

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22177]

21 APRIL 2016. — Koninklijk besluit tot goedkeuring van de vijfde bestuursovereenkomst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg;

Gelet op de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, artikel 47;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, laatst gewijzigd bij de wet van 12 mei 2014;

Gelet op het advies van het Beheerscomité, gegeven op 22 februari 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 4 maart 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 7 maart 2016;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, de Minister van Defensie, belast met Ambtenarenzaken en de Minister van Begroting en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De bij dit besluit gevoegde bestuursovereenkomst wordt goedgekeurd.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2016.

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken, de minister bevoegd voor Ambtenarenzaken en de minister bevoegd voor Begroting zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 april 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

M. DE BLOCK

De Minister van Defensie, belast met Ambtenarenzaken,

S. VANDEPUT

De Minister van Begroting,

S. WILMÈS

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22177]

21 AVRIL 2016. — Arrêté royal portant approbation du cinquième contrat d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale;

Vu la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, l'article 47;

Vu 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, modifié en dernier lieu par la loi du 12 mai 2014;

Vu l'avis du Comité de Gestion, donné le 22 février 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 4 mars 2016;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 7 mars 2016;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales, du Ministre de la Défense, chargé de la Fonction publique et de la Ministre du Budget et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le contrat d'administration annexé au présent arrêté est approuvé.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le ministre qui a la Fonction publique dans ses attributions et le ministre qui a le Budget dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 avril 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,

M. DE BLOCK

Le Ministre de la Défense, chargé de la Fonction publique,

S. VANDEPUT

La Ministre du Budget,

S. WILMÈS



Bestuursovereenkomst

2016-2018

tussen de Staat en het Rijksinstituut voor
ziekte-en invaliditeitsverzekering (RIZIV)



Inhoud

Inleidende bepalingen	5
<u>TITEL I: Definities</u>	9
Artikel 1. Definities	9
<u>TITEL II: Opdrachten en taken</u>	11
Artikel 2. Opdrachten en taken.	11
Artikel 3. De operationele opdrachten	13
Artikel 4. De ondersteunende opdrachten	15
Artikel 5. De adviserende opdrachten	15
<u>TITEL III: Missie, uitdagingen, strategie en krachtlijnen</u>	16
Artikel 6. Het RIZIV: een organisatie met een missie	16
Artikel 7. Bouwen aan de toekomst op de fundamenten van de voorbije 50 jaar	16
Artikel 8. Externe ontwikkelingen, trends en uitdagingen	18
Artikel 9. Strategische kaart van het RIZIV	20
Artikel 10. Realisatie van de strategische doelstellingen via de projecten uit de 5 ^{de} bestuursovereenkomst	23
<u>TITEL IV: Het RIZIV waarborgt aan elke burger de toegang tot een verzekerde en doelmatige verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: TOEGANKELIJKHEID</u>	30
Artikel 11. Een evaluatie, verfijning en bijsturing van de reglementering met het oog op het verderzetten van de initiatieven inzake een toegankelijker zorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen.	30
Artikel 12. De hervorming van de persoonlijke aandelen.	34
Artikel 13. De integratie van gedetineerden en geïnterneerden in de verplichte ziekteverzekering.	36
Artikel 14. Hervorming implantaten: evaluatie van de terugbetalingsprocedure van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.	38
Artikel 15. Actualiseren van het begrip arbeidsongeschiktheid en harmonisering van de reglementering van de uitkeringen.	40
<u>TITEL V: Het RIZIV als katalysator van een toekomstgerichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: HERVORMING & INNOVATIE</u>	43
Artikel 16. Operationaliseren van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.	43
Artikel 17. Meewerken aan de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (werkpakketten).	49
Artikel 18. Verdere ontwikkeling van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid en de medewerking aan het ontwikkelen van een evidence-based policy.	51
Artikel 19. De professionele re-integratie: De follow-up van het Plan Back to work & Ontwikkelen van een visie inzake Disability management en aanbieden van tools aan de stakeholders.	54
Artikel 20. Optimaliseren van het financieel beheer van de Geneeskundige Verzorging: Meerjarenvisie - Projecten artikel 56 – Beheer internationale verdragen.	57
Artikel 21. Modernisering van de nomenclatuur.	59
Artikel 22. Uitvoering van het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie.	60
Artikel 23. Ontwikkeling van samenwerking met terugbetalingsautoriteiten van andere lidstaten inzake geneesmiddelen.	62
Artikel 24. Verrijken van de Data Warehouse Gezondheidszorg, Verzekerbare & Invaliditeit.	64
Artikel 25. Medewerking van het RIZIV aan de uitvoering van de staatshervorming.	66
<u>TITEL VI: Het RIZIV zet in op een optimale benutting van de middelen: OPTIMAAL MIDDELENGEBRUIK</u>	68
Artikel 26. De geïntegreerde informaticatoepassing IDES: invaliditeit en andere processen in de sector van de uitkeringen.	68
Artikel 27. Ondersteunen en opvolgen van de uitrol van MyCaret.	69

Artikel 28. De verdere uitbouw van de MyRIZIV-toepassing en het beheer van de praktijken van zorgverleners.	71
Artikel 29. Projectleiding bij de ontwikkeling van VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System), het toepassen van het elektronisch medicatieschema in de medicamenteuze behandeling van patiënten.	75
Artikel 30. Verderzetten van de initiatieven inzake administratieve vereenvoudiging: TARDIS & Qermid 2.	78
Artikel 31. Uitvoeren van de interne hervorming van de DGEC.	81
Artikel 32. eDos – Het geïnformatiseerd dossierbeheer binnen de DGEC.	84
Artikel 33. De sociale fraude: datamatching en bestrijding van de sociale fraude.	86
Artikel 34. Financiële responsabilisering van de Verzekeringsinstellingen.	88
Artikel 35. Structurele verankering van de strijd tegen de verspillingen – oprichting van een ‘Cel Doelmatige Zorg’.	91
Artikel 36. EFFICIENTIE-LEAN-KERNTAKEN.	93
Artikel 37. Masterplan Gebouwen.	95
Artikel 38. CASCADA – Implementatie van een globaal elektronisch dossier voor de Dienst Administratieve Controle.	97
Artikel 39. Implementatie EMAS.	99
<u>TITEL VII: Opvolging van continue opdrachten die voortvloeien uit vorige Bestuursovereenkomsten</u>	101
Artikel 40. Opvolging van de continue opdrachten	101
<u>TITEL VIII: Methodes waarmee de graad van verwezenlijking van de doelstellingen kan worden gemeten en gevolgd</u>	103
Artikel 41. Boordtabellen	103
<u>TITEL IX: Algemene gemeenschappelijke verbintenissen voor beide partijen</u>	104
Artikel 42 - Juridisch kader van de overeenkomst	104
Artikel 43, 44 & 45 - Beheerprincipes	104
Artikel 46 - Inwinnen van adviezen, voorafgaand overleg en informatieverstrekking door de federale Staat	105
Artikel 47, 48 & 49 - Verbintenissen over de wijzigingen van de overeenkomst	105
Artikel 50 - Verbintenissen over de mededeling van de beslissingen van een begrotingsconclaf	106
Artikel 51, 52, 53 & 54 - Verbintenissen over de opvolging van de uitvoering van de overeenkomst	106
Artikel 55 & 56 - Verbintenissen in het kader van de evaluatie van de uitvoering van de overeenkomst	107
Artikel 57 - Verbintenissen over veiligheidsnormen	107
Artikel 58 - Verbintenissen over de Staatsfinanciering	108
Artikel 59 - Verbintenissen over de opmaak van de opdrachtenbegroting	108
Artikel 60 - Overheveling van bevoegdheden	108
<u>TITEL X: Specifieke gemeenschappelijke verbintenissen en synergieën tussen OISZ</u>	109
Artikel 61 - Verbintenissen over het personeelsbeleid (HRM)	109
Artikel 62 - Verbintenissen over het ICT-beheer	112
Artikel 63 - Verbintenissen over het logistiek beheer	114
Artikel 64 - Verbintenissen over interne audit	116
Artikel 65 - Verbintenissen over het openstellen van synergieën voor andere partners (secundair netwerk)	116
Artikel 66 - Verbintenissen over de aanpassing van de administratieve organisatie van de sociale zekerheid	117
Artikel 67 - Verbintenissen over gemeenschappelijke rapportering	117
Artikel 68 - Diensten ontwikkelen of gebruiken in het kader van de synergieën	117
<u>TITEL XI: Budgettair, financieel en boekhoudkundig luik</u>	118
Artikel 69, 70, 71 & 72 - De beheersbegroting	118
Artikel 73 & 74 - De adviezen van de Regeringscommissaris van Begroting in verband met begroting, boekhouding, personeel, ICT...	119
Artikel 75 - De aanpassing van de beheersbegroting ingevolge herschikkingen tussen begrotingsartikelen	119
Artikel 76 - Aanpassing van de beheersbegroting ingevolge gewijzigde omstandigheden	120

Artikel 77 - De verlaging of de niet-aanpassing van de beheersbegroting ingevolge een nieuwe opdracht of zonder nieuwe opdracht _____	120
Artikel 78 - De verhoging van de beheersbegroting van het lopende jaar ingevolge de toekenning van eigen beheersontvangsten _____	121
Artikel 79 - De verhoging van de beheersbegroting ingevolge de overdracht van kredieten van het vorige begrotingsjaar _____	122
Artikel 80 - De aanpassing van de beheersbegroting ingevolge een wijziging van de sociale bijdragen _____	122
Artikel 81 - De verhoging van de beheersbegroting ingevolge de betalingen van achterstallige competentiepremies _____	123
Artikel 82 - Beheersbegroting voor de jaren 2016, 2017 en 2018 _____	123
Artikel 83 - Maximumbedrag van de kredieten voor het statutair personeel _____	124
Artikel 84 & 85 - Jaarlijkse herziening _____	124
Artikel 86 - Onroerende verrichtingen _____	125
Artikel 87 - Algemene en analytische boekhouding _____	125
Artikel 88 & 89 - Bezorgen van periodieke staten _____	126
<u>TITEL XII: Meewerking aan transversale projecten</u> _____	127
<u>TITEL XIII: Slotbepalingen</u> _____	128
<u>BIJLAGE : De beheersbegroting</u> _____	129
<u>Lijst van de afkortingen</u> _____	131

BESTUURSOVEREENKOMST **TUSSEN DE STAAT EN** **HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN** **INVALIDITEITSVERZEKERING**

Inleidende bepalingen

Overwegende:

dat de bestuursovereenkomst die de betrekkingen regelt tussen de Staat en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan de volgende vereisten moet beantwoorden:

de eerste heeft betrekking op de verplichting voor de administratie om zich aan te passen aan een veranderende omgeving die ertoe noopt om de ingrijpende wijzigingen die het gevolg zijn van de demografische, sociologische, technologische en economische evoluties waarmee de samenleving wordt geconfronteerd, in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te integreren. In die context bevat deze overeenkomst een aantal specifieke doelstellingen die rekening houden met die evoluties en met de prioriteiten van de Regering;

de tweede nodigt de administratie uit om, in het raam van de modernisering van het overheidsoptreden, via haar interne organisatie mee te zoeken naar een antwoord op de toenemende vraag naar kwalitatief hoogstaande dienstverlening, naar vereenvoudiging en efficiëntie van de administratieve procedures, naar transparantie en naar communicatie die is aangepast aan de algemene en specifieke behoeften van het publiek en van de socio-economische actoren;

de derde is ingegeven door het uitdrukkelijk verzoek van de Regering om het menselijk potentieel functioneel te gebruiken en de budgetten die voor een goede werking van de administratie worden uitgetrokken rationeel aan te wenden, opdat die administratie in het raam van de door de wet toegekende autonomie bijdraagt tot de beheersing van de overheidsuitgaven;

dat de bestuursovereenkomst het paritair beheer van de sociale-zekerheidsinstellingen bevestigt en versterkt;

dat de bestuursovereenkomst geen afbreuk doet aan de bevoegdheden, opdrachten en verantwoordelijkheden van de verzekeringsinstellingen;

dat de bestuursovereenkomst bijdraagt tot de versterking van het overleg tussen de actoren die bij het beheer van de verzekering zijn betrokken wat een noodzakelijke voorwaarde vormt voor het welslagen ervan;

dat de ondertekenende partijen overeenkomen alles in het werk te stellen om een voor het beheer van de verzekering gunstig klimaat te creëren en om de voorwaarden te scheppen die bevorderlijk zijn voor de uitvoering van de in de overeenkomst vastgestelde verbintenissen;

wordt, met toepassing van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels,

en

gelet op het advies van het Basisoverlegcomité van het RIZIV, uitgebracht op 17/02/2016;

gelet op de instemming van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV, betuigd op 29/06/2015 en 19/10/2015 met het voorontwerp van bestuursovereenkomst en op 22/02/2016 met het ontwerp van bestuursovereenkomst waarover met de regering is onderhandeld;

gelet op de instemming van de regering na beraadslaging in de Ministerraad van 11/03/2016;

wordt, voor de periode van 1 januari 2016 tot 31 december 2018, overeengekomen wat volgt tussen,

- de Belgische Staat, vertegenwoordigd door

Maggie De Block

Minister van Volksgezondheid
en Sociale Zaken

Steven Vandeput

Minister van Openbaar Ambt

Sophie Wilmès

Minister van Begroting

en

- Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, vertegenwoordigd door

Yolande Avontrodt

Voorzitster van het Algemeen
Beheerscomité

Johan De Cock
Administrateur-generaal

Benoît Collin
Adjunct-administrateur-generaal

De vertegenwoordigers aangeduid door het Algemeen Beheerscomité:

Marie-Noëlle Vanderhoven

Estelle Ceulemans

Anne Leonard

Ivo Van Damme

Patrick Verertbruggen

Jean Hermesse

TITEL I: Definities

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

1. “Instituut”: het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
2. “Algemeen beheerscomité”: het algemeen beheerscomité van het Instituut bedoeld in artikel 11 van de voornoemde gecoördineerde wet.
3. “Algemene raad”: de algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 15 van de voornoemde gecoördineerde wet.
4. “Verzekeringscomité”: het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 22 van de voornoemde gecoördineerde wet.
5. “Bijzonder solidariteitsfonds”: het fonds dat is opgericht bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut krachtens artikel 25 van de voornoemde gecoördineerde wet.
6. “FMO” : het Fonds voor de Medische Ongevallen, als bijzondere RIZIV dienst, in uitvoering van de wet van 31 maart 2010 en de gecoördineerde GVVU-wet van 1994.
7. “Beheerscomité van de mijnwerkers”: het beheerscomité bedoeld in artikel 78bis van de voornoemde gecoördineerde wet.
8. “Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen”: het beheerscomité bedoeld in artikel 79 van de voornoemde gecoördineerde wet.
9. “Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle”: het comité bedoeld in artikel 140 van de voornoemde gecoördineerde wet.
10. “Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen”: het beheerscomité bedoeld in artikel 39, § 1, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende de instelling van een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid ten voordele van de zelfstandigen.

11. “Verzekeringsinstellingen”: de landsbonden, bedoeld in artikel 6 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 5 van de voornoemde gecoördineerde wet en de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, bedoeld in artikel 6 van de voornoemde gecoördineerde wet.
12. « Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg »: een parastatale instelling opgericht door art. 259 van de programmawet van 24 december 2002.
13. « Intermutualistisch Agentschap»: vereniging zonder winstoogmerk opgericht in oktober 2002 dat de zeven verzekeringsinstellingen zoals hierboven bedoeld in punt 11 groepeert. De doelstellingen en opdrachten van de vereniging zijn beschreven in de programmawet van 24 december 2002.
14. “Boordtabellen”: de boordtabellen als bedoeld in artikel 10, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid.
15. “Roadmap eGezondheid 2013-2018”: het actieplan eGezondheid 2013-2018 dat werd vastgelegd tijdens de slotsessie van de Rondetafelconferentie over informatisering in de gezondheidszorg van 20 december 2012, dat door de Interministeriële Conferentie Gezondheid werd goedgekeurd, dat in het protocolakkoord van 29 april 2013 werd opgenomen en bijgewerkt werd in een versie 2.0 tijdens de nieuwe slotsessie van de Rondetafelconferentie van september 2015.

TITEL II: Opdrachten en taken

Artikel 2. Opdrachten en taken.

Krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is het Instituut belast met het administratief en financieel beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van de uitkeringsverzekering (de uitkering bij arbeidsongeschiktheid, de vergoeding bij medische ongevallen en de uitkering voor begrafeniskosten) en van de moederschapsverzekering.

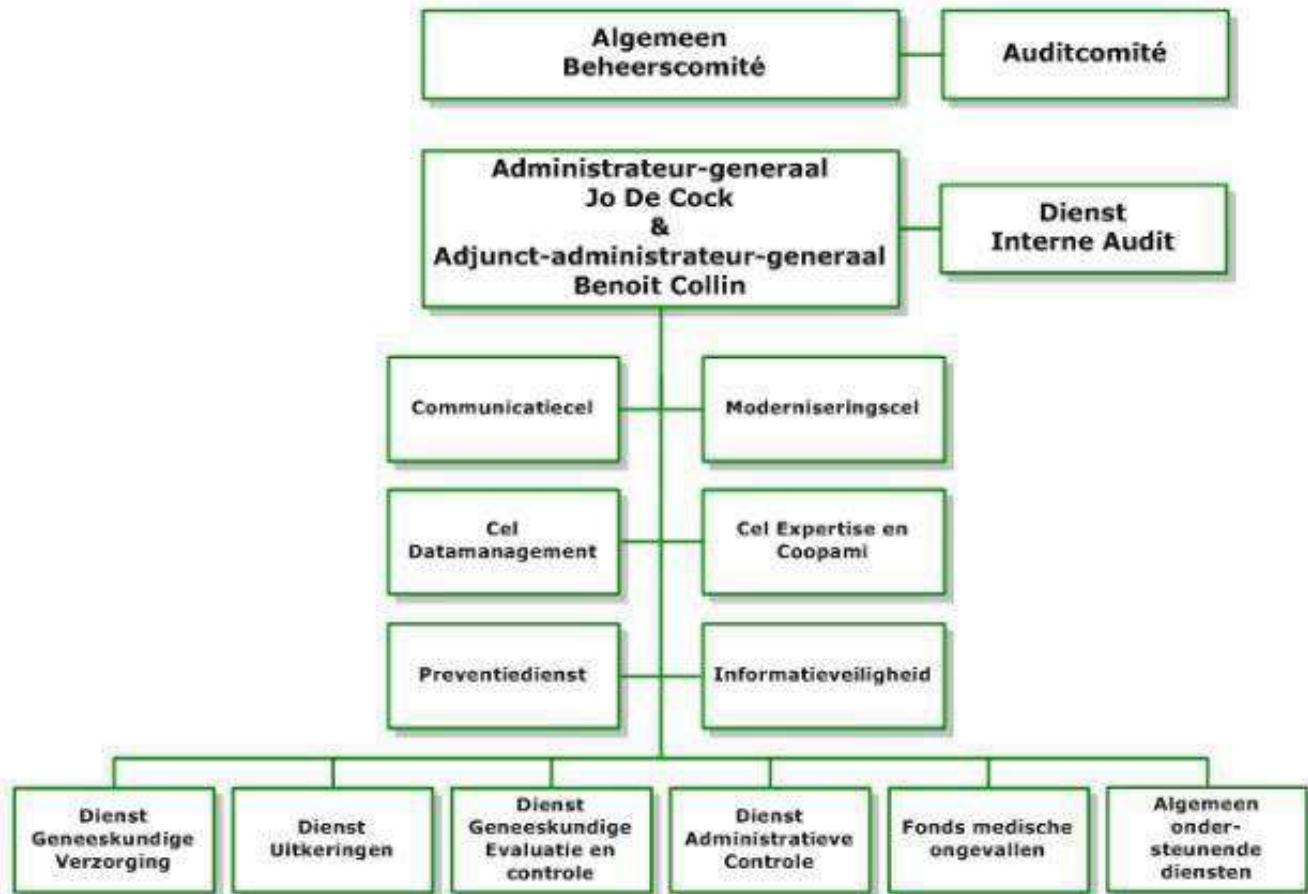
In dat raam heeft het Instituut als opdracht:

1. de geneeskundige verstrekkingen die door de verplichte verzekering gedekt zijn (tarifiering, reglementering, nomenclatuur, verzekeraarbaarheid van rechthebbenden,...) te beheren;
2. het toekennen van de uitkeringen (wegens arbeidsongeschiktheid, voor begrafeniskosten en wegens moederschap) die worden verleend aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering te beheren;
3. de naleving van de wets- en verordeningsbepalingen door de zorgverleners (inzonderheid het gebruik van de nomenclatuur), de verzekerden en door de verzekeringsinstellingen te controleren.

Fundamenteel behoort elke opdracht van het Instituut tot een van de volgende categorieën:

1. de operationele opdrachten, die de taken omvatten die de Administratie moet uitvoeren om haar wettelijke verplichtingen in de ruime zin na te komen; het betreft de kerndiensten opgenomen in het organogram;
2. de ondersteunende opdrachten, die alle middelen omvatten die noodzakelijk zijn voor de werking van de Administratie; het betreft de algemeen ondersteunende diensten opgenomen in het organogram;
3. de adviserende opdrachten, die verwijzen naar de staffuncties, met een begeleidende en advies verstrekende functie, op het vlak van strategie en beheersmethoden, communicatie, preventie, e.d.m.; het betreft de stafdiensten opgenomen in het organigram.

Hierna volgt de administratieve organisatiestructuur van het Instituut:



Elke doelstelling die opgenomen is onder Titel IV tot en met Titel VI situeert zich binnen één of meerdere van de verschillende opdrachten van het Instituut.

De Bestuursovereenkomst van het RIZIV wordt gebruikt als een instrument voor innovatie. De engagementen betreffen dan ook hoofdzakelijk de ontwikkeling van nieuwe opdrachten en processen in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, of de hervorming en informatisering ervan. Deze nadruk op innovatie mag niet uit het oog doen verliezen dat de opdrachten van het RIZIV in de eerste plaats worden gerealiseerd door de continue processen. Deze processen hebben een beperkte zichtbaarheid in deze Bestuursovereenkomst, maar zijn wel de basis van de dienstverlening naar de klanten van het RIZIV. In budgettaire termen ligt het zwaartepunt – bijvoorbeeld op vlak van personeel – uiteraard ook bij de uitvoering van deze continue processen.

De innovatieve projecten zoals geformuleerd in de Bestuursovereenkomst zijn dan ook slechts haalbaar en zelfs opportuun in die mate dat ze de uitvoering van de continue opdrachten niet in het gevaar brengen. Dit principe is een belangrijk element in de onderhandeling tussen het RIZIV en Staat over deze Bestuursovereenkomst. In het licht van de besparingsoefeningen binnen de federale overheid en de impact ervan op de beheersbegroting van het RIZIV moet dan ook een goed evenwicht worden gevonden tussen het voorzien van innovatieve projecten enerzijds en het garanderen van continuïteit van de continue processen en de bestaande dienstverlening anderzijds.

Het RIZIV heeft in de voorbije jaren de focus en het inzicht in haar continue opdrachten en processen versterkt. Dit via het inventariseren en consolideren ervan in een macroprocesmap (zoals voorzien in het

kader van artikel 30.1. van de 4^{de} bestuursovereenkomst). Aan deze macroprocesmap zullen de komende jaren informatie worden toegevoegd wat betreft de strategische impact van deze processen, de budgettaire omvang, met name op vlak van personeelscapaciteit, de risico's, e.d.m. Dit betreft vanzelfsprekend een meerjarentraject en de samenwerking tussen diverse actoren op vlak van strategie, HRM, budget, ICT, e.d.m. Een dergelijke investering zal het evenwel mogelijk maken om op een meer geobjectiveerde wijze na te gaan over welke ruimte, met name op budgettair vlak, het RIZIV beschikt om innovatieve projecten te realiseren. Ook kan op deze wijze het analytisch inzicht in de kostendrijvers van de organisatie versterkt worden. En zal het een motor zijn om het kerntakendebat op te starten en te voeden.

Artikel 3. De operationele opdrachten

Het gaat om de opdrachten waarvoor de gebruiker een derde – dus een actor buiten het RIZIV – is. Er wordt gesproken over financiële of over administratieve opdrachten naargelang die opdrachten al dan niet bewegingen van fondsen meebrengen.

Hieronder vindt u, ter illustratie en niet exhaustief, enkele financiële en administratieve opdrachten van het RIZIV.

De financiële opdrachten bestaan erin te:

Betalen: het Instituut doet rechtstreekse betalingen aan verschillende gebruikers in het kader van de ziekteverzekering. Het gaat met name over de betaling van voordelen aan zorgverleners en –instellingen, zoals bv. de beschikbaarheidshonoraria, de informaticapremies, de betalingen aan de rusthuizen, etc. In het kader van de grensoverschrijdende zorg, zowel binnen als buiten de EU, gebeuren er betalingen aan de VI in het licht van vorderingen uit het buitenland.

Het Fonds voor de medische ongevallen betaalt eveneens vergoedingen aan slachtoffers van een medisch ongeval.

Innen: het gaat om de controle op de verzekeringsplicht en de rechtstreekse inning van bedragen door het RIZIV, bv. ten laste van de gepensioneerden (bijdragen geneeskundige verzorging), de verzekeringsmaatschappijen (bijdragen op verzekeringspremies en bijkomende premies) en de farmaceutische firma's (heffingen per verpakking en heffingen op omzetcijfers). Het RIZIV doet ook inningen die voortvloeien uit de resultaten van haar controleopdrachten, bv. de inning van de boetes ten laste van zorgverleners en de verzekerden.

Verdelen: een belangrijk aandeel van de middelen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering die in het opdrachtenbudget van het RIZIV zijn voorzien, worden niet rechtstreeks aan de eindgebruiker betaald, maar aan het secundair netwerk, nl. de VI, die mee instaat voor de uitvoering van de ZIV, alsook aan andere overheidsorganisatie. Enerzijds verdeelt het Instituut bv. fondsen onder de verzekeringsinstellingen voor de financiering van de prestaties en voor die van hun eigen werking (administratiekosten). Anderzijds stort het een deel van de inkomsten bv. aan andere sociale parastatalen, bv. de DOSZ, omdat die een dekking inzake geneeskundige verzorging waarborgen.

Terugvorderen: het Instituut vordert in het kader van haar controleopdrachten in de ziekte- en invaliditeitsverzekering ook bepaalde onrechtmatig verleende prestaties terug (met inbegrip van de overschrijdingen van enveloppen, sociale fraude, etc.), alsook verschuldigde maar niet geïnde bijdragen. Ook in het kader van de grensoverschrijdende zorg, zowel binnen als buiten de EU, gebeuren er terugvorderingen.

Het FMO is eveneens bevoegd om vergoedingen, die gestort werden aan slachtoffers van een medische fout, terug te vorderen bij de verantwoordelijke zorgverstreker.

De administratieve opdrachten bestaan erin (te):

Toe te kennen: het Instituut stelt verschillende rechten vast en kent ze toe in het raam van bijvoorbeeld:

- de individuele toekenningen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, zoals o.a.:
 - de accrediteringsaanvragen van de geneesheren & tandartsen;
 - de individuele aanvragen om tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds;
 - de individuele aanvragen inzake de dossiers revalidatie en nomenclatuur;
 - de individuele aanvragen voor tandheelkundige verstrekkingen;
 - de forfaitaire honoraria voor klinische biologie en medische beeldvorming die aan ieder ziekenhuis worden toegekend;
 - andere specifieke aanvragen door instellingen (o.a. in het kader van forfaits)
- de individuele toekenningen in het kader van de uitkeringsverzekering, zoals:
 - de erkenning van de invaliditeit;
 - de berekening van het internationaal invaliditeitspensioen;
- de algemene terugbetalingsrechten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, zoals o.a.:
 - de opmaak, wijziging en interpretatie van de nomenclatuur;
 - specifieke tegemoetkomingsprocedures zoals de aanvragen om aanneming voor vergoeding van geneesmiddelen en implantaten;
 - andere tegemoetkomingsprocedures zoals het afsluiten van conventies voor geneesmiddelen, implantaten, moleculaire biologie, revalidatie,...
 - grensoverschrijdende tegemoetkoming zoals conventies voor samenwerking in grensgebieden.

Evalueren en Controleren: het RIZIV controleert de correcte uitvoering van de reglementering in de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het betreft bijvoorbeeld:

- de evaluatie van de medische praktijken volgens de wet van 24 december 2002;
- de technische en administratieve controle in de verzekeringsinstellingen;
- de validering van statistische, boekhoudkundige en financiële gegevens;
- het onderzoek naar de realiteit (effectieve aflevering) en de conformiteit (naleving van de geldende regels en normen) van de medische en paramedische praktijken alsook meer specifieke controles in de rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen.
- de strijd tegen sociale fraude

Regelen: in het Instituut bestaan er meerdere diensten die in het kader van hun bevoegdheden belast zijn met de behandeling van verschillende geschillen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Reglementeren: een kernopdracht van het RIZIV betreft het voorbereiden van reglementering in de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Daarbij gaat het niet enkel over wetten en besluiten, maar bijvoorbeeld ook over het meedelen van instructies aan de verzekeringsinstellingen in de vorm van omzendbrieven. De Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen beschikken bovendien over een specifieke verordenende bevoegdheid. Verder werkt het RIZIV ook mee aan de ontwikkeling van reglementaire kaders op Europees niveau en de uitvoering ervan op nationaal niveau.

Meedelen: het Instituut reikt een aantal getuigschriften uit en doet een aantal kennisgevingen (beslissingen inzake de erkenning van de invaliditeit, uitreiking van voorlopige bijdragebons, duplicaten van getuigschriften,...).

Organiseren: het RIZIV is een plaats van ontmoeting tussen vele actoren in de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Meer dan 100 beheersorganen, overlegorganen, erkenningsorganen, technische organen, bestraffingsorganen, etc. worden ondersteund door de RIZIV-administratie, zowel op beleidsinhoudelijk, reglementair, technisch als administratief vlak. Deze opdracht behoort dan ook tot de kernopdrachten van het RIZIV.

Informeren: de jongste jaren heeft het RIZIV sterk geïnvesteerd in de uitbouw van haar data, informatie en kennis. Het Instituut beheert heel wat gegevens en databanken die het in staat stellen om statistieken op te stellen die intern of extern worden verspreid. Het voert talrijke studies uit en publiceert ze. Dit alles past binnen de ambitie van het RIZIV om informatie en kennis te verspreiden die het beleid kan ondersteunen, de zorgverleners feedback kan geven over hun gedrag, e.d.m. Vanzelfsprekend is ook de communicatie, zowel intern als extern, daarbij van groot belang. De ontwikkeling en de modernisering van de communicatie maken deel uit van de strategische prioriteiten van het Instituut.

Adviseren: het Instituut bereidt op eigen initiatief of op verzoek van de toezijnde overheden de wetgeving voor en evalueert ze aan de hand van voorstellen en adviezen. Het stelt de begrotingen van de verzekering op. Het brengt ook talrijke adviezen uit betreffende de wetgeving en de uitgaven.

Artikel 4. De ondersteunende opdrachten

Het gaat om opdrachten waarvoor het Instituut zelf de gebruiker is. Ze bevatten vooral:

- het beheer van de personeelseffectief
- het beheer van de infrastructuur en de logistiek
- het beheer van de financiën
- het beheer van de informatieverwerking
- het beheer van de geschillen, documentatie en vertaling

Artikel 5. De adviserende opdrachten

Zes stafdiensten met een adviserende opdracht hangen rechtstreeks af van het Algemeen Beheer van het Instituut. Het betreft:

- de Moderniseringscel die instaat voor het beheer van de strategie en beheersmethoden;
- de Communicatiecel die instaat voor het beheer van de externe en interne communicatie;
- de Cel Datamanagement die instaat voor het beheer van de informatiestromen;
- de Cel Expertise en Coopami die specifieke transversale studieopdrachten uitvoert en begeleidingsprojecten realiseert ten aanzien van ontwikkelingslanden;
- de Cel Informatieveiligheid die instaat voor het beheer van de informatierisico's;
- de Preventiedienst die een rol speelt op vlak van arbeidsveiligheid en welzijn op het werk.

TITEL III: Missie, uitdagingen, strategie en krachtlijnen

Artikel 6. Het RIZIV: een organisatie met een missie

Het **Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering** (RIZIV) vervult een **sleutelrol** in de sociale zekerheid.

Het RIZIV wil de middelen die de samenleving bestemt voor de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGUV), binnen het wettelijk kader, in overleg met de betrokken actoren (sociale gesprekspartners, verzekeringsinstellingen en zorgverleners,...), en met oog voor de principes van deugdelijk bestuur in gezondheidszorgsystemen, zo inzetten dat:

- de bevolking met oog voor sociale gelijkheid effectief **toegang** heeft tot de nodige kwalitatieve geneeskundige zorgen (toegankelijkheid), die doeltreffend en overeenkomstig de tariefafspraken (tariefzekerheid) verleend worden;
- de verzekerde werknemers en zelfstandigen in geval van arbeidsongeschiktheid of ouderschap een adequaat **vervangingsinkomen** ontvangen, met benutting van de kansen op **re-integratie** na arbeidsongeschiktheid;
- de werking van de **zorgverleners en verzekeringsinstellingen** (VI's) adequaat **ondersteund** worden;
- de patiënten de mogelijkheid hebben een **vergoeding** aan te vragen bij geleden **schade** ten gevolge van medische ongevallen;
- de middelen van de VGUV **doelmatig en doeltreffend** gebruikt worden en de wettelijke verplichtingen door alle betrokkenen worden nageleefd.

Om deze opdrachten te realiseren, wil het RIZIV haar medewerkers stimuleren bij de ontwikkeling van hun competenties en persoonlijkheid, en bij het opnemen van verantwoordelijkheid. Dit gebeurt via een stijl van leidinggeven waarin luisteren, positief waarderen, ondersteunen, vertrouwen geven, stimuleren, meedenken en durven beslissen centraal staat. Op deze manier wil het RIZIV een werkomgeving bieden waarin alle medewerkers zich goed kunnen voelen en hun job als zinvol ervaren voor zichzelf, voor hun collega's, voor hun klanten en voor de publieke zaak. Tegelijk verwacht het RIZIV van haar medewerkers dat ze zich loyaal, professioneel en integer opstellen.

Artikel 7. Bouwen aan de toekomst op de fundamenten van de voorbije 50 jaar

In 2014 heeft het RIZIV het 50 jarig (1964-2014) bestaan gevierd van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De voorbije 50 jaar werden in kaart gebracht in samenwerking met een aantal sleutelspelers van de voorbije 50 jaar, zoals Ministers, sociale partners, ziekenfondsen, zorgverleners, enz. Er werd een video samengesteld en een brochure opgemaakt met de grote mijlpalen van de VGUV-verzekering sinds 1964. Over de periode van 50 jaar zijn heel wat inspanningen geleverd om de sociale bescherming op het vlak van ziekte en invaliditeit te verbeteren.

Het RIZIV wil met positieve energie verder aan de weg timmeren en het hoofd bieden aan de gekende en wellicht ook onvermoede uitdagingen die zich aandienen. Zorgen voor de toekomst is meer dan ooit het motto. Om die zorg op een goede manier voor te bereiden zijn er diverse initiatieven genomen.

Zo zijn er een aantal bakens voor de toekomst uitgezet. Hiervoor is enerzijds gebruik gemaakt van de analyses over het Belgische stelsel van verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen uitgevoerd door internationale organisaties (EU, OESO, WHO), nationale autoriteiten, wetenschappelijke instellingen en andere actoren. Anderzijds is een brede bevraging van de 'stakeholders' die deelnemen aan het overleg (ziekenfondsen, representatieve organisaties van werkgevers en werknemers, organisaties van zorgverleners, patiëntenverenigingen, enz.) uitgevoerd.

Er zijn 10 essentiële thema's - bakens - geïdentificeerd die de komende jaren op de agenda zullen staan. Zijnde:

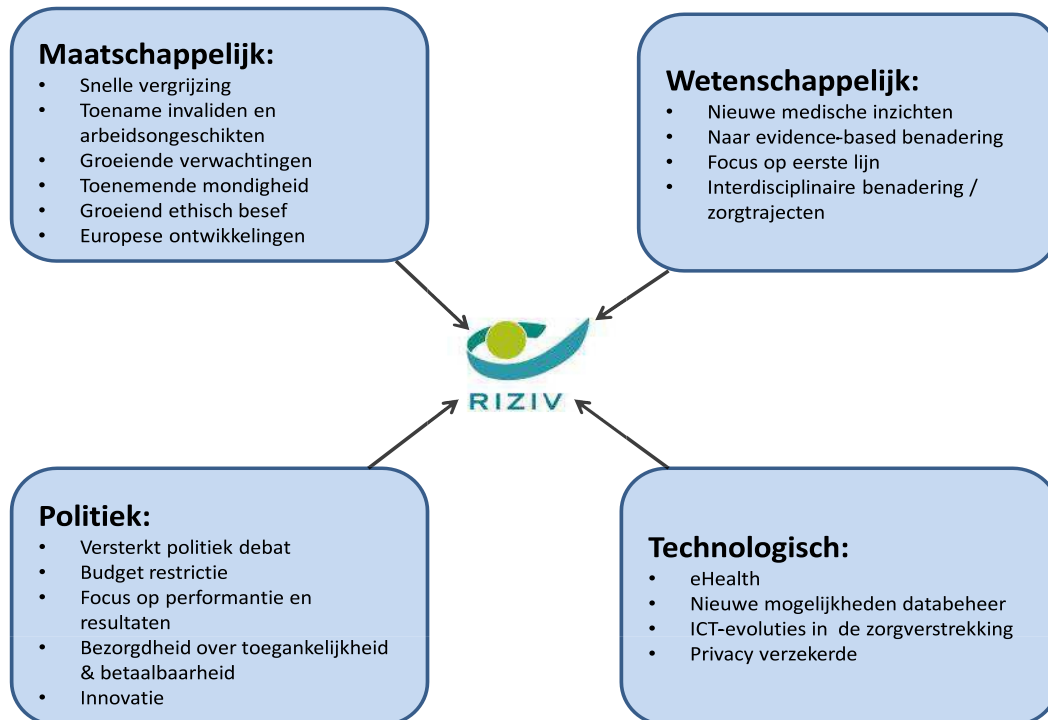
1. Van een verzekering tegen ziektekosten naar een hefboom voor een goede gezondheid
2. Universele sociale bescherming op basis van een aangepast en breed toegankelijk zorgpakket
3. Terugdringen van ongelijkheden
4. Modernisering van het overleg
5. Een paradigmashift inzake arbeidsongeschiktheid
6. Kwaliteit telt meer dan ooit
7. Herijking van de betalingsmechanismen
8. Samenwerking: meer dan ooit een onmisbare pijler
9. Accountability van de actoren
10. Een proactief en creatief RIZIV

Daarnaast is er een maatschappelijke dialoog gevoerd in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting (KBS) over de toekomst van onze GVV-verzekering. Ter voorbereiding van deze dialoog werd een bevolkingsonderzoek 'Uw gezondheidszorg, uw mening telt' gehouden bij meer dan 2000 Belgen verspreid over het ganse land en werd gebruik gemaakt van de uitgezette bakens voor de toekomst. De geformuleerde aanbevelingen voor de duurzaamheid van een betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg vormen een belangrijke input voor het uitstippelen van de toekomst.

Bovenstaande thema's vinden we verder terug in zowel de strategische keuzen en domeinen die voor de komende jaren zijn vastgelegd als in de concrete projecten van deze 5^{de} bestuursovereenkomst.

Artikel 8. Externe ontwikkelingen, trends en uitdagingen

De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt geconfronteerd met een aantal **externe ontwikkelingen en trends**:



De externe ontwikkelingen en trends leiden tot een aanzienlijke druk op de financiële middelen en nopen de partners tot intens overleg en de overheid tot een innoverend en actief beleid. Hierdoor neemt ook de complexiteit van het systeem toe.

Dit heeft tot gevolg dat **de VGVU evolueert**:

- van een ad hoc-aanpak per individuele verstrekking, per orgaan of per discipline naar innovatieve geïntegreerde en multi- en transdisciplinaire benaderingen;
- naar een zorgvraag gestuurde dienstverlening, als aanvulling op de zorgaanbod georiënteerde dienstverlening;
- naar meer aandacht voor zelfzorg, inspraak en participatie van de zorgbehoevende;
- naar een beleid gericht op preventie, en actieve ondersteuning bij herstel en re-integratie, o.m. op vlak van arbeidsongeschiktheid;
- naar een beleid gericht op het wegwerken van financiële drempels die belemmerend zijn inzake de toegankelijkheid en minder dure toegang tot geneesmiddelen;
- naar een beleid met focus op de uitbouw van een efficiënt kennisstelsel;
- naar een (financiële) responsabilisering van de actoren, zowel de zorgverlener, de verzekeringsinstellingen, de industrie, als de sociaal verzekerde;

- naar meer aandacht voor de actieve bestrijding van onverantwoordelijk gedrag, misbruiken en (sociale) fraude door sociaal verzekerden, zorgverstrekkers en industrie;
- naar een transparant financieel beleid en beheer;
- naar een behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde criteria inzake doelmatigheid, kwaliteit en kosteneffectiviteit;
- naar meer aandacht voor professionele en kwaliteitsvolle zorgorganisatie en zorgprocessen;
- naar een verder toenemende gebruik van de mogelijkheden inzake e-health (cfr. roadmap eGezondheid) en het verminderen van de administratieve lasten voor alle betrokken partijen.

Deze evoluties impliceren het voorzetten van de lopende **modernisering van de RIZIV-organisatie**:

- met het oog op een versterking van de beleidsondersteunende capaciteit, waarbij het RIZIV een draaischijffunctie opneemt binnen de overlegstructuren;
- naar een coherente en multidisciplinaire organisatie, met oog voor een goede samenwerking en kruisbestuiving tussen de verschillende diensten en directies;
- naar een toezicht gebaseerd op preventie, evaluatie en sanctionering;
- naar een kennisintensieve, multidisciplinaire organisatie die data, informatie en kennis inzake aspecten van de VGVU vergaart, ontwikkelt en ontsluit met het oog op een optimale en proactieve ondersteuning van de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van het beleid;
- naar een organisatie die in toenemende mate een referentiepunt is bij het formuleren en promoten van standaarden van een kwaliteitsvolle en excellente gezondheidszorg, en bij het formuleren van innoverende voorstellen;
- naar een organisatie die, met het oog op een versterkte onderbouw van ons gezondheidszorgsysteem, ijvert voor de ontwikkeling van aangepaste academische en beroepsopleidingen, continue opleiding, e.d.m.;
- naar een huis met open communicatie;

Door middel van deze modernisering wenst het RIZIV zich op te stellen als een **dynamische actor** in het sociale zekerheids- en gezondheidszorgbeleid en bij het voorbereiden en coördineren van de toekomstige zorgverzekering. Binnen de contouren van haar wettelijke opdracht en de capaciteit waarover ze als organisatie beschikt, wil het RIZIV maximale resultaten boeken ten aanzien van de verwachtingen van de maatschappij en de politieke verantwoordelijken.

Het RIZIV opereert binnen een **complex en expansief actorenveld**. De VGVU, het algemene gezondheidszorgbeleid en de uitvoering ervan is met andere woorden een verantwoordelijkheid van vele verschillende actoren die zich bovendien op verschillende bestuursniveaus situeren. Het RIZIV heeft de ambitie om vanuit haar eigen rol en verantwoordelijkheden bij te dragen tot een **optimale afstemming en samenwerking** binnen dit actorenveld met respect voor de volgende principes:

- de erkenning van de verbondenheid van de actoren rond eenzelfde maatschappelijke missie en de waarden die eraan ten grondslag liggen;
- de nood aan een duidelijke en transparante institutionele architectuur op vlak van de VGVU en het gezondheidszorgbeleid in het algemeen;
- de nood aan een duidelijke omschrijving van de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren, met bijzondere aandacht voor de rollen en verantwoordelijkheden inzake informatieverstrekking en communicatie;
- de nood aan een gerichtheid op positieve en open samenwerking en het voortdurend streven naar synergieën binnen aanvaarde afsprakenkaders;
- de nood aan aanspreekbaarheid inzake gemaakte afspraken, doelstellingen en resultaten
- de nood aan een wederzijds respect tussen de verschillende actoren;
- de nood aan een wederzijdse erkenning van elkaars expertise;

- de nood aan een continue kritische en open (zelf)reflectie over de organisatiewijzen en samenwerkingsverbanden.

Voor de uitwerking van de projecten zoals in deze 5^{de} bestuursovereenkomst geformuleerd is een optimale samenwerking tussen alle actoren in het gezondheidszorgdomein een cruciale factor voor het behalen van een optimaal resultaat. Aan deze samenwerking dient dan ook een bijzondere aandacht te worden verleend.

Artikel 9. Strategische kaart van het RIZIV

Inleiding

Om de duurzaamheid van ons huidig gezondheidssysteem te garanderen en tezelfdertijd in te spelen op de uitdagingen en ontwikkelingen zoals hierboven opgenomen en zoals gedurende het feestjaar 50 jaar uitvoerig besproken, formuleert het RIZIV voor de komende jaren volgende strategische engagementen, waarbij we voortbouwen op de fundamenten die in het verleden werden gelegd:

1. Het ontwikkelen van een strategische visie en meerjarenplanning betreffende de **noodzakelijke hervormingen** en het lanceren van deze hervormingen in een globale aanpak. Deze vernieuwing en hervorming van de design van het systeem situeert zich binnen een kader waarbij de **Triple AIM** als motivering voorop staat, zijnde het herdenken en veranderen van het huidige systeem met een focus op de 3 volgende dimensies: (1) De gezondheid van de bevolking; (2) De kwaliteit, toegankelijkheid en veiligheid van zorg, en goede ervaringen van patiënten; (3) het terugdringen of ten minste beheersen van de kosten.
2. Het aanzetten tot en bewaken van een **optimaal gebruik van de middelen** voor de garantie op een toekomstig efficiënt en effectief gezondheidssysteem.

en dit uiteraard rekening houdend met de geformuleerde bakens voor de toekomst én de prioriteiten van de Regering.

Om deze hervormingen in goed banen te leiden zijn er een aantal factoren noodzakelijk voor het bereiken van een succesvol resultaat, nl.:

- 1) het zorgen voor maximale beschikbare expertise, de toegang tot noodzakelijke **gegevens** en het beschikken over een degelijk en geïnformatiseerd beheer van de data (E-health),
- 2) een performante **samenwerking** en overleg met de VI's met een geïntegreerd zicht op efficiëntie en gebruik van moderne informatiestromen,
- 3) het **RIZIV als draaischijf** van de actoren én als medebeheerder en actor met oog voor een optimalisering van het overlegmodel en het afsprakenkader, in samenwerking en netwerking met andere nationale en internationale instellingen (EU, WHO), met de deelstaten en gebruik makend van de academische expertise,
- 4) het **RIZIV als zichtbaar aanspreekpunt**, met goede, snelle en efficiënte informatie en communicatie zodat een transparante en open communicatie gegarandeerd is,
- 5) het blijvend investeren in een **modern RIZIV**, met oog voor en het verder uitbouwen van een moderne efficiënte organisatie die beschikt over de noodzakelijke middelen (zoals lean processen, een performant en modern ICT, een modern en flexibel HR, een flexibele financiering).

De strategische kaart van het RIZIV

Op basis van de geformuleerde ideeën in het feestjaar '50 jaar', op basis van de Beleidsnota van de Minister, op basis van de uitdagingen en voortbouwend op de fundamenteën heeft het RIZIV voor de komende jaren haar strategische keuzes vastgelegd. De strategische domeinen waarop het RIZIV versterkt wenst in te zetten zijn vastgelegd vanuit een coherente uitbouw van het Beleid tot en met de uitvoering ervan, en dus in nauwe aansluiting met het gezondheidsbeleid.



1. De strategische domeinen:

De projecten zoals verder concreet uitgewerkt in deze 5^{de} bestuursovereenkomst 2016-2018 situeren zich binnen één van de volgende 3 strategische domeinen:

- I. Het RIZIV waarborgt aan elke burger de toegang tot een verzekerde en doelmatige verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen => **TOEGANKELIJKHEID**
- II. Het RIZIV als katalysator van een toekomstgerichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen => **HERVORMING & INNOVATIE**
- III. Het RIZIV zet in op een optimale benutting van de middelen => **OPTIMAAL MIDDELENGEBRUIK**

Deze 3 strategische domeinen zijn de blauwdruk van de 5^{de} bestuursovereenkomst. Alle strategische doelstellingen en concrete projecten zijn hieraan gelinkt.

2. De strategische krachtlijnen:

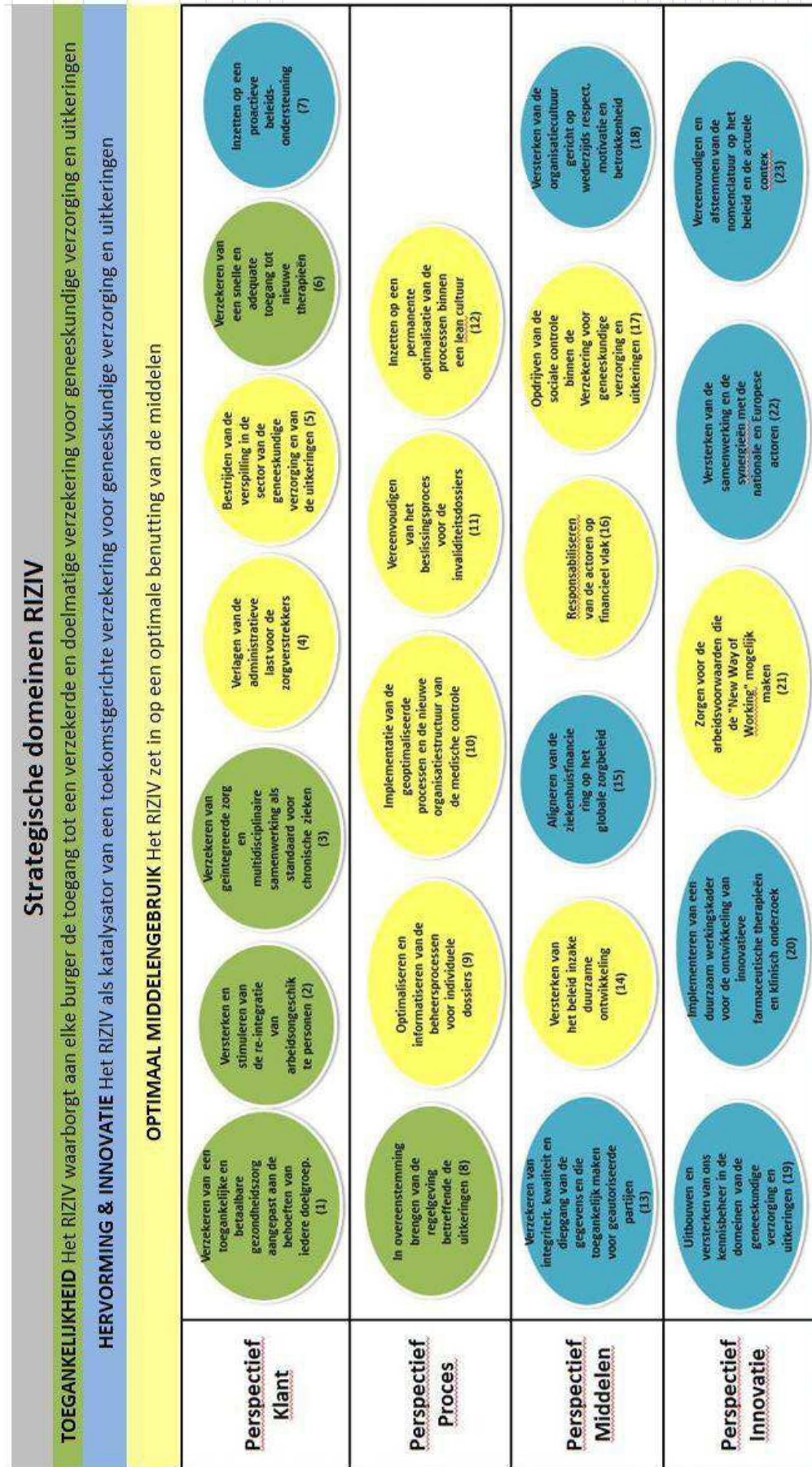
In deze bestuursovereenkomst is bij de keuze en de uitwerking van de projecten een bijzondere aandacht besteed aan volgende strategische perspectieven of krachtlijnen:

- Het klantgericht perspectief waarbij het element van dienstverlening centraal staat, zowel naar het optimaliseren van de dienstverlening als naar het aanbieden van nieuwe diensten aan de externe klanten.

- Het procesgerichte perspectief welke de focus legt op procesverbetering en informatisering. Met als gevolg het vereenvoudigen en van processen, procedures, administratieve lasten e.d.m. en het versterken van de informatisering.
- Het innovatief met focus op het hervormen van diverse aspecten van het gezondheidssysteem met oog op een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.
- Het perspectief met oog op het beheersen van de interne middelen, zijnde het bijdragen tot interne kostenbeheersing (HR, ICT,...) en middelenefficiëntie (kosteneffectiviteit) door het mogelijk maken van projecten met het oog op besparingen en inzicht in en sturing van de kosten.
- Het perspectief met focus op het beheersen van de uitgaven GUV (extern), zijnde de ontwikkeling van informatie, methodologie en van de middelen die nodig zijn voor de beheersing van de uitgaven aangaande de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Alle projecten die hierna worden opgenomen dragen bij aan één of meerdere van de hierboven opgenomen krachtlijnen.

3. De strategische kaart :



Artikel 10. Realisatie van de strategische doelstellingen via de projecten uit de 5^{de} bestuursovereenkomst

Deze 5^{de} bestuursovereenkomst legt de focus op een aantal prioritaire projecten in het kader van de hierboven geformuleerde strategische prioriteiten. Deze projecten zijn tot stand gekomen in een samenwerking tussen het RIZIV, haar beheersorganen, de beleidsverantwoordelijken en de externe partners en belanghebbenden. Van zelfsprekend dient rekening te worden gehouden met de budgettaire context waarmee de Staat in het algemeen en het RIZIV in het bijzonder geconfronteerd worden.

Opmerking: indien de noodzakelijke middelen niet ter beschikking staan zullen sommige projecten niet kunnen uitgevoerd worden.

In het kader van de opdrachten die de wet aan het RIZIV heeft toevertrouwd, zal tijdens de duur van de overeenkomst aan de strategische doelstellingen een bijzondere aandacht worden besteed.

Om daaraan tegemoet te komen zijn veranderingen van de werkorganisatie en de verschillende processen noodzakelijk, zal een beroep moeten worden gedaan op ICT, moet een herkwalificatie van bepaalde taken worden doorgevoerd en moet meer worden geïnvesteerd in het beheer en de opleiding van de personeelsleden.

Het is de taak van het RIZIV en zijn administratie om in het raam van de toegekende autonomie en van de toebedeelde middelen, daartoe alle nodige maatregelen te nemen.

Hieronder worden de projecten van deze 5^{de} bestuursovereenkomst kort toegelicht en dit aan de hand van de strategische doelstellingen zoals hoger opgenomen in de strategische kaart.

Perspectief Klant

1) Verzekeren van een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg aangepast aan de behoeften van iedere doelgroep.

