

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22319]

21 MAI 2013. — Arrêté royal portant approbation du quatrième contrat d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

ALBERT II, 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 9 juillet 2004;

Vu l'avis du Comité général de Gestion, donné le 25 janvier 2013;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 4 février 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 18 février 2013;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales, du Ministre du Budget, du Ministre des Finances, chargé de la Fonction publique et du Secrétaire d'Etat à la Fonction publique 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 2013.

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

Donné à Bruxelles, le 21 mai 2013.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme L. ONKELINX

Le Ministre du Budget,
O. CHASTEL

Le Ministre des Finances, chargé de la Fonction publique,
K. GEENS

Le Secrétaire d'Etat à la Fonction publique,
H. BOGAERT

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22319]

21 MEI 2013. — Koninklijk besluit tot goedkeuring van de vierde bestuursovereenkomst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

ALBERT II, 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 verzorging;

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 9 juli 2004;

Gelet op het advies van het Algemeen Beheerscomité, gegeven op 25 januari 2013;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 4 februari 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 18 februari 2013;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, de Minister van Begroting, de Minister van Financiën, belast met Ambtenarenzaken en de Staatssecretaris voor Ambtenarenzaken 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 2013.

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

Gegeven te Brussel, 21 mei 2013.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. L. ONKELINX

De Minister van Begroting,
O. CHASTEL

De Minister van Financiën, belast met Ambtenarenzaken,
K. GEENS

De Staatssecretaris voor Ambtenarenzaken,
H. BOGAERT



Contrat d'administration 2013-2015

entre l'État et l'Institut national d'assurance
maladie-invalidité

.be

TABLE DES MATIERES

Dispositions préliminaires _____	6
<u>TITRE I: Définitions</u> _____	10
Article 1er. Définitions _____	10
<u>TITRE II: Missions et tâches</u> _____	12
Article 2. Missions et tâches _____	12
Article 3. Les missions opérationnelles _____	14
Article 4. Les missions de support _____	16
Article 5. Les missions de conseil _____	16
<u>TITRE III: La mission, les défis, la stratégie et les Grands axes</u> _____	17
Article 6. L'INAMI : une organisation chargée d'une mission _____	17
Article 7. Développements externes, tendances et défis _____	17
Article 8. Plan stratégique 2010-2015 _____	19
Article 9. Domaines stratégiques du Contrat d'administration 2013-2015 _____	20
Article 10. Grands axes du Contrat d'administration 2013-2015 _____	24
<u>TITRE IV: Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et de la préparation et du reporting stratégique</u> _____	26
Article 11. Développement des connaissances en incapacité de travail _____	26
<u>TITRE V: Exploiter les possibilités de eHealth</u> _____	30
Article 12. Stratégie et feuille de route pour l'informatisation des soins de santé _____	30
Article 13. La « eHealthBox », futur outil de communication externe _____	33
<u>TITRE VI: Améliorer en permanence l'accessibilité aux soins, moderniser l'attribution des droits aux individus et renforcer la sécurité en matière de tarifs</u> _____	35
Article 14. Réforme de l'intervention majorée : opérationnalisation de l'échange de données. _____	35
Article 15. IDES (Invalidity Data Electronic System) – Gestion des dossiers individuels en invalidité. _____	38
Article 16. Réflexion sur la réforme des procédures décisionnelles, processus et organisation dans le domaine de l'invalidité _____	40
Article 17. Développement des postes de garde de médecine générale _____	44
<u>TITRE VII: Moderniser la nomenclature des prestations et des listes de produits</u> _____	46
Article 18. Réforme du secteur des implants : procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. _____	46
<u>TITRE VIII: Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé</u> _____	49
Article 19. Évaluation de la qualité et de l'efficacité des trajets de soins _____	49
Article 20. Centres d'expertise "Maladies rares" _____	52
Article 21. Intégration du Fonds des accidents médicaux comme service distinct au sein de l'INAMI et soutien dans le cadre de l'opérationnalisation des missions du Fonds _____	55
<u>TITRE IX: Optimaliser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles</u> _____	58
Article 22. Informatisation de la gestion des dossiers dans le cadre de l'évaluation et du contrôle médicaux _____	58
Article 23. Réorganisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vue d'assurer la continuité et de pouvoir relever les futurs défis _____	60

Article 24. Fraude sociale : croisement des données (1) DMFA-invalides & (2) DMFA-incapacité de travail primaire	63
Article 25. Contrôle relatif à la délivrance non conforme de certificats d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités	65
<u>TITRE X: Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI</u>	68
Article 26. Opérationnalisation du nouveau système de responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration	68
Article 27. Rapport sur les montants indus et les récupérations par les OA dans le cadre de l'assurance indemnités	70
<u>TITRE XI: Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI</u>	73
Article 28. 50 ans de l'INAMI.	73
<u>TITRE XII: Développement de l'organisation et bonne gouvernance</u>	75
Article 29. Veiller au bien-être et au soutien des collaborateurs	76
Article 29.1. Développer la gestion électronique des ressources humaines (e-HR)	76
Article 29.2. Anticiper les départs de personnel	79
Article 30. Renforcement de l'analyse des processus et l'efficacité dans les processus	81
Article 30.1. Business process management	81
Article 30.2. Optimalisation de la gestion du contentieux	83
Article 31. Renforcement de la maîtrise des risques, du contrôle interne et de l'audit interne	84
Article 31.1 Création et développement du Service d'audit interne	84
<u>TITRE XIII: Transfert vers d'autres services publics et harmonisation et collaboration avec ces autres services publics</u>	88
Article 32. Développement d'un modèle de prévision des dépenses en soins de santé, en collaboration avec le Bureau fédéral du plan	88
Article 33. Participation au projet de procès-verbal électronique (ePV) du SPF ETCS	90
Article 34. Transfert de la section « Cotisations des pensionnés » à l'Office national des pensions	91
Article 35. Collaboration de l'INAMI à l'exécution de la réforme d'Etat	93
<u>TITRE XIV: Suivi des missions continues qui découlent des Contrats d'administration précédents</u>	94
Article 36. Suivi des missions continues	94
<u>TITRE XV: Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs</u>	96
Article 37. Tableaux de bord	96
<u>TITRE XVI: Engagements généraux communs aux deux parties</u>	97
Article 38 - Cadre juridique du contrat	97
Article 39 & 40 - Principes de gestion	97
Article 41 - Prise d'avis, concertation et information préalables	97
Article 42, 43 & 44 - Modification du contrat	98
Article 45 - Communication des décisions	98
Article 46 & 47 - Suivi de la réalisation des objectifs	98
Article 48 - Concertation périodique	99
Article 49 - Calendrier	99
Article 50 - Impact des mesures décidées après la signature du contrat	99
Article 51 - Respect des engagements	100
Article 52 - Normes de sécurité	100
Article 53 & 54 - Engagements concernant la gestion des financements	100
Article 55 - Transferts des compétences	101

<u>TITRE XVII: Synergies entre IPSS</u>	102
Article 56 - Dispositions RH communes	102
Article 57 - Dispositions ICT communes	104
Article 58 - Dispositions communes en matière de logistique	105
Article 59 - Dispositions communes en matière d'audit interne	106
Article 60 & 61- Ouverture des synergies à d'autres partenaires	107
Article 62 - Rapports	107
<u>TITRE XVIII: Volet budgétaire, financier et comptable</u>	108
Article 63 au 69 - Définitions et généralités	108
Article 70 - Budget de gestion pour les exercices 2013, 2014 et 2015	110
Article 71 - Réévaluation annuelle	111
Article 72 - Opérations immobilières	112
Article 73 - Comptabilité analytique	112
Article 74 - Transmission des états périodiques	113
<u>TITRE XIX: Participation aux projets transversaux</u>	114
Article 75	114
<u>TITRE XX: Dispositions finales</u>	115
Article 76	115
<u>ANNEXE : Le budget de gestion</u>	116
<u>Liste des abréviations</u>	118

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 octobre 2012;

vu l'accord du comité général de gestion de l'INAMI donné le 18 juin 2012 et 24 septembre 2012 sur l'avant-projet de contrat d'administration et le 25 janvier 2013 sur le projet de contrat négocié avec le gouvernement;

vu le contrôle de coordination et de cohérence entre les projets de contrat d'administration des différentes institutions publiques de sécurité sociale effectué en date du 28 juin 2012 par le Collège des institutions publiques de sécurité sociale conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 précité;

vu l'accord du Gouvernement après délibération en Conseil des Ministres du 22 février 2013;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1 janvier 2013 au 31 décembre 2015, entre

- l'Etat belge, représenté par

Laurette Onkelinx
Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique

Philippe Courard
Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales,
aux Familles et aux Personnes
handicapées, chargé des Risques
professionnels

Hendrik Bogaert
Secrétaire d'Etat à la Fonction publique

Olivier Chastel
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:

Bernadette Adnet

Eddy Van Lancker

Marie-Hélène Ska

Ivo Van Damme

Patrick Verertbruggen

Jean Hermesse

TITRE I: Définitions

Article 1er. 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 du Service du contrôle administratif »: le comité visé à l'article 160 de la loi coordonnée susmentionnée.
11. « 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.

12. « 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.
13. « Centre fédéral d'expertise des soins de santé »: le parastatal créé par l'art. 259 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
14. « 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.
15. « 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.

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 et allocation pour frais funéraires) et de l'assurance maternité.

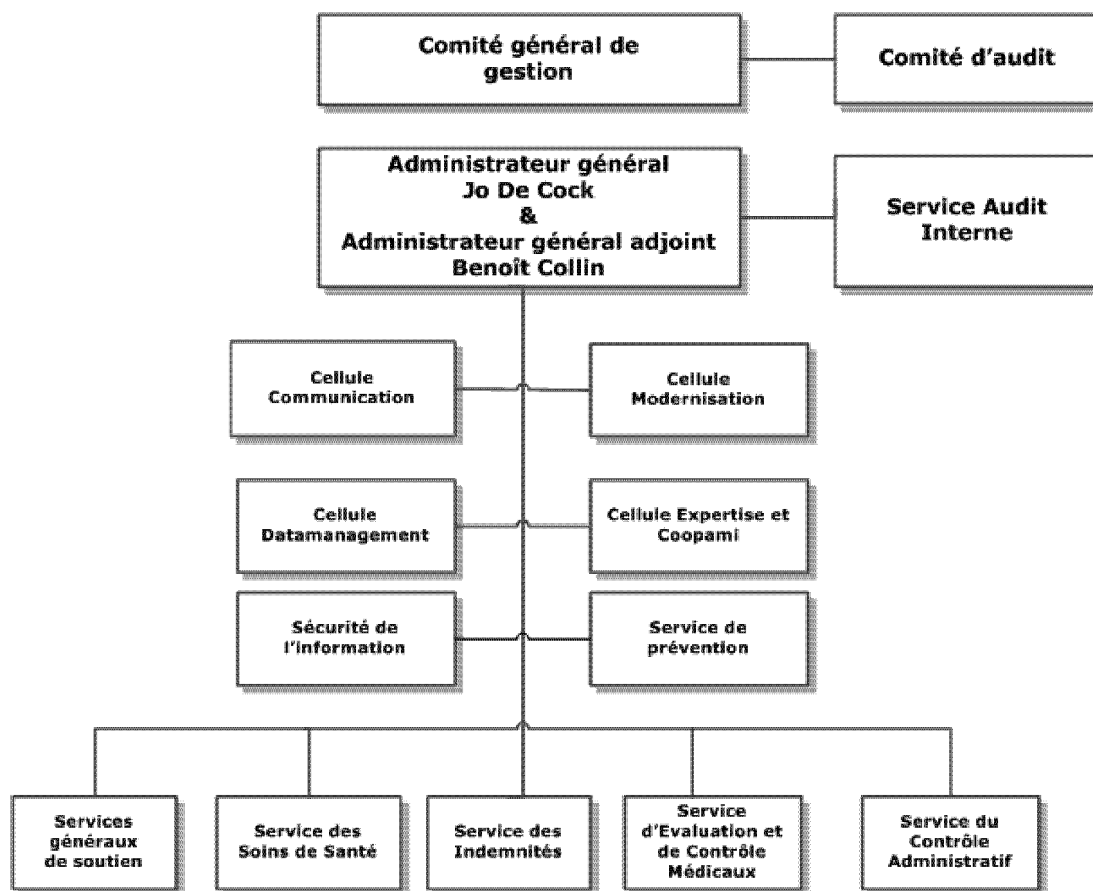
Dans ce cadre, l'Institut est appelé à:

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 les Titres IV à XIII 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. A la lumière des économies à réaliser au sein de l'autorité fédérale et de leur impact sur le budget de gestion de l'INAMI, il convient dès lors de trouver un bon

équilibre entre la mise en œuvre de projets innovateurs, d'une part, et la garantie de la continuité des processus continus et des services existants, d'autre part.

Pour les prochaines années, l'INAMI souhaite renforcer la vision globale et la compréhension interne de ses missions et processus continus. Cela implique d'en faire l'inventaire et de les consolider dans un regroupement des macro-processus, comme prévu dans le cadre de l'article 30.1. A ce regroupement de macro-processus peuvent ensuite s'ajouter des informations concernant l'impact stratégique de ces processus, la dimension budgétaire, notamment au niveau de la capacité de personnel, les 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 innovateurs. La compréhension analytique des facteurs de coûts de l'organisation peut également être renforcée de cette façon.

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.

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.

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.

Les missions administratives consistent à :

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

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

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

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

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

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

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

Organiser: l'INAMI est un lieu de rencontre entre de nombreux acteurs de l'assurance maladie-invalidité. Plus de 100 organes de gestion, organes de concertation, organes d'agrément, organes techniques,

organes de sanction, etc. sont soutenus par l'administration de l'INAMI aux niveaux stratégique, réglementaire, technique et administratif. Cette mission d'organisation est donc une des missions phares de l'INAMI.

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

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

Article 4. Les missions de support

Il s'agit des missions pour lesquelles l'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 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. Développements externes, tendances et défis

L'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) est confrontée à certains **développements externes et tendances** :

- nouvelles évolutions médicales et scientifiques ;
- vieillissement rapide de la population assurée et les évolutions y afférentes au niveau des demandes de soins, de l'organisation de soins, de l'incapacité de travail, etc. ;
- nouveaux problèmes de santé liés à l'environnement social en constante mutation créant de nouveaux besoins de soins et de nouveaux défis dans le cadre de l'assurance indemnités ;
- nouveaux accords de coopération interdisciplinaire dans le domaine des soins de santé ;
- influence de développements européens dans le domaine des soins de santé et indemnités ;
- une tendance internationale à passer à une médecine factuelle et une aide à la prise de décisions basées sur l'évidence ;
- une attention renforcée pour les soins de santé de première ligne ;

- attentes et autonomie croissantes du patient, du bénéficiaire et de leurs organisations représentatives vis-à-vis des organisations responsables au sein de l'assurance soins de santé et indemnités ;
- une plus grande prise de conscience et préoccupation éthiques concernant les implications de prises de décisions au sein de l'assurance maladie-invalidité ;
- possibilités de l'ICT et attentes y afférentes concernant la protection de la vie privée ;
- un débat politique et social renforcé ainsi qu'une réflexion sur les résultats et la performance de la politique en matière de sécurité sociale et de soins de santé ;
- une préoccupation continue concernant l'accessibilité aux soins.

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 en complément du système de remboursement plus classique, e.a. au niveau de l'incapacité de travail ;
- vers une responsabilisation des acteurs, tant du dispensateur de soins, des organismes assureurs, de l'industrie que des assurés sociaux ;
- 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 politique et une gestion financières transparentes ;
- davantage vers une organisation et des processus de soins professionnels et de qualité ;
- vers une utilisation accrue des possibilités concernant E-health.

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 la promotion de normes de soins de santé de qualité et d'excellence ;
- 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. Dans le cadre de sa mission légale et de la capacité dont l'organisation dispose, 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.

Article 8. Plan stratégique 2010-2015

Afin de pouvoir anticiper les défis et les développements dans le secteur et réaliser sa mission, l'INAMI a formulé **10 domaines stratégiques externes** dans le cadre de son plan stratégique 2010-2015. La stratégie externe de l'INAMI comprend donc 10 domaines où l'INAMI souhaite se développer dans les années à venir. Il s'agit des domaines suivants :

- (1) Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du rapport stratégique ;
- (2) Exploitation des possibilités concernant E-Health ;
- (3) Amélioration continue de l'accessibilité aux soins, modernisation de l'octroi des droits aux individus et renforcement de la sécurité tarifaire ;
- (4) Modernisation de la nomenclature des prestations de santé et des listes de produits ;
- (5) Stimulation d'approches innovatrices dans le domaine des soins de santé ;
- (6) Optimalisation des missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle ;
- (7) Amélioration de l'organisation de la concertation ;
- (8) Renforcement du soutien apporté à la politique financière de l'ASSI ;
- (9) Renforcement de la communication externe et promotion d'une image positive de l'INAMI ;
- (10) Amélioration de l'harmonisation par rapport aux niveaux européen et international.

Outre ces domaines stratégiques externes, le Contrat prévoit également **7 domaines stratégiques internes**. Il s'agit des domaines suivants :

- (1) Modernisation de la gestion des ressources humaines ;

- (2) Utilisation optimale des possibilités ICT et amélioration de la gestion interne des données ;
- (3) Renforcement du soutien stratégique et de gestion ;
- (4) Amélioration de la communication interne, de la documentation et de la gestion des connaissances ;
- (5) Renforcement de la gestion financière ;
- (6) Amélioration du soutien juridique et administratif ;
- (7) Mise en place d'un soutien efficace au niveau de l'infrastructure et de la logistique.

Dans le cadre du plan stratégique 2010-2015, les domaines stratégiques externes et internes sont transposés en objectifs opérationnels avec une délimitation claire de la portée, plusieurs phases assorties de points d'action et de dates limites, une désignation des responsabilités, une estimation des moyens requis au niveau des ressources humaines, de l'ICT, de la communication, etc.

Article 9. Domaines stratégiques du Contrat d'administration 2013-2015

Alors que le Plan stratégique 2010-2015 porte aussi bien sur la stratégie externe que sur la stratégie interne, ainsi que sur tous les domaines d'activités de l'INAMI, le Contrat d'administration 2013-2015 se focalise sur un certain nombre de **projets prioritaires dans le cadre de la stratégie externe**. Ces projets sont le résultat d'une collaboration entre l'INAMI, ses organes de gestion, les responsables politiques, les partenaires et les intéressés externes. Il va de soi que, lors de la sélection des projets, il a été tenu compte du contexte budgétaire auquel sont confrontés l'État en général, et l'INAMI en particulier.

En vue d'une harmonisation maximale entre le Plan stratégique et le Contrat d'administration, les projets mentionnés dans le Contrat d'administration sont également répartis sur la base des 10 domaines stratégiques externes susmentionnés.

(1) Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et du reporting stratégique

L'INAMI souhaite continuer à se développer comme organisation multidisciplinaire et à gestion intensive de connaissances par la collecte, le développement et l'accessibilité des données, informations et connaissances concernant les aspects de l'ASSI, et ce, de manière efficace et efficiente.

Un projet du présent Contrat d'administration répond et participe au développement et au partage des connaissances : le développement des connaissances en incapacité de travail au sein du Service des Indemnités. Les facteurs explicatifs de l'incapacité de travail, les enjeux sociaux et économiques ainsi que la qualité de l'évaluation médicale seront les principaux thèmes étudiés. L'objectif est également d'intégrer, de structurer et de consolider plusieurs projets ou études ayant déjà vu le jour, tout en approfondissant certains sujets et en collaborant avec l'IMA, les universités et les organisations internationales.

(2) Exploitation des possibilités concernant E-Health

Au cours de la dernière décennie, les évolutions au niveau de l'ICT ont également créé de nouvelles possibilités dans le domaine des soins de santé. Au cours des dernières années, l'INAMI et ses partenaires ont lancé et réalisé divers projets à ce sujet dans le cadre de l'informatisation de flux de données et du développement d'applications pour les utilisateurs divers.

Un défi important pour les prochaines années réside dans la collaboration au développement de la plateforme eHealth et dans l'exploitation des possibilités offertes par les flux et services administratifs et médicaux informatisés. Dans le présent Contrat d'administration, l'INAMI souhaite plus particulièrement mettre en évidence la contribution à trois pistes concernant l'informatisation des soins de santé.

Une première série d'actions-engagements concerne l'opérationnalisation de l'asbl eCare. Il s'agit, d'une part, du lancement administratif de l'asbl et, d'autre part, de la contribution à l'élaboration d'une stratégie et d'une feuille de route pour eCare ainsi que du soutien de l'exécution de projets concrets qui découlent de cette stratégie et de cette feuille de route.

Deuxièmement, l'INAMI souhaite poursuivre son rôle de soutien dans le cadre du développement de My CareNet. Il s'agit de développer des fichiers de référence, de prévoir des cadres réglementaires adaptés et d'assurer la communication requise envers les groupes cibles de My CareNet. L'INAMI veut établir, avec le CIN et les OA, un tableau de bord pour le suivi de l'extension de My CareNet. En outre, les actions de soutien nécessaires seront prises, par exemple, en ce qui concerne la communication, à la lumière de la suppression progressive de la carte SIS à partir de fin 2013.

Un troisième projet du présent Contrat d'administration porte sur la mise en service de la eHealthBox pour la communication avec les dispensateurs de soins, e. a. pour l'envoi de circulaires, de directives, de feed-back, etc. Ce projet doit évidemment permettre de réaliser des bénéfices en termes de développement durable et d'économies.

(3) Amélioration continue de l'accessibilité aux soins, modernisation de l'octroi des droits aux individus et renforcement de la sécurité tarifaire

Le Plan stratégique 2010-2015 a consacré une grande attention aux initiatives qui peuvent améliorer l'accessibilité aux soins et renforcer la sécurité tarifaire. Ces dernières années, des résultats ont également été enregistrés dans ce domaine. Pensons par exemple à la réforme de l'intervention majorée, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier, et aux préparatifs en ce qui concerne les critères pour les malades chroniques, pour lesquels une proposition de texte a entre-temps été rédigée. Dans ce 4^e Contrat d'administration, l'INAMI implémentera le nouveau système d'intervention majorée, renouvellera et activera donc les flux de données.

Dans le cadre de ce domaine stratégique, l'INAMI s'attelle donc, avec davantage de vigueur, au dossier électronique d'invalidité, ce qui permettra d'augmenter l'efficacité du processus d'octroi d'un droit à l'assuré social qui introduit une demande de reconnaissance de l'invalidité à l'INAMI via les organismes assureurs.

Un troisième projet dans le cadre de ce domaine stratégique vise l'amélioration de la qualité des services fournis en ce qui concerne les activités et les décisions du Conseil médical de l'invalidité (CMI) relatives à l'état et à la durée de l'invalidité des titulaires. Un groupe de travail sera mis sur pied et il sera fait rapport au sujet de la réflexion (toujours en cours) concernant les adaptations possibles aux procédures décisionnelles du CMI (et concernant l'avenir des commissions régionales), en ce compris les modifications réglementaires, organisationnelles et opérationnelles qui vont de pair.

Un dernier projet dans le cadre de ce domaine stratégique est le développement des postes de gardes pour les médecins généralistes. Il s'agit concrètement de la standardisation du financement des postes de gardes afin de libérer des moyens financiers pour la création de postes de gardes additionnels. Ce projet vise une accessibilité, une disponibilité et un fonctionnement optimaux des postes de gardes pour les patients.

(4) Modernisation de la nomenclature des prestations de santé et des listes de produits

Rendre la production de la nomenclature plus transparente et étendre les procédures de remboursement sont des choix importants du Plan stratégique 2010-2015. Ces dernières années, la réforme du secteur des implants et le lancement d'une nouvelle Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI) en ont été un résultat. Au cours de la première année du présent Contrat d'administration, la nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables sera mise en production. Il s'agira de la dernière phase dans le cadre de la réforme des implants.

(5) Stimulation d'approches innovatrices dans le domaine des soins de santé

Il apparaît de la vision externe que plusieurs facteurs environnementaux incitent à des solutions innovatrices et créatives pour arriver à des mécanismes de remboursement, des modèles de soins performants, etc. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, les projets suivants prédominent.

Un projet important concerne les trajets de soins qui visent une coordination des soins en améliorant la collaboration entre le patient, le médecin généraliste, le spécialiste et d'autres professionnels de la santé. Outre ces soins coordonnés, le projet vise également un « empowerment » (une autonomisation, ou prise en charge de la personne par elle-même) et une plus grande responsabilisation du patient. Dans le Contrat d'administration précédent, 2 trajets de soins ont été mis en route, pour les patients souffrant de diabète de type 2 et d'insuffisance rénale chronique. Pendant la période du présent Contrat d'administration, l'INAMI va évaluer ces trajets de soins en cours, en vue de les poursuivre et, éventuellement, de les étendre à d'autres groupes cibles et/ou malades chroniques.

Un autre projet est bâti sur un projet du 3^e Contrat d'administration, à savoir le développement d'un Plan belge pour les maladies rares. Il s'agit de développer, d'une part, une stratégie et une méthode de travail pour le soutien administratif de la création et, d'autre part, le financement de centres d'expertise pour les maladies rares. Ce projet s'inscrit dans une stratégie qui a été élaborée au niveau de l'Union européenne et qui a été confirmée par le Parlement belge, afin d'améliorer la prise en charge et les soins des patients qui souffrent d'une maladie rare. Au niveau européen, l'ambition est de réaliser un réseau de centres d'expertise avec les critères d'expertise y afférents, la qualité, etc. Le développement de tels centres d'expertise comprend plusieurs volets, tels que notamment le développement d'une stratégie de prise en charge des patients atteints d'une maladie rare, l'élaboration d'un instrument de sélection pour le choix des pathologies en vue de l'ouverture d'un centre d'expertise, le développement de cadres réglementaires, la rédaction de conventions avec les nouveaux centres d'expertise et la communication envers différents partenaires.

Un 3^e projet dans ce domaine stratégique concerne la création d'un Service « Fonds des accidents médicaux (FAM) » auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Le FAM, chargé de la gestion de l'indemnisation de dommages résultant de soins de santé, a été 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. Afin de permettre une gestion plus efficace du Fonds (e. a. la gestion du personnel, le management RH, l'ICT, les besoins matériels, les budgets et la comptabilité, etc.), le Fonds est effectivement intégré en tant que service particulier de l'INAMI.

