ans, mais vu l'importance de poursuivre l'organisation de la formation, il faut bien entendu le prolonger. Durant la première édition, 56 personnes ont pris part à la formation. Lors de la deuxième année, nous avons

accueilli 63 personnes. Le troisième cycle quant à lui est suivi par 66 personnes. À la mi-2018, 30 personnes étaient déjà inscrites sur la liste d'attente pour la session qui débutera en septembre-octobre 2019.

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 en matière de « disability management » pour maintenir à jour ses compétences. Le Service des indemnités de l'INAMI doit développer un système de recertification qui est non seulement réalisable pour le titulaire de la certification, mais qui garantit aussi la qualité des certificats délivrés. Il sera procédé à la recertification une fois que le titulaire du certificat a prouvé qu'il a continué à développer son expérience pratique et qu'il a participé à des activités améliorant son expertise dans les domaines suivants :

- formation, formation continue, recherche ;
- concertation intercollégiale ;
- professionnalisation du groupe professionnel ;

Ce système sera détaillé dans le cadre de l'avenant. Le Service souhaite faciliter la possibilité d'obtenir ces critères en organisant aussi lui-même une formation continue qui sera prise en compte.

Toutefois, le Service souhaite aller au-delà de la simple organisation de la formation et de la (re)certification. Pour ce faire, il se base sur le feed-back qu'il a reçu au cours des dernières années de personnes ayant suivi la formation. Afin d'augmenter les chances de réussite de la réinsertion socioprofessionnelle, l'INAMI souhaite investir davantage dans l'accompagnement des divers acteurs concernés (médecins-conseils, paramédicaux travaillant au sein de l'équipe des médecins-conseils, dispensateurs d'aide du secteur traitant, personnel HRM, employeurs, coachs professionnels, etc.). À cette fin, le Service des indemnités souhaite suivre diverses pistes basées sur les évaluations qu'il a effectuées ces dernières années du format actuel de la formation (questionnaires après chaque leçon, groupes de réflexion avec des participants, mémoire universitaire spécifique sur la formation). Les évaluations ont surtout montré que les participants ont des difficultés à mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Ils n'ont pas la capacité ni parfois l'occasion de concrétiser ce qu'ils ont appris. Les pistes mises en avant par le Service en vue de soutenir les participants sont les suivantes :

- le Service souhaite organiser des rencontres avec les personnes qui ont obtenu la certification (professionnels DM). Les objectifs de ces rencontres et l'ordre du jour annuel seront fixés de manière formelle dans un document. Pour le Service, il importe que les participants aient l'occasion de discuter avec les autres de leurs 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, de contribuer à la politique.
- l'insertion d'une forme de stage dans la formation pourrait y répondre (partiellement). Le Service des indemnités effectuera à cet égard une étude de faisabilité dont les résultats feront l'objet d'une discussion avec les formateurs et soumettra ensuite une proposition révisée aux professionnels DM. Le Service examinera ensuite les étapes à prévoir pour intégrer de manière effective ce stage à la formation.
- En outre, le Service souhaite examiner s'il est possible que les participants soient soutenus sur le terrain par un autre (ancien) participant ayant plus d'expérience professionnelle. Il soumettra à cette fin une première analyse avec une proposition aux professionnels DM. Une fois ce premier avis adapté, le Service informera les participants de la façon dont il sera possible de développer ce soutien. La mise en œuvre de cette proposition dépendra en fin de compte des participants (et, pour plusieurs d'entre eux, de leur employeur).

### **Liste des actions-engagements**

1. Poursuivre l'organisation de la formation et prolonger l'accord de coopération conclu avec le consortium de formateurs. Date limite: prolongement de l'accord de coopération actuel: 30/06/2019. Organiser la quatrième année de la formation: 31/10/2019 et ensuite annuellement: 31/10/2020.
2. Développer un système de recertification et procéder à sa révision annuelle en se basant sur le feed-back des participants. Date limite: 01/06/2019. Ensuite révision annuelle: 01/06/2020.
3. Organiser des rencontres avec les personnes qui ont obtenu leur certificat (= professionnels DM). On élabore un document reprenant les objectifs de ces rencontres, le planning pour l'année à venir ainsi qu'un règlement d'ordre intérieur. Date limite: 01/06/2019. Ensuite, élaboration annuelle d'un ordre du jour pour l'année à venir: 01/06/2020.
4. Le Service organise au moins une fois par an une formation continue pour tous les personnes ayant suivi la formation au cours des dernières années. Cette formation entre en ligne de compte pour la recertification. Dates limites: 31/12/2019, 31/12/2020.
5. Le Service effectue une étude de faisabilité sur la possibilité d'intégrer un stage à la formation. Il soumettra cette proposition au consortium de formateurs. La proposition sera ensuite adaptée le cas échéant et soumise aux professionnels DM. Date limite: proposition pour le consortium: 31/12/2019. Proposition pour les professionnels DM: 30/06/2020.
6. Le Service analysera la possibilité que des anciens participants ayant plus d'expérience soutiennent les nouveaux ou ceux qui viennent d'achever leur formation. Cette proposition sera soumise aux professionnels DM et adaptée en fonction de leur feed-back. Date limite: proposition pour les professionnels DM: 30/06/2020.

### **Effets attendus**

- Pour les anciens participants, rencontrer de façon permanente des personnes qui comme eux travaillent dans le domaine de la réintégration est une valeur ajoutée ;
- 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 12. Développer des directives pour une approche multidisciplinaire des dossiers d'évaluation d'incapacité de travail et de réinsertion.**

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

### **Description**

Ce projet vise l'optimisation du processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail et d'invalidité, et 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**

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

### **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 se limite au développement d'une vision sur le travail multidisciplinaire au sein des organismes assureurs et l'élaboration des directives susvisées.

### **Liste des actions-engagements**

1. Dans le cadre du Centre d'expertise Incapacité de travail : la création d'un groupe de travail qui développera une proposition de vision en matière de travail multidisciplinaire au sein des organismes assureurs, et rédigera une proposition de directives. Le groupe de travail soumettra son avis à la CSCMI. Date limite : 30/06/2020
2. Dans le cadre de la CSCMI : l'approbation de l'avis du Centre d'expertise Incapacité de travail au sujet de cette vision et de ces directives. Date limite : X + 6 mois, où X = la date à laquelle l'avis du Centre d'expertise Incapacité de travail est soumis à la CSCMI (comme fixé dans l'Action-engagement 1).
3. 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 Incapacité de travail. Date limite : X + 4 mois, où X = la date de l'approbation de l'avis du Centre d'expertise Incapacité de travail par la CSCMI (comme fixé dans l'Action-engagement 2).

### **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, ...)
- Utilisation optimale des moyens de l'assurance indemnités.
- Offrir une solution à la pénurie de médecins-conseils par une délégation optimale des tâches.

### **Facteurs externes**

- Collaboration avec les organismes assureurs.

## **Article 13. eDos – Extension de l'informatisation de la gestion des dossiers au sein du SECM assortie d'une offre de eServices pour des tiers.**

Le présent article consiste en la poursuite du projet d'informatisation des dossiers du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux déjà repris dans l'article 22 du Contrat d'administration 2013-2015 et l'article 32 du Contrat d'administration 2016-2018.

## **Description**

La poursuite du projet de digitalisation des processus métiers du SECM et la mise à disposition électronique d'informations pour des tiers au service, internes ou externes à l'INAMI.

## **Cadre**

Evaluation et contrôle, récupération, information.

## **Axes principaux**

- Amélioration et informatisation du processus
- Consultation et échanges électronique de documents
- Contribuer à la maîtrise des dépenses SSI

## **Contexte**

Comme indiqué dans les deux précédents contrats d'administration, d'importants investissements ont été effectués au Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux en vue d'y informatiser les processus.

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008, de l'Avenant 2009 et du Contrat d'administration 2010-2012, le SECM a en effet investi dans le développement d'un système informatique intégré – intitulé FlowDos – destiné à la gestion et au suivi des dossiers. Ceci a permis une modernisation du fonctionnement du service sur le plan de la gestion de ces dossiers et du reporting sur son déroulement et les résultats qui en découlent.

Au cours du Contrat d'administration suivant, le service a préparé le transfert du système FlowDos vers un tout nouveau système de gestion de dossiers conforme aux développements du système électronique intégré de gestion de dossiers au niveau de l'INAMI et au trajet de réorganisation du SECM de 2015. L'analyse, le développement et la mise en place de ce nouveau système, dénommé eDos, s'est prolongée tout au long du Contrat d'administration 2016-2018.

Interagissant avec des applications transversales à l'INAMI telles que « Contacts » ou « Inbound Outbound Communication (IOC) », il a remplacé FlowDos en 2018 mais également d'autres applications de gestion de courrier et sera utilisé par l'ensemble du service pour les dossiers de contrôle, d'expertise, d'information mais aussi pour les dossiers juridiques, filtre, RH, de soutien administratif ou de management.

Outre la gestion des dossiers et de la correspondance, il facilitera notamment le travail collaboratif et permettra la notification de tâches, le log des accès, la planification du temps et l'enregistrement des activités en rapport avec les dossiers, la gestion des réunions, l'archivage opérationnel et légal des documents, le reporting et le remplacement des dossiers papiers par des dossiers électroniques.

Au cours du présent avenant, les objectifs sont de développer sur cette base la communication et l'échange de documents par voie électronique sécurisée avec les citoyens et intervenants dans les dossiers du SECM. Ce développement de eServices concerne particulièrement l'envoi de copies de procès-verbaux d'audition ou la notification de procès-verbaux de constat, de conclusions, les réponses à celles-ci et de décisions. Le but est également de permettre la consultation par voie électronique sécurisée des pièces des dossiers de contrôle poursuivis devant le Fonctionnaire-dirigeant, la Chambre de première instance et

la Chambre de recours, voire même, le cas échéant, la transmission électronique sécurisée des pièces du dossier au Conseil d'Etat.

### **Liste des actions-engagements**

1. Développer un eService permettant la consultation par voie électronique sécurisée les pièces d'un dossier par des tiers au SECM et ce, au sein de l'INAMI ou à distance pendant le temps de la procédure. Date limite : 31/12/2019
2. Développer un eService permettant l'échange par voie électronique sécurisée de documents avec des tiers. Date limite : 31/12/2019
3. Développer un eService permettant l'envoi par voie électronique officielle (IOC) et sécurisée de décisions (ou autres documents) au sein de l'INAMI ou vers d'autres organismes/institutions. Date limite : 31/12/2019

### **Effets attendus**

- Modernisation des processus administratif
- Diminution de la consommation, la manipulation et l'archivage papier
- Processus de travail paperless y compris pour les échanges avec des tiers au SECM

## **Article 14. Poursuite du développement BeNeLuxA, spécifiquement de l'initiative internationale «Horizon Scanning».**

Cet article concerne la poursuite d'initiatives déjà prises précédemment sous l'article 23 du 5<sup>ème</sup> contrat d'administration 2016-2018.

### **Description**

Cet article concerne la poursuite de l'ancrage et du renforcement de l'accord BeNeLuxA existant, une initiative de coopération internationale entre les autorités de remboursement respectives en vue d'assurer une accessibilité durable aux médicaments innovants pour le patient.

### **Cadre**

Informier, conseiller.

### **Lignes de forces**

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

### **Contexte**

Cet article fait référence aux développements ultérieurs et aux travaux qui ont été formellement entamés avec l'accord appelé NEBEL entre la Belgique et les Pays-Bas (cf. 5<sup>e</sup> CA - Article 23 + Pacte d'avenir pour le patient - Article 22). En 2015, les ministres compétents belges et hollandais ont signé une déclaration d'intention pour une coopération approfondie dans le domaine de la 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 successivement. Depuis juin 2018, l'Irlande fait également partie de l'initiative de collaboration, rebaptisée BeNeLuxA.

La collaboration internationale entre les autorités de remboursement de ces 5 pays en matière de remboursement des médicaments, vise à contribuer à un accès abordable et plus rapide aux médicaments innovants pour les patients. Outre le contrôle des prix des médicaments, cette collaboration vise également 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 collaboration à d'autres États membres reste une priorité à l'ordre du jour. En effet, un regroupement international présente des avantages tant pour le fabricant pharmaceutique (accès à un marché plus vaste pour les patients) que pour le patient (meilleure accessibilité à des médicaments coûteux et innovants).

Outre les médicaments orphelins, les médicaments prioritaires éligibles à cette collaboration internationale sont ceux qui ont un impact important sur le budget et/ou qui répondent à un besoin médical important.

En outre, **quatre domaines de travail** ont été identifiés où la collaboration collective peut faire une différence significative en termes d'amélioration de l'accès des patients aux médicaments innovants. Ces domaines ont déjà été initiés au cours de la période du contrat d'administration précédent et sont encore brièvement expliqués ici.<sup>1</sup>

## 1. Horizon Scanning 2.0 (IHSI)

Horizon Scanning vise à détecter les produits pharmaceutiques innovants à un stade précoce avant leur lancement sur le marché. Cela permet non seulement de mieux évaluer l'impact futur sur le budget national des soins de santé, mais aussi de prendre plus rapidement des décisions sur 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 d'expertise des soins de santé (KCE) a élaboré une méthodologie pour l'exécution des « Horizon Scans » internationaux contrôlés de façon centralisée. Au sein du groupe BeNeLuxA et sous l'impulsion de l'INAMI, le cadre juridique-organisationnel est entre-temps en cours de perfectionnement.

Récemment, l'initiative « Joint Horizon Scanning » a été élargie à l'« International Horizon Scanning Initiative (IHSI) », qui s'étend au-delà de la coalition actuelle de cinq pays. L'objectif est de mettre en place un système d'horizon scanning permanent, basé sur l'étude du KCE, avec tous les pays intéressés, indépendamment de leur adhésion à part entière au BeNeLuxA. La Belgique s'engage également à rendre opérationnel cet instrument de dépistage commun au niveau national dans le courant de l'année 2019.

## 2. Health Technology Assessment

Par « Health Technology Assessments » (HTA), on entend les études menées pour mieux comprendre la valeur thérapeutique (éventuellement ajoutée) des nouveaux médicaments, vaccins ou technologies dans le secteur de la santé. Il s'agit également d'évaluer le prix par rapport aux avantages pour la santé et à la qualité de vie que ce produit amène.

L'objectif est d'explorer et de concrétiser davantage 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

---

<sup>1</sup> Voir également Socle commun, projet de passerelle "Accès à l'innovation dans les soins de santé".

rapports d'évaluation HTA réalisés par d'autres pays et sur la rédaction conjointe des évaluations HTA. Depuis 2015, plusieurs projets-pilotes HTA ont déjà été réalisés 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.

L'objectif ultime est de parvenir à une reconnaissance mutuelle des rapports d'évaluation HTA réalisés au sein et même en dehors de la collaboration BeNeLuxA. 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 possibles pour le transfert efficace de données, d'informations et de connaissances détaillées sur les marchés pharmaceutiques, les prix des médicaments, les bonnes pratiques et l'élaboration de la politique entre les pays partenaires.

Un nouveau point de collaboration important est le développement de registres de patients transnationaux pour la collecte de données post-commercialisation. Ceux-ci devraient contribuer à la collecte et à l'échange de données probantes (« evidence-based ») sur l'efficacité d'un nouveau médicament auprès de grands groupes de patients. L'INAMI dirigera cette initiative et travaillera en étroite collaboration avec HealthData pour la création concrète de 2 registres-pilotes transnationaux, en particulier un pour la sclérose en plaques et un pour l'amyotrophie spinale.

### **4. Pricing, Reimbursement, Joint Negotiations**

Le dernier domaine de travail du BeNeLuxA regroupe les initiatives internationales concernant le prix et le remboursement des médicaments (orphelins), en ce compris les négociations contractuelles conjointes. Deux réalisations majeures sont la création d'une plate-forme d'échange d'informations stratégiques et le développement d'un processus standardisé pour des négociations contractuelles coordonnées et/ou conjointes avec l'industrie pharmaceutique.

La Belgique (contrats de type article 81) et les Pays-Bas (type arrangements financiers) ont travaillé en commun en 2017 et lancé un certain nombre de projets-pilotes concrets autour de médicaments ciblés. Ces négociations conjointes ont abouti à une première décision positive conjointe en juillet 2018. Un accord a été conclu avec le producteur sur le remboursement du médicament orphelin Spinraza® pour le traitement de l'affection rare amyotrophie spinale (SMA).

Dans le cadre de cet Avenant, 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 spécifique pour le suivi de l'implémentation de l'initiative « International Horizon Scan Initiative (IHSI) » et des registres internationaux.

#### **Liste des actions-engagements**

1. Élaboration d'un rapport annuel au Conseil général sur l'état d'avancement de l'accord de collaboration BeNeLuxA. Dates limites : 31/12/2019, 31/12/2020

#### **Effets attendus**

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

### **Facteurs externes**

- Collaboration avec des acteurs européens (essentiellement les autorités de remboursement des médicaments)
- Disponibilité des moyens RH requis.

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

### **Article 15. Poursuite de la collaboration à la réforme du financement des hôpitaux en collaboration avec nos partenaires le SPF SPSCAE et l'AFMPS.**

Le présent article constitue la poursuite du projet figurant à l'article 17 du Contrat d'administration 2016-2018.

#### **Description**

Poursuite de la collaboration de l'INAMI à l'élaboration des modules de travail en matière de réforme du financement des hôpitaux et ce, en collaboration étroite avec le SPF SPSCAE et l'AFMPS.

#### **Cadre**

Attribuer, réglementer, conseiller, informer, évaluer et contrôler

#### **Axes**

- Innover et/ou réformer les soins de santé
- Maîtriser des dépenses SSI

#### **Contexte**

Le « Plan d'approche - Réforme du financement des hôpitaux » a vu le jour sur la base conjointe d'une étude approfondie réalisée entre autres par le KCE et du travail préparatoire réalisé par le secteur hospitalier lui-même, et suite à la préférence exprimée dans l'Accord de gouvernement de 2014 pour un système de financement mixte avec un financement prospectif pour les soins standardisables. Ce plan a été soumis par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 28 avril 2015 à la Commission Santé publique. 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. Ces dernières années, on a investi de façon intensive dans l'implémentation de cette politique de réforme, et on continuera à le faire dans les prochaines années.

D'une part, la politique de réforme concerne le paysage du secteur hospitalier, dans lequel la formation de réseaux permet de réaliser une réorganisation des missions de soins. Tant le SPF SPSCAE (législation organique et programmation), que l'INAMI (e.a. les conventions) et l'AFMPS (dans le cadre de la pharmacie hospitalière) y sont impliqués. D'autre part, elle concerne les systèmes de financement des hôpitaux. Tout au long du présent Avenant, les 4 projets suivants seront élaborés dans un contexte interadministratif.

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

Dans le courant du précédent Contrat d'administration, la réglementation a été élaborée au niveau du financement prospectif de certaines activités hospitalières pour les soins à basse variabilité. Le point de départ est de prévoir un financement par pathologie sous la forme d'un montant fixe par hospitalisation, parce que l'ensemble des soins administrés/prestations

médicales réalisées est prévisible dans une large mesure et varie peu de patient à patient. Le montant est fixé préalablement sur la base de la pratique historique et est indépendant du processus de soins réel du patient individuel.

Concrètement, le nouveau système est limité dans une première phase aux honoraires pour 57 groupes de patients: dans ces cas, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les dispensateurs de soins ne seront plus payés séparément par prestation mais bien au moyen d'un honoraire groupé. L'élargissement du système aux honoraires pour d'autres groupes de pathologies et d'autres prestations médicales (p. ex. l'imagerie médicale et la biologie clinique) est prévu.

Les engagements relatifs à la collaboration que l'INAMI va débiter par l'intermédiaire du présent Avenant se situent, outre l'implémentation et l'élargissement du système, au niveau du monitoring et de l'audit. En ce qui concerne le monitoring, il s'agit par exemple de la collaboration renforcée entre les administrations, du suivi du problème des transferts, de la surveillance du risque de pénurie de soins pour les patients, du suivi des réadmissions, du suivi des durées moyennes de séjour, du nombre d'admissions, du shift entre l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour, et de l'évolution des groupes de patients et des prestations exclues. Par ailleurs, les audits médicaux sont relancés et les audits des groupes de patients concernés sont réalisés par une équipe intégrée (SPF SPSCAE, INAMI, AFMPS) (voir article 16, ainsi que Socle commun, Projet de passerelle « Surveillance fédérale et audit des hôpitaux : mise en place d'un nouveau service Audit des hôpitaux »).

Dans la première phase, le Comité de l'assurance assure le rôle de plateforme de concertation, sous la conduite de l'INAMI et du SPF SPSCAE, mais dans la phase suivante (cf. élargissement au BMF), il faudra prévoir un autre organe pour prendre ce rôle en charge.

## 2) Élargissement du système pour les soins à basse variabilité aux médicaments et autres produits de santé, ainsi qu'au budget des moyens financiers (BMF)

Tout comme pour les honoraires (voir aussi point 1), d'autres sources de financement peuvent être intégrées dans un financement par hospitalisation :

1. le budget pour les médicaments (déjà financés forfaitairement par hospitalisation). L'examen des possibilités d'élargissement à d'autres produits de santé (implants, dispositifs médicaux) doit également être poursuivi ;
2. le financement des hôpitaux de jour non chirurgicaux pour les groupes de pathologies qui sont traités tant en hôpital de jour que via une hospitalisation classique (c.-à-d. forfaits hospitalisation de jour), ainsi que le financement BMF pour les frais de fonctionnement pendant les hospitalisations classiques.