Een van de belangrijkste pijlers voor de komende jaren is de inzet op een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg (artikel 11), waarbij elke burger die zorgen moet krijgen die zo goed mogelijk aangepast zijn aan zijn behoeften. Daarom zal het RIZIV:

- inzetten op een verdere verfijning en aanpassing van de reglementering voor wat betreft de kwetsbare bevolkingsgroepen. In dit verband zal het RIZIV haar genomen initiatieven evalueren, bijsturen en verder versterken;
- de automatisering in het kader van de verhoogde tegemoetkoming verder verstreken via een mogelijke automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming
- een evaluatie maken van de proactieve detectie van rechthebbenden.
- het statuut chronische aandoening evalueren en aanbevelingen formuleren tot verbetering van de reglementering.
- een evaluatie van de verplichte sociale derdebetalersregeling maken,
- een hervorming van de gegevensstromen van de Maximumfactuur realiseren.
- in het kader van de financiële transparantie, een overzicht van de activiteiten van de bevoegde Commissies en van het naleven van de overeenkomsten en akkoorden opmaken. Hiervoor zal beroep worden gedaan op de gegevens m.b.t. de honoraria supplementen die door de verzekeringsinstellingen worden verzameld.

- concrete initiatieven voorstellen in lijn met het groenboek en het witboek en de 'blind spots' identificeren, met het oog op het dichten van de zogenaamde gezondheidskloof.

In artikel 12 wordt de hervorming van de remgelden voorbereid. Deze hervorming moet leiden tot een vereenvoudiging van de regeling én een betere toegankelijkheid van de zorg, gericht op de betrokken doelgroep.

In artikel 13 wordt de aanbeveling van het witboek inzake de integratie van de geïnterneerden in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging uitgevoerd. Dit teneinde een identieke verzorging en dezelfde kwaliteit te bieden zoals buiten de gevangenissen of de instellingen waarin de geïnterneerden verblijven.

Het verminderen van de administratieve lasten voor zorgverleners alsook de initiatieven van administratieve vereenvoudiging zullen een positieve invloed hebben op de dienstverlening aan de patiënten. Zoals bvb. bij de ontwikkeling van VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) het toepassen van het elektronisch medicatieschema in de medicamenteuze behandeling van patiënten (artikel 29).

2) Versterken en stimuleren van de re-integratie van arbeidsongeschikte personen.

Het stimuleren van re-integratie om de betrokkenen een toekomst perspectief te bieden. Er wordt een optimale terugkeer naar de arbeidsmarkt beoogd via het opstarten van reïntegratietrajecten en in overleg met en ondersteuning van de diverse betrokkenen. Het RIZIV zal o.a. aan de hand van de ontwikkeling van een opleiding ondersteuning bieden aan alle stakeholders die betrokken zijn in het reïntegratietraject (artikel 19).

3) Verzekeren van geïntegreerde zorg en multidisciplinaire samenwerking als standaard voor chronische ziekten.

Deze strategische doelstelling beoogt het verbeteren van de gezondheid van de bevolking in het algemeen (en van de chronisch zieken in het bijzonder), het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het efficiënter gebruiken van de middelen. En dit vanuit de basisprincipes van de oriëntatienota "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, en de "Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België" van het KCE. Het project zoals hierna opgenomen – artikel 16 - operationaliseert een aantal aspecten die moeten leiden tot een betere zorgverlening voor chronisch zieken en tot vernieuwing in de ouderenzorg.

4) Verlagen van de administratieve last voor de zorgverstrekkers.

Reeds de voorbije jaren is sterk ingezet op administratieve vereenvoudiging voor de zorgverleners. Deze strategische doelstelling is ook de komende jaren een prioriteit voor het RIZIV. Zo zal verder worden ingezet op het ondersteunen en opvolgen van de uitrol van MyCarenet – artikel 27, op het vervolg van de uitbouw van de MyRIZIV-toepassing en het beheer van de praktijken van zorgverleners (artikel 28). Via TARDIS & Qermid 2 – artikel 30 - wordt specifiek de focus gelegd op online diensten voor het invoeren en beheren van individuele medische patiëntengegevens en de vergoeding voor de geneesmiddelen. Tenslotte zal het evaluatiesysteem van de terugbetalingsprocedure van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen in artikel 14 geëvalueerd worden met oog op eventuele bijsturing.

5) Bestrijden van de verspilling in de sector van de geneeskundige verzorging en van de uitkeringen.

Om een correcte toepassing van de reglementering en een correct beheer van de middelen te garanderen zal het RIZIV de komende jaren verder inzetten op het bevorderen van een doelmatige zorg en de strijd tegen sociale fraude. Om onverantwoorde variabiliteit in de uitgaven terug te dringen en ongepast gebruik te verminderen (artikel 35 met de oprichting van een 'Cel Doelmatige Zorg') zullen de nodige administratieve instrumenten worden ontwikkeld. Zoals het opsporen van obsoleete technieken, onverklaarbare consumptiepatronen en praktijkvariaties, het identificeren van geografische verschillen en van niet op evidentie gestoelde voorschijf- of prestatiepraktijken. Ook de acties inzake de strijd tegen de sociale fraude (artikel 33) zullen verder worden versterkt (zie verder).

6) Verzekeren van een snelle en adequate toegang tot nieuwe therapieën.

Het optimaliseren van de toegankelijkheid voor de patiënt tot de kwaliteitsvolle (farmacotherapeutische) zorgen is één van de uitgangspunten van het Toekomstpact voor de geneesmiddelen. Dit pact beoogt, vanuit de creatie van een duurzaam werkingskader met de bedoeling innovatie te stimuleren, het optimaliseren van de toegankelijkheid voor de patiënt tot de kwaliteitsvolle (farmacotherapeutische) zorgen. Het 'stimuleren van innovatie' bevat zowel het (her)investeren in de ontwikkeling van innovatieve farmaceutische therapieën en klinisch onderzoek als het verhogen van de toegankelijkheid voor patiënten tot die innovatieve therapieën (artikel 22).

7) Inzetten op een proactieve beleidsondersteuning.

Het RIZIV speelt een sleutelrol in de gezondheidszorg en kiest ervoor om proactief het beleid mee vorm te geven. In heel wat projecten (artikel 18, artikel 20,...) die in deze bestuursovereenkomst zijn opgenomen vinden we dit terug. Het gaat dan over aanleveren van nieuwe gegevens, maken van bijkomende analyses, en andere aspecten van het ondersteunen van het beleid en de actoren die hierbij betrokken zijn.

Perspectief Proces

8) In overeenstemming brengen van de regelgeving betreffende de uitkeringen.

Een specifieke aandacht gaat naar de hervormingen in de sector uitkeringen, en dit in lijn met de strategische doelstellingen (2) Versterken en stimuleren van de re-integratie van arbeidsongeschikte personen en (11) Vereenvoudigen van het beslissingsproces voor de invaliditeitsdossiers. Hierbij zal de reglementaire vereenvoudiging een van de uitdagingen zijn. In artikel 15 engageert het RIZIV zich om deze reglementaire vereenvoudigingen die een verhoging van de transparantie van het systeem van vervangingsinkomen voor de arbeidsongeschikte beogen volwaardig voor te bereiden en vorm te geven.

9) Optimaliseren en informatiseren van de beheersprocessen voor individuele dossiers.

Met het oog op een optimale dienstverlening aan onze burgers/klanten en een efficiënte werking van onze kernprocessen is de implementatie van een geïntegreerd & geïnformatiseerd individueel dossierbeheer een van de pijlers van de komende jaren. De voorbije jaren werden op dat vlak aanzienlijke investeringen gedaan, zowel op niveau van de business als op niveau van ICT. Zo zal in de komende jaren het nieuwe systeem verder worden uitgerold voor de invaliditeitsdossiers (artikel 26 - Ides), de controledossiers (artikel 38 – Cascada & artikel 32 – eDos) & de geschillendossiers (artikel 36).

10) Implementatie van de geoptimaliseerde processen en de nieuwe organisatiestructuur van de medische controle.

De komende jaren worden de vruchten geplukt van de investeringen in het programma DGEC 2015. De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle implementeert volop haar nieuwe missie, nieuwe processen en nieuwe organisatie (artikel 31). Dit met oog op een versterkte doeltreffendheid en efficiëntie van de controle-, expertise- en informatieopdrachten, een verhoogde zichtbaarheid van de activiteiten en resultaten en het verzekeren van de continuïteit van de missie en dienstverlening (gezien de pensioneringsgolf).

11) Vereenvoudigen van het beslissingsproces voor de invaliditeitsdossiers.

In lijn met de optimalisering van het invaliditeitsdossier is het beslissingsproces de voorbije jaren grondig onder de loep genomen. Een van de belangrijkste keuzes in de procesherziening is het vereenvoudigen (en het versnellen) van het beslissingsproces voor de invaliditeitsdossiers, en dit met een sterke rol voor de adviserend-geneesheren (zie o.a. artikel 26). De implementatie zal de komende jaren volop vorm krijgen.

12) Inzetten op een permanente optimalisatie van de processen binnen een lean cultuur.

De actuele werkcontext is in volle evolutie. Het RIZIV wenst op de meest efficiënte en effectieve manier haar opdrachten uit te voeren, elke vorm van verspilling tegen te gaan en voluit te kiezen voor een verantwoord management. Het procesdenken zal dan ook verder verankerd worden in de besluitvorming van het RIZIV, met focus op lean en efficiëntie. Ook zal gestart worden met een kerntakendebat en de koppeling aan de VTE-analyse (artikel 36).

Perspectief Middelen

13) Verzekeren van integriteit, kwaliteit en diepgang van de gegevens en die toegankelijk maken voor geautoriseerde partijen.

In het kader van artikel 24 wil het RIZIV een aanzienlijke stap vooruit zetten in het beheer van de gegevens. En dit via de optimalisering van de gegevensinzameling, de integratie van meer informatiebronnen in het huidige informatiesysteem, de vereenvoudiging van de toegang tot de gegevens en de verbetering van de kwaliteit ervan. Via een geïntegreerd, geoptimaliseerd en gecodeerd gegevenssysteem wordt het beslissings- en beleidsvormingsproces proactief gevoed (zie hoger). De interactie met de diverse actoren en de privacy van de verzekerden staan hierbij vooraan.

14) Versterken van het beleid inzake duurzame ontwikkeling.

Het RIZIV wil oog hebben voor duurzame ontwikkeling in al haar aspecten. De voorbije jaren zijn al diverse initiatieven genomen op vlak van ecologie. Doorheen de verschillende strategische doelstellingen wordt heel wat gedaan op vlak van het sociaal maatschappelijke. De inzet op het milieu zal verder worden versterkt met initiatieven om te besparen op het vlak van het energie- en waterverbruik, de afvalproductie, het papierverbruik,... De geleverde inzet in het kader van het duurzaamheidsproject (artikel 39) zal toelaten om in eerste instantie de ISO 14001 norm na te leven en vervolgens te komen tot een EMAS-registratie.

15) Aligneren van de ziekenhuisfinanciering op het globale zorgbeleid.

Een van de belangrijke hervormingswerven van de huidige regering is de financiering van de ziekenhuizen. Daarbij wordt de financiering en de organisatie van de ziekenhuizen en hun plaats binnen

het zorglandschap aangepast aan de evoluties binnen de gezondheidszorg. Het RIZIV heeft op dit vlak een belangrijke rol te vervullen. In artikel 17 is dan ook de medewerking van het RIZIV aan de uitwerking van de werkpakketten in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering opgenomen.

16) Responsabiliseren van de actoren op financieel vlak.

Het nieuwe responsabiliseringssysteem wordt ondertussen effectief uitgevoerd en zal de komende jaren de eerste resultaten opleveren (artikel 34) over het goed functioneren van de Verzekeringsinstellingen.

Daarnaast zal het RIZIV via artikel 20 volop bijdragen aan transparantere en leesbaardere financieringsstromen en –mechanismen in de Geneeskundige Verzorging (met focus op een budgettaire en financiële meerjarenvisie), zal de procedure van het verloop van de projecten art. 56 worden verduidelijkt en geoptimaliseerd en zal het beheer van de internationale verdragen worden geauditeerd.

17) Opdrijven van de sociale controle binnen de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De initiatieven inzake strijd tegen de sociale fraude werden de voorbije jaren verder versterkt. Deze strijd blijft cruciaal om onze gezondheidszorg betaalbaar te houden. Ook in deze 5^{de} BO gaan we op dit elan verder met de fictieve domiciliëringen, de onregelmatige verblijven in het buitenland, de fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid, de cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane maar aan de RSZ aangegeven activiteit en de cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane en niet aangegeven activiteit (artikel 33).

18) Versterken van de organisatiecultuur gericht op wederzijds respect, motivatie en betrokkenheid

De kracht van het RIZIV zit bij haar medewerkers. We willen daarom verder groeien zodat de belangen van onze begunstigen, onze medewerkers en onze organisatie elkaar in symbiose versterken. De aandacht zal de komende jaren dan ook gaan naar een moderne en flexibele werkorganisatie. Hierbij zal volwaardig rekening worden gehouden met (het welzijn van) de individuele medewerkers. Denken we hierbij o.a. aan de samenwerking en synergieën tussen de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid en met de FOD VVVL, maar ook aan de eigen ontwikkeling van het Masterplan Facility (artikel 37) met NWoW als een belangrijke pijler.

Perspectief Innovatie

19) Uitbouwen en versterken van ons kennisbeheer in de domeinen van de geneeskundige verzorging en uitkeringen.

In het verleden zijn al heel wat initiatieven genomen om de aanwezige kennis inzake arbeidsongeschiktheid uit te bouwen. De komende jaren bouwen we hierop verder (artikel 18). Hierbij zullen proactiviteit en ondersteuning van het beleid voorop staan. Het begeleidingscomité uitkeringen dat werd opgericht in de periode van de 4^{de} bestuursovereenkomst zal verder worden uitgebouwd. De ontwikkeling van kennis zet zich ook door in de andere sectoren. Zo zal de verder uitbouw van het gegevensbeheer (artikel 24) toelaten om het kennisbeheer verder uit te bouwen.

20) Implementeren van een duurzaam werkingskader voor de ontwikkeling van innovatieve farmaceutische therapieën en klinisch onderzoek

Zoals hierboven reeds beschreven beoogt het Toekomstpact met de Farmaceutische Industrie de creatie van een duurzaam werkingskader met de bedoeling innovatie te stimuleren. Het 'stimuleren van innovatie' bevat zowel het (her)investeren in de ontwikkeling van innovatieve farmaceutische therapieën en klinisch onderzoek als het verhogen van de toegankelijkheid voor patiënten tot die innovatieve therapieën (artikel 22).

21) Zorgen voor de arbeidsvoorwaarden die de "New Way of Working" mogelijk maken.

Een moderne, flexibele werkorganisatie en het welzijn van de interne medewerkers geeft aanleiding om op een andere manier te gaan kijken naar gebouwen en werkplekken. Hiervoor worden de eerste stenen gelegd met het Masterplan Facility (artikel 37) met oog op een rationeel en adequaat gebouwenbeleid. Duurzame ontwikkeling (strategische doelstelling 14) zal hierbij een prioriteit zijn.

22) Versterken van de samenwerking en de synergieën met de nationale en Europese actoren.

Samenwerken en synergieën bouwen zijn belangrijke uitdagingen voor deze 5^{de} bestuursovereenkomst. Dit geeft het RIZIV de kans om efficiënter en effectiever haar rol te vervullen. Niet alleen op niveau van de Openbare Instellingen van Sociale zekerheid (zie deel algemene bepalingen) waar belangrijke afspraken worden gemaakt op de domeinen HR, ICT, logistiek. Maar evenzeer met internationale actoren op vlak van de prijsbeheersing van geneesmiddelen, het vergroten van de efficiëntie bij beoordelingen door o.m. het uitwisselen van expertise en door de erkenning van elkaars beoordelingen (artikel 23).

In het regeerakkoord is speciale aandacht gevestigd op een afstemming tussen de federale kennisinstellingen op het vlak van gezondheidszorg onderling, en in hun relatie tot de kennisinstellingen op andere bevoegdheidsniveaus. De bedoeling is te komen tot meer beleidsmatige en beheersmatige coherentie binnen een geïntegreerd netwerk van gezondheidszorgadministraties, zoals tussen het RIZIV, de FOD VVVL (DGGS) en het eHealth-platform en in een verdere fase eveneens met het FAGG, het KCE, de CDZ, de HZIV, en het WIV. Het RIZIV engageert zich om actief deel te nemen aan de werkzaamheden die zullen worden opgestart voor het traject gezondheid gedefinieerd in de nota van de ministerraad van 03/07/2015 betreffende de redesign van de Federale Overheid en om alle nodige informatie over te maken die tijdens de voorbereidende fase van de oefening gevraagd worden

23) Vereenvoudigen en afstemmen van de nomenclatuur op het beleid en de actuele context.

In lijn met het Regeerakkoord beoogt artikel 21 een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur. Dit met oog op de opmaak van een nieuw grondplan die de basis zal vormen voor de toekomstige vergoedingen van de prestaties in de gezondheidszorg.

De partijen die de overeenkomst hebben ondertekend erkennen dat wegens de omvang en de complexiteit van de te behandelen materie, dit een beduidende vooruitgang op het stuk van de in aanmerking te nemen prioriteiten, de actieve medewerking van alle betrokken actoren en een relatieve stabiliteit van het werkterrein van het Instituut onderstelt.

De partijen komen overeen om voor de periode van **1 januari 2016 tot 31 december 2018** de doelstellingen opgenomen onder titels IV tot en met VI te weerhouden. Voor specifieke doelstellingen zullen de effecten door middel van boordtabellen opgevolgd worden (zie titel VII + VIII).

Naast de selectie van een aantal projecten met actie-verbintenissen en eventueel boordtabellen voor de periode 2016-2018 wordt ook voorzien in een opvolging van een aantal (continue) processen en activiteiten waarvoor in het kader van de vorige Bestuursovereenkomsten actie-verbintenissen werden opgenomen, maar niet meer in de huidige Bestuursovereenkomst. Deze opvolging heeft als doel transparantie te creëren op vlak van de doorwerking van de vroegere engagementen in de continue opdrachten van het RIZIV.

TITEL IV: Het RIZIV waarborgt aan elke burger de toegang tot een verzekerde en doelmatige verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: TOEGANKELIJKHEID

Artikel 11. Een evaluatie, verfijning en bijsturing van de reglementering met het oog op het verderzetten van de initiatieven inzake een toegankelijker zorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen.

Dit artikel heeft betrekking op een nieuw project dat niet in de vorige bestuursovereenkomst was opgenomen (behalve deel 4 van dit artikel dat een vervolg is op artikel 14 van de Bestuursovereenkomst 2013-2015).

Titel

Het gaat om een evaluatie en een bijsturing van de reglementering met het oog op de versterking van de initiatieven tot verbetering van de toegang tot de zorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen. De volgende aspecten zullen worden behandeld:

- Automatisering in het kader van de verhoogde tegemoetkoming;
- Evaluatie van het statuut chronische aandoening;
- Evaluatie van de verplichte sociale derdebetalersregeling;
- Hervorming van de gegevensstromen met betrekking tot de "maximumfactuur";
- Initiatief in het kader van financiële transparantie;
- Initiatieven met het oog op het dichten van de gezondheidskloof.

Kader

Reglementeren, informeren, controleren

Krachtlijnen

- Optimaliseren van de toegang tot de zorg voor kwetsbare groepen.

Context

Dit artikel beoogt de voortzetting van de initiatieven die de Dienst voor Geneeskundige Verzorging en de Dienst voor Administratieve Controle reeds hebben genomen om de toegang tot de verzorging voor kwetsbare bevolkingsgroepen te verbeteren.

In het kader van de vorige bestuursovereenkomst heeft het RIZIV al gegevensstromen aangepast en gecreëerd met het oog op de proactieve detectie van de potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming. De programmawet van 29 maart 2012 houdende bepalingen met betrekking tot de verhoogde verzekeringstegemoetkoming is zo in het Belgisch Staatsblad van 6 april 2012 bekendgemaakt. Tijdens het eerste semester van 2012 is het uitvoeringsbesluit (KB) uitgewerkt. Aangezien de reglementering fundamenteel is gewijzigd, zijn ook de bestanden die zijn uitgewisseld om de rechten op de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen en te controleren, gewijzigd.

De nieuwe reglementering voorziet nu ook in een bijkomende verplichting, met name om de verzekerden proactief vragen te stellen over hun inkomsten. Bovendien is het door de huidige vorm en inhoud van het nieuwe systeem van gegevensuitwisseling mogelijk om de verhoogde tegemoetkoming efficiënter te controleren en meer nuttige gegevens voor de evaluatie van het gevoerde beleid eruit te halen.

Voor het eerste deel van dit project verbindt het RIZIV zich ertoe:

- de resultaten te evalueren van de proactieve gegevensstroom die in het kader van de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming in 2015 is uitgevoerd;
- de mogelijkheid te bestuderen om doelgroepen te bepalen voor wie een automatische toekenning van het recht in overweging kan worden genomen, de mogelijkheid om een gegevensbank uit te werken en/of het gebruiken van andere elementen die belangrijk zijn voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming en die elektronisch zouden kunnen worden uitgewisseld. Het project zal gebruik maken van de resultaten van de studie van het KCE "Optimale vormgeving van een financieel toegankelijk en duurzaam gezondheidszorgsysteem in België", die voor september 2015 is gepland;
- ontwikkeling van de expertise met betrekking tot de sociale voordelen die ten minste gedeeltelijk door de inkomsten zijn bepaald met het oog op de uitwerking van de "best practices".

Alle elementen die tot een grotere automatisering van het recht op de verhoogde tegemoetkoming kunnen leiden, moeten dus worden geanalyseerd en dat enerzijds met het oog op de vereenvoudiging van de administratieve stappen van de verzekerden en anderzijds om voor de effectiviteit van hun rechten te zorgen. Voor de periode van deze overeenkomst verbinden wij er ons nog niet toe om de huidige gegevensstromen te wijzigen. Zoals hierboven is gezegd, is in de voorgaande jaren al een groot werk van optimalisatie van de gegevensstromen uitgevoerd.

Het tweede deel van dit artikel betreft het statuut van de chronische aandoening.

Hier verbindt het RIZIV zich ertoe het statuut van de chronische aandoening dat op 1 januari 2013 in werking is getreden, te evalueren.

In het besluit is immers bepaald dat die maatregel moet worden geëvalueerd om uit te maken op basis van welke criteria het statuut is toegekend; de aard van de uitgaven voor gezondheidszorg die hebben bijgedragen tot de realisatie van de criteria en de evolutie van de toekenning van het statuut zal ook worden geëvalueerd (wijzigingen in de toekenningscriteria, evolutie van de uitgaven, evaluatie van de verlenging) - kwantitatieve evaluatie. Er zal ook worden geëvalueerd hoe het statuut door de rechthebbenden wordt gepercipieerd en of de eraan verbonden voordelen overeenstemmen met de behoeften van de rechthebbenden (kwalitatieve evaluatie). Die evaluatie zal plaatsvinden in de loop van 2016. Naast de evaluatie van het statuut verbindt het RIZIV zich ertoe aanbevelingen te doen ter verbetering van de wetgeving met betrekking tot het statuut van de chronisch zieken.

Voor het derde deel van dit artikel verbindt het RIZIV zich eveneens ertoe de maatregel van de derdebetalersregeling te evalueren. Artikel 53 van de ZIV-wet voorziet in een verplichting voor de huisarts om de derdebetalersregeling toe te passen voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen die hij verleent ten aanzien van rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. In de wet is in de mogelijkheid voorzien om deze verplichte sociale derdebetalersregeling uit te breiden naar andere categorieën van sociaal verzekerden. Hiertoe zal gebruik worden gemaakt van de evaluatie van de verplichte derdebetalersregeling door de huisarts ten aanzien van rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming waarin de reglementering na één jaar toepassing voorziet. De maatregel van de verplichte sociale derdebetalersregeling gaat in midden 2015.

Het vierde aspect van dit artikel betreft de maximumfactuur. De maximumfactuur is een maatregel van financiële toegankelijkheid die dateert van 2002. Jaarlijks genieten meer dan 1 miljoen verzekerden

minstens één terugbetaling in het kader van de MAF, wat zich uit in meer dan 300 miljoen euro aan uitgaven.

Het uitgangspunt van de Maximumfactuur (MAF) is elk gezin de garantie geven dat het niet meer moet uitgeven aan remgelden voor geneeskundige verzorging dan een bepaald maximumbedrag (grensbedrag). Als de remgelden van het gezin in de loop van het jaar dat maximumbedrag bereiken, worden de overige remgelden volledig terugbetaald. Het grensbedrag is afhankelijk van het gezinsinkomen: hoe hoger het inkomen, hoe hoger het grensbedrag. De DAC stelt het grensbedrag van het gezin vast en controleert de gezinssamenstelling.

Om de gezinsinkomsten te bepalen, is er een gegevensuitwisseling opgezet tussen de VI, het RIZIV (DAC) en de FOD Financiën. De inkomsten worden opgevraagd bij de FOD Financiën en opgeteld bij het RIZIV (de DAC) en toegewezen aan een inkomstencategorie.

Om op een correcte wijze de inkomsten op te tellen, heeft de dienst enerzijds nood aan correcte en volledige inkomstengegevens en anderzijds aan een volgens de regels van de MAF correct samengesteld gezin (aangezien de Maximumfactuur in functie staat van de inkomensgegevens van het gezin).

De samenstelling van alle gezinnen waarvoor de ziekenfondsen het MAF-grensbetrag opvragen, wordt door de DAC gecontroleerd. De controle bestaat uit een vergelijking tussen het gezin doorgestuurd door de verzekeringsinstelling en de informatie vermeld in het Rijksregister. Dit gebeurt op basis van de KSZ-gegevensstroom H140. Het ziekenfonds moet de gezinnen die niet correct zijn samengesteld, corrigeren. In 2014 controleerde de DAC 1.457.018 gezinssamenstellingen.

De noodzaak om in de komende jaren middelen te investeren in het proces maximumfactuur is het verdwijnen van de KSZ-stroom H140 die de basis vormt van de controle op de gezinssamenstellingen. Het vervangen van de H140 door de SOA Service Family maakt een re-engineering van het proces noodzakelijk voor een correcte controle en toekenning van de rechten.

Omdat de Maximumfactuur in functie staat van de inkomensgegevens en het bepalen van het grensbedrag, is uiteraard de gegevensuitwisseling over deze fiscale inkomensgegevens determinerend. Het is deze informatie die uiteindelijk moet toelaten dat de maximumfactuur wordt toegekend. Op dit vlak is er een aanpassing vereist op het niveau van de gegevensuitwisseling met de FOD Financiën waarbij immers niet langer de huidige, niet langer ondersteunde databank bij Financiën, maar de databank TAXI AS in de toekomst zal worden gebruikt.

Voor dit vierde deel verbindt het RIZIV zich dus ertoe om die gegevensstromen in samenwerking met de FOD Financiën en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid aan te passen of te wijzigen om de continuïteit van het controleproces van de gezinssamenstellingen evenals van het proces tot bepaling van de inkomsten te waarborgen, processen die moeten worden aangepast (volgens de principes van het "Lean management" met het oog op een optimale en doeltreffende flow) voor de toekenning van de maximumfactuur.

Het laatste engagement van dit artikel betreft de Identificatie van 'blind spots' en het dichten van de gezondheidskloof. Overeenkomstig het regeerakkoord zullen initiatieven worden genomen ter uitvoering van het witboek en groenboek die door het RIZIV zijn opgesteld in samenwerking met de Dokters van de Wereld. Bovendien zullen ook andere 'blind spots' worden opgelijst (zoals bv. mentaal mindervaliden, sekswerkers...) en maatregelen ter verbetering worden voorgesteld. Ten slotte zal op basis van de gegevens van de jongste gezondheidsenquête worden nagegaan welke concrete initiatieven kunnen worden genomen met het oog op het dichten van de zogenaamde gezondheidskloof.

Acties-verbintenissen

Deel 1: Automatisering in het kader van de verhoogde tegemoetkoming

1. Opmaken van een evaluatierapport voor de werkgroep verzekeraarbaarheid van de effecten van de bepaling inzake de proactieve detectie van de VT, een gegevensstroom die opgezet is i.h.k.v. de 4^e BO (in productie in 2015). Streefdatum: 31/12/2018.
2. Opstelling van een rapport over de "best practices" met betrekking tot de toekenning van de sociale voordelen die rechtstreeks verband houden met de inkomsten om de toekenning van de RIZIV-rechten te verbeteren. Streefdatum: 31/12/2017.
3. Opmaak van een nota voor de werkgroep verzekeraarbaarheid met mogelijke voorstellen tot automatisering, op basis van een studie van het KCE, en dit voor andere doelgroepen dan deze uit de actie-verbintenis 4. Streefdatum: X + 12 maanden (X= de publicatie van het KCE-rapport)
4. Opstelling van de reglementaire teksten om ervoor te zorgen dat de verhoogde tegemoetkoming automatisch kan worden toegekend aan groepen op basis van sociale of administratieve criteria die aantonen dat zij beantwoorden aan de inkomensvoorwaarden en op wie de systematische controle onmiddellijk wordt toegepast. Streefdatum: X + 12 maanden (X= akkoord verkregen in de werkgroep verzekeraarbaarheid).

Deel 2: Evaluatie van het statuut chronische aandoening

5. Evaluatie van het statuut chronische aandoening (toekenningsvoorwaarden en effecten): eerste fase – in de loop van 2016. Streefdatum: 31/12/2016.
6. Het formuleren van aanbevelingen en voorstellen voor aanpassing van de reglementering van het statuut chronische zieken: in een 2e fase - gepland in de loop van 2017. Streefdatum: 31/12/2017

Deel 3: Evaluatie van de verplichte sociale derdebetalersregeling

7. Tegen eind 2017 zal een evaluatie worden gemaakt met een nota die zal worden voorgelegd aan de medicomut en het Verzekeringscomité. Streefdatum: 31/12/2017.

Deel 4: Hervorming van de gegevensstromen betreffende de Maximumfactuur

8. Aanpassing van de gegevensstroom van de gezinssamenstellingen (gegevensstroom KSZ H140 naar SOA Service Family). Streefdatum: 31/12/2016.
9. Aanpassing van de gegevensstroom tot bepaling van de inkomsten (gebruik van TAXI AS van de FOD Financiën). Streefdatum: 31/12/2017.

DEEL 5: Identificatie van 'blind spots' en het dichten van de gezondheidskloof

10. Voorstellen van concrete initiatieven met het oog op het dichten van de zogenaamde gezondheidskloof, in lijn met het groenboek en het witboek en het identificeren van de 'blind spots'. Streefdatum: 31/06/2017.

Verwachte effecten

- Versterking van de effectieve toegankelijkheid tot het recht op de verhoogde tegemoetkoming
- Automatisering van de rechten van de sociaal verzekerden
- Hulp bij het nemen van de beslissing voor de voortzetting en de eventuele uitbreiding van de zorgtrajecten voor andere chronische ziekten
- De continuïteit van de processen "maximumfactuur" waarborgen

Externe factoren

- Samenwerking met en afhankelijkheid van externe partners (verzekeringsinstellingen, het observatorium, de FOD Financiën, ...).

Artikel 12. De hervorming van de persoonlijke aandelen.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Dit project beoogt een hervorming van de persoonlijke aandelen van de rechthebbende in de kostprijs van een geneeskundige verstrekking, zowel in de sector van de kinesitherapie, de logopedie als de tandheelkunde en dit met oog op een meer kwaliteitsvolle en doeltreffende gezondheidszorg.

Kader

Reglementeren, controleren, informeren.

Krachtlijnen

- Optimaliseren van de bepaling van het remgeld.

Context

Remgelden bestaan in België al bijna 50 jaar, en ze zijn sterk gedifferentieerd en complex. Op vraag van het RIZIV bestudeerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een aantal belangrijke pijnpunten. Zie hiervoor ook het KCE rapport 186A 'Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product'. Het systeem wordt best vereenvoudigd. Zo kunnen verschillen in remgelden op basis van het aantal patiënten dat de huisarts per huisbezoek ziet of de woonplaats van de patiënt worden afgeschaft. Hoe hoger de maatschappelijke meerwaarde van een medische interventie, hoe lager het remgeld zou moeten zijn. Dit zou bijdragen tot een meer kwaliteitsvolle en doeltreffende gezondheidszorg. Het KCE pleit er dus voor om het remgeld niet langer gewoon te berekenen als een percentage van het ereloon van de arts of de kostprijs van een geneesmiddel. Belangrijk is dat bij dit alles een globale visie wordt uitgewerkt, waarbij wordt nagedacht over de doelstellingen van de remgelden.

In de nationale akkoorden/overeenkomsten van deze 3 sectoren zijn specifieke initiatieven ingeschreven inzake de hervorming van de persoonlijke aandelen. Deze hervorming moet leiden tot een vereenvoudiging van de regeling én een betere toegankelijkheid van de zorg, gericht op de betrokken doelgroep. Telkens wordt uitgegaan van een budgettair neutraal kader.

Het RIZIV engageert zich om tijdens de beginperiode van de 5^{de} bestuursovereenkomst (2016-2018) deze hervorming voor te bereiden zowel inhoudelijk als naar reglementering toe, en dit samen met de betrokkenen. Concreet gaat het o.a. over het oprichten en (bege)leiden van specifieke werkgroepen, het aanbrengen van oplossingen, het concretiseren van principiële beslissingen, het uitvoeren van die beslissingen,...

De verschillende sectoren hebben elk specifieke kenmerken en doelstellingen zodat het uitwerken van deze hervorming dient voorbereid en behandeld te worden per sector. Concreet zijn volgende bepalingen opgenomen in de nationale akkoorden/overeenkomsten:

- voor de kinesitherapeuten : “De Overeenkomstencommissie zal een onderzoek voeren met als doel een harmonisering van de persoonlijke aandelen, binnen de beschikbare budgettaire middelen. Het resultaat van dit onderzoek moet gebeuren in een budgettair neutraal kader”
- voor de Logopedisten: “Programma voor de hervorming van de monodisciplinaire logopedie binnen de verplichte ziekteverzekering met o.a. de afschaffing van de ZIV-tegemoetkoming voor de behandelingszittingen boven percentiel 75 op basis van het huidige verbruik per patiënt en per stoornis en/of rekening houdende met de evidentie op basis van de geldende guidelines. Deze projecten moeten worden gerealiseerd in een budget neutraal kader, te weten binnen de globale begrotingsdoelstelling. Het totaal persoonlijk aandeel op de behandelingszittingen zal gelijk zijn aan de totale huidige remgelden tot aan P75, MAF inbegrepen. Een werkgroep bepaalt de modaliteiten van het toekennen van het persoonlijk aandeel”
- Tandheeskundigen: “De NCTZ zal in 2015 de modaliteiten uitwerken om, al dan niet gefaseerd, in 2016 een mondzorgtraject in te voeren, ondersteund door een tandheeskundig dossier, dat evolueert naar een elektronisch tandheeskundig dossier. Binnen dit mondzorgtraject wordt voorzien in gedifferentieerde terugbetaling, enerzijds door het invoeren van een verbeterde terugbetaling voor prioritair verstrekkingen bij personen die het mondzorgtraject volgen en anderzijds door verminderde terugbetaling voor verstrekkingen die voorkomen konden worden indien het traject werd gevolgd. De differentiering van remgelden zal samengaan met het invoeren van vaste remgeldbedragen, waarbij de hoogte ervan wordt vastgelegd in functie van de aard van tandheeskundige zorg en het preventief karakter ervan. Die vaste bedragen evolueren volgens een cliquet mechanisme. Deze omzetting moet budgetneutraal gebeuren”

De Dienst Geneeskundige Verzorging zal o.a. volgende concrete acties ondernemen in het kader van de uitvoering van dit project:

- Organiseren van werkgroepen;
- Inzamelen en verwerken van specifieke data;
- Uitwerken van haalbare oplossingen;
- Concretiseren van die oplossingen in nota's of ontwerpen van regelgeving;
- Raming van de budgettaire en administratieve impact;
- Voorleggen aan de bevoegde organen en die toelichten;
- Communiceren naar burgers, zorgverleners, verzekeringsinstellingen en andere partners.

Voor de sectoren van de kinesitherapie en logopedie is de voorbereiding volop lopende. Voor de logopedie is het de bedoeling dat de conclusies van de werkgroep in 2016 voorgesteld worden aan de plenaire vergadering van de Overeenkomstencommissie. De uitgewerkte teksten zullen vervolgens in de loop van 2016 voorgelegd worden aan het Verzekeringscomité. Voor de kinesitherapie zal de Overeenkomstencommissie een uitgewerkte tekst bespreken in 2016 waarna een voorstel zal worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Voor de sector van de tandheeskundige zal het nodige worden opgemaakt in de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaak van de reglementering (het KB) voor tandheeskundigen (luik voorkeurgerechtigden), het voorleggen aan de Nationale commissie en aan het Verzekeringscomité. Streefdatum: 30/06/2016.
2. Opmaak van de reglementering (het KB) voor de sector kinesitherapie en logopedie, het voorleggen aan de Nationale commissie en aan het Verzekeringscomité. Streefdatum: X+6 maanden, X is de datum van het akkoord van de Overeenkomstencommissie.

Verwachte effecten

- Betere toegankelijkheid tot gerichte gezondheidszorg.
- Transparantie en vereenvoudiging voor alle betrokkenen (zorgverleners, verzekeringsinstellingen, RIZIV).

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de verschillende partners en hun verwachtingen.

Artikel 13. De integratie van gedetineerden en geïnterneerden in de verplichte ziekteverzekering.

Dit artikel heeft betrekking op een nieuw project dat niet in de vorige bestuursovereenkomsten staat.

Titel

Dit project beoogt op termijn de gedetineerden en geïnterneerden in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te integreren.

Kader

Reglementeren, adviseren, informeren.

Krachtlijnen

- Optimaliseren van de gezondheidszorg.

Context

Vandaag valt de geneeskundige verzorging van de gedetineerden en de geïnterneerden onder de financiële verantwoordelijkheid van de Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie, zowel met betrekking tot de tenlasteneming van de kosten van de geneeskundige verzorging als met betrekking tot de organisatie ervan.

De FOD Justitie neemt de medische kosten ten laste van de gedetineerden en van de geïnterneerden, behalve in uitzonderlijke gevallen die in de reglementering van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vermeld. In die gevallen neemt het RIZIV de kosten in het kader van een gesloten budget ten laste.

Diverse zorgverleners en heel wat instanties hebben gewezen op verschillende problemen, met name de te hoge werkdruk, het gebrek aan financiële middelen, het gebrek aan gekwalificeerde zorgverleners en onaangepaste verzorging voor de geïnterneerden en de drugsverslaafden.

In het licht van die vaststellingen doet het witboek, dat in samenwerking met een honderdtal actoren van de gezondheids- en sociale sector is opgesteld, de aanbeveling om de gedetineerden en de geïnterneerden te integreren in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (rekening houdende met de specifieke situatie van die doelgroepen) teneinde een identieke verzorging en dezelfde kwaliteit te bieden als buiten de gevangenissen of de instellingen waarin de geïnterneerden verblijven.

Technisch gezien is het vanuit wettelijk oogpunt mogelijk de betrokken reglementeringen aan te passen teneinde alle gedetineerden en geïnterneerden in de gevangenissen, zelfs de illegalen, de mogelijkheid te bieden voor de duur van hun gevangenisverblijf toegang tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te hebben.

Een voorafgaande wetenschappelijke studie van het Federaal Kenniscentrum, die tegen einde 2016 is gepland, is echter onontbeerlijk om:

- het probleem van de verzekeraarbaarheid te evalueren: De bovenbedoelde personen moeten voor de duur van hun gevangenisstraf of internering een volledig statuut in de verplichte verzekering verkrijgen.
- de reële noden te kennen van de gedetineerden en de geïnterneerden inzake zorg, de zorgvormen, het zorgvolume dat men zou moeten aanbieden en het huidige zorgaanbod. Die studie moet uitmonden in concrete aanbevelingen met betrekking tot de toekomstige organisatie van de geneeskundige verzorging voor de gedetineerden en de geïnterneerden.
- te bepalen welke de financiële weerslag van de toekomstige organisatie van de geneeskundige verzorging zou zijn (met name de mogelijkheid om een forfaitair model van basisverzorging uit te werken en de haalbaarheid van het systeem).

Op basis van de aanbevelingen van de studie van het Federaal Kenniscentrum verbindt het RIZIV zich ertoe een nota met de noodzakelijke reglementaire aanpassingen met het oog op de integratie van de gedetineerden in het systeem van de verzekering voor geneeskundige verzorging op te stellen. Met betrekking tot de uit te voeren organisatorische aanpassingen is een samenwerking tussen het RIZIV, de FOD VVVL en de FOD Justitie onontbeerlijk.

Acties-verbintenissen

1. Opstelling van een gemeenschappelijke nota (RIZIV-FOD VVVL) ter attentie van de Beleidscel die de noodzakelijke reglementaire aanpassingen bevat met het oog op de integratie van de gedetineerden in het systeem van de ziekteverzekering. Streefdatum: X+1 jaar, waarbij X de datum is waarop de door het Federaal Kenniscentrum uitgevoerde studie aan het RIZIV wordt overhandigd.

Verwachte effecten

- De kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voor de gedetineerden verbeteren.
- Een beter beheer van de staatsgelden.

Externe factoren

- Samenwerking met de FOD Justitie, de FOD Volksgezondheid en de verzekeringsinstellingen.

Artikel 14. Hervorming implantaten: evaluatie van de terugbetalingsprocedure van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Dit artikel is een verderzetting van het project dat opgenomen is in het kader van vorige bestuursovereenkomsten (artikel 18 van de 4^{de} bestuursovereenkomst).

Omschrijving

Het optimaliseren van de werkwijze en procedures tot vaststelling en wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van de implantaten en de invasieve medische hulpmiddelen.

Kader

Organiseren, toekennen.

Krachtlijnen

- Bijdrage tot beheersing van de uitgaven en tot de beperking van de supplementen ten laste van de patiënt.
- Procesverbetering en informatisering.

Context

De hervorming van het systeem van de vergoeding van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen is ingeleid door de gezondheidswet van 13 december 2006. Deze wet bevatte een integrale vernieuwde benadering qua terugbetaling van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. De aanleiding tot die hervorming was enerzijds de nood aan juridische zekerheid en anderzijds het verbeteren van de toegankelijkheid tot die hulpmiddelen.

De voorbije jaren zijn door het RIZIV diverse initiatieven genomen, waardoor verschillende fasen van die hervorming ondertussen gerealiseerd zijn, nl.:

- De notificatieprocedure is in productie gegaan op 1 mei 2009. Dit laat de publicatie toe van de lijst van genotificeerde producten. Enkel deze producten kunnen voorwerp zijn van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering. De implantaten die niet genotificeerd zijn, kunnen niet aan de rechthebbenden worden aangerekend. De lijst van genotificeerde producten is integreerbaar in de elektronische tarificatie. Sedert mei 2009 is er een continue bijwerking van de lijst en is er een toepassing beschikbaar zodat bedrijven die implantaten op de Belgische markt brengen zich kunnen registreren. Deze bedrijven brengen via een elektronisch formulier hun gegevens in en kunnen die ook op die wijze up-to-date houden.
- Het "On-line"-registratiesysteem van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (Qermid). Dit betreft het ter beschikking stellen van een online systeem (registratiesysteem gekoppeld aan het overmaken van klinische gegevens) van aanvraag tot terugbetaling van bepaalde vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Zo is ondertussen voor volgende sectoren de toepassing in productie: hartdefibrillatoren (2010), de pacemakers (2011), de endoprothesen (2011) en de coronaire stents (2012).

- De oprichting en opstart van de “Commissie Tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen” (CTIIMH).
- De lancering van de nieuwe procedure voor terugbetaling van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen midden 2014 (KB van 25/06/2014). Daarvoor werd in de looptijd van de vorige BO (2013-2015) zowel het reglementair (KB omtrent de organisatie van de terugbetalingsprocedure) als het technisch luik (de beheerstoepassing ontwikkeld voor het elektronisch beheer en de opvolging van de behandeling van de aanvraagdossiers ten aanzien van de CTIIMH) uitgewerkt;
- Er is een boordtabel opgemaakt die een registratie en rapportering van de behandelingstermijnen van de dossiers mogelijk maakt;

Zoals al voorzien was is de 4^{de} bestuursovereenkomst heeft het RIZIV zich ertoe verbonden om 2 jaar na de in werking treding van het nieuwe systeem van terugbetaling van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen een evaluatie te maken van dit nieuwe systeem. Concreet zal hierover een rapport worden opgemaakt voor het Verzekeringscomité. In 2014 werd al een eerste nota aan de CTIIMH voorgelegd met daarin een voorstel van te evalueren items.

Tenslotte zal het RIZIV volwaardig meewerken aan de voorbereiding en de uitvoering van het Toekomstpact implantaten.

De lijst van de acties – verbintenissen:

1. Opmaken van een evaluatieverslag aan de CTIIMH van het nieuwe systeem van terugbetaling van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Streefdatum: 31/12/2016.

Verwachte effecten

- Verbeteren van de kwaliteit van de beslissingen
- Snellere tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekkingen (met performante doorlooptijden inzake de procedures voor terugbetaling)
- Betere opvolging (budgettair en medisch/wetenschappelijk) van de lijst van vergoedbare verstrekkingen (wijzigingen).
- Maximale afschaffing van de papieren documenten.
- Beperking van de supplementen ten laste van de patiënt.
- Beheersing van de uitgaven.

Externe afhankelijkheden

Geen.

Artikel 15. Actualiseren van het begrip arbeidsongeschiktheid en harmonisering van de reglementering van de uitkeringen.

Dit artikel heeft betrekking op een nieuw project dat niet in de vorige bestuursovereenkomsten staat.

Titel

Het gaat om de vereenvoudiging van de wetgeving van de uitkeringen om zich aan de maatschappelijke evolutie aan te passen.

Kader

Vereenvoudigen, reglementeren

Krachtlijnen

- Administratieve vereenvoudiging
- Innovatieve benaderingen

Context

Door de complexiteit van de wetgeving, en vooral die van de reglementering in de sector van de uitkeringen, is het noodzakelijk om die wetgeving grondig te herzien. De voorbije jaren is vastgesteld dat verschillende elementen het systeem blokkeren; daarom is het belangrijk om de reglementering inzake de uitkeringsverzekering te verbeteren, te vereenvoudigen en de samenhang ervan te optimaliseren.

Een betere afstemming van de reglementering van de uitkeringen op de maatschappelijke evolutie is een veelomvattend werkpunt waarover in ruimere zin moet worden nagedacht. De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, de toename van de vergrijzing van de actieve bevolking, het optreden van nieuwe syndromen, de ontwikkeling van de chronische ziekten,... zijn immers nieuwe factoren waarmee in het kader van die modernisering van de reglementering van de uitkeringen rekening moet worden gehouden.

Het is de bedoeling dat er wordt nagedacht over een nieuwe reglementering die op de toekomstige uitdagingen op het vlak van de uitkeringen is afgestemd. Het gaat onder andere om de volgende elementen:

- o Een globalere reflectie over artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 met het oog op een betere afstemming van die wetsbepaling op de maatschappelijke evolutie (1. het aspect van de arbeidsongeschiktheid en 2. het aspect betreffende de situaties waarin de werknemer chronisch ziek wordt of op gezette tijden behandelingen moet ondergaan, waardoor hij herhaaldelijk arbeidsongeschikt is).
- o Nadenken over een betere coördinatie van de reglementeringen inzake werkloosheid/pensioenen met de uitkeringsverzekering. Door een betere coördinatie met de betrokken OISZ zou beter kunnen worden geanticipeerd op eventuele moeilijkheden om de geplande wijzigingen in die andere sectoren van de sociale zekerheid in onze uitkeringsverzekering op te nemen (en zouden die moeilijkheden dus kunnen worden vermeden).

De vereenvoudiging van de reglementering heeft voornamelijk betrekking op de volgende bepalingen:

1°. In het huidige artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden de cumulatieve voorwaarden gepreciseerd om als arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend als bedoeld in de uitkeringsverzekering. Van de voorwaarden die daarin staan vermeld, is in de wettekst met name bepaald dat de werknemer elke activiteit moet stopzetten (het begrip activiteit moet in de ruime zin worden begrepen en beoogt niet alleen de bezoldigde activiteiten); bovendien moeten de letsels of functionele stoornissen (waarvan het oorzakelijk verband met de stopzetting van de activiteit moet zijn aangetoond) tot een vermindering van het verdienvermogen van minstens 66 % leiden (medisch-economisch criterium).

Die wetsbepaling houdt evenwel geen rekening met de sociaal-economische ontwikkeling van onze maatschappij, waar de uitoefening van verschillende deeltijdse banen steeds meer voorkomt. Voor de werknemers die meerdere deeltijdse banen uitoefenen, wordt vastgesteld dat zij - volgens de huidige wetgeving - eerst al hun deeltijdse activiteiten moeten stopzetten, ook als de arbeidsongeschiktheid enkel betrekking heeft op de uitoefening van een van hun deeltijdse banen.

Naast de voorafgaande stopzetting van alle activiteiten moeten die werknemers bovendien ook een vermindering van het vermogen van minstens 66 % bereiken; dat medisch-economisch criterium blijkt echter moeilijk te behalen als de medische onmogelijkheid enkel betrekking heeft op een van de uitgeoefende deeltijdse banen (de werknemer blijft arbeidsgeschikt voor zijn andere deeltijdse banen).

Daarnaast mag artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, niet uit het oog worden verloren. Daarin is bepaald dat een arbeidsongeschikte werknemer, met toelating van de adviserend geneesheer, een beroepsactiviteit mag opnemen op voorwaarde dat hij vanuit medisch oogpunt een vermindering van zijn vermogen van minstens 50 procent behoudt. Over de toepassing van dit criterium bestaat in de praktijk tamelijk wat onduidelijkheid. Tevens moet de vraag worden gesteld of deze mogelijkheid van toegelaten arbeid niet kan worden uitgebreid naar een lager percentage van arbeidsongeschiktheid. Daarom zou er moeten worden nagedacht over de mogelijkheid om enerzijds te voorzien in een "gedeeltelijke" arbeidsongeschiktheid en om anderzijds de mogelijkheid te onderzoeken om "verschillende" percentages van arbeidsongeschiktheid vast te leggen als de werknemer verschillende deeltijdse banen uitoefent en hij om medische redenen een van die deeltijdse banen moet stopzetten.

2°. Een ander aspect betreft de procedures van aangifte en erkenning van de arbeidsongeschiktheid voor patiënten met een chronische aandoening (mucoviscidose, multiple sclerose,...) of patiënten die op gezette tijden moeten worden behandeld (chemotherapie, nierdialyse,...); er zou moeten worden nagedacht over de uitwerking van een voorstel dat zowel de voorwaarden voor de erkenning van de arbeidsongeschiktheid bevat als de gevolgen voor de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid, het percentage van de uitkering,... In die reflectie zou ook rekening moeten worden gehouden met aspecten uit het arbeidsrecht (weerslag op het behoud van het oorspronkelijke arbeidscontract in geval van hervatting van aangepast werk, de betaling van het gewaarborgd loon,...) daarom zou die reflectie in nauwe samenwerking met de FOD WASO (in werkgroepen) en de NAR (Platform Back to work) moeten worden gecoördineerd.

Ten slotte willen we nog wijzen op andere reglementaire vereenvoudigingen die een verhoging van de transparantie van het systeem van vervangingsinkomen voor de arbeidsongeschikte beogen. De vereenvoudigingen die de komende jaren op de agenda zullen staan zijn o.a.:

- een harmonisering van de definitie 'gezinslast' met de reglementering in de werkloosheid met focus op een administratieve vereenvoudiging en transparantie voor de patiënt;

- het aanpassen of opheffen van inconsistente of overbodig geworden wetgeving en van wetgeving die te veel administratieve lasten veroorzaakt;
- de onderlinge afstemming van de criteria voor “hulp van derden” (RIZIV) en de integratietegemoetkoming (FOD Sociale Zekerheid DG Personen met een Handicap).
- e.a.

Acties-verbintenissen

1. Oprichting van een interne taskforce 'reglementering' (samengesteld uit leden van alle groepen die in de beheerscomités van de Dienst voor Uitkeringen zijn vertegenwoordigd) met als prioritair doel een voorstel te formuleren inzake art 100 (§1 en §2) met oog op de bevordering van de reïntegratie. Streefdatum: 31/12/2016
2. Oprichting van een interdepartementaal overlegplatform 'coördinatie van de reglementering' met de betrokken OISZ (RVA, RVP, ...). Streefdatum: 30/06/2016
3. Het opzetten van een studie naar de praktische moeilijkheden die het huidige systeem van toegelaten activiteiten stelt en met voorstellen om deze problemen te verhelpen. In deze studie wordt eveneens onderzocht of het systeem van toegelaten activiteiten kan worden uitgebreid naar personen met een lager percentage van arbeidsongeschiktheid. Deze studie wordt opgenomen in het programma 2016 van het Kenniscentrum voor Arbeidsongeschiktheid. Streefdatum: 30/04/2017.
4. Voorleggen van een jaarlijks verslag (vanaf 2017) met voorstellen tot vereenvoudiging van de reglementering betreffende de uitkeringen aan de beheerscomités van de Dienst voor Uitkeringen (met aandacht voor eventuele quickwins). Streefdata: 31/12/2017; 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Aanpassing van de reglementering aan de maatschappelijke evolutie
- Administratieve vereenvoudiging
- Betere toepassing van de normen door de V.l.'s
- Betere coördinatie tussen het sociale zekerheidsrecht en het arbeidsrecht
- Verlaging van het risico op fouten bij de toekenning van de rechten en de berekening van de uitkeringen

Externe afhankelijkheid

- Samenwerking met de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg

TITEL V: Het RIZIV als katalysator van een toekomstgerichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: HERVORMING & INNOVATIE

Artikel 16. Operationaliseren van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen, behalve voor enkele onderdelen van dit project die een vervolg zijn van vorige projecten zoals de zorgtrajecten (artikel 19 uit de 4^{de} bestuursovereenkomst en artikel 31 uit de 3^{de} bestuursovereenkomst) en de zorgvernieuwing in de ouderenzorg (artikel 32 uit de 3de bestuursovereenkomst).

Omschrijving

Het betreft het operationaliseren van een aantal acties die het volgende beogen:

- De gezondheid van de bevolking te verbeteren in het algemeen en van de chronisch zieken in het bijzonder,
- De kwaliteit van de zorg te verbeteren,
- De toegewezen middelen efficiënter gebruiken.

Kader

Informeren, adviseren, verdelen van middelen, toekennen, reglementeren, organiseren, informeren en adviseren en dit volgens de afspraken die worden gemaakt binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Krachtlijnen

- Verbeteren van de dienstverlening/zorg (voordelen) in het algemeen en aan chronisch zieken in het bijzonder.

Context

Dit project beoogt het verbeteren van de gezondheid van de bevolking in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder, het beoogt de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen) door het realiseren van een reeks componenten (empowerment patiënt, ondersteuning mantelzorger, case management, stratificatie bevolking, mensen aan het werk houden of re-integreren, preventie, overleg en coördinatie, zorgcontinuïteit, multidisciplinair patiëntendossier, guidelines, opleiding, betrokkenheid patiëntorganisaties, evaluatie van de performantie van het systeem, kwaliteit, aanpassing financieringssysteem, attractiviteit en changemanagement) die nodig zijn voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

Hieraan worden een aantal voorwaarden gekoppeld op niveau van de patiënt (autonomie, vrije keuze en privacy), van de maatschappij in haar geheel (equity, sociale cohesie en diversiteit) en op het beleidsniveau (specifieke bevoegdheden en prioriteiten van de verschillende overheden en het subsidiariteitsprincipe).