(6) Optimalisation des missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle

Afin de garantir une utilisation efficiente et efficace des moyens destinés à l'assurance maladie-invalidité, il faut une politique moderne en matière de feed-back, d'évaluation et de contrôle à l'égard des dispensateurs de soins, des établissements de soins, des organismes assureurs, des assurés sociaux, des firmes, des offices de tarification, etc. Ce contrôle moderne de l'utilisation optimale des moyens ne vise pas uniquement à sanctionner et à réprimer les dispensateurs mais accorde également beaucoup d'importance à la prévention et à la responsabilisation. De manière générale, trois piliers peuvent être identifiés auxquels une attention particulière doit être consacrée, à savoir Informer, Contrôler et Evaluer.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, nous allons tout d'abord poursuivre le développement de la gestion informatisée des dossiers au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Ce système de gestion des dossiers constitue l'instrument de travail central pour le personnel d'inspection et de contrôle du Service. Le système continuera d'être développé sur le plan des fonctionnalités offertes (workflow, rapport, etc.).

Un deuxième projet est de nature plus globale et concerne la réorganisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, notamment à la lumière des départs prévus du personnel de direction et d'inspection suite à une vague de départs à la pension.

Troisièmement, les activités de croisement de données du Service du contrôle administratif seront poursuivies et étendues. Il s'agit en première instance du croisement des données des indemnités d'invalidité avec les données DMFA. Dorénavant, les données au niveau des indemnités en incapacité primaire seront cependant également croisées. Cela doit permettre de contribuer à une gestion correcte des moyens financiers pour l'incapacité de travail primaire et ce, également à la lumière de l'augmentation systématique du nombre de bénéficiaires, qui est peut-être encore amplifiée par les adaptations au niveau des pensions et des allocations de chômage.

Le dernier projet concerne le contrôle des attestations en incapacité primaire indûment fournies par les médecins. D'un côté, ceci permettra, à titre préventif, l'élaboration de lignes directrices pour la délivrance de ces attestations et, d'un autre côté, il sera possible d'effectuer des analyses sur les données provenant des médecins traitants et sur les prescriptions délivrées. Ces données sur les activités des médecins-conseils sont disponibles dans le secteur de l'incapacité de travail primaire, et partagées entre les OA et l'INAMI.

(7) Renforcement du soutien apporté à la politique financière de l'ASSI

Responsabilisation des acteurs de l'assurance maladie et transparence en ce qui concerne les flux de moyens sont les deux piliers centraux de la politique financière de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ces piliers gagnent encore en importance à la lumière de la pression sur les budgets de mission et de gestion dans l'ensemble du secteur fédéral. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'INAMI souhaite par conséquent expressément s'engager dans chacun de ces deux aspects.

Un premier projet dans le présent Contrat d'administration concerne l'opérationnalisation – en fonction des décisions politiques prises dans le dossier – du nouveau système de responsabilisation des OA en ce qui concerne leurs frais d'administration. Il s'agit notamment de l'élaboration concrète d'indicateurs sur lesquels les OA seront responsabilisés.

Un deuxième projet découle d'un audit de la Cour des comptes et a pour objectif d'augmenter la transparence au niveau des montants indus et des récupérations par les OA dans le cadre de l'assurance

indemnités. À cet effet, il y a lieu de mettre en place des flux de données avec les OA, qui peuvent ensuite être exploités à des fins d'analyse.

(8) Renforcement de la communication externe et promotion d'une image positive de l'INAMI

Bon nombre de projets du présent Contrat d'administration comportent un aspect de communication externe et renforcent par là l'image positive de l'INAMI. Un engagement spécifique concernant ce domaine stratégique est la fête des 50 ans de l'INAMI en 2014 ainsi que les 20 ans de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. A cette occasion, l'INAMI organisera une série d'initiatives tant internes qu'externes.

(9) Amélioration de l'harmonisation par rapport aux niveaux européen et international

L'INAMI veut contribuer et se préparer au mieux aux initiatives et développements européens et internationaux, en contribuant tant au développement d'initiatives européennes et internationales en matière d'assurance maladie-invalidité qu'à une exécution correcte et rapide de la réglementation européenne et internationale (législation en matière de coordination, traités bilatéraux, etc.) en matière d'assurance maladie-invalidité.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, aucun projet spécifique n'a été inscrit pour ce domaine. Il va de soi que l'INAMI va néanmoins poursuivre ses missions en la matière.

(10) Développement organisationnel et bonne administration

Pour terminer, le présent Contrat d'administration contient un certain nombre de projets et d'actions-engagements qui s'inscrivent dans le développement organisationnel et le renforcement de la bonne administration au sein de l'INAMI. Ces projets sont dans le droit fil de la stratégie interne de l'INAMI, telle qu'elle a été fixée dans le Plan stratégique 2013-2015.

Dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'INAMI se concentrera en particulier sur trois objectifs au niveau de l'organisation interne, à savoir :

- l'intérêt pour le bien-être du personnel ;
- le renforcement de l'analyse des processus, notamment du point de vue de l'efficacité ;
- le renforcement de la maîtrise des risques, du contrôle interne et de l'audit interne à l'INAMI.

Article 10. Grands axes du Contrat d'administration 2013-2015

Ce Contrat d'administration comprend 5 grands axes pour lesquels l'INAMI, dans le cadre de sa compétence et pour l'exécution de ses missions, déploiera les moyens humains et matériels nécessaires et développera les instruments de mesure nécessaires au suivi de leur exécution.

Il s'agit des axes suivants :

1. le développement des informations et des moyens nécessaires à la **maîtrise des dépenses** en matière de prestations de l'assurance soins de santé et indemnités ;
2. la **simplification administrative** en vue de simplifier les processus, les procédures, les services, etc. pour les clients externes et internes de l'INAMI ;

3. **l'amélioration des processus et l'informatisation**, entraînant une amélioration des services administratifs offerts aux utilisateurs externes et internes – afin de pouvoir répondre aux dispositions de la Charte de l'assuré social et de garantir l'accessibilité aux prestations de l'assurance – et aux différents partenaires ;
4. la collaboration, de façon adéquate, à **l'application correcte et uniforme de la législation**, telle que fixée dans la loi SSI et dans d'autres réglementations ;
5. et la **contribution à la maîtrise interne des coûts et à une utilisation rationnelle des moyens** en offrant la possibilité de lancer des projets ayant pour objectif des économies ainsi qu'une vision et un pilotage des coûts.

Dans le cadre des missions confiées à l'INAMI en vertu des dispositions légales, une attention particulière sera accordée aux points susmentionnés pendant toute la durée du Contrat d'administration.

Pour y répondre, il faudra modifier l'organisation du travail et des différentes procédures, faire appel à l'informatique, procéder à une requalification de certaines tâches et investir davantage dans la gestion et la formation des agents.

Dans le cadre de l'autonomie accordée et des moyens attribués, il appartient à l'INAMI et à son administration de prendre toutes les mesures nécessaires à cet effet.

Les parties cosignataires du Contrat reconnaissent qu'en raison de l'ampleur et de la complexité de la matière à traiter, la collaboration active de tous les acteurs concernés et une stabilité relative du terrain de travail de l'Institut sont indispensables pour réaliser un progrès significatif au niveau des priorités à prendre en considération.

Chacun des 5 axes énumérés correspond à des objectifs précis à réaliser par l'Institut et son administration.

Pour la période du **1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015**, les parties conviennent de retenir les objectifs des titres IV au XIII inclus. Pour ce qui est des objectifs spécifiques, les effets seront suivis au moyen de tableaux de bord (voir titre XIV + XV).

Le choix des objectifs est motivé par les considérations suivantes :

- réagir aux signaux externes indiquant qu'une amélioration des procédures et des informations dans les matières traitées est attendue ;
- garantir la qualité du traitement des dossiers ;
- suivre de la manière la plus efficace possible les domaines et axes stratégiques définis ci-avant ;
- concilier la poursuite de l'exercice des activités quotidiennes imposées à l'administration et le développement, pour une période de trois ans, d'initiatives permettant de répondre aux nouvelles normes.

Outre la sélection d'un certain nombre de projets avec des actions-engagements et éventuellement des tableaux de bord pour la période 2013-2015, il est également prévu de suivre un certain nombre de processus et activités pour lesquels des actions-engagements ont été pris dans le cadre des Contrats d'administration précédents, mais qui ne figurent plus dans le présent Contrat d'administration. Ce suivi a pour objectif de créer de la transparence au niveau du développement des anciens engagements dans le cadre des missions continues de l'INAMI.

TITRE IV: Amélioration de la gestion des données, du développement des connaissances et de la préparation et du reporting stratégique

Article 11. Développement des connaissances en incapacité de travail

Le présent article comprend un nouveau projet qui se base sur les articles 15, 16 et 17 du Contrat d'administration 2010-2012. Il concrétise la poursuite d'initiatives déjà prises précédemment.

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

- Nouvelle prestation de service : amélioration des processus et informatisation
- Maîtrise des dépenses

Contexte

Au niveau international, la problématique de l'incapacité de travail est de plus en plus considérée 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 265.000 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 être compris entre 294.000 et 302.000 personnes en 2015. 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 périodes de maladie indemnisées pendant cette période de moins d'un an a augmenté pour passer de 344.492 unités en 2004 à 399.075 unités en 2010.

Une des missions de base du Service des indemnités de l'INAMI est le développement des connaissances en matière d'incapacité de travail, en vue de soutenir les choix de politique dans le domaine de l'incapacité de travail. Ce développement des connaissances est rendu possible grâce à la collecte et au traitement de données, à l'établissement de statistiques, à l'exécution d'analyses et d'études et à la formulation de recommandations pour la politique à mener.

Les Contrats d'administration précédents comportaient divers projets axés sur le développement des connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail. Il s'agissait notamment des aspects suivants :

- Etudes statistiques et explicatives dans le domaine de l'invalidité ;
- Rapports statistiques en matière d'incapacité de travail primaire ;

- Informatisation, individualisation et enrichissement des flux de données avec les OA et l'ONEM en vue de détecter un certain nombre de facteurs explicatifs en matière d'incapacité de travail primaire (projet « incapacity for work ») ;
- Etude du Dulbéa sur les rapports entre assurances indemnités et chômage ;
- Informatisation des flux de données portant sur la reprise des activités à temps partiel, autorisée par le médecin-conseil, ainsi que sur l'évaluation du système sur la base de ce flux de données ;
- Task force « Back to work » et projet « Prevent » ;
- Travaux du Conseil technique médical sur les guidelines aux médecins-conseils en matière d'évaluation médicale ;
- Etc.

Dans le cadre du Contrat d'administration 2013-2015, l'INAMI souhaite :

- poursuivre le travail entamé avec les instruments existants au niveau du développement des connaissances et du soutien à la politique menée en matière d'incapacité de travail ;
- et continuer à approfondir les facettes de l'incapacité de travail, là où les connaissances sont encore insuffisantes (par exemple la santé mentale, la qualité de l'évaluation médicale, etc.).

En outre, l'INAMI souhaite ancrer les différents instruments de connaissance dans une stratégie intégrée. Dans ce cadre, il y a lieu de se pencher sur les aspects suivants :

- Analyse proactive et sélection des projets au sein d'un programme de travail pluriannuel ;
- Détection de l'expertise existante au sein de l'INAMI et chez les partenaires de l'INAMI en ce qui concerne ces domaines ;
- Développement et surveillance de la qualité des sources et des flux de données requis ;
- Exploitation des résultats des projets et études ;
- Communication vers l'extérieur de ces résultats ;
- Coordination et diffusion de l'information aux médecins-conseils en matière d'évaluation médicale, le but étant d'améliorer la qualité des décisions médicales par la diffusion de guidelines (cohérence des décisions prises) ;
- Coordination des réseaux internationaux : OCDE et AISS ;
- Veille de la littérature scientifique en matière d'incapacité de travail ;
- Etc.

En vue de développer une telle stratégie de connaissance intégrée et d'en assurer l'exécution et le suivi, une coordination sera prévue au sein de la Direction générale du Service des indemnités de l'INAMI.

Pour l'exécution de la stratégie de développement des connaissances, trois instruments seront grosso modo mis en œuvre.

Premièrement, il est nécessaire de renforcer la coordination, la collaboration et la transversalité des différentes entités au sein du Service des indemnités et ce, au niveau de divers instruments de connaissance et de soutien à la politique menée en matière d'incapacité de travail. Cela impliquera donc le développement d'une expertise plus grande et son intégration dans le Service.

Deuxièmement, des partenariats avec des experts compétents, tels que le monde académique, seront conclus. Ce projet permettra, tant aux réseaux d'acteurs internes comme aux réseaux d'acteurs externes, de traduire ensemble des données et des informations en une expertise en matière d'incapacité de travail, en vue de renforcer le rôle de soutien à la politique du Service des indemnités.

Troisièmement, il est nécessaire de renforcer la collaboration avec les OA et l'IMA et de conclure des accords pour déterminer qui doit réaliser quelles analyses. Des synergies en matière de connaissances

peuvent également être réalisées avec d'autres organisations publiques telles que le FMP, le FAT et la DG Personnes handicapées.

En termes d'actions-engagements, le développement des connaissances en incapacité de travail primaire et en invalidité impliquera d'abord la création d'un Comité d'accompagnement pour le développement et le suivi de la stratégie intégrée en matière de développement des connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail. La composition de ce comité d'accompagnement est décidée par le Comité de gestion du Service des indemnités. La création de ce Comité d'accompagnement souligne la volonté du Service de collaborer avec les différents partenaires que sont l'IMA, les universités, d'autres organisations publiques et les organisations internationales actives dans le domaine.

Un autre engagement consiste à établir chaque année un programme de travail pour le développement des connaissances en matière d'incapacité de travail, et à le soumettre au Comité de gestion du Service. Le Comité d'accompagnement en assurera le suivi.

Les actions-engagements prévoient en outre qu'un certain nombre de rapports déjà existants portant par exemple sur l'évolution et les constatations en matière d'incapacité de travail, l'autorisation d'une reprise d'activité à temps partiel, la réadaptation professionnelle, les facteurs explicatifs de l'invalidité etc. continueront à être rédigés.

Le Service des indemnités tentera également d'enrichir et d'approfondir systématiquement ces rapports par l'ajout de nouveaux éléments et points de vue. À cet effet, deux actions-engagements spécifiques sont prévus :

- Un rapport annuel sur les facteurs explicatifs de l'invalidité avec un focus spécifique sur la santé mentale et les troubles musculo-squelettiques ;
- Au cours de la réalisation du nouveau Contrat d'administration, le Service des indemnités développera également une méthode de travail spécifique pour les facteurs explicatifs médicaux de l'incapacité de travail primaire (voir lien avec la pathologie, par exemple code ICD-9/10).

Enfin, la mise en place d'un baromètre de l'incapacité de travail est un autre objectif relevant des actions-engagements. Il s'agit d'un projet de recherche qui vise à compiler annuellement toutes les données relatives à la part de la population belge active en Belgique, écartée du travail pour des raisons médicales comme l'incapacité primaire, l'invalidité, le handicap, les maladies professionnelles, les accidents du travail, ou les chômeurs ne pouvant pas poursuivre leur recherche d'emploi pour raisons médicales. Il s'agit donc d'une intégration et d'une consolidation succinctes d'un certain nombre d'indicateurs clés dans le domaine de l'incapacité de travail issus entre autres des rapports susmentionnés.

Actions-engagements

L'objectif principal du développement de connaissance en incapacité de travail est de mettre en place un programme de travail de recherche pluriannuel sur les aspects socio-économiques et médicaux de l'incapacité de travail.

1. Création d'un Comité d'accompagnement pour le développement et le suivi de la stratégie intégrée en matière de développement des connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail, composé de représentants du Comité de gestion et de personnalités du monde académique. Date limite : 30 juin 2013.

2. Présentation au Comité de gestion du Service des indemnités d'un programme annuel d'études sur l'incapacité de travail et présentation de ces études. Dates limites : 31 décembre 2013 ; 31 décembre 2014 ; 31 décembre 2015.
3. Réalisation d'un rapport annuel à l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités sur l'exploitation des données existantes du Service en matière d'incapacité de travail 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 ;
 - Fonctionnement du système de reprise du travail à temps partiel autorisée ;
 - Réadaptation professionnelle.Dates limites : 31 décembre 2013 ; 31 décembre 2014 ; 31 décembre 2015
4. Rapport annuel à l'intention du Comité de gestion du Service des indemnités sur les facteurs explicatifs de l'invalidité : focus sur la santé mentale et les troubles musculo-squelettiques. Dates limites : 31 décembre 2013 ; 31 décembre 2014 ; 31 décembre 2015.
5. Définition d'une méthode pour analyser les facteurs explicatifs médicaux de l'incapacité de travail primaire. Date limite : 31 décembre 2013.
6. Création d'un baromètre de l'incapacité de travail. Date limite : 31 janvier 2014.

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 ;
- Upgrade de la qualité de l'information aux Médecins conseils en matière d'évaluation médicale ;
- Information aux grands publics, 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, etc.

TITRE V: Exploiter les possibilités de eHealth

Article 12. Stratégie et feuille de route pour l'informatisation des soins de santé

Cet article intègre dans une vision et une approche plus larges les différents projets repris par les précédents Contrats d'administration (notamment les articles 22, 23, 24, 27 du Contrat d'administration 2010-2012) de l'INAMI.

Intitulé

Il s'agit de poursuivre le développement et l'implémentation d'une stratégie intégrée relative à l'informatisation des soins de santé.

Cadre

Conseiller, réglementer.

Axes

- Simplification administrative.
- Amélioration du processus et informatisation.

Contexte

Cette dernière décennie, les évolutions en matière d'ICT ont également 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. 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.).

L'informatisation du secteur des soins de santé comporte de nombreuses dimensions et implique de nombreux acteurs. Il s'agit d'une multitude de projets et de projets partiels, impliquant à chaque fois des aspects stratégiques, techniques, juridiques et en lien avec le business. De plus, ces projets d'informatisation requièrent l'implication d'un nombre très élevé de partenaires. La réussite de l'informatisation est, dans une large mesure, subordonnée à l'existence d'une stratégie et d'un planning clairs, d'une capacité organisationnelle et de coordination adaptée ainsi que d'un intérêt constant pour la communication avec les partenaires et les groupes d'utilisateurs. EHealth joue un rôle central à cet égard. De par son implication dans certains projets, l'INAMI souhaite contribuer, au maximum, à la mise en place d'un modèle organisationnel efficace en la matière. Dans ce cadre, l'INAMI a par exemple pris l'initiative de créer la plate-forme Simplification administrative et informatisation, laquelle a permis

d'établir, en concertation avec les OA et le CIN ainsi que la plate-forme eHealth, des choix, des priorités et des plannings en lien avec les projets d'informatisation et/ou de simplification à mettre en place.

Le Plan stratégique 2010-2015 et les précédents Contrats d'administration de l'INAMI ambitionnaient clairement de contribuer à l'informatisation des flux d'information administratifs et médicaux et des services de soins de santé, par exemple :

- en collaborant au développement de la plate-forme eHealth ;
- en collaborant à la poursuite de l'extension du projet My CareNet ;
- en développant l'ASBL eCare au point de vue de l'organisation et du contenu ;
- en utilisant eHealthBox pour la communication avec les acteurs de soins ;
- en informatisant le processus d'accréditation ;
- etc.

La ministre a demandé mi-2012 à l'INAMI , à la plate-forme eHealth et au SPF SPSCAE de préparer une table ronde à laquelle seraient associés tous les acteurs ainsi que les Communautés et Régions. Cette table ronde doit aboutir à une vision globale en matière d'informatisation des soins de santé et à un consensus sur l'établissement d'une feuille de route stratégique.

Dans le cadre de ce Contrat d'administration, l'INAMI a l'ambition de s'y rallier en vue de poursuivre l'informatisation des soins de santé. L'INAMI souhaite bien évidemment se rallier aussi aux ambitions qui figurent dans la note politique de la ministre des Affaires sociales et dans le plan d'action fédéral de simplification administrative 2013-2015. Le présent Contrat d'administration met l'accent sur deux programmes cruciaux : le développement d'eCare et l'extension de My CareNet.

Tout d'abord, l'INAMI souhaite contribuer à l'opérationnalisation de l'ASBL eCare. L'article 37 de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth prévoit que l'État et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peuvent créer, avec les organismes assureurs et avec les associations de prestataires de soins et d'institutions de soins, une association sans but lucratif, dans le but d'appuyer la promotion de la qualité de la pratique médicale et des instances chargées de cette mission par l'organisation de l'échange de données cliniques. Sur la base du cadre réglementaire et des statuts de l'ASBL, il y a lieu de traiter les aspects suivants :

- établir un règlement d'ordre intérieur ;
- développer une vision et une feuille de route pour le développement des projets dans le cadre de eCare ;
- élaborer des instruments/templates pour la description du projet et la conclusion de conventions en vue de l'exécution de la feuille de route et des priorités choisies par l'ASBL.

À l'issue de l'opérationnalisation administrative et de la définition d'une vision et d'une feuille de route, l'ASBL eCare peut, à l'instar des projets déjà mis en place en matière de médicaments anti-NFT (l'application SAFE permettant l'enregistrement électronique des données médicales et administratives dans le cadre du traitement de la polyarthrite rhumatoïde), s'atteler à la création de l'enregistrement électronique des demandes de remboursement d'implants (Qermid), du registre électronique des prothèses de la hanche et du genou (Orthopride) et de la collecte de données dans le cadre des trajets de soins (Achil). Les engagements suivants pourraient par exemple être pris dans le cadre du présent Contrat d'administration - les choix définitifs et les priorités seront définis par l'ASBL :

- la dématérialisation des flux avec les OA (médecins-conseils) dans le cadre de Qermid, par la réalisation d'une communication informatisée « system-to-system » avec les OA. Le champ d'application des engagements pris dans le cadre du présent Contrat d'administration est le Chapitre IV-médicaments et les implants ;

- la généralisation de la prescription électronique, dans un premier temps pour les médicaments (ambulatoire, consultations en hôpital de jour, etc.) ;
- la constitution d'un registre de traçabilité des implants, en partenariat avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Il s'agit d'un projet pluriannuel. D'une part, ce projet comporte un volet technique permettant de constituer ce registre. D'autre part, le registre devrait également être alimenté progressivement en termes de contenu. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, le registre sera mis en production au niveau technique et sera déjà alimenté pour un certain nombre d'implants prioritaires ;
- les projets prioritaires identifiés par l'ASBL eCare, relatifs au partage des données (par exemple SUMEHR, le schéma de médication, BELRAI, l'imagerie médicale, les résultats de biologie clinique, etc.)

Ensuite, l'INAMI souhaite continuer à contribuer au développement de My CareNet. Des engagements ont été pris dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012 concernant le développement des fichiers de référence, l'établissement d'un cadre réglementaire adapté et la communication aux groupes cibles de My CareNet. Entre-temps, le soutien apporté au programme My CareNet, lequel a été coordonné dans son ensemble au niveau du CIN et des OA, a été systématisé et les efforts dans ce sens seront poursuivis. Le déploiement et l'utilisation des différentes fonctionnalités de My CareNet au sein des différents groupes cibles feront l'objet d'un suivi au moyen d'un tableau de bord. Dans le cadre du présent Contrat d'administration, l'INAMI prévoit :

1. l'exécution de l'application obligatoire du régime tiers payant, telle qu'intégrée dans le projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité en santé, en faveur des catégories sociales telles que les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affections chroniques, à partir du 1.1.2014.
 - Le respect de cette obligation par les dispensateurs de soins devra être soutenu, sur le plan pratique, par la plate-forme MyCareNet dans le cadre de la consultation de l'assurabilité. Cette étape est nécessaire avant que le régime tiers payant ne devienne obligatoire pour les dispensateurs de soins.
 - Le statut Affections chroniques a été intégré dans le projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité en santé et pourra entrer en vigueur à partir du 1er janvier 2013. Ce statut aboutira, d'une part, à un élargissement des groupes cibles (pour les malades chroniques) dans le cadre de l'application du maximum à facturer (à partir de 2013) et, d'autre part, à l'application automatique du régime tiers payant (à partir de 2014).
2. de continuer à soutenir la suppression de la carte SIS, prévue à partir de fin 2013. À partir de cette date, plus aucune carte SIS ne sera délivrée et les cartes SIS périmées ne seront plus remplacées. La réglementation devra fixer la date d'échéance pour la mise hors circuit des cartes SIS. Cela concerne les aspects suivants :
 - développement d'un module permettant aux titulaires (à savoir, les pharmaciens mais également les hôpitaux, dentistes) de s'identifier en vue d'accéder aux données d'assurabilité ;
 - assurer la communication nécessaire aux dispensateurs de soins concernant le « roll-out » de la suppression de la carte SIS. Cette communication se fera évidemment en plusieurs temps, elle interviendra au cours des 10^e et 3^e mois précédant la date de mise en route de la suppression de la carte SIS.

Les attestations papier disparaîtront progressivement en raison de l'extension de l'application du régime tiers payant et de la disponibilité des fonctionnalités via MyCareNet. L'INAMI devra s'y préparer et prendre les initiatives légales nécessaires.

Enfin, il convient encore de mentionner l'effort de l'INAMI en matière de transparence vis-à-vis des patients. A cet effet, en 2012, l'INAMI, en collaboration avec les OA et les dispensateurs de soin, a lancé une réflexion sur une plus grande transparence dans la facturation envers les patients. Cela concerne aussi bien la transparence en termes de coûts réels que les prestations prises en compte.

Actions-engagements

En ce qui concerne le développement de eCare

1. Réunion d'installation de l'ASBL eCare. Date limite : dans les 3 mois qui suivent la table ronde.
2. Présentation, à l'ASBL eCare, d'une stratégie et d'une feuille de route pour le développement des projets eCare. Date limite : X (réunion d'installation de l'ASBL eCare) + 6 mois.
3. Développement – en vue de l'implémentation de la feuille de route – d'un cadre général, assorti d'instruments et de templates pour la description du projet, en vue conclure une convention avec des projets prioritaires identifiés par eCare et financés par l'INAMI. La coordination de ces projets par l'INAMI nécessite des moyens (par le budget eCare). Date limite : X (réunion d'installation de l'ASBL eCare) + 12 mois.

En ce qui concerne le développement My CareNet.

4. Développement d'un tableau de bord relatif au suivi de l'utilisation des diverses fonctionnalités de My CareNet par les différents groupes cibles. Date limite : 31/03/2013.
5. Développement d'un module permettant aux titulaires (à savoir, les pharmaciens mais également les hôpitaux, dentistes) de consulter et de modifier leurs données en vue d'accéder aux données d'assurabilité. Date limite : 30/06/2013.
6. Assurer la communication nécessaire aux dispensateurs de soins concernant la suppression de la carte SIS. Date limite : au cours des 10^e et 3^e mois précédant la date de mise en route de la suppression de la carte SIS.