De cette façon, les différentes réformes concernant les soins à basse variabilité (c.-à-d. les points 1 et 2) débouchent sur un montant prospectif global par hospitalisation en cas de groupes de pathologies ayant besoin de soins à basse variabilité, le montant constitué d'une part des honoraires groupés et d'autre part des flux financiers intégrés pour d'autres activités hospitalières.

L'INAMI s'engage à nouveau, pendant la durée du présent Avenant, à participer activement à tous les travaux (e.a. réalisation d'analyses financières et quantitatives et préparation d'un cadre réglementaire) qui sont lancés pour attribuer correctement les budgets précités à des groupes de pathologies spécifiques au sein des soins à basse variabilité.

## 3) Stimulation du système de l'hôpital de jour

Un autre objectif de la réforme du financement des hôpitaux est la diminution du nombre de séjours hospitaliers classiques en investissant davantage dans la chirurgie de jour, qui a un meilleur rapport coût-efficacité, entre autres parce que le personnel est occupé de façon plus efficace et que l'infrastructure est utilisée de façon plus intensive.

À ce sujet aussi, le KCE a réalisé une étude (voir le rapport KCE 282As, publié en mars 2017). Ce rapport recommande entre autres de remplacer le système de financement actuel de la chirurgie de jour, qui est complexe et incohérent (financement au moyen de la « liste A », qui est dépassée), et qui constitue l'obstacle le plus important à son propre développement, par un système unique et transparent qui encourage financièrement les hospitalisations de jour. À cette fin, il est possible d'établir une nouvelle liste globale, révisable annuellement, contenant les interventions pouvant être réalisées de façon sécurisée en hôpital de jour, ainsi que le financement de ces interventions.

Suite à cette étude, la Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a demandé de faire une proposition concrète en vue d'encourager les hôpitaux de jour. L'INAMI s'engage à faire, en collaboration avec le SPF SPSCAE et le KCE, une telle proposition de système de financement alternatif, à l'implémenter et à en assurer le monitoring.

#### 4) Construction systématique du programme P4P

Le programme Pay for performance (P4P) au sein de la réforme des hôpitaux est le mécanisme qui met en lien direct la rémunération des soins dispensés avec les résultats atteints dans le domaine de la structure, du processus et/ou des indicateurs de résultat. Ce mécanisme est de plus en plus utilisé dans le monde entier comme un moyen pour améliorer et rémunérer la qualité des soins. Le 1<sup>er</sup> juillet 2018, un programme P4P a été introduit en Belgique et ce spécifiquement pour les hôpitaux généraux et universitaires : sur la base d'un set d'indicateurs fixés, la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux est évaluée et ensuite financièrement rémunérée. Le set d'indicateurs et la répartition des points seront revus chaque année.

Les engagements que prend l'INAMI dans ce cadre dans la période 2019-2020 se situent au niveau de la collaboration et du soutien à l'élaboration de la construction systématique du programme P4P, sous la coordination de la DGSS du SPF SPSCAE.

Pour situer le présent article, il est fait référence au Socle commun du présent Avenant (cf. infra). Il trouve sa place plus précisément dans le programme Passerelles auprès de « Réforme du secteur hospitalier ». En effet, toute une série de thèmes concernant cette politique de réforme sont repris dans le cadre d'une coopération structurelle avec le SPF SPSCAE et l'AFMPS.

#### **Liste des actions-engagements**

Pour les différentes parties du présent article, l'INAMI s'engage :

1. À se charger du monitoring du système pour les soins à basse variabilité en ce qui concerne les honoraires (dépenses du niveau macro : activités, forfaits...). Date limite : en permanence entre autres via les documents N mensuels à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.
2. À rédiger une note contenant l'évaluation des dispositions légales et des données en matière de quantité et de qualité par rapport au système pour les soins à basse variabilité en ce qui concerne les honoraires. Date limite : 31 décembre 2020.
3. À coordonner toutes les mesures à exécuter en ce qui concerne la stimulation du système de l'hôpital de jour, à savoir l'adaptation de l'annexe 1 de la convention entre les hôpitaux et les organismes assureurs et la rédaction d'une circulaire (INAMI), ainsi que des adaptations dans le BMF (SPF SPSCAE). Date limite : 31 décembre 2020.
4. À participer activement à la réalisation des autres parties du présent article, à savoir à la construction systématique du programme P4P, à l'élargissement du système pour les soins à basse variabilité aux médicaments et autres produits de santé, et également au BMF.

### **Effets attendus**

- Garantir des soins de santé de qualité, accessibles et abordables en optimisant et standardisant l'affectation des budgets disponibles en matière de soins.
- Utilisation optimale des moyens de l'assurance SSI.

### **Facteurs externes**

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

## **Article 16. Surveillance et audit fédéral des hôpitaux: implémentation d'un nouveau service Audit des hôpitaux.**

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

### **Description**

Créer et opérationnaliser un nouveau service «Audit des hôpitaux» sous une structure de co-gouvernance avec le SPF SPSCAE et l'AFMPS.

### **Cadre**

Réglementer, auditer, conseiller, informer, évaluer et contrôler

### **Axes**

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

### **Contexte**

Le projet « Audit des hôpitaux » trouve son origine dans la première phase (2017) du trajet «Redesign des administrations de soins de santé» (voir aussi Socle commun, Contexte stratégique) et, en particulier, dans le chantier 4 «Harmonisation et collaboration en matière d'inspection et de contrôle au sein des administrations de soins de santé fédérales». Dans la deuxième phase (2018) du trajet Redesign, le projet se poursuit dans le cadre du programme «Passerelles» (voir Socle commun, Passerelle «Surveillance fédérale et audit des hôpitaux»). Il figure, en outre, dans les Plans d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 et 2018-2020.

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.<sup>2</sup> Les trois institutions publiques concernées réaliseront ceci dans un contexte de surveillance des hôpitaux plus efficace, plus simple et plus transparent.

---

2 A l'avenir, si nécessaire, l'AFCN et les entités fédérées pourraient également être intégrées au processus d'audit (ad hoc ou structurel).

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 BMUC<sup>3</sup> 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.

Fin 2017-début 2018, l'INAMI a déjà validé l'alignement stratégique en étroite collaboration avec le SPF SPSCAE et l'AFMPS. Entre-temps, les préparations au niveau opérationnel sont en cours et, à nouveau dans le cadre d'un accord de collaboration intensive avec les partenaires précités, l'INAMI apporte une contribution particulière à la mise en œuvre conjointe des paquets de travail suivants en vue de la réalisation du projet :

- Soutien:
  - planification de la capacité des collaborateurs nécessaires et développement de leurs compétences
  - mise à disposition d'un logiciel de gestion des dossiers et du workflow
- Méthodologie : élaboration d'une méthodologie générale pour la réalisation d'audits des hôpitaux de manière efficace et transparente
- Formation : organisation de formations internes et externes pour les auditeurs afin de commencer la phase opérationnelle avec une équipe d'auditeurs compétents
- Logiciel d'audit: réalisation d'une analyse du marché par rapport au retour sur investissement des logiciels disponibles appropriés à la réalisation d'audits des hôpitaux et la mise en service de ce logiciel d'audit
- Gouvernance : création de la structure de gouvernance du processus de travail intégré du nouveau service « Audit des hôpitaux » et de la structure de co-gouvernance avoisinante
- Proof of concept (POC) : concevoir et réaliser un proof of concept du modèle d'audit développé pour les hôpitaux. À cet égard, il convient de réaliser un POC d'un sujet faisant partie des soins à basse variabilité et les remboursements correspondants.
- Aspects légaux : créer un cadre légal pour le service « Audit des hôpitaux »
- Communication : mettre en place les canaux nécessaires pour partager en temps utile toutes les informations requises avec tous les acteurs concernés

Le passage à la phase opérationnelle est prévu pour le premier semestre 2019. Une évaluation et correction des processus audit des hôpitaux suivront également dans une phase ultérieure.

---

<sup>3</sup> Belgian meaningful use criteria

### **Liste des actions-engagements**

1. 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. Date limite : 30/06/2019.
2. Elaboration et mise en place des processus audit des hôpitaux. Date limite : 30/06/2019.
3. Concertation avec le secteur, les entités fédérées et les OA sur le nouveau système. Date limite : 30/06/2019.
4. Etablissement, sur la base d'une analyse de risques, d'un plan pluriannuel 2019-2021 sur les audits à réaliser. Date limite : 31/12/2019.
5. Exécution des audits annuels dans le cadre du système de soins à basse variabilité. Date limite : 31/12/2019.
6. Réalisation des actions de personnel nécessaires en fonction des ressources libérées dans les plans de contrôle. Date limite : 31/12/2019.
7. Présentation d'un rapport annuel sur les activités réalisées, et d'un plan de travail pour l'année civile. Date limite : 31/03/2020.

### **Effets escomptés**

- Moyennant les nouveaux processus d'audit, la méthodologie d'audit et le cadre légal, contribuer à augmenter la qualité et l'efficacité des soins de santé au sein des hôpitaux dans le cadre d'une utilisation optimale des moyens de l'assurance SSI.
- Contribuer à élever l'expertise au sein d'autres services des institutions concernées.

### **Facteurs externes**

- Collaboration du SPF SPSCAE et de l'AFMPS
- Soutien par le biais du KCE, des associations scientifiques, etc.
- Disposer des moyens nécessaires: ressources humaines, logistique, logiciels de gestion et d'audit

## **Article 17. Maîtrise de l'offre et missions de soins spéciales : spine units & chirurgie complexe pour les affections de l'œsophage et du pancréas.**

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

### **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 1 centre de référence faisant partie d'un consortium d'établissements de soins.

### **Cadre**

Attribuer, réglementer, informer, conseiller

## Axes

Innover et/ou réformer les soins de santé

## Contexte

### **Partie 1 : Spine-units**

L'accord gouvernemental du 11 octobre 2014 met l'accent sur une réforme en profondeur de divers aspects de la structure de nos soins de santé. La politique est alignée sur les objectifs de santé, attachés à un calendrier budgétaire pluriannuel stable, et sur les principes de la médecine factuelle (evidence-based practice). C'est dans ce cadre que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a demandé, par lettre du 16 février 2015, au Conseil technique médical (CTM) d'élaborer des mesures structurelles afin de pouvoir entre autres maîtriser le volume de la chirurgie de la colonne vertébrale. L'objectif visé est en première instance 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. Pour ce faire, un groupe de travail ad hoc « Spine » a été créé par le CTM, en collaboration avec la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI).

Le groupe de travail Spine a proposé 4 initiatives qui doivent être considérées comme un tout, parce que c'est la seule façon de pouvoir réaliser l'objectif d'amélioration de la qualité.

- 1) Une approche uniforme des pathologies spinales en :
  - a. introduisant un modèle de triage diagnostique uniforme (un cadre conceptuel),
  - b. prévoyant un modèle organisationnel multidisciplinaire sous la forme de la création de spine-units dans tous les hôpitaux qui prennent en charge les pathologies du dos. Cela se fera 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.
- 2) Instauration de la consultation multidisciplinaire pour la colonne vertébrale obligatoire (MSC) dans certains cas.
- 3) Mise en production d'un registre obligatoire, qui comprend le suivi des patients (pour une liste limitative d'interventions) (cf. Spine Tango, le registre spine (inter)national).
- 4) Révision de la nomenclature relative à la chirurgie de la colonne vertébrale, où les prestations de chirurgie dorsale sont intégrées dans un chapitre distinct et seront accessibles tant pour les chirurgiens orthopédiques que pour les neurochirurgiens.

Dans sa première phase, ce projet vise principalement l'initiative relative aux spine-units, et plus précisément la rédaction et l'implémentation des critères relatifs à leur fonctionnement. La date d'entrée en vigueur de ces critères, ainsi que celle des autres révisions dans la nomenclature, est normalement prévue pour le deuxième semestre de 2019. Une évaluation de l'application de la nouvelle nomenclature par l'INAMI est prévue sous la forme d'une action-engagement. Dans une phase ultérieure, cette évaluation sera utilisée pour la poursuite de la mise au point de la réglementation et l'amélioration de la qualité du traitement des pathologies spinales.

### **Partie 2 : chirurgie complexe : affections de l'œsophage et du pancréas**

Des soins spécialisés, et en particulier des interventions chirurgicales complexes de haute technicité, ne peuvent être fournis avec un haut degré de qualité que quand ils sont exécutés dans un environnement adapté garantissant une expertise médicale (clinique et scientifique) suffisante appliquée et améliorée en continu. Ces soins multidisciplinaires et complexes reposent sur des interactions étroites entre différents

acteurs experts (disciplines médicales, personnel paramédical, logistique...). C'est pourquoi les interventions chirurgicales complexes en cas d'affections bénignes, prémalignes et malignes du pancréas (et de la région périampullaire) et de l'œsophage (et en cas de tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne) sont concentrées dans un seul centre de référence. Ce centre fait partie d'un consortium d'établissements de soins et remplit toutes les conditions requises pour offrir, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, des soins et un encadrement de qualité chirurgicaux, médicaux, intensifs, anesthésiologiques, infirmiers et paramédicaux, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire caractérisée par une expertise en matière de traitement, de soins et de monitoring de ces patients.

À cet effet, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et pour une période de 3 ans, des conventions seront conclues entre le Comité de l'assurance (CSS), le responsable du centre de référence et son directeur médical, prévoyant entre autres :

- les conditions et modalités d'un remboursement de l'assurance soins de santé obligatoire pour les prestations dispensées dans le cadre de ce type d'interventions chirurgicales complexes ;
- le suivi et l'évaluation annuels des activités réalisées au sein du consortium, afin de contrôler s'il a été satisfait aux valeurs cibles minimales pour les indicateurs de résultat fixés.

Seuls les centres de référence actifs au sein d'un consortium qui, au terme de trois années, satisfont à certains critères bien définis maintiennent leur adhésion.

Un encadrement structurel est prévu via le Groupe de pilotage Chirurgie Complexe. La Fondation Registre du cancer établit les rapports annuels, les consortiums formulent par la suite d'éventuelles propositions de suppression des non-conformités en ce qui concerne les indicateurs de résultat. Une évaluation finale est également prévue à la fin de la convention de 3 ans.

L'INAMI s'engage à soumettre chaque année aux organes concernés un rapport portant sur les travaux réalisés au sein du Groupe de pilotage (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 : Rapport annuel des travaux réalisés au sein du Groupe de pilotage Chirurgie Complexe à la Commission nationale médico-mutualiste, à la Commission de conventions établissements de soins et au CSS. Date limite : 31/01/2020.

### **Effets attendus**

Les mesures introduites doivent aboutir à une amélioration considérable de la qualité dans le cadre 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 18. Optimisation de la gestion financière des Soins de santé – budget Soins de santé : Examen d'un nouveau système possible de responsabilité financière.**

### **Description**

Contribuer à des flux et mécanismes de financement plus transparents et plus lisibles dans les Soins de santé : vers une accélération de la clôture des comptes (partie 1) et la recherche d'un nouveau système possible de responsabilité financière (partie 2 - Loi du 14 juillet 1994, article 191 et articles 196 à 203).

### **Cadre**

Conseiller, informer.

### **Axes**

Maîtrise des dépenses SSI.

### **Contexte**

#### **Partie 1. Une clôture des comptes plus rapide sur la base d'un audit du système actuel**

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

##### 1) Imputation des dépenses et clôture des comptes par les secteurs

Les recettes et les dépenses sont imputées dans la comptabilité 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 (cf. partie 2). 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 avec l'INAMI, rédigent un rapport avec leurs remarques. Ce rapport est approuvé par le Comité général de Gestion.

##### 4) Envoi des comptes accompagnés du rapport des réviseurs

Les comptes accompagnés du rapport des réviseurs doivent être transmis au SPF Sécurité sociale au plus tard le 31 décembre N+1. Le SPF vérifie que le dossier est complet et le fait signer par la Ministre de tutelle. Il le transmet au SPF BOSA. Le SPF BOSA effectue des vérifications, formule des remarques éventuelles, et le transmet à la Cour des Comptes, au plus tard le 31 janvier N+2 (cf. AR du 22-06-2001, modifié par l'AR du 28-08-2002).

Un audit sur le timing du processus de clôture des comptes de l'INAMI est en cours (fin de la mission d'audit: fin 2018). L'objectif de cet audit est d'identifier les causes de retard dans le processus et de formuler des recommandations.

Le management décide quelles causes il souhaite traiter afin de réduire ce retard. Le responsable du processus end-to-end de clôture des comptes établit un plan d'action avec des responsables et des délais pour chaque recommandation.

Durant la période de l'avenant, l'INAMI établira un plan d'action sur la base des recommandations de l'audit et procédera ensuite à la réalisation de ce plan d'action. Pour tous les points d'action pour lesquels l'INAMI est responsable, la réalisation sera effective dans les 12 mois après la réception du rapport d'audit. Pour les éventuels points d'action qui relèveraient de facteurs ou responsabilités externes, l'INAMI stimulera la progression et la réalisation de ces points et prendra les actions nécessaires à cet effet.

## **Partie 2. Examen d'un nouveau système possible de responsabilité financière.**

En 1993, on a introduit le système de responsabilité individuelle des organismes assureurs et ce, afin de tenir compte des profils de risque des organismes assureurs individuels. Entre-temps, les éléments suivants ont démontré qu'une révision du système actuel était nécessaire :

- Le système actuel de responsabilité financière est assez complexe à réaliser (utilisation de différents indicateurs et variables), ce qui ralentit donc énormément le processus de clôture des comptes (voir partie 1).
- Une révision du modèle est nécessaire dans le cadre de la réforme de l'État.
- En 2017, la Cour des comptes a publié un rapport qui évalue le système de responsabilité financière des organismes assureurs. Les questions suivantes ont été abordées : La méthodologie actuelle et les variables utilisées aujourd'hui sont-elles encore pertinentes ? Forment-elles une base solide pour la répartition entre les unions nationales pour la responsabilisation des organismes assureurs dans le secteur des soins de santé ? La Cour des comptes estime qu'il y a lieu d'examiner comment et sous quelles conditions on peut évoluer vers un nouveau système de responsabilisation où la sélection du risque et la concurrence déloyale sont exclues.

Ce thème figure dans le Pacte d'avenir avec les OA au point 65 : « *En 2016 et au cours des années suivantes, le plan d'approche développé en vue d'une clôture des comptes plus rapide et de la détermination accélérée de la responsabilité financière, tel qu'approuvé par le Conseil général de l'INAMI le 11 janvier 2016, sera exécuté, en collaboration avec les OA, par le biais du comité d'accompagnement pour la responsabilité financière des soins de santé et du Conseil général de l'INAMI. La clé de répartition normative sera actualisée en fonction.* »

Durant la période de l'avenant, l'INAMI rédigera une note à l'attention du Conseil général contenant les résultats de l'examen d'un nouveau système possible de responsabilité financière. Dans sa recherche l'INAMI tiendra compte aussi bien de la responsabilité financière collective qu'individuelle et les deux concepts seront examinés.

### **Liste des actions-engagements**

#### **Partie 1. Une clôture accélérée des comptes sur la base d'un audit du système actuel**

1. Établir un plan d'action sur la base des recommandations de l'audit interne. Date limite : X + 3 mois, où X = réception de l'audit)
2. Réaliser le plan d'action tel que repris dans le premier action-engagement pour les points d'action pour lesquels l'INAMI est responsable en interne. Date limite : X + 18 mois, où X = date de réception du plan d'action.

## **Partie 2. Examen d'un nouveau système possible de responsabilité financière.**

3. Rédiger une note pour le Conseil général avec les résultats de l'examen d'un nouveau système possible de responsabilité financière. Date limite : 31/12/2020.

### **Effets attendus**

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

### **Facteurs externes**

- Dépend des recommandations de la mission d'audit.

## **Article 19. Développer une nouvelle vision en matière de nomenclature en mettant l'accent sur la simplification.**

Cet article concerne le reste de l'article 21 du contrat d'administration 2016-2018. Il concrétise la poursuite d'initiatives prises antérieurement.

### **Description**

Développer une nouvelle vision en vue d'une modernisation et d'une simplification en profondeur de la nomenclature des soins de santé.

### **Cadre**

Conseiller, informer.

### **Axes**

- Innover et/ou réformer le secteur des soins de santé.
- Maîtriser les dépenses SSI.

### **Contexte**

Le présent projet vise à moderniser et à simplifier en profondeur la nomenclature et ce, en vue d'élaborer un nouveau plan qui servira de base aux futures rémunérations des prestations de soins de santé.

La disposition suivante a été intégrée dans l'accord du gouvernement 2014 :

« Les tarifs sont adaptés de manière transparente au prix de revient réel de la prestation, les différences injustifiées de niveau d'honoraires entre les diverses disciplines médicales sont supprimées. Les prestations intellectuelles (en particulier pour les disciplines en pénurie), l'harmonisation réciproque, la concertation et la coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire sont mieux honorées. Le prix des matériels ou produits utilisés lors des soins ne peut avoir d'impact direct sur le tarif facturé par

le dispensateur de soins. La réévaluation doit continuer de fournir des incitants à la productivité et à la spécialisation. »

Le projet a pour objectif d'apporter plus de clarté sur le financement des activités médicales. Il est coordonné par l'INAMI en collaboration avec le SPF Santé publique.