De benadering van 'geïntegreerde zorg' veronderstelt de ontwikkeling van complementariteit en synergiën op niveau van het zorgaanbod, op niveau van de patiënt, op niveau van de patiëntengroepen en op niveau van de bevolking.

In het Regeerakkoord van 2014 wordt ingezet op een "Betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg". Hierbij wordt o.a. verwezen naar:

- de basisprincipes van de oriëntatienota "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België" die op 24 februari 2014 door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werd goedgekeurd,
- naar de "Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België" van het KCE (KCE rapport 190A).
- naar de gemeenschappelijke verklaring van eind maart 2015 en naar het Plan van aanpak rond de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken zoals goedgekeurd door de Interministeriële conferentie Volksgezondheid van 29 juni 2015 en het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken goedgekeurd door de IMC van 19 oktober 2015 en naar de Gids "pilotprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken" die bij protocolakkoord van 29 januari 2016 werd goedgekeurd door de IMC.

In dit Regeerakkoord wordt ook opgenomen dat de uitvoering van het beleid inzake chronische ziekten en vergrijzing gerelateerde aandoeningen zal worden aangestuurd door de interadministratieve cel, opgericht door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, in overleg met het Observatorium voor chronische ziekten. Tenslotte wordt eveneens aangegeven dat de diverse voordelen die momenteel aan de chronisch zieken worden verleend, zullen worden vereenvoudigd en geharmoniseerd.

In lijn met deze prioriteiten wenst het RIZIV dan ook de komende jaren versterkt in te zetten op het operationaliseren van de zorg voor chronisch zieken, en dit op een geïntegreerde wijze. Hiervoor zullen een aantal concrete projecten worden opgezet en/of verdergezet, zijnde:

- Het volwaardig bijdragen aan de uitvoering van het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (luik 1);
- De verdere ontwikkeling van de zorgtrajecten met de ontwikkeling van aanbevelingen voor een generiek zorgmodel voor patiënten met chronische ziekten en de concrete toepassing in een zorgmodel voor patiënten met diabetes type 2 (luik 2 & 4);
- Het verderzetten van de initiatieven inzake de zorgvernieuwing in de ouderenzorg (luik 3).
- Het herdefiniëren van de rol van de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium (luik 5).

Hieronder worden deze projecten concreter toegelicht:

LUIK 1: Bijdragen tot het uitvoeren van het plan chronisch zieken.

De rol die het RIZIV in dit verband zal opnemen is in eerste instantie, samen met de FOD VVVL, een actieve betrokkenheid in en aansturing van de werkzaamheden van de interadministratieve cel "geïntegreerde zorg voor chronisch zieken" (zoals hierboven opgenomen, ingesteld door de Interministeriële Conferentie - IMC Volksgezondheid) het verder uitwerken van het plan en de ondersteuning bij 4 concrete actielijnen voor de progressieve ontwikkeling en implementatie van geïntegreerde zorg :

- organisatie van pilotprojecten in verschillende etappes,
- methodologische, wetenschappelijke en technische ondersteuning,
- de governance van het proces,

- het formuleren van specifieke of complementaire acties door de diverse overheden binnen hun bevoegdheidsdomein.

Daarnaast zal er eveneens een actieve betrokkenheid zijn bij de werkzaamheden van de Interkabinettenwerkgroep “chronisch zieken” van de IMC Volksgezondheid.

Tenslotte moet onderzocht worden in welke mate de zorgvernieuwingsprojecten voor kwetsbare ouderen (de zogenaamde “Protocol 3 projecten”) kunnen geïntegreerd worden in het plan “geïntegreerde zorg voor chronisch zieken”.

Dit luik betreft voornamelijk een proces van reorganisatie en change management, zowel op niveau van de organisatie van het aanbod van zorg als op niveau van de vraag aan zorg.

Dit luik betreft voornamelijk een proces van reorganisatie en change management waarbij integratie de ontwikkeling veronderstelt van complementariteit en synergiën op verschillende niveaus:

- **op niveau van het aanbod van prestaties:**
 - o integratie van de 1^e en 2^e lijn;
 - o integratie van routine zorg en acute episodes;
 - o integratie van hulp- en zorgverlening;
 - o integratie van bestaande structuren ;evenals van verschillende bestaande projecten of initiatieven voor chronisch zieken.
- **op niveau van de patiënt:**
 - o ‘holistische’ benadering van de patiënt (en zijn omgeving) volgens een bio-psycho-sociaal model;
 - o gebaseerd op proactieve en geplande zorg, waarbij de patiënt en de mantelzorger als partners in de zorg beschouwd worden;
 - o integratie van de patiëntenverenigingen/koepels in de beleidskeuzes en de organisatie van de zorg;
 - o integratie van gezondheid en welzijn;
 - o integratie van preventieve zorg tot aan palliatieve zorg.
- **op niveau van de zorgprocessen:** multidisciplinaire benadering en informatiedeling tussen de betrokken actoren (patiënt, zorgprofessionals, mantelzorgers,...
- **op niveau van de bevolking:**
 - o integratie op niveau van de lokale bevolking, verankering in de socio-economische omgeving;
 - o met aandacht voor equity, toegankelijkheid en vermindering van gezondheidsongelijkheden.
- **op beleidsniveau:**
 - o ontwikkeling van synergiën tussen het federale beleid en het beleid van de Gemeenschappen/Gewesten;
 - o verankering van de benadering van geïntegreerde zorg in het federale beleid, het beleid van de Gemeenschappen/ Gewesten en het lokale beleid;
 - o synergiën met onderwijsbeleid, hulp aan personen, sociale hulpverlening, werk, sociale integratie,...

De verbintenissen die het RIZIV neemt in het kader van de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst voor luik 1 zijn de volgende:

- (1) Het bijdragen aan de uitwerking van het plan “geïntegreerde zorg voor chronisch zieken”. Dit houdt o.a. volgende aspecten in :
- Een oproep voor pilootprojecten (start eind 2015), de coaching en de follow-up daarvan (in de periode 2016-2021);
 - Verscheidene wetenschappelijke onderzoeken;
 - De ondersteuning van de acties van het plan met betrekking tot de onderwijs- en opleidingsprogramma's, de acties met het oog op promotie en preventie ...
 - Een communicatieplan, governance van het plan, begeleiding van de veranderingen, impactevaluatie ... De governance van het plan vereist ook een verplaatsing van de huidige "wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voor chronische ziekten", die momenteel bij het RIZIV is gevestigd;
 - Na positieve evaluatie van de proefprojecten, die omzetten in een structureel kader.

Met betrekking tot bovenstaande punten zal in het kader van de 5^{de} bestuursovereenkomst een jaarlijkse rapportering worden opgemaakt (1^{ste} actie-verbintenis). In dit rapport zal ook een specifiek punt over het financieringssysteem worden opgenomen. Het financieringssysteem betreft verschillende scenario's die kunnen gebruikt worden in de hervorming van de gezondheidszorg. Hierbij is er zowel aandacht voor benaderingen vanuit de aanbod- als de vraagzijde als met het vergelijken ervan met de huidige situatie.

- (2) Integratie van de relevante gegevens van de zorgvernieuwingprojecten voor kwetsbare ouderen die thuis wonen (zogenoemde protocol 3-projecten) in de toelichtingen bij het plan “Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken”. De projecten zullen worden gefinancierd tot 2018 op basis van overeenkomsten artikel 56. (zie ook hieronder luik 3 en actie-verbintenis 56. (zie ook hieronder luik 3 en actie-verbintenis 5).

LUIK 2: De verdere ontwikkeling van de zorgtrajecten

Zoals hierboven opgenomen is dit luik een vervolg van vorige projecten uit de 3^{de} en de 4^{de} bestuursovereenkomst.

In het kader van deze 5de bestuursovereenkomst wordt ingezet op de ontwikkeling van aanbevelingen voor een generiek zorgmodel voor patiënten met chronische ziekten, gecoördineerd door de huisarts en deze dan in 1ste instantie te operationaliseren voor patiënten met diabetes type 2.

1. De ontwikkeling van aanbevelingen voor een generiek zorgmodel voor patiënten met chronische ziekten:

Dit generiek zorgmodel is reeds dit jaar (2015) in volle voorbereiding (en dit in samenwerking met het Observatorium voor chronische ziekten, de werkgroep Zorgtrajecten van de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen en de Technisch geneeskundige raad). Een nota met aanbevelingen voor het generiek zorgmodel zal overgemaakt worden aan de inter-administratieve cel chronisch zieken van de IMC Volksgezondheid en het begeleidingscomité zorgtrajecten.

De verbintenis die het RIZIV neemt in het kader van de 5^{de} bestuursovereenkomst is het voorstellen van een nota met aanbevelingen over het generiek zorgmodel (in 2016) aan de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen.

2. De ontwikkeling van een zorgmodel voor patiënten met diabetes type 2 (een voortraject):

Het nieuwe generieke zorgmodel zal in eerste instantie worden toegepast voor diabetes type 2 patiënten die niet opgenomen zijn in de bestaande reeds lopende zorgtrajecten diabetes type 2 of de diabetesconventie. Hiervoor wordt volgende fasering voorzien:

- Fase 1, in de loop van 2015 op basis van de beslissingen van de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen: de verbintenis van de huisarts om de patiënt te identificeren en te registreren, doelgerichte zorg aan te bieden, individuele doelstellingen met de patiënt te bespreken en klinische en biologische gegevens te registreren in het GMD;
- Fase 2, vermoedelijk vanaf 2016, op basis van het zorgmodel diabetes en beslissingen van de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen: de verbintenis van de huisarts tot multidisciplinaire samenwerking en gegevensuitwisseling & de toegang voor de patiënt tot diabeteseducatie en bewegingsadvies.

De verbintenis die het RIZIV neemt in het kader van de 5^{de} Bestuursovereenkomst is de opmaak van een concreet voorstel van zorgmodel voor de diabetes type 2 patiënten (die niet opgenomen zijn in een zorgtraject diabetes type 2 of de diabetesconventie) betreffende multidisciplinaire samenwerking, gegevensuitwisseling en educatie en bewegingsadvies, en overmaken aan de bevoegde organen en commissies (in 2016) (actie-verbintenis 3).

3. De uitbreiding van het generiek zorgmodel naar andere pathologieën:

Het Begeleidingscomité zorgtrajecten zal nagaan of het generiek zorgmodel kan uitgebreid worden naar andere pathologieën, en dit in de loop van de periode 2015-2016. De verbintenis die het RIZIV neemt in het kader van de 5de Bestuursovereenkomst is de agendering van het voorstel van het Begeleidingscomité zorgtrajecten voor de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen (in 2016) over de eventuele uitbreiding van het generieke zorgmodel (actie-verbintenis 4).

LUIK 3: Zorgvernieuwing in de ouderenzorg: onderzoek naar het inkantelen van de projecten “protocol 3” in het plan “geïntegreerde zorg voor chronisch zieken”.

Reeds in de 3^{de} bestuursovereenkomst (2010-2012) was opgenomen dat beleidsmatig geopteerd werd om projecten van alternatieve en ondersteunende zorgvormen te laten formuleren vanuit het werkveld, veeleer dan deze vanuit de overheid op te leggen. Zie hiervoor het derde protocolakkoord (1/10/2005 – 1/10/2010) waarin de uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormen verder gestimuleerd worden.

Het RIZIV heeft in dit verband de voorbije jaren de projecten van de eerste en 2^{de} oproep gecoördineerd alsook de administratieve opvolging op zich genomen. De verbintenis die het RIZIV neemt in het kader van de 5^{de} Bestuursovereenkomst is het voorleggen van een wetenschappelijk rapport voor het Verzekeringscomité (eind 2017) over het verloop van de geselecteerde projecten van de tweede oproep (actie-verbintenis 5) en de mogelijke aanbevelingen. Dit luik is de verderzetting van het lopende project (zie vorige BO's). Daarnaast wordt van het RIZIV verwacht dat het onderzoekt op welke wijze deze projecten kunnen geïntegreerd worden in het Plan voor geïntegreerde zorg voor chronische zieken.

LUIK 4: Projectleiding voor de elektronische ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking op basis van het EPD

Dit luik viseert de uitwerking van een elektronische ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking voor de zorgverlening aan zorgtrajectpatiënten en/of chronisch zieken. Dit elektronisch systeem zal uitgewerkt worden op basis van het elektronisch patiëntendossier (EDP) en is dan ook te beschouwen als een “gedeeld dossier” dat gegevens bevat die door de verschillende zorgverstrekkers

van een multidisciplinair team worden ingebracht én dat gebruikt wordt voor de proactieve opvolging van een patiënt met een zorgtraject of een chronische pathologie door ditzelfde multidisciplinaire team. Ook wordt voorzien in een toegang voor de patiënt tot dit elektronisch systeem zodat hij actief betrokken wordt bij het beheer van zijn zorgproces.

Dit luik is opgenomen in het actieplan e-Gezondheid 2013-2018 (Actiepunt 6) dat vermeldt: “een elektronisch patiëntendossier (EPD) waarin elke zorgverlener gestructureerde gegevens opneemt en dat volledig gericht is op het delen en gezamenlijk gebruiken ervan.....”

In eerste instantie zal een POC (proof of concept) worden ontwikkeld voor de zorgtrajecten. De generieke oplossing zal toelaten de context van de zorgtrajecten te overstijgen.

De rol van het RIZIV specificeert zich op niveau van de projectleiding voor de ontwikkeling van die elektronische ondersteuning en de projectleiding voor de ontwikkeling van een POC voor de zorgtrajecten. De verbintenis die het RIZIV neemt in het kader van de 5de Bestuursvereenkomst is dat 20 maanden na de goedkeuring van de Roadmap eGezondheid 2.0 de POC zorgtrajecten kan opgeleverd worden zodat de testen kunnen starten. Dit project is dus wel afhankelijk van de goedkeuring van de Roadmap eGezondheid 2.0.

Luik 5: Het herdefiniëren van de rol van de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium en van de raadgevende afdeling.

Het RIZIV zal in 2016 aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een voorstel formuleren (doelstellingen, opdrachten, samenstelling en werking) om de huidige Wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voor Chronisch Zieken te integreren in een Observatorium Chronisch Zieken dat afhangt van de IMC.

Daarnaast zal het RIZIV in 2016 aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een voorstel formuleren (doelstellingen, opdrachten, samenstelling en werking) over het herdefiniëren van de rol van de raadgevende afdeling van het observatorium voor de chronische ziekten voor wat betreft de betrokkenheid van de patiëntenorganisaties bij het RIZIV.

Lijst van actie-verbintenissen

LUIK 1: Bijdragen tot het uitvoeren van het plan chronisch zieken

1. Het opmaken van een jaarlijkse rapport over de initiatieven van het RIZIV in het kader van de bijdrage aan de uitwerking van het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (met een specifieke aandacht voor het financieringssysteem). Streefdata: 31/12/2016; 31/12/2017; 31/12/2018.

LUIK 2: De verdere ontwikkeling van de zorgtrajecten

2. Het opmaken en voorstellen van een nota aan de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen en het Verzekeringscomité over de aanbevelingen voor een generiek model. Streefdatum: 30/06/2016.
3. Het opmaken van een concreet voorstel van toepassing van het nieuw generiek zorgmodel voor de diabetes patiënten type 2 (die niet opgenomen zijn in een zorgtraject diabetes type 2 of de diabetesconventie), en overmaken aan de bevoegde organen en commissies Streefdatum: 30/06/2016.

LUIK 3: Zorgvernieuwing in de ouderenzorg

4. Het opmaken van een wetenschappelijk rapport voor het Verzekeringscomité over het verloop van de geselecteerde projecten van de tweede oproep in de zorgvernieuwing ouderenzorg. Streefdatum: 30/09/2017.

LUIK 4: Projectleiding voor de elektronische ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking op basis van het EPD

5. Opnemen van het projectleiderschap voor de ontwikkeling van een elektronische ondersteuning voor de multidisciplinaire samenwerking (op basis van het EPD) in de zorg voor een patiënt met een zorgtraject of een chronische pathologie & de projectleiding voor de ontwikkeling van een POC voor de zorgtrajecten zodat die POC binnen de termijn van 20 maanden kan opgeleverd worden en klaar is om te testen. Streefdatum: X + 20 maanden (waarbij X= datum van goedkeuring van de roadmap eGezondheid 2.0).

Luik 5: Het herdefiniëren van de rol van de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium

6. Formuleren van een voorstel om de huidige Wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voor Chronisch Zieken te integreren in een Observatorium Chronisch Zieken dat afhangt van de IMC. Streefdatum: 30/06/2016.
7. Het herdefiniëren van de rol van de raadgevende afdeling van het observatorium voor de chronische ziekten voor wat betreft de betrokkenheid van de patiëntenorganisaties bij het RIZIV. Streefdatum: 30/06/2016.

Verwachte effecten

- Betaalbare, toegankelijke, innovatieve en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg.
- Kwalitatieve ondersteunende zorgvormen voor kwetsbare ouderen.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking FOD Volksgezondheid (inter-administratieve cel) en de gemeenschappen/ Gewesten.
- Samenwerking met het Observatorium voor chronische ziekten, de werkgroep Zorgtrajecten, de Technisch geneeskundige raad van de Nationale Commissie geneesheren Ziekenfondsen en het Begeleidingscomité zorgtrajecten.
- Medewerking van de individuele artsen en andere zorgverleners, van de beroepsverenigingen, huisartsenkringen en ziekenhuizen.
- Samenwerking met de leden van de Interkabinettenwerkgroep Chronisch Zieken van de IMC Volksgezondheid.
- Universitair consortium rond de zorgvernieuwingprojecten "Protocol 3".
- Implementatieplan BelRAI.
- Uitrol geactualiseerde Road-map e-Gezondheid.

Artikel 17. Meewerken aan de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (werkpakketten).

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

De medewerking van het RIZIV aan de uitwerking van de werkpakketten in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Kader

Adviseren, informeren.

Krachtlijnen

- Innoveren en/of hervormen van de gezondheidszorg.
- Beheersen van de uitgaven GVV.

Context

Eind april 2015 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid haar plan van aanpak over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voorgelegd. Daarin is het belang aangestipt dat een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg gegarandeerd moet zijn. En dat de uitdaging moet aangegaan worden om ons huidig systeem kritisch in vraag te durven stellen en waar nodig gericht te hervormen. Dit om ervoor te zorgen dat ook de toekomstige generaties over een sterke gezondheidszorg beschikken. Een van de belangrijke hervormingswerven is de financiering van de ziekenhuizen. Daarbij zal overigens niet enkel de financiering, maar ook de organisatie van de ziekenhuizen en hun plaats binnen het zorglandschap moeten worden aangepast aan de evoluties binnen de gezondheidszorg.

Over dit thema is door het Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) beleidsvoorbereidend werk geleverd. Het rapport van het KCE zette de belanghebbenden aan tot het verder ontwikkelen en verfijnen van hun eigen ideeën en voorstellen op vlak van deze hervorming.

Het Plan van Aanpak van de Minister beschrijft de achtergrond en aanleidingen en verduidelijkt de doelstellingen en globale krijtlijnen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Deze hervorming kadert in een meerjarenplanning, doch een eerste concrete werkplanning met mijlpalen voor 2015-2016 is opgenomen in het plan. De verdere uitwerking, actualisering en aanvulling van deze werkplanning en mijlpalen zal volgen in de komende jaren. Hiervoor zullen specifieke 'beheersbare' werkpakketten worden gedefinieerd. Dit alles zal verlopen in volle afstemming met parallelle hervormingsinitiatieven zoals de nomenclatuur, het KB nr. 78, de roadmap eGezondheid 2.0, etc. De coördinatie en opvolging van deze hervorming zal verlopen via een Taskforce "globale cohesie ziekenhuisfinanciering – nomenclatuur – KB nr.78" (zie ook project nomenclatuur uit deze bestuursovereenkomst).

Het RIZIV verbindt er zich toe om in de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst volwaardig mee te werken aan de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de concretisering van het plan van aanpak (in werkpakketten). Dit houdt ook de deelname in aan het overleg op federaal niveau via de Taskforce, de overleggroep ziekenhuisfinanciering en andere ad hoc overlegmomenten.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Deelnemen aan de werkgroep en opvolgen van de studie KCE inzake de groepering van ziekenhuispatiënten in 'financieringsclusters' (Werkpakket Financiering), zowel op statistisch vlak (gegevens analyse) als op medisch vlak. Streefdatum: 30/06/2016.

2. Coördineren van de analyse van de haalbaarheid van de concrete implementatie van de referentiebedragen voor de cluster van de laagvariabele zorg – stap 1 en 2 (Werkpakket Financiering). Streefdatum: 30/09/2016.
3. Opmaken van de reglementaire teksten voor de implementatie van de referentiebedragen voor de cluster van de laagvariabele zorg – stap 1 en 2 (Werkpakket Financiering). Streefdatum: X+ 6 maanden (waarbij X= akkoord over de implementatie tussen de stakeholders).
4. Opmaken van de reglementaire teksten voor het werkpakket 'Governance' (o.a. luik optimalisering adviesorganen) op basis van de conclusies van het overleg terzake en het akkoord tussen de betrokken partijen. Streefdatum: X+ 6 maanden (waarbij X= akkoord over de toekomstige Governance).

Verwachte effecten

- Kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor de patiënt.
- Optimaal gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking met de FOD VVVL.
- Samenwerking met de Deelstaten.
- Studies van het KCE.
- Taskforce "globale cohesie ziekenhuisfinanciering".

Artikel 18. Verdere ontwikkeling van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid en de medewerking aan het ontwikkelen van een evidence-based policy.

Dit artikel betreft de voortzetting van artikel 11 van de bestuursovereenkomst 2013-2015. Het concretiseert de voortzetting van eerder genomen initiatieven en nieuwe initiatieven met de bijhorende verbintenissen.

Omschrijving

Ontwikkeling van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid en invaliditeit binnen de Algemene Directie van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV.

Kader

Informeren, adviseren.

Krachtlijnen

- Innovatie in de uitkeringsverzekering.
- Beheersen van de uitgaven GVU.

Context

Op internationaal vlak worden de problematiek van de invaliditeit en de uitdagingen voor de re-integratie van arbeidsongeschikte personen steeds meer beschouwd als een van de centrale

vraagstukken verbonden met de sociale zekerheid en met de evolutie van de arbeidsmarkt. Het aantal zieke, arbeidsongeschikte werknemers stijgt in de meeste geïndustrialiseerde landen. Dat geldt ook in de Belgische context. Momenteel krijgen ongeveer 321.573 (2014) personen een uitkering in het kader van het invaliditeitsstelsel (arbeidsongeschiktheid van meer dan één jaar). Het is per definitie moeilijk om vooruitzichten inzake de evolutie van invaliden vast te leggen, maar de projecties tonen aan dat het aantal rechthebbenden op een invaliditeitsuitkering, volgens de door het RIZIV gehanteerde modellen, ongeveer (daadwerkelijk op 31 december van het jaar) 342.609 zou kunnen bedragen in 2015, 366.059 in 2016 en 390.561 in 2017. Op het vlak van de primaire ongeschiktheid (arbeidsongeschiktheid van minder dan één jaar), tonen de gegevens eveneens een stijgende evolutie, aangezien het aantal vergoede ziekte-dagen is gestegen van 29.433.296 dagen in 2009 tot 34.550.234 dagen in 2013. De gemiddelde duur van de afwezigheid bedroeg 71,98 dagen per periode van arbeidsongeschiktheid in 2009, tegenover 79,46 in 2013.

Eén van de basisopdrachten van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV is dan ook het verder doorgedreven ontwikkelen van kennis inzake arbeidsongeschiktheid met het oog op de ondersteuning van de beleidskeuzes in dit domein.

Een cruciale voorwaarde voor het ontwikkelen van deze kennis inzake arbeidsongeschiktheid is het beschikken over kwaliteitsvolle gegevens. In het kader van vorige Bestuursovereenkomsten werden op dit vlak initiatieven genomen met de projecten 'Statistieken primaire arbeidsongeschiktheid' (art 15 BO 2010-2012), 'Exploitatie van gegevens toegestane deeltijdse werkhervatting' (art 16 BO 2010-2012) en 'Rapportering over onverschuldigde bedragen en recuperaties door de VI' (art 27 BO 2013-2015).

Naast de inspanningen die zijn geleverd om over kwalitatieve gegevens te beschikken, heeft het RIZIV een cel opgericht die is belast met de coördinatie van studies, netwerking en de jaarverslagen met het oog op de uitbreiding van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid (verklarende factoren voor de invaliditeit, professionele re-integratie, de evolutie en de vaststellingen op het vlak van arbeidsongeschiktheid, creatie van een barometer van de arbeidsongeschiktheid...).

In de nieuwe bestuursovereenkomst 2016-2018, wordt op dit elan verder gegaan en worden nieuwe bijkomende actiepunten naar voren geschoven. Deze laatste hebben onder andere betrekking op:

- **Het begeleidingscomité:** een verdere ontwikkeling en uitbouw van de werking van het begeleidingscomité. Op de bijeenkomsten van het begeleidingscomité worden de leden actiever betrokken in de onderzoeken die worden uitgevoerd doordat in de loop van het onderzoeksproces de tussentijdse resultaten aan de leden worden voorgelegd en zij feedback kunnen geven.

Concreet zal minstens één begeleidingscomité per jaar volledig gewijd zijn aan de voorstelling van lopende studies. De leden van het begeleidingscomité en de beleidscel ontvangen de bijhorende presentaties en onderzoeksrapporten. Wanneer een studie beëindigd is worden deze rapporten overgemaakt aan de beleidscel.

- **Netwerking:** concrete stappen in de uitbouw van het netwerk van de Dienst voor Uitkeringen (in een nationaal en internationaal perspectief) wat rechtstreeks de uitbouw van het kenniscentrum versterkt. De Dienst voor Uitkeringen verbindt zich ertoe contacten te leggen met experts in het domein van de arbeidsongeschiktheid zowel nationaal als internationaal. Minimaal zullen goede contacten, gegevensuitwisseling en samenwerking worden bevorderd met het KCE, het WIV, de FOD Volksgezondheid (Medex, Empreva), de DG Sociaal Beleid van de FOD Sociale zekerheid, het Fonds voor Beroepsziekten en het Fonds voor Arbeidsongevallen, de universiteiten en de (wetenschappelijke) verenigingen voor verzekeringsgeneeskunde en arbeidsgeneeskunde. En dit met aandacht voor de transmurale zorg, dit is een geïntegreerde behandeling waarbij zorg en re-integratie optimaal op elkaar worden afgestemd.

- **Begeleiden van externe onderzoeken in functie van een adequate informatie-uitwisseling:** een actieve bijdrage aan lopende en nieuwe studies/projecten. Op die manier kan (wetenschappelijke) kennis tussen de dienst en de betrokken actoren uitgewisseld worden. En kan de dienst mee ervoor zorgen dat er zo weinig mogelijk overlap is tussen onderzoeken/projecten. Deze acties worden geconcretiseerd door te zetelen in de stuurgroep van projecten gesubsidieerd door bv. ESF (Établissements scientifiques fédéraux), IWT (Instituut voor Innovatie door Wetenschap en Technologie), ... en door op te treden als co-promotor bij masterproeven in het domein.

In het kader van dit project verbindt het RIZIV zich ertoe om haar verslagen te blijven opstellen, alsook de studieprogramma's verder te zetten om haar kennis van de sector van de uitkeringen uit te breiden en te delen met andere actoren die rechtstreeks betrokken zijn, zoals de leden van het beheerscomité en van het begeleidingscomité van het expertisecentrum.

Daarnaast zal het RIZIV, in samenwerking met de ziekenfondsen, nog meer inspanningen leveren om te beschikken over kwalitatieve en betrouwbare gegevens over de arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit.

Acties-verbintenissen

1. Voorstelling aan het beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen, na overleg met de Beleidscel sociale zaken, van een jaarlijks studieprogramma over de arbeidsongeschiktheid en voorstelling van die studies. Streefdata: 31/04/2016; 31/04/2017; 31/04/2018.
2. Opmaken van een jaarlijks thematisch verslag met beleidsaanbevelingen ten behoeve van het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen (met voorafgaandelijk overleg met de Beleidscel sociale zaken) over de verwerking van de bestaande gegevens van de dienst inzake arbeidsongeschiktheid (waar mogelijk is het IMA) en de volgende thema's:
 - Invaliditeit: rapportering in verband met statistische evoluties en verklarende factoren;
 - Primaire arbeidsongeschiktheid: rapportering in verband met statistische evoluties en verklarende factoren;
 - Socioprofessionele re-integratie, onder meer de opvolging van de patiënten na de spontane werkhervatting (aantal dossiers hervat).Streefdata: 31/12/2017 ; 31/12/2018.
3. Realiseren van een maandelijkse opvolging/monitoring van de gegevens uitgaven primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, en dit ter attentie van het Beheerscomité uitkeringen. Streefdatum: vanaf 31/01/2016.
4. Het verder verfijnen van de monitoringgegevens ter attentie van het Beheerscomité uitkeringen, en dit in functie van de beschikbare gegevens (cfr. IDES) over o.a. aanvragen arbeidsongeschiktheid, het aantal onderzochte getuigschriften met oproeping, het aantal intredes, uittredes, het aantal toelatingen werkhervatting, e.a. Streefdatum: vanaf 31/12/2016.
5. Minstens één begeleidingscomité per jaar zal volledig gewijd zijn aan de voorstelling van lopende studies (deel studies). Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
6. Minstens één begeleidingscomité per jaar zal gewijd zijn aan het overbrengen van de kennis die uit (inter)nationale contacten voortvloeit (deel netwerking). Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
7. Wetenschappelijk onderzoek lanceren over de positieve effecten van werk op de gezondheid van werknemers. Streefdatum: 31/12/2017.

Verwachte effecten

- Ondersteuning van de beslissingen die worden genomen door de beleidsmakers en de verschillende betrokken partijen die in de beheerscomités van de uitkeringsverzekering zijn vertegenwoordigd;

- Upgrade van de kwaliteit van de aan de adviserend geneesheren en andere actoren verstrekte informatie inzake geneeskundige evaluatie;
- Beter begrip van de uitdagingen en optimalisering van de processen op het vlak van professionele re-integratie;
- Informatie aan het grote publiek, de pers en de wetenschappelijke wereld;
- Betere kennis van de verklarende factoren voor arbeidsongeschiktheid.

Externe factoren

- Op tijd ter beschikking stellen van de kwalitatieve gegevens door de verzekeringsinstellingen.
- Samenwerking met andere actoren: overheidsorganisaties, wetenschappelijke equipes, internationale organisaties, enz.

Artikel 19. De professionele re-integratie: De follow-up van het Plan Back to work & Ontwikkelen van een visie inzake Disability management en aanbieden van tools aan de stakeholders.

Dit artikel betreft de voortzetting van artikelen 11 en 16 van de bestuursovereenkomst 2010-2012 en artikelen 15, 16 en 17 van de bestuursovereenkomst 2013-2015. Het concretiseert de voortzetting van eerder genomen initiatieven. Daarnaast bepaalt dit artikel de nieuwe initiatieven die moeten worden genomen in het kader van de multidisciplinaire re-integratietraject en de werven dat deze initiatieven met zich meebrengen.

Titel

Het doel van het project is om nieuwe initiatieven te ontwikkelen om de professionele re-integratie van de sociaal verzekerden in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit te bevorderen.

Kader

Adviseren, reglementeren, vernieuwen.

Krachtlijnen

- Innovatie in de uitkeringsverzekering.
- Optimaliseren van de dienstverlening (professionele re-integratie).

Context

Dit project heeft tot doel om de werknemers in arbeidsongeschiktheid in de arbeidsmarkt te houden of, eventueel, te re-integreren. Het omvat twee luiken: de uitrol van de tweede fase van het plan Back to work en de ontwikkeling van een visie inzake disability management.

Het plan Back to work werd in 2011 door de vorige regering gelanceerd. Het doel was om het socioprofessionele re-integratiebeleid in de sector van de uitkeringen te ontwikkelen en te structureren. In het programma van de huidige regering wordt dit initiatief versterkt en uitgebreid. In die context heeft het RIZIV overeenkomsten gesloten met de beroepsopleidingsoperatoren van de gewesten en de gemeenschappen, en de verzekeringsinstellingen. Intern werd in de dienst voor uitkeringen een afdeling

"socioprofessionele re-integratie" gecreëerd en werden er verschillende omzendbrieven aangenomen om het re-integratietraject te structureren.

Ter uitvoering van het regeerakkoord en de programmawet van 19 december 2014 wordt er aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds een belangrijke rol toebedeeld om meer arbeidsongeschikte personen terug aan de slag te krijgen. Au plus tard trois mois après le début de la période d'incapacité de travail moet hij door middel van een "quick scan" nagaan voor wie een re-integratieplan het meest aangewezen is. Tevens wordt hij belast met het opstellen van de re-integratieplannen die gericht zijn op beroepsherinschakeling. Het RIZIV verbindt zich ertoe een hulpmiddel bij de besluitvorming met betrekking tot de professionele re-integratie te ontwikkelen voor de adviserend geneesheren. Deze zijn echter niet de enige actoren in de aanpak van de reïntegratie.

De professionele re-integratie is inderdaad voor alles gebaseerd op de bereidheid van de arbeidsongeschikte. Zijn of haar re-integratieplan is het resultaat van een multidisciplinaire samenwerking tussen geneesheren, werkgevers, sociaal assistenten en actoren van het terrein. Aan alle betrokken partijen in het re-integratietraject zal een ondersteuning worden geboden via de opleiding disability management zoals hieronder is opgenomen.

Intern zal dat plan meer middelen vereisen die worden aangewend voor het socioprofessionele re-integratiebeleid en de toepassing van procedures waardoor de aanzienlijke verhoging van het aantal dossiers die door dit nieuwe plan ontstaat, kan worden opgevangen. Het aantal dossiers van professionele re-integratie dat het RIZIV moet behandelen zou immers kunnen verviervoudigen.

Naast die initiatieven zal de dienst voor uitkeringen de reeds genomen maatregelen jaarlijks evalueren om de doeltreffendheid ervan te meten en eventueel corrigerende acties te nemen.

Om de slaagkansen van het re-integratieplan te verhogen, wenst het RIZIV te investeren in de begeleiding van de werkgevers, de artsen, de sociaal assistenten en andere actoren op het terrein in hun betrachting naar jobbehoud van personen met een fysiek of mentaal probleem en de professionele heroriëntering of rehabilitatie van arbeidsongeschikte werknemers.

Anders gezegd, bestaat het tweede deel van dat project uit het ontwikkelen van een visie over disability management, de echte succesfactor van het plan.

Het RIZIV heeft op 11 juni 2014 immers een licentieovereenkomst gesloten met NIDMAR (National Institute of Disability Management and Research) over de organisatie van een opleiding van disability manager. Die opleiding, bestaande uit 25 modules, beoogt om de begeleiding van de rechthebbenden op de uitkeringsverzekering die het socioprofessioneel re-integratietraject volgen, te professionaliseren en te standaardiseren. Na een gecertificeerd examen wordt de titel van disability manager toegekend.

Via de opleiding wil de dienst voor uitkeringen ondersteuning bieden aan alle stakeholders die betrokken zijn in het re-integratietraject.

De methodiek van Disability Management (D.M.) is gericht op jobbehoud of een snelle/gepaste terugkeer naar werk van de arbeidsongeschikte persoon, waarbij rekening wordt gehouden met:

- individuele behoeften van de persoon
- de omstandigheden op de werkplek
- het wetgevend kader.

Kenmerkend voor D.M. is de aandacht voor coördinatie: een centrale persoon (jobcoach, adviserend geneesheer, arbeidsgeneesheer, enz.) brengt de andere betrokken partijen samen en ondersteunt hen bij hun taken inzake jobbehoud bij mensen die dreigen uit te vallen en bij re-integratie van arbeidsongeschikte personen. De methodiek gaat ervan uit dat de werkplek de meest effectieve plaats is voor re-integratie.

Er kunnen twee pijlers worden onderscheiden:

- een systematische aanpak op het niveau van het bedrijf
- een gecoördineerde inspanning op het niveau van het individu.

Daarnaast zal de dienst uitkeringen initiatief nemen tot het tot stand komen en het promoten van een geïntegreerde preventieketen, bestaande uit primaire preventie (voorkomen van schade), secundaire preventie (herstellen van schade) en tertiaire preventie (beperken van schade), zodat er een preventiecultuur ontstaat. Het is hierbij belangrijk om de eigen initiatieven in te schalen in een bredere samenwerking tussen de federale instellingen (FOD WASO, FBZ en FAO) en dat de samenwerking met de regio's geoptimaliseerd wordt. Prioriteit daarbij is de stroomlijning van informatie naar de patiënt.

Acties-verbintenissen

1. Ontwikkelen van een hulpmiddel voor de adviserend geneesheren bij de besluitvorming met betrekking tot de socioprofessionele re-integratie. Streefdatum: 31/12/2016
2. Jaaroverzicht van de genomen maatregelen inzake professionele re-integratie ter attentie van het beheerscomité uitkeringen. Streefdata: 31/01/2017; 31/01/2018; 31/01/2019.
3. Ontwikkelen van een opleiding inzake Disability management. Streefdatum: 1/06/2017.

In het kader van het nieuwe re-integratieplan (programmawet van 19 december 2014):

4. Opstellen van een omzendbrief voor de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het professioneel re-integratieplan (na bekendmaking van het koninklijk besluit naar aanleiding van de programmawet van 19/12/2014), en dit 30 dagen voor de in werking treding van het nieuwe KB. Streefdatum: X – 30 dagen, waarbij X de datum van in werking treding is van het nieuwe KB.
5. Administratieve omzendbrief Verzekeringsinstellingen om de administratieve behandeling van de aanvragen tot professionele re-integratie te organiseren, meer specifiek met bijzondere aandacht voor de facturatie. Streefdatum: 30/06/2016.
6. Bijwerken van de omzendingen Verzekeringsinstellingen betreffende de overeenkomsten met de gewestelijke partners voor de professionele integratie en opleiding. Streefdatum: 30/06/2016.
7. Het RIZIV zal de overeenkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en de gewestelijke en gemeenschapsinstellingen voor opleiding en integratie evalueren, niet alleen wat het aantal deelnemers aan de trajecten betreft, maar ook het aantal deelnemers dat opnieuw aan het werk wordt gezet. Het Kenniscentrum voor arbeidsongeschiktheid zal daartoe via een studie een methode ontwikkelen voor de raming van de directe en indirecte effecten van de overeenkomsten op de wedertewerkstelling. Streefdata: nieuwe evaluatiemethode: 31 december 2016; Eerste evaluatie van de overeenkomsten: 31 december 2017.
8. De Dienst voor Uitkeringen zal jaarlijks een informatieactie (bvb. forum) over de terugkeer naar het werk organiseren. De bedoeling van dat forum is enerzijds de mensen op het terrein (werkgevers, behandelend geneesheren en arbeidsgeneesheren) beter te informeren over de kansen die de wetgeving biedt voor de terugkeer naar het werk van zieke werknemers en anderzijds de uitwisseling van goede praktijkvoering te bevorderen. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Verwachte effecten

- een betere begeleiding van de sociaal verzekerden naar werk
- een duidelijke reglementering en kwalitatieve richtlijnen om de adviserend geneesheren en de actoren op het terrein te ondersteunen in hun re-integratiewerk
- op termijn een besparing op de opdrachtenbegroting (via de vermindering van het aantal invaliden)

Externe factoren

- Samenwerking van de verzekeringsinstellingen en de andere externe partners (VDAB, Forem/AWEPS, ACTIRIS/Bruxelles formation, Phare)

Artikel 20. Optimaliseren van het financieel beheer van de Geneeskundige Verzorging: Meerjarenvisie - Projecten artikel 56 – Beheer internationale verdragen.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursvereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Het bijdragen aan transparantere en leesbaardere financieringsstromen en –mechanismen in de Geneeskundige Verzorging & het verduidelijken (en optimaliseren) van de procedure van het verloop van de projecten art. 56.

Kader

Adviseren, informeren.

Krachtlijnen

- Beheersen van de uitgaven GVU.

Context

Dit project beoogt het optimaliseren van bestaande financieringsmechanismen in de geneeskundige verzorging enerzijds en het verduidelijken van de procedure voor het verloop van de projecten art. 56 anderzijds.

Deze opdracht wordt door de voogdijoverheid als een prioriteit beschouwd en bestaat uit volgende onderdelen, zijnde:

1. Het auditeren van de procedure voor het verloop van de projecten art. 56:

Hierbij zal het RIZIV de bestaande procedure voor de projecten art.56 evalueren. Ook zal het RIZIV een hernieuwde en transparante procedure voor de projecten artikel 56 uitwerken en op punt stellen.

In de eerste plaats zal een evaluatie gebeuren van de actuele procedure en zal vergeleken worden met gelijkaardige processen o.m. in de FOD en het KCE. Op basis van deze analyse zal het bestaande instrument worden geactualiseerd. Hierbij zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan de wijze van besluitvorming en de methodiek van prioritisering.

Concreet zal in eerste instantie het volgende worden opgeleverd:

- Voor wat betreft de duidelijkheid over de procedure van het verloop van de projecten art 56 zal de interne auditcel een analyse maken over de procedure art. 56 projecten (indiening, publicatie, opvolging,...). Het resultaat van deze audit zal vervolgens aan de Algemene Raad worden voorgelegd.

2. Het ontwikkelen van een duidelijke budgettaire en financiële meerjarenvisie:

Het is meer dan ooit nodig om een duidelijke meerjarenvisie te ontwikkelen in de gezondheidszorg. Het is hierbij ook aangewezen om meerjarenafspraken en meerjaren-doelstellingen te formuleren. De huidige budgettaire en financiële kaders hiertoe zijn ontoereikend en toe aan updating. In een eerste fase voor wat betreft de financiële stromen inzake ziekenhuisfinanciering.

Het RIZIV zal de bestaande financiële mechanismen verder verfijnen en operationaliseren. Dit moet toelaten om voor sommige sectoren een meerjarenplan te ontwikkelen op macro vlak. Bij wijze van voorbeeld kan worden verwezen naar het traject dat inzake medische beeldvorming werd uitgestippeld samen met Belmip.

Concreet zal in eerste instantie het volgende worden opgeleverd:

- De voorbereiding van een kader ten behoeve van het Beleid en teneinde beslissingen te kunnen nemen. Het RIZIV zal een nota opmaken voor de Algemene Raad met daarin voorstellen met het oog op een verbetering van de transparantie en een versnelde afsluiting van de rekeningen. De nota zal opgeleverd worden tegen eind 2016.
3. Het optimaliseren van het financieel beheer van de internationale verdragen, zowel in uitkeringen als gezondheidszorgen. Dit zal concreet inhouden dat, indien de noodzakelijke middelen ter beschikking zijn, er een audit op het beheersproces van de ontvangsten & uitgaven van de internationale verdragen zal uitgevoerd worden. Dit met oog op het herzien van de werking en de financiering van de internationale verdragen.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaken van een nota voor de Algemene Raad met daarin een analyse over de procedure voor het opstellen/opstarten/evalueren van de projecten art. 56 (indiening, publicatie, opvolging,...) en voorstellen ter verbetering. Streefdatum: 31/12/2018.
2. Opmaken van een nota tav de beleidscel over de uitvoering van de kalender 'financiële verantwoordelijkheid van de VI's' zoals opgenomen in nota Algemene raad van 21/12/2015. Streefdata: 31/12/2016; 31/12/2017; 31/12/2018.
3. Het uitvoeren van een audit op het beheersproces en de evaluatie van de ontvangsten & uitgaven van de internationale verdragen (werking + financiering + transparantie). Streefdatum: 31/12/2017.

Verwachte effecten

- Betere beheer van de middelen.
- Transparanter & beheersbaarder budget / financiële stromen en mechanismen
- Optimalere meerjarenramingen.
- Transparante en optimale procedure voor de projecten art 56.
- Versnelde afsluiting van de rekeningen.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking met de FOD VVVL en met het KCE.
- Beschikbaar zijn van de noodzakelijke HR-middelen.

Artikel 21. Modernisering van de nomenclatuur.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Een grondige modernisering en vereenvoudiging van de nomenclatuur.

Kader

Adviseren, informeren.

Krachtlijnen

- Innoveren en/of hervormen in de Geneeskundige verzorging.

Context

Dit project beoogt een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur. Dit met oog op de opmaak van een nieuw grondplan die de basis zal vormen voor de toekomstige vergoedingen van de prestaties in de gezondheidszorg.

In het regeerakkoord 2014 is volgende bepaling opgenomen:

“De tarieven worden op transparante wijze afgestemd op de reële kostprijs van de prestatie, onverantwoorde verschillen in vergoeding tussen de verschillende medische disciplines worden weggewerkt. Intellectuele prestaties (inzonderheid voor de knelpuntdisciplines), onderlinge afstemming, overleg en coördinatie bij multidisciplinaire samenwerking worden beter gewaardeerd. De prijs van de bij de zorgverlening gebruikte materialen of producten mag geen directe invloed hebben op het door de zorgverlener aangerekende tarief. De herijking moet prikkels blijven voorzien voor productiviteit en specialisatie.”

Het RIZIV zal er in de komende jaren vooreerst voor zorgen dat een methodologie (met inbegrip van de kostprijs analyses zoals gebruikte materialen, e.a.) wordt uitgewerkt met oog op die herijking van de nomenclatuur. Vervolgens zal bepaald worden wat de prioriteiten zullen zijn (zoals o.a. de prioritaire doelgroepen) van deze vernieuwde nomenclatuur en tenslotte hoe en wanneer ‘stapsgewijs’ de toepassing van de ontwikkelde methode zal gebeuren.

Om deze opdracht te kunnen uitvoeren is nood aan externe ondersteuning. In dit verband zal dan ook in de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst een lastenboek worden uitgeschreven zodat de studie kan worden uitgevoerd door een externe partner (zoals universiteiten, consultants,...).

De hervorming van de nomenclatuur zal verlopen in lijn en op geïntegreerde wijze met de herziening van het KB nr.78 op de gezondheidszorgberoepen en met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Er zal voor deze hervormingen een Taskforce worden opgericht die de globale cohesie van de hervormingen zal bewaken.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaak van een lastenboek voor het uitwerken van de studie over de vernieuwing en vereenvoudiging van de nomenclatuur. Streefdatum: X + 6 maanden (waarbij X de datum is van beschikbaarheid van de Beleidsnota over de herijking van de nomenclatuur).
2. Gunning van de opdracht. Streefdatum: X + 6 maanden (X= datum van realisatie van actieverbintenis 1).
3. Opmaken van een stand van zaken van de voortgang van de studie over de vernieuwing en vereenvoudiging van de nomenclatuur. Streefdata: X + 6 maanden, X + 12 maanden (X= datum van opstart van de studie).

Verwachte effecten

- Tarieven afgestemd op de reële kostprijs van de prestaties.
- Wegwerken van onverantwoorde verschillen in vergoedingen van zorgverleners.
- Opwaarderen van intellectuele prestaties, onderlinge afstemming, overleg en coördinatie bij multidisciplinaire samenwerking.

Externe afhankelijkheden

- Beschikken over de noodzakelijke middelen.

Artikel 22. Uitvoering van het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Uitvoering van het toekomstpact met de farmaceutische industrie

Kader

Adviseren, informeren.

Krachtlijnen

- Beter beheersen van de uitgaven GVU.
- Innoveren en/of hervormen in de geneeskundige verzorging.

Context

Het Toekomstpact met de Farmaceutische Industrie (gesprekspartners Pharma.be en Febelgen) beoogt het optimaliseren van de toegankelijkheid voor de patiënt tot de kwaliteitsvolle (farmacotherapeutische) zorgen die deze patiënten nodig hebben. Vanuit dat oogpunt wordt een duurzaam werkingskader beschreven en gecreëerd, bedoeld om innovatie te stimuleren.

Het aspect duurzaamheid behelst hierbij zowel

- de financiële en budgettaire aspecten, zijnde een groeipad op langere termijn met budgettaire garanties voor de ziekteverzekering;
- als de creatie van een omgeving en een klimaat die voor de industrie het perspectief bieden om (opnieuw) te investeren in innovatieve therapieën door het inbouwen van de elementen voorspelbaarheid en flexibiliteit.

Het 'stimuleren van innovatie' bevat zowel het (her)investeren in de ontwikkeling van innovatieve farmaceutische therapieën en klinisch onderzoek als het verhogen van de toegankelijkheid voor patiënten tot die innovatieve therapieën.

Voor het financiële en budgettaire luik en het creëren van de noodzakelijke 'ademruimte' voor de industrie wordt gefocust op het verhogen van de competitiviteit in de post-octrooimarkt.

In de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst zal het RIZIV(1) zich verbinden tot het aanpassen, vereenvoudigen en versnellen van de huidige besluitvormingsprocessen en lopende procedures inzake de geneesmiddelen. Zo bijvoorbeeld in het kader van de herwaardering CTG (herdefiniëring van de klasse 1, 2, 3 en aanpassing procedures), herwaardering art. 81 (pay for performance), herwaardering van hoofdstuk IV (knowledge building),... Deze aanpassingen hebben een belangrijke impact op de 'ICT oplossing' voor de opvolging van de dossiers.

Tegelijk wordt de evolutie van de basis van tegemoetkoming van de geneesmiddelen aanzienlijk vereenvoudigd op het moment van patentverval en de beschikbaarheid aan generieken (de zogenaamde "patent cliff").

Er zal ook aandacht worden besteed aan de problematiek van personalised medicine. Hierbij moeten de procedures voor diagnostica en biomarkers beter worden gealigneerd met de procedure voor de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten.

Hierbij een overzicht van de grote projecten waarvoor het RIZIV een trekkende rol zal spelen, zijnde o.a.:

- Dag 180 (reductie 'lag' periode tussen notificatie en vergoeding);
- Versnelde procedure ETA ETR;
- Project NEBEL (zie ook ander project uit deze BO);
- Klasse 1,2,3 en aanpassing procedures (zie hoger);
- Integratie/gebruik registries (art 81)
- Personalized Medecine;
- Werkgroep transparante kostprijs;
- Structurele oplossing hep C
- Patent cliff (zie actie-verbintenis 2);
- Incentives biosimilars.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Aanpassen, vereenvoudigen en versnellen van het besluitvormingsproces en het proces van uitvoering van de aanpassingen aan de bijhorende ICT-toepassing voor de CTG. Streefdatum: 31/12/2017, behoudens andere datum overeengekomen tussen de Beleidscel en het RIZIV).
2. Het toepassen van de "patent cliff". Streefdatum: 01/03/2016.

Verwachte effecten

1 Dit project ligt in lijn met het regeerakkoord en de beleidsverklaring van de Minister. De tekst van het Toekomstpact is beschikbaar gesteld in september 2015.

- Verhogen van de toegankelijkheid voor de patiënten tot innovatieve therapieën & geneesmiddelen.
- (her)investeren in de ontwikkeling van innovatieve farmaceutische therapieën en klinisch onderzoek.
- Budgettaire stabiliteit en voorspelbaarheid voor patiënt, industrie en administraties.

Externe afhankelijkheden

- Beschikbaar zijn van de noodzakelijke middelen.

Artikel 23. Ontwikkeling van samenwerking met terugbetalingsautoriteiten van andere lidstaten inzake geneesmiddelen.

Dit artikel bevat een nieuw project dat niet in de vorige bestuursovereenkomsten is opgenomen.

Titel

Dit project gaat over het ontwikkelen van samenwerking met terugbetalingsautoriteiten van andere Europese lidstaten inzake geneesmiddelen.

Kader

Informereren, adviseren.

Krachtlijnen

- Beheersing van de uitgaven GV.
- Innoveren en/of hervormen van de geneeskundige verzorging.

Context

NEBEL (Nederland-België) heeft tot doel om een samenwerking tot stand te brengen tussen de terugbetalingsautoriteiten van Nederland en België. Dit moet leiden tot een vruchtbare samenwerking tussen de Nederlandse en Belgische autoriteiten die niet alleen prijsbeheersing van geneesmiddelen mogelijk maakt, maar die ook de efficiëntie bij beoordelingen vergroot door het uitwisselen van expertise en door de erkenning van elkaars beoordelingen. Daarnaast dient de samenwerking tot 'knowledge building'.

De verbintenis van het RIZIV op het internationale niveau beperkt zich niet tot NEBEL. Het instituut werkt immers ook samen met andere Europese landen in het kader van de uitwisseling van expertiseverslagen en informatie over de geneesmiddelen.

De eerste stappen voor de concrete uitvoering van het NEBEL-project zijn al gezet. De bevoegde Nederlandse en Belgische ministers hebben in april 2015 namelijk een samenwerkingsakkoord gesloten over de volgende domeinen:

Horizon scanning:

De Nederlandse en de Belgische autoriteiten onderschrijven het belang van de beschikbaarheid van geconsolideerde/gevalideerde informatie over nieuwe geneesmiddelen die op korte en op middellange

termijn ter beschikking kunnen komen op de markt. Een zogeheten “Horizon Scanning” maakt dit mogelijk.

Het instrument moet het mogelijk maken om in een vroeg stadium keuzes te kunnen maken over de voorwaarden waaronder geneesmiddelen aan patiënten ter beschikking gesteld kunnen worden.

Dit laatste faciliteert de eigen (nationale) planning van de organisatie en de toewijzing van budgettaire middelen, en het instrument helpt ook in de keuzes voor onderlinge samenwerking op deze terreinen.

De Nederlandse en Belgische autoriteiten verklaren zich bijgevolg akkoord te investeren in de verdere ontwikkeling en validatie van (eventueel nieuwe) methodes die het proactief genereren van dergelijke informatie mogelijk maakt (‘Horizon Scanning’)

Uitwisseling expertise HTA/Pakketbeoordelingen(NL):

België en Nederland erkennen beide het belang van een actieve deelname van de ‘payers’ aan de discussies rond Early Dialogues/Scientific Advice in de verschillende platforms (EMA, SEED). Beide erkennen de waarde van het vooraf afstemmen en waar mogelijk, formuleren van gezamenlijke standpunten rond deze onderwerpen. Met het oog op het optimaliseren van de investering in deze activiteiten, wordt tussen België (RIZIV en KCE) en Nederland (Zorginstituut Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) op korte termijn een structureel overleg geïnstalleerd.

Nederland en België hebben al investeringen gedaan op het vlak van Health Technology Assessment, en tegelijk op het delen van bestaande expertise en het opbouwen van relevante kennis. De twee landen verbinden zich ertoe om in dit verband te blijven vooruitgaan.

Art 81 overeenkomsten (BE) – financiële arrangementen (NL)

Beide partijen spreken zich uit voor nadere samenwerking op het gebied van prijsonderhandelingen. Samenwerking is op twee onderdelen mogelijk: het structureel delen van (strategische) informatie voorafgaand, tijdens en na onderhandelingen met leveranciers (voor zover eventuele overeenkomsten met individuele leveranciers dit in specifieke gevallen toestaan) en het feitelijk gezamenlijk formuleren van voorwaarden en het voeren van gezamenlijke gesprekken.

Voor wat betreft het delen van informatie heeft dit al eerder informeel plaatsgevonden. Erkend wordt dat dit op korte termijn nader en intensiever kan worden voortgezet. Met name de meer concrete samenwerking bij contractonderhandelingen welke een complex proces is.

Beide landen blijven punctueel en informeel informatie uitwisselen over lopende en geplande onderhandelingen met farmaceutische bedrijven voor financiële arrangementen (NL)/overeenkomsten artikel 81(BE), binnen de grenzen van de huidige reglementaire bepalingen, met inbegrip van het respect van de vertrouwelijkheid van informatie.