En ce qui concerne le suivi de l'implémentation des projets d'informatisation :

7. Rapport annuel au Comité général de gestion et au Ministre compétent sur les progrès réalisés au niveau de l'implémentation des projets eCare et MyCareNet. Dates limites : 31.12.2013, 31.12.2014, 31.12.2015.

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

- Priorités au sein de l'ASBL eCare.
- Initiatives politiques visant à stimuler l'application obligatoire du tiers payant social.

Article 13. La « eHealthBox », futur outil de communication externe

Le présent article est une continuation du projet inscrit dans le 3^e Contrat d'administration 2010-2012 (article 21).

Intitulé

INAMI/BO-CA_4 BO_Final_130222_FR.doc

33/120

Utilisation de la « eHealthBox » pour l'envoi d'informations aux groupes cibles externes.

Cadre

Informier.

Axes

- Contribuer à la maîtrise des coûts internes et à une utilisation rationnelle des moyens
- Simplification administrative
- Amélioration du processus et informatisation

Contexte

La « eHealthBox » est une boîte aux lettres électronique sécurisée mise à la disposition des institutions, des partenaires et des dispensateurs de soins par la plateforme eHealth. Ce service de messagerie offre la possibilité aux utilisateurs de transmettre des données à d'autres utilisateurs dans un environnement sécurisé.

La plateforme eHealth a présenté une deuxième version de la « eHealthBox » au cours du premier trimestre de 2012. Les fonctionnalités demandées par l'INAMI (relatives notamment au message de transmission, au message de réception et aux messages d'erreurs) y ont été intégrées et sont donc disponibles.

L'INAMI souhaite utiliser pleinement cette version de la « eHealthBox » en 2013. Un groupe de travail est actuellement en train d'analyser les flux d'informations pouvant entrer en ligne de compte pour l'envoi via la « eHealthBox ». Ce moyen de communication innovateur permettra de réaliser une économie de coûts internes au niveau de la consommation de papier et des frais d'envois. Ce projet sera suivi de près les années à venir.

Actions-engagements

1. Démarrage et utilisation de la « eHealthBox » pour un premier groupe cible. Date limite : 31 décembre 2013.

Effets attendus

- Suppression des flux papier
- Communication rapide et sécurisée

Facteurs externes

- Utilisation de eHealth par les dispensateurs de soins
- Accès des dispensateurs de soins aux outils ICT

TITRE VI: Améliorer en permanence l'accessibilité aux soins, moderniser l'attribution des droits aux individus et renforcer la sécurité en matière de tarifs

Article 14. Réforme de l'intervention majorée : opérationnalisation de l'échange de données.

Le présent article est la continuation du projet qui figurait déjà dans le Contrat d'administration 2006-2008 (article 34), l'Avenant 2009 (article N11) et le troisième Contrat d'administration 2010-2012 (article 26).

Intitulé

Opérationnalisation de l'échange de données entre les organismes assureurs, le SPF Finances et l'INAMI de sorte que la réforme de l'intervention majorée puisse effectivement prendre cours.

Cadre

Réglementer, informer, contrôler.

Axes

- Simplification administrative.
- Application uniforme de la réglementation.

Contexte

L'intervention majorée (IM) de l'assurance vise à accroître l'accessibilité financière aux soins de santé pour les ménages à revenus modestes permettant ainsi aux membres desdits ménages de recourir aux soins indispensables.

Le 17 juillet 2009, le Conseil des ministres a décidé de regrouper les statuts OMNIO et IM. Le groupe de travail « Assurabilité » de l'INAMI a été chargé de formuler des propositions concrètes en la matière pour regrouper au maximum les statuts IM et OMNIO en vue d'arriver à une seule procédure d'allocation. Ces dernières années, l'INAMI a entrepris les actions nécessaires à cet effet. Dans ce contexte, nous faisons référence aux rapports semestriels et aux rapports annuels des Contrats d'administration antérieurs.

Entre-temps, les réglementations relatives à l'OMNIO et à l'IM ont été adaptées. 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) est élaboré au cours du premier semestre de 2012. Étant donné que la réglementation change fondamentalement, les fichiers qui sont échangés en vue d'accorder et de contrôler les droits à l'intervention majorée doivent également être modifiés.

Le Service du contrôle administratif de l'INAMI a l'obligation d'effectuer un contrôle dans le cadre de l'intervention majorée. La nouvelle réglementation prévoit actuellement aussi une obligation supplémentaire, à savoir l'obligation d'interroger de manière proactive les assurés concernant leurs revenus. 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.

L'échange de données dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance poursuit plusieurs objectifs :

- Un premier objectif vise une recherche proactive des bénéficiaires potentiels (ceci constitue un élément nouveau par rapport à la réglementation antérieure). Il se peut qu'une partie des bénéficiaires potentiels de l'IM fasse actuellement défaut dans le système actuel. Un questionnement proactif des bénéficiaires potentiels concernant leurs revenus doit permettre de les détecter. En créant un flux proactif établi par le SPF Finances et l'INAMI, le système d'échange de données adapté aidera les organismes assureurs et les mutualités à chercher les bénéficiaires potentiels de l'IM. Si le flux proactif indique qu'ils se trouvent probablement en dessous du plafond de revenus donnant droit à l'IM, ils seront invités à introduire une déclaration sur l'honneur.
- Un deuxième objectif, déjà poursuivi dans le cadre de l'échange de données actuel (communiqué ici pour information seulement, cette partie ne relevant pas de la réforme de l'IM ni de l'arrêté d'exécution) est l'octroi automatique d'avantages supplémentaires par d'autres services publics aux personnes ayant droit à l'IM. Grâce à une intégration des bénéficiaires dans le répertoire de la BCSS, d'autres services peuvent offrir des réductions ou promotions sans attestation papier ou sans prendre contact avec les bénéficiaires.
- Un troisième objectif, déjà poursuivi dans le cadre de l'échange de données actuel, est le contrôle du droit à l'IM de certains bénéficiaires. En réclamant les données fiscales des bénéficiaires disposant d'un revenu modeste et en les mettant à la disposition des organismes assureurs, ce droit pourra être examiné, prolongé ou supprimé à l'avenir. Un flux de contrôle à la fois optimisé et plus rapide permettra aux organismes assureurs de recevoir efficacement les réponses du SPF Finances via l'INAMI. L'accélération de l'échange de données permettra en outre de retirer plus rapidement le droit à l'IM des personnes qui dépassent le plafond de l'IM. Cela a un effet positif sur la popularité de la mesure et sur les budgets.

Les options visant à concrétiser les différents processus sont énumérées ci-après. Étant donné que les discussions concernant l'arrêté royal d'exécution sont encore en cours, un certain nombre d'options peuvent encore changer. Il s'agit des processus suivants :

1. Le premier processus consiste à interroger, de manière proactive, le SPF Finances sur les ménages dont tous les membres ne bénéficient pas de l'IM. Chaque année, les organismes assureurs composeront les ménages au 1^{er} janvier suivant les règles de l'IM et communiqueront les informations à l'INAMI. Sur la base des données dont ils disposent, les organismes assureurs sélectionneront les ménages (notamment existence de bons de cotisation, présence dans le ménage d'un titulaire résident redevable des deux cotisations les plus élevées en application de l'article 134 de l'AR du 3 juillet 1996, ménage pour lequel une demande d'octroi de l'IM a déjà été introduite fin de l'année précédente et cette demande a été rejetée...) de sorte que les ménages ayant potentiellement droit à l'intervention majorée puissent être isolés. Les données fiscales de tous les membres du ménage seront ensuite réclamées par l'INAMI auprès du SPF Finances. Sur la base de ces données, l'INAMI déterminera le revenu du ménage ainsi que le seuil par ménage. Pour chaque ménage, une comparaison entre le revenu réel du ménage et le seuil de l'IM sera alors faite. Ces informations seront encodées (revenu en dessous ou au-dessus du seuil de l'IM) et renvoyées aux organismes assureurs. Ceux-ci examineront ensuite s'il existe éventuellement d'autres types de revenus. Les ménages dont le code revenu (éventuellement

cumulé avec d'autres types de revenus) est inférieur au seuil d'IM pourront être invités à compléter une déclaration sur l'honneur pour pouvoir prétendre au droit à l'IM.

La réalisation de ce flux proactif ne pourra être exécutée qu'après l'accord préalable de la Commission de protection de la vie privée et de l'accord préalable et la collaboration nécessaire du SPF Finances.

2. Le deuxième processus a pour but de permettre à des services publics d'offrir des avantages supplémentaires aux personnes ayant droit à l'IM sans qu'ils doivent prendre contact avec elles. L'octroi de ces avantages se fait sur la base d'un fichier contenant tous les bénéficiaires de l'IM. Il s'agit en quelque sorte d'un fichier de photos. Les numéros d'identification de la Sécurité sociale (NISS) contenus dans ce fichier sont intégrés dans le répertoire de la BCSS. Le fichier sera également chargé dans le datawarehouse de l'INAMI pour que des analyses statistiques puissent être effectuées sur ce fichier.
3. Le troisième processus concerne le contrôle systématique optimisé et adapté. Ce contrôle concerne les bénéficiaires de l'IM et est effectué sur la base d'un revenu modeste et d'une déclaration sur l'honneur y afférente. Ce processus commence dès que les organismes assureurs auront envoyé un fichier contenant les bénéficiaires de l'IM devant être contrôlés, à l'INAMI. La liste comprend tous les bénéficiaires qui ont bénéficié de l'IM durant toute la deuxième année précédente ou dont le droit a été ouvert l'année précédente avec une période de référence d'un an. Cette liste est transmise à l'administration fiscale qui communique à l'INAMI (SCA) les montants des différents types de revenus de chaque membre du ménage concerné. Ces données sont alors transmises aux OA qui, sur cette base et sur la base des éléments en leur possession, examinent si le droit à l'intervention majorée avait été attribué à bon escient. Si tel est le cas, le droit est prolongé d'un an. Dans l'autre hypothèse, le droit est retiré.

Dans le cadre du 4^e Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à :

- adapter les flux de données aux nouvelles dispositions réglementaires en vue de réaliser les objectifs susmentionnés. Il s'agit de développer des flux électroniques, une banque de données et une application ICT pour le calcul de seuils et de revenus de ménages. Une BIO-analyse est actuellement en cours de préparation. Une analyse technique et l'implémentation de l'échange de données suivront ensuite ;
- faire rapport des données sur la base des données issues des flux de données opérationnalisés et évaluer les adaptations réglementaires (comparaison entre le nombre de personnes bénéficiant de la mesure et le nombre préétabli, etc.)

Actions-engagements

1. Ajustement du flux de données aux adaptations réglementaires concernant le contrôle systématique optimisé et adapté. Date limite : 1^{er} janvier 2014.
2. Création du flux de données concernant le processus de détection proactive des bénéficiaires de l'IM potentiels. Date limite : X + 12 mois, X correspondant à la date à laquelle le SPF Finances aura donné son accord à propos du transfert des données (et des modalités) en ce qui concerne le questionnement proactif des revenus.
3. Rédiger un rapport contenant des informations politiques utiles et évaluer la nouvelle réglementation. Date limite : X + 12 mois (X étant la date à laquelle l'INAMI dispose des données requises).

Effets attendus

- Meilleure accessibilité de l'intervention majorée.

Facteurs externes

- Collaboration du SPF Finances, de la BCSS et du CIN.
- Avis de la Commission de la protection de la vie privée concernant l'utilisation des données relatives aux revenus dans le flux proactif.

Article 15. IDES (Invalidity Data Electronic System) – Gestion des dossiers individuels en invalidité.

Le présent article concerne la suite du projet du Contrat d'administration 2006-2008, de l'avenant 2009 (article 17) et du Contrat d'administration 2010-2012 (article 28), à savoir le projet e-did (traitement électronique des dossiers d'invalidité).

Intitulé

Développement d'une application informatique centrale qui permette 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

Alors que les organismes assureurs gèrent eux-mêmes directement les demandes en matière d'incapacité de travail primaire, les décisions relatives à la reconnaissance de l'invalidité (après la première année d'incapacité de travail) sont du ressort du Service des indemnités. Ces décisions sont prises sur la base de fiches introduites par les médecins-conseils auprès de l'INAMI (Flux-in). Les significations des décisions en matière d'invalidité, prises par les membres de la Commission supérieure du CMI, sont ensuite transmises par l'INAMI aux OA et ce, par voie électronique (Flux-out).

Les dossiers ou fiches établis par les médecins-conseils des mutualités sont transmis au Service des indemnités sur papier, au minimum six semaines avant l'entrée en invalidité ou avant la fin de la période de reconnaissance en invalidité, via les directions médicales des organismes assureurs. Dès réception à l'INAMI, ces dossiers papier sont intégrés dans l'application e-did actuelle. Depuis plusieurs années, cette application IT permet de traiter électroniquement les dossiers d'invalidité, tant au niveau de la gestion interne des dossiers du point de vue administratif et médical, que pour la communication des décisions via un flux électronique sortant vers les OA (via Carenet).

Vu notre objectif d'optimisation permanente de la gestion des dossiers d'invalidité – et vu le processus difficile de ces dernières années pour l'implémentation d'un flux de données électronique entrant (en provenance des OA) –, nous pouvons affirmer que l'application e-did actuelle ne suffit plus pour permettre au Service des indemnités de remplir efficacement ses missions. Dans l'application e-did actuelle, il devient de plus en plus difficile d'introduire les demandes d'adaptations ou d'améliorations suite notamment à des modifications de la réglementation et il n'est dès lors plus possible de répondre de façon optimale aux besoins du business. Le développement d'une nouvelle application informatique doit également offrir une réponse aux utilisateurs extérieurs au Service (médecins des Commissions régionales, de la Commission restreinte...).

En outre, à court terme, un soutien n'est plus possible au niveau purement informatique en raison de la caducité de la technologie. C'est pourquoi il a été décidé de développer une nouvelle application plus intégrée et davantage modulable pour la gestion des dossiers. Cette application répondra également aux conditions techniques requises. Le projet s'inscrit entièrement dans le cadre du programme Platinum, qui a notamment pour objectif d'introduire une nouvelle solution informatique modulaire et configurable pour la gestion des dossiers individuels dans tous les services de l'INAMI.

L'application IDES permettra de gérer tous les dossiers relatifs à une demande en matière d'incapacité de travail, introduite par un assuré social. Outre la partie actuelle de l'application e-did pour le traitement administratif des dossiers et pour la prise de décision médicale en matière d'invalidité, l'application contiendra, à terme également, les autres processus d'entreprise du Service des indemnités, tels que la réadaptation professionnelle, l'aide d'une tierce personne, les conventions internationales, la gestion des pensions d'invalidité internationales, l'enregistrement et le traitement des dossiers relatifs aux montants indûment payés, etc. IDES contiendra donc, à terme, toutes les données dont l'INAMI a besoin pour exécuter ses missions dans le cadre de l'octroi et du contrôle de l'incapacité de travail.

Le projet comporte naturellement aussi l'envoi électronique (Flux-in) des fiches individuelles pour l'entrée en invalidité, la prolongation de l'invalidité... qui sont actuellement transmises sous format papier à l'INAMI. Dans ce cadre, l'objectif n'est pas de demander des données individuelles en plus de celles qui sont actuellement transmises sur papier. En d'autres termes, il s'agit ici exclusivement d'informatiser les données actuellement disponibles sur support papier. À ce sujet, nous nous référons à l'article 28 du 3^e Contrat d'administration ainsi qu'aux rapports d'évaluation (rapports semestriels et annuels).

Comme nous le détaillons dans l'article 16, une réflexion fondamentale est menée depuis quelques mois sur les processus d'incapacité de travail, en collaboration avec les différents acteurs concernés. Quel que soit le résultat de ces discussions, l'INAMI devra continuer à exercer à l'avenir sa mission de gestion et de contrôle d'une façon professionnelle. Dans ce cadre, une application IDES innovatrice et moderne constituera un instrument important et pourra fonctionner à terme comme un pilier commun central du dossier d'incapacité de travail.

Une application centrale améliorera la qualité de la gestion des dossiers, d'une part parce que l'on disposera d'informations actuelles dans tous les modules joints et, d'autre part, parce que l'on évitera des introductions multiples. Dans le cadre de leur fonction, tous les collaborateurs du Service des indemnités pourront disposer rapidement des informations nécessaires. En vue d'une plus grande efficacité, l'INAMI souhaite donc qu'un seul et unique instrument soit utilisé pour la gestion interne des dossiers. Cet instrument contiendra également une documentation intégrée concernant tous les processus du Service des indemnités.

Tout d'abord, une analyse étendue des processus sera effectuée sur les processus suivants : gestion du flux de données entrant (Flux-in), gestion du processus administratif, gestion du processus de prise de décision par les médecins, gestion du Flux-out, gestion du processus de reprise partielle autorisée du travail, gestion de la réadaptation professionnelle, gestion des processus juridiques, gestion des liens avec la Direction finances et statistiques, gestion du processus Conventions internationales.

Au niveau fonctionnel, une attention certaine sera portée sur plusieurs thématiques dont, entre autres, les besoins du service administratif, les besoins des médecins en termes d'organisation des informations médicales, l'ergonomie des écrans, ou la gestion de l'historique des dossiers.

Il est prévu que l'analyse complète des processus soit effectuée pour la fin de l'année 2012. Un accord formel est attendu à cette date entre les organismes assureurs et l'INAMI au sujet des processus et des templates « TO BE », de sorte que le Service ICT puisse lancer le développement. Cet accord formel doit être donné tant au niveau du projet qu'au niveau stratégique (Comité Général de gestion). Pour cela, il est prévu des réunions structurelles entre l'INAMI et le Service ICT et les organismes assureurs. Une analyse fonctionnelle faite par l'IT sera ensuite écrite sur base de la bio-analyse. Après une validation par le Service des Indemnités, la phase technique (analyse technique, développement, tests) sera entamée.

Actions-engagements

1. Mise en production d'une application centrale pour la gestion des données d'invalidité. Date limite : X (accord formel sur les processus « TO BE ») + 2 ans

Effets attendus

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

Facteurs externes

- La collaboration des organismes assureurs

Article 16. Réflexion sur la réforme des procédures décisionnelles, processus et organisation dans le domaine de l'invalidité

Le présent article porte sur un nouveau projet dont il n'a pas été question dans les contrats d'administration précédents de l'INAMI.

Intitulé

Réflexion sur la réforme des procédures décisionnelles, processus et organisation dans le domaine de l'invalidité, plus spécifiquement en ce qui concerne la réforme des procédures décisionnelles au sein du Conseil médical de l'invalidité.

Cadre

Conseiller, régler

Axes

- Amélioration des processus et informatisation.
- Application correcte et uniforme de la législation.
- Contribuer à la maîtrise des coûts et à l'efficacité des moyens.

Contexte

Le présent Contrat d'administration comporte divers projets relatifs au domaine de l'incapacité de travail (incapacité de travail primaire et invalidité). Nous faisons à ce propos référence à l'article 11 axé sur la poursuite du développement des connaissances de soutien à la stratégie en matière d'incapacité de travail ainsi qu'à l'article 15 axé sur le développement d'une application ICT intégrée, multifonctionnelle et flexible pour la gestion des dossiers d'invalidité mais aussi (à terme) pour d'autres activités de gestion du Service des indemnités, de type juridico-administratives, liées aux dossiers, aux connaissances, etc.

Les articles 11 et 15 ont pour objectif de répondre aux besoins immédiats en matière d'incapacité de travail au niveau de l'INAMI, de ses partenaires et/ou des mandataires politiques. Par ailleurs, une réflexion plus fondamentale et à plus long terme est nécessaire sur les défis dans le domaine de l'incapacité de travail et sur la stratégie à développer en la matière. Il convient, en fonction de cette stratégie, de repenser les processus et les procédures, de profiler les rôles et responsabilités, et, sur base de cela, de définir également des arrangements adéquats en matière d'organisation et de coordination, de prévoir la capacité et les compétences RH, de concevoir des applications de gestion techniques et informatiques adéquates, etc.

Ce type de réflexion fondamentale sur la réforme du secteur de l'incapacité de travail est déjà en cours entre différents intéressés au niveau politique, avec les gestionnaires, au sein de l'administration de l'INAMI, avec les OA, avec le monde académique, etc. Au cours du Contrat d'administration 2013-2015, l'INAMI poursuivra et soutiendra cette réflexion avec les différents partenaires. Une première étape sera de rédiger, sur la base de la réflexion stratégique en cours, un rapport présentant des propositions d'amélioration au Comité général de gestion et, en fonction des décisions prises en la matière, de lancer un groupe de travail chargé de rendre ces propositions opérationnelles.

Un élément important – mais pas le seul – dans le rapport relatif aux propositions d'amélioration concerne la réforme des procédures au niveau du Conseil médical de l'invalidité et des Commissions régionales. À ce propos, dans le cadre de la Note politique du Secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des Risques professionnels, l'engagement a été pris de mener une réflexion à ce sujet.

Le Conseil médical de l'invalidité (CMI) se prononce sur l'état et la durée de l'invalidité des titulaires. Le CMI est composé d'une Commission supérieure et des différentes Commissions régionales. La Commission supérieure a son siège à l'INAMI. Il y a une Commission régionale pour chaque province et une Commission régionale pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

La Commission supérieure (CS) est composée de :

- 28 médecins des OA (14 membres effectifs, 14 membres suppléants) ;
- 4 médecins-inspecteurs du SI (3 membres effectifs, 1 membre suppléant) ;
- 4 médecins du SECM (2 membres effectifs, 2 membres suppléants).

La Commission supérieure :

- se prononce sur l'état et la durée de l'invalidité de l'assuré social ;
- confirme la décision sur la reconnaissance, qui a été prise par la Commission régionale ;
- prend une décision sur la reconnaissance si la Commission régionale n'arrive pas à une décision ;
- détermine la durée de la reconnaissance ;
- examine si un assuré social répond aux conditions pour obtenir une indemnité pour l'aide d'une tierce personne ;
- fixe les directives et critères généraux (sur la proposition du Conseil technique médical), en vue de mieux résoudre les problèmes d'évaluation de l'état d'incapacité de travail ;
- donne des avis sur des questions relatives à l'invalidité ;
- veille au bon fonctionnement des Commissions régionales.

La Commission régionale est composée de :

- deux médecins des mutualités ;
- un médecin-inspecteur du SECM comme président.

À la demande de la CS, un département de la Commission régionale effectue les examens médicaux et en fait un rapport standardisé à l'intention de la CS. La Commission régionale peut constater l'état d'invalidité de l'assuré social et conseiller la CS sur la durée de l'invalidité.

La note de politique générale du secrétaire d'État chargé des risques professionnels indique qu'une réflexion doit être menée sur la réforme des procédures décisionnelles au sein du Conseil médical de l'invalidité et, notamment, sur l'avenir des Commissions régionales.

Le système actuel de reconnaissance de l'invalidité doit être réformé car il est de plus en plus inadapté à l'évolution à la hausse du nombre de personnes entrant en invalidité. La première raison de ce constat est l'inadaptation globale du système à l'évolution de l'invalidité en Belgique. Le nombre d'invalides a augmenté de 54 % en 10 ans. Les capacités d'absorption du système n'ont pas été adaptées en conséquence. A chaque étape du workflow des problèmes sont identifiés :

- qualité des fiches d'invalidité remises par les médecins conseils ;
- retard pris dans la codification des pathologies qui est actuellement réalisée au sein du SI par du personnel infirmier (et médical quand ce dernier fait défaut). Cette codification devrait logiquement être réalisée par le médecin-conseil responsable de la fiche. Le système a été conçu de telle sorte que les fiches qui n'ont pas été codifiées ne peuvent faire l'objet d'un examen par le CMI ;
- retard pris dans l'examen des dossiers par le CMI : tous les quotas de présence des membres ne sont pas remplis. Le CMI est composé de médecins des OA, du SECM et du SI.
- difficulté de fonctionnement des CR-CMI : administration lourde, sollicitation incompressible des ressources du SECM, augmentation constante du nombre de dossiers, problèmes de convocations.

Ces problèmes conduisent à un mauvais fonctionnement du système :

- les entrées en invalidité sont proposées de plus en plus tôt au sein de l'OA afin d'éviter la rupture de continuité entre incapacité primaire (incapacité de travail de moins d'un an) et invalidité ;
- la réserve au niveau du CMI avoisine les 20.000 dossiers (sur 180.000 dossiers par an).

Les difficultés de recrutement des médecins-conseils et des médecins-inspecteurs et les menaces qui pèsent sur la « démographie » de ces médecins n'incitent pas à l'optimisme.

D'une manière plus générale, le système ne répond plus assez aux besoins. Une perte conséquente en expertise et en ressources administratives est engendrée par le fonctionnement des CRI qui mobilisent

des moyens qui pourraient être réaffectés à des tâches présentant une plus grande valeur ajoutée : évaluation médicale plus fine, réinsertion, qualité, formation... Une réforme devient donc indispensable.

La réflexion sur le fonctionnement des CMI doit déboucher sur :

- une révision du rôle des médecins-inspecteurs du SI en tant qu'experts et des médecins-inspecteurs du SECM en tant que contrôleurs. Chacun des deux services se recentrant sur son core business : gestion de l'assurance indemnités pour le SI, contrôle de l'activité des prestataires et des médecins-conseils pour le SECM ;
- une plus grande responsabilisation des OA en ce qui concerne l'ouverture du droit à l'invalidité.

Dans le cadre de la rédaction du présent Contrat d'administration, la réflexion est déjà en cours au sein de l'INAMI, et en interaction avec la Cellule stratégique, au sujet des adaptations possibles aux procédures décisionnelles du CMI, y compris les modifications réglementaires, organisationnelles et opérationnelles associées. Les résultats de cette réflexion seront consignés dans un rapport qui sera présenté au Comité général de gestion. Le Service des indemnités se chargera de coordonner la rédaction de ce rapport.