Au cours de la période précédente, les initiatives suivantes ont été prises :

- La réalisation d'une étude préparatoire par une équipe d'experts externes : les professeurs Annemans, Pirson et Leclerc ont ainsi expliqué leur première proposition sur des principes et la méthodologie pour la réévaluation de la nomenclature à la Médicomut du 2 octobre 2017. Pour cette étude préparatoire, on a procédé à une étude de la littérature en tenant compte du jugement préalable des points forts et des points faibles de la nomenclature actuelle (rapport KCE) et on a comparé avec 3 systèmes à l'étranger (Suisse, Pays-Bas et France). Ces 2 thèmes principaux ont été surtout étayés : (a) améliorer la description de la nomenclature et (b) réfléchir à un meilleur équilibre en matière de fixation des tarifs pour les honoraires médicaux.

Il ressort également de cette première étude que les 7 principes suivants peuvent contribuer à une amélioration de la nomenclature actuelle :

1. Revalorisation de l'activité de consultation
  2. Revenu de référence équitable
  3. Division de la rémunération pour le médecin en :
    - Une composante « non tangible » : efforts.
    - Une composante tangible : coûts associés.
  4. Rémunération pour des tâches en matière de coordination et de communication.
  5. Incitants pour fournir des prestations de qualité et réduction des incitants à une demande d'offre induite.
  6. Transparence et sécurité tarifaire pour le patient.
  7. Une réforme budgétairement neutre, compte tenu de la croissance réelle de 1,5 % et de l'approche sur le gaspillage.
- L'intégration de la réforme de la nomenclature dans l'accord 2018-2019 médecins-mutualités, à savoir :

*“La nomenclature est un instrument de fixation des honoraires pour les prestations remboursées par l'assurance soins de santé. Elle constitue également le fondement de la sécurité tarifaire des patients ainsi qu'un levier important pour le pilotage et la maîtrise des dépenses. Il convient de garder à l'esprit qu'une part importante des honoraires à l'hôpital est utilisée pour contribuer aux coûts et au financement des activités hospitalières. Il s'agit en l'occurrence d'un montant estimé par la dernière étude MAHA à au moins 2,5 milliards d'euros.*

*La CNMM a pris connaissance des travaux de plusieurs équipes universitaires dans le cadre d'une éventuelle révision de la nomenclature et demande de charger un groupe de recherche de l'élaboration de propositions en vue d'atteindre les objectifs suivants : l'élimination des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes eux-mêmes, la prise en compte de l'évolution de l'activité médicale, l'amélioration de la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature, la charge de travail, le risque et la responsabilité, l'introduction d'incitants pour promouvoir la coopération et la qualité.*

*En première instance, ce groupe de recherche doit faire des propositions concernant :*

- *la standardisation et la classification de la nomenclature des prestations de santé ;*

- *l'identification de la distinction entre les honoraires professionnels et les coûts de fonctionnement pour les principales procédures médicales ;*"

Un plan d'approche concret et la rédaction d'un cahier des charges sont à présent développés davantage et seront lancés début 2019.

Conformément à l'accord médecins-mutualités 2018-2019, on opte ici pour un plan d'action regroupant plusieurs volets, principalement :

- la reclassification et la restructuration de la nomenclature au moyen d'une classification internationale des interventions de santé (classification ICHI de l'OMS). Ceci doit permettre d'apporter une logique plus claire dans la nomenclature ainsi qu'une différence nette entre le lieu de prestation. La première étape sera d'organiser un workshop avec des experts et des stakeholders dans le courant du premier semestre 2019.
- L'exécution d'une analyse des coûts pour un certain nombre de pathologies et interventions importantes compte tenu de l'analyse des coûts PACHA et du manuel de détermination des prix des interventions hospitalières basée sur les coûts (étude KCE 178).

La réforme de la nomenclature se déroulera de manière intégrée et en adéquation complète avec des initiatives de réforme parallèles comme la révision de l'AR n° 78 sur les professions des soins de santé et la réforme du financement des hôpitaux.

#### **Liste des actions-engagements**

1. La réalisation d'un rapport relatif à la réforme de la nomenclature. Date limite : 31/12/2020.

#### **Effets attendus**

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

#### **Facteurs externes**

- Disposer des moyens nécessaires.

## **Article 20. Développement de la nouvelle version de NomenSoft (application pour la nomenclature).**

Cet article concerne un nouveau projet lié à l'article 19 du présent Avenant relatif au développement d'une nouvelle vision et simplification de la nomenclature.

### **Description**

Innovation et optimisation de NomenSoft, la base de données et l'application web actuelles pour la nomenclature et la pseudonomenclature, ci-après appelées « nomenclature ».

### **Cadre**

Conseiller, informer.

### **Axes**

- Amélioration des processus et informatisation
- Contribuer à une prestation de services orientée client

### **Contexte**

La nomenclature des prestations de santé regroupe, par code, les prestations que rembourse l'assurance obligatoire soins de santé, partiellement ou totalement. NomenSoft a été développé par l'INAMI afin de pouvoir consulter facilement et rapidement les données de la nomenclature. NomenSoft est la base de données de référence pour la nomenclature des prestations de santé, mise à jour périodiquement, comportant également toutes les modifications.

Concrètement, cette base de données de la nomenclature contient les données relatives aux numéros de code des prestations, les libellés des prestations et les tarifs correspondants ainsi que la base réglementaire sur laquelle repose le processus de facturation officiel. La base de données dispose également d'un moteur de recherche élargi. Son moteur de recherche permet de retrouver le libellé d'une prestation ou son code, son tarif officiel et le montant remboursé par l'assurance maladie.

Cette base de données a été rendue accessible au public sous forme d'une application web pour différents groupes d'utilisateurs externes tels que les dispensateurs de soins, les organismes assureurs, les établissements de soins, les développeurs de logiciels et le citoyen/patient. Actuellement, NomenSoft est consulté très régulièrement de manière interactive avec environ deux millions de vues par an. De plus, les tableaux de référence mensuels reprenant les données de la nomenclature mises à jour sont téléchargés et utilisés par les organismes assureurs, les établissements de soins, les développeurs de logiciels et d'autres utilisateurs professionnels. Dans la pratique, NomenSoft vaut comme source authentique (single source) de la nomenclature pour toutes les données de base relatives à la nomenclature, y compris toutes les règles d'application et d'interprétation. C'est un outil indispensable qui permet aux dispensateurs de soins d'interpréter et d'appliquer correctement les règles de la nomenclature afin d'enrayer indirectement la fraude non intentionnelle au sein de notre système des soins de santé.

Au sein de l'INAMI, NomenSoft est également devenu un outil de soutien important pour la gestion quotidienne opérationnelle. Ce sont principalement les experts des services SdSS et SECM qui l'utilisent. Parallèlement, différentes applications internes ont recours à la base de données NomenSoft, notamment flowdos et e-dos au sein du SECM dans le cadre des processus de contrôle concernant l'application

correcte des règles de la nomenclature par les dispensateurs de soins. Il faut donc veiller à ce que NomenSoft, dans sa forme actuelle ou future, soit et reste compatible avec ces applications.

L'application web NomenSoft est opérationnelle depuis janvier 2007 et a besoin de toute urgence d'un renouvellement et d'une modernisation. Le développement d'une nouvelle version de NomenSoft est nécessaire pour différentes raisons :

- La solution ICT est en end-of-life ;
- En raison de facteurs internes, notamment une intégration plus poussée de NomenSoft dans les différents services, et afin de pouvoir créer un meilleur lien des données de la nomenclature avec les données qui figurent dans d'autres bases de données et applications de l'INAMI ;
- L'adaptation et l'actualisation de ce service à l'évolution des besoins et des finalités d'utilisation des utilisateurs finaux ;
- L'enrichissement éventuel de NomenSoft par une terminologie standardisée, notamment la terminologie médicale internationale de Snomed CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms en collaboration avec le SPF Santé Publique) ;
- Cette application Legacy pourrait être migrée vers un environnement Cloud en vue d'une amélioration de la performance ;

**L'objectif final** du projet Nomensoft consiste à mettre à disposition une application performante qui permet de consulter la nomenclature, en tenant compte des besoins des utilisateurs internes et externes et qui sera, à terme, également rendue accessible sous forme d'un service web. Le projet sera réalisé à l'aide d'une approche par étapes.

**Dans une première phase** du projet, une note de vision, comprenant également une analyse approfondie des besoins, sera élaborée pour fin juin 2020. Afin d'identifier ces besoins, les utilisateurs tant internes qu'externes de ce service seront interrogés. Il va de soi que les informations recueillies dans le cadre du projet « Développement d'une nouvelle vision et simplification de la nomenclature » seront également prises en compte.

**Dans une deuxième phase**, qui fera objet du prochain Contrat d'administration et après l'approbation interne de la note de vision, la nouvelle application pour la nomenclature avec ses nouvelles fonctionnalités sera opérationnalisée/mise en production. Après stabilisation, celle-ci pourrait être équipée d'un service web moderne orienté sur des groupes d'utilisateurs spécialisés, tels que les OA et les développeurs de logiciels.

#### **Liste des actions-engagements**

1. Rédaction d'une note de vision sur une nouvelle application pour la nomenclature, y compris une analyse des besoins, en tenant compte des nouvelles exigences des utilisateurs finaux internes et externes, qui devra être soumise à l'approbation du Comité de direction de l'INAMI. Date limite : 30/06/2020.

#### **Effets attendus**

- Assurer la continuité de NomenSoft
- Contribuer à l'interprétation et l'application correctes des règles de la nomenclature
- Assurer un meilleur lien avec les données de la nomenclature et les données figurant dans d'autres bases de données et les applications de l'INAMI
- Meilleure synchronisation avec d'autres projets en cours concernant la nomenclature

## **Facteurs externes**

- Les balises stratégiques et conceptuelles dans le cadre du projet « Développement d'une nouvelle vision et simplification de la nomenclature » (cfr. Article 19)
- Disponibilité des moyens ICT en fonction des choix en matière de la nouvelle vision de la nomenclature (supra)

## **Article 21. Développement d'une vision à long terme sur l'incapacité de travail par la mise en place d'une approche structurelle dans le secteur des indemnités.**

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

### **Description**

Le projet vise à constituer un groupe de travail associant, en plus des intervenants classiques, les acteurs de terrains qui ne sont traditionnellement pas impliqués dans les structures actuelles de l'incapacité. Ce groupe de travail aura pour objectif d'analyser la composition et l'efficacité des structures existantes et de développer, en fonction, une vision à long terme sur l'avenir du secteur des indemnités.

### **Cadre**

Innover, conseiller, simplifier, organiser.

### **Axes principaux**

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

### **Contexte**

Depuis une décennie, l'incapacité subit une hausse constante tant au niveau des effectifs qu'à celui du budget consacré à l'indemnisation.

La maîtrise et la viabilité du système passe par une approche prospective sur les enjeux à venir. Le service des indemnités s'y emploie depuis plusieurs années avec, notamment la création du centre d'expertise « incapacité de travail ».

Les acteurs du secteur sont confrontés à ces mutations et font le constat de l'absence d'une véritable instance de gouvernance du système. Celles-ci devrait impliquer non seulement les acteurs traditionnels (OA, partenaires sociaux) mais aussi une série d'acteurs ayant vus, ces dernières années, leur rôle croître dans ce domaine (on pense ici notamment aux médecins du travail, aux services externes de prévention ou encore aux médecins traitants). L'ensemble des acteurs devraient en ce sens être d'avantage impliqués dans les processus de décisions.

Les structures actuelles ne permettent pas ou plus d'avoir une vue d'ensemble des enjeux et ceci entraîne une manque de vision du secteur qui engendre au final des mesures qui peuvent s'avérer mal calibrées.

Le projet viserait à analyser la possibilité de créer une structure où tous ces acteurs seraient présents et responsabilisés quant à leur rôle dans le processus global. Cette structure permettrait à tous les acteurs de se parler avec l'objectif d'améliorer la gouvernance du secteur des indemnités tant dans le domaine de l'indemnisation et de l'évaluation médicale que dans celui de la réinsertion professionnelle.

Afin de ne pas créer une instance de plus, le projet veillera à la rationalisation de l'ensemble des instances existantes, à définir les contours et les objectifs de ce futur organe et comment il s'articulera par rapport à l'existant. Il existe déjà des organes mais avec des prérogatives très précises et différentes. L'idée ici est de mettre en place une coupole permettant une réflexion globale, sans remettre en cause les compétences et la manière de travailler des acteurs impliqués.

Ce projet aura donc aussi pour objectif de tracer une vision à long terme sur ces enjeux et de répondre à la question suivante : L'incapacité est elle suffisamment bien gérée avec les structures qui existent aujourd'hui?

### **Liste des actions-engagements**

1. Mettre en place un groupe de travail regroupant les différents acteurs et institutions concernés par l'incapacité de travail afin de développer une nouvelle vision de la gouvernance du secteur des indemnités. Date limite : 30/06/2019

### **Effets attendus**

- Efficacité accrue des mesures prises en matière d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle.

## **Article 22. 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 un nouveau projet qui ne figurait pas dans les précédents contrats d'administration de l'INAMI.

### **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 accessibles au SI.

### **Cadre**

Informer, gérer, optimiser, conseiller.

## Axes

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

## Contexte

Pour exercer les compétences légales du service, du Comité de gestion, du Centre d'expertise 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 demandés, à la ministre, aux autorités politiques, à la presse... et 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<sup>er</sup>, 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 avec des données de banques de données externes.

L'objectif est le suivant :

- pour la gestion journalière : créer un tableau de bord (dashboarding) avec un aperçu des chiffres prédéfinis ;
- pour le politique, la presse, les centres de recherche, etc. : réaliser des statistiques et des analyses épidémiologiques pour pouvoir répondre à diverses questions ;
- pour 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 pouvoir 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 a 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 le trajet de réinsertion.
- 2) Développer davantage les datawarehouses existants pour gérer plus efficacement les banques de données internes Une analyse sera effectuée pour vérifier la manière dont les banques de données du SI (IDES, IFW, RTTP, RP...) peuvent être intégrées davantage. Par ailleurs, on enregistra 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.
- 3) Effectuer une étude de faisabilité sur la possibilité de consulter des banques de données externes et croiser des données des banques de données internes avec celles de banques de données externes (DWH MT&PS<sup>4</sup>, RIDO<sup>5</sup>, AIM, DMFA, DIMONA...).

---

4 Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale

5 Dossier Réinsertion

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 ; etc. 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 d'expertise en matière d'incapacité de travail, ...).

### **Liste des actions-engagements**

Pour l'objectif 1 (collecter des données supplémentaires) :

1. Analyse fonctionnelle de l'enregistrement des données supplémentaires sur les contacts avec l'assuré et la réinsertion dans les flux IDES. Date limite : 31/12/2020.
2. Mise en production des flux IDES avec les données sur les contacts avec l'assuré et la réinsertion. Date limite : X + 12 mois, X = moment où l'accord avec les OA sur l'analyse fonctionnelle de l'étape précédente est atteint.

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

3. Réalisation d'une analyse sur l'optimisation et l'extension des datawarehouses du SI. Date limite : 31/12/2020.

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

4. Réaliser une étude de faisabilité sur la possibilité de consulter des banques de données externes. Date limite : 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Amélioration de la qualité des données et du contrôle de celles-ci.
- Augmentation de la qualité, de la disponibilité et de l'échangeabilité 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'approbation de l'Autorité de protection des données est nécessaire.
- Disponibilité et coopération des partenaires externes (OA).
- Disponibilité des moyens RH requis tant pour le domaine ICT que pour le domaine du datamanagement.

## **Article 23: Collaboration à l'élaboration de la transmission électronique du certificat d'incapacité de travail (Projet Mult-eMediatt) et à une étude sur l'automatisation de l'enregistrement et du traitement des certificats d'incapacité de travail.**

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

### **Description**

L'article comprend 2 volets, c'est-à-dire :

- D'une part soutenir et participer à l'élaboration du projet pilote 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 algorithmique permettant d'automatiser l'enregistrement et le traitement des certificats d'incapacité de travail (CIT), et 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, p.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**

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

### **Contexte**

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

#### **Volet 1 : projet pilote Mult-eMediatt**

Le projet d'informatisation de l'attestation d'incapacité de travail « Mult-eMediatt » (projet pilote sur base volontaire pour les acteurs concernés) s'inscrit dans le cadre de la simplification administrative dans le secteur des soins de santé et la réalisation de ce dernier est reprise dans le plan d'action eHealth (actualisation fin 2018).

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 Mult-eMediatt poursuit deux objectifs :

- 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). Un ensemble de données et un canal de communication a été rattaché à chaque catégorie de destinataires.

L'INAMI continuera à contribuer à l'opérationnalisation du flux électronique / de l'attestation du certificat d'incapacité de travail (CIT) – Projet Mult-eMediatt et, de manière plus spécifique, à la clarification du processus business, à savoir la description du flux futur pour la transmission du certificat d'incapacité de travail électronique ainsi que l'élaboration et la fixation des éléments opérationnels de celui-ci. Il s'agit concrètement des sections suivantes :

- la concertation avec le secteur traitant autour du projet pilote Mult-eMediatt,
- la transmission aux OA de la discussion relative au diagnostic codé par le secteur traitant,
- l'adaptation de la réglementation telle que reprise dans la note du Comité de gestion des indemnités du 18.4.2018,
- la concertation avec les firmes de logiciels.

#### VOLET 2 : Étude sur l'automatisation de l'enregistrement et du traitement des certificats d'incapacité de travail (CIT).

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 un 2<sup>e</sup> et un 3<sup>e</sup> certificat de prolongation si nécessaire à l'organisme assureur. 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<sup>re</sup> 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 du volet 2 (le premier volet est repris dans l'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.

### **Liste des actions-engagements**

1. Contribution à l'opérationnalisation du flux électronique / de l'attestation du certificat d'incapacité de travail (CIT) – Projet pilote Mult-eMediatt.
2. Dans le cadre du Centre d'expertise Incapacité de travail : la création d'un groupe de travail qui élaborera une proposition d'algorithme et soumettra son avis à la CSCMI<sup>6</sup>. Date limite : 31/12/2020.

### **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 24. Exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique.**

Cet article s'inscrit dans le prolongement de l'article 22 du 5<sup>e</sup> Contrat d'administration 2016-2018. Il vise à finaliser complètement les initiatives prises dans le cadre de l'exécution du Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique.<sup>7</sup>

### **Description**

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

### **Cadre**

Conseiller, informer.

### **Axes**

- Meilleure maîtrise des dépenses SSI.

<sup>6</sup> Actuellement, un groupe de travail du CTM est déjà chargé de l'analyse de la politique de convocation.

<sup>7</sup> Ce projet s'inscrit dans la lignée de l'accord du gouvernement et de la déclaration de politique du Ministre. Le texte du Pacte d'avenir a été publié en septembre 2015.

- Innovations et/ou réformes dans les soins de santé.

## Contexte

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

À ce propos, la notion de durabilité englobe à la fois

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

« Stimuler l'innovation » consiste à la fois à investir (réinvestir) dans le développement de thérapies pharmaceutiques innovantes et dans la recherche clinique et à accroître l'accessibilité pour les patients à ces thérapies innovantes. Pour ce faire, nous renvoyons au socle commun (voir plus loin dans le projet de passerelle « Accès à l'innovation dans les soins de santé » (médicaments et technologie)).

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

Le Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique, signé en juillet 2015, visait un délai de 4 ans et arrivera à échéance en 2019. Au cours de la période couverte par le 5<sup>e</sup> Contrat d'administration (2016-2018), l'INAMI a déjà pu réaliser les initiatives les plus importantes du Pacte d'avenir.

Un jalon significatif a été atteint **dans le cadre de l'accessibilité financière** des médicaments en mars 2016, avec l'application dudit « **patent cliff** » (cf. le 5<sup>e</sup> CA – Article 22.2). Avant le 1<sup>er</sup> mars 2016, les prix des médicaments dont le brevet était arrivé à échéance et pour lesquels il existait une variante générique sur le marché avaient progressivement diminué en 4 étapes, étalées sur une période de 6 ans. Dans le nouveau système, la diminution de prix s'effectue en une étape et il s'agit d'emblée d'une forte diminution. L'introduction de cette nouvelle mesure a non seulement entraîné une **simplification administrative** importante, mais a également contribué à créer un **climat propice à l'innovation**. Les entreprises sont tenues d'anticiper en permanence les pertes de revenus considérables du « patent cliff » par un pipeline bien fourni de médicaments innovants.

L'INAMI a, en outre, lancé et exécuté un **certain nombre de grands projets du Pacte**. Il s'agissait notamment des projets suivants :

- Procédure accélérée ETA ETR ;
- Projet NEBEL (cf. poursuite du projet sous l'intitulé BeNeLuxA, comme repris à l'article 14 - Avenant 2019-2020) ;
- Redéfinition de la classe 1,2,3 et adaptation des procédures ;
- Intégration/utilisation des registres et du système « pay for performance » (article 81) ;
- Médecine personnalisée (harmonisation des procédures relatives aux biomarqueurs avec les procédures de remboursement) ;
- Groupe de travail transparence des prix ;
- Solution structurelle hépatite C

- Incitants à la prescription de biosimilaires.