In het kader van dit project verbindt het RIZIV zich ertoe om door de opmaak van een jaarlijks rapport de Algemene Raad te informeren over de staat van vooruitgang van de akkoorden die tussen de twee landen zijn gesloten.

Acties-verbintenissen

1. Opmaak van een jaarlijks verslag aan de Algemene Raad met de evolutie van het akkoord met Nederland. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018

Verwachte effecten

- Ontwikkeling van synergieën met Europese actoren

- Door transnationale samenwerking kan de expertise beter worden ingezet (hergebruik van analyses door partnerlanden).

Externe factoren

- Samenwerking met Europese actoren (vooral de terugbetalingsautoriteiten van de geneesmiddelen)

Artikel 24. Verrijken van de Data Warehouse Gezondheidszorg, Verzekerbaarheid & Invaliditeit.

Dit artikel omvat een nieuw project dat nog niet in de vorige bestuursovereenkomsten was opgenomen.

Titel

Dit project heeft tot doel om op termijn een datawarehouse (Ubiqui) te verrijken en uit te breiden en volledige, geïntegreerde, betrouwbare en gecodeerde gegevens te genereren voor de analyses en nominatief voor de controles in de sectoren van de geneeskundige verzorging, de verzekerbaarheid, de invaliditeit en de controles en detectie van fraude.

Kader

Informereren, adviseren, controleren.

Krachtlijnen

- Hervormen van het verzamelen, verwerken en analyseren van de data.

Context

Zowel RIZIV als FOD VVVL hebben een uitgebreide Data Warehouse voor de uitvoering van de opdrachten van beide instellingen zoals o.a. de financiering gezondheidszorg, de controles en inspecties van de zorginstellingen en de zorgverleners, de detectie van fraude, het bevorderen van de kwaliteit in de gezondheidszorg.

FOD VVVL krijgt via registraties zoals MZG, MPG, SMUReg/AmbuReg en UREG (Minimale Ziekenhuis en Psychiatrische Gegevens, Ambulance en Urgentiegegevens) informatie over de administratieve, klinische (incl. diagnoses) en verpleegkundige aspecten en over de zorg/psychiatrie.

Het RIZIV heeft zicht op de verleende attesten, prestaties, voorschriften en financiële informatie via de "ProMed" en DOC N fluxen (uitgaven op basis van de Nomenclatuur, Patiënteel, Anonieme Ziekenhuisverblijven, enz.) Verder beschikt het RIZIV eveneens over informatie in het kader van de administratieve controle en de invaliditeit betreffende de ledentallen en mutaties, de recuperaties door de verzekeringsinstellingen, de verzekerbaarheid en speciale statuten, de partiële arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en "back to work", enz.

In het kader van het project UBIQUI wil het RIZIV verder gaan in het beheer van die gegevens. En dit via de optimalisering van de gegevensinzameling, de integratie van meer informatiebronnen in het huidige informatiesysteem, de vereenvoudiging van de toegang tot de gegevens en de verbetering van de kwaliteit ervan teneinde de basisopdrachten van het RIZIV te kunnen uitvoeren.

Een **geïntegreerd, geoptimaliseerd en gecodeerd** gegevenssysteem is immers een echte ondersteuning bij het nemen van beslissingen in het kader van bepaalde beleidsmaatregelen van het RIZIV (zie ook andere projecten van deze bestuursovereenkomst zoals: doelmatige zorg, plan back to work, financiering van de ziekenhuizen, ...).

Het biedt ook een grotere transparantie aan de patiënten die zo kennis kunnen nemen van de evaluatie van de verzorgingsinstellingen en de zorgverleners in België.

Naast zijn informatieopdrachten en de hulp bij het nemen van beslissingen is de datawarehouse een bron van waardevolle gegevens in de strijd tegen de sociale fraude en de verspilling.

De opportuniteiten die door dit project worden gecreëerd, zijn verregaand, nl.:

- Voor de **stakeholders** zal er een invalshoek zorgverleners beschikbaar zijn, inclusief een invalshoek patiënt/burger, met een transparantie naar de burger toe in het kader van Patient/Personal Health Record. Daarnaast kunnen synergieën worden gecreëerd met een rijke set van gegevens uit de zorgsector zowel op federaal niveau (VI. zorginstellingen, zorgverleners, KCE, WIV, HGR, RIZIV, FOD VVVL, enz. als op het niveau van de gemeenschappen en gewesten.
- Het afstemmen van **diagnostische en financiële gegevens**: Gegevens over de financiering per aandoening in het kader van de financiering van de ziekenhuizen (extra gegevens nodig in AZV tijdens, voor en na opname). Eventueel met de uitbreiding van gegevens uit andere sectoren zoals invaliditeit, sociale context, enz. om zo een “360 degree” zicht op bepaalde problematieken te kunnen uitbouwen.
- De ondersteuning van het **beleid doelmatige zorg** (zie project uit de 5^{de} BO): Medicatie, Evidence Based Medication/Medicine in België, Coaching/sensibilisering/controlle van de opvolging van de richtlijnen in het kader van best practices (behandeling versus diagnose, medische beeldvorming, klinische biologie, enz. met verhogen van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg en een meer optimaal gebruik van het zorgbudget.
- In het kader van **waste en Fraudedetectie**: Detectie van outliers, profilering en analyse op basis van een rijkere set van gegevens (klinisch, financieel, inkomen, fiscaal, sociaal) door vergelijking met best practices/benchmarking.

Met volgende Principes:

- **Optimalisatie van kost, efficiënte werking en verwerking**, door gedeelde data en unieke bronnen op gemeenschappelijke of geïnterconnecteerde platformen ter beschikking te brengen.
- **Only once principe**: optimalisatie van het opvragen van de gegevens, optimale invulling van finaliteit en proportionaliteit.
- Met respect voor de **privacy van de patiënt**.
- **Snelheid** van beschikbaarheid: om fraude snel te kunnen detecteren en optimaal te bestrijden, zijn de snelle beschikbaarheid van een rijke en coherente set van gegevens en de middelen om deze te analyseren noodzakelijk.
- **Open data, big data**: geanonimiseerde, geaggregeerde gegevens ter beschikking stellen van de gemeenschap of doelgroepen om privé en crowd initiatieven te promoten in het kader van mobile health, mobile apps, Het samenbrengen van gegevens en het openen van deze gegevens voor de verschillende stakeholders met respect voor de finaliteit, de proportionaliteit en de privacy van de burger/patiënt.

Dit project vereist een intensieve samenwerking tussen het RIZIV en de andere actoren uit de gezondheidssector (verzekeringsinstellingen, de FOD VVVL, het KCE, ziekenhuizen, Healthdata.be,...). Het RIZIV zal in het eerste jaar van deze 5^e bestuursovereenkomst een behoeftenanalyse opmaken over die gegevens die nodig zijn om een performant beheer te garanderen. Bij die behoeftenanalyse zullen naast

de actoren van de ZIV ook de verwachtingen van de verschillende stakeholders (academische wereld, industrie,...) worden geïnventariseerd. Bij alle ontwikkelingen wordt de privacy van de verzekerden gewaarborgd. De daaropvolgende jaren zal de focus liggen op het optimaliseren van de toegang tot de gegevens en de operationalisering van het te optimaliseren gegevensbeheer.

Acties-verbintenissen

1. Opmaken van een behoeftenanalyse over de gegevens in de gezondheidszorg die nodig zijn om een performant beheer te garanderen, met inbegrip van de uitbreidingen die nodig zijn op het vlak van de gegevens. Streefdatum: 31/12/2016.
2. Optimaliseren van de toegang tot de gegevens in de gezondheidszorg (analyses, controles) voor wat betreft de flux Newattest. Streefdatum: X+12 maanden, X= akkoord dat bereikt is met de VI's in actie-verbintenis 1.

Verwachte effecten

- Met naleving van de privacy van de patiënten de toegang tot de gegevens en tot de informatie vereenvoudigen.
- Hulpmiddel bij de uitvoering van de basisopdrachten van het RIZIV.
- Ontwikkeling van synergieën tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV.

Externe factoren

- Samenwerking met de externe partners (patiënten, verzekeringsinstellingen: IMA, FOD Volksgezondheid, ziekenhuizen, Healthdata.be ...).
- Goedkeuring van privacy commissie noodzakelijk.

Artikel 25. Medewerking van het RIZIV aan de uitvoering van de staatshervorming.

Dit artikel betreft een verderzetting van een project uit de 4^{de} bestuursovereenkomst 2013-2015 (artikel 35).

Omschrijving

Meewerken aan de staatshervorming.

Kader

Organiseren.

Krachtlijnen

- Hervormen van de GV: bevoegdheidsoverdracht.

Context

De impact op het RIZIV van de overdracht van de bevoegdheden van de Staatshervorming heeft betrekking op volgende domeinen:

- Het ouderenbeleid en “long care”-zorgen
- De geestelijke gezondheidszorg
- Het preventiebeleid
- De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg
- En hulp aan personen met een handicap (mobiliteitshulpmiddelen)

De voorbije jaren heeft het RIZIV volwaardig deelgenomen aan de voorbereidingen en implementatie van deze overdracht, zowel in de rol van deelnemer als in de rol van trekker. Zo noteren we o.a. volgende realisaties:

1. Het deelnemen aan en/of trekken van het overleg, zoals o.a. :
 - De Interministeriële Conferentie;
 - De Stuurgroep/CoPil (onder leiding van RIZIV & FOD VVVL);
 - De Coorfed (RIZIV & FOD VVVL);
 - De Werkgroep thesaurie-operaties met RSZ, RSZPPO, Famifed, RIZIV, RVA;
 - De Werkgroep van de Interministeriële Conferentie - internationale overeenkomsten (organisatie door RIZIV);
 - De Werkgroep van de Interministeriële Conferentie – mobiliteitshulpmiddelen;
2. Het deelnemen aan de werkzaamheden inzake de ICT-aspecten.
3. Het nemen van acties naar het personeel toe (een communicatie naar de medewerkers, individuele gesprekken met de personeelsleden, overleg met de deelstaten over de verwachte competenties,...).

In het kader van de 5^{de} bestuursovereenkomst verbindt het RIZIV zich ertoe verder volwaardig mee te werken aan het vervolg van de implementatie van deze bevoegdheidsoverdracht. Dit zowel voor de aspecten inzake het personeel, het financieel & budgettair luik als de kennisoverdracht. Zoals o.a. over de opvolging van de begroting van de overgehevelde materies in de overgangsfase (monitoring uitgaven), over de voorlopige en definitieve afsluiting van de rekeningen en over specifieke financiële aangelegenheden.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Periodiek rapporteren over de samenwerking, en dit via de semestriële (& jaar) rapporten over de realisaties bij de 5^{de} bestuursovereenkomst.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking van de externe actoren (Fod VVVL, Deelstaten, Verzekeringsinstellingen,...)

TITEL VI: Het RIZIV zet in op een optimale benutting van de middelen: **OPTIMAAL MIDDELENGEBRUIK**

Artikel 26. De geïntegreerde informaticatoepassing IDES: invaliditeit en andere processen in de sector van de uitkeringen.

Het artikel heeft betrekking op de voortzetting van het project van de Bestuursovereenkomst 2006-2008, de wijzigingsclausule 2009 (artikel 17), de Bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 28) en artikel 15 van de Bestuursovereenkomst 2013-2015.

Titel

Ontwikkeling van een centrale informaticatoepassing met het oog op de verbetering en optimalisering van het beheer van de invaliditeitsdossiers.

Kader

Toekenning

Krachtlijnen

- Administratieve vereenvoudiging
- Procesverbetering en informatisering
- Uniforme toepassing van de reglementering
- Kosteneffectiviteit

Context

Het IDES-project is opgestart in het kader van de bestuursovereenkomst 2013-2015. De Dienst voor Uitkeringen wil het project tijdens de bestuursovereenkomst 2016-2018 voortzetten. Het gaat om de voortzetting van de ontwikkeling van een geïntegreerde informaticatoepassing die een geautomatiseerde verwerking van de individuele invaliditeitsdossiers maar ook van alle processen van de Dienst voor Uitkeringen, de socioprofessionele re-integratie en de internationale verdragen mogelijk maakt. Bovendien zal een onderdeel "beheer van de primaire arbeidsongeschiktheid" worden ontwikkeld, naast de uitwisseling van elektronische gegevensstromen tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV.

IDES is gecreëerd om compatibel te zijn met de nieuwe besluitvormingsorganen en de nieuwe werkprocessen die zijn gecreëerd in het kader van de hervorming van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (artikel 16 van de Bestuursovereenkomst 2013-2015). Een werkgroep met vertegenwoordigers van het RIZIV en van de verzekeringsinstellingen heeft nagedacht over de hervorming van de besluitvormingsprocedures, van de processen en van de organisatie van het domein van de invaliditeit. Er zijn voorstellen tot verbetering geformuleerd en geïmplementeerd.

Met IDES kan ook worden ingespeeld op andere evoluties in het domein van de uitkeringen, namelijk een paradigmaverandering in de sector van de uitkeringen (cf. Plan Back to work). Sinds 2011 investeert de Dienst voor Uitkeringen, in samenwerking met andere actoren vanop het terrein, in de ontwikkeling van een daadwerkelijk beleid van professionele re-integratie. Er is in IDES voorzien in een module voor het beheer van dat aspect.

IDES is een grootschalig project dat de ambitie heeft om een groot deel van de processen van de Dienst voor Uitkeringen te beheren. Daarom is het in fasen opgedeeld om rekening te houden met de beschikbare resources en met de termijnen.

Een eerste fase met betrekking tot het individuele invaliditeitsdossier, met inbegrip van de elektronische uitwisselingen met de verzekeringsinstellingen, de hulp van een derde en de verzending van een eerste gegevensstroom op de 1e dag van de 7e maand arbeidsongeschiktheid, gaat begin 2017 in productie (cf. verbintenis uit de 4e B.O.). Daarvoor was intern grondig analysewerk nodig om de processen "To Be" te conceptualiseren. De verzekeringsinstellingen hebben de processen "To Be" voor de eerste fase van IDES op 6 februari 2015 goedgekeurd (realisatie binnen de 4^{de} bestuursovereenkomst).

Voor de periode van de 5e overeenkomst verbindt het RIZIV zich ertoe:

- De eerste fase van IDES in productie te stellen;
- De tweede fase van IDES, die bestaat uit de ontwikkeling van het onderdeel "beheer van de primaire arbeidsongeschiktheid" met de integratie van het programma GRI 2.2. van de DGEC en het onderdeel "socioprofessionele re-integratie" (elektronische gegevensstroom komende van de V.I.'s, behandeling van een dossier in IDES, papieren kennisgevingen aan de verzekerden en elektronische kennisgevingen aan de V.I.'s), in productie te stellen.

Acties – verbintenissen

1. Inproductiestelling van een centrale toepassing voor het beheer van de invaliditeitsgegevens - 1e fase: processen invaliditeit en hulp aan derden en primaire ongeschiktheid (eerste dag van de 7e maand). Streefdatum: 07/02/2017.
2. Inproductiestelling van een centrale toepassing voor het beheer van de invaliditeitsgegevens - 2e fase: primaire ongeschiktheid en socioprofessionele re-integratie. Streefdatum: 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Verbetering van de kwaliteit van de gegevens en van de controle van de gegevens.
- Gemakkelijke toegang en beveiligde uitwisselingen met de externe actoren (verzekeringsinstellingen, adviserend geneesheren).
- Betere dienstverlening aan de sociaal verzekerden.

Externe factoren

- De samenwerking met de verzekeringsinstellingen.

Artikel 27. Ondersteunen en opvolgen van de uitrol van MyCaret.

Dit artikel betreft een verderzetting van het project artikel 12, strategie en roadmap inzake de informatisering van de gezondheidszorg, zoals opgenomen in de 4^{de} bestuursovereenkomst 2013-2015.

Omschrijving

Het betreft de bijdrage van het RIZIV aan de verdere ontwikkeling en implementatie van de uitrol van MyCareNet, en dit in lijn met de bepalingen uit de geactualiseerde roadmap eGezondheid 2013-2018.

Kader

Adviseren, reglementeren.

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.
- Optimaliseren van de gezondheidszorg.

Context

De evoluties op vlak van ICT hebben het jongste decennium in het domein van de gezondheidszorg nieuwe mogelijkheden geschapen. Het RIZIV en haar partners hebben de jongste jaren in dit verband diverse projecten opgestart en gerealiseerd in het kader van de informatisering van de gegevensstromen en het ontwikkelen van toepassingen voor de diverse gebruikers (zie ook artikel 12 uit de 4^{de} bestuursovereenkomst & het actieplan of de roadmap eGezondheid 2013-2018). Informatisering is daarbij geen doel op zich, maar moet ten dienste staan van:

- het creëren van een verbetering van de zorgkwaliteit en -continuïteit voor de zorgbehoevende enerzijds;
- het ondersteunen van de zorgverleners en -instellingen bij hun opdrachten, met bijzondere aandacht voor het beperken van de administratieve lasten die met deze opdrachten gepaard gaan;
- het faciliteren en verbeteren van de communicatie tussen de actoren in de gezondheidszorg;
- het verhogen van de transparantie en toegankelijkheid voor de sociaal verzekerde;
- het versterken van de beleidsondersteunende capaciteit (statistieken, studie, beleidsevaluatie, etc.).

De voorbije jaren heeft het RIZIV volop de implementatie van MyCarenet ondersteund. Het RIZIV wenst in de periode van deze bestuursovereenkomst 2016-2018 haar bijdrage tot de ontwikkeling van MyCarenet verder te zetten. Concreet betekent dit:

- het verder voorzien van een aangepast reglementair kader voor de diverse sectoren (voor o.a. de consultatie van de verzekeraar, de facturatie, het aanvragen medico-administratieve documenten, de consultatie van en het aanvragen van akkoorden, het beheer van GMD's, de tarificatie,...);
- het verzorgen van communicatie naar de doelgroepen van MyCarenet;
- Het transversaal opvolgen en bewaken van de uitrol;
- Het overleg met de Verzekeringsinstellingen over afspraken m.b.t. de specifieke uitrol-kalender.

De ondersteuning van het MyCarenet-programma – die in zijn geheel op het niveau van het NIC en de VI wordt gecoördineerd – gebeurt op een procesmatige wijze en zal dus worden verdergezet de komende jaren. De uitrol en dekkingsgraad van de verschillende functionaliteiten van MyCarenet bij de diverse doelgroepen zal worden ondersteund en opgevolgd. Hierover zal worden gerapporteerd. Zo zal jaarlijks een rapport aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd met de stand van zaken van de uitrol van MyCarenet.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaken van een jaarlijks rapport voor het Verzekeringscomité met de stand van zaken van de uitrol van MyCarenet. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Verhogen van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg.

- Vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten binnen de gezondheidszorg.
- Betere beleidsondersteuning.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de sectoren.

Artikel 28. De verdere uitbouw van de MyRIZIV-toepassing en het beheer van de praktijken van zorgverleners.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Dit project betreft de verdere kwalitatieve en kwantitatieve uitbouw van de MyRIZIV-toepassing (luik 1) en de ontwikkeling van een databank en beheerssysteem voor de praktijken van zorgverleners (luik 2).

Kader

Organiseren, informeren, controleren.

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.
- Optimaliseren van de dienstverlening/gezondheidszorg.
- Beheersen van de interne middelen: kosteneffectiviteit.

Context

De individuele zorgverleners met een RIZIV-nummer kunnen via de website van het RIZIV inloggen in de beveiligde webtoepassing MyRIZIV. Op die manier kan de zorgverlener zelf specifieke gegevens invoeren en/of wijzigen. Het gaat meer bepaald over de identificatie- en financiële gegevens. Het RIZIV is de authentieke bron voor die gegevens. Luik 1 van dit project beoogt een verdere modernisering van het beheer van deze gegevens.

In luik 2 van dit project zal een databank en beheerssysteem voor de praktijken van zorgverleners worden opgezet. Dit betreft het identificeren van praktijken van zorgverleners en het verzamelen en continu updaten van de verbonden gegevens, nuttig in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Luik 1: verdere uitbouw van MyRIZIV

De huidige toepassing (SZV) van het RIZIV is de centrale backoffice die een groot aantal van de gegevens van de individuele zorgverleners beheert en als dusdanig de basis vormt voor de verspreiding van de gegevens naar de partners in de gezondheidszorg (VI's, FOD Volksgezondheid, deelstaten, eHealth, bpost...). Zoals hierboven al vermeld kan, via de interactieve MyRiziv-webtoepassing, een aantal van die

gegevens reeds via de zorgverleners zelf online aan het RIZIV worden meegedeeld en automatisch in bovenvermelde SZV-toepassing worden geïntegreerd.

De doelstellingen van luik 1 van dit project zijn de volgende:

1. Een kwalitatieve en kwantitatieve uitbouw van de MyRIZIV-toepassing, waardoor in de toekomst:
 - alle gegevens van zorgverleners die dienen voor interne en externe exploitatie, door zorgverleners met het RIZIV online via de MyRiziv-toepassing kunnen uitgewisseld worden;
 - deze uitwisseling kan gebeuren via een unieke interface (momenteel hebben de verschillende RIZIV-webmodules vaak een verschillende look & feel) ;
 - nieuwe gegevens relevant voor het RIZIV en haar partners online kunnen ingezameld worden.
2. Een integratie van de MyRIZIV-toepassing in het “unieke loket”-project (Cobrha+), dat momenteel wordt uitgetekend door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de deelstaten en eHealth en een geïntegreerde portaal-site/toepassing beoogt die op het eHealth-platform ter beschikking kan gesteld worden aan de zorgverleners.
3. Een geautomatiseerde interfacing met de gegevens en systemen beheerd door de FOD Volksgezondheid en de deelstaten.

De concrete uitvoering en fasering van luik 1 is de volgende:

1. Een kwalitatieve en kwantitatieve uitbouw van de MyRIZIV-toepassing. Het RIZIV engageert zich om hierbij de trekkende rol op te nemen en haar IT-systemen aan te passen. Qua oplevering en timing zijn er volgende onderdelen:
 - Het online beheer van praktijkadressen voor alle individuele zorgverleners tegen het eind van het 1^{ste} semester van 2016;
 - Het online beheer van de conventiegegevens artsen (streefdatum artsen: publicatiedatum van het akkoord artsen-ziekenfondsen volgend op het huidige akkoord 2015) & conventiegegevens tandartsen (streefdatum tandartsen: publicatiedatum van het akkoord tandartsen-ziekenfondsen volgend op het huidige akkoord 2015-2016) en opzetten van een aangepaste gegevensflux met de VI's opdat zij deze online geregistreerde gegevens correct in hun bestanden kunnen integreren.
 - De online aanvraag van de sociale voordelen voor artsen en tandartsen: hiervoor is het overleg met de externe partners (alle individuele zorgverleners) voorzien in de periode 2016-2017. Bij consensus met de externe partners zal de uitwerking van een aangepaste regelgeving en ontwikkeling van de online module voor het beheer van de aanvraag sociale voordelen opgestart worden. Uiterlijk 2 jaar na consensus met de externe partners volgt dan de voorziene oplevering van de module.
 - Voor wat betreft het online beheer van de accreditering voor de artsen is in 2016 de integratie van de bestaande webtoepassing in de MyRiziv-toepassing voorzien.
 - Voor het beheer van de accreditering voor de tandartsen is de uitwerking van een aangepaste regelgeving voorzien tegen eind 2016. De ontwikkeling van online modules van de tandartsen volgt dan 2 jaar na de consensus met de sector over de aangepaste regelgeving.
2. Een integratie van de MyRIZIV-toepassing in het “unieke loket”-project “CoBRHA+ en uniek loket”², dat momenteel wordt uitgetekend door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de deelstaten en eHealth en een geïntegreerde portaal-site/toepassing beoogt (ter beschikking gesteld voor de

² De Interministeriële Conferentie heeft op 30 maart 2015 uitvoering gegeven aan actiepunt 17 van het actieplan e-gezondheid 2013-2018 met betrekking tot de creatie van een uniek digitaal loket en de verdere ontwikkeling van de gegevensbank “Cobhra” voor gezondheidsinstellingen en gezondheidszorgberoepen

zorgverleners op het eHealth-platform). Het uniek loket zal toegankelijk zijn via het e-Health-platform die de toegang van de gebruikers beheert. Het zal de toegangspoort voor de momenteel ontwikkelde of bestaande portaalsites van de administraties vormen, en verschillende diensten aanbieden aan de zorgverstrekkers. Het RIZIV neemt volwaardig deel aan dit breder project. Hiervoor is in de periode 2016-2018 overleg met de FOD Volksgezondheid, de deelstaten en eHealth voorzien. Eind juni treedt een protocolakkoord inzake het creëren van dit uniek digitaal loket in werking.

3. Een geautomatiseerde interfacing met de gegevens en systemen beheerd door de FOD Volksgezondheid en de deelstaten. Het RIZIV neemt volwaardig deel aan dit breder project. Hiervoor is in de periode 2016-2018 overleg met de FOD Volksgezondheid, de deelstaten en eHealth te voorzien.

Luik 2: Ontwikkelen van praktijkregistratie (in lijn met de MyRIZIV toepassing)

Het belang van groepen of praktijken in de geneeskundige verzorging stijgt alsmaar. Zo:

- organiseren zorgverleners zich steeds meer in groepen of praktijken, waarbij verantwoordelijkheden en financiële middelen gedeeld worden;
- vergen sommige patiëntengroepen (bv. chronisch zieken) een multidisciplinaire benadering en een uitgebreid overleg en coördinatie tussen de verschillende zorg (-en hulpverleners). Bij de financiering van die verzorging moet hierbij rekening worden gehouden en zal meer en meer naar een financiering op praktijkbasis worden gewerkt;
- is het belangrijk om in het kader van fraudebestrijding duidelijkheid te scheppen in welke mate de praktijk en/of de individuele zorgverleners die deel uitmaken van die praktijk gevat kunnen worden voor sancties na onregelmatigheden. In die context is het belangrijk om de praktijken te identificeren en de pertinente gegevens (zoals de samenstelling) te kennen. De praktijkregistratie zal dus, naast het vastleggen van verantwoordelijkheden en de controle, ook een rol hebben inzake factureringsmandaten, fiscale bestemming van inkomsten (vervanging papieren getuigschriften door elektronische facturering in 3de betalingsregeling), gezamenlijke aanvragen voor bepaalde voordelen en andere maatregelen. Voor de sector van de thuisverpleging zijn hiervoor al eerste initiatieven genomen en ideeën geuit.
- om meer zekerheid en transparantie te geven rond de verschillende verantwoordelijkheden van de betrokken personen. Die verantwoordelijkheden situeren zich op 3 niveaus: de individuele verpleegkundige, de operationele eenheid ("praktijk") en de administratieve eenheid ("koepelorganisatie"). Dat aflijnen van de verantwoordelijkheden was (en is) verbonden met de praktijkregistratie (zie hieronder uittreksel uit het samenvattend overzicht van de werkgroep rond controle en sancties in de thuisverpleging)).
- is inzake de "accountability" van de actoren het wenselijk om niet enkel op individueel maar ook op praktijk- of groepsniveau profielanalyses te verrichten om zo onterechte uitgaven te kunnen opsporen en te vermijden.
- is er de noodzaak om de therapeutische relatie te kunnen laten gelden voor alle leden van de praktijk.

Daarom wil het RIZIV in het kader van deze 5^{de} bestuursovereenkomst inzetten op het identificeren van praktijken van zorgverleners en het verzamelen en continu updaten van de verbonden gegevens die nodig zijn in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Zo is het de bedoeling om in de loop van het eerste jaar (2016) volgende aspecten uit te voeren:

- een analyse van de verschillende bronnen van informatie (met respect voor het only once principe);
- een juridische analyse omtrent het vereiste reglementair kader voor registratie en opvolging,
- een analyse van de technische IT-mogelijkheden voor de verzameling en exploitatie van de gegevens;

- en overleg met gebruikers van de ingezamelde informatie teneinde de behoeften van hun kant te kennen zoals inzake fiscaliteit (FOD Financiën), fraudebestrijding (DGEC), gerichte financiering (DGV);
- het bepalen welke sector van zorgverleners (naast de sector van de thuisverpleging) of multidisciplinaire equipe een pioniersrol krijgt, afhankelijk van de resultaten van de bovenstaande analyses, de beschikbare RIZIV-middelen, de prioriteiten van de beleidsmakers, ...

in het 2^{de} jaar, 2017, volgt dan:

- het bepalen van de gegevens die moeten ingezameld worden en de praktische modaliteiten ervan, na intensief overleg met de betrokken doelgroep van zorgverleners of multidisciplinaire equipes en rekening houdende met het technisch en juridisch kader;
- het uitwerken van het reglementair kader voor de praktijkregistratie en het opstarten van het intern IT-project.

Daarna (normaal gezien in 2018, zijnde 18 maanden na de uitwerking van het voorstel van reglementair kader) kan dan de praktijkregistratie voor de sector van de thuisverpleging en minstens 1 bijkomende sector van zorgverleners of multidisciplinaire equipe worden uitgerold.

Lijst van actie-verbintenissen

Luik 1 – verdere uitbouw van MyRIZIV:

1. Ontwikkeling van een online module voor het beheer van praktijkadressen voor alle individuele zorgverleners. Streefdatum: 30/06/2016.
2. Ontwikkeling van een online module voor het beheer van conventiegegevens voor de artsen en opzetten van een aangepaste gegevensflux met de VI's opdat zij deze online geregistreerde gegevens correct in hun bestanden kunnen integreren. Streefdatum: publicatiedatum van het akkoord artsen-ziekenfondsen volgend op het huidige akkoord 2015.
3. Ontwikkeling van een online module voor het beheer van conventiegegevens voor de tandartsen en opzetten van een aangepaste gegevensflux met de VI's opdat zij deze online geregistreerde gegevens correct in hun bestanden kunnen integreren. Streefdatum: publicatiedatum van het akkoord tandartsen-ziekenfondsen volgend op het huidige akkoord 2015-2016.
4. De ontwikkeling van een online module voor de aanvraag van de sociale voordelen voor de artsen en tandartsen (de uitwerking van een aangepaste regelgeving en ontwikkeling van de online module voor het beheer van de aanvraag sociale voordelen). Streefdatum: X + 2 jaar, waarbij X= het akkoord met de externe partners (zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen) over de regelgeving.
5. Ontwikkeling van een online module voor het beheer van de accreditering voor de tandartsen (de uitwerking van een aangepaste regelgeving en de ontwikkeling van de online module voor het beheer van de accreditering tandartsen). Streefdatum: X + 2 jaar, waarbij X= het akkoord met de externe partners (zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen) over de regelgeving.
6. Volwaardig deelnemen aan het project uniek loket in samenwerking met de FOD VVVL (in het kader van de samenwerking in "CoBRHA+ en uniek loket") en het eHealthplatform met de opmaak van een jaarlijkse stand van zaken over de evolutie van dit project. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
7. Volwaardig deelnemen aan het project geautomatiseerde interfacing met de gegevens en systemen beheerd door de FOD Volksgezondheid en de opmaak van een jaarlijkse stand van zaken over de evolutie van dit project. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Luik 2 – Praktijken zorgverleners:

8. Het bepalen welke sector van zorgverleners of multidisciplinaire equipe (zijnde de sector van de thuisverpleging & minstens 1 bijkomende sector) een pioniersrol krijgt bij het operationaliseren van de praktijkregistratie, afhankelijk van resultaten van de analyses, beschikbare RIZIV-middelen, prioriteiten beleidsmakers, e.a. ... Streefdatum: 31/12/2016.
9. Het opmaken van het voorstel van tekst voor het reglementair kader voor de praktijkregistratie en het opstarten van het intern IT-project. Streefdatum: 31/03/2017.
10. Het operationaliseren van de praktijkregistratie voor de sector van de thuisverpleging & minstens 1 bijkomende sector. Streefdatum: X + 18 maanden, X zijnde de datum waarop het voorstel van tekst voor het reglementair kader goedgekeurd is door de Beleidscel.

Verwachte effecten

- Synergie en samenwerking tussen RIZIV en de FOD VVVL.
- Versterking van de kwaliteit, beschikbaarheid en uitwisselbaarheid van de informatie.
- Verbeterde toegankelijkheid voor de zorgverleners tot hun gegevens.
- Vermindering van de administratieve werklast voor zorgverleners en andere administraties (cfr. only once principe).
- Efficiëntiewinst en daling van de administratieve werklast/kost voor het RIZIV.
- Transparantie over de samenstelling van een groep of praktijk, de verbonden verantwoordelijkheden en de fiscale behandeling van de inkomsten.
- Gerichte financiering van multidisciplinaire aanpak.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking met de FOD Volksgezondheid, de deelstaten en het eHealth-platform.
- Samenwerking met de verschillende externe partners en sectoren.
- Samenwerking met de verzekeringsinstellingen.
- Beschikken over de noodzakelijke middelen (ICT, HR).

Artikel 29. Projectleiding bij de ontwikkeling van VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System), het toepassen van het elektronisch medicatieschema in de medicamenteuze behandeling van patiënten.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Het project VIDIS betreft de ontwikkeling van een elektronisch communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten (voorschrijven, afleveren, toedienen, terugbetalen, informeren, overleggen, enz.) van de medicamenteuze behandeling (end-to-end) van een patiënt.

Kader

Toekennen, informeren, organiseren.

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.
- Optimaliseren van de dienstverlening/gezondheidszorg.
- Beheersen van de uitgaven GV.

Context

Het project VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) is opgenomen in de roadmap eGezondheid 2013-2018. Het betreft de ontwikkeling van een elektronisch communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten (voorschrijven, afleveren, toedienen, terugbetalen, informeren, overleggen, enz.) van de medicamenteuze behandeling van een patiënt. Het systeem zal een sluitende ondersteuning bieden voor de workflows van alle betrokken actoren (elk binnen hun specifieke bevoegdheden), het moet een end-to-end uitwisseling en exploitatie van de gegevens i.v.m. de medicamenteuze behandeling van een patiënt mogelijk maken en het zal de interdisciplinaire samenwerking faciliteren.

Dit zal tot stand komen door een “virtuele” integratie van de bestaande systemen (medicatieschema, gedeeld farmaceutisch dossier en Hoofdstuk IV elektronisch akkoordensysteem) waarbij ontbrekende schakels in de workflows zullen ingevuld worden door verder te bouwen op de bestaande systemen of, enkel indien er geen ander alternatief is, door nieuwe systemen te ontwikkelen.

In VIDIS wordt o.a. voorgesteld om de klassieke geneesmiddelenvoorschriften (het model vastgelegd door het K.B. van 08-06-1994) te vervangen door het “medicatieschema”. Het “medicatieschema” wordt het uitgangspunt voor het afleveren van voorschriftplichtige geneesmiddelen.

De voornaamste begunstigden zijn:

- De arts/specialist (maar ook tandarts/vroedvrouw bij uitbreiding van het systeem): de klassieke voorschriften worden vervangen door het medicatieschema waarin de arts de medicamenteuze behandeling van de patiënt beheert. Het systeem laat toe de therapietrouw van de patiënt op te volgen (dankzij een geïntegreerd zicht op de afgeleverde geneesmiddelen), het informeert de arts over andere behandelingen (bvb. na ontslag uit het ziekenhuis, afgeleverde OTC-geneesmiddelen, enz.) en het faciliteert de communicatie en het overleg met de andere actoren en met de patiënt zelf. VIDIS laat de arts/specialist toe om af te stappen van zijn/haar rol als “producent van voorschriften” en te focussen op een evaluatie van de behandeling van de patiënt samen met de patiënt.
- De apotheker: het medicatieschema vormt het uitgangspunt voor de aflevering van geneesmiddelen en de basis voor de individuele medicatievoorbereiding. Het systeem faciliteert het informeren, adviseren en begeleiden van de patiënt, het opvolgen van de therapietrouw en het correct gebruik van geneesmiddelen en ondersteunt de communicatie en het overleg (medication review en medisch-farmaceutisch overleg) met de andere actoren.
- De woonzorgcentra, rust en verzorgingstehuizen (WZC/ROV/RVT): het systeem vormt de basis voor het correct toedienen van de geneesmiddelen, de medication review en het medisch-farmaceutisch overleg.
- De verpleging: het medicatieschema geeft rechtstreekse input voor het correct toedienen van de geneesmiddelen. Het systeem laat toe feedback te geven aan de andere actoren.

- Het ziekenhuis: het systeem levert informatie over de medicatie bij opname (en ondersteunt de medication reconciliation met het ziekenhuisformularium) en informeert de andere actoren over de ontslagmedicatie.
- De patiënt: de kwaliteit van de zorg verbetert, het systeem bevordert het correct gebruik van geneesmiddelen, biedt de patiënt of zijn vertegenwoordigers (mantelzorgers, familieleden, enz.) permanent een correct toedieningsschema en laat hem/haar/hen toe feedback te geven.

In dit project zal de eerste focus liggen op de tarifiering per eenheid in de sector van de rustoorden (WZC/ROV/RVT). Hierbij wordt een verbetering van de kwaliteit van de zorg beoogd, en een doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen (dankzij medication review en medisch-farmaceutisch overleg – zie hoger) en een correcte tarifiering van de effectief gebruikte geneesmiddelen (door een betere communicatie tussen de betrokken actoren m.b.t. wijzigingen aan het toedieningsschema en het stopzetten of wijzigen van een medicamenteuze behandeling). Na deze eerste fase (de sector van de rustoorden) volgt een generieke bredere uitwerking en dus algemene uitrol.

In het kader van deze 5de bestuursovereenkomst (2016-2018) verbindt het RIZIV zicht ertoe om de projectleiding op zich te nemen, en dit met oog op een vlotte en resultaatgerichte voortgang en implementatie van VIDIS. Concreet betekent dit o.a. het toelichten en promoten van VIDIS onder alle stakeholders, het trekken van/deelnemen aan overlegvergaderingen zoals governance meetings, stuurgroepen, werkgroepen, reflectiegroepen, het instaan voor/deelnemen aan het opstellen van de documentatie in het kader van het project (projectfiches, bio-analyses, use cases, testcases, oriëntatienota's, analyses,...), het instaan voor de communicatie naar de gebruikers en het eventueel opstellen en afsluiten van SLA's.

Concrete afspraken rond de timing van de verdere gefaseerde realisatie van VIDIS worden verder verfijnd tijdens de actualisatie van het actieplan e-Gezondheid 2013-2018 (zie hiervoor ook op www.rtreh.be). Het voorstel van timing is (timing nog te finaliseren in de consolidatiefase) dat de analyses lopen in de periode 2015 – 2016 en de realisaties is de periode 2016-2018. Concreet bevat de realisatiefase volgende onderdelen:

- Ontwikkeling en validaties: 2016 (Inclusief de raadpleging van de adviesorganen en de reglementaire aanpassingen).
- Inauguratie : december 2016.
- Communicatie en informatie : 2017-2018.
- Kalender voor generalisatie : december 2018.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaken van een opvolgingsverslag over de resultaten m.b.t. de voortgang van VIDIS zoals voorzien in de geactualiseerde roadmap eGezondheid en de bijhorende rol van het projectleiderschap van het RIZIV. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Verhoogde kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënt.
- Betere ondersteunde zorgverleners in een interdisciplinaire context.
- Doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen.
- Efficiënter gebruik van de middelen.

Externe afhankelijkheden

- Inzet en medewerking van alle betrokken externe actoren (o.a. afstemming met de gemeenschappen).

Artikel 30. Verderzetten van de initiatieven inzake administratieve vereenvoudiging: TARDIS & Qermid 2.

Dit artikel betreft deels een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen (luik 1) en deels een vervolg op het Qermid project zoals opgenomen in de 3^{de} bestuursovereenkomst.

Omschrijving

Dit project focust op het verderzetten van de administratieve vereenvoudiging via enerzijds (luik 1) het ter beschikking stellen van de onlinedienst TARDIS aan een ruimere groep van zorgverleners en anderzijds het integreren van het terugbetalingssysteem Qermid in Healthdata (luik 2).

Kader

Toekennen, informeren, organiseren.

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.
- Optimaliseren van de dienstverlening in de gezondheidszorg.

Context

Het **eerste luik** van dit artikel is gericht op de TARDIS-toepassing (Tool for Administrative Reimbursement Drug Information Sharing), dit is een onlinedienst voor zorgverleners. Via de TARDIS dienst is het mogelijk om:

- individuele medische patiëntengegevens in het kader van bepaalde pathologieën op een gestructureerde manier in te voeren en te beheren,
- een nationaal register voor alle Belgische patiënten te creëren,
- tegelijk online de vergoeding voor de geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van de behandeling bij ziekenfondsen op een beveiligde en rechtstreekse manier aan te vragen.

De voornaamste begunstigden van het TARDIS systeem zijn de patiënten, de behandelende specialisten, de ziekenhuisapothekers, de secretariaatsmedewerkers en assistenten van de behandelend specialisten, de verzekeringsinstellingen, Healthdata en tenslotte ook het secretariaat van de Colleges voor weesgeneesmiddelen (& hun leden) en het secretariaat van de CTG (& de leden ervan).

Dit project (luik 1) is in lijn met het regeerakkoord waar de “automatische toekenning van rechten in het kader van de verdere modernisering en informatisering van processen en gegevensstromen in de ziekteverzekering en het gebruik van de eHealth-diensten” specifiek is opgenomen en in lijn met de bepalingen uit de roadmap eGezondheid.

TARDIS biedt op 2 vlakken grote voordelen:

- op vlak van de informatisering van de zorg en administratieve vereenvoudiging in het kader van de vergoeding van de geneesmiddelen is er de koppeling van de registratie van gestructureerde medische gegevens door een geneesheer aan een vergoedingsaanvraag t.a.v. het ziekenfonds van de patiënt.
 - o voor de verzekeringsinstellingen betekent dit een administratieve vereenvoudiging via de automatisering van de aanvragen voor weesgeneesmiddelen (volledige automatisering voor sommige geneesmiddelen/types aanvragen, gedeeltelijke automatisering voor andere).
 - o de patiënten hoeven niet meer te wachten op de ontvangst van een papieren machtiging van hun ziekenfonds en kunnen bijgevolg onmiddellijk na de consultatie bij de behandelend specialist hun – vergoede – geneesmiddelen aanschaffen bij de apotheker.
- het vermijdt de meervoudige registratie van identieke gegevens en creëert stromen in verschillende richtingen op basis van één enkele set van gegevens (een system-to-system (S2S) interoperabiliteit is voorzien).

Sinds 1 april 2015 is het gebruik van TARDIS door de reumatologen verplicht in het kader van de vergoeding van de biologische geneesmiddelen voor de behandeling van reumatoïde artritis. Het gebruik van TARDIS is dus beperkt tot een selectieve groep van geneesmiddelen, een specifieke aandoening en een selectieve groep van gebruikers.

Dit project is een uitbreiding van het huidige TARDIS en beoogt:

- de uitbreiding van het gebruik van TARDIS tot andere therapeutische indicaties, andere geneesmiddelen en andere gebruikers. Met een eerste focus op de weesgeneesmiddelen.
- een link naar de registers in opbouw (WIV), zijnde de migratie van de functionaliteit “datacollectie” (nu in het TARDIS register) naar Healthdata. De dienst Healthdata van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid werd opgericht om concrete invulling te geven aan het Actiepunt 18 uit het eHealth actieplan 2013-2018, die onder andere het definiëren van een generieke architectuur voor gegevensverzameling van registers en een governance voor nieuwe registers omvat. De gegevens worden beheerd in Healthdata, met respect van de generieke architectuur voor gegevensverzameling van registers (Healthdata).

Dit project creëert daarnaast de opportuniteit om een diepgaande reflectie over de rol van de Colleges op te starten en om te komen tot mogelijks een automatisering van de adviesprocedures met o.a. een elektronische stemming. Deze reflectie zal de komende jaren worden opgenomen.

De fasering voor dit project is zo dat tegen het eind van het 2^{de} jaar van deze bestuursovereenkomst (2017) het generiek model met link naar healthdata (dwz register compatibel) beschikbaar moet zijn inclusief de implementatie voor de weesgeneesmiddelen (na ontwikkeling en testing) voor (minstens) een ‘groep’ van weesgeneesmiddelen (bv. hemato-producten). Tegen eind 2018 zou het systeem beschikbaar en getest moeten zijn voor alle weesgeneesmiddelen. Opgelet, deze planning is afhankelijk van het beschikbaar zijn van de noodzakelijke bijkomende middelen om deze opdracht uit te voeren.

Luik 2 van dit project betreft de omzetting van Qermid naar het Healthdata-systeem, dwz de evolutie van Qermid naar Qermid 2.0. Op dit ogenblik bestaan er 5 registers binnen Qermid (defibrillatoren, endoprothesen, pacemakers, coronaire stents en orthoprïde). Het doel van deze registers is tweërlei :

- de inzameling van gegevens die toelaat die technologieën en de terugbetalingscriteria te evalueren in samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen en zo het efficiënte en kwaliteitsvolle gebruik ervan te bevorderen en de regelgeving bij te sturen waar nodig;

- de afschaffing van de papieren aanvraag- of notificatieprocedures voor het bekomen van een terugbetaling (reeds van toepassing voor deel College van geneesheren-directeurs voor de hartdefibrillatoren, in overgangsfase (tot 1/9/2015) voor coronaire stents en pacemakers.

Die Qermid-registers zijn verplichte registers voor het bekomen van een terugbetaling van het hulpmiddel. Ze bevatten zowel administratieve als medische gegevens en informatie over de bij de patiënt gebruikte implantaten. Er is zowel een webtoepassing als S2S (niet voor endoprothesen) voorzien voor de gebruikers.

De voornaamste begunstigden van het Qermid systeem zijn de patiënten, de behandelende specialisten, de ziekenhuisapothekers, de administratieve medewerkers van de specialisten, de Verzekeringsinstellingen, Healthdata, de betrokken organen (zoals de Commissie Tegemoetkoming implantaten, de Technisch geneeskundige raad, het College van geneesheren-directeurs alsook het College van geneesheren (FOD VG)) en wetenschappelijke verenigingen betrokken bij de registers.

Zoals ook luik 1 van dit project is luik 2 eveneens opgenomen in de roadmap/het actieplan eGezondheid 2013-2018 en is het in lijn met het regeerakkoord waar de “automatische toekenning van rechten in het kader van de verdere modernisering en informatisering van processen en gegevensstromen in de ziekteverzekering en het gebruik van de eHealth-diensten” specifiek is opgenomen.

Concreet houdt luik 2 onder meer volgende aspecten in:

- De migratie van de bestaande Qermid-registers naar de gegevensinzameling via het Healtdata-platform.
- De invoering van TARDIS analoge systemen voor het volledig elektronisch maken van aanvragen tot tegemoetkoming voor de implantaten tussen ziekenhuis en de verzekeringsinstellingen of het College van geneesheren-directeurs.
 - o Voor de verzekeringsinstellingen betekent dit een administratieve vereenvoudiging via de automatisering van de aanvragen (volledige automatisering voor notificaties/gedeeltelijke automatisering voor andere (akkoord adviserend geneesheer of CGD));
 - o Voor de patiënten betekent dit een sneller akkoord voor de terugbetaling van de ingreep;
- Nieuwe registers (ruimer dan enkel gelinkt aan implantaten) enerzijds voor het volledig elektronisch maken van alle aanvragen tot terugbetaling en anderzijds omwille van nieuwe noodzaak die zich aandient (cfr. pijn, wervelkolomchirurgie).

De fasering van luik 2 is mee bepaald door de planning van Healthdata voor de overgang van Qermid naar Healthdata, in de periode 2016-2017. In de verbintenissen die worden genomen in het kader van deze bestuursovereenkomst ligt de focus op de migratie van de bestaande Qermid-registers naar de gegevensinzameling via het Healtdata-platform en op de implementatie van de TARDIS analoge module voor de één type implantaten. Het type implantaten waarvoor de eerste module zal geïmplementeerd worden zal later nog gedefinieerd worden.

Lijst van actie-verbintenissen

Luik 1 – De onlinedienst TARDIS:

1. De beschikbaarheid van een nieuwe versie van de TARDIS tool, een generieke tool die aangestuurd wordt door een referentiebestand - SAM 2.0 met een “register compatibel” hoofdstuk IV. Streefdatum: 01/07/2018 (dit is 2 jaar na het in productie stellen van het SAM 2.0 datamodel door Smals, voorzien op 01/07/2016).

2. De implementatie van de TARDIS module voor de weesgeneesmiddelen (na ontwikkeling en testing) voor (minstens) een 'groep' van weesgeneesmiddelen (bv. hemato-producten). Streefdatum: 01/01/2019).
3. De beschikbaarheid van de TARDIS module voor alle weesgeneesmiddelen. Streefdatum: 01/07/2019).

Luik 2 – Qermid 2 in Healthdata:

4. De migratie van de bestaande Qermid-registers naar de gegevensinzameling via het Healthdata-platform. Streefdatum: 31/12/2018.
5. De implementatie van de TARDIS analoge module voor de één type implantaten (er zal nog bepaald worden voor welke implantaten de eerste module zal geïmplementeerd worden). Streefdatum: 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Versterking van de kwaliteit, beschikbaarheid en uitwisselbaarheid van de informatie.
- Vermindering van de administratieve werklast voor zorgverleners en andere administraties (cfr. only once principe).
- Efficiënter besluitvormingsproces inzake vergoedbaarheid.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking met de zorgverleners.
- Samenwerking met de verzekeringsinstellingen.
- Samenwerking met de diverse organen / colleges.
- Planning van Healthdata.
- Beschikbaar zijn van de nodige HR-middelen.

Artikel 31. Uitvoeren van de interne hervorming van de DGEC.

Dit artikel betreft een vervolg op het project artikel 23 zoals opgenomen in de 4^{de} bestuursovereenkomst 2013-2015 van het RIZIV.

Omschrijving

Het implementeren van de nieuwe missie, processen en organisatie van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle zoals de voorbije jaren ontwikkeld in het kader van het project DGEC 2015.

Kader

Evalueren en controleren, terugvorderen, regelen, organiseren, informeren, adviseren, beheer van de interne organisatie

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.
- Beheersing van de uitgaven voor geneeskundige verzorging.
- Bijdragen tot kostenbeheersing en middelenefficiëntie.

Context

In de loop van 2012 werd een programma opgestart om de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle voor te bereiden op een grondige reorganisatie zodat ze voorbereid is op bijzondere uitdagingen.

Een van die uitdagingen is de uitstroom van medewerkers. In de periode van 2010 tot 2015 is het vertrek van medewerkers van de DGEC zo'n 28,7%. Het aantal geneesheren-inspecteurs daalde tussen 2012 en 2015 van 102 naar 84. Zonder aanwerving daalt dit aantal verder tot 57 in 2018. Als we het profiel van de pensioneringen bekijken gaat dit om cruciale functies. De afvloeiingen betreffen vooral de expertiseladder binnen de kerntaken (medische en paramedische beroepen met controleopdrachten) en de leidinggevende ladder. Deze vaststelling stelt bijzondere uitdagingen op vlak van het garanderen van de continuïteit van de dienstverlening, het aanwerven van nieuwe medewerkers voor diverse profielen, het overdragen van de kennis, e.d.m. Het streefdoel is het behoud van een minimum capaciteit van 75 geneesheren-inspecteurs.

Daarnaast was er de wens om te werken aan het verduidelijken en stroomlijnen van de strategie en werking, de synergieën binnen de dienst en met externe actoren, de interne en externe communicatie, etc.

Parallel met de pensioengolf wordt de DGEC net als de andere diensten geconfronteerd met de budgettaire context, de nood tot besparingen en genoodzaakt tot een efficiëntere organisatie zodat zij haar resultaten kan optimaliseren met minder resources en budgetten. Een belangrijk punt daarbij is dat de beschikbare medische profielen – waarvoor er een duidelijke schaarste op de jobmarkt is – maximaal worden ingezet op hun eigenlijke competentiedomein en bij gevolg ook beter worden omringd en ondersteund binnen een team met juristen, data-analysten, administratieve medewerkers, e.d.m. Een andere uitdaging betreft het kantelen van de organisatiestructuur waarbij verticale kokers worden doorbroken en er gestreefd wordt naar synergieën binnen de Dienst – bv. door de creatie van kennisgebaseerde clusters –, alsook met andere diensten binnen en buiten het RIZIV.

In 2013 heeft de dienst DGEC gewerkt aan de ontwikkeling van een missie en visie voor haar bevoegdheidsdomein. Dit heeft geleid tot de opmaak van een 'mission statement voor de DGEC'. Het programma DGEC 2015 bevat diverse luiken die de aanleiding hebben gegeven tot het opstarten van afzonderlijke projecten. Zo werden de voorbije jaren 7 projecten opgestart. Deze zijn ondertussen volop in uitvoeringsfase. Het betreft:

1. Het project screening met als doel om screening als een succesvolle onderzoeksmethode te gebruiken in de DGEC en dit op systematische wijze. De scope van het project betreft het uitwerken van een systematische en een doelgerichte screening (voor gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid) en een risico-analyse, inclusief het analyseren van de output en outcome, de doorlooptijd, de geïnvesteerde middelen en de methodiek.
2. Het project filter en enquêtebeleid met het oog op een geïntegreerde en efficiënte en doelgerichte aanpak voor het opstarten van enquêtes via o.a. het determineren van indicatoren, het opstarten van thematische enquêtes, e.a. De filter is ondertussen operationeel sedert het 1^{ste} trimester van 2015.
3. Het project informatiebronnen bestaat uit het opzetten van een centrale databank voor alle data m.b.t. uitkeringen en gezondheidszorgen die door DGEC gebruikt worden en uit het optimaliseren van het gebruik van de huidige databanken & een analyse en optimalisering van andere fluxen;
4. Het ontwikkelen en uitschrijven van een structuur in DGEC, de nodige resources, e.d. die de wijzigingen in de strategie van DGEC ondersteunen. De nieuwe structuur geeft een duidelijke

- omschrijving van rapporteringslijnen- en verantwoordelijkheden, de span of control van elke leidinggevende weergeven en de toewijzing van taken en opdrachten per entiteit.
5. Het project overconsumptie met het initiëren en uitwerken van een globaal project ter bestrijding van de overconsumptie in de gezondheidszorgen waarbij er een methodiek bepaald wordt. Dit is een transversaal project 'aanklampend beleid' op RIZIV-niveau in nauwe samenwerking met de Dienst Geneeskundige Verzorging (zie ook ander project uit deze bestuursovereenkomst – Cel Doelmatige zorg)
 6. De controle op de adviserend geneesheren met het uitwerken van de cartografie en de methodologie voor de organisatie van de tweedelijnscontrole op de eerstelijnscontrole van de adviserend geneesheren op arbeidsongeschiktheid en gezondheidszorgen en de implementatie ervan in de dienst.
 7. Het project samenwerking met de Dienst Geneeskundige Verzorging is ondertussen opgenomen in het project aanklampend beleid (zie hoger project 5). Het betreft het opzetten van een intensere samenwerking met DGV door te zoeken naar o.a. synergiën in screening, medewerking in de ontwikkeling van de nomenclatuur, uitwisseling van informatie,...

Om de output van de filter te prioriseren en resources aan de opdrachten toe te kennen en voor de opvolging van de verschillende projecten is er een overleg- en beslissingsorgaan 'Het BOD' opgericht. Dit orgaan vergadert wekelijks en volgt de evoluties van nabij op en stuurt bij waar nodig. In de rapporteringsverslagen bij de lopende 4^{de} bestuursovereenkomst wordt over de resultaten en de voortgang van deze projecten uitgebreid geïnformeerd.