Un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI (Direction générale, Service des indemnités, Service d'évaluation et de contrôle médicaux) et des OA se chargera ensuite de l'opérationnalisation et du suivi de l'implémentation des propositions d'amélioration qui auront été approuvées. Ce groupe de travail sera coordonné par le Service des indemnités. Il est évident que les réformes auront un impact sur l'organisation et le fonctionnement des OA et de l'INAMI, et que des moyens spécifiques devront être prévus. Du côté de l'INAMI, le Service RH sera sollicité pour accompagner les modifications organisationnelles nécessaires et prévoir une allocation et une réallocation correctes des collaborateurs/profils. D'un point de vue technique, il faudra procéder à une harmonisation avec le développement de l'application pour la gestion électronique du dossier d'invalidité.

Pour ce qui concerne la future transmission des données électroniques entre le médecin-conseil, le médecin du travail et le médecin traitant, l'usage éventuel de l'ehealthbox sera analysé (cfr. article ci-dessus). Dans ce cadre une collaboration avec le SPF ETCS sera effectuée.

Enfin, signalons encore que l'INAMI prendra l'initiative d'organiser une Task Force (qu'elle présidera aussi) en collaboration avec la Direction Générale des Personnes avec un handicap, le FAT, l'ONEM et le FAT afin de vérifier la faisabilité de la création d'un guichet unique en matière d'évaluation médicale. Ceci dans le but de prévenir les doubles examens médicaux des personnes en incapacité de travail.

Actions-engagements

1. Présentation d'un rapport contenant des propositions d'amélioration au Comité général de gestion. Date-limite : 31 janvier 2013.
2. Mise sur pied d'un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI (Direction générale, Service des indemnités, Service d'évaluation et de contrôle médicaux) et des OA afin d'opérationnaliser les propositions d'amélioration qui auront été approuvées. Date-limite : date de l'approbation, par le Comité général de gestion, du rapport contenant les propositions d'amélioration + 1 mois.
3. Rapportage périodique concernant l'avancement de l'implémentation des propositions d'amélioration. Date-limite: 31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015.

Effets attendus

- Amélioration de la qualité du service fourni
- Meilleur suivi des dossiers
- Augmentation de l'efficacité

Facteurs externes

- Décision politique
- Collaboration des OA

Article 17. Développement des postes de garde de médecine générale

Intitulé

Standardisation du financement des postes de garde de médecine générale en vue de libérer des moyens pour la création de postes de garde supplémentaires et donc d'assurer un service de garde de médecine générale optimal.

Cadre

Conseiller, réglementer, contrôler.

Axes

Application correcte et uniforme de la législation.

Contexte

À l'heure actuelle, on dénombre quelque 36 postes de garde de médecine générale pour un budget de quelque 10.915.000 EUR. Dans une perspective d'avenir, ce chiffre est trop peu élevé pour faire face aux départs et au vieillissement des médecins généralistes. Dans la pratique, nous remarquons même un manque cruel dans certaines régions où la problématique des postes de garde se pose déjà de manière aiguë. C'est pourquoi l'importance d'une politique intégrée relative aux services et postes de garde de médecine générale figure dans l'accord national médico-mutualiste de 2011 afin de pouvoir continuer à garantir une continuité optimale des soins de première ligne. Voici quelques propositions concrètes de cet accord :

- Adaptation et simplification de la procédure concernant la conclusion des conventions en matière de postes de garde de médecine générale,
- Ancrage du financement dans un cadre structurel plutôt que dans un contexte expérimental,
- Précision des conditions de financement compte tenu de certaines règles de base (e.a. concrétisation d'une prestation de services minimale, intégration d'un plan d'action pluriannuel détaillé des objectifs et du fonctionnement des postes de garde de médecine générale...),
- Encouragement de l'application systématique du régime du tiers payant dans le cadre des postes de garde,
- Augmentation du budget pour l'extension du nombre de postes de garde et pour le financement de solutions similaires,
- Suivi et évaluation périodiques par un groupe de direction désigné par la CNMM.

La médecine générale, et notamment l'importance des postes de garde de médecine générale, figure également dans l'Accord de gouvernement et dans la Note politique de la ministre des Affaires sociales de fin 2011. La suite des travaux et la discussion en matière d'organisation des postes de garde ont été intégrées dans l'accord médico-mutualiste de 2012. Concrètement, il y est stipulé que la CNMM vérifiera – notamment sur la base des analyses du KCE – de quelle manière une collaboration plus étroite entre les postes de garde et les services d'urgence des hôpitaux pourra constituer une plus-value.

Fin 2011, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a développé un cadre en vue de la standardisation du financement des postes de garde de médecine générale et un système a été développé pour l'enregistrement des besoins financiers sur le terrain (notamment par un questionnaire adressé aux des postes de garde existants et par une collecte d'informations parmi les nouvelles initiatives citées).

Entre-temps, les aspects techniques et opérationnels pour un financement standardisé ont été élaborés par un groupe de travail qui a fait rapport à la CNMM en avril et juin 2012. En juillet 2012, les notes ad hoc ont été soumises au Comité de l'assurance et les principes de standardisation ont été approuvés. Ils figurent dans la note 2012/248 du Comité de l'assurance. À l'automne, une concertation sera menée sur le financement pour 2013 avec les postes de garde de médecine générale, sur la base des principes proposés au Comité de l'assurance.

Dans le présent 4^e Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à poursuivre la préparation, le suivi et la coordination du développement et de l'implémentation d'un nouveau cadre pour les futures approche et extension des postes de garde de médecine générale. Chaque année, une note sera soumise à ce sujet au Comité de l'assurance.

Actions – engagements

1. Rédaction annuelle d'une note relative aux postes de garde de médecine générale et de rapports aux Comité de l'assurance et à la Médico-mut. Dates limites : 31/12/2013, 31/12/2014, 31/12/2015.

Effets attendus

- Disposer de suffisamment de postes de garde de médecine générale qui fonctionnent bien.

Facteurs externes

- Collaboration de la CNMM.
- Collaboration des postes de garde de médecine générale existants ou nouveaux.

TITRE VII: Moderniser la nomenclature des prestations et des listes de produits

Article 18. Réforme du secteur des implants : procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Cet article s'inscrit dans le prolongement du projet figurant dans le Contrat d'administration 2006-2008 (article 20), l'Avenant 2009 (article 20) et le 3e Contrat d'administration 2010-2012 (articles 24 et 30).

Intitulé

Optimiser le fonctionnement 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.
- Nouveaux services : amélioration du processus et informatisation.
- Simplification administrative.

Contexte

La réforme du système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs a été instaurée par la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé. Cette loi contient, en particulier, 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 1^{er} mai 2009 (arrêté royal du 1^{er} mars 2009 (MB du 26 mars 2009 + modification au MB du 30 avril 2010) portant exécution de l'article 35septies, § 1^{er}). 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 attestés 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 de 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) en 2008 et la nomination des membres.

Les mesures préparatoires relatives à la nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables sont en cours d'élaboration. La loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé constitue la base d'un arrêté royal relatif à l'organisation concrète de la procédure de remboursement. En vue de la rédaction de cet arrêté royal, l'INAMI a organisé une large concertation avec les parties concernées (OA, pharmaciens hospitaliers et industrie), également dans le cadre de la CRIDMI déjà créée. Lors de ces débats, il a été constaté que le texte légal actuel n'était pas suffisamment précis en certains points et présentait une série d'imperfections pour pouvoir développer la procédure comme souhaité. Entre-temps, ces modifications ont été coulées dans un projet de texte et examinées lors du Comité de l'assurance de mars 2012. Selon les projections, le texte de loi adapté relatif à l'article 35septies de la loi SSI devrait être publié au Moniteur belge fin 2012, à l'issue des discussions politiques nécessaires.

Une adaptation a également été apportée à l'arrêté royal portant création de la Commission et plus particulièrement en ce qui concerne la désignation du président. Selon les projections, cet arrêté royal adapté devrait encore pouvoir être publié fin 2012 au Moniteur belge.

Durant la période du quatrième Contrat d'administration, l'INAMI souhaite permettre l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure de remboursement (action-engagement 1). À cette fin, la procédure d'élaboration du cadre réglementaire ainsi que du volet technique sera poursuivie, à savoir :

1. Cadre réglementaire :

Le projet d'arrêté royal relatif à l'organisation concrète de la procédure de remboursement est presque finalisé par le service. Ce projet ainsi que ses annexes (par exemple la liste des implants remboursables, les listes nominatives des dispositifs admis au remboursement) seront soumis, pour avis final, au Comité de l'assurance, dans le courant du deuxième semestre de 2012. Selon les projections, la publication au Moniteur belge devrait avoir lieu début 2013.

2. Volet technique :

Une application est en cours de développement pour la gestion électronique et le suivi du traitement des dossiers de demande adressés à la CRIDMI.

Cette nouvelle procédure comporte trois volets :

- la recevabilité de la demande ;
- la formulation d'une proposition par la nouvelle Commission ;
- une décision du Ministre des Affaires sociales.

Une des modifications apportées par la nouvelle procédure concerne le respect d'un délai maximum pour la rédaction d'une proposition relative à l'octroi ou non d'une intervention dans le cadre des demandes d'admission sur la liste des implants remboursables dans les cas où la demande émane d'une

firme qui commercialise un implant. Un tableau de bord sera établi durant la période du quatrième Contrat d'administration. Ce tableau de bord devrait permettre d'enregistrer et de communiquer les délais de traitement des dossiers (action-engagement 2).

En ce qui concerne l'application ICT pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers adressés à la CRIDMI, le service ICT de l'INAMI se charge activement du développement de celle-ci. Une première série de fonctionnalités, par exemple au niveau de l'enregistrement des demandes, du parcours du dossier et du suivi des délais de traitement, est en cours de développement. Nous remarquons qu'au niveau de ces fonctionnalités, le Service ICT procède à un développement générique pour le traitement des dossiers tant en CRM qu'en CRIDMI. Certaines autres fonctionnalités du système, par exemple pour la production de la liste nominative et la création de documents, sont également en cours d'analyse. Ces aspects sont spécifiques à la CRIDMI. L'achèvement final, la mise en production de l'application pour la gestion et le suivi du traitement des dossiers adressés à la CRIDMI seront effectués à temps pour la mise en production de la procédure de remboursement.

Enfin, l'INAMI s'engage à évaluer ce nouveau système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables et ce, deux ans après son entrée en vigueur (action-engagement 3). Concrètement, un rapport sera établi à l'intention du Comité de l'assurance.

Par ailleurs, pour les prochaines années, il est également prévu d'établir, en collaboration avec l'AFMPS, un registre des implants, permettant d'assurer la traçabilité d'un certain nombre d'implants prioritaires.

Actions-engagements

1. Entrée en vigueur de la procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables : 6 mois après la publication de la nouvelle loi relative aux implants (les art. 35septies et suivants de la loi SSI). Date limite : X + 6 mois, où X = date de publication de la nouvelle loi relative aux implants (les art. 35septies et suivants de la loi SSI).
2. Établissement d'un tableau de bord pour le suivi des délais de traitement. Date limite : date de mise en production de la procédure de remboursement.
3. Établissement d'un rapport d'évaluation pour le Comité de l'assurance, relatif au nouveau système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. Date limite : 2 ans après l'entrée en vigueur du nouveau système de remboursement.

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.

Facteurs externes

Aucun.

TITRE VIII: Stimuler les approches innovatrices dans les soins de santé

Article 19. Évaluation de la qualité et de l'efficacité des trajets de soins

Cet article concerne la poursuite du projet qui figurait déjà dans l'Avenant 2009 (article N7) et dans le troisième Contrat d'administration 2010-2012 (article 31).

Libellé

L'évaluation des trajets de soins en cours (diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique) en vue de poursuivre les trajets de soins existants et éventuellement de les étendre à d'autres groupes cibles et/ou à d'autres maladies chroniques.

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Application uniforme de la réglementation
- Renforcement de la communication externe
- Approches innovantes
- Nouveau service : amélioration du processus & informatisation

Contexte

Par trajet de soins, on entend la prise en charge d'un patient atteint d'une affection chronique donnée, sur la base d'une relation contractuelle entre le patient, le médecin généraliste et le spécialiste. Le contrat est conclu pour une durée de 4 ans et est communiqué à l'organisme assureur du patient. Le trajet de soins vise à améliorer la collaboration entre les médecins au sujet du patient et à renforcer la qualité des soins. Il consiste à améliorer l'échange des données entre les dispensateurs de soins, à améliorer le suivi et la coordination des soins et à permettre la participation active du patient malade chronique.

Le remboursement intégral des consultations constitue un incitant pour le patient. Ce dernier peut également bénéficier d'autres avantages. Le médecin généraliste et le spécialiste nouent un partenariat et reçoivent des honoraires forfaitaires.

Pour soutenir ces trajets de soins, il est prévu de créer une collaboration multidisciplinaire à l'échelon régional où le cercle de médecins généralistes joue un rôle central et de concevoir des modules adaptés dans le dossier médical informatisé.

Des procédures sont proposées dans le cadre des trajets de soins, qui découlent des recommandations en matière de bonne pratique. Elles mettent l'accent sur les soins ambulatoires et essaient de freiner spécifiquement les facteurs liés à l'évolution et à l'aggravation de la maladie. Ces procédures servent également à adapter le traitement et à assurer un suivi multidisciplinaire. Grâce à cette approche multidisciplinaire, il est possible d'utiliser les compétences les mieux adaptées au type d'intervention.

Les médecins généralistes, les spécialistes et les patients sont liés par un contrat qui définit les droits et les devoirs de chacun. Les organismes assureurs contribuent au respect de ces droits, par exemple en payant les honoraires forfaitaires et en prolongeant le trajet de soins.

Les objectifs d'un trajet de soins sont les suivants :

- Organiser, coordonner et programmer l'approche, le traitement et le suivi nécessaires pour le patient en l'adaptant à sa situation spécifique ;
- Stimuler le dialogue avec le patient pour qu'il comprenne bien sa maladie et son suivi. Un plan de soins personnalisé est élaboré pour ce faire ;
- Viser une collaboration optimale entre le médecin généraliste, le spécialiste et d'autres dispensateurs de soins ;
- Optimiser la qualité des soins ;
- Rendre le patient autonome.

L'AR sur les trajets de soins a été publié au Moniteur belge du 6 février 2009. Il est d'application pendant quatre ans. Le trajet de soins pour l'insuffisance rénale chronique est entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 et celui pour le diabète de type 2 le 1^{er} septembre 2009. Initialement, les groupes cibles étaient estimés à 72 000 patients diabétiques et 6 000 patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. Fin 2011, les données comptabilisées pour les trajets de soins étaient les suivantes : 22 161 trajets de soins diabète de type 2 et 16 619 trajets de soins insuffisance rénale chronique. Pour avoir droit à un trajet de soins, le patient doit remplir les critères médicaux fixés par la Commission nationale médico-mutualiste (la médico-mut, en abrégé CNMM).

Concrètement, ces dernières années, l'INAMI a réalisé les projets suivants en collaboration avec différents acteurs :

- Il a élaboré un plan de communication, atteint plusieurs objectifs opérationnels en matière de communication et conclu des conventions avec 60 réseaux multidisciplinaires.
- Il a préparé le processus d'évaluation et y a apporté son soutien. Pour cela, après avoir reçu le soutien du Comité de l'assurance, l'INAMI a préparé et conclu des conventions avec l'ISP et l'AIM qui sont chargés de réaliser cette évaluation.
- Il a créé un Comité d'accompagnement (en septembre 2010) et lui a apporté son soutien. Ce comité évalue et ajuste en permanence les trajets de soins. Il se compose de représentants des dispensateurs de soins, des organismes assureurs et de l'INAMI.
- Cinq groupes de travail ont été constitués au sein du Comité d'accompagnement sur les trajets de soins (CATS).
 1. Le groupe de travail sur les données médicales a, formulé au sein du sous groupe « transmission de données », des propositions pour la transmission de données médicales par les médecins généralistes à l'Institut scientifique de santé publique (ISP).
 2. En outre, un sous-groupe « Éducation et diététique » et un sous-groupe « Matériel » ont été créés dans le groupe de travail « Éducation et matériel ». Ces deux sous-groupes ont identifié des problèmes et formulé quelques propositions d'amélioration prioritaires. La réglementation sera adaptée sur la base des propositions d'amélioration prioritaires.
 3. Le groupe de travail évaluation des patients est la suite d'un projet externe mené par la Fondation Roi Baudouin et les associations du diabète francophone (l'ABD) et néerlandophone (la VDV) sur l'évaluation de la perception par les patients.
 4. Le groupe de travail réseaux multidisciplinaires locaux.

5. Le groupe de travail « Gouvernance » qui est chargé de rédiger une feuille de route pour les trajets de soins (les tâches seront peut-être reprises par un autre groupe de travail).
- Un rapport d'évaluation intermédiaire portant sur les trajets de soins a été rédigé en janvier 2012 en collaboration avec les OA (à l'intention du Comité d'accompagnement trajets de soins) et des explications ont été fournies à la Médicomut. Un projet d'AR contenant quelques assouplissements a reçu un avis favorable de la Médicomut et du Comité de l'assurance.
 - Le modèle pour la transmission unique des données des médecins généralistes au moyen d'une application web a été élaboré et soumis à l'approbation du groupe de travail « Données médicales ». Sur la base de ce modèle, un protocole juridique a été élaboré et présenté au Comité d'accompagnement ainsi qu'à la Médicomut (le 11 janvier 2012). L'application web pour la transmission des données des médecins généralistes est opérationnelle depuis début mai 2012. Autrement dit, depuis cette date, les généralistes peuvent introduire les données de base. La période d'encodage des données va de début mai à août 2012 inclus.

Comme le titre de cet article l'indique, ce projet a pour objectif d'évaluer la qualité et l'efficacité des trajets de soins. L'approche à utiliser pour la suite sera déterminée sur la base des résultats de ce projet. Pour pouvoir prendre une décision quant à la poursuite des trajets de soins et leur extension éventuelle à d'autres maladies chroniques, il est crucial d'évaluer les projets en cours ainsi que le processus décisionnel (prise de décision et exécution) relatif à la préparation et au démarrage des trajets de soins.

Cette évaluation (financée par l'INAMI) sera réalisée par le projet ACHIL au sein de l'ISP (en collaboration avec l'AIM). Elle repose sur quatre piliers :

- Un pilier AIM pour l'analyse des données relatives au processus et aux médicaments. Il s'agit des données concernant le processus et de données relatives aux médicaments provenant de la banque de données de l'AIM.
- Un pilier central concernant l'analyse des données enregistrées par les généralistes et récoltées via l'application web mentionnée ci-avant. Cette évaluation est réalisée à partir des données introduites une seule fois par les généralistes.
- Deux piliers satellites, à savoir l'analyse des données provenant de deux réseaux de référence qui servent pour la validation des données et pour les données longitudinales :
 - Intego
 - Les médecins vigies

Il est prévu que l'ISP publie en mai 2013 le rapport final regroupant les résultats de l'analyse des 4 piliers et un feed-back par réseau multidisciplinaire local (RML) ou par cercle de médecins généralistes (CMG). L'ISP rédigera aussi des feed-backs individuels anonymes pour les médecins généralistes, qu'il mettra à disposition via l'application web.

Concrètement, dans le cadre du 4^e Contrat d'administration, l'INAMI désire s'engager à :

1. Mettre le rapport d'évaluation définitif de l'ISP et de l'AIM à l'ordre du jour de la Médicomut dans les trois mois suivant la réception du rapport. La collecte des données retiendra surtout l'attention. En effet, une collecte des données dans les temps et l'analyse externe des données par l'ISP et l'AIM sont nécessaires ; elles peuvent influencer la date à laquelle ce rapport sera mis à l'ordre du jour de la Médicomut.
2. En fonction des résultats de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des trajets de soins en cours, l'INAMI prendra les initiatives nécessaires pour préparer l'approche à utiliser à l'avenir. Pour ce faire, il rédigera une note qu'il présentera à la Médicomut dans les neuf mois suivant la présentation du rapport définitif de l'ISP et de l'AIM à la Médicomut (cf. 1^{re} action-engagement).

1 Ce groupe n'avait pas encore commencé ses travaux au moment de la rédaction du présent texte pour le Contrat d'administration.

Les pistes suivantes pourraient être développées : l'élaboration d'une réglementation (adaptée) pour les trajets de soins, l'analyse du processus de développement d'un trajet de soins et la conception d'une feuille de route « trajets de soins », la définition d'une approche générique pour un patient atteint d'une ou de plusieurs maladies chroniques, etc.

Enfin, nous tenons à mentionner que, dans le cadre de l'approche novatrice des Maladies chroniques et en raison d'une demande du Ministre, une Conférence sur les soins intégrés sera organisée au printemps de 2013. L'objectif de cette Conférence est d'aboutir à une stratégie et une approche unifiée par rapport aux défis de la prise en charge des Maladies chroniques. Suite à la demande de la Conférence interministérielle, le KCE prépare dans les mois à venir un « position paper » en collaboration avec l'INAMI, l'observatoire des Maladies chroniques et le SPF SPSLAE. Ce document servira de base pour la Conférence 2013.

Actions – engagements

1. Mettre le rapport d'évaluation définitif sur les trajets de soins en cours à l'ordre du jour de la Médicomut dans les trois mois suivant la réception du rapport de l'ISP et de l'AIM (= X). Date limite : X + 3 mois.
2. Proposer l'approche à utiliser à l'avenir pour les trajets de soins à la Médicomut dans les 9 mois suivant la présentation à la Médicomut du rapport de l'ISP et de l'AIM (cf. 9 mois après la 1^{re} action-engagement. Date limite : X + 9 mois, X étant la date de la présentation à la Médicomut du rapport d'évaluation définitif de l'ISP et de l'AIM.

Facteurs externes

- Collaboration des médecins et autres dispensateurs de soins individuels, des organisations professionnelles, des cercles de médecins généralistes et des hôpitaux, du groupe de travail « Données médicales » et du Comité d'accompagnement trajets de soins
- Analyse externe des données par l'ISP et l'AIM
- Support informatique adéquat pour les dispensateurs de soins (ils doivent disposer de logiciels appropriés pour les DMI) pour que les données nécessaires puissent être enregistrées.

Article 20. Centres d'expertise "Maladies rares"

Le présent article concerne la poursuite d'un article inscrit dans le Contrat d'administration 2010-2012 concernant l'établissement d'un Plan belge pour les maladies rares (article 34).

Intitulé

Développer une stratégie et une méthode de travail en vue de soutenir la création de centres d'expertise pour maladies rares, tant sur le plan administratif que sur le plan financier.

Cadre

Informier, émettre des avis, réglementer et payer.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Simplification administrative.

Contexte

Ce projet concerne la poursuite d'un projet inscrit dans le Contrat d'administration 2010-2012, concernant l'établissement d'un Plan belge pour les maladies rares (article 34). Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une stratégie développée au niveau de l'Union européenne et confirmée par le Parlement belge, et vise à améliorer la prise en charge des patients atteints d'une maladie rare et les soins qui leur sont dispensés.

Dans le premier projet du Plan belge « Maladies rares », coordonné par le Fonds Maladies rares et médicaments orphelins au sein de la Fondation Roi Baudouin, une série de recommandations et de propositions ont été formulées, lesquelles ont été analysées par l'INAMI et le SPF SPSCAE. Un groupe de travail créé par la ministre des Affaires sociales et composé d'experts techniques de l'INAMI, du SPF SPSCAE et de l'ISP se propose d'ancrer ces propositions dans un programme de soins pour maladies rares, conformément aux recommandations européennes.

La création de centres d'expertise pour maladies rares s'inscrit dans cette démarche. Un budget de 2 millions d'euros est prévu à cet effet. Au niveau européen, l'ambition est de développer un réseau de centres d'expertise – non seulement pour les maladies rares mais aussi pour plusieurs autres domaines de la santé – et de fixer des critères d'expertise, de qualité et autres. Nous faisons, en l'occurrence, référence à la directive en matière de soins de santé transfrontaliers (*cross border healthcare*).

La création de tels centres se fait en plusieurs phases.

Il convient tout d'abord de développer une stratégie de prise en charge des patients atteints d'une maladie rare sous la forme d'un programme de soins pour maladies rares. Dans ce contexte, l'INAMI soutient les activités du groupe de travail précité dans lequel siègent des experts techniques. Des experts de l'INAMI et du SPF SPSCAE suivent également les activités européennes en la matière au sein de l'EUCERD². Un projet de stratégie était déjà disponible au moment de la rédaction du Contrat d'administration et il parcourra plusieurs cycles de concertation et de décision.

Dans une deuxième phase, il convient de développer un instrument de sélection pour le choix des pathologies en vue de la création d'un centre d'expertise. Sur cette base, il sera possible de fixer des priorités. Un groupe de travail mixte composé de représentants du Collège des médecins-directeurs et de représentants de la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques se chargera de fixer ces priorités et de créer des centres d'expertise en tenant compte des 2 millions d'euros disponibles. Un instrument de sélection et des priorités seront proposés au Collège des médecins-directeurs, à l'Observatoire des maladies chroniques et à la Cellule stratégique, après quoi une discussion au niveau du Comité de l'assurance pourra avoir lieu.

Dans une troisième phase, il convient d'élaborer les cadres réglementaires nécessaires. En ce qui concerne le programme de soins pour maladies rares, le SPF SPSCAE doit rédiger un arrêté royal. Si nécessaire, l'INAMI apportera aussi les adaptations réglementaires nécessaires.

Dans une quatrième phase, des conventions seront conclues avec les nouveaux centres d'expertise. Les conventions existantes devront en outre être analysées et alignées sur les nouveaux critères et sur les

² European Union Committee of Experts on Rare Diseases ou Comité d'experts de l'UE dans le domaine des maladies rares.

recommandations européennes. Les conventions devront être conclues et adaptées en plusieurs phases en fonction des priorités et du budget disponible. Il convient aussi de faire périodiquement rapport concernant ces conventions.

Enfin, il faudra aussi assurer, tout au long du trajet, une communication à l'égard de différents partenaires (organismes assureurs, dispensateurs de soins, organisations de patients, Comité de l'assurance...) à propos de l'évolution du projet en Belgique mais aussi à propos des développements au niveau européen.

Ce projet est un projet à grande valeur ajoutée. Sur le plan externe, mentionnons :

- une meilleure accessibilité aux soins, une meilleure couverture pour certains soins pour les patients concernés avec, entre autres, la pose d'un diagnostic plus rapide ;
- une meilleure qualité des soins ;
- une simplification administrative pour le patient, l'ouverture d'un droit dans un centre d'expertise par pathologie pouvant être liée à une liste de droits qui sont automatiquement ouverts, pas uniquement dans le cadre de l'assurance SSI mais aussi en dehors de celle-ci (ex. handicap). Ceci va de pair avec une responsabilisation des dispensateurs de soins concernés et avec un glissement d'un contrôle a priori vers un contrôle a posteriori ;
- une contribution à l'innovation dans le cadre des SSI grâce à des approches plus transversales et intégrées ;
- une participation au réseau européen des centres d'expertise et une collaboration concernant le registre des maladies rares aux niveaux national et européen.