Dans le cadre de cet Avenant, l'INAMI assurera la poursuite et la finalisation du dernier point d'action du Pacte d'avenir, relatif notamment à la **Procédure de remboursement « Jour 180+1 »** (cf. le 5<sup>e</sup> CA – Article 22.1). Ce projet comprend l'adaptation, la simplification et l'accélération des processus décisionnels actuels ainsi que des procédures en cours en matière de (remboursement des) médicaments, ainsi que l'apport des modifications nécessaires à l'application ICT pour le suivi et la publication (site web, Moniteur belge) des décisions relatives aux dossiers de la CRM.

Un élément important à prendre en considération dans le contexte de la réduction de la période de latence entre la notification de la décision du Ministre à la firme concernée et l'entrée en vigueur du remboursement d'un médicament, tient au fait que la date du lancement de la procédure « Jour 180+1 » est déterminée par l'utilisation effective de SAM 2.0 par l'ensemble des usagers finaux. SAM 2.0 (Source Authentique des Médicaments) constitue la source authentique et la banque de référence pour les médicaments. Elle doit servir de support à l'ensemble des processus des médicaments (end-to-end), en ce compris le remboursement. Les organismes assureurs constituent un des principaux usagers finaux de cette chaîne.

Le calendrier pour l'implémentation technique de SAM 2.0 dans les processus liés à la « tarification et à la procédure électronique chapitre IV » des organismes assureurs sera donc déterminant pour l'entrée en vigueur effective de la procédure de remboursement « Jour 180+1 » sur le terrain et la réalisation de cette action-engagement.

#### **Liste des actions-engagements**

1. Adapter, simplifier et accélérer le processus décisionnel ainsi que le processus d'exécution des adaptations à l'application ICT correspondante pour la CRM. Date limite : X + 12 mois (X+12 mois (X = utilisation effective de SAM 2.0. par les organismes assureurs pour la tarification et la procédure électronique chapitre IV).

#### **Effets attendus**

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

#### **Facteurs externes**

- Disponibilité des moyens RH requis.
- Planning des développements IT à implémenter au sein des organismes assureurs en vue de l'utilisation effective de SAM 2.0. pour la tarification et la procédure électronique CHAPITRE IV.

## **Article 25. Intégration des applications « Mobile Health » dans le système de soins belge en vue de l'intégration dans l'assurance soins de santé régulière.**

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

### **Description**

Prévoir un cadre dans lequel des applications Mobile Health peuvent être intégrées 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.

### **Contexte**

« Mobile Health » (mHealth) concerne les applications digitales (matériel et logiciel) qui permettent au patient, à son entourage et aux dispensateurs de soins de collecter, de partager et d'utiliser, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, des informations relatives à la santé et au bien-être, et ce, dans le cadre de la continuité des soins. Ce domaine d'applications mobiles s'est rapidement développé ces dernières années dans le domaine des soins de santé. Un point d'action (PA19) relatif au Mobile Health a été repris à cet effet dans le plan d'action e-Santé 2015-2018. Le Pacte technologies médicales (Pact MedTech) stimule également les investissements dans des dispositifs médicaux innovants dont les applications de santé mobiles.

Pour mettre à disposition des applications mobiles de qualité en vue d'un soutien effectif et efficient en matière de santé, il faut créer un cadre qui permette d'intégrer ces applications sur les plans juridique, financier et organisationnel dans le système de soins, y compris un modèle de remboursement possible pour les dispensateurs de soins qui prescrivent et travaillent avec ces applications mobiles.

Cette innovation est mise en œuvre en lançant des projets-pilotes, où les critères de qualité nécessaires et la procédure de validation des applications sont fixés par l'INAMI, l'AFMPS et la plate-forme eHealth, en collaboration avec le SPF SPSCAE et la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Durant la phase initiale (2017), la faisabilité de telles intégrations a été testée. 24 projets-pilotes ont été lancés dans le domaine des soins de santé intégrés et plus précisément dans les 5 user cases fixés AVC, soins cardiovasculaires, diabète, soins de santé mentale et douleur chronique (voir également note CSS 2018/014). En février 2018, on a présenté les évolutions et les résultats des projets, qui ont ensuite été évalués. Après avoir obtenu un feed-back par écrit, l'ensemble a été clôturé par une note récapitulative au Comité de l'assurance (CSS) en automne 2018. Le comité d'évaluation était composé de représentants de l'INAMI, de l'AFMPS, du SPF SPSCAE, de la plate-forme eHealth (ayant voix délibérative), complété par des représentants de la cellule stratégique, du KCE et du CSS, ainsi que le chef de projet (IMEC - Centre interuniversitaire de micro-électronique).

Dans une seconde phase (2018-), la procédure de validation est instaurée et les exigences de qualité nécessaires sont fixées, notamment la sécurité, la vie privée, l'interopérabilité sémantique, la facilité d'utilisation et les preuves. Grâce à la classification et à la validation des applications mobiles, la transparence est assurée sur la situation des applications mobiles, tant pour l'utilisateur que pour le fournisseur. Les entreprises peuvent enregistrer leurs applications mobiles avec classification attribuée sur la plate-forme digitale 'mHealth Belgium' qui est gérée par l'industrie (ASBL beMedTech et ASBL Agoria). La qualité et la sécurité des applications enregistrées sont ainsi rendues publiques.

La pyramide de validation chronologique pour les applications mobiles est composée de trois niveaux, où

- le premier niveau est examiné par l'AFMPS : exigences minimales comme le marquage CE et la conformité RGPD ;
- le deuxième niveau par la plate-forme eHealth en collaboration avec le SPF SPSCAE : sécurité, authentification, interopérabilité et facilité d'utilisation ;
- et le troisième niveau par l'INAMI : bénéfice économique-sanitaire : preuves cliniques et rapport coût-efficacité.

Pour l'élaboration pratique du troisième niveau, l'INAMI détermine un cadre et définit entre autres l'approche du troisième niveau, la procédure de demande, etc. (voir actions-engagements 1 et 2). Pour prendre toutes les décisions nécessaires, un groupe de travail ad hoc sera créé, au sein duquel seront représentés entre autres l'INAMI, les dispensateurs de soins concernés et les OA. Si le dossier de demande est jugé positivement, un remboursement est prévu. Ce remboursement est basé sur une simulation d'un financement de soins réaliste dans l'avenir, notamment en fonction du modèle financier avec coûts, remboursement et économie de coûts. Le remboursement sera ensuite réglé au moyen d'une convention article 56, § 1<sup>er</sup>, qui sera en vigueur durant quelques années (de 2 à 5 ans) et qui sera toujours liée à une évaluation étendue (voir action-engagement 3). Au moment de l'évaluation, on accordera une attention particulière à l'effet de l'utilisation de l'application mobile sur les dépenses, les résultats, la procédure de demande etc. Il est possible que pour certaines applications, le remboursement soit déjà repris lors du début de la convention dans le mécanisme de remboursement régulier (nomenclature, trajet de soins, projet de soins intégrés, etc.). Pour la majorité cependant, cette possibilité et la manière dont elle est mise en œuvre, ne peuvent être jugées qu'à la fin de la convention et ce, sur la base d'une analyse juridique au sujet des responsabilités respectives et des adaptations légales nécessaires.

### **Liste des actions-engagements**

1. Rédiger le cadre au moyen d'une note soumise au CSS. Date limite : 31/12/2019.
2. Rédiger et optimiser le template de la demande et rédiger la procédure d'évaluation, au moyen d'une note soumise au CSS. Date limite : 31/12/2019.
3. Conclure la première convention article 56, § 1<sup>er</sup> pour une application de santé mobile : X + 12 mois, X étant la date de recevabilité du dossier de demande introduit. Les délais de suspension interrompent le délai de 12 mois.

### **Effets attendus**

- Attentes positives sur l'espérance de vie, la prévention et la qualité de vie, l'hospitalisation et les soins résidentiels et sur les dépenses de soins.

### **Facteurs externes**

- Collaboration du Groupe de travail ad hoc
- Collaboration du SPF SPSCAE et de la plate-forme eHealth (voir également niveau 2 de la pyramide de validation).

## **Article 26. Participation à la coordination et au soutien du « Next Generation Sequencing » en vue de son intégration dans le remboursement régulier.**

Cet article porte sur un projet n'ayant pas encore fait l'objet d'un traitement distinct dans le cadre d'un Contrat d'administration de l'INAMI. Les premiers développements ont toutefois été réalisés dans l'article « Exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique » du Contrat d'administration 2016-2018 (article 22).

### **Description**

La participation à la coordination et au soutien d'une étude-pilote relative à l'introduction contrôlée du « Next Generation Sequencing » dans le diagnostic de routine en (hémato-)oncologie.

### **Cadre**

Attribuer, réglementer, informer, conseiller

### **Axes**

Innover et/ou réformer les soins de santé.

### **Contexte**

Le diagnostic moléculaire, axé sur la recherche de mutations dans les gènes des cellules cancéreuses, permet de traiter de manière ciblée les cellules cancéreuses avec un médicament correspondant. Le « Next generation sequencing » (NGS) est une méthode d'analyse d'ADN innovante dans le traitement personnalisé du cancer. En effet, il permet de déterminer simultanément les séquences d'un ensemble de gènes au lieu d'utiliser une analyse conventionnelle de « gène par gène ».

À l'automne 2014, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a procédé, à la demande de l'INAMI, des pathologistes/biologistes cliniciens/généticiens et médecins, à une évaluation de ce type de tests de panels NGS en oncologie et hémato-oncologie. Cette évaluation, compilée avec un projet du KCE soulignant l'importance de la précision des diagnostics compagnons dans les soins de routine, a abouti au rapport « Tests de panels de gènes par Next Generation Sequencing pour un traitement ciblé en oncologie et hémato-oncologie » (voir également le rapport KCE REPORT 240As). Ce rapport, rédigé conjointement par le KCE et le Centre du cancer (Sciensano), a été publié le 18 mars 2015. Il est à l'origine de la demande adressée par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, visant la rédaction d'une feuille de route décrivant les étapes et les éléments jugés nécessaires pour parvenir à une intégration « evidence-based » optimale de cette nouvelle technologie au sein du secteur des soins de santé belge. Le Centre du cancer a donc rédigé, en collaboration avec l'INAMI et le SPF SPSCAE, la feuille de route « Médecine personnalisée », qui a été publiée le 14 octobre 2015. L'étude-pilote faisant l'objet de cet article de l'Avenant, réalise les points d'action 6, 9 et 10 de la feuille de route précitée.

L'introduction du NGS dans le diagnostic de routine clinique en (hémato-)oncologie est, en fait, une donnée complexe qui bénéficie d'une période de transition de plusieurs années durant laquelle l'introduction guidée sera suivie strictement dans le cadre d'une étude-pilote. Cette étude, coordonnée par le Centre du cancer, sera développée concrètement et financée par voie d'une convention rédigée dans le cadre de l'article 56, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Le projet de convention (voir

également la note CSS 2018/047) a été approuvé le 19 mars 2018 par le Comité de l'assurance. Son entrée en vigueur est normalement prévue pour le 1<sup>er</sup> juin 2019 et s'étend sur une période de 3 ans.

La convention NGS a comme objectifs :

- d'assurer une exécution qualitativement optimale et uniforme du NGS (à partir du moment du prélèvement jusqu'au rapport final) par :
  - o la création d'une collaboration multidisciplinaire au sein des réseaux NGS d'hôpitaux et de laboratoires ayant une expertise en oncologie médicale, en anatomopathologie, en biologie clinique et en analyse génomique
  - o l'enregistrement des données NGS au niveau national
- de créer des réseaux d'expertise qui constituent chacun une plateforme de connaissances techniques et cliniques où la biologie clinique, l'anatomopathologie et la génétique concluent des accords mutuels et sont reprises comme partenaires égaux
- de rechercher une sélection de patients optimale pour lesquels la technique constitue une plus-value sur le plan du rapport coût-efficacité
- d'examiner le volume budgétaire dans un contexte contrôlé
- de garantir l'accès à cette technologie innovante dans un cadre médical où des formations sont prévues

Les réseaux NGS d'hôpitaux et de laboratoires ayant signé une convention bénéficient d'un remboursement majoré pour ces tests NGS.

À la fin de l'étude-pilote, on évaluera :

- si le NGS apporte une amélioration dans le diagnostic moléculaire en (hémato-)oncologie et, le cas échéant, préciser en quoi elle consiste
- comment cette nouvelle approche peut être intégrée dans la nomenclature existante, et à quel coût
- comment le système d'enregistrement de données moléculaires doit être davantage développé

L'INAMI s'engage à assurer la gestion et le suivi du projet.

### **Liste des actions-engagements**

1. Assumer le rôle de chef de projet et suivre l'avancement du projet au moyen de rapports semestriels et annuels.

### **Effets attendus**

- Assurer une exécution qualitativement optimale et uniforme du NGS dans le cadre d'un remboursement régulier
- Outre l'optimisation de la qualité et l'échange d'expertise, nous souhaitons également obtenir, avec ces réseaux NGS, une optimisation du délai d'exécution et du rapport coût-efficacité

### **Facteurs externes**

- Collaboration du Centre du cancer
- Collaboration de la plateforme Healthdata
- Collaboration des réseaux NGS
- Collaboration de la Commission Médecine personnalisée (chargée de rédiger les directives à évaluer)
- Disposer des ressources RH nécessaires

## **Article 27. Programme de digitalisation – Exécuter le programme de digitalisation reprenant l'ensemble des projets contribuant à la dématérialisation de nos processus et au nouveau workplace.**

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

### **Description**

En vue de notre déménagement avec le SPF Santé Publique et l'Agence Fédérale des Médicaments et de notre évolution future dans le New Way Of Working (NWOW), l'INAMI mettra en place un programme de digitalisation 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.

### **Cadre**

Organisation interne, innover.

### **Axes principaux**

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

### **Contexte**

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

- Numérisation des archives
- Assurer des interfaces digitaux
- Supprimer les obstacles légaux qui empêchent la digitalisation
- Workplace digital
- Automatisation des processus et de notre façon de travailler
- Rendre nos applications mobiles
- Assurer la sécurité de l'information et l'aligner avec GDPR
- Supporter le trajet Redesign
- Mettre en place des environnements d'Open et de Big data
- Explorer des technologies innovantes

Le service ICT, en collaboration avec les différents services de l'INAMI, a réalisé une série d'analyses sur nos archives et nos processus afin de dégager un programme de projets, s'inscrivant dans les différents domaines établis au préalable.

Un effort important sera apporté pour la digitalisation de nos archives d'ici notre déménagement. Suite à un premier tri effectué par le service documentation, une grande partie de celles-ci a pu être éliminée lors des TRASH DAYS réalisés en 2017 et 2018. En fonction de la fréquence de consultation, une partie des archives restantes seront numérisées afin d'être accessibles via des applications. L'autre partie sera stockée chez une prestataire externe qui, au besoin, scannera les documents à la demande.

Le programme prévoit également, dans son domaine concernant les interfaces numériques, la finalisation du projet ePost et l'implémentation de la deuxième version d'IOC (InboundOutbound Communication) visant tous deux la dématérialisation complète du courrier entrant et sortant de l'organisation, en utilisant des interfaces tels que l'eBox (citoyen/entreprise) ou l'eHealthBox.

Du point de vue des dépendances légales, IOC (version 2) permettra de signer les documents électroniquement avec la même valeur légale que sur une version papier. Dans ce domaine, l'INAMI prévoit également de généraliser la force probante au sein de l'organisation de sorte que des documents numérisés aient, eux aussi, une valeur légale équivalente.

D'importants efforts sont ensuite prévus pour le volet workplace et culture digitale du programme. L'objectif de l'INAMI et de ses deux futurs partenaires est, en effet, d'insuffler une nouvelle culture digitale sur le lieu de travail et sur notre manière de travailler afin d'inscrire l'exécution de nos processus dans une démarche de NWOW. La migration vers Windows 10 et Office 2016, la généralisation de la collaboration (basée sur Sharepoint) et le développement de nouvelles applications dédiées pour nos processus sont autant de projets qui contribueront à accroître notre collaboration digitale. Des mesures de change et des formations sont prévues tout au long de l'exécution du programme afin de sensibiliser les collaborateurs à ces nouveaux outils et manières de travailler.

Au delà des projets de digitalisation déjà prévus tels que eDOS, IDES, DAMO, Eunome, BSF, CTG/CTI ou CASCADA, l'analyse des processus de l'INAMI a débouché sur de nouveaux projets de développements informatiques. Selon les cas, il s'agira d'applications reprenant un ou plusieurs processus d'un service ou d'ajouts de fonctionnalités dans des outils existants afin de réduire au maximum notre production de papier.

Le service ICT prévoit également dans son programme de rendre, à terme, disponible toutes les applications utilisées par les collaborateurs de l'INAMI et les utilisateurs externes via des dispositifs mobiles.

Le domaine suivant concerne la sécurité de l'information au sein de notre organisation. Après avoir été certifié ISO27001 depuis 2014 et s'être conformé aux nouveaux standards européens du GDPR en 2018, l'INAMI maintiendra une veille constante pour que tous les changements développés dans le programme digitalisation s'inscrivent dans une démarche adéquate du point de vue de la sécurité de l'information.

Ensuite, les deux domaines, Redesign et Open & Big data, s'inscrivent dans les programmes support et Health Data du trajet Redesign. Ils sont décrits dans la partie « socle commun » du présent Avenant. L'INAMI s'y engage notamment 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. L'objectif sera de développer des synergies et des échanges autour de ces données afin d'exploiter au maximum leur potentiel pour la réalisation de nos missions.

Finalement, l'INAMI maintiendra une vigilance constante sur des technologies innovantes tels que le Blockchain, l'intelligence artificielle ou encore Internet of Everything afin d'explorer leurs possibles applications dans notre contexte.

L'INAMI s'engage dès lors, dans le cadre de l'avenant, à rapporter périodiquement les avancées des projets contenus dans son programme digitalisation.

### **Liste des actions-engagements**

1. Rédiger semestriellement un état de l'avancement du programme de digitalisation de l'INAMI via le rapport semestriel et annuel de l'Avenant. Date limite : 30/06/2019, 31/12/2019, 30/06/2020, 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Diminution de l'utilisation et de la production de papier lors de l'exécution des processus
- La digitalisation des interfaces entrants et sortants
- Adaptation des collaborateurs aux New Way Of Working et aux futurs espaces de travail

## **Article 28. Modernisation de la réglementation relative aux dispositifs médicaux (medical devices).**

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

### **Description**

L'uniformisation et l'optimisation des procédures de remboursement de 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 deux volets :

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

### **Cadre**

Attribuer, réglementer, informer, conseiller.

### **Axes**

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

### **Contexte**

En octobre 2016, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et beMedTech, la Fédération belge de l'industrie des technologies médicales, ont conclu un pacte visant à améliorer la sécurité et l'accessibilité des dispositifs médicaux pour le patient. Dans ce pacte, les autorités et l'industrie s'engagent notamment à procurer aux patients l'accès aux dispositifs médicaux les plus innovants et de la meilleure qualité.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Voir également Socle commun, projet de passerelle "Accès à l'innovation dans les soins de santé".

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de malades chroniques entraînent une augmentation des besoins en dispositifs médicaux. Par conséquent, garantir la qualité à des prix abordables revêt une importance cruciale.

Grâce à ces dispositifs médicaux, de plus en plus de traitements peuvent être dispensés au domicile du patient, ce qui représente notamment pour le patient plus de confort, un meilleur emploi du temps, l'absence de déplacements incommodes... L'utilisation des technologies dans le cadre de traitements à domicile doit être sécurisée et de qualité. Les techniciens qui fournissent les dispositifs ont reçu une formation approfondie et se chargent d'informer et d'accompagner le patient.

La décision relative au remboursement des dispositifs médicaux est actuellement prise par des organismes différents selon le type de dispositif médical et le dispensateur de soins compétent pour la fourniture du dispositif. Chaque organisme suit également une autre procédure. Pour certains dispositifs médicaux, le remboursement est une combinaison des honoraires et du prix du produit (p. ex pour les orthèses), pour d'autres, il est uniquement établi sur la base du prix du produit (p. ex. pour les implants).

En outre, l'adaptation de l'AR du 6 mars 1997 sur les professions paramédicales a également un impact sur les procédures de remboursement actuelles, où titres professionnels et compétences changent par rapport à la situation actuelle.

Pour parvenir à un remboursement transparent et plus rapide de dispositifs médicaux de qualité, il apparaît opportun de passer à une procédure uniforme axée sur l'évidence, le rapport coût-efficacité, la valeur en santé (« value-based health care ») et un meilleur mode de remboursement (par prestation, multidisciplinaire, épisode de soins (« bundled payment »)). Ces procédures doivent avoir un caractère suffisamment dynamique et évolutif de manière à être ouvertes à l'innovation et à permettre de réagir rapidement aux innovations technologiques, en prévoyant un remboursement contrôlé à un stade précoce après le lancement de dispositifs médicaux prometteurs.

Au cours de cet Avenant, l'INAMI rédigera notamment une note de discussion contenant des propositions de réglementation actualisée et uniforme quant aux dispositifs médicaux (action-engagement 1). La nomenclature sera également adaptée aux modifications de l'AR relatif aux titres professionnels (actions-engagement 2).