Ter informatie voor wat betreft de ontwikkeling van de nieuwe structuur werd rekening gehouden met o.a. de volgende krachtlijnen :

1. Een eenvormige aansturing van de controle waarbij de opdeling F/N wordt afgeschaft.
2. Een centrale aansturing van alle activiteiten van DGEC. De decentrale diensten (provinciale diensten) zijn "service centers" die als dusdanig ingevuld dienen te worden.
3. Het indelen van de activiteiten van DGEC in volgende eenheden :
 - Analyse en screening
 - Filteren van de input DGEC
 - Thematische enquête
 - Individuele enquête
 - Dienst 'Controle adviserende geneesheren'
 - Controle op Arbeidsongeschiktheid
 - Informatie- en Communicatie
 - Adviesverlening
 - Ondersteunende diensten : Jur, HR, ICT, Log
4. Het opdelen van de resources in expertengroepen waar iedere medewerker zich één of meerdere expertisedomeinen toe-eigent.
5. Het principe van subsidiariteit waarbij iedere medewerker ingezet wordt voor zijn/haar functie en specialisatie. Zo wordt iedere GI ingezet voor zijn medische expertise waarvoor hij bevoegd is. Administratieve medewerkers kregen de gelegenheid een opleiding tot onderzoeksassistent te volgen om het inspecterend personeel bij te staan en zo de subsidiariteit te optimaliseren. Dit principe geldt voor alle functies (dit naast een zekere polyvalentie). Er kunnen andere expertises extern aangetrokken worden om dit te verwezenlijken bv. Data-analisten, tandartsen, paramedici, wetenschappelijke medewerkers,...

De komende jaren wordt verder volop ingezet op de implementatie van de nieuwe DGEC organisatie/structuur en de specifieke projecten. In het kader van deze bestuursovereenkomst wordt een jaarlijkse rapportering hierover als actie-verbintenis verankerd.

Tenslotte is het van belang te benadrukken dat de DGEC eveneens een belangrijke partner zal zijn in het kader van de ontwikkeling van doelmatige zorg (zie ook artikel 35) en jaarlijks een zicht zal geven op haar controleprogramma.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaak van een jaarverslag inzake de implementatie en realisaties van de nieuwe concepten en processen van de DGEC. Streefdata: 31/12/2016; 31/12/2017.
2. Jaarlijks een geïntegreerd controleprogramma (ICE) voorleggen aan de Beleidscel. Streefdata: 31/01/2016; 31/01/2017; 31/01/2018.

Verwachte effecten

- Versterkte doeltreffendheid en efficiëntie van de controle-, expertise- en informatieopdrachten van de DGEC.
- Verhoogde zichtbaarheid van de activiteiten en resultaten van de DGEC binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering.
- Continuïteit van de missie en dienstverlening van de DGEC in het licht van de pensioneringsgolf binnen de Dienst.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van het Comité DGEC.
- Politieke en reglementaire oriëntaties en goedkeuring van vereiste reglementaire aanpassingen.
- Beleid en procedures inzake de aanwervingen.

Artikel 32. eDos – Het geïnfomatiseerd dossierbeheer binnen de DGEC.

Dit artikel is een verderzetting van het project dat opgenomen is in het kader van vorige bestuursovereenkomsten (o.a. artikel 22 van de 4^{de} bestuursovereenkomst) inzake het geïnfomatiseerd dossierbeheer voor de DGEC.

Omschrijving

De implementatie van een nieuw systeem voor het geïnfomatiseerd beheer van de dossiers binnen de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle.

Kader

Evalueren en controleren, terugvorderen, informeren.

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.
- Beheersen van de uitgaven GVVU.

Context

Zoals ook opgenomen in de vorige bestuursovereenkomst zijn het voorbije decennium in de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle belangrijke investeringen gebeurd. In het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008, de Wijzigingsclausule 2009, de Bestuursovereenkomst 2010-2012 werd geïnvesteerd in de uitbouw van een systeem – Flowdos genaamd – voor het beheeren en opvolgen van de enquêtedossiers van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC), dat een opvolging en beheer van de enquêtedossiers van de DGEC toelaat.

Vandaag beschikt de DGEC over een functionerend dossierbeheersysteem met twee lagen. De ‘eerste laag’ van Flowdos, Flowdos-Data, betreft allereerst een gestructureerd dossierbeheer dat de basisbehoeften van de ‘business’ vervult. Een verbinding is voorzien met een aantal bestaande databronnen, bv. Nomensoft. Verder zijn er een reeks zoekfunctionaliteiten geïntegreerd. De reikwijdte van de zoekfunctionaliteiten in het Flowdos-systeem hangt af van het bevoegdheidsniveau van de respectievelijke gebruiker. Tot slot zijn er in het huidige Flowdos-systeem een reeks rapporteringsfunctionaliteiten geïntegreerd. De tweede ‘laag’, Flowdos-Documents, heeft betrekking op de scanning van de binnenkomende documenten, alsook op de productie van documenten door de dienst. Deze worden in het dossier toegevoegd.

De terbeschikkingstelling van het hierboven beschreven elektronisch dossierbeheersysteem heeft de werking van de DGEC op vlak van het beheer van de enquêtedossiers gemoderniseerd, met een betere ondersteuning van de verschillende actoren in het proces, alsook met meer mogelijkheden op vlak van opvolging van en rapportering over het procesverloop en de resultaten van de enquêtedossiers.

Ondertussen is de voorbije jaren, in de periode van de 4^{de} bestuursovereenkomst 2013-2015, gewerkt aan de overdracht van het Flowdos-systeem naar een volledig nieuw dossierbeheerssysteem in lijn met de ontwikkelingen van het geïntegreerd elektronisch dossierbeheer op RIZIV-niveau en in lijn met het reorganisatietraject DGEC 2015.

Het nieuw systeem van dossierbeheersing voor de DGEC (eDos toepassing) zal toelaten om bijkomende functionaliteiten te gaan gebruiken voor het beheer van de dossiers in de DGEC, zoals o.a. het mogelijk maken van de logging van activiteiten en aanpassingen in het dossierbeheersysteem, het operationeel en wettelijk archiveren van documenten, het leggen van link met het nationaal register, het mogelijk maken van correspondentiebeheer, het versterken van de rapporteringsmogelijkheden, o.m. door ‘selfservice’ analyse op gegevens, de uitbreiding naar de evaluatiedossiers, etc.

In de eerste 2 jaren van de 4^{de} bestuursovereenkomst zijn de BIO-analyses opgemaakt en gevalideerd, zijn door de ICT-dienst de Requirements analyses (ReqAn) opgemaakt en is een finaal akkoord gegeven over de TO BE processen (zie hiervoor ook de semestriële rapporteringsverslagen bij de uitvoering van de 4^{de} bestuursovereenkomst). Zoals hieronder opgenomen in de actie-verbintenis (en zoals ook reeds meegedeeld in de rapportering van de 4^{de} BO), is de implementatie van het nieuwe eDos systeem voorzien tegen oktober 2016.

Lijst van actie-verbintenissen

1. De implementatie van het nieuw dossierbeheerssysteem eDos. Streefdatum: 01/10/2016

Verwachte effecten

- Een efficiënte ondersteuning van de verschillende gebruikers bij het uitvoeren van hun opdrachten in het kader van het beheer en de opvolging van de enquête- en evaluatiedossiers binnen een gebruiksvriendelijke informaticatoepassing met een aangepast veiligheidsniveau.

- Een meer doeltreffend controlebeleid met minder overschrijdingen van wettelijke termijnen met een hogere recuperatie van onterecht ontvangen sommen tot gevolg.
- Een versterkte verantwoording van de acties en resultaten in het kader van de enquête- en evaluatiedossiers van de DGEC.

Externe afhankelijkheden

Geen.

Artikel 33. De sociale fraude: datamatching en bestrijding van de sociale fraude.

Dit artikel betreft de voortzetting van het project dat al in de wijzigingsclausule 2009 (artikel N13) en in de vorige bestuursovereenkomsten (3^e BO: artikel 41, 4^e BO: artikel 24) was opgenomen.

Titel

Het RIZIV wil zijn acties inzake de strijd tegen de sociale fraude voor de volgende onderdelen versterken: de fictieve domiciliëringen, de onregelmatige verblijven in het buitenland, de fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid, de cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane maar aan de RSZ aangegeven activiteit en de cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane en niet aangegeven activiteit.

Kader

Controleren, informeren en adviseren.

Krachtlijnen

- Bijdragen tot het beheersen van de uitgaven GVV.

Context:

Sinds enige jaren voert het RIZIV een specifiek programma inzake sociale fraude uit. Dit prioritaire programma past in het kader van de actieplannen van de regering en van de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) voor de bestrijding van de sociale fraude: In de periode van de 4^{de} Bestuursovereenkomst zijn verscheidene datamatchingacties ondernomen.

Het RIZIV heeft zich onder andere toegelegd op de opsporing van de niet-toegestane cumulaties van de arbeidsongeschikte en invalide personen die een niet-toegestane activiteit beginnen waarvoor de werkgever al een aangifte bij de RSZ heeft gedaan. De Dienst voor Administratieve Controle heeft gebruik gemaakt van de zogenaamde "datamatching" techniek of de kruising van gegevens van de DMFA en van de modellen IP en PAO. Die laatste kruising van gegevens (DMFA en primaire ongeschiktheidsuitgaven) is een nieuwigheid van de 4^{de} bestuursovereenkomst terwijl de datamatching van de DMFA en van de invalide personen (PI) al sedert 2009 aan de gang is.

Voor de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst wil het RIZIV zijn strijd tegen de sociale fraude opvoeren door zich op vijf punten te concentreren:

- **De opsporing en het beheer van de niet-toegestane maar bij de RSZ aangegeven cumulaties van sociale uitkeringen met een beroepsactiviteit.**

De Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV verbindt zich ertoe de datamatching voort te zetten, zowel in de uitgaven van de primaire ongeschiktheid als in die van de invaliditeit, zowel in de regeling voor zelfstandigen als in de algemene regeling (werknemers) en dit, om de niet-toegestane maar bij de RSZ aangegeven cumulaties te kunnen opsporen en beheren. Zoals hoger is aangegeven, was die verbintenis al in de vorige bestuursovereenkomst opgenomen. Het doel is om die kruisingen van gegevens permanent uit te voeren en te consolideren.

- **Beheer van de dossiers van "domiciliefraude"**

Dankzij dit soort fraude kunnen de sociaal verzekerden die hun werkelijke gezinssituatie bewust niet aan de gemeentelijke overheid aangeven, ongeoorloofde financiële voordelen verkrijgen (verhoogde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, het recht op de verhoogde tegemoetkoming).

De Controledienst voor de VI's verwerkt de dossiers die zijn samengesteld door de politiediensten en doorgestuurd door de arbeidsauditeurs. Het aantal naar de verzekeringsinstellingen verzonden vaststellingen op grond van de dossiers die de dienst betrouwbaar acht, neemt voortdurend toe (2013: 95; 2014: 157).

- **Onregelmatig verblijf in het buitenland**

In toepassing van artikel 136, §1 G.W. en 294, §1 en 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 worden de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen toegekend wanneer de gerechtigde zich buiten het nationaal grondgebied bevindt voor zover hij de toestemming heeft van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds waarbij hij is aangesloten of hij van de aanvraag van die toestemming is vrijgesteld krachtens de Belgische wet, de Europese reglementering of de internationale verdragen van België met het land van verblijf en hij de andere voorwaarden van toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vervult.

De Dienst voor Administratieve Controle moet dossiers behandelen waaruit blijkt dat de arbeidsongeschikte verzekerde de territorialiteitsvoorwaarde van de uitkeringen niet vervult. Hieruit leidt men dan onverschuldigde bedragen af. De dienst ontvangt die dossiers van de arbeidsauditeurs op basis van de verslagen van de grenspolitie.

- **De fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid**

Er bestaat een uitgebreid netwerk van fictieve ondernemingen waarvan de organisatoren aan rechteloze personen valse sociale documenten verkopen (valse arbeidsovereenkomsten, valse C4's, ...). Die personen verwerven zo een verzekerbaarheid die hen recht geeft op geneeskundige verstrekkingen en/of arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

De Controledienst voor de VI's handelt op basis van de gegevens die de RSZ levert.

- **De cumulaties van uitkeringen met een niet-aangegeven en niet-toegestane activiteit.**

De sociaal controleurs van de Dienst voor Sociale Controle voeren onderzoeken uit op het terrein (bevindingen de visu, verhoren, diverse opzoeken van informatie, ...) om die activiteiten van zwartwerk op te sporen en vast te stellen. Er worden processen-verbaal opgesteld.

De sociaal inspecteurs van de Controle voor de Verzekeringsinstellingen onderzoeken de dossiers die op die manier zijn samengesteld in de zetel van de ziekenfondsen om na te gaan of deze het dossier overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen correct beheren. De sociaal inspecteurs volgen de procedure tot terugvordering van de onverschuldigde bedragen op.

Concreet verbindt het RIZIV zich dus tot het voortzetten van de kruisingen van gegevens met het oog op de opsporing van de verboden cumulaties van uitkeringen. Daarnaast zal jaarlijks een verslag over de sociale fraude worden opgesteld waarin die vijf voornoemde punten aan bod zullen komen.

Acties- verbintenissen

1. Jaarlijks (voor de strategische cel) een programma van controle inzake de bestrijding van de sociale fraude opstellen. Streefdata: 31/01/2016, 31/01/2017, 31/01/2018.
2. De gegevens van DMFA en I. (Doc IP) jaarlijks kruisen en de relevante gevallen in het ziekenfonds onderzoeken. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
3. Kruisen van de gegevens van DMFA en PAO en de relevante gevallen in het ziekenfonds onderzoeken. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018
4. Opstellen van een jaarverslag inzake de sociale fraude. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.

Artikel 34. Financiële responsabilisering van de Verzekeringsinstellingen.

Dit artikel is een verderzetting van het project dat opgenomen is in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 (artikel 15), de wijzigingsclausule 2009 (artikel 15), de Bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 44) en de Bestuursovereenkomst 2013-2015 (artikel 26).

Omschrijving

Informatie verstrekt in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van de VI.

Kader

Controleren, Informeren.

Krachtlijnen

- Beheersen van de uitgaven G.V.U.

Context

In het kader van de responsabilisering van de V.I. met betrekking tot hun administratiekosten moet het RIZIV jaarlijks informatie overmaken aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Op basis van deze gegevens evalueert de Controledienst de beheersprestaties van de V.I. en wanneer er tekortkomingen worden vastgesteld, worden, afhankelijk van de omvang van die tekortkomingen, financiële middelen afgetrokken van een deel van de toegekende begrotingsenveloppe (het variabele gedeelte van de administratiekosten).

De voorbije jaren werd sterk geïnvesteerd in het optimaliseren van het systeem met als doel om zo de effectiviteit ervan te laten toenemen, zijnde de impact op het goed functioneren van de Verzekeringsinstellingen. Daarnaast was er de behoefte aan een flexibel systeem aangepast aan de evolutie van het wettelijke en reglementaire kader en aan de contextuele controlebehoefte. Tenslotte was er de nood aan het inbouwen van een effectieve variabiliteit van de evaluatie om zo een betere stimulans te vormen voor het aannemen van goede praktijken bij het beheer van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het nieuwe systeem werd de voorbije jaren uitgewerkt en de nieuwe reglementering werd goedgekeurd. Hieronder noteren we de evoluties van en realisaties binnen het project.

Eind 2011 werd een rapport opgeleverd met daarin het voorstel voor een nieuw systeem. Het RIZIV heeft dit voorstel ontwikkeld samen met de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de Verzekeringsinstellingen. Dit voorstel is gekenmerkt door meer duidelijke, objectievere en beter controleerbare criteria die een groot deel van de werking van de ziekenfondsen afdekken. Het uitgangspunt hierbij is de invulling van het principe “wat is een goed werkend ziekenfonds?”. Voor de invulling van dit principe werden volgende 7 processen geïdentificeerd die de werking van de VI op een globaal niveau weerspiegelen, zoals o.a.:

1. De informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe;
2. De correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen;
3. De correcte, uniforme en tijdige uitvoering van betalingen;
4. De detectie en nauwgezette opvolging van de vorderingen;
5. De organisatie van de nodige controle- en auditmechanismen op de verschillende niveaus;
6. De samenwerking met het RIZIV onder meer met het oog op de uitvoering van de bestuursovereenkomst en de deelname aan studies verricht met het oog op het bepalen van het beleid, beslist door of uitgevoerd op vraag van de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft;
7. Het boekhoudkundig beheer.

De vernieuwde aanpak bestaat er uit:

- Dat per cruciaal proces, en dit na dialoog met de Controledienst voor de Ziekenfondsen, per evaluatieperiode een relevant aantal domeinen worden afgelijnd en per domein vervolgens SMART-indicatoren worden gedefinieerd. Op basis daarvan zal de werking van de VI's worden geëvalueerd.
- De concrete stappen zijn de volgende:
 - In het eerste jaar (= jaar X-1 als jaar X beschouwd wordt als het evaluatiejaar) worden de afspraken gemaakt op vlak van de selectie van domeinen en indicatoren, alsook de vereiste voorbereiding getroffen met het oog op het meten van deze indicatoren en het ontsluiten en beschikbaar stellen van de nodige gegevens in dit verband;
 - in het tweede jaar (= jaar X, dit is het evaluatiejaar en betreft dus het jaar waarbinnen het RIZIV de metingen en controles zal uitvoeren) kunnen de indicatoren dan werkelijk berekend worden en kan de evaluatie gebeuren. Periodiek kunnen, naarmate vastgestelde evoluties en problemen in de praktijk, de indicatoren en de bijhorende normen evolueren;
 - In het jaar X+1, dus het jaar volgend op het evaluatiejaar zullen dan de rapporten met de resultaten van de controles en metingen, uitgevoerd tijdens het evaluatiejaar, voorgelegd worden aan de Controledienst van de Ziekenfondsen en aan het Algemeen Beheerscomité.

De Dienst administratieve controle van het RIZIV heeft het voorbije jaar intensief gewerkt aan de operationalisering van dit nieuwe systeem. Deze operationalisering houdt in dat een volwaardig nieuw proces werd opgezet met o.a. de volgende aspecten:

- De oprichting en organisatie van een werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende diensten van het RIZIV en een vertegenwoordiger van de Controledienst voor de Ziekenfondsen;
- De oprichting van een specifieke cel “financiële responsabilisering” in de DAC;
- Het uitwerken van de procesbeschrijving of BIO-analyse met o.a. procesflows in VISIO, beschrijvende informatie,...
- Het opmaken van andere werkdocumenten zoals projectfiche, boordtabellen, templates en fiches per evaluatiedomein,...
- Het opmaken en toelichten van nota's aan de betreffende organen (Technische Commissie, RIZIV interdienstelijke werkgroep, overleg met CDZ, Directiecomité RIZIV, Algemeen Beheerscomité,...).

Een nieuw koninklijk besluit van 10 april 2014 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten is op 13 juni 2014 in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Dit koninklijk besluit is op 1 juli 2014 in werking getreden. Het nieuwe koninklijk besluit beschrijft een nieuw evaluatiesysteem dat rond drie concepten is gebouwd (zie ook hoger): de processen, de domeinen en de indicatoren. De processen beantwoorden aan de meeste opdrachten en taken van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het nieuwe systeem voorziet in een soort “tegensprekelijk debat” met betrekking tot de weerhouden meetindicatoren voor de evaluatie van de beheersprestatie van de verzekeringsinstellingen betreffende de evaluatiedomeinen die men voor een evaluatiejaar zal hebben bepaald. Dit debat dient zes maand vóór het begin van het evaluatiejaar plaats te vinden en heeft alleen betrekking op de haalbaarheid van de meetindicatoren. De voorgestelde evaluatiedomeinen worden niet besproken en kunnen dus niet worden gewijzigd.

In toepassing van artikel 5, §1 van het koninklijk besluit van 10 april 2014 moet men “uiterlijk 30 juni van het jaar voorafgaand aan de evaluatieperiode” de haalbaarheid van de indicatoren aan het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV ter goedkeuring voorleggen. Het effectieve startpunt van het nieuwe systeem van responsabilisering is op 22 juni 2015, met een specifieke sessie van het Algemeen Beheerscomité. De opgemaakte nota voor het Algemeen Beheerscomité bevat het voorstel met de te onderzoeken domeinen (of processen) en de te evalueren indicatoren die in een eerste evaluatiejaar (2016) aan bod zullen komen. En dit in uitvoering van art 5 van het KB, zijnde ‘Art.5, §1: Het Instituut en de Controledienst bepalen elk voor wat hen betreft, de domeinen en indicatoren die weerhouden worden voor de processen bedoeld in artikel 3, en leggen de haalbaarheid van de indicatoren ter goedkeuring voor aan het Algemeen beheerscomité van het Instituut en de Raad van de Controledienst, uiterlijk op 30 juni van het jaar voorafgaand aan de evaluatieperiode’.

In het kader van deze 5^{de} Bestuursovereenkomst zal het RIZIV in 2017 het rapport met de resultaten van het eerste evaluatiejaar 2016 opmaken en voorleggen aan het Algemeen Beheerscomité.

Acties – verbintenissen:

1. Opmaken van rapport voor de Controledienst van de Ziekenfondsen met de resultaten van de controles en metingen zoals uitgevoerd voor het eerste evaluatiejaar. Streefdatum: 31/03/2017.

Verwachte effecten

- Performante evaluatie van de beheersprestaties van de Verzekeringsinstellingen.
- Performantere werking van de Verzekeringsinstellingen.

Externe afhankelijkheden

- De medewerking van de verzekeringsinstellingen is cruciaal bij het aanleveren van het cijfermateriaal.

Artikel 35. Structurele verankering van de strijd tegen de verspillingen – oprichting van een ‘Cel Doelmatige Zorg’.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

De oprichting van een Cel Doelmatige zorg met specifieke focus op een geïntegreerde aanpak voor een rationeel gebruik van de middelen.

Kader

Informeren, Evalueren en sensibiliseren.

Krachtlijnen

- Beheersen van de uitgaven van de GVV.

Context

De voorbije jaren heeft het RIZIV al verschillende initiatieven genomen ter bevordering van een doelmatige zorg, zijnde o.a. de ontwikkeling van de evaluatieprojecten (door de DGEC), de opmaak van een performantierapport voor de huisartsgeneeskunde (door de DGV), het opmaken van analyses van het voorschrijfgedrag per geneesheer en de communicatie van de resultaten ervan (door de DGV), de analyses inzake de regionale uitgaven voor geneeskundige verzorging,...

Het RIZIV wenst de komende jaren verder op dit thema “Aanklampend beleid” in te zetten. Via een uitgebreid administratief instrumentarium zal getracht worden de onverantwoorde variabiliteit in de uitgaven terug te dringen en ongepast gebruik te verminderen. Zoals het opsporen van obsoleete technieken, onverklaarbare consumptiepatronen en praktijkvariëaties, het identificeren van geografische verschillen en van niet op evidentie gestoelde voorschijf- of prestatiepraktijken.

In het Regeerakkoord van 2014 is de nadruk op doelmatigheid als volgt opgenomen: “Er wordt met alle belanghebbenden een taskforce “doelmatige zorg” opgestart die verspillingen detecteert en voorstellen doet voor meer doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid. De mogelijkheid wordt voorzien om in het kader van het overleg tussen de stakeholders op het RIZIV convenanten inzake het gepast gebruik van de zorg af te sluiten, die het kader creëren waarin de verschillende actoren van de ziektekostenverzekering samenwerken om de zorgverlening zo doelmatig als mogelijk te organiseren (formuleren van guidelines, opsporen en tegenwerken van verspilling of oneigenlijk gebruik, monitoringmechanismen, ...). Belangrijke en niet verrechtvaardigde praktijkvariëaties die niet berusten op objectieve criteria kunnen, indien ze niet geredigeerd worden, leiden tot sancties.”

In uitvoering van de beslissingen van de Taskforce 2013 (cfr. ARGV 2013/070), om het optimale gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging door de zorgverleners en alle gezondheidsactoren aan te moedigen, stelt het RIZIV voor om een geïntegreerde, systematische en geleidelijke aanpak te ontwikkelen, gebaseerd op complementariteit en synergie. Dit concept bevat een geïntegreerde aanpak, met volgende belangrijke principes:

- een geïntegreerde en systematische aanpak: alle gezondheidsthema's moeten op geïntegreerde wijze kunnen worden geanalyseerd, rekening houdend met patiëntenkenmerken, kenmerken van de verstrekker en van diens praktijkcontext. Dit veronderstelt o.a. een snelle toegang tot de individuele gegevens (verstrekker en patiënt) over de zorgconsumptie;
- aanvullende en synergetische tools: elk instrument waarmee de doelstelling van rationeel gebruik kan worden bereikt, kan worden aangewend, met name: vaststellen van de prijzen, reglementering, wetgeving, continue opleiding, informatiecampagne, individuele feedback, ook op niveau van praktijk of dienst, inspectie en controle;
- een geleidelijke ontplooiing: de aanpak ontwikkelt een reeks mogelijke acties, gaande van continue opleiding tot controleacties. De nadruk ligt in de eerste plaats op de uitwerking van coherente regels die gebaseerd zijn op de meest recent wetenschappelijke kennis en op de aanbevelingen van goede praktijkvoering, die via de best geschikte kanalen onder de actoren worden verspreid;
- alle gezondheidsactoren moeten bij die geïntegreerde aanpak worden betrokken om de impact van de acties te vergroten (verzekeringsinstellingen, openbare federale en gefedereerde diensten, academische instanties, wetenschappelijke verenigingen, representatieve organisaties van zorgverleners, verzekerden, patiëntenverenigingen).

Alle deelgebieden van de verzekering geneeskundige verzorging zullen transversaal worden benaderd. Concreet zullen de acties zich prioritair via vier invalshoeken toespitsen:

1. Invalshoek 1: "nieuwe technologieën" en "efficiëntere tenlasteneming" met als doel het aansluiten bij de evolutie van de geneeskunde en zich verzekeren van het feit dat de uitgaven voor zorgverstrekkingen doelmatig worden besteed (afstappen van verouderde technieken) (voorbeelden zijn o.a.: bij de invoering van een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur de oorspronkelijke verouderde verstrekking niet langer toepassen; overgang van klassieke ziekenhuisopname naar daghospitalisatie);
2. Invalshoek 2: « het goed gebruik van geneesmiddelen » met als doel het beheersen van de volumes, adequaat voorschrijven, en hierdoor bijkomende middelen vrijmaken. (voorbeelden zijn o.a.: het gebruik van statines verminderen, zowel in primaire als in secundaire preventie in de geriatrie; onnodig langdurig gebruik van protonpompinhibitoren; polymedicatie bij geriatrische patiënten);
3. Invalshoek 3: "screening van de bevolking" met als doel het verminderen van vals positieve resultaten die leiden tot nutteloze onderzoeken en behandelingen, en hiermee bijkomende middelen vrijmaken (voorbeelden zijn o.a. het inadequaat gebruik van diagnostische onderzoeken: kankerscreening; of van laboratoriumanalyses: schildkliertesten);
4. Invalshoek 4: "het aantal verstrekkingen en herhaalde verstrekkingen" met als doel het vermijden van nutteloze ingrepen, en herhaling ervan, en hierdoor bijkomende middelen vrijmaken (voorbeelden zijn o.a.: te snel plaatsen van pacemakers, niet aangewezen rugchirurgie, vermijdbare hospitalisaties,...).

In de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst zal het RIZIV dan ook een cel oprichten met een focus op deze prioritaire domeinen. Dit zal een interdepartementale cel zijn die het bevorderen van de doelmatige zorg beoogt en daarvoor ook een specifieke aanpak zal ontwikkelen.

Daarnaast zal ook een samenwerkingsplatform (taskforce) opgericht worden waaraan alle gezondheidsactoren zullen deelnemen, met het oog op het detecteren van de verspillingen en het formuleren van voorstellen voor meer doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid.

Concreet zal het RIZIV in het 1^{ste} jaar van deze bestuursovereenkomst de nodige initiatieven nemen om deze Cel Doelmatige Zorg, o.l.v. een geneesheer adviseur-generaal, op te richten en structureel te verankeren op een transversale en geïntegreerde wijze, dit wil zeggen in een permanent

samenwerkingsverband tussen de Dienst Geneeskundige Verzorging en de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle. In het 1^{ste} jaar zal ook het samenwerkingsplatform worden samengesteld.

De Cel Doelmatige Zorg zal vervolgens een plan opmaken met de acties (zoals bvb. de opmaak van een performantierapport per specialiteit) die het daaropvolgende jaar zullen worden uitgevoerd. Dit zal gebeuren via het samenwerkingsplatform en dus in overleg met de verschillende actoren. Daarna zullen, eveneens in overleg met de actoren, en op basis van de resultaten van deze acties, specifieke doelstellingen worden geformuleerd en oplossingen worden voorgesteld.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Voorleggen aan de Beleidscel van een plan van aanpak en organisatie van de Cel Doelmatige Zorg inclusief het voorstel van wetswijziging (VGVU). Streefdatum: eerste trimester van 2016.
2. Oprichting van een samenwerkingsplatform met alle gezondheidsactoren. Streefdatum: X + 6 maanden (waarbij X de datum is van goedkeuring van het plan van aanpak door de Beleidscel).
3. Opmaken van een actieplan inzake doelmatige zorg (en voorstellen van dit plan aan het samenwerkingsplatform). Streefdatum: X + 6 maanden (waarbij X de datum is van goedkeuring van het plan van aanpak door de Beleidscel).

Verwachte effecten

- Optimaal gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging.
- Betere kwaliteit van de zorg aan de patiënten.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de FOD VVVL.
- Medewerking van de Verzekeringsinstellingen.
- Medewerking van de zorgverleners.
- Medewerking KCE, WIV.
- Ter beschikking stellen van de noodzakelijke middelen.

Artikel 36. EFFICIENTIE-LEAN-KERNTAKEN.

Dit artikel is enerzijds een vervolg van vorige projecten uit eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV (Business process management: artikel 30.1 uit de 4^{de} BO en artikel 50.1 uit de 3^{de} BO) en bevat anderzijds een nieuw luik inzake het kerntakenbebat.

Omschrijving

Verankeren van het procesdenken in de besluitvorming met een permanent oog voor lean en efficiëntie.

Kader

Interne organisatie.

Krachtlijnen

- Bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie

- Procesverbetering en informatisering

Context

Dit project is een vervolg op het huidige BPM project zoals opgenomen in de 4de BO. Het RIZIV heeft immers de voorbije jaren tal van initiatieven genomen om het BPM (Business Proces Management)-traject steeds verder uit te rollen in de organisatie. Reeds in vorige bestuursovereenkomsten is het belang van de kennis en de documentatie van de processen verduidelijkt. Dit maakt het ons mogelijk om de strategische en operationele doelstellingen op een efficiënte en effectieve manier te verwezenlijken. Als een degelijk inzicht in de processen beschikbaar is, kunnen de andere elementen van organisatiebeheersing zoals o.a. het beheersen van risico's, het definiëren van indicatoren, het informatiseren van een proces, ... juist aangepakt worden.

De bedoeling is om de komende jaren dit proces-denken verder te zetten en verder te verankeren in de beslissingsprocessen op niveau van het management van onze organisatie.

Zo zal de komende jaren ingezet worden op volgende aspecten:

- Het verder verfijnen van de VTE-analyse en deze gebruiken als beslissingsinstrument op niveau van het management. Hierbij zal overgegaan worden tot het voeren van een kerntakendebat. Eveneens zal een kritische analyse van een aantal specifieke processen worden uitgevoerd met daaraan gekoppeld een optimaliseringstraject. Ook zullen de resultaten van de VTE-analyse proactief gebruikt worden in de analyses van de uitstroom van de medewerkers en kan overwogen worden om een mobiliteitscel op niveau van het RIZIV te installeren.
- Het publiceren van de procesmap (opgeleverd in 2014) en het verder verfijnen van de procesinventarisatie met analyse van generieke en transversale processen met oog op clustering en verhoging van de performantie. Hierbij zal eveneens worden afgestemd met externe partners zoals o.a. de FOD VVVL om na te gaan of synergieën en eventuele integratie van processen mogelijk is.
- Het lanceren van Lean-oefeningen op bepaalde operationele of kernprocessen. Het RIZIV heeft volwaardig deelgenomen aan de Lean Academy van de FOD P&O en wenst de lean filosofie verder toe te passen op de interne processen.
- Het opstarten van werkmetingen gebruik makend van de methodologie zoals ontwikkeld op niveau van de OISZ (synergieën uit de 4^{de} bestuursovereenkomst).
- In vervolg op artikel 30.2 uit de 4^{de} bestuursovereenkomst zal overgegaan worden tot een volgende fase bij het implementeren van de toepassing voor het elektronisch geschillenbeheer (Eunom-e) via het digitaliseren van de geschillendossiers en de uitbreiding van de Eunom-e applicatie naar externe users (advocaten van het RIZIV) opdat de dossiers elektronisch kunnen geraadpleegd worden en alle uitwisselingen van gegevens via elektronische weg kunnen verlopen. Naast de voordelen van het informatiseren van de workflow en het digitaliseren van de geschillendossiers, zal het mogelijk worden om managementinformatie inzake de behandeling en de oorzaken van de geschillen op te leveren.
- Op niveau van de werking van het FMO zal de elektronische transmissie van medische dossiers tussen zorgverleners, experts en het FMO geoperationaliseerd worden.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Jaarlijks opmaken van een verslag over de uitvoering en de resultaten van het kerntakendebat. Streefdata: 31/12/2016; 31/12/2017; 31/12/2018.
2. Publicatie van de procesmap op het intranet. Streefdatum: 30/06/2017.
3. Uitbreiden van de IT- toepassing voor het elektronisch geschillenbeheer met een toegang voor de externe gebruikers zoals advocaten van het RIZIV. Streefdatum: 31/12/2017.

4. Operationaliseren van de elektronische transmissie van medische dossiers tussen zorgverleners, experts en het FMO. Streefdatum: 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Verhoogde transparantie over en efficiëntie van de processen.
- Betere beheersing van de interne kosten.
- Betere, efficiëntere en doelgerichtere werking met rechtstreekse impact op onze klanten, stakeholders.

Externe afhankelijkheden

- Samenwerking met de FOD VVVL.
- Beschikken over de noodzakelijke HR-middelen.

Artikel 37. Masterplan Gebouwen.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere bestuursovereenkomsten was opgenomen.

Titel

Het "Masterplan" is een project om, rekening houdend met andere factoren zoals de ICT en de "New Way of Working", tot een efficiënt beheer van onze onroerende middelen te komen.

Kader

Interne organisatie, vernieuwen

Krachtlijnen

- Beheersen van de interne middelen: kosteneffectiviteit.
- Optimaliseren van de dienstverlening aan de interne medewerkers.

Context

Het RIZIV wil in het kader van het rationele gebruik van zijn gebouwen een "Masterplan Gebouwen RIZIV" opstellen. Een projectteam in de Dienst Facility en een externe consultancy firma zullen het Masterplan coördineren.

Zoals in het geval van het EMAS toont het RIZIV met dit project nogmaals aan dat het verder de weg wil inslaan van de duurzame ontwikkeling.

Het RIZIV wilt via het Masterplan immers aan de volgende behoeften beantwoorden:

- aan de medewerkers een aangename, aangepaste en flexibele omgeving bieden;
- de noodzaak om IT, HR en Facility Management als een geïntegreerd geheel te benaderen;
- de noodzaak om de financiële middelen zorgvuldig te beheren.

De essentiële doelstelling is dus om een aangename en taakgerichte werkomgeving te bieden aan de medewerkers van het RIZIV op een oppervlakte die 30 % minder groot is.

Aan de uitwerking van dit Masterplan "gebouwen" liggen drie belangrijke elementen ten oorsprong: de evolutie van het personeelsbeleid, de digitalisering van de processen en de kosten voor inrichting en onderhoud van de gebouwen. Daarom ondersteunen de Diensten HR, ICT en Facility Management dit transversale project.

1. De evolutie van het personeelsbeleid: Bepaalde initiatieven vormen de basis van de reflectie over de strategie in verband met de werkplekken: de mogelijkheden van telewerk, de resultaatgerichte planningsgesprekken en de investeringen in de opleiding van de functionele chefs. Bovendien stellen wij vast dat de vraag van de verschillende diensten van het RIZIV om de organisatie te veranderen, sterker wordt. Wij moeten ook rekening houden met de evolutie van het aantal medewerkers in de komende 10 jaren.
2. De digitalisering van de processen: Dat is een voorwaarde om de "workplace architectuur" te kunnen aanpakken. De lopende en uitgevoerde digitalisatieprojecten faciliteren de mogelijkheden voor de werknemers om onafhankelijk te werken in ruimte en tijd. De geplande investeringen om de telefoniesystemen te vervangen door flexibele "voice-over-IP" technologie zal de medewerkers ook in staat stellen om niet plaatsgebonden te werken.
3. De inrichting en het onderhoud van de gebouwen: Gelet op de huidige uitgaven en de investeringsbudgetten is de Dienst Facility Management niet meer in staat grote vernieuwingswerken zoals de herinrichting van de Juridische Dienst (en van de Vertaaldienst) en van de ICT-afdeling uit te voeren.

Dit project heeft een hoge meerwaarde en bevat verscheidene krachtlijnen:

- Een besparing van minstens 30 % op de werkingskosten van de gebouwen door een vermindering van de oppervlakte en de ermee verbonden kosten gezien de hogere bezettingsgraad van de gebouwen. Dit zal mogelijk zijn dankzij, onder meer de synergie tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, door hun werkruimtes in de provincies te delen. Het gaat om het project CoHabitat in samenwerking met de FOD Volksgezondheid.
Ter informatie: de jaarlijkse kosten voor de gebouwen van het RIZIV (Brussel en provincies) belopen 8.070 k Euro, waarvan 3.290 k Euro huurkosten en 4.700 k Euro operationele kosten (onderhouds- en herstellingskosten, energie-uitgaven, verzekeringen lokalen, verhuiskosten)
- Het Masterplan RIZIV beoogt de optimalisering van het vastgoed van het Instituut door de toepassing van de nieuwe bezettingsnorm die de Regie der Gebouwen voor de Federale Openbare Diensten heeft vastgesteld.
- Aangename en moderne werkruimtes voor de medewerkers van het RIZIV, die de mogelijkheid bieden om in groep en individueel te werken.
- Een aantrekkelijke omgeving voor de externe partners die op het RIZIV komen werken en aan vergaderingen deelnemen.
- Een flexibel en modulair inrichtingsplan voor de interne diensten, gericht op de activiteiten van de medewerkers, zal een vermindering van de uitvoeringstermijn en dus een vermindering van de kosten meebrengen.
- Een concrete oplossing voor bepaalde problemen met het huidige gebouwenpark: bestemming van het Center House, inplanting en inrichting van de mess voor de medewerkers (C67), veiligheid en controle van de toegang voor de bezoekers, modern onthaal voor de externe medewerkers, enz.
- De maximalisering van de waarde die ontstaat door de digitalisering van de processen en van de documenten.

Concreet zal het Masterplan met de hulp van een externe firma worden uitgevoerd. Er is een offerteaanvraag gelanceerd en de firma die belast zal worden met het onderzoek en de uitvoering van het Masterplan, zal begin 2016 worden aangeduid.

De eerste fase van het Masterplan beoogt de uitvoering van een studie die uit verscheidene onderdelen bestaat:

- Een algemene analyse van de huidige situatie.
- Een strategie van de werkpost: een visie op de inrichting van de werkpost die rekening houdt met de behoeften en functies van de medewerkers in de diensten en op de evolutie van het aantal medewerkers.
- De creatie van een architectuurdesign: een modulaire benadering van de inrichting met bouwmodules (building blocks).
- Een technisch design: advies in verband met structurele investeringen in de gebouwen in het kader van een rationeler energieverbruik en bescherming van het milieu op basis van de structurele vorm van de gebouwen.

De studie wordt afgesloten met de formulering van oplossingen. De aanbevelingen worden toegepast zodra de conclusies van de studie beschikbaar zijn.

Noteren we hierbij ook de link met de synergieën op het niveau van het gebruik van de gebouwen tussen de Openbare Instellingen van Sociale zekerheid.

Acties-verbintenissen

1. Het uitvoeren van een studie met analyses en voorstellen van oplossingen voor de verschillende onderdelen van het Masterplan. Streefdatum: X+6 maanden, X zijnde de datum van de gunning van de opdracht.
2. Jaarlijks rapport over de stand van zaken van de vermindering van de kantooroppervlakte van de provinciale diensten van het RIZIV. Streefdata: 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
3. Installeren van het nieuwe digitale telefoonsysteem. Streefdatum: 31/12/2016.
4. Implementeren van de modules "websamenwerking" en "videoconferencing". Streefdatum: 31/12/2017.

Verwachte effecten

- Een besparing van 30 % op werkingskosten gerelateerd aan de gebouwen door vermindering van oppervlakte en de daarmee gerelateerde kosten door een hogere bezettingsgraad van de kantoren.
- Een aangename en moderne werkplek voor de werknemers van het RIZIV, met mogelijkheden voor samenwerking en individueel werk.

Externe factoren

- Samenwerking tussen FOD VVVL en RIZIV in de Provinciale Diensten met substantiële besparingen voor beide partijen.

Artikel 38. CASCADA – Implementatie van een globaal elektronisch dossier voor de Dienst Administratieve Controle.

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Implementatie van een geïntegreerd elektronisch dossierbeheerssysteem in de Dienst Administratieve Controle.

Kader

Controleren, informeren.

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering.

Context

Dit project betreft een breed informatiserings- en reorganisatie traject van de Dienst voor Administratieve Controle. Hierbij wordt overgegaan naar een volledig elektronisch dossierbeheer in de dienst en dit in lijn met de transversale RIZIV uitrol van het elektronisch dossierbeheer. Dit wil dus zeggen dat in de toekomst alle processen op geïnformatiseerde wijze zullen verlopen. Uiteraard is dit voor de DAC en haar medewerkers een hele uitdaging.

Cascada bevat volgende onderdelen:

- De implementatie van een nieuwe IT tool « case management » die de bestaande verouderde informaticatools zal vervangen (IT legacy) en zal toelaten om het dossierbeheer integraal via elektronische weg te behandelen.
- Het aanpassen van de interne beheersprocessen aan de IT-oplossingen inclusief het optimaliseren van alle werkprocessen in een lean filosofie, met dus een duidelijk oog voor het verhogen van de efficiëntie.
- Het begeleiden en coördineren van het reorganisatielook 'change' met oog voor het welzijn van de medewerkers en teneinde de uitstroom van medewerkers te kunnen opvangen.

De toegevoegde waarde van dit project is aanzienlijk. Zo zal dit project meer bepaald:

- Toelaten efficiëntiewinsten in de business te genereren door het optimaliseren van de werkprocessen (LEAN) en het elimineren van papieren dragers en de daaraan verbonden manuele en logistieke werkwijzen.
- Zorgen voor een performantere dienstverlening naar de externe partijen (partners, sociaal verzekerden) door tijdswinst in de behandeling van de dossiers en door mogelijkheid tot elektronische communicatie met deze partijen in het kader van een dossier. Deze performantiewinst heeft eveneens een indirect effect op de dienstverlening naar de burger.
- Absorberen van de voorziene krimp in het personeelsbestand door de natuurlijke uitvloeit van heel wat medewerkers in de komende jaren (pensioenen). Door efficiënter te werken zal de DAC deze uitvloeit deels kunnen compenseren en de continuïteit van de wettelijke opdrachten kunnen garanderen.
- Besparen op de kosten van IT door het uitfasen van de legacy en het overschakelen op uniforme RIZIV-brede oplossingen (hergebruiken en mutualiseren van de middelen).
- Verbeteren van de informatieveiligheid. Het RIZIV is ISO27001 gecertificeerd en het dematerialiseren van de dossiers zal toelaten om een aantal aandachtspunten inzake informatieveiligheid aan te pakken.
- Besparen op de kosten op vlak van infrastructuur en consumables. Minder papier- en printkosten, verminderde nood aan opslagruimte voor archieven, dossierkasten, transport- en verzendingskosten en diens meer.

De Dienst Administratieve controle heeft de voorbije maanden intensief ingezet op de voorbereidingen van Cascada. Zo zijn alle business processen in kaart gebracht op high level niveau. Ook zijn voor de controleprocessen (1^{ste} fase van Cascada – zie verder) alle business analyses op detailniveau uitgewerkt, en dit in samenwerking en betrokkenheid van alle medewerkers. Deze procesdocumentatie vormt een belangrijke basis voor de functionele analyses die op niveau van de ICT dienst worden opgemaakt. Zoals hierboven opgemerkt is de ontwikkeling van de tool volledig in lijn met de standaardisering van het dossierbeheerssysteem op RIZIV niveau. Hiermee dient dan ook rekening te worden gehouden en is er periodiek en frequent overleg met alle betrokken interne actoren (zoals o.a. IT).

De verbintenis die het RIZIV neemt in de periode van de 5^{de} bestuursovereenkomst (2016-2018) is de uitrol van de nieuwe toepassing en de nieuwe werkprocessen voor wat betreft het domein van de controle. Dit gaat concreet over de processen van de inspectie en de sociale controle. Tegen eind 2018 zal dit 2-delig luik dan ook geïmplementeerd zijn. Daarna volgt, gefaseerd, de uitrol voor het deel van de geschillen en vervolgens het deel van de processen toegankelijkheid.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Implementatie van Cascada (tool + geoptimaliseerde werkprocessen) voor de controleprocessen van de dienst Sociale Controle. Streefdatum: 31/12/2016.
2. Implementatie van Cascada (tool + geoptimaliseerde werkprocessen) voor de controleprocessen van de beide controlediensten DAC (Controle VI en Sociale Controle). Streefdatum: 31/12/2018.

Verwachte effecten

- Verhoogde effectiviteit en efficiëntie van de dienstverlening, en bij het aanleveren van beleidsinformatie.

Externe afhankelijkheden

Geen.

Artikel 39. Implementatie EMAS.

Dit artikel bevat een project dat gebaseerd is op de 3^e en 4^e bestuursovereenkomst (artikel 51). Het concretiseert de voorzetting van alle voorheen genomen initiatieven.

Titel

De EMAS-registratie maakt de verbintenis van het RIZIV om een duurzaamheidsbeleid te ontwikkelen, nog concreter.

Kader

Informeren, adviseren.

Krachtlijnen

- Beheersen van de interne middelen.

Context

Het RIZIV houdt in zijn beleid al sedert enkele jaren rekening met de duurzame ontwikkeling. Op het niveau van de interne organisatie betekent dit, onder andere, dat het RIZIV een beleid en acties op touw heeft gezet met betrekking tot het energie- en waterverbruik, de afvalproductie, het papierverbruik, het woon-werkverkeer en andere gelijkaardige domeinen.

Concreet zijn zowel milieudoelstellingen als een actieprogramma vastgelegd. Voor elke doelstelling zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld die regelmatig zullen worden gemeten. Het koelingssysteem van de lokalen van onze gebouwen is, bijvoorbeeld, gewijzigd. Dit heeft een positieve weerslag op het energieverbruik gehad. De invoering van het telewerk evenals de afschaffing van de individuele printers hebben eveneens een positieve invloed op de vermindering van het elektriciteitsverbruik op het RIZIV gehad.

Het RIZIV wenst dus de vooruitgang die geboekt is op het vlak van duurzame ontwikkeling in het kader van de vorige bestuursovereenkomsten voort te zetten.

Concreet verloopt dit grotendeels via een EMAS-registratie. EMAS betekent "Environmental Management and Audit Scheme". Het gaat om een systeem van milieu- en auditbeleid dat de organisatie in staat stelt om zijn milieubeheer te verbeteren. Het RIZIV wil één van zijn gebouwen aan een dergelijke auditprocedure onderwerpen. Daartoe zal het zich door de POD Duurzame ontwikkeling en Fedesco laten bijstaan.

Ter voorbereiding van de EMAS-registratie wenst het RIZIV een eerste fase af te ronden door een ISO 14001 certificering te behalen voor één van zijn gebouwen. Om dit te bereiken, zijn de vorige jaren meerdere acties ondernomen. De opmaak van procedures en richtlijnen, die in het kader van de ISO 14001 certificering is voorzien, is al uitgevoerd en aan het personeel meegedeeld. In de loop van het eerste trimester van 2016 wordt een externe audit gepland.

De EMAS registratie van een gebouw van het RIZIV is normaal gezien voorzien voor 2018/2019.

Om aanspraak te maken op de EMAS-registratie moet het RIZIV alle niet-conforme gevallen oplossen. Hiermee is men al op de goede weg want een groot deel van die gevallen van niet-conformiteit zijn al opgelost. Maar er blijven nog wijzigingen en verbeteringen op het vlak van de infrastructuur nodig die afhankelijk van de budgetten en de human resources, pas in 2016, 2017 of zelfs 2018 kunnen worden doorgevoerd.

Actie-verbintenis

1. Het naleven van de ISO 14001 norm. Streefdatum: 30/06/2016.
2. Oplossen van 75% van de niet-conforme gevallen om te kunnen overgaan tot een EMAS-registratie. Streefdatum: 31/06/2018.

Verwachte effecten

- Verminderen van de impact van het RIZIV op het milieu.
- Besparen op het vlak van het energie- en waterverbruik, de afvalproductie, het papierverbruik, ...

Externe afhankelijkheid

- Samenwerking met externe partners.

TITEL VII: Opvolging van continue opdrachten die voortvloeien uit vorige Bestuursovereenkomsten

Artikel 40. Opvolging van de continue opdrachten

Naast de selectie van een aantal projecten met actie-verbintenissen en boordtabellen voor de periode 2016-2018 wordt ook voorzien in een opvolging van een aantal processen en activiteiten waarvoor in het kader van de vorige Bestuursovereenkomsten actie-verbintenissen werden opgenomen, maar niet meer in de huidige Bestuursovereenkomst. Deze opvolging heeft als doel transparantie te creëren op vlak van de doorwerking van de vroegere engagements in de continue opdrachten van het RIZIV. De acties en streefdata die in de hierna volgende tabel zijn opgenomen, mogen evenwel niet beschouwd worden als engagements in het kader van de voorliggende Bestuursovereenkomst 2016-2018.

OORSPRONG	Proces	Actie	Streefdatum
DGV			
BO2006-2008: art.32 WC2009: art.32	Financiële rapportering aan de Commissie voor Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (MORSE-rapportering)	Opmaak van een MORSE-rapport ten behoeve van de CTG met een opvolging van de reële versus de geschatte uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen en de impact van financiële maatregelen	Jaarlijks
WC2009: art.N2 BO2010-2012: art.14	Rapportering van gestandaardiseerde regionale gegevens over de uitgaven geneeskundige verzorging	Opmaak van een jaarlijks longitudinaal rapport (over meerdere jaren en met deels thematische analyses) Opmaak van een detailrapport om de 5 jaar	Jaarlijks (basisstatistieken) 5-jaarlijks (detailgegevens voor 1 specifiek jaar)
DGEC			
BO2006-2008: art.25 WC2009: art.25 BO2010-2012: art.36	Evaluatieprojecten met het oog op het terugdringen van overconsumptie en oneigenlijk gebruik van geneeskundige verstrekkingen	Jaarlijks uitvoeren van tenminste 2 evaluatieprojecten en 1 impactmeting	Voor het einde van elk kalenderjaar
BO2006-2008: art.26 WC2009: art.25 BO2010-2012: art.37	Controles inzake de werkelijke afgifte van de geneesmiddelen op basis van de 'unieke streepjescode'-gegevens	Opmaak van een jaarlijks verslag over de activiteiten en resultaten van de analyse en kruising van de bestanden van de tarifieringsdiensten en farmaceutische bedrijven en de eruit voortvloeiende	Voor het einde van het eerste trimester van elk kalenderjaar

		controles	
BO2006-2008: art.27 WC2009: art.27 BO2010-2012: art.38	Controles op de activiteiten van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid (o.b.v. cartografieën)	Opmaak van een jaarlijks rapport per VI met een cartografie van de activiteiten van de adviserend geneesheren op het niveau van het ziekenfonds en de VI	Voor het einde van elk kalenderjaar
BO2006-2008: art.36 WC2009: art.36 BO2010-2012: art.45	Informatie aan de zorgverleners en externe communicatie door de DGEC (Infobox)	Het jaarlijks actualiseren van bepaalde al bestaande infoboxen	Voor het einde van elk kalenderjaar
BO2010-2012: art.18	Jaarrapport DGEC (informatie, controle, evaluatie) van de DGEC	Opmaak van een rapport over de activiteiten en resultaten tijdens het voorbije kalenderjaar van de DGEC	Voor het einde van het eerste trimester van elk kalenderjaar
DAC			
BO2006-2008: art.24 WC2009: art.24 BO2010-2012: art.43	Themacontroles bij de VI (audit en advies)	Uitvoeren van minstens twee themacontroles per jaar en opmaak van een eindrapport: één inzake geneeskundige verzorging en één inzake uitkeringen	Voor het einde van elk kalenderjaar
WC2009: art.N13 BO2010-2012: art.40	Rapportering inzake sociale fraude	Opmaak van een rapport over de activiteiten en resultaten tijdens het voorbije kalenderjaar inzake de strijd tegen de sociale fraude en domiciliefraude.	Voor het einde van het derde trimester van elk kalenderjaar

TITEL VIII: Methodes waarmee de graad van verwezenlijking van de doelstellingen kan worden gemeten en gevolgd

Artikel 41. Boordtabellen

Artikel 41. De doelstellingen zoals opgenomen in de bestuursovereenkomst zullen opgevolgd, gemeten en geëvalueerd worden aan de hand van boordtabellen.

Voor elke doelstelling is een boordtabel opgemaakt, die bestaat uit:

1. de **acties**, middelen of inspanningen die de administratie belooft aan te wenden. In dat geval is de indicator een datum waarop de actie uitgevoerd zal zijn, en die met de vooraf bepaalde streefdatum kan worden vergeleken;
2. de **resultaten**: de acties die de administratie onderneemt, hebben tot doel om bepaalde resultaten te boeken die moeten worden gemeten. Tegenover elk resultaat moeten één of meerdere indicatoren staan. Elke boordtabel wijst voor elke indicator de actuele waarde aan en de streefcijfers of de verwachte tendensen voor elk van de 3 jaren van de overeenkomst. De streefwaarden zullen kunnen worden vergeleken met de waarden die daadwerkelijk zijn gerealiseerd;
3. de **omgevingsfactoren**: de factoren waarop de administratie weinig of geen vat heeft maar die de verwezenlijking van de doelstelling beïnvloeden. Het gaat om externe verplichtingen waarop ook, in de mate van het mogelijke, objectieve maatregelen van toepassing moeten zijn.

De acties en de resultaten waartoe het Instituut zich verbindt, zullen in specifieke tabellen worden opgenomen om precies te kunnen evalueren of en in welke mate de administratie werkelijk de verbintenissen naleeft die in de bestuursovereenkomst staan.

Vervolgens zullen, in de mate van het mogelijke, de eventuele **verwachte effecten** van de verwezenlijking van de acties vermeld worden, dit wil zeggen, de verwachte resultaten zonder dat de administratie deze kan garanderen.

De bijgewerkte en geactualiseerde boordtabellen zijn zowel op het vlak van de indicatoren en hun waarden, ter beschikking bij de Moderniseringscel van het RIZIV (modernisering@riziv.fgov.be).

TITEL IX: Algemene gemeenschappelijke verbintenissen voor beide partijen

Artikel 42 - Juridisch kader van de overeenkomst

Artikel 42. De beleidskeuze voor de rechtsfiguur van de overeenkomst leidt tot een vervanging van de klassieke gezagsverhouding door een meer contractuele verhouding. Beide partijen verbinden zich dus tot structureel overleg en wederzijdse akkoorden als evenwaardige partners.