Sur le plan interne aussi, le projet a une importante valeur ajoutée :

- simplification administrative, de par l'existence d'une convention type avec des critères standardisés dans le programme de soins. Cela évite de devoir à chaque fois redévelopper différents critères de reconnaissance ;
- économies possibles : les médicaments sont par exemple remboursés à condition que la prescription ait été établie après la prise en charge par un centre d'expertise, un schéma de prescription plus rationnel pouvant ainsi être escompté.

Ce qui importe, c'est une bonne harmonisation avec les activités relatives aux maladies chroniques. Il faut éviter que pour une même pathologie, deux approches différentes soient mises en œuvre. Dans ce contexte, l'INAMI effectuera un exercice qui consistera à identifier les différentes possibilités et les différents types de prise en charge des maladies chroniques dans les conventions existantes.

Nous faisons en outre référence au lien qui existe entre ce projet et la constitution d'un registre des maladies rares. Ce projet est aussi coordonné par l'INAMI et réalisé en collaboration avec l'ISP et la plateforme eHealth. Il offrira diverses possibilités en matière d'épidémiologie, de suivi de patients, de recherche, de contrôle par l'INAMI en matière d'octroi de droits, d'évaluation de la qualité, etc.

Liste des actions-engagements

1. Proposer un instrument pour la sélection de pathologies en vue de créer des centres de référence. Date limite : 31.1.2013.
2. Proposer des priorités (pathologies) pour la création de centres de référence. Date limite : 30.6.2013.
3. Rapport concernant l'exercice d'identification des différentes possibilités et des différents types de prise en charge des maladies chroniques dans les conventions existantes. Date limite : 31.12.2013.

Effets attendus

- Une meilleure compréhension et une compréhension plus intégrée des différents aspects de comportement et de performance des dispensateurs de soins.
- Amélioration de la performance des dispensateurs de soins.
- Meilleures harmonisation et collaboration entre divers services et organes de l'INAMI.

Facteurs externes

- Collaboration du SPF SPSCAE.
- Collaboration du Collège des médecins-directeurs.
- Budget.

Article 21. Intégration du Fonds des accidents médicaux comme service distinct au sein de l'INAMI et soutien dans le cadre de l'opérationnalisation des missions du Fonds

Le présent article concerne un nouveau projet dans le cadre du Contrat d'administration 2013-2015.

Intitulé

Création d'un service « Fonds des accidents médicaux » (FAM) au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Cadre

Octroyer.

Axes

- Simplification administrative
- Nouvelle prestation de services : amélioration du processus et informatisation
- Application uniforme de la législation
- Contribution à la maîtrise des coûts et à une utilisation rationnelle des moyens

Contexte

La loi (du 15 mai 2007) relative aux dommages médicaux jette les bases d'une indemnisation des accidents médicaux. En d'autres mots, les patients reçoivent la possibilité d'introduire un dossier individuel en vue d'obtenir une indemnisation de dommages résultant de soins de santé.

Le Fonds des accidents médicaux, chargé de la gestion de cette indemnisation des dommages, est institué comme organisme d'intérêt public (OIP) de la catégorie B en vertu de l'article 6 de la loi du 31 mars 2010. Une équipe de projet, composée d'agents de l'INAMI, prépare depuis lors le démarrage effectif du Fonds tant au niveau des moyens, instruments et procédures de traitement des futurs dossiers d'indemnisation qu'au niveau de l'institution du Fonds comme OIP. Le Conseil d'administration a pu être mis en place le 23 septembre 2011 (les membres ont été nommés le 28 juillet 2011). Ce Conseil travaille depuis lors de manière intensive et constructive avec l'équipe de projet et l'INAMI.

Au terme d'une analyse et après réflexion, la différence de statut entre l'INAMI (IPSS) et le Fonds (OIP de catégorie B) permet difficilement d'offrir le soutien et l'économie d'échelle attendue, notamment en ce qui concerne la mise à disposition de collaborateurs, leur statut, les transferts possibles, etc. La personnalité juridique propre du Fonds entraîne une série d'obligations en matière de gestion du personnel et de gestion financière (budget, factures...) qui alourdissent considérablement la mise en place et la gestion du Fonds et limitent les économies d'échelle escomptées sans offrir une quelconque valeur ajoutée à la réalisation des missions du Fonds.

Consécutivement à ces constatations, il a été proposé d'intégrer le Fonds des accidents médicaux comme nouveau service à part entière au sein de l'INAMI. Le Fonds possède ses propres organes de décision spécifiques. L'idée de départ d'une propre personnalité juridique ne serait donc plus retenue.

L'intégration du FAM comme service opérationnel distinct au sein de l'INAMI doit offrir les garanties suivantes :

- une autonomie du Service et de ses organes vis-à-vis des autres services de l'INAMI et une séparation stricte au niveau de l'exécution de leurs missions légales ;
- une intégration fonctionnelle de la gestion (gestion du personnel, soutien ICT et gestion financière par exemple) avec respect pour l'autonomie et l'indépendance de l'exécution des missions, surtout en ce qui concerne la gestion des dossiers individuels d'indemnisation.

Pour concrétiser cette réforme, il y a lieu de modifier deux lois :

1. la loi réglant l'indemnisation de dommages découlant de soins de santé, c'est-à-dire la loi du 31 mars 2010 ;
2. la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La loi du 31 mars 2010 demeure la base pour l'indemnisation de dommages résultant de soins de santé. Seuls les aspects qui concernent le Fonds en tant qu'organisme d'intérêt public (OIP) de catégorie B, c'est-à-dire les aspects liés à la structure juridique, seront adaptés. La structure juridique du Fonds sera établie et instaurée par la réglementation qui s'applique aux services de l'INAMI, plus précisément par la loi coordonnée de 1994.

L'intégration au sein de l'INAMI se fera par la création d'un nouveau service distinct possédant ses propres organes, un fonctionnement et financement spécifiques par analogie avec les deux autres « services opérationnels » particuliers, à savoir le Service des soins de santé et le Service des indemnités. Ceci permet de préserver l'autonomie et l'indépendance des organes (le service, le Comité de gestion, le directeur général...) au niveau de l'exécution de leurs missions légales, sans ingérence d'autres organes ou services de l'INAMI.

Le FAM en tant que service distinct à part entière de l'INAMI sera géré par un Comité de gestion qui remplacera le Conseil d'administration du Fonds comme OIP. La mise en place d'un Comité de gestion garantit l'autonomie du nouveau service dans l'exécution et le suivi de ses missions légales. La composition de ce Comité de gestion sera identique à celle du Conseil d'administration.

Des sources de financement sont prévues tant pour l'exécution des missions du Fonds que pour le fonctionnement de celui-ci. Il s'agit d'une part d'un budget pour les missions (réservé essentiellement pour l'indemnisation des victimes) et, d'autre part, d'un budget pour le fonctionnement du Fonds (le budget de gestion).

Comme mentionné ci-dessus, l'intégration permettra de garantir une gestion à la fois fonctionnelle et harmonieuse. Pensons par exemple à la gestion du personnel, des ressources humaines, des technologies de l'information et de la communication, des ressources matérielles, des budgets et de la comptabilité... accompagnée d'économies d'échelle maximales, sous le contrôle du Comité général de gestion et de la Direction générale.

Dans le cadre de ce 4^e Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à entreprendre toutes les actions nécessaires pour que les modifications légales puissent effectivement entrer en vigueur et pour que le Fonds puisse fonctionner comme service distinct de l'INAMI. Une grande partie du travail préparatoire a entre-temps déjà été effectuée par l'INAMI, notamment sur le plan réglementaire. Le Fonds sera effectivement opérationnel dans le courant de 2012 et le service particulier devra être créé début 2013.

Dans le courant de la première année du présent contrat d'administration un tableau de bord sera développé. Le tableau de bord permettra de suivre périodiquement le traitement des dossiers et les délais de traitement.

Actions - engagements

1. Réaliser l'intégration effective du Fonds comme service particulier de l'INAMI en exécution de la loi du 31 mars 2010 et de la loi coordonnée SSI de 1994. Concrètement, les actions-engagements suivantes devront être prises :
 - créer les organes et déterminer leur rôle (Comité général de gestion de l'INAMI, Comité de gestion du FAM, direction générale de l'INAMI, direction générale du FAM). Date limite : 1er trimestre de 2013 ;
 - lancer les processus relatifs à l'infrastructure et aux ressources humaines (+ installation du management pour la première année). Date limite : chaque année dans le courant du 4e trimestre de l'année X-1.
2. Rédiger un rapport annuel concernant les activités du Fonds (et concernant les points contenus dans le 1er engagement) à l'intention du Comité de gestion du Fonds et du ministre compétent. Dates limites : 31/04/2013 (activités de septembre 2012 au février 2013), 31/03/2014 (activités de l'année 2013), 31/03/2015 (activités de l'année 2014)
3. Création d'un tableau de bord pour le suivi des dossiers et les délais de traitement des dossiers. Date limite: 30/06/2013.
4. Faire une évaluation et rédiger un rapport en la matière concernant la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (loi du 31 mars 2010) en vue d'y apporter d'éventuelles adaptations ainsi que dans la loi coordonnée SSI de 1994. Date limite : 30.6.2015.
5. Proposer des adaptations possibles aux textes réglementaires et coordonner le débat en la matière. Date limite : 31.12.2015.

Effets attendus

- Une gestion plus efficace du Fonds des accidents médicaux notamment sur le plan de la gestion du personnel, des ressources humaines, des technologies de l'information et de la communication, des ressources matérielles, des budgets, de la comptabilité...

Facteurs externes

- Approbation des textes réglementaires.

TITRE IX: Optimiser les missions de feedback, d'évaluation et de contrôles

Article 22. Informatisation de la gestion des dossiers dans le cadre de l'évaluation et du contrôle médicaux

Le présent article concerne la poursuite d'un projet (article 39) déjà intégré dans le cadre du Contrat d'administration 2010-2012. Ce projet concerne l'informatisation de la gestion des dossiers d'enquête à l'égard des dispensateurs de soins.

Intitulé

Continuer à développer un système de gestion informatisée des dossiers au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Cadre

Évaluer et contrôler, récupérer, informer.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Application correcte et uniforme de la législation.

Contexte

Ces dix dernières années, d'importants investissements ont été réalisés au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008, de l'Avenant 2009 et du Contrat d'administration 2010-2012, un système – intitulé Flowdos – a été développé pour la gestion et le suivi des dossiers d'enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et d'autres types de dossiers du SECM devant, à terme, couvrir toutes les dimensions et tous les stades des dossiers d'enquête.

Aujourd'hui, le SECM dispose d'un système de gestion de dossiers opérationnel comprenant deux parties. La première partie du système Flowdos, à savoir Flowdos-Data, concerne tout d'abord une gestion structurée des dossiers qui répond aux besoins de base du « business ». Un lien est prévu vers certaines sources de données existantes, p. ex. Nomensoft. Une série de fonctions de recherche ont par ailleurs été intégrées. La portée des fonctions de recherche du système Flowdos dépend du niveau de compétence de l'utilisateur respectif. Enfin, une série de fonctions de rapport ont été intégrées dans le système actuel de Flowdos. La deuxième partie de Flowdos, à savoir Flowdos-Documents, concerne le scanning des documents entrants ainsi que la production de documents par le service. Ceux-ci sont intégrés dans le dossier.

La mise à disposition du système de gestion électronique des dossiers, décrit ci-dessus, a permis de moderniser le fonctionnement du SECM au niveau de la gestion des dossiers d'enquête, d'offrir un meilleur soutien aux différents acteurs concernés par le processus et d'offrir davantage de possibilités au

niveau du suivi et du rapport du déroulement du processus et des résultats des dossiers d'enquête. Ce dernier point est important dans le cadre du rapport à l'égard de divers organes au sein et en dehors de l'INAMI.

Le système de gestion des dossiers sera davantage développé pour répondre aux besoins qui existent au sein du Service. Des fonctionnalités supplémentaires seront prévues permettant par exemple d'enregistrer les activités et adaptations dans le système de gestion de dossiers (logging), d'archiver des documents de manière opérationnelle et légale, de créer un lien vers le Registre national, de gérer la correspondance, de multiplier les possibilités de rapportage, entre autres grâce à une analyse *self service* des données, etc. Les besoins de l'entreprise (*business*) sont bien entendu évolutifs. En accord avec le Service ICT, on veillera à ce que l'application réponde au mieux aux besoins de l'entreprise. Le système de gestion de dossiers pourrait, d'autre part, également être étendu à d'autres types de dossiers, par exemple aux dossiers d'évaluation, aux dossiers d'enquête nationale...

Dans le même temps, le Service ICT développe un programme (appelé Platinum) en vue d'introduire, au sein de l'INAMI, un système de gestion de dossiers qui soit à la fois plus générique, mature et stable. Cette nouvelle technologie permettrait, d'une part, de stabiliser le système actuel - ce qui est techniquement nécessaire - et, d'autre part, de répondre à la demande de fonctionnalités supplémentaires. Divers types de dossiers pourraient être systématiquement intégrés en tant que tels dans le système. Une solution technique plus générique devrait également permettre d'entrer plus rapidement en production.

L'informatisation de la gestion des dossiers au sein du SECM peut également permettre une diminution des documents papier et des documents archivés dans le cadre des dossiers d'enquête. Une analyse sera faite des conditions réglementaires et opérationnelles - tant au sein de l'INAMI qu'en relation avec les partenaires externes, à savoir les acteurs de la justice - nécessaires à l'obtention de documents et d'archives électroniques probants au niveau de l'INAMI dans le contexte des dossiers d'enquête du SECM, afin de pouvoir supprimer les archives et flux papier. Sur la base de cette analyse, une initiative sera également prise en vue de se concerter avec le SPF Justice afin d'informatiser au maximum l'échange de données issues de ces dossiers. Il est aujourd'hui encore toujours question de procédures papier au niveau des cours et tribunaux. L'INAMI et le SPF Justice doivent s'accorder quant à la mesure, à la manière et au timing permettant d'évoluer vers un échange électronique probant de documents et dossiers entre l'INAMI et les acteurs de la justice.

Liste des actions-engagements

1. Stabiliser le système de gestion de dossiers actuel dans une nouvelle technologie générique en tenant compte des fonctionnalités supplémentaires demandées par l'entreprise. Date limite : 30.6.2014.
2. Analyser les conditions réglementaires et opérationnelles (en interne et en externe) afin d'informatiser au maximum la gestion des dossiers d'enquête au sein du SECM. Date limite : 31.12.2013.
3. Prendre une initiative à l'égard du SPF Justice afin d'harmoniser et d'informatiser au maximum la communication entre les acteurs de la justice et le SECM. Date limite : 31.3.2014.

Effets attendus

- Un soutien efficace des différents utilisateurs dans l'exécution de leurs tâches relatives à la gestion et au suivi des dossiers d'enquête à l'aide d'un programme informatique convivial ayant un niveau de sécurité adapté.
- Une politique de contrôle plus efficace avec moins de dépassements des délais légaux et une meilleure récupération de sommes indûment perçues comme conséquence.
- Une justification renforcée des actions et résultats dans le cadre des dossiers d'enquête du SECM.

Facteurs externes

Dépendance vis-à-vis du SPF Justice en vue de l'échange électronique probant de documents et de dossiers entre l'INAMI et le SPF Justice, les cours et les tribunaux.

Article 23. Réorganisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vue d'assurer la continuité et de pouvoir relever les futurs défis

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

Intitulé

Réorganiser la mission, les processus et l'organisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vue d'assurer la continuité et de relever les futurs défis.

Cadre

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

Axes

- Amélioration du processus et informatisation
- Application uniforme de la législation
- Maîtrise des dépenses
- Contribution à la maîtrise des coûts et à l'utilisation efficace des moyens

Contexte

Des défis de taille attendent le SECM. Dans la période allant de 2010 à 2015, une centaine de collaborateurs environ vont quitter ce Service, soit environ 28,7 % de son personnel. 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 quant à la continuité du service, le recrutement de nouveaux collaborateurs présentant des profils divers, la transmission de connaissances, etc. Ces défis s'ajoutent aux résultats de l'enquête périodique sur le bien-être qui nous apprennent que le Service doit s'efforcer 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.

C'est pourquoi, au cours de l'année 2012, un programme a été lancé – sous l'égide de la Direction générale de l'INAMI et du fonctionnaire dirigeant du SECM – pour préparer le Service à une réorganisation en profondeur. Soyons clairs : ce programme comportera plusieurs volets et plusieurs composantes qui peuvent donner lieu à des projets séparés, sur le plan de la stratégie, de l'architecture des processus, du concept d'organisation, de la politique de communication notamment.

L'analyse SWOT des points forts, des points faibles, des atouts et des menaces pour le Service était la première étape ou le premier projet dans le cadre de ce programme de réforme global. Le Plan de modernisation de 2004 a servi de base à cette analyse. Cinq domaines de ce plan de modernisation ont été retenus et analysés :

- Contrôle médical : stratégie en matière de détection, d'enquête, de poursuite et de sanction
- Évaluation médicale
- Évaluation de l'incapacité de travail et fonctionnement de la commission régionale du CMI
- Communication externe, prévention générale, fourniture d'informations et conseils
- Organisation interne et fonctionnement du SECM

L'analyse SWOT consistait en un processus d'auto-évaluation participatif : divers profils à différents niveaux de pouvoir du Service ont été invités à réfléchir aux variables sur lesquelles se baser pour définir la forme et le contenu du SECM du futur. L'approche participative – 80 collaborateurs, soit près de 50 % du personnel du Service étaient membres de ces groupes d'auto-évaluation – a été choisie pour faire prendre conscience aux collaborateurs des défis et leur donner l'occasion de se prononcer sur d'éventuelles pistes d'amélioration ; ils étaient ainsi responsabilisés et pouvaient jouer un rôle dans l'avenir de leur Service.

Divers domaines potentiels ont pu être identifiés à partir de cette analyse SWOT, ils pourront être étudiés plus en détail, par exemple :

- L'élaboration d'une stratégie d'enquête et de contrôle davantage axée sur des thèmes. Elle peut s'enraciner dans les actuels projets CENEC fédéraux. Nous pouvons comparer cela au Service du contrôle administratif qui, il y a quelques années, est passé du contrôle de cas individuels au sein des OA aux contrôles dits thématiques.
- La réforme de la direction juridique du Service en fonction de la politique de contrôle et d'enquête thématiques visée et la flexibilisation de la direction au vu de quelques défis sur le terrain et dans les instances judiciaires.
- Une gestion plus stricte de la surconsommation et du dépistage, notamment en ce qui concerne la base légale.
- L'optimisation de la fonction d'avis du SECM au sein des différents comités de l'assurance maladie-invalidité.
- L'amélioration des méthodes utilisées pour l'analyse et l'exploration des données.

- La création d'une équipe chargée des analyses et des études pouvant déterminer l'orientation des missions de contrôle, d'évaluation et d'information du Service.
- L'optimisation du fonctionnement et de l'organisation des commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité et la redéfinition du rôle des médecins-inspecteurs du SECM au sein de celles-ci (cf. article 16 du présent Contrat d'administration).
- Etc.

L'étape suivante consiste à concevoir un programme de réforme en se basant sur les résultats de l'analyse SWOT. Ce programme sera composé d'un ensemble cohérent de projets individuels qui doivent tous aider à atteindre un ou plusieurs objectifs dudit programme. Bien entendu, des priorités devront être fixées et l'exécution des projets séparés s'étendra sur plusieurs années. Le printemps 2014 est incontestablement une date importante dans le calendrier des projets du programme de réforme : c'est à cette date que le fonctionnaire dirigeant et les trois médecins-inspecteurs généraux qui assurent ensemble la direction quotidienne du Service prendront leur pension. Dès la mi-2012 déjà, des groupes de travail chargés de formuler des propositions de réforme concrètes seront mis sur pied pour certains des thèmes susmentionnés. En tout cas, l'action-engagement suivant incombe aux RH : préparer au mieux pendant l'année 2013 les procédures de sélection et de recrutement des nouvelles personnes chargées de la direction quotidienne du Service pour permettre une transition en douceur et assurer la continuité début 2014.

Que les choses soient claires : ce projet stratégique est important pour l'avenir du SECM en soi mais aussi de l'INAMI dans son ensemble. En effet, divers acteurs autres que le SECM sont concernés par les réformes qui prendront forme sous le parrainage de la direction générale. Du personnel tant interne qu'externe (le concours d'un gestionnaire externe du changement sera notamment demandé) est prévu pour accompagner ces groupes de travail et mettre en œuvre les propositions approuvées. La collaboration de services comme le Service RH, le Service ICT et la Direction juridique, tant au niveau central que provincial, est cruciale pour la réussite de cette mise en œuvre. Le Service RH par exemple doit procéder à l'analyse des profils requis pour l'avenir en fonction des orientations choisies en matière de missions et de processus ; il doit entreprendre les actions nécessaires en matière de sélection et de recrutement, de développement des compétences, d'accompagnement de la carrière, de réorientation etc. ; il doit apporter son soutien aux adaptations à la structure de l'organisation. Quant à l'ICT, l'adaptation des objectifs et des processus au sein du Service devra aller de pair avec l'adaptation des moyens technologiques. Il conviendra par exemple de restructurer et d'intégrer les bases de données, de mettre les données à disposition dans les délais en garantissant l'efficacité et la sécurité, de redessiner les flux (avec les OA aussi), de prévoir des programmes informatiques performants, etc. Sur le plan juridique, des adaptations devront le cas échéant être apportées aux textes réglementaires vu la révision des missions, de l'organisation et des processus.

Des rapports internes réguliers à la Direction générale seront prévus en vue d'un suivi de qualité des travaux. Ces rapports sont repris comme action-engagement dans le présent Contrat d'administration.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport semestriel sur l'état d'avancement du programme de réforme du SECM et compte rendu sur l'avancement des projets. Dates limites : 31.7.2013 ; 31.12.2013 ; 31.7.2014 ; 31.12.2014 ; 31.7.2015 ; 31.12.2015
2. Préparation des actions et des procédures nécessaires dans le domaine des RH pour permettre une transition en douceur lors du départ des personnes assurant la direction quotidienne du SECM. Date limite : 31.12.2013.

Effets attendus

- Efficacité accrue des missions de contrôle, d'évaluation et d'information du SECM
- Plus grande visibilité des travaux et des résultats du SECM au sein de l'assurance maladie-invalidité
- Continuité de l'accomplissement des missions du SECM lors 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

Article 24. Fraude sociale : croisement des données (1) DMFA-invalides & (2) DMFA-incapacité de travail primaire

Cet article concerne la poursuite du projet qui figurait déjà dans l'Avenant 2009 (article N13) et dans le troisième Contrat d'administration 2010-2012 (article 41).

Intitulé

Le croisement des données, d'une part entre les données DMFA et les données sur les indemnités payées aux titulaires en invalidité et, d'autre part, entre les données DMFA et celles relatives aux indemnités payées pendant la période d'incapacité de travail primaire (ITP).

Cadre

Contrôler, informer et conseiller.

Axes

- Application uniforme de la réglementation
- Maîtrise des dépenses.

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. Pendant la période couverte par le 4^e Contrat d'administration, l'INAMI désire poursuivre et affiner les actions entreprises dans le cadre du croisement des données, dans le droit fil de la note de politique du Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale et fiscale et du plan d'action du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale.

Ce programme spécifique comporte deux volets.

1. Le volet 1 consiste à repérer annuellement (pour le secteur des indemnités – invalidité – régime général & régime des travailleurs indépendants) le cumul non autorisé de l'AMI et du salaire communiqué à l'ONSS. Concrètement, il s'agit en l'occurrence des personnes invalides qui entament une activité non autorisée et pour laquelle l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Pour les repérer, le Service du contrôle administratif utilise la technique dite du « datamatching » ou croisement des données de la DMFA et des modèles PI. Ces dernières données contiennent, par mutualité, un aperçu nominatif trimestriel des indemnités payées aux personnes invalides.

En 2008, un premier exercice a été fait pour les personnes qui étaient en invalidité pendant toute l'année 2006. Concrètement, on a détecté les cumuls non autorisés (en écartant les reprises de travail à temps partiel autorisées par le médecin-conseil) puis on a vérifié si les mutualités avaient bien procédé à la régularisation et à la récupération des montants. Une mutualité qui fonctionne correctement doit effectuer ce croisement de données automatiquement puisqu'elle dispose de ces données dans le cadre de son travail quotidien. En cas de non-régularisation, les inspecteurs sociaux du Service du contrôle administratif étudient les cas pertinents au sein des mutualités. Ensuite, l'INAMI procède à la récupération et inflige une sanction administrative à l'assuré social.

Les secteurs économiques sont aussi ajoutés à l'aide des numéros ONSS des employeurs. On peut ainsi se faire une idée des secteurs les plus critiques.

Depuis 2009, le Service du contrôle administratif a effectué ce croisement des données chaque année. Il est prévu de poursuivre ce croisement pour chaque année du 4^e Contrat d'administration, soit en 2013, 2014 et 2015. Comme pour la situation actuelle, cet exercice porte sur les données de l'année X – 2.

2. Le second volet de ce projet consiste en une détection a posteriori des personnes en incapacité de travail primaire (ITP) qui entament une activité non autorisée pour laquelle l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Ce croisement de données est nouveau, il ne figurait pas dans les Contrats d'administration précédents.

Concrètement, il s'agit en l'occurrence des personnes en incapacité de travail primaire qui entament une activité non autorisée et pour laquelle l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Pour les repérer, le Service du contrôle administratif utilise la technique dite du « datamatching » ou croisement des données de la DMFA et de celles relatives aux dépenses pour l'incapacité de travail primaire. À l'avenir, ces dernières données contiendront, par mutualité, un aperçu nominatif trimestriel des indemnités payées aux personnes en incapacité de travail primaire. L'article 15 du 3^e Contrat d'administration (incapacité de travail primaire : statistiques et études) concerne l'individualisation du flux de données sur l'ITP. Ce flux sera dès lors utilisé pour le croisement des données.