### **Liste des actions-engagements**

1. Partie 1 : rédaction d'une note de discussion contenant des propositions de réglementation actualisée et uniforme quant aux dispositifs médicaux et basée entre autres sur les bonnes pratiques à l'étranger.  
Date limite : 31/12/2020.
2. Partie 2 : présentation au Comité de l'assurance de l'adaptation des articles 27 et 29 de la nomenclature, suite 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.

### **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.

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

### **Article 29. Optimisation de la gestion financière des conventions internationales des Soins de santé et soins programmés à l'étranger.**

La première partie du présent article renvoie à la phase d'implémentation à la suite de l'audit qui a porté sur le processus de gestion des conventions internationales pour les soins de santé dans le cadre du précédent Contrat d'administration (cf. 5e CA article 20). Le projet Soins médicaux programmés à l'étranger du volet 2 concerne une toute nouvelle initiative qui n'a pas encore été abordée dans de précédents contrats d'administration.

#### **Description**

- Volet 1 : 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.
- Volet 2 : Évaluer le processus des soins médicaux programmés à l'étranger et proposer des mesures d'optimisation possibles qui doivent contribuer à une gestion uniforme et transparente de ces dossiers.

#### **Cadre**

Conseiller, informer.

#### **Axes**

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

#### **Contexte**

##### **Volet 1 Implémenter les recommandations de l'audit sur le processus de gestion des conventions internationales**

À la suite du précédent contrat d'administration, une mission d'audit a porté 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).

Cet audit avait pour objectif de s'assurer que le système de contrôle interne pour le processus des conventions internationales du Service des soins de santé (SdSS) est adéquat et efficace. Les auditeurs ont

donc vérifié si le concept théorique des mesures de contrôle interne était correct et également 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 avaient trait à l'absence d'un système de monitoring ou de rapportage systématique. Il fallait également 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.

Dans une prochaine phase, les recommandations du rapport d'audit seront traduites en un plan d'action concret (prévu d'ici la fin 2018,) qui sera mis en œuvre dans l'Avenant et qui sera ancré dans la Direction relations internationales du Service des soins de santé (SdSS).

Il est important de signaler que certaines mesures d'optimisation du processus sont étroitement liées 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'introduction de l'EESSI, tout l'échange de données relatif aux dossiers internationaux de sécurité sociale se déroulera totalement en « paperless », au moyen de documents électroniques structurés. Outre des gains d'efficacité et l'amélioration de l'exactitude des données échangées grâce à des contrôles automatiques intégrés, cela assurera aussi une meilleure protection des données.

D'ici le 2 juillet 2019 au plus tard, tous les États membres devront avoir pris les mesures nécessaires en vue de leur intégration au sein du 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), la future porte d'accès unique à l'EESSI pour la Belgique.

Sous l'impulsion de notre adhésion imminente à la plateforme EESSI et en ligne avec l'audit exécuté, la Direction Relations internationales a déjà lancé quelques initiatives de remédiation comme le développement et la mise en production d'une base de données uniforme et intégrée qui répond aux normes et exigences de comptabilité de l'EESSI.

L'opérationnalisation complète du plan d'action de l'audit dépendra par conséquent très peu du projet BelEESSI ou de l'intégration technique effective de notre pays à l'EESSI.

Après l'implémentation du plan d'action intégral sur le processus des conventions internationales prévue d'ici la fin 2019, le Service d'audit interne procédera comme il est d'usage à un audit de suivi, qui permettra la conclusion définitive des recommandations et clôturera ce cycle d'audit.

## **Volet 2 Évaluation et optimisation du processus des soins médicaux programmés à l'étranger**

Dans le même esprit et dans un souci d'optimisation et de standardisation, la Direction Relations internationales, en étroite collaboration avec la Direction médicale du Service des soins de santé (SdSS), évaluera en profondeur le processus décisionnel actuel pour les dossiers de soins médicaux programmés à l'étranger et proposera, si possible, des améliorations. Cet exercice s'appuiera en grande partie sur les

conclusions et les recommandations contenues dans le rapport de recherche exhaustif de 2016 de Rita Baeten : *"Soins médicaux programmés à l'étranger : autorisations délivrées par les mutuelles belges"*.<sup>9</sup>

La procédure de demande d'autorisation préalable pour la prise en charge par l'AMI des soins médicaux programmés à l'étranger est organisée aujourd'hui comme suit. Les assurés sociaux introduisent leur demande par écrit à leur organisme assureur (OA). Outre un certain nombre de décisions purement administratives, y compris celles relatives au régime spécifique des régions frontalières, ces dossiers contiennent également un certain nombre de demandes pour lesquelles une intervention "médicale" des médecins-conseils (MC) des OA est requise. Afin d'accorder une autorisation préalable, les MC doivent procéder à une évaluation concrète de trois principes directeurs sur la base du rapport médical joint et de la motivation du médecin spécialiste. Premièrement, le MC doit vérifier si le traitement prévu est remboursé par l'AMI (ou si les conditions de remboursement sont remplies). Deuxièmement, s'agit-il d'un "délai excessif", c'est-à-dire est-il impossible d'obtenir un traitement dans son propre pays dans un délai médicalement justifiable, et troisièmement, "les conditions médicales sont-elles plus favorables à l'étranger ?"

Chaque année, les OA traitent en moyenne un millier de demandes préalables pour lesquelles l'intervention d'un MC est requise. Il existe déjà à l'heure actuelle une forme de centralisation pour le traitement de ce type de dossiers au sein des propres structures de chaque OA. Dans la pratique, ce pouvoir de gestion décentralisé qui confie la décision à chaque OA séparément peut parfois conduire à une interprétation et à une application divergentes des règles pour des dossiers de demande identiques en fonction de l'OA à laquelle appartient l'assuré.

Une "plateforme de concertation intermutualiste" informelle a été mise en place par les OA afin d'assurer un traitement uniforme des demandes, indépendamment de l'OA et des frontières linguistiques et en raison de l'extrême complexité de la matière. Ces "dossiers étrangers" sont discutés au sein de cette plateforme Conventions internationales, et un avis non contraignant est donné à l'OA responsable du dossier. Les membres de cette plateforme de travail sont des MC disposant d'une expertise dans le domaine. La plateforme se réunit environ six fois par an. Ses membres discutent de dossiers concrets et échangent également leur expertise. Entre deux réunions, la concertation se poursuit par courriel, vu l'extrême urgence de certaines demandes.

Comme l'indique l'étude de R. Baeten, plusieurs éléments plaident en faveur d'une évolution vers une gestion centrale plus structurée et formalisée des décisions concernant ces dossiers complexes. En centralisant formellement la procédure de décision en un seul endroit, on satisfait à une série de besoins :

- Garantir un traitement cohérent et un avis identique pour toutes les demandes des bénéficiaires ;
- Un contrôle centralisé de l'application correcte de la réglementation assure transparence et uniformité ;
- La gestion centralisée de l'expertise et des connaissances de la réglementation en un seul point unique permet de rendre des avis mieux étayés ;
- Enregistrer systématiquement les cas et les avis discutés au sein de la plateforme dans une base de données centralisée permet de prendre des décisions uniformes et reproductibles (ce qui permet également de gagner du temps) ;

Une piste éventuelle à examiner dans ce contexte est d'étudier comment le fonctionnement actuel de la "plateforme de consultation intermutualiste" peut encore être optimisé afin d'évoluer à l'avenir d'une plateforme de consultation plutôt non contraignante et consultative à un organe décisionnel formel dont les avis sont contraignants.

---

<sup>9</sup> Baeten, R. et Ghailani, D. Soins médicaux programmés à l'étranger : autorisations délivrées par les mutuelles belges, *OSE Paper Series*, Research Paper N° 31, novembre 2016, 57 p., 2016.

Dans le même ordre d'idées, la procédure administrative actuelle de délivrance d'autorisations préalables, en particulier du document S2<sup>10</sup>, pourrait être normalisée et harmonisée. À cet effet, deux critères essentiels pour accorder des soins à l'étranger, à savoir le "délai excessif" et les "conditions médicales plus favorables", pourraient être mieux objectivés, ce qui contribuerait à une application plus cohérente des règles interprétatives.

Une partie importante de l'analyse à effectuer consistera à collecter, consolider et traiter toutes sortes de données statistiques sur ces dossiers, qui sont actuellement dispersées dans les différents OA et en dehors. Jusqu'à présent, à l'échelon national, on n'a pas d'idée précise du nombre de dossiers de litiges qui sont introduits auprès des tribunaux du travail à la suite de refus d'autorisation ni de la suite qui leur est donnée.

Afin de garantir et de renforcer l'accès uniforme des assurés aux soins médicaux programmés à l'étranger, l'INAMI entamera dans le cadre de cet Avenant une réflexion approfondie sur la procédure de décision actuelle sur la base de l'étude de R. Baeten mentionnée ci-dessus.

Ce trajet d'évaluation et d'optimisation sera mené en étroite concertation avec les partenaires et acteurs externes : les OA, les médecins-conseils (MC) ainsi que leurs services administratifs compétents et le CIN (entre autres la cellule Soins à l'étranger et la cellule Directions médicales soit le "Seven club" ). La note d'évaluation finale avec les propositions d'amélioration sera présentée au Comité de l'assurance fin 2020.

### **Liste des actions-engagements**

1. Réaliser le plan d'action « Optimisation de la gestion financière des Conventions internationales » basé sur les recommandations formulées dans le rapport d'audit de fin 2017. Date limite : 31/12/2019.
2. Soumettre une note d'évaluation avec des propositions d'amélioration au Comité de l'assurance concernant la procédure actuelle des soins médicaux programmés à l'étranger, ce qui devrait contribuer à l'accroissement de la transparence et à une application uniforme de la réglementation. Date limite : 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Meilleure gestion des moyens.
- Budget, flux et mécanismes financiers plus transparents et plus gérables.
- Meilleures estimations pluriannuelles.
- Une transparence accrue et une application uniforme de la réglementation sur les soins médicaux programmés à l'étranger en vue du traitement égal des assurés sociaux.

### **Facteurs externes**

- Le projet BeEESSI ou l'intégration technique effective de notre État membre dans l'EESSI.
- La collaboration avec les Organismes assureurs, notamment pour l'obtention des données statistiques.
- Collaboration avec le CIN.

---

<sup>10</sup> Le document portable S2 est la preuve qu'un assuré/patient a reçu l'autorisation de son organisme assureur pour un traitement prévu dans un autre pays (= pays de l'Union européenne, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) dans les mêmes conditions que les personnes assurées dans ce pays.

## **Article 30. 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 et de l'article 26 du Contrat d'administration 2016-2018.

### **Description**

La mise en production des développements réalisés pour la partie incapacité primaire et réinsertion socio-professionnelle du projet d'informatisation des processus invalidité et indemnités (IDES) et 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

### **Contexte**

Le projet IDES a débuté lors du 4<sup>e</sup> et a continué durant le 5<sup>e</sup> 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 tous les processus du services indemnités, la réinsertion socio-professionnelle et les conventions internationales et d'intégrer dans IDES un nouveau processus : le Contrôle ciblé.

Lors du précédent contrat d'administration, 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 aux tiers ainsi que l'envoi d'un premier flux au premier jour du 7<sup>e</sup> mois d'incapacité de travail. Les échanges électroniques avec les organismes assureurs ont eux aussi été intégrés lors de cette première phase.

En raison d'évolutions majeures dans la réglementation encadrant la réinsertion professionnelle, la seconde phase du projet n'a pu être entièrement réalisée au terme du 5<sup>e</sup> contrat. En effet, la réinsertion socio-professionnelle des assurés sociaux en incapacité de travail nécessite désormais une prise en charge plus élargie dans laquelle interviennent, en plus des OA, les organismes régionaux pour l'emploi (ACTIRIS, le FOREM, VDAB), les médecins du travail et les médecins traitants.

Cette phase consistait à intégrer dans la nouvelle application IDES la gestion de l'incapacité primaire avec l'absorption du programme CMI 2.2 du SECM et le volet réinsertion socio-professionnelle comprenant des flux IN électroniques en provenance des OA, le traitement du dossier directement dans l'application et la

notification papier aux assurés et électroniques aux OA. Le service des Indemnités a par conséquent dû redéfinir dans un premier temps les processus internes avant de poursuivre les analyses.

Au dernier trimestre 2018, les business analyses ont été finalisées en tenant compte des modifications réglementaires et du nouveau paradigme dans lequel s'insère la réinsertion professionnelle. Les négociations avec les OA sur l'échange de données ont abouties et celles avec les organismes régionaux pour l'emploi ont été entamées. L'INAMI souhaite par conséquent mettre en production la partie incapacité primaire et réintégration socioprofessionnelle d'IDES dans la période de cet avenant d'ici la fin de l'année 2020.

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 « incapacité primaire » et « réintégration socioprofessionnelle » de l'application IDES. Date limite : 31/12/2020
2. La mise en production de la partie Contrôle ciblé. Date limite : X+12 mois, X=date de l'accord entre les acteurs concernés concernant l'analyse business.

### **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

## **Article 31. Développement de l'application MyINAMI.**

Cet article poursuit partiellement des projets MyInami (en cours) tels qu'ils sont mentionnés dans l'article 28 du 5<sup>e</sup> Contrat d'administration (art. 28.4, 28.5 & 28.7). Par ailleurs, de toutes nouvelles sous-initiatives sont lancées telles que le développement d'un nouveau module en ligne relatif au nouveau financement et à la programmation de stages pour médecins, l'optimisation de l'expérience d'utilisation et le

développement d'une vision d'avenir intégrée concernant MyInami dans le contexte du Redesign des administrations de la santé.

### **Description**

Ce projet concerne

- le développement qualitatif et quantitatif de l'application MyINAMI (volet 1) ;
- l'optimisation de l'expérience d'utilisation, par exemple permettre la compatibilité entre MyInami et les appareils mobiles (volet 2) ;
- l'évolution de MyInami vers un portail supra-organisationnel (volet 3).

### **Cadre**

Organisation, information, contrôle.

### **Axes**

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

### **Contexte**

Dans le Contrat d'administration précédent (cf. 5<sup>e</sup> 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. Via le portail de cette application, le dispensateur de soins peut lui-même gérer certaines données et certains 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.

Dans le cadre du présent Avenant, le trajet d'informatisation du développement de l'application MyInami sera poursuivi et même étendu à de nouveaux aspects tels que le développement d'une vision à long terme de l'intégration de MyInami dans un portail supra-organisationnel dans le cadre du Redesign des administrations de la santé.

Cet article comporte les trois volets suivants :

- Le projet vise d'abord l'intégration dans MyInami de nouveaux processus (par exemple : volet paiement du nouveau financement et de la programmation de stages pour médecins) et de nouveaux processus qui n'existent toujours actuellement qu'en version papier (par exemple : la gestion des avantages sociaux).
- Ensuite, une mise à niveau de l'application (upgrade) sera prévue afin d'optimiser l'expérience des utilisateurs et de permettre la compatibilité entre l'application et les appareils mobiles.
- Enfin, dans le cadre du projet de Redesign, et où cela s'avérera possible, des couplages/intégrations seront effectuée(s) avec des applications des organisations partenaires, à savoir le SPF SPSCAE et l'AFMPS.

## Volet 1 : Finalisation et intégration de nouveaux processus dans l'application Mylnami

Dans le cadre du précédent Contrat d'administration, plusieurs nouveaux modules en ligne ont été mis à la disposition des dispensateurs de soins. Il s'agit du module de gestion des adresses de pratique pour tous les dispensateurs de soins et du module de gestion des données de conventionnement des médecins et des dentistes.

L'objectif final 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.

Premièrement, dans cet Avenant, la gestion en ligne des avantages sociaux sera poursuivie via Mylnami (cf. 5<sup>e</sup> CA Art. 28.4), de même que l'accréditation (cf. 5<sup>e</sup> CA Art. 28.5). Les deux projets avaient déjà été lancés dans le Contrat d'administration précédent.

- La discussion avec les partenaires externes (dispensateurs de soins et assureurs) concernant une adaptation de la réglementation relative aux avantages sociaux, nécessaire pour soutenir ce trajet d'informatisation, était toujours en cours en 2018. Cette nouvelle réglementation vise essentiellement une harmonisation des conditions d'octroi entre les différents groupes professionnels. Outre les médecins et les dentistes (cf. 5<sup>e</sup> CA), le nouveau module « avantages sociaux » sera également étendu à d'autres groupes professionnels, à savoir les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les praticiens de l'art infirmier. Après l'accord avec les partenaires externes il faudra encore prévoir un délai de deux ans pour rendre le module totalement opérationnel dans l'application Mylnami.
- En ce qui concerne le processus d'accréditation des dentistes, un consensus s'est dégagé en 2018 avec le secteur professionnel concernant les actions à entreprendre dans le cadre du trajet d'informatisation. Il a été convenu que, pour le 31 mars 2019, l'INAMI mettra un module à la disposition des dentistes leur permettant d'introduire en ligne leur demande d'accréditation. La première partie a déjà été réalisée en janvier 2019. Depuis, en effet, tous les dentistes individuels peuvent introduire leur demande d'accréditation. Bien que cette procédure en ligne soit actuellement facultative, 80 % des dentistes ont pour l'instant opté pour cette procédure. D'après le planning actuel, un module backend suivra à la mi-mars 2019 pour l'évaluation en ligne des demandes d'accréditation introduites. Pour la fin 2019, la gestion en ligne des activités de formation continue et des sessions de peer-review sera également possible via Mylnami.

Deuxièmement, l'objectif poursuivi dans le cadre de cet Avenant est également de lancer un tout nouveau projet : l'intégration dans l'application Mylnami du nouveau module pour les demandes d'intervention financière en ligne en matière de financement et de programmation des stages des médecins. Ce module renvoie à un nouveau processus généré dans le cadre d'une solution intégrée pour la double cohorte, la capacité de stage ainsi que le financement et le contrôle de la qualité des stages des médecins comme repris dans le 'Livre vert sur le financement et la programmation des stages pour médecins'. Un cadre réglementaire y est également associé prévoyant la mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement pour les stages des médecins en collaboration avec le SPF SPSCAE. Concrètement, le but est de mettre ce module en ligne chaque fois au deuxième trimestre de l'année qui suit l'année à laquelle les stages se rapportaient et chaque fois de l'adapter aux évolutions de la réglementation relative au financement. Le module Mylnami sera pour la première fois disponible au deuxième trimestre de 2020 et ce pour l'année de rétribution 2019.

## Volet 2 : Optimisation de l'expérience d'utilisation / compatibilité entre Mylnami et les appareils mobiles

Outre le développement des modules MyInami, il est prévu de mettre à niveau l'application MyInami (upgrade). Cette mise à niveau est nécessaire pour optimiser l'utilisation par les dispensateurs de soins, entre autres par la mise en place de la compatibilité entre les modules en ligne existants et les appareils mobiles.

À cette fin, un plan sera élaboré pour la fin 2019, définissant un ensemble d'objectifs concrets. Ces points d'action seront ensuite réalisés progressivement au cours de la période 2020-2021.

### Volet 3 : Évolution vers un portail supra-organisationnel

Dans le volet 3, dans le cadre du Redesign des administrations de la santé et où cela s'avérera possible, des couplages et des intégrations auront lieu avec des applications des organisations partenaires que sont le SPF SPSCAE et l'AFMPS (cf. Socle commun – Passerelles) et, si pertinent, avec d'autres partenaires au sein du paysage des soins de santé.

Pour cet Avenant, l'accent est concrètement mis sur deux initiatives :

- Premièrement, il s'agit de poursuivre le projet d'interface automatisée entre les données et les systèmes gérés par le SPF Santé publique et les entités fédérée (cf. 5<sup>e</sup> CA Art. 28.7). Concrètement, l'INAMI tend vers un octroi plus rapide de numéros INAMI aux dispensateurs de soins individuels sur la base de flux de données automatisés entre les différentes organisations partenaires. L'objectif est d'élaborer, pour fin 2019, un plan d'action prévoyant un ensemble d'objectifs à réaliser au cours de la période 2020-2021.
- Une deuxième initiative se réfère au développement d'une vision d'avenir intégrée concernant MyInami, liée aux projets en cours dans le cadre du redesign, comme la création du Service Center Santé, et qui s'inscrit dans la ligne des applications inter- et intrafédérales existantes que sont CobrHa+ et UPPAD. (cf. Socle commun – Passerelles).

Concrètement, le but est d'élaborer, pour la fin 2019, en étroite collaboration avec le SPF Santé publique, une note de vision comportant une première ébauche d'un plan opérationnel lié à la mise en œuvre opérationnelle du Service Center Santé, et prévoyant le développement d'un portail unique supra-organisationnel pour tous les services administratifs concernant le dispensateur de soins.

### Liste des actions-engagements

#### **Volet 1 – Finalisation et intégration de nouveaux processus dans l'application MyInami**

1. Le développement d'un module en ligne de demande d'avantages sociaux pour les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les praticiens de l'art infirmier (l'élaboration d'une réglementation adaptée et le développement du module en ligne de gestion des demandes d'avantages sociaux). Date limite : X + 2 ans, où X= accord avec les partenaires externes (dispensateurs de soins et assureurs) sur la réglementation.
2. Le développement d'un module en ligne de gestion de l'accréditation pour les dentistes prévoyant la gestion en ligne des activités de formation continue et des sessions de peer review. Date limite : 31/12/2019.
3. Le développement et la mise à disposition d'un nouveau module de demande en ligne d'intervention financière pour le financement et la programmation des stages des médecins pour l'année X et adapté en fonction des évolutions dans la réglementation relative au financement où la première année d'intervention financière X = 2019. Date limite : chaque fois au deuxième trimestre de X+1, adapté en fonction des évolutions dans la réglementation relative au financement.