Opdat de instelling haar opdracht op een kwaliteitsvolle wijze kan uitvoeren, verbindt de federale Staat zich ertoe de instelling de overeengekomen middelen ter beschikking te stellen. Dit is een substantiële voorwaarde opdat de instelling zou kunnen worden gehouden tot de naleving van de verbintenissen van deze overeenkomst.

Daartegenover verbinden de OISZ er zich toe om de toegekende middelen op een zo efficiënt mogelijke wijze te gebruiken om maximaal het geheel van de opgenomen doelstellingen die hen met toepassing van het voorliggend contract zijn opgelegd te vervullen.

Artikel 43, 44 & 45 - Beheerprincipes

Artikel 43. De overeenkomstsluitende partijen verbinden zich ertoe de principes van het paritair beheer na te leven. Het Beheerscomité en de verantwoordelijken voor het dagelijks bestuur treden op als echte partners.

Artikel 44. De overeenkomstsluitende partijen verbinden zich ertoe alles in het werk te stellen om gunstige voorwaarden te scheppen met het oog op de uitvoering van de wederzijdse verbintenissen die in deze overeenkomst zijn vastgelegd. Op dat vlak vormt het eerbiedigen van het voorafgaande overleg bedoeld in Artikel 53 een kritische succesfactor.

Indien de instelling in het kader van een wettelijke opdracht moet samenwerken met een federale overheidsinstelling, verbindt de federale Staat zich ertoe alle acties te ondernemen om de samenwerking van de overheidsinstelling met de instelling te waarborgen.

Artikel 45. De Staat en de OISZ verbinden zich ertoe erop toe te zien dat de reglementeringen en procedures worden vereenvoudigd. De OISZ verbinden zich ertoe analyses te maken en voorstellen te formuleren aangaande administratieve en reglementaire vereenvoudigingen. De federale staat engageert zich om zoveel mogelijk rekening te houden met de voorstellen die hem daartoe worden voorgelegd door het RIZIV.

De OISZ verbinden zich ertoe de inspanningen inzake e-government verder te zetten en op elkaar af te stemmen zodat maximale synergieën kunnen worden gecreëerd. De Staat verbindt zich ertoe het gebruik van de e-governmenttoepassingen die werden ontwikkeld voor de werkgevers, de sociaal verzekerden of de meewerkende instellingen door het RIZIV zoveel mogelijk aan te moedigen of te veralgemenen.

Artikel 46 - Inwinnen van adviezen, voorafgaand overleg en informatieverstrekking door de federale Staat

Artikel 46. In overeenstemming met de bepalingen van de wet van 25 april 1963 legt de federale Staat elk voorontwerp van wet of besluit tot wijziging van de wetgeving die de instelling moet toepassen voor advies aan het beheersorgaan van de instelling voor. In dit kader verbindt de federale Staat zich ertoe de instelling op de hoogte te houden van de verschillende relevante legistische fasen en de eventuele in de loop van de procedure aangebrachte wijzigingen mee te delen.

De Staat verbindt zich ertoe contacten te leggen met de instelling om, enerzijds, rekening te houden met de technische aspecten en de haalbaarheid op het vlak van de toepassing van de overwogen wettelijke en reglementaire wijzigingen en anderzijds, haar in staat te stellen de nodige aanpassingen voor te bereiden binnen een redelijke tijdsperiode. Na overleg met de instelling legt de federale Staat de datum van inwerkingtreding van de overwogen wijzigingen of nieuwe maatregelen vast, onder meer rekening houdend met de nodige tijd die vereist is om eventuele informatica-aanpassingen uit te voeren en een goede informatie aan de betrokkenen te verzekeren.

Artikel 47, 48 & 49 - Verbintenissen over de wijzigingen van de overeenkomst

Wijziging van de overeenkomst

Artikel 47. De aanpassingen ingevolge objectieve parameters voorzien in de bestuursovereenkomst, namelijk de aanpassingen van opdrachten, taken, doelstellingen of indicatoren vermeld in de overeenkomst die geen weerslag hebben op de globale enveloppen voorzien in de overeenkomst, zullen worden uitgevoerd volgens de procedure voorzien in artikel 8, § 3, van het koninklijk besluit van 3 april 1997. Deze aanpassingen zullen worden meegedeeld aan de Voogdijminister die zijn beslissing binnen de 30 werkdagen zal nemen en ze zullen ter informatie worden overgemaakt aan de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort en aan de Minister tot wiens bevoegdheid de ambtenarenzaken behoren. Na deze termijn en indien geen beslissing wordt genomen, worden de aanpassingen beschouwd als zijnde goedgekeurd.

Artikel 48. Iedere nieuwe opdracht toegewezen aan de instelling, bij of krachtens een wet, wordt in een aanhangsel bij de overeenkomst opgenomen. Over dit aanhangsel wordt onderhandeld door de Voogdijminister, de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort, de Minister tot wiens bevoegdheid de ambtenarenzaken behoren, de stemgerechtigde beheerders aangewezen door het beheersorgaan, evenals door de personen belast met het dagelijks beheer. Dit aanhangsel wordt pas gesloten na goedkeuring van het beheersorgaan en treedt pas in werking na goedkeuring door de Koning en op de door Hem bepaalde datum.

Iedere andere aanpassing, voorgesteld door één van de partijen of door beide partijen, gebeurt overeenkomstig artikel 7 van het koninklijk besluit van 3 april 1997.

Indien de nieuwe opdracht mogelijk aanleiding kan geven tot verhoogde beheersuitgaven zal de procedure conform artikel 76 of artikel 77, naargelang de omstandigheden worden gevolgd.

Artikel 49. Voor een vlotte opvolging van de verbintenissen van beide partijen zullen alle wijzigingen bij de uitvoering van de overeenkomst worden geconsolideerd in eenzelfde document.

Artikel 50 - Verbintenissen over de mededeling van de beslissingen van een begrotingsconclaaf

Artikel 50. De federale Staat verbindt zich ertoe de budgettaire notificaties genomen tijdens het begrotingsconclaaf binnen een termijn van vijf werkdagen met de nodige toelichting aan de instelling mee te delen.

Artikel 51, 52, 53 & 54 - Verbintenissen over de opvolging van de uitvoering van de overeenkomst

Opvolging van het bereiken van de doelstellingen en het uitvoeren van de projecten

Artikel 51. De federale Staat en de instelling verbinden zich ertoe het bereiken van de doelstellingen en het uitvoeren van de projecten zoals beschreven in de bestuursovereenkomst aandachtig op te volgen. De timing van artikel 54 wordt hierbij gerespecteerd.

Artikel 52. Met het oog op de jaarlijkse toetsing van de uitvoering van de wederzijdse verbintenissen verbinden de overeenkomstsluitende partijen zich ertoe overeenkomstig artikel 8, § 3, derde lid, van het koninklijk besluit van 3 april 1997 jaarlijks en per instelling, een overlegvergadering te beleggen tussen de Regeringscommissarissen en de vertegenwoordigers van de instelling. Over de resultaten van dit overleg wordt door de deelnemers een tegensprekelijk en gemotiveerd verslag opgesteld, dat met betrekking tot de aangelegenheden waarover geen overeenstemming wordt bereikt, de onderscheiden standpunten weergeeft.

Periodiek overleg georganiseerd door de federale Staat

Artikel 53. Om de correcte en adequate uitvoering van deze bestuursovereenkomst door de federale Staat en door de openbare instellingen van sociale zekerheid mogelijk te maken, zal de federale Staat minstens tweemaal per jaar een overleg organiseren met de administratie-generaal en de vertegenwoordigers van het beheerscomité van de openbare instellingen van sociale zekerheid met betrekking tot iedere maatregel (budgettair, inzake het openbaar ambt of andere) die een betekenisvolle impact kan hebben op de instellingen. Dit overleg wordt georganiseerd op vraag van 1 van de partijen.

Planning voor de rapporterings- en opvolgingsopdrachten

Artikel 54. De overeenkomstsluitende partijen verbinden zich er toe een planning na te leven voor de rapporterings- en opvolgingsopdrachten waarmee de Regeringscommissarissen en de instelling zijn belast. De planning wordt vastgelegd in gezamenlijk overleg tussen de Regeringscommissarissen en de instelling. Zij wordt voorgelegd aan de Voogdijminister(s), aan de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort en aan de Minister tot wiens bevoegdheid de ambtenarenzaken behoren.

Deze planning voor de jaarlijkse evaluatie mag evenwel geen termijnen voorzien die de hieronder vermelde termijnen overschrijden :

- bezorgen van een ontwerp van toetsing van de uitvoering van de wederzijdse verbintenissen door de instelling aan de Regeringscommissarissen ten laatste op 31 maart van het jaar dat volgt op het te evalueren jaar;

- overlegvergadering binnen de 15 werkdagen volgend op de indiening van het ontwerp van toetsing van de uitvoering van de wederzijdse verbintenissen door de instelling;
- bezorgen van het tegensprekelijk en gemotiveerd verslag over de resultaten van het overleg binnen de 15 werkdagen die volgen op de overlegvergadering;
- in voorkomend geval, aanpassing van de bestuursovereenkomst aan de gewijzigde situatie ter uitvoering van artikel 8, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 april 1997.

Onverminderd de rapportering aan de Regeringscommissarissen zullen het College van de OISZ en de Federale Staat in de loop van 2016 een model van samenwerkingsprotocol op punt stellen waarin een eenvormig kader voor de opvolging van de bestuursovereenkomst wordt vastgesteld, met inbegrip van de gemeenschappelijke bepalingen.

Artikel 55 & 56 - Verbintenissen in het kader van de evaluatie van de uitvoering van de overeenkomst

Weerslag van maatregelen die niet opgenomen zijn in de overeenkomst

Artikel 55. In het kader van de jaarlijkse toetsing van de uitvoering van de wederzijdse verbintenissen opgenomen in de bestuursovereenkomst en conform de logica van het sluiten van bestuursovereenkomsten zal de federale Staat rekening houden met de weerslag van de maatregelen waarover werd beslist of die werden ingevoerd na het sluiten van de overeenkomst en die hebben geleid tot een relevante en meetbare stijging van de taken, van hun complexiteit of van sommige uitgaven, voor zover de instelling de weerslag van deze wijzigingen tijdig heeft meegedeeld.

Naleving van de verbintenissen opgenomen in de bestuursovereenkomst

Artikel 56. Wanneer één van de partijen de aangegeven verbintenissen niet volledig of slechts gedeeltelijk kan naleven, zal deze partij de andere partij hiervan onmiddellijk op de hoogte brengen en zal ze met de andere partij overleg plegen om maatregelen af te spreken om die situatie te verhelpen of op te vangen.

In geval van een geschil over de al dan niet naleving van alle of een gedeelte van de in deze overeenkomst opgenomen verbintenissen of in geval van een fundamenteel meningsverschil over de maatregelen die moeten worden genomen om een tekortkoming te verhelpen, zullen de partijen trachten, in de mate van het mogelijke, het met elkaar eens te worden. In geval van blijvende onenigheid worden de partijen het in een tegensprekelijk verslag eens over de beste manier om hierover te beslissen.

Bij gebrek aan een afgesproken akkoord of in geval van niet-naleving van het gevolg dat aan dergelijk akkoord wordt gegeven, zal het dossier worden voorgelegd aan de Ministerraad, na advies van het Beheerscomité van de betrokken instelling en van het College van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

Artikel 57 - Verbintenissen over veiligheidsnormen

Artikel 57. De instelling verbindt zich ertoe om de minimale veiligheidsnormen na te leven die binnen het netwerk van de sociale zekerheid van toepassing zijn.

Artikel 58 - Verbintenissen over de Staatsfinanciering

Artikel 58. Na overleg met de RSZ en het RSVZ, verbindt de Staat er zich toe het betalingsplan dat jaarlijks opgesteld wordt (alook de wettelijke en reglementaire bepalingen) voor de storting van de financiële middelen (rijkstoelagen, alternatieve financiering en andere) door de federale overheid aan de globale financiële beheren van de werknemers en van de zelfstandigen, na te leven .

Artikel 59 - Verbintenissen over de opmaak van de opdrachtenbegroting

Artikel 59. De Staat verbindt zich ertoe aan de openbare instellingen van sociale zekerheid de noodzakelijke parameters tijdig mee te delen voor het opmaken van de opdrachtenbegroting, conform de wettelijke en reglementaire bepalingen. Het gaat hier om de basishypotheses die door het Wetenschappelijk Comité voor de economische begroting worden vastgelegd. De parameters worden minstens 15 werkdagen, of 20 werkdagen wanneer meerjarenramingen verwacht worden, vóór de vergadering van het Beheerscomité van de sociale zekerheid (bij de RSZ) of van de Raad van beheer van het RSVZ meegedeeld, zodat de instellingen hun verplichtingen kunnen nakomen.

In de mate van het mogelijke zal elke OISZ een vergadering van het beheerscomité organiseren om de termijnen te kunnen respecteren die worden gevraagd door de federale regering.

Artikel 60 - Overheveling van bevoegdheden

Artikel 60. De Staat verbindt zich ertoe de overheveling van bevoegdheden, voorzien in het kader van de staatshervorming of van de fusieoperaties, te laten verlopen in overleg met de betrokken instellingen, met eerbiediging van het paritair beheer, om een optimale overheveling te garanderen, namelijk voor de personeelsleden die thans werkzaam zijn bij deze instellingen, en om de sociaal verzekerde verder een doeltreffende en kwaliteitsvolle dienstverlening te kunnen aanbieden.

De instelling verbindt zich ertoe om deel te nemen aan elke technische werkgroep met betrekking tot de overdracht van bevoegdheden en om nuttige inlichtingen te verschaffen tijdens de voorbereidende fase van deze overdracht. De Staat verbindt zich ertoe om de instelling in elke opgerichte werkgroep op te nemen met het oog op de voorbereiding van de overheveling van bevoegdheden.

De instellingen die betrokken zijn bij de overdracht van bevoegdheden moeten de in het kader van de gemeenschappelijke bepalingen aangegane verbintenissen echter slechts naleven als die verenigbaar zijn met de beleidsbeslissingen die in het kader van die overdrachten zullen worden genomen.

TITEL X: Specifieke gemeenschappelijke verbintenissen en synergieën tussen OISZ

Artikel 61 - Verbintenissen over het personeelsbeleid (HRM)

1. Loonmotor

In het kader van de synergieën tussen OISZ werd binnen de RSZ een gemeenschappelijke loondienst opgericht

De hoofdtaak van deze dienst bestaat erin de wedden van alle personeelsleden van de deelnemende OISZ op basis van een uniek reglementair kader te berekenen. Deze taak zal geleidelijk vanaf 1 januari 2016 worden verzekerd.

In de optiek van de beperking van de papierstromen zal de dienst erop toezien dat de wedden - en belastingfiches in een elektronische versie ter beschikking worden gesteld, via het gebruik van de e-box Burger.

De deelnemende OISZ verbinden zich ertoe om geleidelijk de bevoegdheden van deze dienst uit te breiden met het oog op de uitvoering van de reportingopdrachten, met name Pdata, Fed20, Medexbestanden, OFO, monitoring van de personeelskredieten.

De integratie van de OISZ in de gemeenschappelijke loonmotor zal verder moeten geconcretiseerd worden volgens het schema in bijlage van het actieplan bedoeld in artikel 67.

Iedere OISZ rapporteert via zijn Regeringscommissarissen.

2. Studie van impact en operationele haalbaarheid van de organisatie van de Selectie, de Aanwerving, de Vorming en de Ontwikkeling via shared services

Een studie van de impact en de operationele haalbaarheid met betrekking tot de evolutie van de HR-ondersteuningsdiensten op het vlak van selectie, aanwerving, vorming en ontwikkeling naar shared services, met inbegrip van de beoogde efficiëntiewinsten en mogelijke synergie met PersoPoint, zal gerealiseerd worden tegen 31 december 2017. Bij de uitvoering wordt rekening gehouden met de wettelijke en contractuele verplichtingen van de instellingen alsook met de door hen te realiseren investeringen.

Indien uit de studie van de impact en de operationele haalbaarheid een batig kostenresultaat blijkt, zal een gemeenschappelijke structuur worden gecreëerd tegen het einde van de overeenkomst.

3. Federale monitoring van het risico van overschrijding van de personeelskredieten

De OISZ verbinden er zich toe om gebruik te maken van het instrument ter monitoring van hun personeelskredieten, ontwikkeld door het College in overleg met de Task Force P&O, zich daarbij inspirerend op de principes van de SEPP-methodologie zoals voorzien door de circulaires nr. 644bis en nr. 650.

De Staat verbindt er zich toe om te voorzien in eenvoudige, snelle en soepele procedures, die moeten toelaten om de beschikbare begrotingsmarge overeenkomstig de hierboven vermelde monitoring te gebruiken.

De Staat verbindt er zich toe dat de Regeringscommissaris van Begroting iedere adviesaanvraag betreffende de besteding van deze beschikbare begrotingsmarge zal behandelen binnen de termijnen zoals voorzien in artikel 73.

4. Werkmeting

De OISZ engageren zich om tegen het einde van de bestuursovereenkomst een werkmeting uit te voeren voor de prioritaire diensten of processen, volgens de principes die gemeenschappelijk door het College werden vastgelegd. Als prioritair worden beschouwd:

- de diensten of processen die het grootste aandeel van de middelen aanwenden;
- de diensten of processen die kritisch zijn voor het functioneren van de organisatie;
- de diensten of processen die in aanmerking komen voor de redesign binnen de federale overheid.

De resultaten van de werkmeting zullen op termijn als objectieve basis dienen voor het opstellen van het personeelsplan voor deze diensten of processen.

Een methodiek voor de werkmeting in de ondersteunende diensten, daaronder te verstaan de financiële, HR-, ICT- en logistieke diensten, zal worden uitgewerkt voor het einde van de bestuursovereenkomst.

5. New Way of Working

De OISZ verbinden zich ertoe om een gemeenschappelijk ondersteuningsaanbod uit te werken (expertise, pilootprojecten en goede praktijken, opleiding, stappenplan, advies en begeleiding, intervisie, tools, meetinstrumenten,...) om de uitrol te begeleiden van de nieuwe werkmethodes (werk dat niet plaatsgebonden is of niet gebonden is aan bepaalde uurregelingen) in het kader van people management, change management en de uitbouw van de organisatie; we denken daarbij aan het ter beschikking stellen van tools en informatie, aan de hiërarchische meerdere en aan de medewerkers, die hen in staat moeten stellen om prestatiedoelstellingen vast te leggen en de verandering en de nieuwe organisatie te ondersteunen.

Elke OISZ verbindt zich ertoe om aan minstens 30 % van haar medewerkers de mogelijkheid te bieden om te telewerken, thuis of in een satellietkantoor.

De OISZ ontwikkelen een methodologie voor het meten van de impact van de New Way of Working wat betreft de kosten en de gevolgen voor het personeel.

6. Selectie & Werving

Het College van OISZ zal jaarlijks van zodra het budgettaire kader vaststaat, op basis van de afzonderlijke personeelsplannen, afspraken maken omtrent gemeenschappelijke initiatieven voor het organiseren van wervings- en/of bevorderingsselecties, overeenkomstig de samenwerkingsovereenkomst met Selor. De wervingsselecties kunnen zowel extern als via de interne markt georganiseerd worden en zullen het diversiteitsbeleid van de regering ondersteunen.

Er wordt systematisch overleg gepleegd tussen de OISZ en Selor op alle gebieden van het personeelsbeheer, namelijk om de nieuwe taken waarmee Selor zou belast worden over te dragen aan de OISZ, in voorkomend geval door de nodige reglementaire aanpassingen aan te brengen of door SLA's te sluiten, zoals voorzien bij voormelde samenwerkingsovereenkomst tussen de OISZ en Selor.

7. Opleiding & Ontwikkeling

- Jaarlijks zal het College van OISZ de, in de afzonderlijke instellingen, bestaande opleidingen die in synergie kunnen aangeboden worden aan de medewerkers van de verschillende OISZ, bundelen en delen.
- Het College van OISZ zal jaarlijks van zodra het budgettaire kader vaststaat, op basis van de opleidingsplannen van de verschillende OISZ, afspraken maken omtrent nieuwe gemeenschappelijke initiatieven met betrekking tot opleiding en ontwikkeling van hun medewerkers.

De OISZ werken samen met het OFO een e-learning uit die ervoor zorgt dat de medewerkers van de OISZ hun kennis van de Belgische sociale zekerheid kunnen uitbreiden of actualiseren.

8. Diversiteit

De OISZ moeten een inclusief diversiteitsbeleid voeren om ervoor te zorgen dat de maatschappij in hun personeel wordt vertegenwoordigd:

- door positieve acties door te voeren voor gehandicapte personen door ervoor te zorgen dat ze toegang tot de gebouwen hebben, door de werkposten aan te passen en door de specifieke lijst van de aparte wervingsreserve van Selor te raadplegen;
- door te vermijden dat het geslacht een rol kan spelen bij het loon, bevorderingen of aanwervingen;
- door ook ongelijkheden weg te werken op het vlak van toegang tot werk tussen de Belgen op basis van een Belgische herkomst of een immigratieachtergrond.

Daartoe verbinden de OISZ zich meer bepaald tot het voortzetten van de al eerder ondernomen acties om te streven naar:

- een tewerkstellingsgraad van 3% personen die erkend zijn als personen met een handicap, door het systematisch raadplegen van de specifieke lijst van de aparte wervingsreserve van Selor. Daarbij kan ook rekening gehouden worden met de overheidsopdrachten die aan instellingen worden gegund die met gehandicapte personen werken;
- en een vertegenwoordiging van één derde van het ondervertegenwoordigde geslacht in A3- tot A5-functies (of gelijkgestelden). De OISZ waar deze vertegenwoordiging niet bereikt wordt in de bezetting van functies van een niveau van A3 tot A5 zullen de nodige acties nemen om een beter genderevenwicht tot stand te brengen.

Het College verbindt zich ook tot het deelnemen aan de werkgroepen die door de federale stuurgroep inzake diversiteit werden opgericht.

De OISZ verbinden zich ten slotte tot het deelnemen aan de sensibiliseringsacties in het kader van de Federale Dag van de Diversiteit.

9. Begeleiding op de werkvloer

De OISZ werken een gemeenschappelijke strategie uit om de medewerkers te begeleiden tijdens hun loopbaan. Deze begeleiding heeft niet enkel betrekking op de integratie van de medewerker bij de start van zijn loopbaan, op zijn integratie op de werkplek, op de kennisoverdracht en de ontwikkeling van de generieke competenties, maar ook op zijn ontwikkeling tijdens de volledige duur van zijn loopbaan.

Deze strategie heeft zeker betrekking op de re-integratie van arbeidsongeschikte personeelsleden en op een leeftijdsbewust personeelsbeleid, waarbij aan de medewerkers een boeiende loopbaan wordt aangeboden tot aan hun uittreding en waarbij er mogelijkheden worden voorzien voor de uitwisseling van ervaringen en voor een evoluerend beleid.

De OISZ zullen een actieplan ontwikkelen met betrekking tot het welzijn op de werkvloer. Hierbij zal niet alleen aandacht worden besteed aan het voorkomen van lichamelijke en psychische arbeidsongeschiktheid maar ook aan een beleid van snelle re-integratie na arbeidsongeschiktheid.

10. Kennismanagement

De OISZ werken een gezamenlijke kennismanagementstrategie uit. Hierdoor kan de aanwezige expertise optimaal gebruikt worden, en wordt het risico op kennisverlies door uitstroom beperkt, in het bijzonder wat betreft de kritieke functies.

Het College zal een strategie inzake kennisbeheer concretiseren die gemeenschappelijk is voor de OISZ, die toegespitst is op de toegang tot de kennis voor de uitvoering van het werk, op het delen van deze kennis binnen de OISZ en tussen de OISZ onderling en op het behoud van die kennis en die gebaseerd is op het delen van de goede praktijken dienaangaande tussen de OISZ.

11. Crescendo

Behalve indien er een gelijkwaardige informatietool bestaat die de zelfde rapportering naar de FOD P&O verzekert, zullen de OISZ vanaf januari 2016 starten met het gebruik van de toepassing Crescendo om de evaluatiecycli te beheren en om de competenties van hun personeelsleden in op te nemen, in de mate dat dit gebruik gratis is en een toegevoegde waarde biedt. Aldus moeten 85 % van de plannings- en evaluatiegesprekken zich in Crescendo bevinden. Alle personeelsleden van de OISZ, die over een actieve gebruikersaccount beschikken, moeten een generiek competentieprofiel in Crescendo hebben. De nieuwe technische competentieprofielen zullen in Crescendo opgenomen worden.

In dit verband verbindt de Staat zich om tegen het einde van de bestuursovereenkomst de nodige aanpassingen uitgevoerd te hebben aangaande de gebruiksvriendelijkheid van de software na analyse van het systeem op basis van feedback van de OISZ en andere overheidsinstellingen.

Artikel 62 - Verbintenissen over het ICT-beheer

1. Virtualisatie en G-Cloud

Het project G-Cloud is een gemeenschappelijk project tussen de federale overheidsdiensten met als doel om de globale informaticakosten terug te schroeven via het delen van infrastructuur en diensten.

Het project G-Cloud werd opgesplitst in verschillende fasen om de integratie van de informaticastructuur en –diensten geleidelijk te laten evolueren:

a) Het eerste traject bestaat uit de vermindering van het aantal rekencentra en de omschakeling naar een gemeenschappelijke IT-infrastructuur.

b) Het tweede traject (IaaS en STaaS) bestaat in het ter beschikking stellen van processingmogelijkheden (virtuele servers en machines) en opslagmogelijkheden aan de instanties zodanig dat ze hun eigen toepassingssoftware kunnen uitrollen. Deze terbeschikkingstelling gebeurt in de vorm van diensten.

c) Het derde traject (SaaS) bestaat uit de vermeerdering en de standaardisering van de diensten die worden aangeboden om in te spelen op een maximum aantal niet-specifieke behoeften van de verschillende overheidsdiensten.

In functie van hun toegekende investeringsmogelijkheden, verbinden de openbare instellingen van sociale zekerheid zich ertoe om de ICT-infrastructuurkosten verder te doen dalen via de virtualisatie van de servers, hetgeen een noodzakelijke stap is voor de integratie in een gemeenschappelijk federaal platform (G-Cloud).

Het RIZIV is één van de actoren van dit project en zal erop toezien dat zijn informaticasysteem en netwerkdiensten zoveel mogelijk binnen een gemeenschappelijke, open en beveiligde infrastructuur geïmplementeerd worden.

Het blijft wel aan de instelling en zijn beheerscomité om de regels van zijn business te bepalen en in te staan voor de financiële consequenties. Er moeten ook voldoende garanties zijn dat een instelling zijn eigen businessprioriteiten kan bepalen.

De openbare instellingen van sociale zekerheid zullen de evolutie van hun informatica inplannen en afstemmen op de aanwezigheid van de verschillende componenten van dit gemeenschappelijk platform.

Elke openbare instelling van sociale zekerheid zal een roadmap opstellen waarin gepreciseerd wordt hoe de G-Cloud en de diensten gebruikt zullen worden, volgens het principe van “comply or explain”.

In geval van discussie zal in gezamenlijk overleg naar een oplossing gezocht worden.

Om maximaal synergieën te creëren en de IT-kosten te verminderen verbindt de federale staat zich ertoe om bij het federaal administratief openbaar ambt het principe van mutualisering van de diensten aan te moedigen, overal waar gemeenschappelijke diensten gevaloriseerd kunnen worden.

De federale staat verbindt zich ertoe om de noodzakelijke informatica investeringen van de OISZ te bevorderen die, voor hogervermelde doeleinden, een migratie van hun informatica-infrastructuur moeten realiseren.

2. Gemeenschappelijke ontwikkeling van de ICT-aankopen en het ICT-beheer

Voor alle uitbreidingen of hernieuwingen van hun informaticaoplossingen doen de OISZ zoveel mogelijk een beroep op de verschillende diensten van de G-Cloud en de raamovereenkomsten. De OISZ organiseren binnen het kader van het G-Cloud-initiatief een gemeenschappelijke aanschaf van ICT-middelen en –diensten via raamovereenkomsten om zo gunstig mogelijke aanschafvoorwaarden te bekomen.

De openbare instellingen van sociale zekerheid en de federale overheidsdiensten zullen samen onderhandelen met de belangrijkste hardware- en softwareleveranciers teneinde de beste voorwaarden en prijzen te verkrijgen voor alle federale administraties.

Daartoe verbinden de OISZ er zich toe om de verschillende opdrachten inzake ICT, eventueel via Smals, te gunnen in de hoedanigheid van aankoopcentrale opdat elke OISZ zou kunnen genieten van de vooruitgang van de andere OISZ en zo hun infrastructuur gemeenschappelijk zouden kunnen laten evolueren. De OISZ verbinden er zich toe om prioritair een beroep te doen op reeds bestaande opdrachten.

3. Elektronisch documentbeheer en elektronisch beheer van de workflow

Het gebruik van de digitale brievenbus voor de elektronische communicatie met de burger zal zoveel mogelijk worden aangemoedigd, bij voorkeur in evenwichtige omgevingen die herkenbaar en toegankelijk zijn voor de burger. Er wordt bij voorkeur op een elektronische en interactieve manier gecommuniceerd met de burger, waarbij evenwel rekening wordt gehouden met de digitale kloof. Deze elektronische communicatie wordt ook doorgetrokken naar de professionals toe (ondernemingen, sociale secretariaten of ander partners (advocaten, ...)).

De initiatieven van de OISZ dienen te worden afgestemd met andere gelijkaardige initiatieven met het oog op een uniformisering van de “digitale brievenbus”.

In dit kader wordt de rol van iedere actor in de workflow gerespecteerd.

De OISZ verbinden zich ertoe om te onderzoeken of het al dan niet noodzakelijk is om de aangetekende verzendingen te handhaven. Voor zover mogelijk en rekening houdende met de rechtszekerheid zullen de aangetekende verzendingen worden verminderd en/of vervangen door elektronische aangetekende verzendingen, mits een eventuele aanpassing van het regelgevingskader.

Artikel 63 - Verbintenissen over het logistiek beheer

§ 1. Overheidsopdrachten

De OISZ verbinden er zich toe om prioritair gebruik te maken van de globale federale opdrachten (FOR-CMS) of een reeds bestaande opdracht voor alle aankopen van courante leveringen en diensten, behalve indien dat nadeliger zou blijken voor de OISZ.

De OISZ maken gebruik van het bestaande gemeenschappelijke platform met betrekking tot overheidsopdrachten voor het stockeren van lastenboeken, de inventaris van diverse lopende contracten en het delen van kennis.

Voor het plaatsen van overheidsopdrachten zal het gebruik van een “model van aankoopcentrale of een opdrachtcentrale” bevorderd worden. Telkens een nieuwe overheidsopdracht voor leveringen of diensten wordt gelanceerd onderzoeken de OISZ of het werken met een aankoopcentrale of opdrachtcentrale mogelijk is en/of er een gezamenlijke opdracht kan uitgevoerd worden. De bestekken zullen modulair gemaakt worden zodat zowel kleine als grote bestellingen kunnen, eventueel met gedifferentieerde prijzen.

In deze zin wordt als overheidsopdracht aanzien: de overeenkomst onder bezwarende titel die wordt gesloten tussen één of meer leveranciers of dienstverleners en één of meer aanbestedende overheden of overheidsbedrijven, en die betrekking heeft op het leveren van producten of het verlenen van diensten met een totale opdrachtwaarde groter dan 31.000 EUR inclusief BTW.

De OISZ verbinden zich tot het respecteren van de instructies voor de aankoopdiensten die de versterking van de duurzaamheid van de federale overheidsopdrachten beogen en zijn opgenomen in de omzendbrief van 16/5/2014 waar tevens aandacht geschonken wordt aan sociale clausules en maatregelen ten voordele van kleine en middelgrote ondernemingen. Bijzondere aandacht wordt geschonken aan opdrachten die toegekend worden aan organisaties die werken met personen met een handicap, zoals in de sociale economie.

De OISZ zullen de ontwikkelingen in e-Procurement inclusief e-catalogue opvolgen en verder toepassen.

§ 2. Gebouwenbeheer / Shared Services ivm logistiek

Het bestaande kadaster van het onroerend patrimonium van het geheel van de OISZ wordt actueel gehouden. Elk vraag tot huur, koop, verkoop en grondige renovatie van gebouwen moet vooraf worden voorgelegd aan het College van OISZ. Het kadaster kan uitgebreid worden met andere elementen zoals bv EPC (energieprestatiecertificaat).

De OISZ engageren zich om bij renovaties en nieuwe huisvesting :

- de normen vastgesteld door de Regie der Gebouwen maximaal na te leven,
- bij de inrichting van de lokalen de mogelijkheid te voorzien van een aangepaste configuratie en aangepast materieel om het concept van NWOW te kunnen toepassen.

De OISZ lijsten minimum standaarden op met betrekking tot het beheer van gebouwen. Deze standaarden zullen opgenomen worden in de vorm van een checklist.

In dit kader wordt verwezen naar het specifieke regeringsbeleid inzake huur van gebouwen.

De OISZ zullen tegen 1 januari 2017 een actieplan opstellen teneinde een antwoord te bieden op de aanbevelingen die in de audit van het Rekenhof over het vastgoed van de OISZ werden geformuleerd. Hierin zal ook aandacht worden besteed aan een verdere rationalisering van het gebouwenpark in functie van de evolutie van het personeel, de geldende oppervlakenormen en de toepassing van de principes van NWOW. Hierbij zullen ook de effecten op het vlak van facility management worden in kaart gebracht en zal de mogelijkheid tot een shared aanpak worden onderzocht.

Een werkgroep zal op periodieke basis bijeenkomen om best practices uit te wisselen en verbeteringsvoorstellen door te voeren. Op volgende domeingebieden wordt gefocust:

- energie (energieaudit, energieperformantie, reglementering...)
- afval
- EMAS
- FMIS (facilitair management information system)
- centraal meldpunt
- verzekeringen (audit)
- optimalisatie van beschikbare resources en technische competentie binnen de OISZ
- bewaking

De OISZ streven ernaar om e-invoicing (binnenkomende facturen) te implementeren.

De OISZ streven ernaar om een beheer met respect voor het milieu te implementeren en de voorbeeldfunctie van de federale overheid te versterken.

De OISZ verzekeren een duurzame mobiliteit.

Artikel 64 - Verbintenissen over interne audit

Artikel 64. Wat de synergie inzake de uitbouw van de interne auditfuncties en auditcomités in hun instellingen betreft, engageren de OISZ zich tot de volgende gemeenschappelijke doelstellingen:

- tegen het einde van de looptijd van de Bestuursovereenkomst 2016-2018 zal een Gemeenschappelijk Auditcomité de werking van alle interneauditdiensten binnen de OISZ onderworpen hebben aan een toetsing;
- het jaarlijkse activiteitenrapport en de gemeenschappelijke aanbevelingen van het Gemeenschappelijk Auditcomité worden na kennisname door de beheerscomités door de Regeringscommissarissen aan de Voogdijminister worden overgemaakt,
- periodiek wordt door elke instelling een auditplan en een jaarverslag meegedeeld aan het Gemeenschappelijk Auditcomité. Met het oog op deze rapportering, zullen er op niveau van het Platina netwerk templates worden uitgewerkt;
- tijdens de looptijd van de Bestuursovereenkomst 2016-2018 zullen, onder de coördinatie van het College van OISZ, verdere initiatieven worden genomen met het oog op de afstemming van de planning en methoden van de interneauditfuncties met de activiteiten van de andere toezichtsactoren bevoegd voor de OISZ. In eerste instantie zal het samenwerkingsprotocol met het Rekenhof in de praktijk worden gebracht;
- er zullen per kalenderjaar minstens 4 bijeenkomsten van het PLATINA-netwerk worden georganiseerd met het oog op de gemeenschappelijke opbouw, afstemming en uitwisseling tussen de interneauditfuncties van de OISZ van kennis en goede praktijken op conceptueel, methodologisch en organisatorisch vlak;
- voor het einde van het eerste trimester van elk jaar zal het PLATINA-netwerk ten behoeve van het College van OISZ en de afzonderlijke auditcomités een rapport opmaken met daarin een overzicht van de activiteiten van het netwerk in het voorbije kalenderjaar, de voornaamste evoluties op vlak van interne audit binnen de afzonderlijke OISZ, alsook de initiatieven die werden genomen op vlak van de afstemming en samenwerking met de andere toezichtsactoren in de OISZ.

Artikel 65 - Verbintenissen over het openstellen van synergieën voor andere partners (secundair netwerk)

Artikel 65. De OISZ wensen de synergieën open te stellen voor hun partners van het secundaire netwerk zodat die kunnen profiteren van de effectieve besparingen die daaruit kunnen voortvloeien op het vlak van hun werkingskosten, in samenhang met hun financieringsniveau, zodat het optimale beheer van hun opdrachten gewaarborgd blijft.

In het kader daarvan stellen de OISZ voor om met hun secundaire netwerk overleg te plegen over een uitwisseling van de goede praktijken inzake synergieën en na te gaan in welke domeinen die zouden kunnen worden ontwikkeld.

Er zou daarbij een gemeenschappelijk actieplan of een plan voor de uitbreiding van de synergieën kunnen worden uitgewerkt, rekening houdend met de respectieve statuten van de instellingen van de secundaire netwerken. De OISZ informeren de Voogdijministers over de vooruitgang van de gesprekken met het secundaire netwerk.

Artikel 66 - Verbintenissen over de aanpassing van de administratieve organisatie van de sociale zekerheid

Artikel 66. Het College van OISZ en de sociale partners zullen nauw betrokken worden bij de besprekingen over de optimalisatie van de federale overheid die een impact kunnen hebben op de OISZ.

De Staat verbindt er zich toe om het College van OISZ, de sociale gesprekspartners en de geïmpacteerde meewerkende instellingen te betrekken bij de besprekingen over de optimalisatie van de federale overheid die een impact kunnen hebben op de OISZ. De OISZ verbinden zich om proactief mee te werken aan deze werkzaamheden.

Artikel 67 - Verbintenissen over gemeenschappelijke rapportering

Artikel 67. Het College van OISZ en de sociale partners delen tegen 30 juni 2016 een gezamenlijk actieplan mee aan de regering met betrekking tot de synergieën bedoeld in de artikelen 61, 62, 63 en 64. Hierin worden de initiatieven, de ingezette middelen, de deelnemende OISZ en de voorziene timing opgelijst.

Jaarlijks zal het College van de OISZ en de sociale partners tegen 31 maart een gemeenschappelijk verslag opstellen over de vooruitgang ervan en de bereikte resultaten. In de periodieke rapportering van de OISZ zal aandacht worden besteed aan de inspanningen die door de instelling werden geleverd en aan de bereikte impact.

Het algemeen evenwicht tussen mannen en vrouwen binnen de OISZ zal als genderindicator opgenomen worden in dit gemeenschappelijk verslag.

Artikel 68 - Diensten ontwikkelen of gebruiken in het kader van de synergieën

Artikel 68. Het behoort tot de opdracht van elke openbare instelling van sociale zekerheid die diensten (geheel of gedeeltelijk) zelf ontwikkelt of met toepassing van de regelgeving inzake de gunning van overheidsopdrachten gebruik maakt van diensten van derden, binnen haar mogelijkheden, die diensten, ongeacht hun aard, in het kader van de beoogde synergieën tegen kostprijs aan te bieden aan andere administratieve overheden, ongeacht hun bevoegdheidsniveau (waaronder, niet exhaustief, de overheidsdiensten van de federale regering en de gemeenschaps- en gewestregeringen, de openbare instellingen met rechtspersoonlijkheid die onder de federale overheid, de gemeenschappen of de gewesten ressorteren, de provincies, de gemeenten en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn), aan de privaatrechtelijke instanties die erkend zijn om mee te werken aan de toepassing van de sociale zekerheid en aan de sectorale fondsen voor bestaanszekerheid.

TITEL XI: Budgettaire, financieel en boekhoudkundig luik

De inhoud van dit hoofdstuk wordt geregeld bij

- het KB van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid,
- het KB van 22 juni 2001 (gewijzigd door het KB van 26 januari 2014) tot vaststelling van de regelen inzake de begroting, de boekhouding en de rekeningen van de openbare instellingen van sociale zekerheid die zijn onderworpen aan het bovenvermelde KB van 3 april 1997
- het KB van 26 januari 2014 tot vaststelling van het genormaliseerd boekhoudplan van de openbare instellingen van sociale zekerheid die zijn onderworpen aan het bovenvermelde KB van 3 april 1997
- en de respectievelijke omzendbrieven.

Artikel 69, 70, 71 & 72 - De beheersbegroting

Artikel 69. De beheersbegroting omvat het geheel van de ontvangsten en uitgaven die op het beheer van de instelling betrekking hebben, zoals opgesomd in bijlage 1 van het bovengenoemd KB van 26 januari 2014 en verduidelijkt in de richtlijnen vastgesteld door de Commissie voor normalisatie van de boekhouding van de OISZ..

Artikel 70. De verdeling van de begrotingsartikelen in de verschillende categorieën geschiedt in overeenstemming met de bijlage 2 van het gewijzigd KB van 22 juni.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- de personeelsuitgaven
- de gewone werkingsuitgaven
- de informaticawerkingsuitgaven
- de investeringsuitgaven verdeeld in drie delen : onroerende goederen, informatica en roerende goederen
- de niet limitatieve werkingsuitgaven.

De Commissie voor normalisatie van de boekhouding van de OISZ wordt belast met de vastlegging van de concrete inhoud van de begrippen limitatieve kredieten en niet limitatieve kredieten.

Artikel 71. De beheersbegroting bevat enkel limitatieve kredieten, met uitzondering van de kredieten met betrekking tot :

- de directe en indirecte belastingen,
- vergoedingen verschuldigd als gevolg van fiscale bepalingen,
- uitgaven in het kader van gerechtelijke procedures of uitspraken, voor zover zij niet vallen onder de opdrachtenbegroting.

De niet-limitatieve kredieten kunnen van nature nooit het voorwerp van lineaire besparingen of compensatie uitmaken en worden in een aparte categorie vermeld van de beheersbegroting.

Artikel 72. Indien er budgettaire of boekhoudkundige wijzigingen betreffende de verdeling tussen de opdrachtenbegroting en de beheersbegroting tijdens de looptijd van de bestuursovereenkomst zouden optreden, verbindt de Staat er zich toe rekening te houden met de budgettaire of operationele gevolgen

hiervan op de werking van de betrokken OISZ, desnoods door middel van de aanpassingsprincipes en -procedure voorzien in de artikelen 76 en 77.

Artikel 73 & 74 - De adviezen van de Regeringscommissaris van Begroting in verband met begroting, boekhouding, personeel, ICT...

Artikel 73. De Staat verbindt er zich toe dat de Regeringscommissaris van Begroting de in artikel 12, 14 en 19 van het KB van 3 april 1997 voorziene termijnen respecteert.

De termijnen voor het uitbrengen van een advies door de Regeringscommissaris van Begroting voor andere adviesaanvragen worden in overleg tussen de instelling en de Regeringscommissaris vastgelegd in het samenwerkingsprotocol dat in de loop van de bestuursovereenkomst zal worden opgesteld. De Staat verbindt er zich toe dat de Regeringscommissaris van Begroting de afgesproken termijnen respecteert.

In uiterst dringende gevallen kan de instelling de hoogdringendheid inroepen voor adviesaanvragen. De instelling verantwoordt duidelijk deze hoogdringendheid. In dit laatste geval tracht de Regeringscommissaris van Begroting zo snel als mogelijk een advies te verlenen.

Artikel 74. Elke aanvraag die het akkoord vereist van de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort (zoals bijvoorbeeld een beroep tegen een negatief advies van een Regeringscommissaris, een vraag tot akkoord over de begroting of een vraag tot herverdeling) zal vooraf of op hetzelfde moment aan de Voogdijminister worden gecommuniceerd.

Artikel 75 - De aanpassing van de beheersbegroting ingevolge herschikkingen tussen begrotingsartikelen

Artikel 75. De overdrachten tijdens **eenzelfde begrotingsjaar** tussen de kredieten, zoals voorzien in artikel 14, § 1, van het KB van 3 april 1997, worden door de Regeringscommissaris van Begroting behandeld, binnen de in het eerste lid van het artikel 73 bepaalde termijn.

Om een goed beheer mogelijk te maken wordt maximale flexibiliteit toegestaan tussen werkings- en investeringskredieten (met inbegrip van de enveloppe gebouwen). De opgelegde besparingen, de ROI en de bijkomende kredieten voor het geheel van de begrotingsartikelen inzake uitgaven binnen de beheersbegroting mogen herverdeeld worden, opdat zij op optimale wijze de 5e bestuursovereenkomst zouden kunnen uitvoeren.

Herschikkingen tussen begrotingsartikelen tijdens eenzelfde begrotingsjaar kunnen het ganse jaar door gebeuren. Het is eveneens toegelaten over te gaan tot een kredietherverdeling bij de afsluiting van het boekjaar, die plaatsvindt in het jaar n+1.

Artikel 76 - Aanpassing van de beheersbegroting ingevolge gewijzigde omstandigheden

Artikel 76. De volgende thematieken zullen op initiatief van de instelling besproken worden met de Voogdijminister(s), de Minister tot wiens bevoegdheden de begroting behoren en indien noodzakelijk de Minister tot wiens bevoegdheid de ambtenarenzaken behoren, zodanig dat bijkomende kredieten voorafgaandelijk aan de inwerkingtreding eventueel kunnen worden toegekend na een regeringsbeslissing:

- **Nieuwe opdrachten**
Indien tijdens de looptijd van de bestuursovereenkomst de instelling een bijkomende opdracht moet uitvoeren en na een voorafgaande toetsing vastgesteld wordt dat deze niet kan uitgevoerd worden binnen de toegekende beheersenveloppe en bijgevolg aanleiding zal geven tot verhoogde beheersuitgaven (rekening houdend met de eenmalige opstartkosten, hoofdzakelijk informatica, en met recurrente jaarlijkse personeels- en werkingskosten op kruissnelheid),
- **Personeel**
Indien het globaal bedrag van het personeelskrediet berekend volgens de formule van artikel 85 evenwel lager is dan het bedrag bekomen door middel van de berekeningsmethode eigen aan de instelling, vermeld in artikel 84 van deze bestuursovereenkomst en voor zover dat het bereiken van bepaalde doelstellingen of de realisatie van bepaalde projecten zoals opgenomen in deze overeenkomst in gevaar zou brengen. De verplichte, noodzakelijke en onvoorziene bijkomende personeelsuitgaven die het gevolg zijn van een beslissing van de Regering zullen aan de personeelskredieten worden toegevoegd,
- **Werking en investering**
Indien door de toepassing van de evolutie van de werkings- en investeringskredieten in functie van het gezondheidsindexcijfer van artikel 85 het bereiken van bepaalde doelstellingen of de realisatie van bepaalde projecten opgenomen in deze overeenkomst in gevaar zou komen.
- **In het geval van nieuwe uitgaven voor het zich in regel stellen met wettelijke verplichtingen (zoals bijvoorbeeld de milieubepalingen, de risicoanalyse van de liften, de sociale bijdragen, de verzekeringen).**

Artikel 77 - De verlaging of de niet-aanpassing van de beheersbegroting ingevolge een nieuwe opdracht of zonder nieuwe opdracht

Artikel 77. Indien de beschikbare middelen (inzake personeel of budget) worden verminderd of de opdrachten worden uitgebreid zonder dat de kredieten worden verhoogd, kan dit gebrek aan middelen zijn weerslag hebben op de uitvoering van de doelstellingen van de overeenkomst.

Na constructief overleg tussen de Voogdijminister(s), de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort, de stemgerechtigde beheerders aangewezen door het beheersorgaan, evenals de personen belast met het dagelijks beheer, zal de instelling, de te bereiken doelstellingen kunnen verlagen overeenkomstig artikel 7 van het koninklijke besluit van 3 april 1997 en op basis van een objectief meetinstrument, in volgende gevallen:

- Indien de federale Staat het bij het artikel 82 afgesproken begrotingskader niet in acht kan nemen binnen de context van het begrotingsbeleid van de Staat, indien de beschikbare middelen (inzake personeel of budget) worden verminderd,
- Indien de opdrachten worden uitgebreid zonder dat de kredieten worden verhoogd
- Indien bijkomende noodzakelijke kredieten niet toegekend kunnen worden,

Dit enkel voor zover deze beslissingen de realisatie van bepaalde in deze overeenkomst opgenomen projecten of doelstellingen in gevaar zouden kunnen brengen.

Bij de evaluatie van de overeenkomst zal rekening worden gehouden met de tussentijdse aanpassing van de doelstellingen.

Artikel 78 - De verhoging van de beheersbegroting van het lopende jaar ingevolge de toekenning van eigen beheersontvangsten

Artikel 78. § 1. De eigen ontvangsten, die voortvloeien uit prestaties die kaderen binnen de opdrachten van de instelling, en geleverd worden aan derden op basis van een terugvordering van de kosten, worden toegevoegd aan de beheersenveloppe van het lopende jaar mits naleving van de procedure inzake bepaling en aanpassing van de budgetten, zoals vastgelegd in het koninklijk besluit van 3 april 1997.

§ 2. Vanaf 2016 mogen de andere hierna opgesomde in de begroting van het lopende jaar voorziene eigen beheersontvangsten van de instelling jaarlijks worden toegevoegd aan de beheersenveloppe van het lopende jaar mits gunstig advies van de Regeringscommissaris van Begroting, binnen de in het eerste lid van het artikel 73 bepaalde termijn.

Dit gunstig advies betreft een akkoord over zowel het bedrag van de in het lopende jaar voorziene eigen beheersontvangsten als over de bestemming van dit bedrag door de instelling in het lopende jaar.

Volgende types van eigen beheersontvangsten, waarvoor een principedossier met inbegrip van een raming van de voorziene bedragen vooraf werd goedgekeurd door het beheerscomité/raad van beheer, worden hier bedoeld :

1. éénmalige beheersontvangsten ingevolge de verkoop van een onroerend goed op basis van de integrale verkoopprijs, waarbij de bijzondere voorwaarden van artikel 86 werden gerespecteerd
2. periodieke beheersontvangsten ingevolge de verhuur op contractuele basis van een onroerend goed (b.v. een gebouw of een verdieping van een gebouw) worden toegevoegd aan de beheersenveloppe, ofwel volledig in geval van verhuur tegen kostprijs aan een andere overheidsdienst, ofwel voor de helft in geval van verhuur tegen marktprijs aan een andere derde,
3. periodieke beheersontvangsten ingevolge de detachering van personeelsleden (b.v. naar een beleidscel - buiten deze van de Voogdijminister(s) - of naar een syndicale organisatie) of ingevolge de ter beschikkingstelling van personeelsleden (b.v. voor een gemeenschappelijke Auditdienst of voor SIOD,...) worden toegevoegd aan de toegekende personeelskredieten.
4. beheersontvangsten die voortvloeien uit de levering van diensten tegen kostprijs aan derden en aan andere OISZ (b.v. het scannen van dossiers voor derden)
5. periodieke beheersontvangsten ingevolge de verdere uitvoering door de instelling van bepaalde opdrachten voor rekening van de gefedereerde entiteiten tijdens of na de overgangsfase van de zesde staatshervorming, in het kader van de samenwerkingsakkoorden die werden gesloten met de gefedereerde entiteiten.

§ 3. De gerealiseerde andere eigen beheersontvangsten van het vorige jaar (b.v. ingevolge de levering van drukwerken, het verhuren van vergaderzalen, het afleveren van attesten of de opmaak van statistieken,...), de bij deze levering gemaakte personeels- en andere werkingskosten mogen integraal worden toegevoegd aan de beheersenveloppe van het lopende jaar. Als incentive voor goed beheer,

mag het verschil tussen de gefactureerde marktprijs en de gemaakte personeels- en andere werkingskosten voor de helft worden toegevoegd aan de beheersenveloppe van het lopende jaar mits gunstig advies van de Regeringscommissaris van Begroting, binnen de in het eerste lid van het artikel 73 bepaalde termijn.

Dit gunstig advies betreft een akkoord over zowel het bedrag van de tijdens het vorige jaar geboekte andere eigen beheersontvangsten als over de bestemming van dit bedrag door de instelling in het lopende jaar.

§ 4. Voor de synergieprojecten, die momenteel opgenomen zijn in de gemeenschappelijke bepalingen, worden de nodige middelen voorzien op de beheersbegroting van de deelnemende OISZ. De impact van synergieprojecten (b.v. de loonmotor) op de beheersbegrotingen van de deelnemende OISZ wordt voorafgaandelijk geregeld op het begrotingsplan binnen het College OISZ. Deze beheersontvangsten komen bovenop de beheersenveloppe van de instelling die de prestaties levert voor de andere OISZ, mits gunstig advies van de Regeringscommissaris, en worden ter informatie meegedeeld aan de Voogdijministers, aan de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort en aan de Minister tot wiens bevoegdheid de ambtenarenzaken behoren.

Dezelfde principes zijn toepasselijk op de synergieprojecten buiten de sociale zekerheid en op de fusieoperaties zoals zij worden gedefinieerd in de bestuursovereenkomst.

§ 5. De bedragen van bovenvermelde voorziene en gerealiseerde eigen beheersontvangsten, alsook de bestemming van deze bedragen, welke een positief advies gekregen hebben van de Regeringscommissaris van Begroting, mogen door de instelling worden ingeschreven in een aanpassingsblad van de beheersbegroting van het lopende jaar.

Artikel 79 - De verhoging van de beheersbegroting ingevolge de overdracht van kredieten van het vorige begrotingsjaar

Artikel 79. De overdracht van kredieten van het **vorige begrotingsjaar naar het lopende jaar** wordt onder de voorwaarden voorzien in artikel 14, § 2, van het KB van 3 april 1997 toegestaan mits gunstig advies van de Regeringscommissaris van Begroting, binnen de in het artikel 73 bepaalde termijn.

Bij gunstig advies van de Regeringscommissaris van Begroting mogen de goedgekeurde overdrachten door de instelling worden toegevoegd aan de kredieten van het lopende jaar.

Om het mogelijk te maken voor de Regeringscommissarissen om de voortgang van de opgenomen projecten te volgen en te kunnen oordelen over de opvolging ervan alsook over de opportuniteit van de herinschrijvingen zal de OISZ ervoor zorgen dat de Regeringscommissarissen frequent toegang hebben tot de planning en tot de resultaten van het investeringsprogramma. De instelling zal elk semester een stand van zaken van het investeringsprogramma overmaken. Dit zal het voorwerp van een eenvormige toepassing in elke instelling uitmaken.

Artikel 80 - De aanpassing van de beheersbegroting ingevolge een wijziging van de sociale bijdragen

Artikel 80. Indien de sociale bijdragen betreffende de personeelsleden (hoofdzakelijk pensioenbijdragen voor de Pool der parastatalen) wijzigen, zal de beheersbegroting aangepast worden. De bedragen die

zullen dienen als basis voor de berekening, zullen instelling per instelling bepaald worden in overleg met het College, (desgevallend PDOS) en de FOD Budget en Beheerscontrole. Ter info: de betaling door de OISZ van de patronale pensioenbijdragen voor de Pool der parastatalen vormt een neutrale financiële en budgettaire operatie.

Voor de uitgaven inzake de Pool der parastatalen zal een nieuw begrotingsartikel worden voorgesteld door de Commissie voor de normalisatie van de boekhouding om de toegekende begrotingskredieten op te nemen bij deze bijdragen.