Concrètement, les cumuls non autorisés seront détectés (à l'exclusion des reprises de travail à temps partiel autorisées par le médecin-conseil) puis on vérifiera si les mutualités ont bien procédé à la régularisation et à la récupération des montants. Une mutualité qui fonctionne correctement doit effectuer ce croisement de données automatiquement puisqu'elle dispose de ces données dans le cadre de son travail quotidien. En cas de non-régularisation, les inspecteurs sociaux du Service du contrôle administratif étudient les cas pertinents au sein des mutualités. Ensuite, l'INAMI procède à la récupération et inflige une sanction administrative à l'assuré social.

Pendant la période couverte par le 4^e Contrat d'administration, le Service du contrôle administratif organisera ce croisement de données puis l'effectuera chaque année dès que les données relatives à

l'incapacité de travail primaire seront utilisables. Comme pour le volet 1, cet exercice porte sur les données de l'année X – 2.

Actions-engagements

1. Effectuer un croisement des données DMFA et PI chaque année et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date limite : 31 décembre 2013, 31 décembre 2014 et 31 décembre 2015.
2. Effectuer un croisement des données DMFA et ITP et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date limite : X + 6 mois, X étant la date à laquelle les données nominatives ITP sont disponibles pour l'année X – 2.

Effets attendus

- Détection plus efficace et efficiente de la fraude
- Fonctionnement correct des mutualités : elles procèdent à temps à la régularisation et à la récupération des montants indûment payés

Facteurs externes

- Les données DMFA doivent arriver à temps.
- Les organismes assureurs doivent envoyer les données nominatives en matière d'incapacité de travail primaire à temps.

Article 25. Contrôle relatif à la délivrance non conforme de certificats d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités

Le présent article concerne un nouveau projet qui s'appuie en partie sur des projets déjà mentionnés dans de précédents Contrats d'administration de l'INAMI (p.ex. projets d'évaluation SECM, cartographies ITP médecins-conseils ; rapport annuel SECM concernant la stratégie ICE).

Intitulé

Il s'agit du contrôle réalisé par le SECM en ce qui concerne la délivrance non conforme de certificats d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités.

Cadre

Évaluer et contrôler

Axes

- Amélioration du processus et informatisation
- Application correcte et uniforme de la législation
- Maîtrise des dépenses

Context

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux contribue à une utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI). Pour ce faire, le SECM veille entre autres à ce que l'ensemble des acteurs concernés (dispensateurs de soins, gestionnaires d'établissements de soins, organismes assureurs, assurés sociaux,...) respectent leurs obligations dans un cadre légal et réglementaire adéquat. Pour ce faire, la politique du SECM s'appuie sur trois piliers complémentaires : Information, Contrôle et Évaluation (ICE). S'appuyant sur une approche générale et efficace, le SECM utilise, au moment opportun, la bonne combinaison d'instruments afin de contribuer ainsi à une utilisation optimale des ressources de l'ASSI.

La mission du SECM contribue à la stratégie définie par le Secrétaire d'État et le Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale dans son Plan d'action 2012-2013. Ce plan prévoit entre autres un chapitre sur les prestations indûment portées en compte par des dispensateurs de soins et la délivrance non conforme de certificats d'incapacité de travail. L'objectif est d'éviter et de réprimer toute utilisation inappropriée des ressources de l'assurance maladie-invalidité et de prévoir également les récupérations financières là où cela s'avère nécessaire.

Le SECM dispose actuellement d'une série d'instruments permettant de détecter et de pénaliser ces divers types d'erreurs, d'abus et de fraude. Ces instruments ont également été développés de manière explicite dans le cadre des précédents Contrats d'administration. Pensons entre autres aux :

- enquêtes nationales, individuelles et thématiques à l'égard des dispensateurs de soins concernant des prestations non effectuées et non conformes dans le cadre de l'assurance maladie ;
- projets d'évaluation généraux et ciblés, axés sur le comportement prescripteur et modèles de consommation au niveau des dispensateurs de soins, e.a. dans le cadre de la lutte contre la surconsommation ;
- aux contrôles en matière de délivrance effective de médicaments en analysant les fichiers des firmes et des offices de tarification en ce qui concerne le code-barres unique ;
- dans le cadre de l'assurance indemnités, aux cartographies établies pour les activités des médecins-conseils concernant l'incapacité primaire ;
- etc.

Les choix stratégiques, les activités réalisées et les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie ICE du SECM sont documentés chaque année sous forme de rapport annuel (cf. article 18 du Contrat d'administration 2010-2012). Dans le cadre du suivi de projets issus de précédents Contrats d'administration, devenus entre-temps des processus permanents, l'exécution de ce rapport annuel est suivie sous le Titre XIV du présent Contrat d'administration.

Dans le cadre du présent projet, figurant dans ce Contrat d'administration, le SECM souhaite, conformément à l'accord gouvernemental Di Rupo I et au Plan d'action 2012-2013 du Secrétaire d'État et du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, prendre une initiative au niveau des certificats d'incapacité de travail délivrés à tort par les médecins.

D'une part, le SECM souhaite développer une approche préventive à l'égard des médecins traitants, prescripteurs au niveau de la délivrance de certificats d'incapacité de travail. Cet objectif peut être réalisé en développant et en approuvant des directives au niveau du Comité du SECM. Le SECM apportera son soutien à la réalisation de cet exercice.

D'autre part, le comportement sur le terrain doit également être contrôlé. Dans le cadre du flux de données entre les OA et l'INAMI concernant les activités des médecins-conseils en matière d'incapacité primaire, des données ont été recueillies sur le médecin traitant et prescripteur de la personne incapable de travailler. Sur la base de ces informations, le SECM peut effectuer des analyses individuelles et

comparatives sur les comportements prescripteurs de médecins en matière d'incapacité de travail. Les profils déviants – par exemple les médecins qui ont délivré énormément de certificats d'incapacité de travail refusés au niveau du médecin-conseil – peuvent ainsi être détectés. Les informations nécessaires, un feed-back individuel et des avertissements peuvent être donnés à ces médecins. Dans les cas plus lourds, le dossier peut être transmis à l'Ordre des médecins. La mise en place d'un tel processus d'analyse, de contrôle et de feed-back peut avoir un effet de sensibilisation et de responsabilisation chez les dispensateurs de soins.

Liste des actions-engagements

1. Établir des directives relatives à la délivrance de certificats d'incapacité de travail par les médecins. Date limite : 30.6.2014
2. Mettre un rapport à disposition du Comité du SECM contenant les résultats des analyses relatives aux comportements prescripteurs de médecins en matière d'incapacité de travail. Date limite : 31.12.2015

Effets attendus

- Une délivrance plus conforme de certificats d'incapacité de travail par les médecins.

Facteurs externes

- Collaboration du Comité SECM en ce qui concerne l'établissement et l'approbation des directives relatives à la délivrance, par les médecins, de certificats d'incapacité de travail.

TITRE X: Renforcer le soutien à la gestion financière de l'ASSI

Article 26. Opérationnalisation du nouveau système de responsabilisation des OA par rapport à leurs frais d'administration

Le présent article concerne la poursuite du projet inscrit dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 (article 15), de l'Avenant 2009 (article 15) et du Contrat d'administration 2010-2012 (article 44).

Intitulé

Informations fournies dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion des OA.

Cadre

Contrôler, informer

Axes

- Application uniforme de la réglementation
- Nouveaux services : amélioration des processus & informatisation

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 et, lorsque des manquements sont constatés, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire allouée (la partie variable des frais d'administration) en fonction de l'ampleur de ces manquements.

L'AR du 28 août 2002 mentionne 10 critères, dont 6 critères pour lesquels l'INAMI doit fournir des informations. Au cours des dernières années, l'INAMI a pris diverses initiatives afin de permettre une gestion plus efficace du processus. Ces initiatives et les résultats y afférents sont décrits de façon détaillée dans les rapports semestriels et annuels des Contrats d'administration précédents.

L'efficacité du système actuel n'est pas optimale. Il a en effet un impact insuffisant sur le bon fonctionnement des organismes assureurs. L'éventail actuel des critères dans la partie variable des frais d'administration fournit une image partielle du fonctionnement des OA. En outre, certains critères sont imprécis ou laissent le champ libre à l'interprétation. Enfin, d'autres critères ont perdu en pertinence en 2011. Le système actuel implique de plus une charge de travail importante pour un impact trop limité sur la variabilité.

C'est pourquoi, dans le cadre du 3^e Contrat d'administration, l'INAMI a rédigé fin 2011 un rapport contenant une proposition de nouveau système. L'INAMI a développé ce système en collaboration avec l'Office de contrôle des mutualités et les organismes assureurs. Cette proposition est caractérisée par des critères plus clairs, plus objectifs et mieux contrôlables, qui couvrent une grande partie du fonctionnement des mutualités. Cette proposition se fonde sur le principe « *Qu'est-ce qu'une mutualité qui fonctionne bien ?* »

Pour pouvoir respecter ce principe, on a identifié les processus cruciaux suivants qui reflètent le fonctionnement des OA au niveau global :

1. L'obligation d'informer les assurés sociaux
2. L'octroi correct, uniforme et à temps 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 précis des récupérations
5. L'organisation des mécanismes de contrôle nécessaires aux différents niveaux
6. La collaboration avec l'INAMI et la collaboration à la mise en œuvre de la politique du/de la ministre des Affaires sociales
7. La bonne gestion comptable

Pour chaque processus crucial, un nombre pertinent de domaines seront délimités par période d'évaluation, après concertation avec l'Office de contrôle des mutualités. Des indicateurs SMART, qui serviront à évaluer le fonctionnement des OA, seront ensuite définis par domaine.

La méthode de travail est la suivante : l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités conviennent d'une sélection de domaines et d'indicateurs correspondants, pour lesquels les OA peuvent être responsabilisés. Les étapes proposées sont les suivantes :

- la première année (= année X-1 si l'année X est considérée comme l'année d'évaluation), des accords sont conclus au niveau de la sélection des domaines et indicateurs et les préparatifs requis sont effectués en vue de mesurer ces indicateurs et de produire et mettre à disposition les données nécessaires pour ce faire ;
- la deuxième année (= année X, il s'agit de l'année d'évaluation et donc de l'année au cours de laquelle l'INAMI effectuera les mesures et les contrôles), les indicateurs peuvent être effectivement calculés et l'évaluation peut être réalisée. Périodiquement, les indicateurs et les normes y afférentes peuvent changer en fonction des évolutions et des problèmes constatés en pratique ;
- l'année X+1 (= année suivant l'année d'évaluation), les rapports contenant les résultats des contrôles et des mesures, effectués au cours de l'année d'évaluation, seront soumis à l'Office de contrôle des mutualités et au Comité général de gestion.

Tant le rapport définitif contenant les propositions de nouveau système de responsabilisation que le projet d'arrêté royal ont été finalisés fin décembre 2011 et transmis le 25 janvier 2012 à la ministre des Affaires sociales et au secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale. Dès qu'un accord politique sera atteint, l'INAMI démarrera l'opérationnalisation de ce nouveau système. Cette opérationnalisation implique qu'un tout nouveau processus interne doit être mis sur pied avec la concrétisation notamment des aspects suivants :

- création d'un groupe de travail permanent (définition du rôle, désignation des participants, fréquence de réunion, méthodologie pour les travaux ...) ;
- rédaction de la description de processus ou de la BIO-analyse avec entre autres les process flows (flux de production) dans VISIO, des informations descriptives... ;
- élaboration des autres documents de travail tels que la fiche de projet, les tableaux de bord, les templates et les fiches par domaine d'évaluation...

Comme action-engagement, et donc comme point de départ pour le nouveau système de responsabilisation, l'INAMI s'engage à présenter, 6 mois après l'accord politique concernant le nouveau système, une première proposition globale au Comité général de gestion. Cette proposition comprendra

les domaines (ou processus) à examiner et les indicateurs à évaluer qui seront traités au cours de la première année d'évaluation.

Ce projet et son implémentation seront examinés à la lumière des conséquences de l'arrêté de la Cour constitutionnelle du 24 mai 2012 sur l'application de la Charte de l'assuré social et aux modifications législatives qui en résulteront pour le secteur ASSI.

Actions–engagements

1. Rédiger une proposition globale pour le Comité général de gestion contenant les domaines (ou processus) et les indicateurs qui feront l'objet d'une évaluation au cours de la première année d'évaluation et ce, 6 mois après la publication de l'arrêté royal. Date limite : X + 6 mois (X étant la date de publication de l'arrêté royal).

Facteurs externes

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

Effets attendus

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

Article 27. Rapport sur les montants indus et les récupérations par les OA dans le cadre de l'assurance indemnités

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

Intitulé

Mettre sur pied un flux de données entre l'INAMI et les OA pour avoir une vue globale de l'ampleur des montants indûment versés par les OA et des récupérations effectuées dans le cadre de l'assurance indemnités.

Cadre

Évaluer et contrôler, informer.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Application correcte et uniforme de la législation.
- Maîtrise des dépenses.

Contexte

Les auteurs du rapport de la Cour des comptes à la Chambre des représentants sur la gestion des indemnités dans l'assurance maladie-invalidité (2011) faisaient remarquer que les procédures utilisées par les organismes assureurs pour récupérer les indemnités présentaient des lacunes. Ainsi, l'INAMI ne dispose pas d'informations sur la totalité des récupérations dans le secteur des indemnités. Il est impossible d'assurer un suivi suffisant de la récupération effective et des procédures de récupération lancées par les organismes assureurs. Les processus internes des organismes assureurs en matière de maîtrise des risques ne sont pas assez transparents. Lors de la discussion sur le rapport de la Cour des comptes à la commission Affaires sociales de la Chambre, la ministre des Affaires sociales s'est engagée à créer un flux de données entre l'INAMI et les organismes assureurs pour pouvoir répertorier toutes les récupérations de la part des organismes assureurs et en assurer le suivi.

Pour l'instant, l'INAMI peut uniquement connaître et contrôler l'ampleur des montants dus qu'il a lui-même fixés. Ce projet a donc pour objectif de créer un flux de données afin de répertorier tous les paiements indûment effectués par les organismes assureurs et de savoir comment ils sont récupérés. À cet égard, il convient de préciser les éléments suivants : l'organisme assureur est-il responsable ou non de l'erreur constatée ? Comment la récupération effective est-elle faite ? Pourquoi a-t-on renoncé à une récupération éventuelle et qui prend finalement en charge les indemnités indûment versées ? L'assurance maladie ou les organismes assureurs via leurs frais d'administration ? Des indicateurs de performance seront conçus sur la base des informations fournies par les organismes assureurs pour évaluer le critère « suivi minutieux des récupérations », ce qui représente une nette amélioration par rapport à la situation actuelle.

Ce flux électronique qui sera créé en vue du suivi optimal de toutes les récupérations contiendra, par numéro national (données individualisées), au moins les éléments suivants :

- un aperçu de toutes les indemnités indûment versées aux assurés sociaux,
- un aperçu de toutes les récupérations de ces indemnités indûment perçues,
- un aperçu des récupérations selon qu'il s'agit ou non de cas de fraude,
- un aperçu des récupérations selon qu'il s'agit ou non de cas de faute, d'erreur ou de négligence de l'organisme assureur ou de la mutualité,
- un aperçu des montants effectivement récupérés,
- un aperçu des raisons pour lesquelles on n'a pas ou plus procédé à la récupération (renonciation, charte de l'assuré social, prescription, montants inférieurs à 25 euros, etc.),
- un aperçu des montants non récupérés qui ont été mis à charge des frais d'administration de l'organisme assureur ou à charge de l'assurance maladie.

Les données relatives aux paiements indûment effectués par les organismes assureurs doivent être communiquées par titulaire individuel. Les OA devraient transmettre les données à l'INAMI chaque trimestre par le biais de la plate-forme CareNet, qui est la norme pour la transmission de données entre l'INAMI et les OA. L'INAMI devrait recevoir les données au plus tard dans le mois qui suit la fin du trimestre auquel elles se rapportent.

Les articles 44 et 45 de la loi-programme du 29 mars 2012 (M.B. du 6 avril 2012, édition 3) contiennent des dispositions à ce sujet, qui ont aussi été transposées dans l'article 164quater de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994. La loi-programme dispose que le système de transmission des données des OA à l'INAMI doit être en vigueur le 1^{er} janvier 2014. Dans le cadre du présent Contrat d'administration l'INAMI se fixe, vu les moyens budgétaires disponibles très limités, la fin de l'année 2014 comme échéance pour réaliser ce flux de données électroniques. À partir de début 2015, l'INAMI devrait donc connaître tous les montants encore « en attente » chez les OA au 31 décembre 2013 et 2014 ; il s'agit de tous les cas individuels, historique y compris, pour lesquels des montants doivent encore être récupérés.

Lorsque le nouveau flux de données sera opérationnel, un rapport pourra être rédigé concernant les résultats de l'analyse des données transmises. L'INAMI s'engage à rédiger un premier rapport de ce type dans les 6 mois qui suivent la mise en production du flux de données, pour autant que les données des OA aient été transmises dans les temps et qu'elles soient de qualité. Pour les années suivantes, l'INAMI prévoit de rédiger chaque fois un rapport avant la fin du mois de septembre de l'année X pour les données de l'année X-1. Normalement, l'INAMI disposera de toutes les données de l'année X-1 au mois d'avril de l'année X.

Dans le contexte de ce projet, nous nous référons à l'arrêt de la Cour constitutionnelle quant à la mesure dans laquelle la réglementation actuelle relative aux récupérations auprès des assurés (art. 174 de la réglementation AMI) est conforme aux dispositions de la Charte de l'assuré social et aux articles 10 et 11 de la Constitution. Il va de soi que cet arrêt et son exécution ont une incidence sur les données qui sont transmises par les OA et sur leur analyse par l'INAMI.

Actions-engagements

1. Rédiger un rapport pour le Ministre concernant l'état des lieux du projet. Date limite: 31.01.2014
2. Mise en production d'un flux de données entre les OA et l'INAMI. Date limite : 31.12.2014.
3. Mise à disposition d'un rapport contenant les résultats des analyses portant sur les données transmises par les OA. Date limite : X (date effective de mise en production du flux) + 6 mois ; et ensuite annuellement avant le 30 septembre de l'année X sur la base des données de l'année X-1.

Effets attendus

- Mieux savoir quels montants les OA ont indûment versé au total et quel suivi est donné.
- Concevoir des indicateurs performants pour évaluer les prestations en termes de gestion des organismes assureurs en ce qui concerne leurs frais d'administration.
- Remplir l'obligation d'informer la Cour des comptes, la ministre et le Parlement sur les indemnités indûment versées.

Facteurs externes

- Collaboration des OA : données transmises à temps et de qualité.
- Arrêt de la Cour constitutionnelle.

TITRE XI: Renforcer la communication externe et favoriser l'image positive de l'INAMI

Article 28. 50 ans de l'INAMI.

Le présent article comprend un nouveau projet qui n'était pas inscrit dans le Contrat d'administration 2010-2012.

Intitulé

Fête des 50 ans de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité : 1963-2013 ainsi que des 20 ans de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Contexte

L'année 2014 est l'année jubilaire pour l'INAMI. En effet, bien que la loi du 9 août 1963 instituant l'INAMI dans sa structure actuelle ait été publiée au Moniteur belge le 1^{er} novembre 1963, elle n'est entrée en vigueur qu'au 1^{er} janvier 1964. 2014 est aussi l'occasion de fêter les 20 ans de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, loi de base qui organise et règle l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Dans ce cadre, l'INAMI se voit l'occasion de revenir sur ses origines et son évolution. Pour cela, il organisera une série d'initiatives, tant en interne qu'en externe. L'angle d'approche interne comporte notamment une étude sur l'image de l'institution, une fête pour le personnel, des témoignages filmés d'anciens collaborateurs internes et externes, etc. Au niveau externe, il est prévu de réaliser, en collaboration avec le Bureau fédéral du Plan, une évolution de l'assurance soins de santé de 1963 à 2013, ou un sondage de la population au sujet de l'assurance maladie-invalidité (AMI). D'autres initiatives comme par exemple le projet d'avenir (réflexion quant au modèle de coopération entre l'INAMI et les organismes assureurs), une réflexion sur l'importance de la santé comme élément culturel, ou une réflexion sur les dépenses privées des soins de santé pourraient être développées.

Un programme sera précisé davantage dans le courant de l'année 2012. Les activités festives prendraient cours au 1^{er} trimestre 2014.

Concrètement, le groupe de direction sera chargé de l'organisation de ces multiples initiatives. Il sera composé entre autres du président du Comité général de gestion, des autres gestionnaires, des universitaires, des parties concernées, d'experts en communication, d'un représentant du monde scientifique et du secteur culturel.

Actions-engagements

1. Proposition d'un programme définitif des activités fêtant les 50 ans de l'INAMI pour le Comité général de gestion. Date limite : 30/06/2013.

Effets attendus

- Meilleure image de l'INAMI

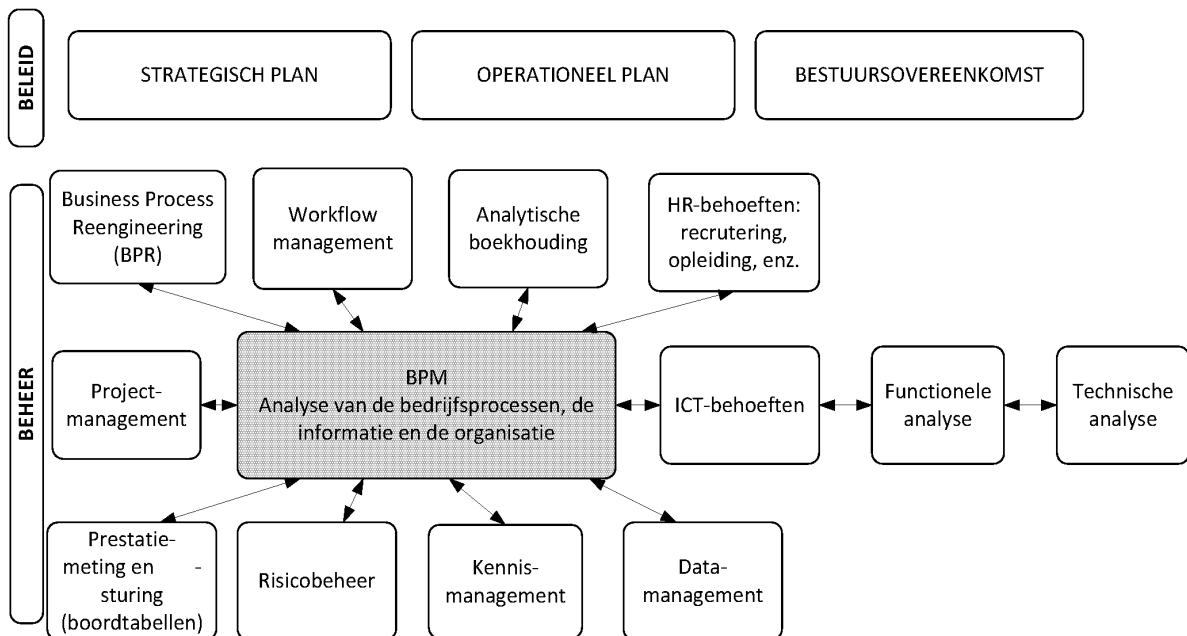
Facteurs externes

- Collaboration des acteurs externes.

TITRE XII: Développement de l'organisation et bonne gouvernance

Depuis plusieurs années déjà, l'INAMI s'emploie avec vigueur à développer une bonne gouvernance. De nombreuses initiatives ont déjà été prises dans ce sens, successivement dans le cadre du 2^e Contrat d'administration, de l'Avenant 2009 et du 3^e Contrat d'administration. Il s'agit de projets dans des domaines tels que le management de projets, le Business Process Management (BPM), la maîtrise des risques, le contrôle interne et l'audit interne, la mesure et le management des prestations (KPI, Balanced Scorecards...), le management de la qualité (CAF) et la gestion des plaintes.

Ces différentes méthodes et techniques et ces divers instruments de stratégie et de gestion ont un rôle à jouer dans le fonctionnement quotidien de l'organisation de l'INAMI et forment la base du développement d'une vision intégrée de la stratégie et de la gestion. Dans cette optique, un modèle intégré de stratégie et de gestion a été élaboré pour l'INAMI. Il s'agit de notre modèle de management qui se présente ainsi :



Le développement de ce modèle ainsi que la mise sur pied de divers projets de stratégie et de gestion trouvent leur origine dans la nécessité et le souci spécifiques d'une maîtrise de l'organisation. La maîtrise de l'organisation se définit le mieux de la façon suivante : un processus adopté par le management et le personnel afin d'être assurés raisonnablement de pouvoir réaliser les objectifs organisationnels visés. Plus spécifiquement, le système de contrôle interne a été créé pour s'assurer raisonnablement :

- d'atteindre les objectifs imposés, d'appliquer les décisions et d'en assurer le suivi ;
- du respect des lois, décrets, arrêtés, réglementations et procédures ;
- que l'information financière et gestionnelle soit minutieuse, exacte, complète, transmise dans les délais et utilisable ;
- de l'efficacité de ses opérations et de l'utilisation efficace de ses moyens ;
- de la protection de ses actifs et de la prévention de la fraude.

Pendant la période du 4^e Contrat d'administration, l'INAMI souhaite poursuivre le développement des instruments de politique et de gestion. Dans le contexte social et budgétaire actuel, le choix a été fait d'accentuer les trois piliers suivants :

- le soutien des collaborateurs ;
- l'objectif d'efficacité des processus ;
- le développement de la maîtrise des risques, du contrôle interne et de l'audit interne.

Au cours des 3 prochaines années, l'INAMI se focalisera donc sur 3 domaines (en ligne avec les synergies au niveau du Collège de IPSS, comme repris plus loin dans le texte du présent contrat d'administration). Tout d'abord, une attention spécifique sera consacrée au bien-être des collaborateurs avec e. a. l'extension du télétravail et l'installation d'une application « Employee Self Service », qui permettra aux collaborateurs de faire un certain nombre d'actes administratifs (p. ex. congés) par voie électronique, mais qui permettra également de mieux anticiper sur les départs des collaborateurs dans les prochaines années.

l'INAMI continuera également les initiatives en matière du « Business Proces Management ». Une attention particulière sera également portée à l'optimisation de la gestion des litiges avec un processus rationalisé et efficace pour la gestion centrale et décentralisée des dossiers de contentieux.

Enfin, une fonction d'audit interne sera mise sur pied et développée à l'INAMI. Cette fonction d'audit interne est basée sur la vision commune qui a été développée au niveau du Collège des IPSS. Le développement de la fonction d'audit interne est une étape suivante importante dans le processus d'amélioration permanente. Elle s'inscrit dans un objectif de bonne administration et répond aux demandes et recommandations de l'Etat, de la Cour des comptes et d'autres organes de contrôle.