## **Volet 2 : Optimisation de l'expérience d'utilisation / compatibilité entre MyInami et les appareils mobiles**

4. Développer un plan d'action comportant un ensemble d'objectifs en vue d'optimiser l'expérience d'utilisation, entre autres la compatibilité entre MyInami et les appareils mobiles. Date limite : 31/12/2019.

## **Volet 3 : Évolution vers un portail supra-organisationnel**

5. Élaborer un plan d'action comportant un ensemble d'objectifs devant générer une interface automatisée reprenant les données gérées par le SPF Santé publique et les entités fédérées. Date limite : 31/12/2019.
6. Élaborer la note de vision « Vision d'avenir MyInami » accompagnée d'une première ébauche de plan opérationnel intégralement lié à la mise en œuvre opérationnelle du Service Center Santé et prévoyant le développement d'un portail unique supra-organisationnel pour tous les services administratifs concernant le dispensateur de soins, en collaboration avec le SPF Santé publique. Date limite : 31/12/2019.

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

## **Article 32. La gestion des formes de collaboration cliniques entre dispensateurs de soins.**

Le présent article concerne la poursuite d'un projet extrait du précédent contrat d'administration sur le développement d'une base de données et d'un système de gestion pour les pratiques du dispensateur de soins (5<sup>e</sup> CA – Article 28, Volet 2), repris également dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018 – 2020 (point 5.1).

## **Description**

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

## **Cadre**

Organisation, information, contrôle.

## **Axes**

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

## **Contexte**

Ce projet renvoie à la poursuite de l'article 28 - Volet 2 du 5<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 2018, le thème complexe des groupements a été reformulé dans le cadre du 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.

Durant la période couverte par le présent Avenant, l'INAMI a 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, les dispensateurs de soins pourront exploiter certaines données via un module adapté dans MyInami.

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 de façon parallèle et auront un impact au niveau de leur exécution correcte.

- Il est nécessaire de se mettre d'accord avec le SPF Santé publique sur les principes conceptuels finalement choisis pour les groupements dans le cadre de la future loi relative à « la qualité de la pratique des soins de santé », qui prévoit également l'enregistrement des accords de collaboration entre professionnels des soins de santé.
- Dans le même temps, il convient d'intégrer l'enregistrement des groupements cliniques dans les bases de données que différentes organisations de partenaires alimentent (entre autres Cobhra(+)) et qui sont en cours de développement dans le Plan d'action eSanté.

La conception future du cadre juridique et l'opérationnalisation effective du répertoire des groupements cliniques se dérouleront **par phases** tel que stipulé dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé.

- Un premier jet des données pertinentes à collecter est déjà disponible et a été réalisé en étroite collaboration avec les organisations professionnelles des secteurs pionniers et les organismes assureurs.
- Dans une seconde phase, les sources authentiques qui peuvent être utilisées et/ou doivent être créées à cette fin seront déterminées.
- Ces premières étapes préparatoires serviront de base à la rédaction d'une proposition de texte pour le cadre réglementaire sur la base d'une disposition légale existante ou à créer, et elle permettra le lancement d'un projet IT interne et d'un proof of concept.
- Ensuite, ce proof of concept sera déployé dans au minimum un des secteurs pionniers. Un rapport devra alors être rédigé. Celui-ci présentera les résultats du proof of concept. Le cas échéant, la méthodologie sera adaptée en vue d'un élargissement structurel aux autres secteurs. Durant la dernière phase, l'implémentation concernera l'ensemble des secteurs professionnels.

### **Liste des actions-engagements**

1. Rédiger et soumettre à la Cellule Stratégique la proposition de texte pour le cadre réglementaire pour ce répertoire et lancer le projet IT interne afin d'être en mesure de réaliser le proof of concept. Date limite : 9 mois après la publication de la nouvelle réglementation relative à l'enregistrement des structures de coopération clinique entre dispensateurs de soins.
2. Lancer le proof of concept dans un ou plusieurs des secteurs suivants (praticiens de l'art infirmier à domicile, dentistes et kinésithérapeutes) par la collecte d'un set de données limité. Date limite: la date d'entrée en vigueur du cadre réglementaire.
3. Rédiger un rapport contenant les résultats du proof of concept, définir une méthodologie pour un élargissement structurel à d'autres secteurs et proposer les secteurs en question. Date limite: 12 mois après le démarrage du proof of concept.

4. Élargissement structurel à d'autres secteurs. Date limite: 6 mois après l'approbation de la méthodologie proposée et de l'élargissement par la Cellule stratégique

#### **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 33. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : TARDIS & Qermid 2.**

Le présent article concerne le transfert (moyennant actualisation) des engagements d'action qui n'ont pas (encore) été réalisés concernant TARDIS et Qermid dans le cadre de l'article 30 du contrat d'administration précédent et pour lesquels la date d'exécution se situe en dehors du délai du 5<sup>e</sup> contrat d'administration (2016-2018).

#### **Description**

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

#### **Cadre**

Attribuer, informer, organiser.

#### **Axes**

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

## **Contexte**

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

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

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

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

TARDIS présente de grands avantages à 2 niveaux :

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

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

Ce projet est un élargissement de la procédure TARDIS actuelle et a pour objectif :

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

nouveaux registres. Les données sont gérées dans HealthData, en respectant l'architecture générique pour la collecte des données de registres (HealthData).

Ce projet offre en outre l'opportunité de lancer une réflexion approfondie sur le rôle des collèges pour médicaments orphelins et d'aboutir peut-être à une automatisation des procédures d'avis au moyen notamment d'un vote électronique.

En vue de la simplification administrative de la procédure au collège actuelle pour les médicaments orphelins, une première étape a déjà été franchie dans cette direction dans le 5<sup>e</sup> contrat d'administration. Le nouvel arrêté d'exécution avec la procédure au collège simplifiée prévoyait notamment le principe selon lequel seule la première demande et la première demande de prolongation doivent encore passer par le Collège et que 3 ans après la création d'un nouveau Collège sur la base des données disponibles, on décide si l'avis du Collège est encore nécessaire. En outre, un nombre limité de Collèges ont déjà pu être supprimés, la procédure CRM a été lancée à cet effet.

L'étalement originel de ce projet a été révisé dans le cadre du Rapport annuel 2018 du 5<sup>e</sup> Contrat d'administration.

Ceci signifie concrètement que la date limite pour la disponibilité du modèle générique avec un lien vers Healthdata (c'est-à-dire une procédure compatible avec le registre Healthdata) a été intégralement liée au planning des organismes assureurs pour le "projet SAM 2.0", à savoir l'implémentation de la nouvelle version de la procédure de demande chapitre IV électronique basée sur la nouvelle version de la source authentique médicaments (SAM 2.0).

Cette même dépendance a aussi été intégrée au niveau des projets subséquents, notamment l'implémentation pour les médicaments orphelins (après développement et test) pour (au moins) un "groupe" de médicaments orphelins (par ex. produits d'hématologie) avec ensuite 6 mois plus tard la disponibilité et le test du système pour tous les médicaments orphelins.

**Le volet 2** de ce projet concerne la conversion de Qermid vers le système HealthData, c.-à-d. l'évolution de Qermid vers Qermid 2.0. Il existe à l'heure actuelle 5 registres dans Qermid (défibrillateurs, endoprothèses, pacemakers, tuteurs coronaires et orthopride). Dans le cadre du précédent Contrat d'administration, le registre des pacemakers était le premier parmi les 5 registres existants à être migré vers HealthData fin 2018. Les 4 autres registres seront transférés dans le courant de 2019 et 2020. L'objectif de ces registres est double :

- collecter des données afin d'évaluer les technologies et les critères de remboursement en concertation avec les associations scientifiques, afin de promouvoir de la sorte leur utilisation efficace, avec une garantie de qualité, et afin d'adapter la réglementation si cela s'avère nécessaire ;
- la suppression des procédures de demande ou de notification papier pour l'obtention d'un remboursement.

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

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

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

Concrètement, le volet 2 implique notamment les aspects suivants :

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

Dans le délai du précédent contrat d'administration, 2 nouveaux registres ont déjà été développés directement dans Healthdata et mis en production. Il s'agissait des registres "amputation" et "prolaps". La création d'éventuels nouveaux registres est examinée à la CRIDMI (Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs). D'autres nouveaux registres dans le pipeline, notamment en dehors du cadre des implants, sont notamment "oncofreezing", "spine" et "belrap" (CTM, Conseil technique médical (nomenclature) et CMD, Collège des médecins-directeurs (conventions)).

Lors de la migration des registres Qermid existants vers les registres HealthData, on a constaté que les premiers ne sont pas utilisés seulement comme de simples registres mais servent aussi, d'une part, comme outil dans la suppression du flux papier pour le remboursement et, d'autre part, comme un dossier patient électronique partagé, par lequel le médecin, dans sa relation thérapeutique avec le patient, a accès à tous les enregistrements qui ont été faits pour ce patient dans le registre Qermid. Les registres HealthData ne permettent toutefois pas ceci. De ce fait, il est nécessaire que les dossiers électroniques partagés pour ces matières soient repris en priorité dans le cadre des projets de dossiers patients électroniques partagés de la Roadmap eSanté afin d'éviter un retour en arrière et que le médecin ne doive utiliser d'autres canaux de communication (e-mail, téléphone,...) pour disposer de ces informations nécessaires.

Les phases du volet 2 sont déterminées par le planning de Healthdata pour le transfert de Qermid vers Healthdata, ainsi que par les développements ICT nécessaires au niveau des organismes assureurs y afférents. Cela concerne l'implémentation de la procédure analogue à TARDIS. Dans cet Avenant, l'accent reste placé sur la migration des registres Qermid existants vers la collecte de données via la plateforme HealthData et sur le développement parallèle de nouveaux registres dans Healthdata. En outre, on travaille à l'implémentation de la procédure analogue à TARDIS pour les implants. Le type d'implants pour lequel la première procédure sera implémentée sera choisi ultérieurement. Il faut également développer en parallèle les dossiers patients électroniques partagés pour cette matière.

## **Liste des actions-engagements**

### **Volet 1 – Le service en ligne TARDIS :**

1. Mise à disposition du nouveau service web TARDIS, une solution générique dirigée par un fichier de référence - SAM 2.0 avec un "registre compatible" chapitre IV. Date limite : X + 12 mois (où X = l'utilisation effective de SAM 2.0 par les organismes assureurs pour la tarification et les demandes électroniques chapitre IV).
2. Implémentation de la procédure TARDIS pour les médicaments orphelins (après développement et test) pour (au moins) un "groupe" de médicaments orphelins (p.ex. produits d'hématologie). Date limite : X + 12 mois (où X = l'utilisation effective de SAM 2.0 par les organismes assureurs pour la tarification et les demandes électroniques chapitre IV).
3. Mise à disposition de la procédure TARDIS pour tous les médicaments orphelins. Date limite : X + 12 mois (cfr. Art.33.2) + 6 mois (où X = l'utilisation effective de SAM 2.0 par les organismes assureurs pour la tarification et les demandes électroniques chapitre IV).

### **Volet 2 – Qermid 2 dans HealthData :**

4. Migration des registres Qermid existants vers la collecte de données via la plateforme HealthData. Date limite: 31/12/2020.
5. Implémentation de la procédure du module analogue à TARDIS pour au moins un type d'implants (il restera à déterminer pour quels implants la procédure du premier module sera implémentée). Date limite : 31/12/2020.

## **Effets attendus**

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

## **Facteurs externes**

- Collaboration avec les dispensateurs de soins et les associations scientifiques.
- Collaboration avec les organismes assureurs.
- Collaboration avec les différentes organes / collègues.
- Planification de Healthdata y compris le développement de S2S.
- Planification des dossiers électroniques partagés – Roadmap eSanté.
- Planning des développements ICT nécessaires au niveau des organismes assureurs.
- Disponibilité des ressources RH nécessaires.

## **Article 34. La fraude sociale : lutte contre la fraude sociale et mise en place de synergies avec l'ONEM.**

Le présent article concerne la poursuite du projet déjà présent dans l'article 9 de l'avenant de 2009 du Contrat d'administration 2006-2008, dans l'article 41 du Contrat d'administration 2010-2012, dans l'article 24 du Contrat d'administration 2013-2015 et dans l'article 33 du Contrat d'administration 2016-2018.

### **Description**

L'INAMI souhaite poursuivre ses actions de lutte contre la fraude sociale sur les matières suivantes : les domiciles fictifs et cohabitations frauduleuses, les séjours irréguliers à l'étranger, les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale, les cumuls interdits entre la perception d'indemnités d'incapacité de travail et des activités non-autorisées mais déclarées à l'ONSS ainsi que ces mêmes cumuls lorsque les activités non-autorisées ne sont pas déclarées à l'ONSS. 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

### **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 de contrôle administratif de l'INAMI va poursuivre la lutte contre 5 types de fraudes sociales:

- Les activités non-autorisées mais déclarées à l'ONSS et cumulées à la perception d'indemnités
- Les fraudes au domicile
- Les séjours irréguliers à l'étranger
- Les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- Le cumul d'indemnités avec une activité non-autorisée et non-déclarée (travail en 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'inspections sociales. 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'Etat à la lutte contre la fraude sociale de réunir une taskforce avec pour objectif de formuler des propositions sur la mise en œuvre de la réforme des corps d'inspections sociales conformément à l'accord de Gouvernement. Le rapport final de la taskforce, qui instaure, entre autres mesures, le développement de synergies entre l'INAMI et l'ONEM dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, a été approuvé par le Conseil des ministres le 10 novembre 2016.

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 les pratiques et méthodes d'investigation ;
- développer les 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 la base des décisions prises par l'ONEM en matière de fraude aux allocations de chômage et communiquées par celui-ci à l'INAMI, le SCA vérifie l'impact de celles-ci 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.

#### **Liste des actions-engagements**

1. Rédiger un rapport annuel en matière de fraude sociale. Dates limites : 31/12/2019, 31/12/2020.

#### **Effets attendus**

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

#### **Facteurs externes**

- Collaboration requise de l'ONEM en ce qui concerne l'échange des données et la communication des décisions prises par cet organisme 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 35. Responsabilisation financière des organismes assureurs – volet frais d’administration.**

Le présent article consiste en la poursuite du projet déjà inscrit dans l’article 15 du Contrat d’administration 2006-2008, dans l’article 15 de l’avenant de 2009, dans l’article 44 du Contrat d’administration 2010-2012, dans l’article 26 du Contrat d’administration 2013-2015 et de l’article 34 du 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 s’articule autour de trois concepts : les processus, les domaines et les indicateurs.

### **Cadre**

Contrôler, informer.

### **Axes principaux**

- Gestion des dépenses SSI.

### **Contexte**

Dans le cadre de la responsabilisation des OA sur le montant de leurs frais d’administration, l’INAMI doit transmettre chaque année des informations à l’Office de contrôle des mutualités. Sur la base de ces données ainsi que sur celles récoltées par lui-même, 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 sur le bon fonctionnement des OA. Un nouvel arrêté royal a été pris en ce sens le 10 avril 2014. Entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.

Un débat contradictoire est établi concernant le choix des indicateurs de mesures pour évaluer la performance de gestion des organismes assureurs par rapport aux domaines définis pour l’année d’évaluation. Ce débat entre l’INAMI et les OA doit avoir lieu 6 mois avant le début de l’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. Ceux-ci ne peuvent porter que sur la faisabilité des indicateurs de mesure afférents aux domaines.

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.

Le SCA poursuivra, en collaboration avec les différents services de l'INAMI, l'exécution de ce processus en préparant les indicateurs et les domaines avant de les soumettre au Comité général de gestion de l'INAMI dès juin 2019 pour l'année d'évaluation 2020.

De plus, le SCA effectuera une évaluation du nouveau système de responsabilisation financière des organismes assureurs relative aux domaines et indicateurs concernant l'INAMI (cfr. les notes CGG) pour les données de l'année 2016. Cette évaluation sera fournie pour la fin de la première année de l'avenant du CA (fin 2019) et envoyée à l'Office du contrôle des mutualités.

#### **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. Dates limites : 31/03/2019, 31/03/2020.
2. Effectuer une évaluation du nouveau système de responsabilisation financière des organismes assureurs sur la partie variable de leurs frais d'administration relative à la partie des domaines et indicateurs concernant l'INAMI (cfr. les notes CGG) pour les données de l'année 2016. Date-limite: 31/12/2019.

#### **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 36. Contrôle des employeurs et des OA en matière de délivrance de feuilles de renseignements indemnités et d'attestations de vacances annuelles.**

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

### **Description**

Suite au « redesign » des corps d'inspections sociales réalisé par le Gouvernement, le Service du contrôle administratif de l'INAMI est devenu le seul service compétent pour contrôler l'obligation des employeurs de délivrer les attestations de vacances annuelles et les feuilles de renseignements afin de permettre aux organismes assureurs de calculer et d'octroyer correctement les indemnités d'incapacité de travail à un assuré social reconnu en incapacité de travail. Cette mission relevait auparavant de l'Inspection sociale du SPF sécurité sociale intégrée à la suite du « redesign » dans le service d'inspection de l'ONSS. Dans le cadre de cette nouvelle mission, le SCA contrôle le respect de la réglementation par les employeurs et dresse le cas échéant à leur encontre et après enquête, des procès-verbaux de constatation d'infractions.

### **Cadre**

Contrôler, informer et conseiller.

### **Axes principaux**

- Application correcte et uniforme de la législation (impact sur les droits des assurés sociaux).

### **Contexte**

Au cours des années 2016 et 2017, le gouvernement fédéral a entamé un vaste programme de « redesign » des corps d'inspections sociales. A la suite de cette reconfiguration, certaines décisions ont été prises dont l'intégration de l'inspection sociale du SPF sécurité sociale au sein de l'Office national de sécurité sociale (ONSS) au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Cette décision a en effet entraîné une redistribution de certaines missions de l'inspection sociale vers d'autres corps d'inspection. En application de cette décision et du Plan d'action de lutte contre la fraude sociale, le Service du contrôle administratif de l'INAMI est ainsi devenu le seul service d'inspection compétent en matière de contrôle de l'obligation pour l'employeur de délivrer les attestations de vacances annuelles et les feuilles de renseignements pour permettre aux organismes assureurs de calculer les indemnités d'incapacité de travail d'un assuré social.

Les inspecteurs sociaux de la Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale ont ainsi pour mission de contrôler sur le plan administratif tous les documents délivrés, notamment dans le cadre de l'assurance indemnités, et de surveiller l'application de la tenue des documents sociaux en vertu de l'article 162 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Face au nombre conséquent de demandes en matière d'attestations de vacances annuelles et de feuilles de renseignements, une procédure de travail a été établie par le Service du contrôle administratif pour réaliser le suivi administratif de ces dossiers.

Concrètement, le service réceptionne les demandes d'enquête de la part des assurés sociaux ou des organismes représentant les assurés, tels que les organisations syndicales, au cas où l'employeur n'a pas complété l'attestation de vacances annuelles et/ou le volet « employeur » de la feuille de renseignements pour un assuré social reconnu en incapacité de travail.

Le SCA est compétent pour la gestion administrative de ces dossiers et contrôle en outre l'application par les OA de l'article 44 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 stipulant qu'il leur incombe de calculer le montant provisoire des indemnités d'incapacité de travail octroyées à l'assuré social, et ce aussi longtemps qu'ils ne disposent pas des éléments nécessaires à la fixation du montant de la rémunération perdue.

Le SCA intervient auprès de l'employeur, de son secrétariat social ou du curateur chargé de gérer la faillite de l'entreprise au cas où l'OA de l'assuré social n'a pas réceptionné l'attestation de vacances annuelles et/ou le volet « employeur » de la feuille de renseignements pour son incapacité de travail.

Les inspecteurs sociaux du service procèdent à l'examen des dossiers en mutualité dans le but d'analyser les actions entreprises par l'OA à l'égard de l'employeur afin de réceptionner ces documents et de vérifier l'octroi du montant provisoire des indemnités d'incapacité de travail aux assurés.

Au cas où l'employeur ne délivre pas l'attestation de vacances annuelles et/ou la feuille de renseignements – volet « employeur » et ce malgré les diverses demandes de l'OA et du Service du contrôle administratif, l'inspecteur social dresse, en application de l'article 224 du Code pénal social, un procès-verbal de constatation d'infraction à charge de cet employeur pour attestation de vacances annuelles ou feuille de renseignements non complétée.

Le procès-verbal est alors envoyé à la Direction des Amendes Administratives du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour application d'une sanction administrative.

L'accomplissement de ces contrôles et le suivi administratif des dossiers est crucial pour garantir le droit des assurés sociaux aux prestations de l'assurance maladie-invalidité dans les délais requis.

Le traitement des demandes d'enquêtes adressées au service exige un monitoring précis et rapide afin de ne pas préjudicier les droits des assurés sociaux au bénéfice des indemnités d'incapacité de travail auxquelles ils ont droit.