Artikel 81 - De verhoging van de beheersbegroting ingevolge de betalingen van achterstallige competentiepremies

Artikel 81. Voor zover dit mechanisme nog toepasselijk is en in de mate dat dit het geval zal zijn, zal jaarlijks een provisie voor de uitbetaling van de achterstallige competentiepremies die verschuldigd zullen zijn, bij de FOD Budget en beheerscontrole worden aangelegd. Het bedrag van de per OISZ toegestane personeelsuitgaven, zoals vermeld in de bestuursovereenkomst, zal worden verhoogd met het nodige bedrag van de achterstallige competentiepremies die tussen januari en september uitbetaald werden (**eerste schijf**), voor zover het totaal van de bedragen van alle instellingen het totaal bedrag van de provisie niet overschrijdt. Een **tweede schijf** voor de achterstallen betaald tussen oktober en december kan ook nog toegekend worden.

Deze verhogingen zullen ten laatste op 31 januari van het volgende jaar worden toegestaan door de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort, op voorstel van de Voogdijminister(s) van de betrokken instelling en op basis van bewijsstukken voor de verrichte uitbetalingen en op advies van de Regeringscommissaris die bij de instelling, de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort, vertegenwoordigt.

Artikel 82 - Beheersbegroting voor de jaren 2016, 2017 en 2018

Artikel 82. De beheersbegroting van de instelling voor de jaren 2016, 2017 en 2018, die overeenkomstig artikel 69 en de beslissing van de Ministerraad van 18/12/2015 werd bepaald, wordt als volgt vastgelegd:

	2016	2017 ⁽¹⁾	2018 ⁽¹⁾
Personeelsuitgaven	86.172.424	86.645.907	84.944.550
Werkingsuitgaven	28.140.880	26.674.425	25.616.040
<i>waarvan: Gewone werking</i>	13.403.675	12.717.425	12.209.040
<i>Informatica</i>	14.737.205	13.957.000	13.407.000
Investeringsen	1.116.500	1.057.000	1.015.000
<i>waarvan: Roerende investeringen</i>	66.500	63.000	60.000
<i>Informatica-investeringsen</i>	750.000	710.000	682.000
<i>Onroerende investeringen</i>	300.000	284.000	273.000
Niet limitatieve werkingsuitgaven	488.000	438.240	428.675
Totaal RIZIV zonder FMO	115.917.804	114.815.572	112.004.265

⁽¹⁾ voor de begrotingsjaren 2017 en 2018 : berekening in prijzen van 2016

FMO	4.828.620	4.828.620	4.828.620
------------	-----------	-----------	-----------

Deze beheersenvolpette omvat eveneens de kredieten voor de uitvoering van goedgekeurde regeringsmaatregelen en voor de uitvoering van moderniseringsprojecten, zoals beschreven in de bestuursovereenkomst.

De uitvoering van de begroting 2016 zal geschieden overeenkomstig de beslissingen van de Ministerraad van 18/12/2015.

Artikel 83 - Maximumbedrag van de kredieten voor het statutair personeel

Artikel 83. Overeenkomstig artikel 5 van het KB van 3 april 1997 wordt het maximumbedrag van de kredieten voor het statutair personeel vastgelegd op 80.007.165 voor het jaar 2016, op 80.460.958 voor het jaar 2017 en op 79.064.687 voor het jaar 2018. Voor het FMO is dit 2.893.850 voor 2016, 2017 en 2018.

Artikel 84 & 85 - Jaarlijkse herziening

Artikel 84. De begrotingsbedragen voor de jaren 2017 en 2018 worden verkregen op basis van de berekeningsmethode eigen aan de instelling en op basis van de huidige hypothesen. Deze bedragen kunnen jaarlijks worden herzien en worden dus ter informatie vermeld. In de mate van het mogelijke en binnen de mogelijkheden van het begrotingsbeleid van de federale Staat verbindt de federale Staat zich niettemin ertoe de ingeschreven bedragen (of de opnieuw geschatte bedragen in geval van herschatting) maximaal in acht te nemen voor de werkingsjaren 2017 en 2018.

Indien de federale Staat dit afgesproken begrotingskader niet in acht kan nemen binnen de context van het begrotingsbeleid van de Staat wordt de bestuursovereenkomst aangepast overeenkomstig artikel 77.

Artikel 85. Bij ongewijzigd beleid zullen voor de jaren 2017 en 2018 de bedragen van elke uitgavencategorie op de volgende manier herzien worden, na toepassing van de begrotingsbesparingen die beslist worden door de overheid en eventuele verdere heronderhandeling van de verbintenissen van de OISZ:

a. Personeelskredieten

De personeelskredieten zullen in functie van de evolutie van de gemiddelde vereffeningscoëfficiënt geparametriseerd worden volgens de formule :

Gemiddelde vereffeningscoëfficiënt van de lonen jaar N (1)

Gemiddelde vereffeningscoëfficiënt van de lonen jaar N-1 (2)

- (1) hypothese van het economisch budget van het Planbureau
- (2) reële coëfficiënt

Als de evolutie van de personeelskredieten het bereiken van bepaalde doelstellingen of de realisatie van bepaalde projecten zoals opgenomen in deze overeenkomst in het gedrang zou brengen wordt de bestuursovereenkomst aangepast overeenkomstig artikel 76 of artikel 77 naargelang de omstandigheden.

b. Werkings- en investeringskredieten met inbegrip van de onroerende investeringskredieten

De kredieten van het vorige jaar evolueren in functie van het gezondheidsindexcijfer, die beschreven wordt in het economisch budget, dat als basis dient voor de vaststelling van het budget van het betrokken jaar.

Als de evolutie van de werkings- en/of investeringskredieten het bereiken van bepaalde doelstellingen of de realisatie van bepaalde projecten zoals opgenomen in deze overeenkomst in het gedrang zou brengen wordt de bestuursovereenkomst aangepast overeenkomstig artikel 76 of artikel 77 naargelang de omstandigheden.

c. Niet-limitatieve kredieten

De niet-limitatieve kredieten worden jaarlijks door de instelling opgemaakt in functie van de vastgestelde behoeften.

Artikel 86 - Onroerende verrichtingen

Artikel 86. Binnen de grenzen van haar opdrachten kan de instelling beslissen over de verwerving, de aanwending of de vervreemding van lichamelijke en onlichamelijke goederen en de vestiging of de opheffing van zakelijke rechten op deze goederen, alsmede over de uitvoering van dergelijke beslissingen.

Elke beslissing tot verwerving, oprichting, renovatie of vervreemding van een onroerend goed of recht, waarvan het bedrag **5 miljoen euro** overschrijdt, is onderworpen aan de voorafgaande machtiging van de Voogdijminister(s) en van de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort.

Voor zover de instelling behoort tot het Globaal beheer, vereisen de bestemming van de opbrengst van een vervreemding van deze onroerende goederen waarvan het bedrag **5 miljoen euro** overschrijdt, en de toevoeging van deze opbrengst aan de beheersenvolp van het lopende jaar het voorafgaand akkoord van de Voogdijminister(s) en van de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort. Deze bijkomende beheersenvolp moet worden gebruikt voor de oprichting of aankoop van een ander gebouw of voor renovatiewerken in een bestaand gebouw, in het kader van een beleid van optimaal gebruik van de onroerende goederen (b.v. bij de uitrol van telewerk of van new way of working) of in het kader van een fusie.

Artikel 87 - Algemene en analytische boekhouding

Artikel 87. De instelling verbindt zich ertoe een boekhoudplan toe te passen conform het genormaliseerd boekhoudplan voor de openbare instellingen van sociale zekerheid, zoals bepaald in het KB van 26 januari 2014. Het genormaliseerd boekhoudplan wordt verder uitgediept door de Commissie voor de Normalisatie van de boekhouding van de OISZ, in samenwerking met de FOD Begroting en Beheercontrole en de FOD Sociale Zekerheid en volgens de in de Commissie voor de Normalisatie van de boekhouding van de OISZ afgesproken termijnen.

De instelling zal het systeem van analytische boekhouding gebruiken om de kosten van de voornaamste basisactiviteiten te bepalen en te evalueren. Bovendien zal dit systeem ook gebruikt worden om de kost van ontwikkeling en onderhoud van nieuwe projecten te bepalen.

Artikel 88 & 89 - Bezorgen van periodieke staten

Artikel 88. De instelling zal, overeenkomstig de richtlijnen van de Regering, aan de Voogdijminister(s) en aan de Minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort, evenals aan de FOD Sociale Zekerheid en aan de FOD Budget en Beheerscontrole, maandelijks een staat van de ontvangsten en uitgaven aangaande het beheer bezorgen.

De OISZ zetten een maandelijks of eventueel driemaandelijks opvolging op in gestandaardiseerd formaat van hun opdrachtenbegroting en vragen de nodige gegevens aan de meewerkende organisaties van sociale zekerheid als dat nodig is.

In het kader van een gecentraliseerde communicatie van de jaarrekeningen aan de EU verbinden de OISZ zich ertoe om, in samenwerking met de FOD Sociale Zekerheid en de FOD Begroting, het systeem e-BMC te implementeren en te gebruiken.

Artikel 89. De instelling verbindt er zich toe om voor elke begrotingsoefening van het monitoringcomité de gevraagde synoptische tabellen voor de opdrachten en voor het beheer kwaliteitsvol, volledig en tijdig op te sturen en conform de structuren die gedefinieerd worden in de bijlagen van de KB's van 26 januari 2014 en 22 juni 2001.

TITEL XII: Meewerking aan transversale projecten

Artikel 90. De OISZ engageren zich ertoe, ieder wat hen betreft, om mee te werken aan de uitvoering van de programma's inzake administratieve vereenvoudiging, inzake armoedebestrijding en inzake bestrijding van sociale fraude.

Ze zullen ook in hun dagdagelijks beheer aandacht hebben voor initiatieven met betrekking tot het beleid van duurzame ontwikkeling.

Specifieke aandacht zal daarbij gaan naar de toepassing van het beginsel van "handistreaming", in overeenstemming met de bepalingen van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, waarbij op transversale wijze de integratie van personen met een handicap in alle domeinen van het maatschappelijk leven bevorderd wordt en in de verschillende fasen van beleidsvoering rekening gehouden wordt met de dimensie handicap. Hiervoor zal de instelling in het bestuursplan aandacht besteden aan "Handistreaming". Bij dit alles zal een beroep gedaan worden het aanspreekpunt "Handicap" dat in elke instelling en bij elke beleidscel aangeduid werd en zal samengewerkt worden met het federale coördinatiemechanisme opgericht bij de FOD Sociale Zekerheid en met het maatschappelijk middenveld.

De instelling zal zich ook inschrijven in het nastreven en intensifiëren van het actuele beleid inzake gender mainstreaming, overeenkomstig de bepalingen van de wet van 7 januari 2007 strekkende tot controle op de toepassing van de resoluties van de wereldvrouwenconferentie die in september 1995 in Peking heeft plaatsgehad en tot integratie van de genderdimensie in het geheel van de federale beleidslijnen en van haar uitvoeringsbesluiten.

Artikel 91. De OISZ engageren zich om verder actief deel te nemen aan de Federale Netwerken Klantgerichtheid en Klachtenmanagement en daarbij deel te nemen aan de jaarlijkse rapportering van de indicatoren klachtenmanagement en actief bij te dragen aan de realisatie van het Federaal Plan Klantgerichtheid dat voor 2016 de focus zal leggen op de optimalisatie van het onthaal en de product- en dienstencatalogus.

De OISZ engageren zich om minstens 1 maal tijdens de duur van de bestuursovereenkomst de klantentevredenheid te meten, met het oog op het verbeteren van hun product- en dienstverlening.

Gedurende de uitvoering van deze bestuursovereenkomst, om de rechten van de sociaal verzekerden te optimaliseren en om de uitoefening van deze rechten aan te passen in functie van de maatschappelijke en technologische evoluties, verbindt het College van de OISZ en de sociale partners er zich toe om aan de federale regering concrete voorstellen tot actualisering van het Handvest van de sociaal verzekerde mee te delen, met de actieve steun van de werkgroep College – FOD Sociale Zekerheid die de monitoring van de toepassing van dat handvest verzekert. Tijdens deze oefening zal de werkgroep College – FOD Sociale Zekerheid zo proactief mogelijk zowel de sociaal verzekerden als de andere instellingen van sociale zekerheid betrekken.

TITEL XIII: Slotbepalingen

Artikel 92. De verbintenissen van deze bestuursovereenkomst doen geen afbreuk aan de verplichting van de instelling om de diverse wettelijke en reglementaire teksten na te leven die algemene richtlijnen bevatten voor de instellingen van sociale zekerheid bij het onderzoek van de rechten op prestaties en in de relaties met de sociaal verzekerden, met name:

- de wet van 29 juli 1991 op de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen;
- het Handvest van de gebruiker van overheidsdiensten van 4 december 1992;
- de wet van 11 april 1994 met betrekking tot de openbaarheid van bestuur;
- de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

Voor iedere dienst waarvoor er contacten met de sociaal verzekerden zijn, gelden de bepalingen van het Handvest van de sociaal verzekerde en moeten de verbintenissen nageleefd worden.

De in deze bestuursovereenkomst vervatte verbintenissen doen geen afbreuk aan de verplichting van de instelling om op een efficiënte manier de andere wettelijke opdrachten uit te voeren waarvoor geen specifieke doelstelling wordt bepaald.

BIJLAGE : De beheersbegroting**Opdeling van de beheerskredieten**

Begrotingsartikel	Benaming
PERSONEELSKREDIETEN	
8111	Directe bezoldigingen van het personeel
8112	Sociale werkgeversbijdragen
8113	Sociale vergoedingen
8114	Werkgeversbijdragen voor het Fonds voor vakbondspremies
WERKINGSKREDIETEN	
Gewone werkingsuitgaven	
8129	Sociale dienst van het personeel
8135	Bezoldigingen aan personen administratief verbonden aan de instelling
8124	Diverse vergoedingen die werkelijke lasten dekken
8125	Beroepsopleiding van het personeel
8126	Representatie-, reis- en vervoerkosten
8127	Betwiste zaken (niet-limitatief)
8128	Honoraria andere dan voor betwiste zaken
8121	Kosten voor lokalen, materieel, machines en meubilair, rollend materiaal en benodigdheden
8122	Uitgaven voor energiegebruik
8123	Kantoor-, publicatie- en publiciteitskosten
8225	Gewone financiële kosten
8132	Ontheffing, afstand, nietigverklaring en waardeverminderingen van schuldvorderingen andere dan sociale prestaties
8211	Intresten op opgenomen leningen
8219	Diverse interesten en financiële lasten
8224	Gerealiseerde minderwaarden op beleggingen
8131	Belastingen op goederen en diensten
8823	Financiële toegestane leningen en voorschotten
8811	Uitbetaalde garanties en borgtochten
8911	Aflossingen van opgenomen leningen uitgegeven op de markt en bij derden

8929	Terugbetalingen van ontvangen garanties en borgtochten
Werkingsuitgaven voor informatica	
8142	Informaticakosten met betrekking tot andere derden
8141	Informaticakosten met betrekking tot Smals
INVESTERINGSKREDIETEN	
Investeringskosten informatica	
8732	Informaticamaterieel
Roerende investeringen (niet informatica)	
8731	Meubelen en materieel
8721	Installaties, machines en uitrusting
8733	Rollend materieel
8734	Diverse andere materiële vastleggingen
Onroerende investeringen	
8711	Terrein
8712	Gebouwen
8721	Installaties, machines en uitrusting
8742	Vernieuwing en uitbreiding

Lijst van de afkortingen

AG	Adviserend geneesheer
AZV	Anoniem ziekenhuisverblijf
BSF	Bijzonder solidariteitsfonds
CDZ	Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen
CGD	College van geneesheren-directeurs
CTG	Commissie voor tegemoetkoming geneesmiddelen
CTIIMH	Commissie voor de tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging
DOSZ	Dienst voor overzeese sociale zekerheid
FMO	Fond voor Medische ongevallen
GC-GRI	Gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
GRI	Geneeskundige raad voor invaliditeit
GVU	Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
HKZIV	Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering
IMA	Intermutualistisch agentschap
INSZ	Identificatienummer sociale zekerheid
KCE	Federaal Kenniscentrum
KSZ	Kruispuntbank van de sociale zekerheid
LCM	Landsbond der christelijke mutualiteiten
LLM	Landsbond van liberale mutualiteiten
LNZ	Landsbond van de neutrale ziekenfondsen
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
LOZ	Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen
MAF	Maximumfactuur
MKG	Minimale klinische gegevens
SMALS	Maatschappij voor mechanografie voor de toepassing van de sociale wetten
NIC	Nationaal intermutualistisch college
NIS	Nationaal instituut voor de statistiek
NMBS	Nationale maatschappij der Belgische spoorwegen
NVSM	Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSVZ	Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen
RSZ	Rijksdienst voor sociale zekerheid
RSZPPO	Rijksdienst voor sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten
RVP	Rijksdienst voor pensioenen
SELOR	Selectiebureau van de federale overheid
VI	Verzekeringsinstelling
VVVL	Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Verantwoordelijke uitgever
J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie
Moderniseringscel RIZIV

Uitgiftedatum
Maart 2016

Wettelijk depot
D/2016/0401/6



Contrat d'administration

2016-2018

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



Table des matières

Dispositions préliminaires _____	5
<u>TITRE I: Définitions</u> _____	9
Article 1. Définitions _____	9
<u>TITRE II: Missions et tâches</u> _____	11
Article 2. Missions et tâches _____	11
Article 3. Les missions opérationnelles _____	13
Article 4. Les missions de support _____	15
Article 5. Les missions de conseil _____	15
<u>TITRE III: La mission, les défis, la stratégie et les grands axes</u> _____	16
Article 6. L'INAMI : une organisation chargée d'une mission _____	16
Article 7. Construire l'avenir sur les fondements des 50 dernières années _____	16
Article 8. Développements externes, tendances et défis _____	18
Article 9. Carte stratégique de l'INAMI _____	20
Article 10. Réalisation des objectifs stratégiques via les projets du 5 ^{ème} Contrat d'administration _____	23
<u>TITRE IV: L'INAMI garantit à chaque citoyen l'accès à une assurance soins de santé et indemnité sûre et efficace: ACCESSIBILITE</u> _____	30
Article 11. Évaluation, précision et adaptation de la réglementation en vue de la poursuite des initiatives visant une meilleure accessibilité aux soins pour les groupes de population vulnérables. _____	30
Article 12. La réforme des interventions personnelles _____	34
Article 13. L'intégration des personnes détenues et des internés dans l'assurance-maladie obligatoire. _____	36
Article 14. Réforme des implants : évaluation de la procédure de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. _____	38
Article 15. Actualisation du principe d'incapacité de travail et harmonisation de la réglementation des indemnités. _____	40
<u>TITRE V: L'INAMI comme catalyseur d'une assurance soins de santé et indemnité axée sur l'avenir: REFORME & INNOVATION</u> _____	43
Article 16. Opérationnalisation des soins intégrés aux malades chroniques. _____	43
Article 17. Collaborer à la réforme du financement des hôpitaux (modules de travail). _____	49
Article 18. Poursuite du développement des connaissances relatives à l'incapacité de travail et la collaboration au développement d'une politique evidence-based. _____	51
Article 19. La réinsertion professionnelle : Le suivi du Plan Back to work & Développement d'une vision en matière de Disability management et proposition d'outils aux stakeholders. _____	54
Article 20. Optimiser la gestion financière des soins de santé : vision pluriannuelle - projets « article 56 » – gestion des conventions internationales. _____	57
Article 21. Modernisation de la nomenclature. _____	59
Article 22. Exécution du Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique. _____	60
Article 23 Développement d'une collaboration avec des autorités de remboursement dans d'autres États membres, en matière de médicaments. _____	62
Article 24. Enrichissement du datawarehouse Soins de santé, Assurabilité et Invalidité. _____	64
Article 25. Collaboration de l'INAMI à l'exécution de la réforme institutionnelle. _____	66
<u>TITRE VI: L'INAMI est axé vers l'utilisation optimale des moyens: UTILISATION OPTIMALE DES MOYENS</u> _____	68
Article 26. L'application informatique intégrée IDES: invalidité et autres processus indemnités. _____	68
Article 27. Soutenir et suivre l'implémentation de MyCarenet. _____	69
Article 28. Développement de l'application MyINAMI et gestion des regroupements de dispensateurs de soins. _____	71

Article 29. Gestion de projet pour le développement de VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System), l'application du schéma de médication électronique lors du traitement médicamenteux de patients.	75
Article 30. Poursuite des initiatives en matière de simplification administrative : TARDIS & Qermid 2.	78
Article 31. Exécution de la réforme au sein du SECM.	81
Article 32. eDos – La gestion informatisée des dossiers au sein du SECM.	84
Artikel 33. La fraude sociale : croisements de données et lutte contre la fraude sociale.	86
Article 34. Responsabilisation financière des organismes assureurs.	88
Article 35. Ancrage structurel de la lutte contre le gaspillage – création d'une Cellule Soins efficaces.	91
Article 36. EFFICIENCE - LEAN - MISSIONS-CLES	93
Article 37. Masterplan Bâtiments.	95
Article 38. CASCADA – Implémentation d'un dossier électronique global pour le Service du contrôle administratif.	97
Article 39. Implémentation EMAS.	99
<u>TITRE VII: Suivi des missions continues qui découlent des Contrats d'administration précédents</u>	101
Article 40. Suivi des missions continues	101
<u>TITRE VIII: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs</u>	103
Article 41. Tableaux de bord	103
<u>TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties</u>	104
Article 42 - Cadre juridique du contrat	104
Article 43, 44 & 45 - Principes de gestion	104
Article 46 - Sollicitation d'avis, concertation préalable et information par l'État fédéral	105
Article 47, 48 & 49 - Engagements concernant les modifications du contrat	105
Article 50 - Engagements concernant la communication des décisions prises lors d'un conclave budgétaire	106
Article 51, 52, 53 & 54 - Engagements concernant le suivi de la réalisation du contrat	106
Article 55 & 56 - Engagements dans le cadre de l'évaluation de la réalisation du contrat	107
Article 57 - Engagements concernant les normes de sécurité	107
Article 58 - Engagements de l'Etat concernant le financement	108
Article 59 - Engagements concernant l'établissement du budget des missions	108
Article 60 - Transferts des compétences	108
<u>TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS</u>	109
Article 61 - Engagements concernant la politique du personnel (HRM)	109
Article 62 - Engagements concernant la gestion informatique	112
Article 63 - Engagements concernant la gestion logistique	114
Article 64 - Engagements en matière d'audit interne	116
Article 65 - Engagements concernant l'ouverture de synergies à d'autres partenaires (réseau secondaire)	116
Article 66 - Engagements concernant l'adaptation de l'organisation administrative de la sécurité sociale	117
Article 67 - Engagement en matière de rapportage commun	117
Article 68 - Développer ou utiliser des services dans le cadre des synergies	117
<u>TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable</u>	118
Article 69, 70, 71 & 72 - Le budget de gestion	118
Article 73 & 74 - Les avis du Commissaire du Gouvernement du Budget concernant le budget, la comptabilité, le personnel, l'ICT...	119
Article 75 - L'adaptation du budget de gestion à la suite de remaniement entre articles budgétaires	119
Article 76 - Adaptation du Budget de gestion suite aux modifications de circonstances	120
Article 77 - La diminution ou la non-adaptation du budget de gestion à la suite d'une nouvelle mission ou sans nouvelle mission	120
Article 78 - L'augmentation du budget de gestion de l'année en cours à la suite de l'octroi de recettes de gestion propres	121

Article 79 - L'augmentation du budget de gestion à la suite du transfert de crédits de l'exercice budgétaire précédent _____	122
Article 80 - L'adaptation du budget de gestion à la suite d'une modification des cotisations sociales _____	122
Article 81 - L'augmentation du budget de gestion à la suite des paiements d'arriérés de primes de compétences _____	123
Article 82 - Budget de gestion pour les exercices 2016, 2017 et 2018 _____	123
Article 83 - Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire _____	124
Article 84 & 85 - Révision annuelle _____	124
Article 86 - Opérations immobilières _____	125
Article 87 - Comptabilité générale et analytique _____	125
Article 88 & 89 - Transmission des états périodiques _____	125
<u>TITRE XII: Participation aux projets transversaux</u> _____	127
<u>TITRE XIII: Dispositions finales</u> _____	128
<u>ANNEXE : Le budget de gestion</u> _____	129
<u>Liste des abréviations</u> _____	131

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

Dispositions préliminaires

Considérant:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

et

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

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

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

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

- l'Etat belge, représenté par

Maggie De Block

Ministre de la Santé publique
et des Affaires sociales

Steven Vandeput

Ministre de la Fonction publique

Sophie Wilmès

Ministre du Budget

et

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

Yolande Avontroodt

Présidente du Comité général
de gestion

Johan De Cock
Administrateur général

Benoît Collin
Administrateur général adjoint

Les représentants délégués par le Comité général de gestion:

Marie-Noëlle Vanderhoven

Estelle Ceulemans

Anne Leonard

Ivo Van Damme

Patrick Verertbruggen

Jean Hermesse

TITRE I: Définitions

Article 1. Définitions

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

1. « Institut »: l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité, visé à l'article 10 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.
2. « Comité général de gestion »: le comité général de gestion visé à l'article 11 de la loi coordonnée susmentionnée.
3. « Conseil général »: le conseil général de l'assurance soins de santé visé à l'article 15 de la loi coordonnée susmentionnée.
4. « Comité de l'Assurance »: le comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 22 de la loi coordonnée susmentionnée.
5. « Fonds spécial de Solidarité »: le fonds créé au sein du Service des soins de santé de l'Institut par l'article 25 de la loi coordonnée susmentionnée.
6. "FAM" : le Fonds des accidents médicaux, créé en tant qu'organisme d'intérêt public (OIP) de la catégorie B en vertu de l'article 6 de la loi du 31 mars 2010.
7. « Comité de gestion pour les ouvriers mineurs »: le comité de gestion visé à l'article 78bis de la loi coordonnée susmentionnée.
8. « Comité de gestion du Service des indemnités »: le comité de gestion visé à l'article 79 de la loi coordonnée susmentionnée.
9. « Comité du Service d'évaluation et du contrôle médicaux »: le comité visé à l'article 140 de la loi coordonnée susmentionnée.
10. « Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants »: le comité de gestion visé à l'article 39, § 1er, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants.

11. « Organismes assureurs »: les unions nationales, visées à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la loi coordonnée susmentionnée, et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges, visée à l'article 6 de la loi coordonnée susmentionnée.
12. « Centre fédéral d'expertise des soins de santé »: le parastatal créé par l'art. 259 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
13. « Agence intermutualiste »: l'association sans but lucratif fondée en octobre 2002 et regroupant les sept organismes assureurs tels que visés ci-dessus au point 11. Les objectifs et missions de cette association sont décrits dans la loi-programme du 24 décembre 2002.
14. « Tableaux de bord »: les tableaux de bord tels que visés à l'article 10, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.
15. « Feuille de route e-Santé 2013-2018 »: le plan d'action e-Santé 2013-2018 établi lors de la session de clôture de la conférence-table ronde sur l'informatisation des soins de santé du 20 décembre 2012, approuvé par la conférence interministérielle sur la santé, repris par le protocole d'accord du 29 avril 2013 et actualisé en version 2.0. lors de la nouvelle session de clôture de la conférence-table ronde de septembre 2015.

TITRE II: Missions et tâches

Article 2. Missions et tâches

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

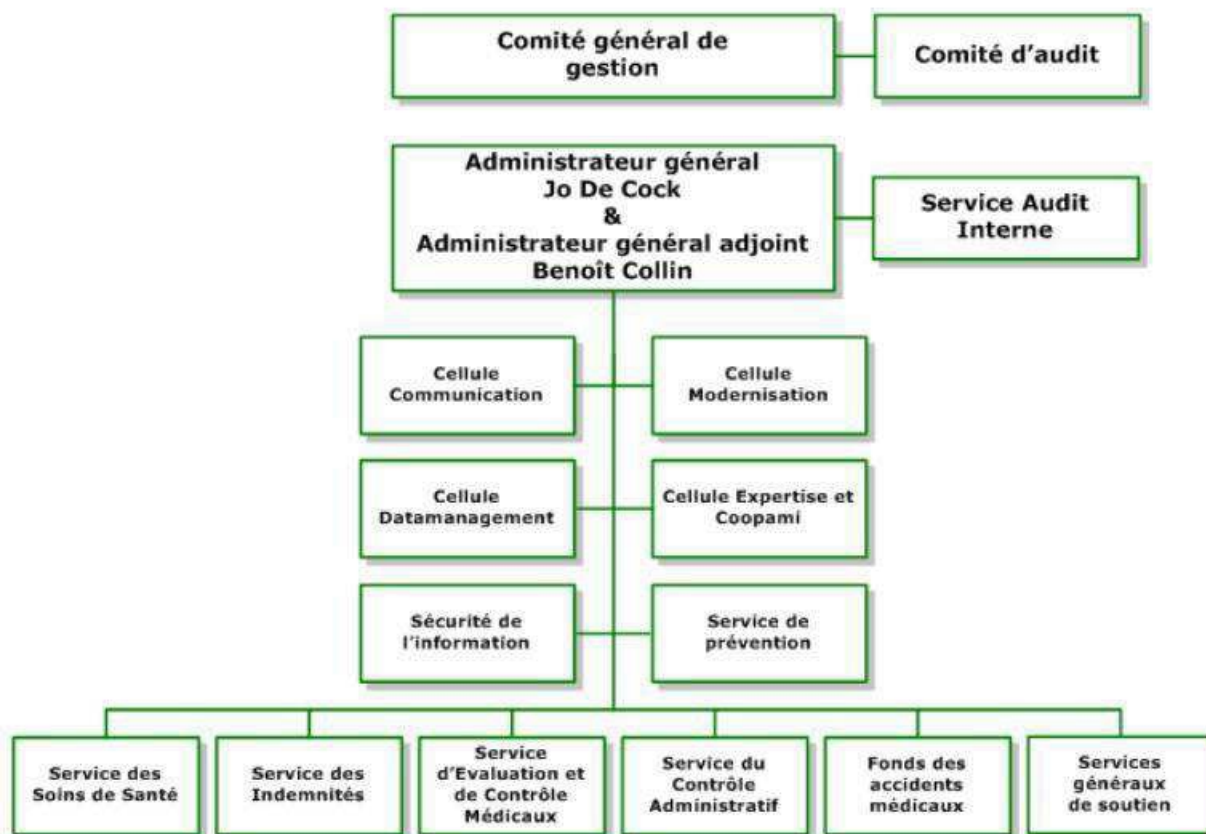
Dans ce cadre, l'Institut est appelé à:

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

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

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

Voici la structure organisationnelle administrative de l'Institut:



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

Le Contrat d'administration de l'INAMI est utilisé comme un instrument d'innovation. Par conséquent, les engagements portent principalement sur le développement, la réforme ou l'informatisation de nouvelles missions et de nouveaux processus dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Ce souci d'innovation ne doit pas nous faire perdre 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 sur le 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 concentré sur ses missions et processus continus, en s'efforçant de mieux les cerner. Ceci au travers de l'inventaire et de la consolidation dans un

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

Article 3. Les missions opérationnelles

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

Récupérer: l'Institut procède au recouvrement de certaines prestations servies indûment (y compris les dépassements d'enveloppes, la fraude sociale, etc.) ainsi qu'au recouvrement de cotisations dues mais non perçues. Il s'agit également de récupérations dans le 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, ainsi que des contrôles plus spécifiques dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins ;
- de la lutte contre la fraude sociale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

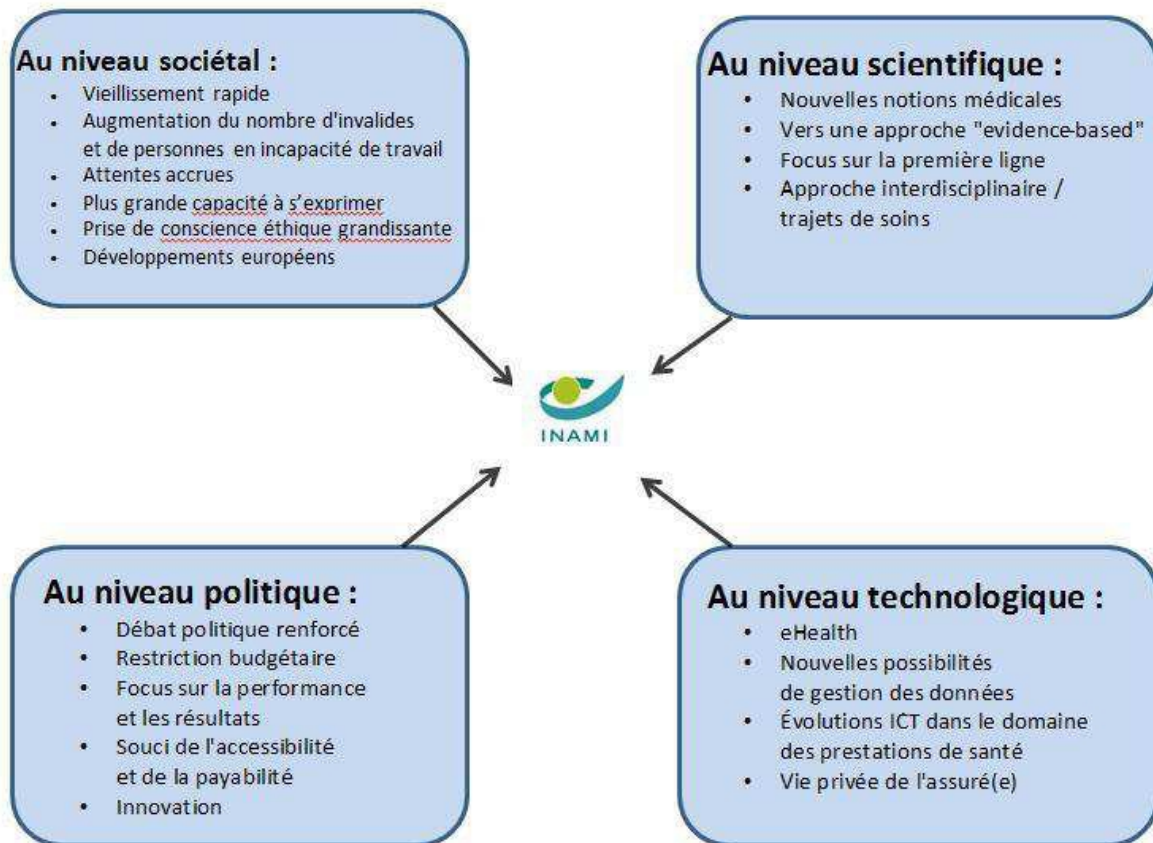
1. D'une assurance frais médicaux à un levier pour une bonne santé
2. Protection sociale universelle fondée sur un paquet de soins adaptés et largement accessibles
3. Réduction des inégalités
4. Modernisation de la concertation
5. Changement de paradigme sur le plan de l'incapacité de travail
6. De la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

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

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

Article 8. Développements externes, tendances et défis

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



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

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

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

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

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

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

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

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

- la reconnaissance de la solidarité des acteurs autour d'une même mission sociale et des valeurs qui en constituent la base ;
- le besoin d'une architecture institutionnelle claire et transparente au niveau de l'ASSI et de la politique des soins de santé en général ;
- le besoin d'une définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs, en prêtant une attention particulière aux rôles et responsabilités en matière de transmission d'informations et de communication ;
- le besoin de s'axer sur une collaboration positive et ouverte et de chercher en permanence des synergies dans des cadres d'accords acceptés ;
- le besoin d'une responsabilité pour ce qui est des accords, objectifs, résultats convenus

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

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

Article 9. Carte stratégique de l'INAMI

Introduction

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

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

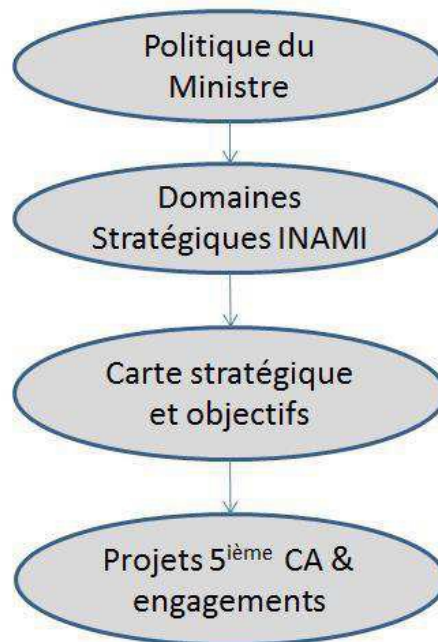
et ce, bien entendu, tenant compte des balises pour l'avenir ainsi que des priorités formulées par le gouvernement.

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

- 1) assurer la disponibilité maximale de l'expertise, l'accès aux **données** utiles et disposer d'un système informatisé de qualité destiné à la gestion de données (e-Health),
- 2) **collaborer** de manière performante et se concerter avec les OA tout en ayant une vision intégrée de l'efficacité et de l'emploi des flux d'informations modernes,
- 3) **l'INAMI en tant que plaque tournante** pour les acteurs en plus d'être co-gestionnaire et acteur visant l'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).

Le plan stratégique de l'INAMI

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



1. Les domaines stratégiques :

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

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

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

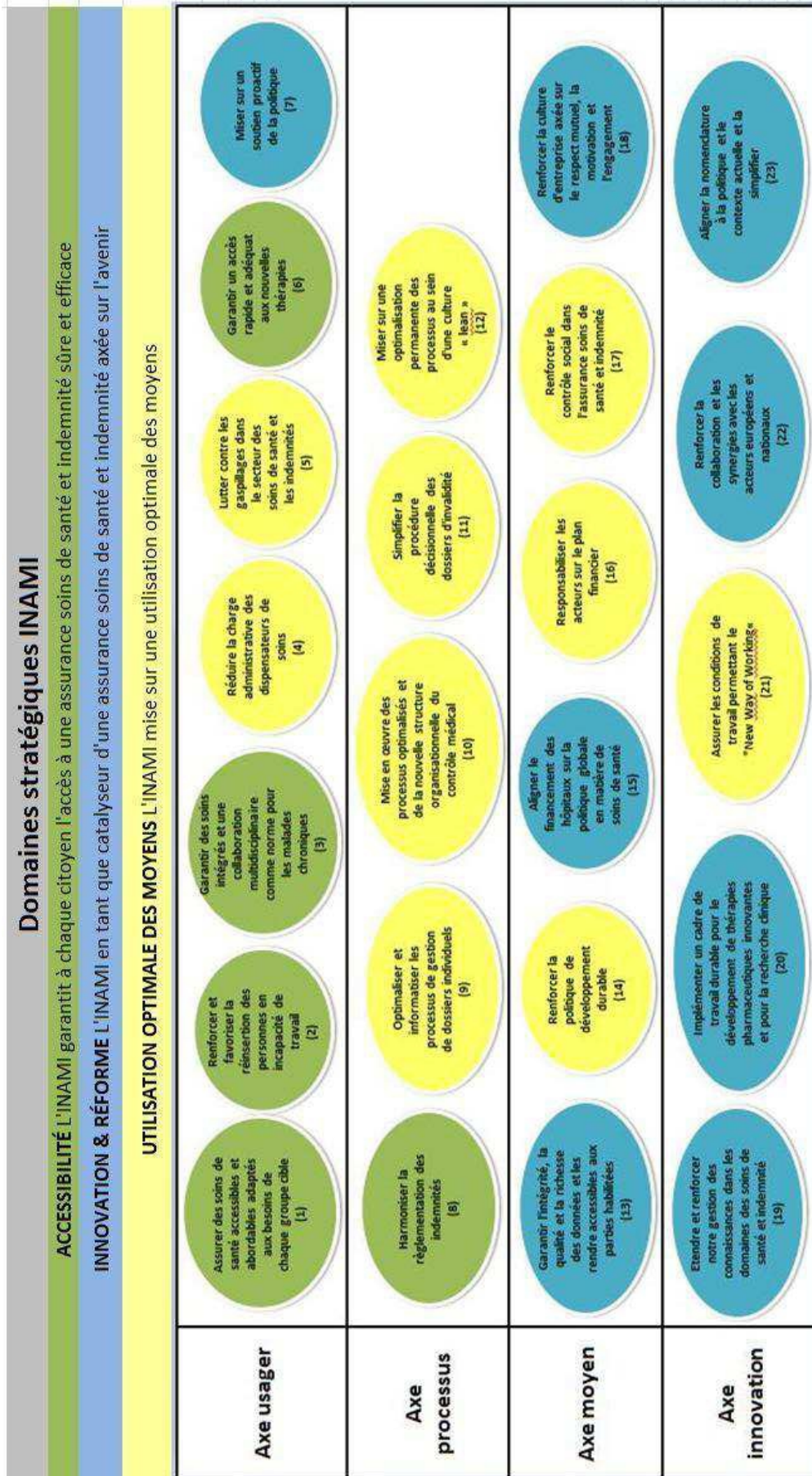
2. Les axes stratégiques :

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

- L'orientation clients où la prestation de services occupe une place centrale tant pour l'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 :



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

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

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

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

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

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

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

Perspective du client

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Réduire la charge administrative des dispensateurs de soins

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

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

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

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

6) Garantir un accès rapide et adéquat aux nouvelles thérapies

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

7) Miser sur un soutien proactif de la politique

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

Perspective du processus

8) Harmoniser la réglementation des indemnités

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

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

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

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

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

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

11) Simplifier la procédure décisionnelle des dossiers d'invalidité

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

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

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

Perspective des moyens

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

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

14) Renforcer la politique de développement durable

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

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

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

16) Responsabiliser les acteurs sur le plan financier

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

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

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

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

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

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

Perspective de l'innovation

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

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

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

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

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

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

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

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

L'accord de gouvernement prête une attention particulière à une harmonisation entre les institutions scientifiques fédérales en matière de santé publique ainsi qu'aux rapports que ces institutions fédérales entretiennent avec les institutions scientifiques à d'autres niveaux de compétence.

L'objectif est d'aboutir à d'avantage de cohérence stratégique et de la gestion au sein d'un réseau intégré d'administrations en charge des soins de santé, comme par exemple entre l'INAMI, le SPF SPSCAE (DGSS) et la plate-forme eHealth, et, dans une phase ultérieure, également avec l'AFMPS, le KCE, l'OCM, la CAAMI et l'ISP.

L'INAMI s'engage à participer activement aux travaux qui seront entamés pour le trajet santé défini dans la note du Conseil des ministres du 03/07/2015 concernant le redesign des autorités publiques fédérales et à transmettre toutes les informations nécessaires demandées lors de la phase préparatoire de l'exercice.

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

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

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

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

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

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

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

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

Intitulé

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

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

Cadre

Réglementer, informer, contrôler

Axes

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

Contexte

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

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

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

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

Pour le premier volet du présent projet, l'INAMI s'engage à :

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

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

La deuxième partie de cet article concerne le statut de l'affection chronique.

Sur ce sujet, l'INAMI prend l'engagement d'évaluer le statut de l'affection chronique, entré en vigueur le 1er janvier 2013.

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

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

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

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

Afin de déterminer le revenu du ménage, un échange de données entre l'OA, l'INAMI (SCA) et le SPF Finances a été mis en place. Les revenus sont demandés auprès du SPF Finances. L'INAMI (le SCA) les totalisent et les associent ensuite à une catégorie de revenus.

Afin d'additionner les revenus de manière correcte, le Service a besoin, d'une part, des données de revenus complètes et correctes et, d'autre part, d'un ménage composé conformément aux règles du MAF (vu que le maximum à facturer est basé sur les données de revenus du ménage).

Le SCA contrôle la composition de tous les ménages pour lesquels les mutualités demandent un plafond MAF. Ce contrôle consiste à comparer la composition du ménage telle que transmise par l'organisme assureur avec les informations reprises au Registre national. Cela se fait sur la base du flux BCSS H140. La mutualité doit corriger les compositions de ménage incorrectes. En 2014, le SCA a contrôlé 1.457.018 compositions de ménage.

La nécessité d'investir des moyens dans le processus du maximum à facturer dans les années à suivre est due à la suppression du flux BCSS H140 qui est à la base du contrôle des compositions de ménage. Le remplacement du H140 par le SOA Service Family suscite le besoin de repenser le processus nécessaire pour effectuer un contrôle correct et pour octroyer les droits.

Vu que le maximum à facturer est basé sur les données de revenus et sur la fixation du montant du plafond, l'échange de données concernant les revenus fiscaux est bien entendu déterminant. C'est grâce à cette information que le maximum à facturer pourra finalement être octroyé. Pour ce faire, une adaptation est requise au niveau de l'échange de données avec le SPF Finances afin de ne plus utiliser à l'avenir la banque de données actuelle, ni celle soutenue aux Finances, mais bien la banque de données TAXI AS.

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

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

Actions-engagements

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

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

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

Volet 2: Évaluation du statut affection chronique

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

Volet 3 : Évaluation du tiers payant social obligatoire

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

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

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

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

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

Article 12. La réforme des interventions personnelles

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

Intitulé

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

Cadre

Réglementer, contrôler, informer.

Axes principaux

- Optimiser la détermination du ticket modérateur.

Contexte

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

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

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

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

- pour les kinésithérapeutes : “La Commission de conventions va effectuer une étude ayant comme but une harmonisation des quotes-parts personnelles dans les limites budgétaires disponibles. Le résultat de cette étude doit être effectué dans un cadre budgétairement neutre” ;
- pour les logopèdes : “Programme de réforme de la logopédie monodisciplinaire en assurance soins de santé obligatoire avec e. a. la suppression de l’intervention AMI pour les séances de traitement au-dessus du percentile 75 sur base de la consommation actuelle par patient et par trouble et/ou en tenant compte de l’évidence basée sur les guidelines en vigueur. Ces projets doivent être réalisés dans un cadre budgétaire neutre, à savoir dans l’objectif budgétaire global. La quote-part personnelle totale sur les séances de traitement sera égale à la totalité des tickets modérateurs actuels jusqu’au P75, MÀF inclus. Un groupe de travail détermine les modalités de l’attribution de la quote-part personnelle” ;
- praticiens de l’art dentaire : “La CNDM élaborera dans le courant de l’année 2015 les modalités pour instaurer en 2016 un trajet de soins buccaux, de manière progressive ou non, soutenu par un dossier dentaire, qui évoluera vers un dossier dentaire informatisé. Dans le cadre de ce trajet de soins buccaux, il est prévu une différenciation du remboursement, d’une part via l’instauration d’un meilleur remboursement des prestations prioritaires chez les personnes qui suivent le trajet de soins buccaux et, d’autre part, via un remboursement diminué pour les prestations qui pourraient être évitées si le trajet était suivi. La différenciation des tickets modérateurs ira de pair avec l’instauration de montants de tickets modérateurs fixes, où le niveau est fixé en fonction de la nature des soins dentaires et de leur caractère préventif. Ces montants fixes évolueront sur la base d’un mécanisme de cliquet. Cette opération doit être neutre sur le plan budgétaire”.

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

- Collaboration des différents partenaires ainsi que leurs attentes.

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

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

Intitulé

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

Cadre

Réglementer, conseiller, informer.

Axes

- Optimiser les soins de santé.

Contexte

Actuellement, les soins de santé des personnes détenues et des internés sont sous la responsabilité financière du Service Public Fédéral (SPF) Justice, tant en ce qui concerne la prise en charge du coût des soins de santé que de l'organisation de ceux-ci.

Le SPF Justice prend à sa charge le coût des frais médicaux des détenus et des internés sauf exceptions prévues par la réglementation de l'assurance soins de santé. Dans ces cas, l'INAMI prend en charge les coûts dans le cadre d'un budget fermé.

Divers prestataires de soins et de nombreuses instances ont dénoncé des dysfonctionnements, notamment la trop forte pression de travail, l'absence de moyens financiers, le manque de prestataires de soins qualifiés et des soins inadéquats pour les personnes internées et celles souffrant de problèmes de toxicomanie.

Au vue de ces constats, le livre blanc, rédigé en collaboration avec une centaine d'acteurs du secteur de la santé et du social, recommande d'intégrer les détenus et les internés dans l'assurance soins de santé obligatoire (en tenant compte de la situation spécifique de ces groupes cibles) afin d'offrir des soins

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

Il est techniquement possible, d'un point de vue légal, d'adapter les réglementations concernées de manière à permettre à tous les détenus et internés au sein des prisons, et même aux illégaux, d'avoir accès à l'assurance obligatoire soins de santé pour la durée de leur séjour en prison.

Toutefois, une étude scientifique préalable du Centre Fédéral d'Expertise, prévue pour la fin de l'année 2016, est indispensable pour :

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

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Organiser, attribuer.

Axes

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

Contexte

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

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

- La procédure de notification est entrée en production au 1er mai 2009. La publication de la liste des produits notifiés est dès lors possible. Seuls ces produits peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire. Les implants qui n'ont pas été notifiés, ne peuvent être imputés aux bénéficiaires. La liste des produits notifiés peut être intégrée dans la tarification électronique. Une mise à jour permanente de la liste est possible depuis mai 2009. Une application est également disponible, permettant aux entreprises qui commercialisent des implants sur le marché belge de s'enregistrer. Ces entreprises introduisent leurs données au moyen d'un formulaire électronique, ce qui leur permet également de tenir leurs données à jour.
- Le système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables (Qermid). Il s'agit de la mise à disposition d'un système en ligne (système d'enregistrement associé à la transmission des données cliniques) de demande de remboursement de certains implants et dispositifs médicaux invasifs remboursables. L'application a entre-temps été mise en production pour les secteurs suivants : défibrillateurs cardiaques (2010), pacemakers (2011), endoprothèses (2011) et tuteurs coronaires (2012).
- La création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs » (CRIDMI).

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

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

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

Aucun.

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

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

Intitulé

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

Cadre

Simplifier, réglementer

Axes

- Simplification administrative
- Approches innovantes

Contexte

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

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

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

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

La simplification règlementaire visera essentiellement les dispositions suivantes :

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

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

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

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue l'article 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet article stipule qu'un travailleur reconnu incapable de travailler peut reprendre une activité professionnelle autorisée par le médecin-conseil à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. Dans la pratique, il subsiste pas mal d'imprécisions quant à l'application de ce critère. Il convient également de se demander si cette possibilité de travail autorisé ne peut être étendue à un pourcentage d'incapacité de travail plus faible.

C'est pourquoi il faudrait, d'une part, réfléchir à la possibilité de prévoir une incapacité de travail "partielle" et, d'autre part, examiner la possibilité de fixer "différents" pourcentages d'incapacité de travail lorsque le travailleur exerce différentes professions à temps partiel et que, pour des raisons médicales, il doit mettre fin à l'une de ces activités à temps partiel.

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

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

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

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteur externe

- Collaboration avec le SPF Emploi, travail et concertation sociale

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

Article 16. Opérationnalisation des soins intégrés aux malades chroniques.

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

Intitulé

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

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

Cadre

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

Axes principaux

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

Contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfin, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure les projets de renouvellement des soins aux personnes âgées fragiles (dits projets Protocole 3) peuvent être intégrés au Plan « Soins intégrés aux malades chroniques ».

Ce volet concerne principalement un processus de réorganisation et de change management, tant au niveau de l'organisation de l'offre de soins qu'au niveau de la demande de soins.

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

- **au niveau de l'offre de prestations :**

- intégration de la 1^{ère} et de la 2^{ème} ligne ;
- intégration des soins de routine et des épisodes aigus ;
- intégration de l'aide et des soins ;
- intégration de structures existantes ;

et des différents projets existants ou des initiatives pour malades chroniques

- **au niveau du patient :**

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

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

- **au niveau de la population :**

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

- **au niveau politique :**

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

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

(1) La pleine contribution à l'exécution du Plan « Soins intégrés aux malades chroniques ». Cela implique notamment les aspects suivants :

- Un appel à des projets pilotes (lancement fin 2015) et le coaching et le suivi de ceux-ci (dans la période 2016-2021) ;
- Diverses recherches scientifiques ;
- Le soutien aux actions du plan concernant les programmes d'enseignement et de formation, les actions de promotion et prévention...

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

Un rapport annuel sur les points précités sera rédigé dans le cadre du 5^e Contrat d'administration (1^{re} action-engagement). Ce rapport contiendra également un point spécifique relatif au système de financement. Le système de financement concerne différents scénarios qui peuvent être utilisés dans la réforme des soins de santé.

Dans ce contexte, il y a de l'attention pour les approches tant du côté de l'offre que de la demande et également des comparaisons de ceux-ci avec la situation actuelle.

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

VOLET 2 : La poursuite du développement des trajets de soins

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

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

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

Cette année (2015), ce modèle de soins génériques est déjà en cours de préparation (en collaboration avec l'Observatoire des maladies chroniques, le groupe de travail Trajets de soins de la Commission nationale médico-mutualiste et le Conseil technique médical). Une note contenant des recommandations pour le modèle de soins génériques sera transmise à la cellule interadministrative pour les malades chroniques de la Conférence interministérielle Santé publique et au Comité d'accompagnement.

L'engagement pris par l'INAMI dans le cadre du 5^e Contrat d'administration consiste en la proposition d'une note contenant des recommandations pour le modèle de soins génériques (en 2016) à la Commission nationale médico-mutualiste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

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

VOLET 2 : La poursuite du développement des trajets de soins

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

VOLET 3 : Renouvellement des soins aux personnes âgées

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

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

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

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

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

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Conseiller, informer.

Axes

- Innover et/ou réformer les soins de santé.

- Maîtriser les dépenses SSI.

Contexte

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Informier, conseiller

Axes

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

Contexte

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

Une des missions de base du Service des indemnités de l'INAMI est donc de parfaire ses connaissances en matière d'incapacité de travail afin de soutenir les options stratégiques dans ce domaine.

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

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

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

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

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

directement impliqués, c'est-à-dire avec les membres du Comité de gestion et les membres du Comité d'accompagnement du Centre de connaissance.

Parallèlement à cela, l'INAMI intensifiera ses efforts en collaboration avec les mutualités afin de disposer de données fiables et de qualité sur l'incapacité de travail et l'invalidité.

Actions-engagements

1. Présentation au Comité de gestion du Service des indemnités, après concertation avec la cellule stratégique des affaires sociales, d'un programme annuel d'études sur l'incapacité de travail et présentation de ces études. Dates limites : 31/04/2016, 31/04/2017, 31/04/2018.
2. Réalisation d'un rapport thématique annuel avec des recommandations, à l'attention du Comité de Gestion des Indemnités (concertation préalable avec la cellule stratégique des affaires sociales), sur l'exploitation des données existantes du Service en matière d'incapacité de travail (si possible en collaboration avec l'IMA) sur les thèmes suivants :
 - invalidité : rapport portant sur les évolutions statistiques et les facteurs explicatifs ;
 - incapacité de travail primaire : rapport portant sur les évolutions statistiques et les facteurs explicatifs ;
 - réinsertion socioprofessionnelle, entre autres le suivi des patients après une reprise du travail spontanée (nombre de dossiers de reprise).Dates limites : 31/12/2017 ; 31/12/2018.
3. Réalisation d'un suivi/monitoring mensuel des données relatives aux dépenses en incapacité de travail primaire et invalidité à l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités. Date limite : à partir du 31/01/2016.
4. Poursuite de l'affinement des données de monitoring à l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités et ce, en fonction des données disponibles (cf. IDES) sur les demandes d'incapacité de travail, le nombre de certificats examinés avec convocation, le nombre d'entrées, de sorties d'incapacité de travail, le nombre d'autorisations de reprise du travail, etc. Date limite : à partir du 31/12/2016.
5. Au moins un Comité d'accompagnement par an sera entièrement consacré à la présentation d'études en cours (volet Études). Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
6. Au moins un Comité d'accompagnement par an sera consacré au transfert des connaissances découlant des contacts (inter)nationaux (volet Travail en réseau). Dates limites : 31/12/2016, 31/12/2017, 31/12/2018.
7. Lancer une recherche scientifique sur les effets positifs du travail sur la santé des travailleurs. Date limite: 31/12/2017.