Avant de passer aux trois domaines décrits ci-dessus, nous souhaitons attirer l'attention sur l'implication de l'INAMI dans le projet e-Procurement. L'INAMI y travaille déjà depuis le début (début 2010) et, dans les années à venir, il s'engage aussi à mettre en œuvre les nouvelles fonctionnalités de e-Procurement (e-Awarding, e-Catalogue). Depuis le 1^{er} novembre 2011, e-Notification est en production pour tous les marchés publics qui doivent être publiés au Bulletin des Adjudications et/ou dans le Journal officiel de l'Union européenne ; ainsi, e-Tendering est utilisé depuis la fin 2011 pour recevoir et émettre des offres de manière électronique.

Article 29. Veiller au bien-être et au soutien des collaborateurs

Article 29.1. Développer la gestion électronique des ressources humaines (e-HR)

Intitulé

Implémenter graduellement un programme informatique moderne pour l'administration du personnel, avec intégration d'un self-service pour les employés (*Employee self-service*) et d'un système de gestion de l'information (*Management information system*).

Cadre

Organisation interne.

Axes

- Amélioration du processus et informatisation.
- Application uniforme de la législation.
- Contribuer à la maîtrise des coûts internes et à une utilisation rationnelle des moyens.
- Simplification administrative.

Contexte

Au cours des années à venir, l'INAMI souhaite renouveler entièrement son système informatique RH. Ce projet sera bien entendu réalisé graduellement. L'attention sera tout d'abord portée sur le renouvellement de la base de données relative au fichier du personnel et au moteur salarial. L'application LISA utilisée actuellement et qui supporte les modules SPIL et Elvire sera remplacée par un nouvel outil appelé ARNO. Celui-ci sera opérationnel dès fin 2012, début 2013.

Une prochaine étape du projet e-HR est la mise en place d'un « Employee self-service » permettant aux membres du personnel d'avoir eux-mêmes accès à diverses fonctionnalités. Un tel self-service renforcera la dynamique et la participation du personnel. Cet outil permettra aux collaborateurs d'avoir eux-mêmes accès à leurs données personnelles et de les adapter. L'administration du personnel n'aura plus à introduire des données purement administratives telles que des demandes de congés et autres absences. Le Service RH n'aura plus non plus à introduire, de manière répétitive, des données dans les différentes bases de données. Le temps ainsi libéré dans le Service RH pourra être consacré à d'autres domaines qui auront une plus grande valeur ajoutée en termes de soutien aux collaborateurs. Cet outil permettra en outre de supprimer toute une série de formulaires papier et processus y afférents étant donné que les processus concernés seront automatisés via un système de workflows électroniques. Le projet aura un effet positif sur les ressources et tiendra compte du développement durable.

La mise en place d'un Employee self-service se fera bien sûr graduellement et l'introduction de cet outil aura donc lieu en plusieurs phases au cours des années à venir. Concrètement, les agents de l'INAMI pourront consulter et gérer eux-mêmes :

- les absences : demandes et enregistrement, en ligne, d'absences. Les feuilles de congés et les formulaires papier pour les demandes d'absences appartiendront au passé ;
- les données personnelles et les données relatives à la structure de l'organisation : enregistrement précis des données personnelles de base et des coordonnées des collaborateurs ; consultation aisée ; informations transparentes concernant le dossier personnel ; possibilité d'apporter, via l'application, des modifications dans la situation administrative (changement d'adresse, mariage, enfants...) ;
- d'autres extensions prévues à l'avenir dans le cadre des demandes de formations, du suivi du dossier d'évaluation personnel (cercles de développement), etc.

En ce qui concerne la première année du 4^e Contrat d'administration, l'INAMI s'engage à gérer la feuille de congés par voie électronique. Cela signifie que toutes les matières relatives aux workflows, à l'enregistrement des données et aux autorisations seront entièrement traitées par voie électronique à partir de 2014 (action-engagement 1). Il s'agit d'une informatisation de quelque 10.000 encodages par an.

Le système de gestion e-HR permettra en outre de réclamer facilement et en toute transparence des informations relatives aux collaborateurs et chefs fonctionnels (qui fait quoi, organigrammes, fonctions, compétences, expériences...). Le but est de développer, via ce nouveau système, un module à part entière pour la tenue de statistiques et de rapports à différents échelons, via la mise en place d'un système de

gestion de l'information (*Management Information System*). Il sera possible de rédiger des rapports tant pour la gestion quotidienne que pour le management. Concrètement, pensons par exemple aux rapports (tableaux, graphiques...) pour le Comité de direction concernant des KPI³ spécifiques en matière de ressources humaines (réception rapide et systématique de la *balanced scorecard* RH telle que développée dans le cadre du Contrat d'administration antérieur) mais aussi aux rapports pour le Conseil de direction et le Comité général de gestion et ce, sous différentes formes, pour divers critères et à différents niveaux. Dans le courant de 2014, l'INAMI produira trois rapports standard : un premier rapport contenant les indicateurs clés de performance RH (partie FED20), un deuxième rapport pour le suivi des effectifs du personnel et un troisième rapport pour le suivi du budget du personnel (action-engagement 2).

Parallèlement à ces développements, la gestion administrative de différents processus relatifs au personnel au sein du Service GRH sera simplifiée et professionnalisée (sélections, promotions, évaluations, descriptions de fonction...). Le principe de base est qu'on travaille toujours avec une même base de données et qu'on supprime tout double emploi. Dans cette partie, on établit un lien vers la gestion des processus, l'impact sur les processus, l'organisation du travail et les rôles des collaborateurs étant à chaque fois mis en évidence.

Pour les partenaires externes aussi, la gestion électronique des ressources humaines signifiera une simplification. L'échange de données avec Medex, le SPF Finances, l'ONEm et le SPF P&O sera à la fois plus rapide et plus précis. Ceci vaut aussi pour la réponse à toutes sortes de questions externes et internes (telles que les questions parlementaires).

Actions – engagements

1. Mise en production de l'*Employee self-service* avec première réception de la feuille électronique de congés. Date limite: 31.12.2013.
2. Réalisation des trois premiers modules du MIS (*Management Information System*) :
 - a. un rapport standard contenant les KPI FED-20 (HR-BSC) ;
 - b. un rapport standardisé de l'évolution des effectifs du personnel ;
 - c. un rapport standardisé de l'évolution du budget du personnel.Date limite: 31.12.2014.

Effets attendus

- Une simplification et une amélioration des processus RH à l'aide de ressources informatiques adaptées.
- Une plus grande satisfaction des agents de l'INAMI qui collaborent aux processus RH, notamment grâce à la possibilité d'un self-service.
- Un meilleur accès à des données fiables, permettant une analyse et la prise de décisions.
- Un échange de données plus performant avec les partenaires externes.

Facteurs externes

- Accords à respecter par le fournisseur externe.
- Synergies avec d'autres Institutions publiques de sécurité sociale (développement collectif, achat collectif d'applications...).

³ *Key performance indicators* ou indicateurs clés de performance.

Article 29.2. Anticiper les départs de personnel

Intitulé

Anticiper les départs de personnel, notamment au travers du développement de la polyvalence, de la réorientation des collaborateurs, du transfert des connaissances...

Cadre

Organisation interne

Axes

- Contribution à la maîtrise des coûts internes et à une utilisation rationnelle des moyens
- Amélioration de processus et informatisation

Contexte

L'INAMI doit faire face à un défi considérable. Dans les cinq prochaines années, près de 20 % des agents prendront leur pension et quitteront donc notre organisation. Dans ce groupe, on retrouve différents profils. Puisqu'il s'agit aussi de fonctions importantes et cruciales, le risque de perte d'expertise tant au niveau médical qu'en termes de management est naturellement très élevé.

Partant de ce constat, l'INAMI doit relever des défis particuliers, à savoir : assurer la continuité de la prestation de services, engager de nouveaux collaborateurs présentant des profils divers, assurer le transfert de connaissances, etc. À ces défis s'ajoutent les résultats de l'enquête périodique sur le bien-être au travail qui révèlent une surcharge de travail importante au sein de certains services opérationnels.

Parallèlement à cette vague de départs à la pension, l'INAMI doit, tout comme d'autres services publics, faire face à un contexte de restriction budgétaire. De ce fait, la marge de manœuvre en termes de recrutements sera limitée voire inexistante dans les prochaines années.

Compte tenu de la nécessité de réaliser des économies et des départs en masse des collaborateurs, l'INAMI se voit contraint de procéder à un certain nombre d'analyses fondamentales. Une question centrale se pose à cet égard : comment, en tant qu'organisation, utiliser dans les prochaines années, de façon optimale, les moyens restreints disponibles à l'INAMI (moins de ressources et de budgets) et comment garantir efficacement la poursuite de nos processus et la réalisation de nos missions ?

Durant la période de ce quatrième Contrat d'administration, l'INAMI entend se concentrer pleinement sur les aspects concrets suivants :

- Réalisation des analyses nécessaires permettant de cerner les points les plus critiques (fonctions, compétences...);
- Développement d'une méthodologie permettant de cartographier les besoins en matière de polyvalence et de réorientation et d'assurer, dans ce contexte, un suivi structurel ;
- Développement d'un modèle de screening des compétences disponibles devant permettre de visualiser le potentiel présent au sein de l'organisation et de combler les besoins futurs.

De fait, ce projet est étroitement lié à la poursuite du déploiement du management de processus (voir ci-dessus). Les choix opérés lors de la réalisation des analyses de processus spécifiques liés à la mesure de la charge de travail, se baseront sur les processus les plus critiques.

L'INAMI souhaite par là souscrire aux initiatives du Collège des IPSS en ce qui concerne le développement des synergies relatives à la proactivité aux départs du personnel, au transfert de connaissances, etc.

Actions-engagements

1. Rédiger un rapport pour le Comité de direction contenant une analyse des points les plus critiques (fonctions, compétences...) en matière de taux d'occupation du personnel. Date limite: 31.12.2013.
2. Développer une méthodologie permettant de cartographier les besoins en matière de polyvalence et de réorientation et d'assurer, dans ce contexte, un suivi structurel. Date limite: 31.12.2014.
3. Réalisation d'un plan pour le transfert des connaissances, en particulier pour les fonctions à remplacer et axées sur la polyvalence. Date limite: 31/12/2015

Effets attendus

- Assurer la continuité des prestations de services de l'INAMI

Facteurs externes

Aucun.

Article 30. Renforcement de l'analyse des processus et l'efficacité dans les processus

Article 30.1. Business process management

Le présent article concerne la poursuite d'engagements inscrits dans des Contrats d'administration antérieurs de l'INAMI, notamment à l'article 38b de l'Avenant 2009 du deuxième Contrat d'administration et à l'article 50.1 du troisième Contrat d'administration 2010-2012.

Intitulé

Poursuivre le développement du Business process management (BPM) à l'INAMI.

Cadre

Organisation interne.

Axes

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

Contexte

Ces dernières années, l'INAMI a poursuivi l'implémentation du trajet BPM (voir plus loin). Déjà dans le Contrat d'administration antérieur, la valeur fondamentale de l'expertise et de la documentation des processus a été démontrée, ce qui nous permet d'atteindre efficacement et effectivement les objectifs stratégiques ainsi que les objectifs opérationnels. Dès que nous aurons une bonne compréhension des processus, nous pourrons correctement traiter les autres aspects de la gestion organisationnelle tels que la maîtrise des risques, la détermination d'indicateurs, l'informatisation d'un processus...

Bon nombre d'aspects du trajet BPM ont été exécutés ces dernières années et sont décrits dans les rapports des Contrats d'administration antérieurs. Il s'agit entre autres :

- du développement méthodologique du Business Process Management à l'INAMI (analyses BIO, standards, modèles de présentation, outils, accords...);
- de plusieurs cycles de formation de base et des sessions de coaching y afférentes en soutien des responsables fonctionnels. Une centaine de personnes ont entre-temps suivi cette formation;
- de la mise au point concrète d'analyses BIO pour des processus spécifiques au sein des services opérationnels et des services généraux de support;
- du développement d'un modèle d'organisation pour renforcer, par la présence d'analystes d'entreprise externes, la capacité d'analyse au sein de l'INAMI;
- d'un encadrement spécifique de ces analystes externes afin de les coacher dans les domaines de la programmation, du contenu, de la méthodologie et du coaching journalier;
- de la préparation méthodologique et de la première tentative de regroupement des macro-processus de l'INAMI;

- du raccordement (depuis 2011) au réseau BPM de la *Vlerick Management School*. Ce raccordement permet d'accroître l'expertise et de développer davantage encore le programme BPM avec professionnalisme.

Les années à venir, nous nous concentrerons essentiellement sur les aspects suivants :

- La finalisation du regroupement des macro-processus de l'INAMI. Il s'agit d'un exercice à la fois complexe et intensif. Le regroupement des macro-processus permet d'identifier les principaux domaines de processus de l'INAMI. Ces domaines regroupent des processus individuels similaires. Le regroupement des processus permet un contrôle interne au niveau d'un domaine de processus, d'un macro-processus, d'un processus individuel, d'un sous-processus et d'une activité. Il permet en outre de définir des blocs de processus génériques et d'exécuter plus efficacement d'autres aspects de la gestion (développements ICT, fixation d'indicateurs, estimation de risques, qualité, détermination des besoins RH...). Le but est d'aboutir à une approche intégrée de l'amélioration du processus, de la maîtrise des risques et de la mesure de la performance.
- La réalisation d'analyses de processus pour quelques processus critiques. Nous portons en l'occurrence notre attention sur la rationalisation des processus et sur l'efficacité et le transfert des connaissances. Le choix des processus sera opéré sur la base du regroupement des macro-processus et sur la base des risques détectés en matière de départs de collaborateurs (voir projet RH).
- En ligne avec les synergies entre IPSS, l'INAMI effectuera des mesures de la charge de travail. Cette activité requiert l'élaboration d'une méthodologie spécifique, ce qui demande un effort particulier de l'INAMI. Dans ce contexte, une expertise externe sera également nécessaire.

Comme déjà indiqué dans quelques projets-clés précédents, le déploiement ultérieur du projet BPM sera tout à fait conforme aux derniers développements dans le secteur de l'ICT, plus particulièrement en ce qui concerne le programme Platinium. Ce programme se base sur les analyses de processus et comprend entre autres les composantes suivantes :

- le projet CAMAS (Case Management Solution) : ce projet vise l'implémentation d'un outil ICT permettant de gérer tous les dossiers individuels. À terme, cela signifie que toutes les applications ICT permettant de gérer les dossiers individuels seront structurées à partir d'un module commun unique ;
- le projet IOC (In- and Outbound Communication) : ce projet vise l'implémentation d'un outil de gestion intégré et transversal pour toutes les communications entrantes et sortantes (appels téléphoniques, courrier, e-mails).

Actions – engagements

1. Finaliser la carte macro des processus et donner des explications au Comité de direction. Date limite : 31.12.2014.

Effets attendus

- Gains d'efficacité grâce à la rationalisation des processus.
- Utilisation standardisée d'aspects de processus et d'aspects informatiques communs dans le cadre de développements futurs.

Facteurs externes

Aucun.

Article 30.2. Optimisation de la gestion du contentieux

Cet article est un nouveau projet qui ne figurait pas dans les précédents Contrats d'administration de l'INAMI.

Libellé

Améliorer et informatiser la gestion du contentieux de l'INAMI, tant au niveau central qu'en périphérie.

Cadre

Règles, organisation interne

Axes

- Contribution à la maîtrise des coûts internes et à une utilisation rationnelle des moyens
- Amélioration de processus et informatisation
- Simplification administrative

Contexte

Depuis quelques années déjà, les Services généraux de support ainsi que les services centraux déploient tous leurs efforts en vue d'assurer une gestion optimale et efficace du contentieux, tant au niveau central qu'en périphérie. Diverses initiatives ont été prises à cet égard, à savoir :

- Création d'une plateforme de concertation entre les différents services juridiques de l'INAMI ;
- Organisation d'ateliers en vue d'assurer une approche cohérente ;
- Réalisation d'une analyse des processus actuels de traitement des litiges, assortie d'une analyse BIO réalisée aux différents échelons d'activités ;
- Inventaire des différentes applications ICT actuellement utilisées au sein des différents services (certaines applications sont obsolètes et doivent donc, d'urgence, être remplacées).

L'objectif de ce projet d'optimisation est multiple, à savoir :

- Amélioration et informatisation de la gestion des processus existants ;
- Meilleure intégration au niveau de l'INAMI (accompagnée d'une harmonisation des fichiers de données et de l'utilisation d'un flux de travail électronique) ;
- Diminution de l'afflux des litiges ;
- Meilleure communication interne des informations relatives aux dossiers ;
- Communication d'informations de gestion relatives au traitement des litiges (e.a. développement d'indicateurs).

Comme exposé précédemment dans certains projets opérationnels précédents, ce projet sera également développé dans le cadre du programme Platinium. En ce qui concerne le développement de l'application pour les litiges, on utilisera notamment les volets suivants :

- Le volet CAMAS (« Case Management Solution ») : il s'agit de l'implémentation d'un outil ICT pour la gestion des dossiers individuels. Dans ce projet, il s'agit donc des dossiers de contentieux individuels.
- Le volet IOC (« In & outbound Communication ») : il s'agit d'un outil de gestion intégrée et transversale de toute communication entrante et sortante, tant par contacts téléphoniques que par courriers et courriels. Dans le cadre de la gestion du contentieux, l'objectif poursuivi est donc d'intégrer tout courrier entrant et sortant dans un flux électronique.

Durant la période de ce Contrat d'administration, l'INAMI souhaite procéder à l'implémentation d'un outil moderne de gestion du contentieux (dans un premier temps, pour la partie centrale) ainsi qu'à l'élaboration d'un rapport concernant l'état d'avancement des dossiers (instrument de suivi accompagné d'indicateurs éventuels).

Actions-engagements

1. Disposer d'un outil central (première partie) pour la gestion informatisée du contentieux (intégration des fichiers de données). Date limite : 31.12.2014.
2. Instrument relatif au flux de travail : rattacher les services périphériques à l'outil central. Date limite : 31.12.2015.
3. Élaboration de rapports concernant l'évolution des dossiers de contentieux, notamment l'analyse des causes pour tenter de contenir les litiges. Date limite : 31.12.2015.

Effets attendus

- Accroître l'efficacité dans le cadre de la gestion des processus en matière de contentieux
- Garantir une effectivité accrue dans le cadre des dossiers de contentieux

Facteurs externes

Aucun.

Article 31. Renforcement de la maîtrise des risques, du contrôle interne et de l'audit interne

Article 31.1 Création et développement du Service d'audit interne

Le présent article est le prolongement d'engagements pris dans les précédents Contrats d'administration de l'INAMI, à savoir l'article 38 du Contrat d'administration 2006-2008 et les articles 50.3. et 50.4. du Contrat d'administration 2010-2012.

Intitulé

Création et développement d'une fonction d'audit interne à l'INAMI.

Cadre

Organisation interne

Axes

- Amélioration des processus et informatisation
- Simplification administrative
- Application uniforme de la législation
- Contribution à la maîtrise des coûts et à une utilisation rationnelle des moyens

Contexte

La création et le développement d'un Service d'audit interne à l'INAMI s'inscrivent dans une vision commune en matière d'audit qui a été développée au niveau du Collège des IPSS. Le développement de la fonction d'audit interne est une étape suivante dans le processus d'amélioration permanente dans les IPSS. Il s'inscrit dans le cadre d'un objectif de bonne administration publique et répond également aux questions et recommandations de l'État, de la Cour des comptes et d'autres organes de contrôle au sein des IPSS. La vision commune du Collège des IPSS est consignée dans deux chartes qui constituent la base de l'organisation et du fonctionnement des fonctions d'audit interne et des Comités d'audit y afférents : une Charte commune concernant les fonctions d'audit interne au sein des IPSS et une Charte commune concernant les Comités d'audit au sein des IPSS. Les différentes IPSS ont la possibilité d'adapter ou non ces chartes à leurs spécificités au moyen d'une méthodologie dite « comply or explain ».

La création d'un Service d'audit interne à l'INAMI est déjà prévue et préparée depuis un certain temps et s'inscrit dans une approche pluriannuelle dont l'objectif est de renforcer systématiquement la gestion organisationnelle – contrôle interne au sens large du terme. Le levier du renforcement de la gestion organisationnelle a été l'introduction en 2002 de l'instrument du Contrat d'administration, qui a donné lieu au renforcement du planning et du suivi stratégiques et organisationnels, à l'introduction des méthodes de gestion telles que la gestion de projet, l'analyse des processus, la mesure des prestations, la gestion de la qualité, etc. Dans ce cadre, l'intégration de la maîtrise des risques a également fait l'objet d'une grande attention, par exemple l'analyse opérationnelle des risques dans le cadre du management de projet, l'analyse opérationnelle des risques sur la base des descriptions de processus, l'analyse stratégique des risques sur la base d'un exercice CAF, etc.

Depuis 2007, un certain nombre de missions d'audit ad hoc ont également été menées à l'INAMI, par exemple au niveau des processus d'achats, en ce compris l'accompagnement d'un processus de re-engineering et l'introduction d'une nouvelle application (EPM); une analyse du respect de la réglementation en matière de marchés publics ; un mini-audit des procédures en matière de gestion de crise ; l'accompagnement de la Direction financière (section Cotisations pensionnés et sections Ressources spécifiques) dans le cadre de l'analyse des risques dans ses processus ainsi que de la qualité des systèmes de contrôle interne ; le soutien méthodologique lors d'un audit de la gestion des licences au Service ICT ; etc.

Dans le droit fil de la vision, des chartes et de la feuille de route pour l'implémentation qui ont été établies au niveau du Collège des IPSS, la création d'un Service d'audit interne à l'INAMI est prévue dans le courant de 2012. Le Service d'audit interne veut se positionner comme un partenaire indépendant, objectif et compétent du management et des administrateurs de l'INAMI, qui :

- apporte une certaine certitude sur la mesure dans laquelle l'INAMI gère son fonctionnement, ses processus et ses risques, en effectuant des évaluations méthodiques, systématiques et disciplinées (« assurance ») ;
- formule des propositions d'amélioration réfléchies et réalisables sur la base des évaluations effectuées (« recommandations ») ;

- donne des conseils au niveau de la gestion du fonctionnement, des processus et des risques de l'INAMI (« consultancy »).

En 2012, les initiatives nécessaires seront prises pour créer formellement le Service d'audit interne, l'ancrer dans l'organigramme et le doter d'un personnel sur la base de l'analyse des besoins en personnel qui a été réalisée à la mi-2011. Il va de soi que des réunions sont prévues au niveau du Comité de direction et du Comité général de gestion en vue de prendre les décisions nécessaires. En concertation avec le Comité général de gestion, la façon dont un Comité d'audit pourra être créé en son sein sera également définie. Ce Comité d'audit surveillera – en collaboration avec la Direction générale – les activités du Service d'audit interne.

En ce qui concerne les activités opérationnelles du Service, un premier défi sera l'établissement d'un plan d'audit sur la base d'une analyse des risques. Ensuite, des méthodes et techniques seront élaborées afin d'exécuter les missions d'audit. Sur la base de ce plan d'audit et en fonction des moyens disponibles, on pourra ensuite – à partir de 2013 – démarrer l'exécution des missions d'audit et la formulation de recommandations. Outre ces missions en vue d'apporter des certitudes (« assurance »), la fonction d'audit interne prévoira l'accompagnement de l'organisation dans le développement de sa maîtrise des risques, des systèmes de contrôle interne, ou d'autres aspects de sa gestion organisationnelle (« consultancy »). Des actions de sensibilisation sont également prévues au niveau de la maîtrise des risques, du contrôle interne et de la gestion organisationnelle. Chaque année, le Service d'audit interne rédigera un rapport contenant un aperçu des activités effectuées et des résultats obtenus dans ces différents domaines. Ce rapport sera présenté au Comité d'audit et à la Direction générale, et ensuite également au Comité général de gestion. Pour la fin du Contrat d'administration 2013-2015, une évaluation sera également réalisée, en concertation avec ces acteurs, sur le fonctionnement et les résultats du Service d'audit interne pendant les trois premières années de son existence. Cette évaluation se penchera également sur les attentes pour la période suivante.

Outre les actions-engagements spécifiques à l'INAMI qui sont formulés dans le présent article, l'INAMI contribuera également de façon active à la réalisation des objectifs communs en matière d'audit interne, formulés par les IPSS dans le cadre des dispositions communes de la 4^e génération de Contrats d'administration (cf. article 58), notamment au niveau du développement du réseau PLATINA et de l'harmonisation de la fonction d'audit interne au sein des IPSS avec les activités des autres organes de contrôle, tels que la Cour des comptes.

Actions-engagements

1. Présenter un plan d'audit à la Direction générale, au Comité d'audit et au Comité général de gestion. Date limite : 31.3.2013
2. Présenter un rapport à l'intention de la Direction générale, du Comité d'audit et du Comité général de gestion, contenant un aperçu des activités et des résultats de l'audit interne au cours de l'exercice précédent. Date limite : 31.3.2014 ; 31.3.2015
3. Présenter un rapport d'évaluation à la Direction générale, au Comité d'audit et au Comité général de gestion sur le fonctionnement du Service d'audit interne à l'INAMI. Date limite : 31.12.2015

Effets attendus

- Une plus grande certitude pour le management et les administrateurs de l'organisation concernant une maîtrise adéquate et effective des risques.
- Un renforcement de la gestion organisationnelle et d'une bonne administration publique au sein de l'INAMI.

Facteurs externes

- Développements au niveau du Collège des IPSS dans le cadre des synergies au niveau des fonctions d'audit internes et des comités d'audit.

TITRE XIII: Transfert vers d'autres services publics et harmonisation et collaboration avec ces autres services publics

Article 32. Développement d'un modèle de prévision des dépenses en soins de santé, en collaboration avec le Bureau fédéral du plan

Le présent article comprend un nouveau projet qui n'était pas inscrit dans le Contrat d'administration 2010-2012.

Intitulé

Élaboration d'un modèle de projection pour les dépenses INAMI en matière de soins de santé. Un projet auquel collaborent le Bureau fédéral du plan et l'INAMI.