### **Liste des actions-engagements**

1. Reporting sur les résultats du suivi administratif des dossiers en ce qui concerne les demandes en matière d'attestations de vacances annuelles et de feuilles de renseignements. Date limite: 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Garantir aux assurés sociaux l'accès aux indemnités d'incapacité de travail.
- Veiller à l'application correcte et uniforme de la réglementation relative à l'assurance SSI.

### **Facteurs externes**

- Collaboration avec les organismes assureurs et avec d'autres acteurs : employeurs, secrétariats sociaux, organisations syndicales, curateurs de faillite, ...
- Disposer des moyens en personnel requis pour faire face à cette nouvelle mission.

## **Article 37. Analyse de la répétition d'examens techniques prescrits par des dispensateurs de soins pour un même patient : effet de l'utilisation du dossier médical informatisé sur le comportement en matière de prescription.**

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

### **Description**

Suite à l'informatisation du dossier médical ainsi que son partage entre prestataires de soin, le Service d'Evaluation et de Contrôle Médical de l'INAMI souhaite analyser l'état des lieux actuel ainsi que l'évolution de la répétition des examens techniques auprès d'un même patient.

### **Cadre**

Evaluer, informer, prévenir, contrôler.

### **Axes principaux**

- Meilleure maîtrise des dépenses SSI.
- Contribution à la maîtrise des coûts et à l'utilisation efficace des moyens.
- Optimalisation de l'usage des dossiers partagés.

### **Contexte**

Dans le cadre du « paysage e-Santé 2019 », le dossier médical informatisé (DMI) s'appliquera à tous les patients qui auront donné préalablement leur consentement. Ce dossier sera accessible à tout médecin concerné qui pourra avoir accès à l'historique des soins prodigués ou des traitements ou examens prescrits. Ce dossier sera alimenté par lui-même ou par ses confrères qui s'occupe du même patient. Ce dernier pourra lui aussi y ajouter ou y mettre à jour certaines informations le concernant.

L'implémentation de ce dossier médical informatisé dans un avenir proche devrait induire une diminution des examens techniques dans la mesure où tous les praticiens autorisés pourront consulter le dossier de son patient avant de programmer d'éventuels examens.

Afin de mesurer les effets de l'utilisation de ce dossier électronique partagé (GMD/DMI), le SECM mettra en place un suivi de la répétition des examens techniques prescrits ou prestés par des praticiens différents chez un même patient. Il s'agira là d'un bon indicateur pour l'établissement d'une méthodologie d'évaluation qui permettra d'évaluer annuellement l'évolution de ce phénomène.

### **Liste des actions-engagements**

1. Mettre en place une méthodologie d'évaluation de la répétition des examens techniques les plus courants sur la période 2015-2018 et présenter les résultats aux Comité du SECM. Date limite : 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Possibilité d'évaluer ultérieurement l'effet de l'informatisation du dossier médical sur la répétition des examens techniques.
- Diminution des dépenses SSI grâce à une diminution de la répétition inutile d'examens techniques.

### **Facteurs externes**

- Disposer des moyens RH requis.
- Disposer à temps des données Newattest.

## **Artikel 38. Évaluation et contrôle par le SECM dans la chaîne des processus de l'assurance indemnités.**

Le présent article concerne un nouveau projet dans la lignée de projets prévus par les précédents Contrats d'administration de l'INAMI (tels que les projets d'évaluation du SECM, les cartographies ITP médecins-conseils, le projet évaluation des prescripteurs d'incapacité de travail).

### **Description**

Il s'agit de l'évaluation et du contrôle qui sont effectués par le SECM dans la chaîne des processus implémentés dans l'assurance indemnités, tant lors de la prescription des attestations d'incapacité de travail que lors de l'évaluation et du suivi des assurés en incapacité par tous les acteurs concernés. Le SECM va redéfinir et intensifier ses missions de contrôle dans ce secteur et va exécuter sa mission légale en évaluant et en contrôlant le fonctionnement des médecins-conseils lors du contrôle primaire.

### **Cadre**

Évaluer et contrôler.

### **Axes**

- Application correcte et uniforme de la législation relative aux soins de santé et indemnités.
- Maîtrise des dépenses.

### **Contexte**

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux contribue à une utilisation optimale des moyens de l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI). Le SECM veille notamment à ce que tous les acteurs concernés (dispensateurs de soins, administrateurs des institutions de soins, médecins-conseils, assurés sociaux...) respectent leurs obligations dans un cadre légal et réglementaire adéquat.

Pour ce faire, la politique du SECM repose sur trois piliers complémentaires : l'Information, le Contrôle et l'Évaluation (ICE). Par une approche générale et efficiente, le SECM utilise au moment opportun la juste combinaison des instruments afin de contribuer à une utilisation optimale des moyens de l'ASSI.

Le présent projet se focalisera sur les 3 thèmes suivants au cœur de la chaîne des processus de l'assurance indemnités :

### 1. Développement d'une approche préventive à l'égard des médecins prescripteurs

En ce qui concerne le secteur de l'assurance indemnités, le SECM souhaite développer une approche préventive vis-à-vis des médecins prescripteurs sur le plan de la délivrance des attestations d'incapacité de travail. Sur base des analyses de flux de données CIT-IDES entre les OA et l'INAMI, lequel contient également les données des prescripteurs, on peut régulièrement détecter les outliers.

Le SECM affine les indicateurs pour les échantillons. Le comportement prescripteur sur le terrain sera suivi par des échantillons.

Les informations utiles, le feed-back individuel et les avertissements peuvent être communiqués à ces médecins prescripteurs. Dans certains cas graves, les dossiers peuvent être transmis à l'Ordre des médecins. La mise en place d'un tel processus d'analyse, de contrôle et de feed-back peut avoir un effet de sensibilisation et de responsabilisation auprès des dispensateurs de soins.

Il convient de souligner à ce sujet que le comportement prescripteur pour des périodes d'incapacité de travail qui ne relèvent pas de l'assurance maladie obligatoire (salaire garanti) ne fait pas partie du scope du présent projet.

### 2. Contrôle des médecins-conseils

Un deuxième aspect des activités du SECM dans le secteur des indemnités concerne l'exercice d'un contrôle externe sur le fonctionnement des médecins-conseils. Cette partie du projet a pour objectif de répertorier les activités des médecins-conseils (MC) dans le secteur des indemnités. Les médecins-conseils et leurs équipes médico-socio-administratives qui sont des "outliers" sur le plan de l'évaluation des assurés en incapacité de travail sont identifiés en fonction notamment des critères suivants :

- la politique de convocation : le nombre de contacts par assuré suivant la durée de l'IT et la pathologie,
- la durée de l'incapacité de travail selon la pathologie,
- les initiatives de réinsertion socioprofessionnelle,
- les données administratives correctes : données socioprofessionnelles, statut...
- l'évaluation suivant les instructions du SIDU...

La politique de délégation de l'OA est également évaluée.

Le suivi des assurés par les médecins-conseils sur le plan notamment de l'évaluation de l'incapacité de travail, des reprises de travail partielles, des initiatives de réinsertion professionnelle, pourra faire l'objet d'une évaluation. Un feed-back est donné aux médecins-conseils et des actions peuvent être mises en œuvre pour améliorer - si nécessaire - la qualité des processus.

Concernant les dossiers d'invalidité, un contrôle sera opéré sur la réalité, la conformité et la qualité des dossiers des MC sur le plan de :

- la correspondance de l'anamnèse professionnelle avec la DIMONA/le LATG ;
- l'encodage de la pathologie ;
- la rédaction, par le MC, d'un dossier de données de qualité suffisante requises pour permettre une évaluation correcte de l'incapacité de travail ;
- la prise de toutes les initiatives de réinsertion professionnelle nécessaires ;
- le suivi des recommandations du CTM et des directives MC.

### 3. Évaluation et contrôle du suivi par le MC des constats d'activité non autorisée

Cette partie du projet se focalisera sur l'évaluation des décisions des OA/médecins-conseils en cas de constat d'une activité non autorisée par le Service du contrôle administratif (SCA). Le SCA réalise des contrôles dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale par les assurés sociaux. Les contrôleurs sociaux du SCA contrôlent le cumul illégal d'indemnités d'incapacité de travail avec l'exercice d'une activité professionnelle (travail au noir). Les contrôleurs sociaux peuvent à cet effet établir des PV de constatation. Ces PV sont également transmis par le SCA à l'OA de l'assuré afin que l'OA puisse poursuivre le traitement du dossier.

Le présent projet apportera une plus-value tant pour le SECM que pour le SCA dans le cadre de l'exercice de leurs missions légales. Les cas où l'OA a constaté lui-même l'activité non autorisée ne font pas partie du scope du présent projet.

Le contrôle du suivi par les différents OA des constatations d'activité non autorisée, peut être un instrument utile pour évaluer les activités des OA sur ce plan et les ajuster si nécessaire. Lors d'une action de terrain, on contrôlera si les dispositions réglementaires sont suivies, notamment la réalisation des examens médicaux par les médecins-conseils.

#### **Liste des actions-engagements**

1. Rapport aux organes compétents (Comité SECM, CSMD) des constatations sur le plan de l'évaluation et du contrôle qui sont réalisés par le SECM dans la chaîne des processus de l'assurance indemnités.  
Dates limites : 31/12/2020

#### **Effets attendus**

- Une optimisation de la délivrance des attestations d'incapacité de travail par les dispensateurs de soins.
- Une augmentation de l'efficacité des activités de contrôle en matière d'incapacité de travail et une synergie accrue entre les différents acteurs.
- Une amélioration de la reproductibilité des décisions des médecins-conseils pour permettre des comparaisons mutuelles.

#### **Facteurs externes**

- Collaboration de l'OA pour fournir des données de qualité sur les prescripteurs de soins et sur les activités des médecins-conseils.

## **Article 39. Détection, approche et suivi proactif de la fraude chez les praticiens de l'art infirmier à domicile (évaluation de l'utilisation de la carte eID).**

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

### **Description**

Ce projet porte sur la mise en œuvre et la détermination des priorités de la lutte anti-fraude dans le domaine de l'assurance maladie, spécifiquement en ce qui concerne les praticiens de l'art infirmier à domicile, avec pour objectif de/d' :

- détecter systématiquement la facturation intentionnelle de prestations non réalisées ;
- assurer un suivi proactif des fraudeurs en contrôlant rapidement les dispensateurs de soin ayant fait l'objet d'une enquête antérieure ;
- avoir une approche plus sévère des fraudeurs obstinés.

### **Cadre**

Évaluation et contrôle, récupération, organisation.

### **Axes**

- Contribution à la maîtrise des dépenses.

### **Contexte**

Le service d'évaluation et de contrôle médicaux effectue des visites de contrôle sur la base de signalements externes et de ses propres analyses de risques. Trois quarts du montant imputé au SECM résultent d'une enquête de contrôle réalisée sur la base d'une initiative propre et 25 %, de signalements externes.

Le service constate que, dans 16,5 % des cas de visites de contrôle clôturées en 2017, il s'agit d'une infraction intentionnelle motivée par l'appât du gain : fraude. Nonobstant du nombre relativement limité de dossiers concernés, ces dossiers de fraude représentent tout de même 68 % du montant imputé sur une base annuelle. Un tiers de ces dossiers de fraude et 56 % du montant imputé relatif à cette fraude concernent des praticiens de l'art infirmier à domicile. Parmi les 29 fraudeurs ayant facturé plus de prestations durant l'année après un grief par rapport à l'année précédente, 18 sont des infirmiers à domicile.

Au vu de ces constatations, il est essentiel de systématiquement contrôler le groupe des praticiens de l'art infirmier à domicile en matière de facturation intentionnelle de prestations non réalisées et d'y réagir de manière appropriée.

À cette fin, le SECM dispose d'un accès continu aux données de facturation récentes nécessaires ainsi que d'une méthode de contrôle efficace compte tenu des moyens limités (personnel d'inspection).

Les aspects suivants seront abordés dans ce projet :

- Un monitoring de l'utilisation du lecteur de carte eID. La lecture obligatoire de la carte d'identité électronique à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2017 offre de nouvelles possibilités de contrôle. De nouveaux flux de données mensuelles et trimestrielles de la facturation récente des praticiens de l'art infirmier à domicile constitueront la base des analyses, du datamining et du suivi systématique des fraudeurs identifiés (praticiens de l'art infirmier à domicile). La sous-application de la lecture de

la carte eID constitue un premier risque à contrôler. Les analyses de risques seront affinées au moyen d'un questionnaire écrit envoyé à un plus grand groupe de praticiens de l'art infirmier à domicile.

- Contrôle de la réalisation effective des soins. Une attention particulière sera accordée à la réalisation effective des soins, même en cas de lecture de la carte eID. Autrement dit, existe-t-il des méthodes permettant de contourner la lecture de la carte eID, la procédure administrative actuelle est-elle inviolable ? Ces tâches peuvent être réalisées par le personnel administratif de manière à ce que les inspecteurs sociaux (infirmiers-contrôleurs) puissent consacrer le temps dont ils disposent à des auditions et des constatations.
- Suivi systématique des fraudeurs identifiés avec des actions supplémentaires lorsqu'il s'agit de fraudeurs obstinés (contrôle de ceux qui ont déjà fait l'objet d'une enquête). Les fraudeurs obstinés seront soumis à une suspension temporaire du paiement via le régime du tiers payant s'il existe de nouveaux indices de fraude (art. 77sexies). D'autres possibilités doivent être examinées pour les fraudeurs obstinés qui ne travaillent pas via le régime du tiers payant.

### **Actions-engagements**

1. Remise d'une note en matière de monitoring de l'utilisation de la carte eID par les praticiens de l'art infirmier à domicile. Date limite : 30/06/2019.
2. Élaboration d'une note méthodologique faisant également appel au personnel administratif pour assurer le suivi des praticiens de l'art infirmier à domicile qui ont un profil élevé. Date limite : 31/12/2019.
3. Élaboration d'un rapport annuel du suivi systématique des praticiens de l'art infirmier à domicile avec une suspension de l'art 77sexies. Dates limites: 31/12/2019, 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Détection plus rapide des nouveaux fraudeurs, suivi plus rapproché et sanction de fraudeurs existants avec pour conséquence un effet dissuasif.

### **Facteurs externes**

- Accès systématique à des données récentes de bonne qualité.

## **Article 40. 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 ».**

Cet article est la suite du projet repris à l'article 35 du Contrat d'administration 2016-2018.

### **Description**

Poursuivre de manière permanente les initiatives en matière de bon usage des ressources, d'efficacité des soins et de contrôle performant.

### **Cadre**

Informers, évaluer et sensibiliser.

## **Axes**

Maîtrise des dépenses SSI.

## **Contexte**

L'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014 formule des objectifs en matière de qualité, d'efficacité et de contrôle des soins de santé. Début février 2016, une taskforce a ensuite été créée à la demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ayant pour mission de mettre l'accent sur un bon usage des ressources, l'efficacité des soins et un contrôle performant. Les travaux de cette taskforce ont abouti à la rédaction d'un rapport formulant plusieurs suggestions et recommandations et présentant une stratégie d'approche. Le Plan d'action concret en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 qui a suivi a été approuvé par le Conseil général le 18 juillet 2016. La Cellule Soins efficaces a ensuite été créée (cf. Contrat d'administration 2016-2018, article 35) et l'opérationnalisation du Plan d'action a été prise en charge par un groupe de pilotage interne et la Commission Anti-fraude (CAFC), à savoir la plateforme de coopération où siègent les différents acteurs concernés (INAMI et OA). Des rapports périodiques au Conseil général étaient également prévus.

Ce premier Plan d'action est arrivé à échéance fin 2017. Le 4 juin 2018, l'évaluation finale concernant son exécution (Note CGSS 2018/030) a été présentée au Conseil général. L'évolution concrète des mesures structurelles prévues en matière de contrôle, des mesures dans le cadre de la lutte contre la fraude et des mesures de promotion de l'efficacité dans les soins de santé y est expliquée en détail. Il s'agit plus particulièrement de certaines :

- mesures structurelles concernant l'échange / le croisement des données, la lecture e-ID, l'enregistrement des pratiques, l'interdiction et la suspension du régime du tiers payant, les points de contact fraude et gaspillage, les profils de patients, la réforme du système d'accréditation, l'audit des hôpitaux, la commande d'attestations de soins donnés, le plafond art infirmier à domicile
- mesures en matière de lutte contre la fraude, de contrôle de profils élevés de praticiens de l'art infirmier à domicile, de RMN non autorisées, de transport urgent de malades, de contrôle des bandagistes, de médication sensible à la fraude, de prestations obsolètes, de contrôles a posteriori CT rochers, de suivi du plafond des prestations de kinésithérapie, de contrôle du statut E en kinésithérapie, de contrôle d'outliers logopèdes
- actions de promotion de l'efficacité dans les soins de santé, d'une part, par le développement d'une stratégie pour la rédaction des feed-backs individuels aux médecins généralistes et la rédaction d'une méthodologie standardisée pour la cartographie des variations de pratique par spécialité médicale, et, d'autre part, par l'exécution d'actions spécifiques concernant les profils de patients de dentistes, une campagne de sensibilisation en bandagisterie, le screening et l'audit en imagerie médicale.

La nécessité d'un usage performant des ressources financières dans le secteur des soins de santé demeure actuelle, entre autres du fait du volume réduit des moyens disponibles et de certaines tendances sociétales telles que le vieillissement de la population. On mise dès lors sur la continuité des initiatives en matière d'approche intégrée pour un usage rationnel des ressources financières. Un nouveau « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 » (Note CGSS 2018/031) a entre-temps été soumis à l'approbation du Conseil général du 4 juin 2018, et prévoit des actions qui sont exécutées, en fonction du thème, par l'INAMI, le SPF SPSCAE ou les OA/l'AIM.

Le Plan d'action prévoit :

- un chapitre relatif à la collaboration avec les différents partenaires dans le secteur des soins de santé, concernant la collaboration OA-INAMI et autres, dans le cadre d'une approche uniforme et efficace des contrôles, des récupérations et des sanctions, y compris le déploiement de points de contact « fraude » et d'une approche intégrée des dispensateurs de soins qui ont été suspendus ou dont le visa a été retiré ;
- un chapitre concernant l'échange de données et la gestion de données, au sujet de la diffusion de données et l'optimisation de l'utilisation et de l'analyse de données

et à nouveau :

- une série de mesures structurelles concernant des formes de coopération clinique entre les dispensateurs de soins (cf. également l'article 32 'La gestion des formes de collaboration cliniques entre dispensateurs de soins'), une facturation électronique à l'épreuve de la fraude, audits des hôpitaux (cf. également socle commun, passerelle « Surveillance et audit des hôpitaux »), la détection de la surconsommation par des dispensateurs de soins via les profils de patients (poursuite), l'aide médicale urgente, le seuil de justification de l'attestation AMI praticiens de l'art infirmier à domicile (cf. également l'article « Détection, approche et suivi proactif de la fraude parmi les praticiens de l'art infirmier à domicile (évaluation de l'utilisation de la carte eID ») :
- une série de mesures en matière de lutte contre la fraude, concernant les forfaits d'hôpital de jour pour consultation en polyclinique, le monitoring cardiaque ambulatoire et hospitalisé, les médicaments attestés pendant l'hospitalisation, la physiothérapie au sein des hôpitaux, les médicaments orphelins : conformité par rapport à l'accord du médecin-conseil, contrôle d'outliers logopèdes, médecins généralistes qui ne chargent pas de ticket modérateur, clichés panoramiques et numéros de dents des dentistes, contrôle d'outliers rétinographie
- opérationnalisation des activités en matière de soins efficaces
  - o médecine générale : envoi des feed-backs individuels (quelque 45 indicateurs en matière de comportement prescripteur) aux médecins généralistes et rédaction d'un rapport de performance global en matière de médecine générale en Belgique
  - o médecins spécialistes : rédaction de rapports standardisés au sein de chaque spécialité médicale sur la base d'un algorithme de calcul développé, la cartographie des variations de pratique pour ensuite entamer le dialogue avec les acteurs concernés
  - o actions spécifiques en matière de promotion de l'efficacité dans les soins de santé, concernant le DMG (cf. également l'article « Analyse de la répétition d'examen techniques prescrits par différents dispensateurs de soins à un même patient : effet de l'utilisation du DMG sur le comportement prescripteur), le dossier dentaire, les soins dentaires conservateurs, la cardiologie, l'ophtalmologie, la neurologie (VIDEO) EEG, l'analyse des tests de la fonction pulmonaire, l'anatomopathologie, la biologie clinique, les ménisectomies arthroscopique, l'audit de l'imagerie médicale 2.0, les médecins sans autorisation AFCN utilisant des appareils à rayonnement ionisant, le comportement prescripteur en matière de biosimilaires, le comportement prescripteur en matière de médicaments bon marché, les médicaments du chapitre IV, l'utilisation rationnelle des antibiotiques

Pour situer ce nouveau Plan d'action, il est fait référence au socle commun du présent Avenant. Il se situe plus particulièrement dans la passerelle « Qualité, efficacité et contrôle des soins ». En effet, toute une série de thèmes concernant la politique de contrôle est déjà maintenant reprise dans le cadre d'une coopération structurelle avec le SPF SPSCAE. Ils sont dès lors systématiquement invités aux réunions du groupe de pilotage interne et de la CAFC.

### **Liste des actions-engagements**

1. Rapport annuel au Conseil général concernant l'exécution/le suivi du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé. Date-limite : les 31/12/2019 et 31/12/2020.