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Conseiller, régler, innover.

Axes

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

Contexte

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

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

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

des médecins-conseils. Ceux-ci ne sont bien entendu pas les seuls acteurs dans cette démarche de réinsertion.

En effet, la réinsertion professionnelle est avant tout fondée sur la volonté de la personne en situation d'incapacité de travail. Et, son plan de réintégration est le fruit d'une collaboration multidisciplinaire entre les médecins, les employeurs, les assistants sociaux et les acteurs de terrains. Un soutien sera offert à toutes les parties prenantes du trajet de réinsertion via la formation en disability management dont il est question ci-dessous.

En interne, ce plan requerra une augmentation des ressources affectées à la politique de réinsertion socioprofessionnelle et la mise en œuvre de procédures permettant de gérer l'augmentation considérable du nombre de dossier que le nouveau plan va générer. En effet, le nombre de dossiers de réinsertion professionnelle à traiter par l'INAMI pourrait être multiplié par cinq.

Parallèlement à ces initiatives, le service des indemnités réalisera une évaluation annuelle des mesures déjà entreprises pour mesurer leur efficacité et prendre éventuellement des actions correctrices.

Pour augmenter les chances de succès du plan de réintégration, l'INAMI souhaite investir dans l'accompagnement des employeurs, des médecins, des assistants sociaux et autres acteurs de terrain dans leur démarche de maintien au travail des personnes atteintes d'un problème physique ou mental et de réorientation ou réhabilitation professionnelle des travailleurs en incapacité de travail.

En d'autres termes, le second volet de ce projet consiste à développer une vision du disability management, véritable facteur de succès du plan.

En effet, l'INAMI a conclu avec le NIDMAR le 11 juin 2014 (National Institute of Disability Management and Research) une convention de licence portant sur l'organisation d'une formation de disability manager. Cette formation composée de 25 modules vise à professionnaliser et standardiser l'accompagnement des bénéficiaires de l'assurance indemnités qui suivent des parcours d'insertion socioprofessionnelle. Elle délivre le titre de disability manager au terme d'un examen certificatif.

Le Service des indemnités souhaite, via une formation, offrir un soutien à tous les stakeholders concernés par le trajet de réinsertion.

La méthode de Disability Management (D.M.) vise le maintien du travail ou un retour rapide/approprié au travail de la personne en incapacité de travail, tenant compte :

- des besoins individuels de la personne ;
- des conditions de travail ;
- du cadre législatif.

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

Deux piliers peuvent être distingués :

- une approche systématique au niveau de l'entreprise ;
- des efforts coordonnés au niveau de la personne.

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

Actions-engagements

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

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

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

- Maîtrise des dépenses SSI.

Contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concrètement, l'INAMI propose tout d'abord :

- de préparer un cadre pour la Cellule stratégique permettant de prendre des décisions. L'INAMI rédigera une note à l'attention du Conseil général contenant des propositions visant à améliorer la transparence et à accélérer la clôture des comptes. La note sera prête d'ici la fin de 2016.
3. L'optimisation de la gestion financière des conventions internationales, tant pour les indemnités que pour les soins de santé. Concrètement, cela signifie qu'un audit du processus de gestion des recettes et des dépenses des conventions internationales sera effectué, pour peu que les moyens nécessaires soient disponibles et ce, en vue de rajuster le fonctionnement et le financement des conventions internationales.

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

Article 21. Modernisation de la nomenclature.

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

Intitulé

Modernisation et simplification approfondies de la nomenclature.

Cadre

Conseiller, informer.

Axes

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

Contexte

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

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

- Disposer des moyens nécessaires.

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

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

Intitulé

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

Cadre

Conseiller, informer.

Axes principaux

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

Contexte

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

Ainsi, la notion de durabilité englobe à la fois

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

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

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

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

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

Facteurs externes

- Disponibilité des moyens requis.

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

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

Intitulé

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

Cadre

Informer, conseiller.

Axes

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

Contexte

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

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

Horizon scanning :

Les autorités néerlandaises et belges reconnaissent l'importance de la disponibilité d'informations consolidées/validées concernant de nouveaux médicaments qui pourront être commercialisés à court et moyen termes. Ledit "Horizon scanning" rend cela possible.

L'instrument doit permettre, à un stade précoce, de faire des choix quant aux conditions de mise à disposition des médicaments aux patients.

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

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

Échange d'expertise HTA/Pakketbeoordelingen (NL) :

La Belgique et les Pays-Bas reconnaissent l'importance d'une participation active des "payers" aux discussions concernant les Early Dialogues/Scientific Advice dans les différentes plateformes (EMA, SEED). La Belgique et les Pays-Bas reconnaissent la valeur d'une harmonisation préalable et, si possible, adopteront une position commune sur ces sujets. En vue de l'optimisation de l'investissement dans ces activités, une concertation structurelle sera organisée à brève échéance entre la Belgique (INAMI et KCE) et les Pays-Bas (Zorginstituut Nederland et Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Les Pays-Bas et la Belgique ont déjà investi en matière de Health technology Assessment mais aussi dans le partage de l'expertise existante et le développement de connaissances pertinentes. Les deux pays s'engagent à continuer leur progrès à cet égard.

Art. 81 Contrats (BE) Arrangements financiers (NL)

Les deux parties se déclarent favorables à une collaboration plus étroite en matière de négociations des prix. Une collaboration est possible sur deux niveaux : le partage structurel d'informations (stratégiques) avant, pendant et après les négociations avec les fournisseurs (pour autant que d'éventuels contrats avec des fournisseurs individuels le permettent dans des cas spécifiques) et la formulation commune concrète de conditions ainsi que des entretiens communs.

En ce qui concerne le partage des informations, celui-ci a déjà eu lieu de manière informelle. Il est reconnu que ce partage pourra, à brève échéance, se poursuivre de manière plus précise et plus intense. Cela concerne par exemple la collaboration plus concrète lors de négociations de contrats qui constituent un processus complexe.

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

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Informier, conseiller, contrôler.

Axes

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

Contexte

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

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

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

En effet, un système de données **intégré, optimisé et codé** constitue un véritable soutien à la décision dans le cadre de certaines politiques menées par l'INAMI (voir aussi d'autres projets du présent Contrat d'administration tels que : soins efficaces, plan Back to Work, financement des hôpitaux...).

Il permet également d'offrir une transparence plus accrue aux patients qui pourront avoir connaissance de l'évaluation des institutions de soins et des prestataires de soins en Belgique.

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

Les opportunités que crée ce projet sont très poussées :

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

Via les principes suivants :

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

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Libellé

Collaborer à la réforme institutionnelle.

Cadre

Organiser.

Lignes directrices

- Réformer les soins de santé.

Contexte

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Facteurs externes

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

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Octroyer

Axes

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

Contexte

Le projet IDES a débuté lors du Contrat d'administration 2013-2015. Le service des Indemnités souhaite poursuivre le projet au cours du Contrat d'administration 2016-2018. Il s'agit de poursuivre le développement d'une application informatique intégrée permettant de traiter de manière automatisée non seulement les dossiers individuels d'invalidité mais également tous les processus du service des Indemnités, la réinsertion socio-professionnelle, les conventions internationales. De plus, un volet Gestion de l'incapacité primaire de travail va être développé tout comme l'échange de flux électroniques entre les organismes assureurs et l'INAMI.

IDES est conçu pour être compatible avec les nouveaux organes décisionnels et les nouveaux processus de travail créés par la Réforme du Conseil médical de l'invalidité (article 16 du Contrat d'administration 2013 -2015). En effet, une réflexion sur la réforme des procédures décisionnelles, des processus et de l'organisation du domaine de l'invalidité a été menée par un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI et des organismes assureurs. Des propositions d'amélioration ont été formulées et implémentées.

IDES sera également en mesure d'absorber d'autres évolutions du domaine des indemnités, à savoir le changement de paradigme dans le secteur des indemnités (cfr plan Back to work). Depuis 2011, le service des indemnités, en collaboration avec d'autres acteurs de terrain, investit dans la création d'une véritable politique de réinsertion professionnelle. Un module pour gérer cet aspect est prévu dans IDES.

IDES est un projet de grande ampleur, qui a pour ambition de gérer une grande partie des processus du service indemnités. C'est pourquoi, il a été phasé pour tenir compte des ressources disponibles et des délais.

Une première phase concernant le dossier individuel d'invalidité y compris les échanges électroniques avec les organismes assureurs, l'aide de tierce personne et l'envoi d'un premier flux au 1^{er} jour du 7^{ème} mois d'incapacité de travail va entrer en production début 2017 (cfr. engagement du 4^{ème} CA). Cela a nécessité un travail profond d'analyse en interne pour conceptualiser les processus « To Be ». Les organismes assureurs ont approuvé les processus « To Be » pour la première phase d'IDES en date du 6 février 2015 (aboutissement du 4^{ème} contrat).

Pour la période du 5^{ème} contrat, l'INAMI s'engage à :

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

- La collaboration avec les organismes assureurs.

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

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

Intitulé

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

Cadre

Conseiller, réglementer.

Axes

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

Contexte

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

- Collaboration des secteurs.

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

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

Description

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

Cadre

Organisation, information, contrôle.

Axes

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

Contexte

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

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

Volet 1 : Développement de MyINAMI

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

Le volet 1 du présent projet vise les objectifs suivants :

1. L'extension qualitative et quantitative de l'application MyINAMI, permettant dans le futur :
 - l'échange de toutes les données des dispensateurs de soins, utiles à l'exploitation interne et externe, entre les dispensateurs de soins et l'INAMI à l'aide de l'application MyINAMI ;
 - cet échange est possible à l'aide d'une interface unique (en ce moment, les différents modules en ligne de l'INAMI n'ont souvent pas le même design) ;
 - la récolte en ligne de nouvelles données pertinentes pour l'INAMI et ses partenaires.
2. L'intégration de l'application MyINAMI dans le projet « guichet unique » (Cobrha+), que l'INAMI est en train de mettre en place avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et eHealth, ainsi que l'intégration d'un portail/une application en ligne pouvant être mis à disposition des dispensateurs de soins sur la plateforme eHealth.
3. Une interface automatisée reprenant les données gérées par le SPF Santé publique et les entités fédérées.

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

1. L'extension qualitative et quantitative de l'application MyINAMI. L'INAMI s'engage à prendre les devants et à adapter ses systèmes informatiques. La réception et le calendrier seront répartis comme suit :
 - La gestion en ligne des adresses de travail pour tous les dispensateurs de soins individuels avant la fin du 1^{er} semestre de 2016 ;
 - La gestion en ligne des données concernant le conventionnement des médecins (date limite pour les médecins : date de publication de l'accord médico-mutualiste suivant l'accord 2015 actuel) & données de conventionnement des praticiens de l'art dentaire (date limite pour les praticiens de l'art dentaire : date de publication de l'accord dento-mutualiste suivant l'accord 2015-2016 actuel) et la mise en place d'un flux de données adapté avec les OA afin qu'ils puissent intégrer correctement dans leurs fichiers ces données enregistrées en ligne.
 - La demande en ligne d'avantages sociaux pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire : pour ce faire, il est prévu de se concerter avec les partenaires externes (tous les dispensateurs de soins individuels) dans le courant de la période 2016-2017. En cas de consensus avec les partenaires externes, la mise en œuvre d'une réglementation adaptée en le développement d'un module en ligne de gestion des demandes d'avantages sociaux pourront débuter. La réception prévue du module aura lieu au plus tard 2 ans après le consensus avec les partenaires externes.
 - En ce qui concerne la gestion en ligne de l'accréditation des médecins, l'intégration de l'application web existante dans l'application MyINAMI est prévue en 2016.
 - Concernant la gestion de l'accréditation des praticiens de l'art dentaire, il est prévu de mettre en œuvre une réglementation pour fin 2016. Le développement des modules en ligne pour les praticiens de l'art dentaire se fera 2 ans après le consensus avec le secteur autour de la réglementation adaptée.
2. L'intégration de l'application MyINAMI dans le projet « guichet unique » (Cobrha+),² que l'INAMI est en train de mettre en place avec le SPF Santé publique, les entités fédérées et eHealth, ainsi que l'intégration d'un portail/une application en ligne pouvant être mis à disposition des dispensateurs de soins sur la plateforme eHealth. Le guichet unique sera accessible via la plateforme eHealth qui gère l'accès des utilisateurs. Il constituera le point d'accès des portails web existants ou en voie de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puis, durant la 2^e année, 2017 :

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

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

Liste des actions-engagements

Volet 1 - suite du développement de MyINAMI :

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

Volet 2 – Regroupement de dispensateurs de soins :

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Description

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

Cadre

Octroi, information, organisation.

Axes

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

Contexte

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

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

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

Les bénéficiaires principaux seront :

- Les médecins/spécialistes (mais également les praticiens de l'art dentaire/les sages-femmes lors de l'extension du système) : les prescriptions classiques seront remplacées par le schéma de médication dans lequel le médecin gèrera le traitement médicamenteux du patient. Ce système permet de suivre la fidélité thérapeutique du patient (grâce à une vue intégrée des médicaments délivrés), il informe le médecin de l'existence d'autres traitements (par ex. après une hospitalisation, les médicaments délivrés en vente libre, etc.) et il facilite la communication et la concertation avec les autres secteurs, ainsi qu'avec le patient même. VIDIS permet au médecin/spécialiste de se défaire de son rôle de « producteur de prescriptions » et de se concentrer sur l'évaluation du traitement du patient en collaboration avec le patient.
- Les pharmaciens : le schéma de médication est le point de départ pour la délivrance de médicaments et forme la base de la préparation de médication individuelle. Ce système permet d'informer de conseiller et d'accompagner plus facilement le patient, de suivre la fidélité thérapeutique ainsi que le bon usage des médicaments et de soutenir la communication et la concertation (medication review et concertation médico-pharmaceutique) avec les autres acteurs.
- Les centres d'hébergement et de soins, les maisons de repos et de soins (MRPA/MRS) : le système constitue la base de l'administration correcte des médicaments, du medication review et de la concertation médico-pharmaceutique.

- Le personnel soignant : le schéma de médication fournit un input immédiat pour pouvoir administrer les médicaments correctement. Le système permet de donner du feed-back aux autres acteurs.
- Les hôpitaux : le système fournit des informations concernant la médication au moment de l'hospitalisation (et soutient la réconciliation médicamenteuse avec le formulaire hospitalier) et informe les autres secteurs au sujet de la médication à la sortie d'hôpital.
- Les patients : la qualité des soins est améliorée, le système facilite le bon usage de médicaments, permet au patient et à ses représentants (aidants proches, membres de la famille, etc.) de disposer à tout moment d'un schéma d'administration correct et leur permet de donner du feed-back.

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Attribuer, informer, organiser.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- 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 au service TARDIS, il est possible :

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

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

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

TARDIS présente de grands avantages à 2 niveaux :

- au niveau de l'informatisation des soins et de la simplification administrative dans le cadre du remboursement des médicaments, il permet de coupler l'enregistrement de données médicales structurées par un médecin avec une demande de remboursement à la mutualité du patient.
 - 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 crée des flux dans différentes directions sur la base d'un ensemble unique de données (une interopérabilité system-to-system (S2S) est prévue).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concrètement, le volet 2 implique notamment les aspects suivants :

- la migration des registres Qermid existants vers la collecte de données via la plateforme 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, pas uniquement liés aux implants), d'une part, pour l'informatisation intégrale de toutes les demandes de remboursement et, d'autre part, pour les nouveaux besoins qui apparaissent (cf. douleur, chirurgie de la colonne vertébrale).

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

Liste des actions-engagements

Volet 1 – Le service en ligne TARDIS :

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

Volet 2 – Qermid 2 dans HealthData :

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

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

Axes principaux

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

Contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Description

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

Cadre

Évaluation et contrôle, récupération, information.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.

- Gestion des dépenses SSI.

Contexte

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

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

Aucun.

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

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

Intitulé

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

Cadre

Contrôler, informer et conseiller.

Axes

- Contribuer à la maîtrise des dépenses SSI.

Contexte

Un programme spécifique en matière de fraude sociale est mené à l'INAMI depuis quelques années. Ce programme prioritaire s'inscrit dans le cadre des plans d'action du gouvernement et du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) pour lutter contre la fraude sociale. Dans la période couverte par le 4^e Contrat d'administration, plusieurs actions de croisements des données ont été entreprises.

En effet, l'INAMI a investi dans la détection des cumuls non autorisés des personnes en incapacité et invalidité de travail qui entament une activité non autorisée pour laquelle l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Le Service du contrôle administratif a utilisé la technique dite du « datamatching » ou croisement des données de la DMFA et des modèles PI et ITP. Ce dernier croisement de données (DMFA et dépenses en incapacité primaire) est une nouveauté du 4^{ème} contrat

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

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

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

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

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

Ce type de fraude permet aux assurés sociaux qui ne déclarent pas sciemment leur véritable situation familiale à l'autorité communale d'obtenir des avantages financiers illicites (indemnités d'incapacité de travail majorées, obtention du droit à l'intervention majorée).

Le service du contrôle des O.A. exploite les dossiers constitués par les services de police et transmis par les Auditeurs du travail. Le nombre de constatations adressées aux organismes assureurs, sur base des dossiers que le Service considère comme solides, est en constante augmentation (2013 : 95 ; 2014 : 157).

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

En application de l'article 136§1er L.C. et 294, §1er et 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les indemnités d'incapacité de travail sont accordées lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire national pour autant qu'il bénéficie de l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité auprès de laquelle il est affilié ou qu'il soit dispensé de demander cette autorisation en vertu de la loi belge, de la réglementation européenne ou des conventions internationales qui lient la Belgique à l'Etat de séjour, et qu'il remplisse les autres conditions d'octroi des indemnités d'incapacité de travail.

Le service du contrôle administratif est amené à traiter des dossiers où il est apparaît que l'assuré en incapacité de travail ne remplit pas la condition de territorialité des prestations. Des montants indus sont alors dégagés. Le service reçoit ces dossiers des Auditeurs du travail sur base de rapports établis par la Police des frontières.

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

Il existe un vaste réseau d'entreprise fictives dont les organisateurs vendent à des personnes sans droits des faux documents sociaux (faux contrats de travail, faux C4 ...). Ces personnes se constituent ainsi une assurabilité leur donnant droit aux prestations de santé et/ou aux indemnités d'incapacité de travail.

Le Service du contrôle des O.A. agit sur base des données fournies par l'ONSS.

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

Les contrôleurs sociaux du service du contrôle social mènent des enquêtes sur le terrain (constats de visu, auditions, recherches diverses d'informations ...) pour détecter et constater ces activités de travail au noir. Des procès-verbaux sont établis.

Les dossiers ainsi constitués sont examinés au siège des mutualités par les inspecteurs sociaux du contrôle des organismes assureurs afin de vérifier si ces derniers gèrent le dossier correctement, en application des dispositions légales et réglementaires. La procédure de récupération des indus dégagés est suivie par les inspecteurs sociaux.

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

Actions-engagements

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

Article 34. Responsabilisation financière des organismes assureurs.

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

Intitulé

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

Cadre

Contrôler, informer.

Axes

- Gestion des dépenses SSI.

Contexte

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

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

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

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

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

La nouvelle approche se présente comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

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

Actions - engagements :

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Informier, évaluer et sensibiliser.

Axes principaux

- Gestion des dépenses SSI.

Contexte

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

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

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

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

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

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

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

Au cours de la période couverte par le 5^e Contrat d'administration, l'INAMI créera donc une cellule qui se focalisera sur ces domaines prioritaires. Il s'agira d'une cellule interdépartementale chargée de promouvoir les soins efficaces qui, pour ce faire, développera également une approche spécifique.

Parallèlement, une plate-forme de collaboration (Task Force) verra également le jour, à laquelle pourront participer tous les acteurs de la santé, afin de détecter les gaspillages et de formuler des propositions visant à accroître l'efficacité, la qualité et la sécurité pour le patient.

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

Article 36. EFFICIENCE - LEAN - MISSIONS-CLES

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

Intitulé

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

Cadre

Organisation interne

Axes principaux

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

Contexte

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

Article 37. Masterplan Bâtiments.

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

Intitulé

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

Cadre

Organisation interne, innover.

Axes

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

Contexte

L'INAMI souhaite établir un « Masterplan Bâtiments INAMI » dans le cadre de l'utilisation rationnelle de ses bâtiments. Le Masterplan sera coordonné par une équipe de projet au sein du service Facility et une firme de consultance externe.

Pour ce projet, comme pour l'EMAS, l'INAMI montre encore sa volonté d'inscrire son organisation dans une perspective de développement durable.

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

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

Ainsi, l'objectif essentiel est d'offrir un environnement de travail agréable et axé sur les tâches aux collaborateurs de l'INAMI sur une superficie réduite de 30 %.

Trois éléments importants sont à l'origine de l'élaboration de ce Masterplan « bâtiments » : l'évolution de la politique du personnel, la numérisation des processus et les frais d'aménagement et d'entretien des bâtiments. C'est pourquoi ce projet transversal est soutenu par les Services RH, ICT et Facility Management.

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

La valeur ajoutée de ce projet est élevée et se décline en plusieurs axes :

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

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

La première phase du Masterplan vise à réaliser une étude comportant plusieurs volets :

- Une analyse globale de la situation actuelle.

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

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

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

Actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

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

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

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

Intitulé

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

Cadre

Contrôler, informer.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.

Contexte

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

Cascada comporte les éléments suivants :

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

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

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

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

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

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

Liste des actions-engagements

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

Effets attendus

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

Facteurs externes

Aucun.

Article 39. Implémentation EMAS.

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

Intitulé

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

Cadre

Informier, conseiller.

Axes

- Maîtriser les ressources internes.

Contexte

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

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

L'INAMI souhaite donc continuer les progrès réalisés en matière de développement durable dans le cadre des contrats d'administrations précédents.

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

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

L'enregistrement d'un bâtiment de l'INAMI à l'EMAS est prévu, en principe, pour 2018/2019.

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

Action-engagement

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

Effets attendus

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

Facteur externe

- Collaboration avec des partenaires externes.

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

Article 40. Suivi des missions continues

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

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

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

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

Article 41. Tableaux de bord

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

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

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

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

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

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

TITRE IX: Engagements généraux communs aux deux parties

Article 42 - Cadre juridique du contrat

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

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

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

Article 43, 44 & 45 - Principes de gestion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modification du contrat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concertation périodique organisée par l'Etat fédéral

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

Calendrier pour les missions de rapportage et de suivi

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

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

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

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

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

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

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

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

Respect des engagements repris dans le contrat d'administration

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

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

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

Article 57 - Engagements concernant les normes de sécurité

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

Article 58 - Engagements de l'Etat concernant le financement

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

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

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

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

Article 60 - Transferts des compétences

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

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

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

TITRE X: Engagements communs spécifiques et synergies entre IPSS

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

1. Moteur salarial

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

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

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

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

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

Chaque IPSS rapporte via ses Commissaires du Gouvernement.

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

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

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

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

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

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

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

4. Mesure du travail

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

Sont considérés comme prioritaires :

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

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

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

5. New Way of Working

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

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

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

6. Sélection & Recrutement

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

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

7. Formation & Développement

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

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

8. Diversité

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

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

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

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

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

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

9. Accompagnement sur le lieu de travail

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

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

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

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

10. Gestion des connaissances

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

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

11. Crescendo

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

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

Article 62 - Engagements concernant la gestion informatique

1. Virtualisation et G-Cloud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Gestion électronique de documents et gestion électronique du workflow

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

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

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

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

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

Article 63 - Engagements concernant la gestion logistique

§ 1er. Marchés publics

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

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

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

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

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

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

§ 2. Gestion immobilière / Shared Services en lien avec la logistique

Le cadastre existant du patrimoine immobilier de l'ensemble des IPSS sera tenu à jour. Chaque demande de location, d'achat, de vente et de profonde rénovation de bâtiments devra être préalablement soumise au Collège des IPSS. Le cadastre pourra être étendu à d'autres éléments tels que les EPC (performance énergétique des bâtiments) par exemple.

Les IPSS s'engagent, en cas de rénovations et de nouvelle implantation :

- à respecter au maximum les normes fixées par la Régie des Bâtiments,
- lors de l'aménagement de locaux, à prévoir la possibilité d'une configuration et de matériel adaptés permettant d'appliquer le concept NWOW.

Les IPSS listeront des conditions minimum concernant la gestion de bâtiments. Ces conditions seront reprises sous la forme d'une checklist.

Dans ce cadre, il est renvoyé aux politiques spécifiques du Gouvernement en matière de location de bâtiments.

Les IPSS établiront pour le 1er janvier 2017 un plan d'actions afin d'offrir une réponse aux recommandations qui ont été formulées dans l'audit de la Cour des comptes sur le parc immobilier des IPSS. A cet égard, il sera porté attention à une rationalisation plus poussée du parc immobilier en fonction de l'évolution du personnel, des normes de surface en vigueur et de l'application des principes de NWOW. Les effets au niveau du facility management y seront cartographiés et la possibilité d'une approche shared y sera explorée.

Un groupe de travail se réunira périodiquement pour échanger les meilleures pratiques et apporter des solutions d'amélioration. Un focus sera porté sur les domaines suivants:

- énergie (audit énergétique, performance énergétique, réglementation...)
- déchets
- EMAS
- FMIS (facilitair management information system)
- point de contact central
- assurances (audit)
- optimisation des ressources et des compétences techniques disponible au sein des IPSS
- gardiennage

Les IPSS tendent à implémenter l'e-invoicing (factures entrantes).

Les IPSS visent à implémenter une gestion respectueuse de l'environnement et à renforcer le rôle d'exemple de l'administration fédérale.

Les IPSS assurent une mobilité durable.

Article 64 - Engagements en matière d'audit interne

Article 64. En ce qui concerne la synergie en matière de mise en œuvre et de développement des fonctions d'audit interne et des comités d'audit dans leurs institutions, les IPSS s'engagent à poursuivre les objectifs communs suivants:

- d'ici la fin de la durée du contrat d'administration 2016-2018, un comité d'audit commun aura soumis le fonctionnement de tous les services internes d'audit au sein des IPSS à un examen ;
- après que les Comités de gestion en aient été informés, le rapport d'activités annuel et les recommandations communes du Comité d'audit commun sont communiqués au Ministre de tutelle par les Commissaires du Gouvernement,
- périodiquement, un plan d'audit et un rapport annuel seront communiqués par chaque institution au comité d'audit commun. En vue d'un rapport, des modèles seront élaborés au niveau du réseau Platina ;
- pendant la durée du contrat d'administration 2016-2018, de nouvelles initiatives seront prises sous la coordination du collège des IPSS en vue d'harmoniser le planning et les méthodes des fonctions d'audit interne avec les activités des autres acteurs de surveillance compétents pour les IPSS. En tout premier lieu sera mis en pratique le protocole de collaboration avec la Cour des comptes ;
- par année civile, au moins 4 réunions du réseau PLATINA seront organisées en vue d'assurer le développement commun, l'harmonisation et les échanges, entre les fonctions d'audit interne des IPSS, des connaissances et des bonnes pratiques aux niveaux conceptuel, méthodologique et organisationnel ;
- pour la fin du premier trimestre de chaque année, le réseau PLATINA établira, à l'intention du Collège des IPSS et de chacun des comités d'audit, un rapport comportant un aperçu des activités du réseau au cours de l'année civile précédente, les principales évolutions au niveau de l'audit interne au sein des différentes IPSS ainsi que les initiatives qui ont été prises en matière d'harmonisation et de collaboration avec les autres acteurs de surveillance dans les IPSS.

Article 65 - Engagements concernant l'ouverture de synergies à d'autres partenaires (réseau secondaire)

Article 65. Les IPSS souhaitent ouvrir les synergies à leurs partenaires du réseau secondaire afin de faire bénéficier ces réseaux secondaires de possibilités d'économies effectives qui pourront diminuer leurs coûts de fonctionnement en lien avec le niveau de financement de ceux-ci, afin de garantir la poursuite d'une gestion optimale de leurs missions.

Dans ce cadre, les IPSS proposent une concertation avec leur réseau secondaire pour mettre en commun les bonnes pratiques en matière de synergies et identifier les domaines dans lesquels elles pourraient se développer.

Un plan d'action commun ou un plan d'extension des synergies pourrait alors être mis en place tenant compte du statut propre des institutions des réseaux secondaires. Les IPSS informent les Ministres de Tutelle de l'avancée des discussions avec le réseau secondaire.

Article 66 - Engagements concernant l'adaptation de l'organisation administrative de la sécurité sociale

Article 66. Le Collège des IPSS et les partenaires sociaux seront étroitement associés aux discussions relatives à l'optimisation des pouvoirs publics fédéraux qui peuvent avoir un impact sur les IPSS.

L'Etat s'engage à associer les Collège des IPSS, les interlocuteurs sociaux et les institutions coopérantes impactées aux discussions relatives à l'optimisation de l'Autorité fédérale qui peuvent avoir un impact sur les IPSS. Les IPSS s'engagent à proactivement collaborer à ces travaux.

Article 67 - Engagement en matière de rapportage commun

Article 67. Le Collège des IPSS et les partenaires sociaux communiquent pour le 30 juin 2016 un plan d'actions commun au Gouvernement concernant les synergies prévues aux articles 61, 62, 63 et 64. Les initiatives, les moyens utilisés, les IPSS participantes et le timing prévu y seront listés.

Chaque année, le Collège des IPSS et les partenaires sociaux établiront pour le 31 mars un rapport commun sur les avancées en la matière et sur les résultats atteints. Dans le rapport périodique de l'IPSS, l'attention sera portée sur les efforts qui ont été fournis par l'institution et sur l'impact atteint.

L'équilibre général entre hommes et femmes au sein des IPSS sera repris dans ce rapport commun comme indicateur de genre.

Article 68 - Développer ou utiliser des services dans le cadre des synergies

Article 68. Il relève de la mission de toute institution publique de sécurité sociale qui développe (partiellement ou dans leur totalité) des services ou qui, en application de la réglementation relative à l'attribution des marchés publics, utilise des services de tiers, d'offrir, dans le cadre des synergies envisagées, dans les limites de ses possibilités, ces services, quel qu'en soit la nature, à prix coûtant aux autres administrations publiques, tous niveaux de pouvoir confondus (de manière non exhaustive aux services publics du gouvernement fédéral et des gouvernements des Communautés et des Régions, aux institutions publiques dotées de la responsabilité morale qui relèvent du pouvoir fédéral, des Communautés ou des Régions, aux provinces, aux communes et aux centres publics d'action sociale), aux instances de droit privé qui ont été agréées pour coopérer à l'application de la sécurité sociale et aux fonds de sécurité d'existence sectoriels.

TITRE XI: Volet budgétaire, financier et comptable

Le contenu du présent chapitre est régi par :

- l'AR du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de Sécurité Sociale,
- l'AR du 22 juin 2001(modifié par l'AR du 26 janvier 2014) fixant les règles en matière de budget, de comptabilité et de comptes des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'AR du 3 avril 1997 précité,
- l'AR du 26 janvier 2014 fixant le plan comptable normalisé des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'AR du 3 avril 1997 précité
- et les circulaires subséquentes.

Article 69, 70, 71 & 72 - Le budget de gestion

Article 69. Le budget de gestion comprend l'ensemble des recettes et des dépenses relatives à la gestion de l'Institution, telles qu'énumérées à l'annexe 1 de l'AR du 26 janvier 2014 précité et clarifiées par les directives déterminées par la Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS.

Article 70. La répartition des articles budgétaires dans les différentes catégories est conforme aux instructions contenues dans l'annexe 2 de l'AR modifié du 22 juin 2001.

Une distinction est opérée entre :

- les dépenses de personnel ;
- les dépenses de fonctionnement ordinaire ;
- les dépenses de fonctionnement informatique ;
- les dépenses d'investissements divisées en trois parties : biens immobiliers, informatique et biens mobiliers ;
- les dépenses de fonctionnement non-limitatives.

La Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS est chargée de la détermination du contenu concret des concepts crédits limitatifs et crédits non-limitatifs.

Article 71. Le budget de gestion ne comporte que des crédits limitatifs, à l'exception des crédits relatifs :

- aux impôts directs et indirects,
- aux redevances dues en vertu de dispositions fiscales,
- aux dépenses dans le cadre de procédures ou décisions judiciaires, pour autant qu'elles ne ressortissent pas au budget des missions.

Les crédits non-limitatifs ne peuvent, par nature, jamais faire l'objet d'économies linéaires ou de compensation et sont mentionnés dans une catégorie séparée du budget de gestion.

Article 72. En cas de modifications budgétaires ou comptables sur le plan de la répartition entre le budget des missions et le budget de gestion pendant la durée du contrat d'administration, l'Etat s'engage à tenir compte des conséquences budgétaires ou opérationnelles sur le fonctionnement des IPSS concernés, si nécessaire selon les principes et procédure d'adaptation prévus aux articles 76 et 77.

Article 73 & 74 - Les avis du Commissaire du Gouvernement du Budget concernant le budget, la comptabilité, le personnel, l'ICT...

Article 73. L'Etat s'engage à ce que le Commissaire du Gouvernement du Budget respecte les délais prévus aux articles 12, 14 et 19 de l'AR du 3 avril 1997.

Les délais de transmission des avis du Commissaire du Gouvernement du Budget pour les autres demandes d'avis seront fixés, en concertation entre l'Institution et le Commissaire du Gouvernement, dans le protocole de collaboration qui sera rédigé dans le courant du contrat d'administration. L'Etat s'engage à ce que le Commissaire du Gouvernement du Budget respecte les délais fixés.

Dans des cas extrêmement urgents, l'institution pourra invoquer l'urgence pour des demandes d'avis. L'institution justifiera clairement cette urgence. Dans ce dernier cas, le Commissaire du Gouvernement du Budget essaiera de rendre un avis aussi vite que possible.

Article 74. Toute demande nécessitant l'accord du Ministre ayant le budget dans ses attributions (comme par exemple un recours contre un avis négatif d'un Commissaire du Gouvernement, une demande d'accord sur le budget ou une demande de redistribution) sera communiquée préalablement ou au même moment au Ministre de Tutelle.

Article 75 - L'adaptation du budget de gestion à la suite de remaniement entre articles budgétaires

Article 75. Au cours d'un même exercice, les transferts entre crédits, tels que prévus par l'article 14, § 1, de l'AR du 3 avril 1997, seront traités par le Commissaire du Gouvernement au Budget dans le délai prévu au premier alinéa de l'article 73.

En vue de permettre une bonne gestion, une flexibilité maximale est autorisée entre les crédits de fonctionnement et d'investissement (y compris immobilier). Les économies imposées, les ROI et les crédits supplémentaires peuvent être redistribués sur l'ensemble des crédits budgétaires de dépenses du budget de gestion, afin de réaliser de manière optimale le 5ème contrat d'administration.

Des réagencements entre articles budgétaires au cours d'un même exercice budgétaire peuvent être opérés tout au long de l'année. Il est également permis de procéder à une redistribution de crédit lors de la clôture de l'exercice, qui se réalise l'année n+1.

Article 76 - Adaptation du Budget de gestion suite aux modifications de circonstances

Article 76. Les thématiques suivantes seront discutées, à l'initiative de l'institution, entre le(s) Ministre(s) de Tutelle, le Ministre ayant le budget dans ses attributions, et si nécessaire le Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions de manière à ce que des crédits supplémentaires puissent avant l'entrée en vigueur éventuellement être accordés, après une décision du Gouvernement :

- **Nouvelles missions**
Si durant la durée du contrat d'administration, l'institution doit exécuter une mission supplémentaire, dont on constate, après une analyse préalable, que celle-ci ne peut être réalisée dans les crédits de gestion alloués et qu'elle entraînera donc une augmentation des dépenses de gestion (compte tenu des coûts uniques de démarrage, principalement informatiques, et des frais récurrents annuels de personnel et de fonctionnement en vitesse de croisière),
- **Personnel**
Si le montant global des crédits de personnel calculé selon la formule de l'article 85 est inférieur au montant obtenu au moyen de la méthode de calcul propre de l'institution, mentionné à l'article 84 du présent contrat d'administration, et pour autant que cela mette en danger la réalisation d'objectifs déterminés ou la réalisation de projets déterminés, repris dans le contrat. Les dépenses de personnel nécessaires, obligatoires et imprévues supplémentaires, qui sont la conséquence d'une décision du Gouvernement, seront ajoutées au crédit de personnel,
- **Fonctionnement et investissement**
Si l'application de l'évolution des crédits de fonctionnement et d'investissement en fonction de l'indice santé de l'article 85 met en danger la réalisation d'objectifs déterminés ou la réalisation de projets déterminés, repris dans le contrat.
- **En cas de nouvelles dépenses engagées en vue de se mettre en règle avec les obligations légales (telles que, par exemple, les dispositions environnementales, l'analyse des risques des ascenseurs, les cotisations sociales, les assurances).**

Article 77 - La diminution ou la non-adaptation du budget de gestion à la suite d'une nouvelle mission ou sans nouvelle mission

Article 77. Si les moyens disponibles (humains ou budgétaires) sont réduits, ou si les missions sont élargies sans que les crédits soient majorés, ce manque de moyens pourra être répercuté dans l'exécution des objectifs du contrat.

Après concertation constructive entre le(s) Ministre(s) de Tutelle, le Ministre ayant le budget dans ses attributions, les gestionnaires ayant voix délibérative désignées par l'organe de gestion ainsi que la personne chargée de la gestion journalière, l'institution pourra diminuer les objectifs à atteindre conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 et sur la base d'un instrument de mesure objectif, dans les cas suivants :

- Si l'Etat fédéral, dans le cadre de la politique budgétaire de l'Etat, ne peut garantir le cadre budgétaire convenu de l'article 82, en cas de diminution des moyens disponibles (humains ou budgétaires),
- Si les missions sont élargies sans que des crédits ne soient alloués,
- Si des crédits supplémentaires et nécessaires ne peuvent pas être alloués.

Et ce, pour autant que ces dispositions puissent mettre en danger la réalisation des objectifs ou projets repris dans le présent contrat.

Lors de l'évaluation du contrat, les modifications des objectifs durant celui-ci seront prises en compte.

Article 78 - L'augmentation du budget de gestion de l'année en cours à la suite de l'octroi de recettes de gestion propres

Article 78. § 1er. Les recettes propres, qui résultent de prestations qui cadrent dans les missions de l'institution et qui sont effectuées pour des tiers sur la base d'un recouvrement des frais, s'ajoutent à l'enveloppe de gestion de l'année en cours en respectant les procédures d'adaptation et de fixation du budget telles que fixées par l'arrêté royal du 3 avril 1997.

§ 2. A partir de 2016, les autres recettes de gestion propres de l'institution prévues dans le budget de l'année en cours et énumérées ci-après peuvent chaque année être ajoutées à l'enveloppe de gestion de l'année en cours moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, et ce dans le délai fixé dans le premier alinéa de l'article 73.

Cet avis favorable consiste en un accord portant aussi bien sur le montant des recettes de gestion propres prévues dans l'année en cours que sur l'affectation de ce montant décidée par l'institution dans l'année en cours.

Sont ici visés, les types de recettes de gestion propres suivants, pour lesquels un dossier de principe, comprenant une estimation des montants prévus, a été approuvé préalablement par le Comité de gestion/Conseil d'administration :

1. les recettes de gestion uniques provenant de la vente d'un bien immobilier sur la base du prix de vente intégral, pour laquelle les conditions particulières de l'article 86 ont été respectées,
2. les recettes de gestion périodiques provenant de la location d'un bien immobilier sur une base contractuelle (p. ex. un bâtiment ou l'étage d'un bâtiment) sont ajoutées au budget de gestion, soit totalement en cas de location à prix coûtant à un autre service public, soit pour moitié en cas de location au prix du marché à un autre tiers,
3. les recettes de gestion périodiques provenant du détachement de membres du personnel (p. ex. vers une cellule stratégique - hors celle(s) du (des) Ministre(s) de Tutelle de l'IPSS - ou vers une organisation syndicale) ou de la mise à disposition de membres du personnel (p. ex. pour un service d'audit commun ou pour le SIRS...) sont ajoutées aux crédits de personnel alloués.
4. les recettes de gestion issues de la fourniture de services à prix coûtant à des tiers et à d'autres IPSS (p. ex. le scanning de dossiers pour des tiers),
5. les recettes de gestion périodiques provenant de la poursuite de l'exécution par l'Institution de certaines missions pour le compte des entités fédérées pendant ou après la phase transitoire de la sixième réforme de l'Etat, dans le cadre des conventions de coopération qui sont conclues avec les entités fédérées.

§ 3. Les autres recettes de gestion propres réalisées l'année précédente (provenant p. ex. de la fourniture d'imprimés, de la location de salles de réunion, de la délivrance d'attestations ou de l'établissement de statistiques...), les frais de personnel et autres frais de fonctionnement consentis pour cette livraison peuvent être intégralement ajoutés à l'enveloppe de gestion de l'année en cours. La différence entre le prix du marché facturé et les frais de personnel et autres frais de fonctionnement consentis peut, en tant qu'incitant pour une bonne gestion, être ajoutée pour moitié à l'enveloppe de

gestion de l'année en cours moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, et ce dans le délai fixé dans le premier alinéa de l'article 73.

Cet avis favorable consistera en un accord portant aussi bien sur le montant des autres recettes de gestion propres enregistrées au cours de l'année passée que sur l'affectation de ce montant décidée par l'institution dans l'année en cours.

§ 4. Pour les projets de synergies, qui sont actuellement repris dans les dispositions communes, les moyens nécessaires seront prévus aux budgets de gestion des IPSS participantes. L'impact de projets de synergies (p. ex. le moteur salarial) sur les budgets de gestion des IPSS participantes sera réglé préalablement sur le plan budgétaire au sein du Collège des IPSS. Ces recettes de gestion s'ajoutent à l'enveloppe de gestion de l'Institution réalisant les prestations en faveur des autres IPSS, moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement, et seront communiquées pour information aux Ministres de Tutelle, au Ministre ayant le budget dans ses attributions et au Ministre ayant la fonction publique dans ses attributions.

Les mêmes principes sont applicables aux projets de synergies hors sécurité sociale et aux opérations de fusion tels qu'ils sont définis dans le contrat d'administration.

§ 5. Les montants des recettes de gestion propres précitées prévues et réalisées, ainsi que l'affectation de ces montants, qui ont reçu un avis positif du Commissaire du Gouvernement du Budget, peuvent être inscrits par l'institution sur un feuillet d'ajustement du budget de gestion de l'année en cours.

Article 79 - L'augmentation du budget de gestion à la suite du transfert de crédits de l'exercice budgétaire précédent

Article 79. Le transfert de crédits de **l'exercice budgétaire précédent vers l'année en cours** est autorisé moyennant le respect des conditions prévues à l'article 14, § 2, de l'AR du 3 avril 1997 et moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, dans le délai prévu à l'article 73.

En cas d'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget, les transferts approuvés pourront être ajoutés par l'institution aux crédits de l'année en cours.

Afin de permettre aux Commissaires du Gouvernement de suivre l'avancement des projets entrepris et de pouvoir juger de leur suivi ainsi que de l'opportunité des réinscriptions, l'IPSS fera en sorte que les Commissaires du Gouvernement aient fréquemment accès au planning et aux résultats du programme des investissements. L'institution communiquera chaque semestre un état de lieu du programme d'investissement. Cela fera l'objet d'une application uniforme dans chaque institution.

Article 80 - L'adaptation du budget de gestion à la suite d'une modification des cotisations sociales

Article 80. En cas de modifications des cotisations sociales relatives aux membres du personnel (principalement les cotisations de pension au Pool des parastataux), le budget de gestion sera adapté. Les montants qui serviront de base au calcul seront déterminés institution par institution en concertation par le Collège, (le cas échéant le SDPSP) et le SPF Budget et Contrôle de la Gestion. Pour

info : le paiement par les IPSS des cotisations patronales de pension au Pool des parastataux constitue une opération financière et budgétaire neutre.

Pour les dépenses dans le cadre du Pool des parastataux, un nouvel article budgétaire sera proposé par la Commission de Normalisation de la comptabilité afin de reprendre les crédits budgétaires alloués à ces cotisations.

Article 81 - L'augmentation du budget de gestion à la suite des paiements d'arriérés de primes de compétences

Article 81. Pour autant que ce mécanisme soit encore applicable et dans la mesure où il le sera, la provision pour le paiement des arriérés de primes de compétence qui seront dus sera constituée annuellement au SPF Budget et Contrôle de la gestion. Le montant des dépenses de personnel autorisées par IPSS tel que repris dans le contrat d'administration sera augmenté du montant nécessaire des arriérés relatifs aux primes de compétence payées entre janvier et septembre (**première tranche**), pour autant que la somme des montants de toutes les institutions publiques de sécurité sociale ne dépasse pas le montant total de la provision. Une **deuxième tranche** pourra également encore être octroyée pour les arriérés payés entre octobre et décembre.

Ces augmentations seront autorisées au plus tard le 31 janvier de l'année suivante par le Ministre ayant le budget dans ses attributions, sur proposition du ou des Ministres de Tutelle de l'institution concernée sur base des pièces justificatives des paiements effectués et de l'avis du Commissaire du Gouvernement représentant, auprès de l'institution, le Ministre ayant le budget dans ses attributions.

Article 82 - Budget de gestion pour les exercices 2016, 2017 et 2018

Article 82. Le budget de gestion de l'Institution pour les exercices 2016, 2017 et 2018, fixé conformément à l'article 69 et à la décision du Conseil des Ministres du 18/12/2015, est établi comme suit :

	2016	2017 ⁽¹⁾	2018 ⁽¹⁾
Dépenses de personnel	86.172.424	86.645.907	84.944.550
Dépenses de fonctionnement	28.140.880	26.674.425	25.616.040
<i>Dont : Fonctionnement ordinaire</i>	13.403.675	12.717.425	12.209.040
<i> Informatique</i>	14.737.205	13.957.000	13.407.000
Investissements	1.116.500	1.057.000	1.015.000
<i>Dont : Investissement mobiliers</i>	66.500	63.000	60.000
<i> Investissements informatiques</i>	750.000	710.000	682.000
<i> Investissements immobiliers</i>	300.000	284.000	273.000
Dépenses de fonctionnement non-limitatives	488.000	438.240	428.675
Total INAMI hors FAM	115.917.804	114.815.572	112.004.265

⁽¹⁾ Pour les exercices 2017 et 2018 : calcul en prix de 2016

FAM	4.828.620	4.828.620	4.828.620
------------	-----------	-----------	-----------

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

L'exécution du budget 2016 se fera conformément aux décisions du Conseil des Ministres du 18/12/2015.

Article 83 - Montant maximal des crédits pour le personnel statutaire

Article 83. Conformément à l'article 5 de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel statutaire est fixé à 80.007.165 pour l'exercice 2016, à 80.460.958 pour l'exercice 2017 et à 79.064.687 pour l'exercice 2018. Le montant pour le FAM est de 2.893.850 pour 2016, 2017 et 2018.

Article 84 & 85 - Révision annuelle

Article 84. Les montants budgétaires pour les exercices 2017 et 2018 sont obtenus sur base de la méthode de calcul propre à l'institution et sur base des hypothèses actuelles. Ces montants pourront faire l'objet d'une réévaluation annuelle et sont donc mentionnés à titre indicatif. Néanmoins, dans la mesure du possible et de la politique budgétaire de l'Etat fédéral, l'Etat fédéral s'engage à respecter au maximum les montants inscrits (ou réévalués en cas de réévaluation) pour les exercices 2017 et 2018.

Si l'Etat fédéral ne peut honorer ce cadre budgétaire discuté dans le contexte de la politique budgétaire de l'Etat, le contrat d'administration pourra être adapté conformément à l'article 77.

Article 85. A politique inchangée, pour les années 2017 et 2018, les montants de chaque catégorie de dépenses seront réévalués de la manière suivante, après application des économies budgétaires décidées par le gouvernement et éventuelle renégociation subséquente des engagements des IPSS :

a. Crédits de personnel

Les crédits de personnel seront paramétrisés en fonction de l'évolution du coefficient moyen de liquidation selon la formule :

Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N (1)

Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N-1 (2)

(1) hypothèse du budget économique du Bureau du Plan

(2) Coefficient réel

Si l'évolution des crédits de personnel mettrait en danger la réalisation des objectifs déterminés ou la réalisation des projets déterminés repris dans le présent contrat, le contrat d'administration sera adapté conformément aux dispositions de l'article 76 ou de l'article 77, selon le cas.

b. Crédits de fonctionnement et d'investissement en ce compris les crédits d'investissement immobiliers

Les crédits de l'année précédente évoluent en fonction de l'indice santé figurant dans le budget économique qui sert de base à l'établissement du budget de l'année concernée.

Si l'évolution des crédits de fonctionnement et/ou d'investissement mettrait en danger la réalisation des objectifs déterminés ou la réalisation des projets déterminés repris dans le contrat, le contrat d'administration sera adapté conformément aux dispositions de l'article 76 ou de l'article 77, selon le cas.

c. Crédits non-limitatifs

Les crédits non-limitatifs sont établis chaque année par l'institution en fonction des besoins établis.

Article 86 - Opérations immobilières

Article 86. Dans la limite de ses missions, l'institution peut décider de l'acquisition, de l'utilisation ou de l'aliénation de biens matériels ou immatériels et de l'établissement ou de la suppression de droits réels sur ces biens, ainsi que de l'exécution de pareilles décisions.

Toute décision d'acquérir, construire, rénover ou aliéner un immeuble ou un droit immobilier dont le montant dépasse **cinq millions d'euros** est soumise à l'autorisation préalable du (des) Ministre(s) de Tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions.

Pour autant que l'institution appartienne à la Gestion globale, l'affectation du produit de l'aliénation de ces immeubles, dont le montant dépasse **cinq millions d'euros**, et l'ajout de ce produit à l'enveloppe de gestion de l'année en cours doivent recevoir l'accord préalable du (des) Ministre(s) de Tutelle et du Ministre ayant le budget dans ses attributions. Cette enveloppe de gestion complémentaire doit être utilisée pour la construction ou l'achat d'un autre bâtiment ou pour des travaux de rénovation dans un bâtiment existant, dans le cadre d'une politique d'utilisation optimale des immeubles (par ex. le déploiement du télétravail ou du « New way of working ») ou dans le cadre d'une fusion.

Article 87 - Comptabilité générale et analytique

Article 87. L'institution s'engage à appliquer un plan comptable conformément au plan comptable normalisé pour les institutions publiques de sécurité sociale, comme repris à l'AR du 26 janvier 2014. Le plan comptable normalisé sera approfondi par la Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS, en collaboration avec le SPF Budget et Contrôle de la Gestion et le SPF Sécurité sociale et suivant les délais déterminé par la Commission de Normalisation de la comptabilité des IPSS.

L'institution utilisera le système de la comptabilité analytique pour déterminer et évaluer les coûts des activités de base principales. De plus, ce système sera utilisé aussi pour déterminer le coût du développement et de l'entretien de nouveaux projets.

Article 88 & 89 - Transmission des états périodiques

Article 88. Conformément aux directives du Gouvernement, l'institution communiquera mensuellement au(x) Ministre(s) de tutelle et au Ministre ayant le Budget dans ses attributions, ainsi qu'aux SPF Sécurité sociale et SPF Budget et Contrôle de la Gestion, un état des recettes et des dépenses de gestion.

Les IPSS mettent en place un suivi mensuel ou le cas échéant trimestriel, en format standardisé de leur budget de mission et demandent les données nécessaires aux organisations coopérantes de sécurité sociale s'il y a lieu.

Dans le cadre d'une communication centralisée des comptes annuels à l'UE, les IPSS s'engagent à participer, en collaboration avec le SPF sécurité sociale et le SPF Budget, à l'implémentation et à l'utilisation du système E-BMC.

Article 89. L'institution s'engage lors de chaque exercice budgétaire du comité de monitoring à communiquer les tableaux synoptiques pour les missions et pour la gestion demandés de manière correcte, complète et à temps et conformément aux structures définies en annexe des AR du 26 janvier 2014 et 22 juin 2001.

TITRE XII: Participation aux projets transversaux

Article 90. Les IPSS s'engagent, chacune pour ce qui la concerne, à collaborer à l'exécution des programmes relatifs à la simplification administrative, à la lutte contre la pauvreté et à la lutte contre la fraude sociale.

Dans le cadre de leur gestion quotidienne, les IPSS prêteront également attention aux initiatives relatives à la politique du développement durable.

Une attention spécifique sera consacrée à l'application du principe de « handistreaming », conformément aux dispositions de la Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées, en favorisant, de manière transversale, l'intégration des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie en société et en tenant compte dans les différentes phases de la politique de la dimension handicap. A cet effet, l'institution sera attentive à « handistreaming » dans le plan d'administration. Ce faisant, il sera fait appel au référent « Handicap » qui a été désigné dans chaque institution et dans chaque cellule stratégique et il sera collaboré avec le mécanisme de coordination fédérale établi au sein du SPF Sécurité Sociale et avec la société civile.

L'institution s'inscrira également dans la poursuite et l'intensification de la politique en place de gender mainstreaming, conformément aux dispositions de la loi du 7 janvier 2007 visant au contrôle de l'application des résolutions de la conférence mondiale sur les femmes réunie à Pékin en septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques fédérales et de ses arrêtés d'exécution.

Article 91. Les IPSS s'engagent à continuer à participer activement aux Réseaux Fédéraux Orientation Client et Gestion des Plaintes et, ce faisant, à participer au rapportage annuel des indicateurs de gestion des plaintes et à activement contribuer à la réalisation du Plan Fédéral Orientation Client qui, pour 2016, mettra l'accent sur l'optimisation de l'accueil et le catalogue des produits et services.

Les IPSS s'engagent à mesurer au moins une fois durant la durée du contrat d'administration la satisfaction client, en vue d'améliorer la fourniture de leurs produits et services.

Durant l'exécution de ce contrat d'administration et dans le but d'optimiser les droits des assurés sociaux et d'adapter l'exercice de ces droits aux évolutions sociétales et technologiques, le Collège des IPSS et les partenaires sociaux, s'engagent à communiquer au Gouvernement fédéral des propositions concrètes visant à actualiser la Charte de l'Assuré social et ce, avec le support actif du groupe de travail Collège - SPF Sécurité sociale qui assure le monitoring de l'application de ladite Charte. Durant cet exercice, le groupe de travail Collège - SPF Sécurité sociale impliquera le plus pro-activement possible tant les assurés sociaux que les autres institutions de sécurité sociale.

TITRE XIII: Dispositions finales

Article 92. Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution de respecter les divers textes légaux et réglementaires qui contiennent des directives générales, qui s'imposent aux institutions de sécurité sociale lors de l'examen des droits à prestations et dans les relations avec les assurés sociaux, à savoir :

- la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ;
- la Charte de l'utilisateur des services publics du 4 décembre 1992 ;
- la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration ;
- la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Pour chaque service ayant des contacts avec les assurés sociaux, les dispositions de la Charte de l'assuré social s'appliquent et les engagements doivent être respectés.

Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution d'exécuter, de manière efficace, les autres missions légales qui ne font pas l'objet d'un objectif spécifique.

ANNEXE : Le budget de gestion**Ventilation crédits de gestion**

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

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

Liste des abréviations

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

Éditeur responsable

J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation

Cellule modernisation de l'INAMI

Date de parution

Mars 2016

Dépot légal

D/2016/0401/5