### **Effets attendus**

- Usage optimal des ressources financières de l'assurance soins de santé
- Meilleure qualité des soins dispensés aux patients

### **Facteurs externes**

- Collaboration du SPF SPSCAE, DGSS
- Collaboration des organismes assureurs et de l'AIM
- Collaboration des dispensateurs de soins
- Collaboration du AFCN
- Collaboration du KCE, de l'ISP et d'autres associations scientifiques
- Disposer des ressources nécessaires formulées dans le plan (entre autres dans le domaine des ressources humaines et de l'informatique)

## **Article 41. Poursuite de l'amélioration de la gestion organisationnelle en mettant l'accent sur le renforcement du contrôle interne, la maîtrise des risques et la culture BPM**

Cet article entend compléter l'article 36 du Contrat d'administration 2016-2018 et s'inscrit dans le prolongement des initiatives prises antérieurement, notamment en matière de gestion des processus, de contrôle interne et de gestion des projets.

### **Description**

Élaboration d'une approche uniforme et standardisée en matière de gestion des risques.

### **Cadre**

Organisation interne

### **Axes**

- Contribuer à la maîtrise interne et à la gestion rationnelle des moyens
- Amélioration des processus et informatisation.

### **Contexte**

Ce projet entend développer une approche uniforme et standardisée en matière de gestion des risques et de contrôle interne et s'inscrit dans une dynamique d'amélioration permanente de notre gestion organisationnelle.

Une organisation moderne et bien administrée dispose d'un contrôle interne et de d'une gestion des risques solides. Ceux-ci veillent à ce que les objectifs fixés puissent être atteints malgré les risques inhérents aux processus. L'INAMI en reconnaît l'importance et a, dès lors, créé un service d'audit interne en 2012. Le service d'audit interne procède à des évaluations du contrôle interne intégré aux processus de l'organisation, et formule des recommandations en vue de l'améliorer. Cependant, il y a lieu également d'œuvrer, à l'échelle de l'organisation, de manière structurée et uniforme, à l'amélioration du contrôle interne et de la gestion des risques afin d'accélérer et de soutenir celle-ci en privilégiant une approche bottom-up.

L'INAMI représente un bel exemple à suivre dans deux domaines de la maîtrise organisationnelle, à savoir la sécurité de l'information et la gestion environnementale. De nombreuses initiatives ont également été prises dans le cadre d'une bonne gestion des processus et des projets (notamment par la Cellule de modernisation), qui ont indirectement contribué au contrôle interne et à la gestion des risques à l'INAMI. Le service d'audit interne aussi apporte sa contribution en augmentant, autant que faire se peut, la prise de conscience et les connaissances en ce qui concerne le contrôle interne ou la gestion des risques. Toutefois, les méthodologies proposées par ces différents acteurs ne sont pas encore suffisamment appliquées sur une base régulière dans l'organisation.

Entamer la construction d'un système de contrôle interne et de gestion des risques à l'INAMI est un pas nécessaire à franchir pour la progression de notre organisation. Cerner et gérer les risques de manière uniforme et standardisée nous permettrait d'améliorer en permanence notre maîtrise organisationnelle et, par la même occasion, d'atteindre nos objectifs de manière cohérente et efficiente.

Ce projet prévoit ainsi, au cours de la première année couverte par cet avenant, la rédaction d'une note de vision sur la maîtrise organisationnelle contenant des propositions spécifiques relatives à la manière d'aboutir à une meilleure gestion des risques. Concrètement, il peut s'agir entre autres :

- d'établir une sorte de registre/cycle impératif en vue d'établir une cartographie des risques ;
- de proposer des mesures concrètes au niveau des processus et projets en vue de la maîtrise des risques ;
- de proposer un plan d'approche pour l'implémentation, en phase avec des méthodes déjà existantes telles que le BPM, la gestion de projets...

### **Liste des actions-engagements**

1. Rédaction d'une note de vision sur la maîtrise organisationnelle contenant des pistes en vue du développement d'une approche uniforme en matière de contrôle interne et de gestion des risques à l'INAMI. Date limite : 30/12/2019.

### **Effets attendus**

- Transparence et efficience accrues des processus.
- Fonctionnement meilleur, plus efficient et plus ciblé, avec un impact direct pour nos clients et les acteurs.
- Meilleure maîtrise des coûts internes.

## **Article 42. Le Fonds des accidents médicaux : le développement d'une vision d'avenir, l'évaluation du fonctionnement actuel et la transmission électronique des données médicales.**

Cet article concerne la suite du projet repris à l'article 21 figurant du 4<sup>ème</sup> Contrat d'administration 2013-2015 de l'INAMI.

### **Description**

Le développement d'une vision d'avenir pour le Fonds des accidents médicaux (FAM), sur la base notamment de l'évaluation du fonctionnement actuel, du déroulement des processus et des avis. Avec, en outre, l'opérationnalisation de la transmission électronique des données médicales.

### **Cadre**

Octroi

### **Axes**

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

### **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 résultant 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).

Le FAM existe depuis près de 8 ans, et souhaite se concentrer au cours de la période couverte par cet avenant (et prochain Contrat d'administration) sur 3 domaines, à savoir :

- (1) L'opérationnalisation de la transmission électronique des données médicales ;
- (2) L'exécution des recommandations qui seront formulées sur la base d'un audit portant sur le fonctionnement du FAM ;
- (3) L'établissement d'une vision d'avenir sur la base notamment d'une évaluation de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et des effets attendus.

#### **1. La transmission électronique des données médicales**

Cette partie concerne une optimisation du processus actuel en matière de traitement de dossiers du FAM. Au cours de la période de l'avenant, une adaptation réglementaire sera élaborée de sorte que les informations émanant des dispensateurs de soins de même que des établissements de soins puissent être réceptionnées par voie électronique de manière structurée et claire. L'échange numérique des données médicales (avec l'intégration automatique dans l'application DAMO) sera rendu obligatoire. Cela implique le respect d'un format défini spécifiquement et l'utilisation de métadonnées et une analyse/alignement

de la loi GDPR et la loi FAM en ce qui concerne la demande des données médicales aux établissements de soins.

- Les informations sont numérisées et transmises avec suffisamment de métadonnées au FAM (la concertation avec les coupoles d'hôpitaux et les fournisseurs de logiciels « dossier médical informatisé » (DMI) est déjà en cours). Les métadonnées sont définies sur la base du standard KMEHR. On examine comment utiliser un dossier médical informatisé (DMI) comme environnement de travail afin de soutenir au mieux l'analyse de dossier.
- Intégration électronique des informations électroniques existantes (périodes d'incapacité de travail/invalidité, soins dispensés, etc.) dans le dossier du FAM.
- Les clichés médicaux sont distribués par voie électronique (par le biais de PacsOnWeb du FAM).
- L'échange de données avec les experts et les parties se fera au travers d'un système de folders sécurisés « Tresorit ».
- Consultation des informations par le biais de folders sécurisés.
- On examine la possibilité d'introduire une demande par voie électronique.
- L'utilisation des signatures électroniques a été généralisée.

## 2. **Audit : établissement d'un plan d'action et exécution des recommandations**

Un audit interne (soutenu par des consultants) portant sur le processus actuel et le fonctionnement en matière de traitement des dossiers du FAM est actuellement en cours. Le rapport d'audit sera finalisé dans le courant du premier semestre de 2019. Un plan d'action sera établi sur la base de ce rapport, suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées.

## 3. **Évaluation de la législation en vue de l'élaboration d'une vision pour le futur** (cette partie sera abordée dans l'année qui suit la période de l'avenant)

Ce volet comporte une évaluation élargie de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et ce, après 8 ans. Y seront abordés en autres :

- Le volet patient, y compris la procédure juridique : notamment la valeur ajoutée pour le patient.
- Le volet prévention :
  1. Analyse des avis émis
  2. Dans quelle mesure peut-on renforcer la formulation des recommandations par le FAM afin d'éviter des accidents médicaux ?

### **Liste des actions-engagements**

1. Préparer la rédaction de textes réglementaires afin de rendre possible et obligatoire la transmission électronique (structurée et assortie de métadonnées) de données médicales au FAM, ainsi que d'une demande numérique complète. Date limite : 31/12/2019.
2. Rédaction d'un plan d'action portant sur l'exécution des recommandations formulées dans le cadre du rapport d'audit. Date limite : 30/06/2019.
3. Exécution du plan d'action portant sur l'exécution des recommandations dans le cadre du rapport d'audit. Date limite : 31/03/2020.

### **Effets attendus**

- Processus plus efficaces pour le traitement des dossiers individuels
- Priorité renforcée pour les dossiers portant sur des dommages graves, priorité renforcée pour des dossiers dans lesquels une indemnisation est possible

### **Facteurs externes**

- La production en temps utile des données nécessaires par les fournisseurs de logiciels, les couples d'hôpitaux et les dispensateurs de soins

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

### **Article 43. Tableaux de bord**

**Article 43.** 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 la Cellule modernisation de l'INAMI ([modernisation@inami.fgov.be](mailto:modernisation@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 2019 et 2020 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<sup>ème</sup> contrat d'administration (2016-2018) sont remplacés par les articles suivants.

### **Article 44. 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 des dites 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 45. 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 46. 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 NWO 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 47. Engagements en matière d'audit interne

**Article 47.** 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<sup>ième</sup> contrat d'administration (2016-2018) sont remplacés par les articles suivants.

### **Article 48. Budget de gestion pour les exercices 2019 et 2020**

**Article 48.** Le budget de gestion de l'Institution pour les exercices 2019 et 2020 est établi comme suit :

	2019	2020 <sup>(1) (2)</sup>
<b>Dépenses de personnel</b>	95.479.895	96.430.733
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	<b>30.257.019</b>	<b>34.791.279</b>
<i>Dont : Fonctionnement ordinaire</i>	12.258.456	17.473.549
<i>Informatique</i>	17.998.563	17.317.730
<b>Investissements</b>	<b>2.192.150</b>	<b>50.573.250</b>
<i>Dont : Investissement mobiliers</i>	1.022.000	22.000
<i>Investissements informatiques</i>	259.142	50.000
<i>Investissements immobiliers</i>	911.008	50.501.250
<b>Dépenses de fonctionnement non-limitatives</b>	2.175.484	437.129
<b>Total</b>	130.104.548	182.232.391

(1) Pour l'exercice 2020 : calcul en prix de 2019

(2) Cotisations au Pool des parastataux 43%

Cette enveloppe de gestion comprend également les crédits pour l'exécution des mesures gouvernementales adoptées et pour la mise en œuvre des projets de modernisation, comme décrit dans le contrat d'administration.

### **Article 49. Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire**

**Article 49.** 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 88.605.343 pour l'exercice 2019 et à 89.487.720 pour l'exercice 2020, 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<sup>ième</sup> contrat d'administration (2016-2018) restent d'application pour la période 2019-2020.

## **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
<b>CREDITS DE PERSONNEL</b>	
8111	Rémunérations directes du personnel
8112	Cotisations sociales patronales
8113	Allocations sociales
8114	Cotisations patronales au Fonds des primes syndicales
<b>CREDITS DE FONCTIONNEMENT</b>	
<b>Fonctionnement ordinaire</b>	
8129	Service social du personnel
8135	Rétributions à des personnes attachées administrativement à l'organisme
8124	Indemnités diverses couvrant des charges réelles
8125	Formation professionnelle du personnel
8126	Frais de représentation, de déplacement et de transport
8127	Contentieux (non limitatif)
8128	Honoraires autre que pour le contentieux
8121	Frais de locaux, matériel, machines et mobilier, matériel roulant et fournitures
8122	Dépenses de consommation énergétique
8123	Frais de bureau, de publication et de publicité
8225	Frais financiers courants
8132	Exonération, renonciation, annulation et moins-value de créances autres que de prestations sociales
8211	Intérêts sur emprunts
8219	Intérêts divers et charges financières
8224	Moins-values réalisées sur placements
8131	Impôts sur biens et services
8823	Prêts financiers et avances consentis
8811	Garanties et cautionnements payés
8911	Remboursements d'emprunts émis sur le marché et auprès de tiers
8929	Remboursements de garanties et cautionnements reçus

<b>Fonctionnement informatique</b>	
8142	Frais informatiques avec d'autres tiers
8141	Frais informatiques liés à la Smals
<b>CREDITS D'INVESTISSEMENTS</b>	
<b>Investissements informatiques</b>	
8732	Matériel informatique
<b>Investissements mobiliers (non informatiques)</b>	
8731	Mobilier et matériel
8721	Installations, machines et outillages
8733	Matériel roulant
8734	Autres immobilisations corporelles diverses
<b>Investissements immobiliers</b>	
8711	Terrains
8712	Bâtiments
8721	Installations, machines et outillages
8742	Rénovation et extension

## Liste des abréviations

AIM	Agence intermutualiste
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CIN	Collège Intermutualiste National
CMD	Collège des Médecins-Directeurs
CMI	Conseil Médical de l'Invalidité
CR-CMI	Commission Régionale du Conseil Médical de l'Invalidité
CRM	Commission de Remboursement des Médicaments
CRIDMI	Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs
FAM	Fonds des Accidents Médicaux
FSS	Fonds Spécial de Solidarité
GLEM	Groupe Local d'Evaluation Médicale
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INASTI	Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
INS	Institut National des Statistiques
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAF	Maximum A Facturer
MC	Médecin-Conseil
NISS	Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale
OA	Organisme Assureur
OCM	Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités
ONP	Office National des Pensions
ONSS	Office National de la Sécurité Sociale
ONSSAPL	Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
OSSOM	Office de la Sécurité Sociale d'Outre-Mer
RCM	Résumé Clinique Minimum
SECM	Service d'Evaluation et du Contrôle Médicaux
SELOR	Bureau de sélection de l'administration fédérale
SHA	Séjour Hospitalier Anonyme
SMALS	Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales
SNCB	Société Nationale des Chemins de fer Belges
SSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
SSS	Service des Soins de Santé
UML	Union Nationale des Mutualités Libres
UNML	Union Nationale des Mutualités Libérales
UNMN	Union Nationale des Mutualités Neutres
UNMS	Union Nationale des Mutualités Socialistes

# **TITRE XIV: Redesign – Le socle commun: collaboration stratégique et opérationnelle entre l’INAMI, l’SPF Santé et l’AFMPS**

## **Table des matières**

<b>Dispositions préliminaires .....</b>	<b>142</b>
<b>1. Définitions .....</b>	<b>144</b>
<b>2. Contexte stratégique .....</b>	<b>145</b>
2.1. Introduction.....	145
2.2. Contexte actuel .....	146
<b>3. Programme Stratégie de santé .....</b>	<b>147</b>
3.1. Priorités dans le domaine du soutien à la politique visant une politique de soins de santé performante ..	147
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 .....	147
3.1.2. Évaluer l'état de santé des Belges et la performance du système de soins de santé .....	147
3.2. Priorités en matière de collaboration et de cohérence de gestion.....	148
3.2.1. Professionnalisation de la coordination politique inter-administrative entre les administrations de soins de santé fédérales et les autres niveaux de pouvoir .....	148
3.2.2. Élaboration d'un socle commun dans le cadre des Contrats d'administration et du Plan stratégique ..	150
3.2.3. Préparation d'une future organisation en réseau en construction entre les trois institutions .....	150
<b>4. Programme Passerelles.....</b>	<b>152</b>
4.1. De la collaboration ad hoc à la collaboration structurelle au moyen de passerelles .....	152
4.2. Gouvernance, pilotage et suivi des projets passerelles.....	153
4.3. Domaines de collaboration et projets passerelles .....	154
4.3.1. Réforme du secteur hospitalier .....	154
4.3.2. Politique et services à l'égard des prestataires de soins .....	156
4.3.3. Plan commun pour les malades chroniques : « Des soins intégrés pour une meilleure santé » .....	158
4.3.4. eSanté .....	160
4.3.5. Qualité, efficacité et contrôle des soins .....	161
4.3.6. Politique en matière de résistance antimicrobienne .....	164
4.3.7. Accès à l'innovation dans les soins de santé (projet passerelle) .....	165
<b>5. Programme Data .....</b>	<b>167</b>
<b>6. Programme Support .....</b>	<b>169</b>
6.1. Health on the Move.....	169
6.2. Synergie des services de soutien .....	170
<b>7. Mise en œuvre du redesign, axe Politique .....</b>	<b>173</b>
<b>8. Rapports au gouvernement fédéral.....</b>	<b>175</b>

## 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<sup>er</sup> 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 trajets<sup>11</sup>. 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 2016<sup>12</sup> ; 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.

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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 :

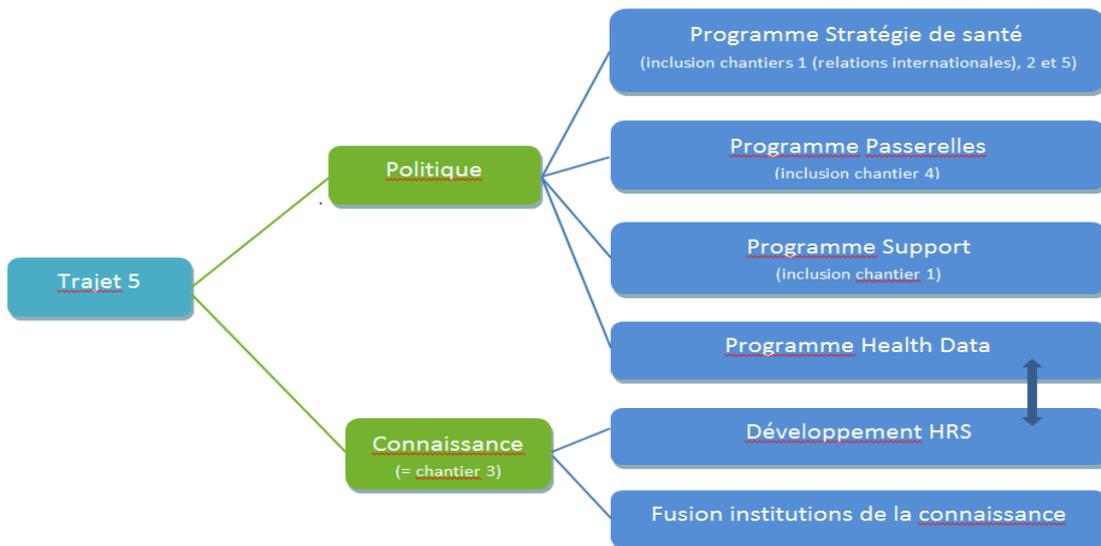
- Stratégie de santé
- Passerelles
- Data
- Support

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 nationales<sup>13</sup>, 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 :

---

<sup>13</sup> 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 <sup>14</sup>:

- 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.

---

<sup>14</sup> 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'action<sup>15</sup> 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.

---

<sup>15</sup> En particulier, le champ d'application, la planification/les priorités, les jalons/délivrables et les ressources.

Le sponsor<sup>16</sup> 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.

---

<sup>16</sup> 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<sup>er</sup> 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.<sup>17</sup>

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.

---

<sup>17</sup> 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<sup>er</sup> 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.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> 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<sup>er</sup> 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 2019-2021<sup>19</sup> 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.

---

<sup>19</sup> 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 »<sup>20</sup> 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.

---

20 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.<sup>21</sup> 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 BMUC<sup>22</sup> 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.

<sup>21</sup> A l'avenir, si nécessaire, l'AFCN et les entités fédérées pourraient également être intégrées au processus d'audit (ad hoc ou structurel).

<sup>22</sup> 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'efficience 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.<sup>23</sup>

#### 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

---

<sup>23</sup> 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.

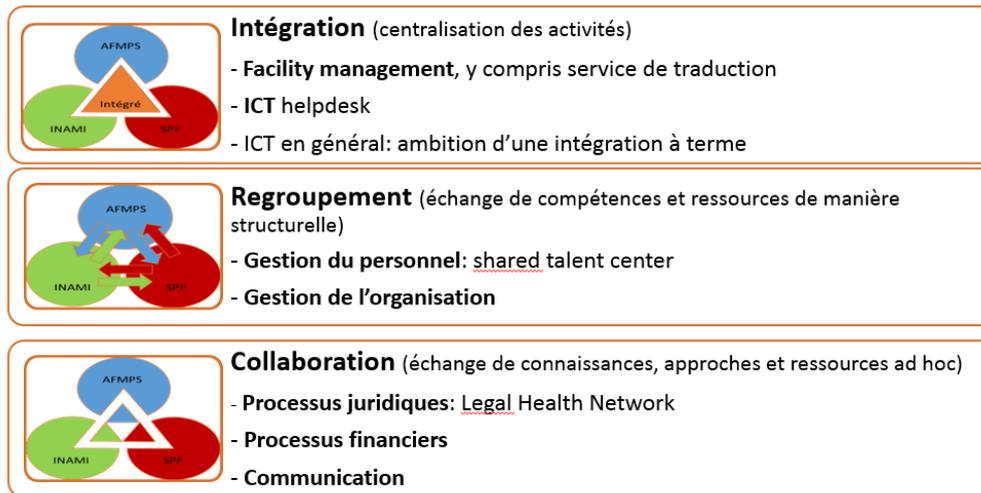


Figure : Aperçu schématique des degrés de synergie par cluster

### 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.

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation: Cellule de modernisation

Date de publication: Mai 2019

Dépôt légal: D/2019/0401/09