Cadre

Evaluer, informer, conseiller

Axes

- Maîtrise des dépenses
- Nouvelle prestation de service : amélioration des processus et informatisation

Contexte

Depuis la création de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en 1963 (loi du 9 août 1963), les dépenses publiques pour les soins de santé représentent une part sans cesse croissante du produit intérieur brut. Vu l'importance de ces dépenses, leur évolution à court, moyen et long termes est suivie avec une grande attention. En ce qui concerne le court terme, la section Actuariat et Budget du Service des soins de santé de l'INAMI fait des estimations des dépenses dans le cadre du suivi et de l'établissement du budget pour l'année en cours et l'année à venir. Le Bureau fédéral du plan fait, dans le cadre des projections annuelles à moyen terme, des estimations de l'évolution future des dépenses sur une période d'un an à cinq ans. Le Conseil supérieur des Finances, pour terminer, fait des projections des dépenses à long terme dans le cadre de son rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement.

Ce projet résulte de la nécessité croissante de comprendre les facteurs qui déterminent l'évolution des dépenses en soins de santé. Il prévoit le développement d'un nouveau modèle qui combine les avantages des méthodes actuelles en utilisant les relations statistiques au niveau des groupes de dépenses (projections actuelles) et en les évaluant sur la base des données d'utilisation individuelles (nouvelle dimension). Une vision au niveau individuel est un élément qui fait actuellement défaut. Ce projet ambitionne par conséquent de combler ce vide et ce, en développant un modèle qui doit permettre de suivre à long terme les évolutions de l'utilisation des soins de santé au niveau individuel. Sur la base de ce modèle, de nouvelles informations stratégiques intéressantes seront fournies et pourront offrir une importante plus-value. Les questions les plus importantes qui devraient trouver réponse grâce au modèle en question sont :

- Quels sont les « moteurs » des dépenses publiques en matière de soins de santé ? En d'autres termes, quelles variables influencent l'évolution des dépenses ?
- Quelle évolution prévoit-on pour les dépenses publiques en matière de soins de santé à court et moyen termes ?
- Quel est l'impact possible des réformes dans la réglementation sur la consommation des soins et les dépenses ?
- Quelle est la contribution sociale de l'assurance maladie obligatoire ?

A travers ce projet, l'objectif est d'obtenir un maximum d'informations sur les individus et donc de réaliser des projections sur base de données relatives au patient avec un maximum de paramètres déterminants pour la santé. Les projections réalisées jusqu'à présent ne reposent que sur une consommation en termes de cas et non de patients.

En collaborant ainsi dans ce projet, le Bureau du Plan a accès à l'expertise médicale de l'INAMI ainsi qu'à l'expertise en matière de projection budgétaire telle que pratiquée par l'actuariat de l'INAMI. Inversement, l'INAMI profitera de l'expérience du Bureau du Plan en matière prévisionnelle au niveau national. Des liens seront également à établir avec le projet « Vieillesse » de la Cellule Expertise & COOPAMI et les projections qui y sont présentées (cf. Contrat d'administration 2010-2012, article 13).

Pour atteindre cette vision micro, la solution choisie par le présent projet est de passer par l'échantillon permanent (construit par l'IMA et financé par l'INAMI) : base de données qui intègre, pour un groupe d'individus représentatif (1/40e) de la population belge – groupe que l'on suit au cours du temps depuis 2002 –, l'ensemble des données de santé ambulatoires et d'hospitalisation qu'ils consomment. A côté de ces données se trouvent également des données sociodémographiques.

Ce projet constitue un réel challenge puisque l'échantillon permanent ne donne plus l'exhaustivité de la population belge. Ce que le Bureau du Plan et l'INAMI gagneront en qualité et exhaustivité d'informations au niveau du patient ne le sera que pour 1/40e de la population belge. Le cœur même du projet est donc de créer un modèle de projection qui tiendrait compte du niveau de consommation de la population belge, de l'évolution de son état de santé et qui soit fiable au niveau national.

Dans le cadre de la mise au point de ce projet et de son suivi, l'INAMI et le Bureau fédéral du plan ont convenu de mettre sur pied un Comité d'accompagnement. Ce Comité sera constitué de membres du Bureau fédéral du plan, de la Cellule Expertise & COOPAMI, du Service des soins de santé et de la Direction générale de l'INAMI. L'INAMI rédigera également un rapport périodique sur l'avancement de ce projet. La Cellule Expertise & COOPAMI se chargera de ce rapport.

Effets attendus

Meilleure projection des dépenses en soins de santé qui tiendra compte de l'évolution de l'état de santé de la population belge.

Facteurs externes

Collaboration avec le Bureau du Plan.

Article 33. Participation au projet de procès-verbal électronique (ePV) du SPF ETCS

Intitulé

Implémentation de l'ePV au Service du contrôle administratif.

Cadre

Contrôler

Axes

- Amélioration des processus et informatisation
- Application uniforme de la législation
- Contribution à la maîtrise des coûts et à une utilisation rationnelle des moyens

Contexte

Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, une concertation a été lancée il y a une dizaine d'années entre les services d'inspection afin d'arriver à un modèle de données uniforme pour un procès-verbal électronique. L'utilisation de l'application ePV et d'une banque de données centralisée pour tous les services d'inspection présente les avantages suivants :

- ce système améliore la qualité des procès-verbaux ;
- il permet d'échanger plus d'informations (collaboration plus étroite entre les services d'inspection) ;
- il permet d'utiliser le temps et les moyens avec plus d'efficacité ;
- il permet d'engager davantage de poursuites et d'infliger plus d'amendes ;
- et il permet de fournir de meilleures informations stratégiques et de gestion étant donné que l'on dispose de davantage d'informations statistiques, qui sont de meilleure qualité.

L'ePV est accessible notamment aux services d'inspection, aux auditeurs du travail et à la Direction des amendes administratives (SPF ETCS).

Outre ce modèle de données uniforme, un code pénal social coordonné a également été publié. Ce code pénal social réunit dans un seul code toutes les dispositions pénales, y compris les niveaux d'infraction et les sanctions y afférentes.

Dans une première phase, les services d'inspection de l'ONSS, de l'ONEM, du SPF ETCS (Contrôle des lois sociales) et du SPF Sécurité sociale (Inspection sociale) ont été intégrés au projet ePV. Il s'agit d'environ mille inspecteurs, qui ont entre-temps déjà commencé à utiliser cette nouvelle méthodologie.

L'objectif des années à venir est de permettre également à d'autres services d'inspection d'utiliser l'ePV (e.a. INASTI, ONAFTS, INAMI, ONVA, la police, des instances régionales...). Dans les prochains mois, l'INAMI va collaborer avec le SPF ETCS afin que les inspecteurs de l'INAMI (en premier lieu les contrôleurs sociaux du Service du contrôle social auprès du Service du contrôle administratif, et ensuite les inspecteurs sociaux du Service de contrôle des OA du Service du contrôle administratif) puissent utiliser à l'avenir l'ePV. À cet effet, le Service du contrôle administratif de l'INAMI participera activement aux initiatives émanant du SPF ETCS, telles que le « Groupe de travail Échange de données ».

Actions – engagements

1. Une collaboration active de l'INAMI au projet ePV, avec établissement d'un état de la situation annuel concernant cette collaboration. Dates limites : 31.12.2013, 31.12.2014, 31.12.2015.

Effets attendus

- Augmentation de l'efficacité dans la lutte contre la fraude sociale (e.a. procès-verbaux de qualité, banque de données centrale, flux de données automatisés et davantage de poursuites et d'amendes).

Facteurs externes

- Collaboration du SPF ETCS (et disponibilité des budgets nécessaires)

Article 34. Transfert de la section « Cotisations des pensionnés » à l'Office national des pensions

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

Intitulé

Organiser le transfert des activités et du personnel de la section « Cotisations des pensionnés » de l'INAMI à l'Office national des pensions(ONP).

Cadre

Perception.

Axes

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

Contexte

L'INAMI et l'ONP se sont mis d'accord pour transférer à l'ONP les activités et le personnel de la section « Cotisations des pensionnés ». De ce fait, la gestion du cadastre des pensions et le suivi des montants versés par les organismes de paiement des pensions et des avantages assimilés aux cotisations de soins de santé sur les pensions seront transférés à l'ONP.

Les éléments suivants sont à l'origine de ce projet :

- la gestion d'une banque de données des pensions ne fait pas partie des activités de base (« core business ») de l'INAMI mais bien de celles de l'ONP ;

- le remplacement de la cogestion du cadastre des pensions par une gestion centralisée, c'est-à-dire par une seule instance, contribuera automatiquement à la cohérence des données figurant dans ce registre ;
- si le cadastre des pensions est géré par l'ONP seul, il sera plus facile de transférer ce cadastre vers les services de l'ONP. Cela permettra par conséquent de réaliser des économies budgétaires considérables ;
- l'ONP gère déjà une retenue, la « cotisation de solidarité » perçue sur ces mêmes pensions légales et extralégales. Il hérite donc d'une procédure qui ne lui est pas étrangère ;
- ce transfert harmonise les champs d'application de ces deux types de retenue mais aussi les modes de calcul pour la conversion de capitaux en rentes fictives ainsi que les procédures de remboursement des retenues indues. Cette harmonisation contribuera à légitimer la perception aux yeux des assurés sociaux.

Certaines adaptations ou dispositions réglementaires sont requises pour mener à bien ce projet :

- la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale doit être modifiée puisque pour le moment, le principe de la cogestion du cadastre des pensions y est inscrit ;
- la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités doit être modifiée ;
- la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales doit être modifiée en ce qui concerne la cotisation de solidarité ;
- les adaptations réglementaires susmentionnées, y compris un projet global d'arrêt royal d'exécution pour les nouvelles dispositions, étaient déjà prêtes au moment de la rédaction du présent Contrat d'administration. Normalement, ces textes réglementaires seront traités et approuvés au cours du second semestre 2012 ;
- une disposition légale prévoit la mobilité d'office des membres du personnel à une date et selon les modalités fixées par le Roi. Presque tous les membres du personnel – soit 10 collaborateurs sur 12 – de la section « Cotisations des pensionnés » seront transférés à l'ONP.

L'ONP et l'INAMI se sont aussi mis d'accord sur les moyens (crédits pour le personnel et les outils informatiques) qui doivent être transférés du budget de gestion de l'INAMI à celui de l'ONP pour garantir la neutralité budgétaire de l'opération. Pour des raisons pratiques, cette opération sera réalisée pendant l'élaboration des budgets de gestion initiaux de ces deux institutions pour 2013.

Dans une note au Comité général de gestion de l'INAMI du 21 mai 2012, on peut lire que les adaptations réglementaires, les adaptations des missions et le transfert des crédits figureront dans le nouveau Contrat d'administration de l'INAMI et de l'ONP. Si l'opération est terminée plus tôt, la reprise de la mission par l'ONP sera mentionnée dans un avenant au Contrat d'administration en vigueur en 2012. Si le transfert a effectivement lieu avant le 1^{er} janvier 2013, l'INAMI continuera à supporter ses propres charges jusqu'au 1^{er} janvier 2013. Quoi qu'il en soit, ce scénario est improbable vu le calendrier prévu pour le traitement des textes réglementaires.

L'INAMI a déjà réalisé une large part du travail préparatoire, le volet réglementaire n'étant pas le moindre. L'INAMI s'engage à réaliser le transfert réel du personnel et des crédits dans les 6 mois qui suivent l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires (adaptations légales et arrêtés d'exécution), en collaboration totale avec l'ONP.

Actions-engagements

1. Transfert du personnel et des crédits de la section « Cotisations des pensionnés » de l'INAMI à l'ONP.
Date limite : dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires, en collaboration totale avec l'ONP.

Effets attendus

- Missions de l'INAMI (et de l'ONP) plus cohérentes.
- Gestion plus efficace des processus relatifs aux cotisations des pensionnés.

Facteurs externes

- Approbation des textes réglementaires.
- Collaboration de l'ONP.

Article 35. Collaboration de l'INAMI à l'exécution de la réforme d'Etat

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

Article 36. Suivi des missions continues

Outre la sélection d'un certain nombre de projets avec actions-engagements et tableaux de bord pour la période 2013-2015, il est également prévu d'assurer un suivi d'un certain nombre de processus et d'activités pour lesquels des actions-engagements ont été inscrits dans le cadre des Contrats d'administration précédents, mais qui ne figurent plus dans le présent Contrat d'administration. Ce suivi a pour objectif de créer de la transparence au niveau du développement des anciens engagements dans les missions continues de l'INAMI. Les actions et les dates limites figurant dans le tableau ci-dessous ne peuvent toutefois pas être considérées comme des engagements dans le cadre du présent Contrat d'administration 2013-2015.

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	Pour la fin du premier trimestre de chaque année civile

		qui en découlent	
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
INAMI			
CA2010-2012 : art.51	Développement durable: mise en place d'EMAS	Rédaction d'un rapport relatif aux activités et résultats obtenus pendant l'année civile précédente en matière de gestion du développement durable et de la responsabilité sociétale, notamment concernant la mise en place d'EMAS au sein des bâtiments C67 et T211 de l'INAMI	Pour la fin du premier trimestre de chaque année civile. L'enregistrement EMAS des bâtiments C67 et T211 est prévu pour fin 2014 ; un reporting régulier sur l'avancée du projet sera aussi réalisé annuellement.

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

Article 37. Tableaux de bord

Article 37. 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 chaque trimestre auprès de la Cellule modernisation de l'INAMI (modernisation@inami.fgov.be).

TITRE XVI: Engagements généraux communs aux deux parties

Article 38 - Cadre juridique du contrat

Article 38. 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.

Article 39 & 40 - Principes de gestion

Article 39. 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 40. Les parties contractantes s'engagent à mettre tout en œuvre pour créer les conditions favorables à la réalisation des engagements réciproques fixés dans le présent contrat. A cet égard, le respect de la concertation préalable visée à l'art. 48 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 41 - Prise d'avis, concertation et information préalables

Article 41. 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.

Engagements concernant les modifications du contrat

Article 42, 43 & 44 - Modification du contrat

Article 42. 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 aux Ministres du Budget et de la Fonction publique. Au-delà de ce délai et en l'absence de décision, les adaptations seront considérées comme approuvées.

Article 43. Toute nouvelle mission attribuée à l'institution publique de sécurité sociale, 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 et son adjoint. 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.

Article 44. 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 45 - Communication des décisions

Article 45. L'Etat fédéral s'engage à communiquer aux institutions les décisions prises lors du Conclave budgétaire et ce, dans les plus brefs délais.

Les commissaires du Gouvernement veilleront à ce que ces décisions soient communiquées aux institutions de manière optimale.

Engagements concernant le suivi de la réalisation des contrats

Article 46 & 47 - Suivi de la réalisation des objectifs

Article 46. 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.

Article 47. 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.

Article 48 - Concertation périodique

Article 48. En vue de permettre l'exécution correcte et adéquate des engagements découlant de ce contrat d'administration par l'Etat fédéral et les institutions publiques de sécurité sociale, une concertation sera organisée par l'Etat fédéral au sujet des mesures budgétaires et des mesures qui concernent la fonction publique qui peuvent avoir un impact important sur les contrats d'administration en cours.

Par ailleurs, l'Etat fédéral organise une concertation régulière avec les institutions publiques de sécurité sociale et les interlocuteurs sociaux quant à l'exécution de ce chapitre et des engagements qui y sont prévus.

Article 49 - Calendrier

Article 49. Les parties contractantes s'engagent à respecter un calendrier relatif aux missions de rapportage et de suivi qui incombent aux institutions 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, du Budget et de la Fonction publique.

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.

Engagements consécutifs à l'évaluation de la réalisation des contrats

Article 50 - Impact des mesures décidées après la signature du contrat

Article 50. 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 présent contrat et ayant entraîné une augmentation significative et mesurable des tâches, ou de leur complexité ou de certaines dépenses, pour autant que l'institution ait communiqué à temps l'impact que ces modifications ont entraîné.

Article 51 - Respect des engagements

Article 51. En cas d'impossibilité pour l'une des parties de respecter complètement ou partiellement les engagements souscrits, cette partie en informera immédiatement l'autre partie et se concertera avec elle afin de convenir de mesures à prendre afin de remédier à cette situation ou de l'atténuer.

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

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

Article 52 - Normes de sécurité

Article 52. L'institution s'engage à respecter les normes minimales de sécurité qui sont d'application au sein du réseau de la sécurité sociale.

Article 53 & 54 - Engagements concernant la gestion des financements

Article 53. Après concertation avec l'ONSS et l'INASTI et dans le respect de la politique budgétaire, l'Etat s'engage à respecter le plan de trésorerie établi annuellement pour le versement des moyens financiers (subventions de l'État, financement alternatif et autres) par l'autorité fédérale à la Gestion financière globale du régime des travailleurs salariés et du statut social des travailleurs indépendants.

Article 54. L'Etat s'engage à fournir à l'institution les hypothèses de base nécessaires à l'établissement du budget des missions, entre 12 et 17 jours ouvrables avant la séance du Comité de gestion de la Sécurité Sociale (ou le Conseil d'Administration pour l'INASTI) au cours de laquelle le rapport budgétaire au gouvernement est établi ou avant l'échéance prévue pour la transmission des tableaux budgétaires si celle-ci est demandée préalablement. Il s'agit ici des hypothèses de base définies par le Comité Scientifique pour le Budget Economique.

Article 55 - Transferts des compétences

Article 55. L'Etat s'engage à ce que les transferts de compétences prévus dans la réforme de l'État, 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 XVII: Synergies entre IPSS

Article 56 - Dispositions RH communes

1. Moteur salarial

Une étude d'impact et de faisabilité opérationnelle sur la création d'une plate-forme commune de services de traitements (moteur salarial, suivi de la législation P&O en matière de statut et carrière, etc.), en ce compris les gains d'efficacité escomptés, sera réalisée d'ici le 30 juin 2013. Pour l'exécution, il est tenu compte des obligations contractuelles des institutions qui disposent d'un moteur salarial propre ou spécifique, ainsi que des investissements qu'elles doivent réaliser.

S'il découle de l'étude d'impact et de faisabilité opérationnelle un résultat de coûts positif, un cadre légal sera créé pour ériger un Service Traitements commun au sein d'une IPSS existante pour le 31 décembre 2013.

L'objectif est l'adhésion d'un nombre maximal d'IPSS à ce Service Traitements pour la fin de ce contrat d'administration.

2. E-applications RH

Les IPSS s'engagent, d'ici la fin du Contrat d'administration, à développer des applications RH afin que les flux papier prévus d'un point de vue réglementaire en matière d'administration du personnel puissent être réduits d'au moins 33 % au sein de chaque institution.

3. Mesure du travail

Les IPSS s'engagent, d'ici la fin du Contrat d'administration, à développer une méthodologie en matière de mesures du travail qui serviront de base objective pour établir le plan du personnel des services opérationnels. Les services conceptuels et de soutien seront traités dans un stade ultérieur.

4. New Way of Working

Les IPSS s'engagent, d'ici la fin du Contrat d'administration, à offrir à au moins 30% de leurs collaborateurs la possibilité de télétravailler à leur domicile ou dans des bureaux satellites (2013-10%; 2014-20%; 2015-30%).

Par ailleurs, au terme d'une concertation syndicale au sein des comités de concertation de base, une forme adaptée d'horaire de travail sera proposée où il sera tenu compte de ces nouvelles formes de travail.

5. Sélection et 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 le 17

février 2012. Les sélections de recrutement peuvent être organisées aussi bien en externe qu'en interne et soutiendront la politique de diversité du Gouvernement.

Les IPSS s'engagent à ouvrir la moitié de tous les emplois vacants également via le marché interne (mobilité fédérale). 12 mois après l'entrée en vigueur du contrat, cet objectif sera évalué et éventuellement revu en concertation avec le Secrétaire d'Etat à la Fonction publique.

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.

6. Formation et développement

À partir de 2013, une formation commune « Sécurité sociale » sera organisée à l'initiative du Collège des IPSS, pour tous les collaborateurs des IPSS.

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.

7. Diversité

Les IPSS s'engagent à promouvoir la diversité en offrant l'égalité des chances aux hommes et aux femmes, aux personnes d'origine étrangère ou aux personnes présentant un handicap tant en ce qui concerne le recrutement, la formation, le développement des compétences que l'évolution de la carrière dans le cadre des procédures de sélection et de promotion que dans le cadre du travail quotidien.

Les IPSS poursuivront d'ici la fin du contrat d'administration 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. Dans le même délai, les IPSS tenteront d'atteindre un taux d'emploi d'au moins un tiers de femmes dans les fonctions de mandats et fonctions de direction ainsi que dans les fonctions du niveau A3 jusqu'au A5.

8. Communication et reporting

Les IPSS s'engagent à respecter leurs obligations en matière de communication et de reporting en matière de fonction publique et à collaborer de manière constructive à toute obligation future en la matière.

A cet égard, l'Etat fédéral s'engage à effectuer une concertation préalable sur la manière la plus efficace en matière d'échange d'informations.

Fed 20 est un tableau de bord simple, développé pour les services publics fédéraux par le SPF P&O permettant de mesurer et d'évaluer, sur une base volontaire et à l'aide d'un nombre limité d'indicateurs, l'approche HR actuelle de manière pragmatique et immédiatement utilisable. Ainsi les services disposent

d'un instrument d'évaluation stratégique interne et leur permettant de participer au benchmarking relatif à la politique HR.

Les IPSS s'engagent à participer au réseau Fed 20 en fournissant, dans la mesure où ils sont développés à partir de 2013 dans leur propre organisation, les données en lien avec les indicateurs RH concernés.

Article 57 - Dispositions ICT communes

1. Virtualisation

Les IPSS s'engagent à réduire les coûts d'infrastructure ICT via les deux initiatives suivantes :

- a. Virtualiser les serveurs des IPSS pour un meilleur rapport coût/efficacité et une plus grande stabilité.
- b. Desktop virtuel des IPSS / « thin mobile client » pour pouvoir travailler de manière plus sûre et plus mobile.

2. Centralisation du printing

Les IPSS s'engagent, d'ici la fin du Contrat d'administration,

- à remplacer les imprimantes locales ou individuelles au sein des IPSS par un nombre moindre d'imprimantes multifonctions en fonctionnement plus partagé (étage, groupe d'utilisateurs, service,..) pour un meilleur coût d'impression par feuille et une diminution des frais de fonctionnement liés (toners, entretien, etc.)
- à centraliser au maximum les impressions et les envois « papiers » en reprenant des capacités actuellement décentralisées ou externalisées

En outre, une étude sera réalisée en vue d'utiliser de manière plus optimale et partagée la capacité de production centrale disponible au sein des IPSS ou avec d'autres SPF.

Dans le cadre d'un effet lean, la diminution des impressions ou des achats de support « papier » sera obtenue par la suppression de tous les flux papiers IN ou OUT, non légalement obligatoires en interne comme en externe et leur remplacement si besoin par des solutions IT (internet, intranet, e-box, flux électroniques, documentation en ligne, ...) dont question au point 4 du présent article.

3. Centralisation des achats ICT et de la gestion ICT

Les IPSS utiliseront le « modèle de centrale d'achat » en maintenant leur indépendance en ce qui concerne les quantités et en appliquant un processus permettant d'évoluer au sein des IPSS vers des solutions types pour pouvoir obtenir des avantages récurrents maximums dans les domaines suivants :

- a. Services IT (cahiers des charges IT, gestion projets IT, IT Disaster Recovery Planning, IT helpdesk, IT monitoring, formations IT, archivage de données, suivi medias sociaux)
- b. Data center central
- c. Solutions hardware
- d. Licences logiciels de banques de données
- e. Licences logiciels d'applications (tant générales que spécifiques)
- f. Logiciel Operating system Licences middleware

- g. Coûts de télécommunications (VoIP, connexions de réseau)
- h. Consultants IT

4. Gestion électronique de documents et gestion électronique du workflow

Les IPSS effectueront une analyse de la faisabilité d'une approche coordonnée du scanning et d'un traitement électronique des documents via une plateforme commune.

L'utilisation de l'eBox pour la communication électronique avec le citoyen sera encouragée au maximum, de préférence dans des environnements harmonieux, reconnaissables et accessibles pour les assurés sociaux.

Enfin on vérifiera comment regrouper les envois annuels en envois communs (par exemple : envoyer ensemble les fiches fiscales et les fiches de pensions). Les envois recommandés seront également réduits, si nécessaire, moyennant une adaptation du cadre réglementaire.

5. Harmonisation de la réglementation et ICT

Des situations similaires sur le terrain faisant l'objet d'une approche substantiellement différente dans la législation ont un impact sur les coûts ICT et les frais de fonctionnement des IPSS. Des coûts supplémentaires peuvent également être évités en développant une bonne politique de release et par le regroupement de certaines fonctionnalités. Les IPSS s'engagent à dresser pour la fin de l'année 2013 un inventaire des améliorations concrètes, notamment par une simplification et une standardisation des principes.

Article 58 - Dispositions communes en matière de logistique

Article 58. Les IPSS collaboreront activement au programme Optified. Sur la base des analyses du programme OPTIFED « costing-out », les recommandations ou suggestions feront l'objet d'une implémentation. Comme dit précédemment (articles 56 et 57), les IPSS s'engagent également explicitement dans des projets ICT transversaux et dans de nouvelles formes de travail.

Un cadastre du patrimoine immobilier de l'ensemble des IPSS sera établi d'ici la fin du 1er trimestre 2013. A partir du 01/04/2013, toute demande de location, d'achat, de mise en location/vente et de rénovation fondamentale de bâtiment devra préalablement être soumise au Collège des IPSS qui remettra un avis motivé quant à l'adéquation et à la cohérence avec le plan global de gestion du patrimoine immobilier de l'ensemble des IPSS. Sur base de ce cadastre, une analyse d'impact et de faisabilité (situation as is et to be, modèle organisationnel de la gestion concrète des bâtiments, SLA, etc..) sera également produite pour fin 2013 afin de permettre, dans le cadre d'un service offert en interne et en commun aux IPSS, une gestion globale des bâtiments des IPSS, y compris pour les aspects d'infrastructures, énergies, assurances, etc. selon un SLA à déterminer pour une gestion optimale des bâtiments.

Elles vérifieront si les normes fixées par la Régie des bâtiments sont respectées. Elles tendront également vers une répartition et un partage optimaux des espaces disponibles.

e-Procurement est le terme générique pour désigner l'utilisation de systèmes électroniques dans les différentes phases du processus d'achat de l'administration. En grandes lignes, ces phases sont: la publication du marché public et des documents y liés ; l'introduction, auprès de l'administration, de

demandes de participation (candidatures) et d'offres par les fournisseurs potentiels, via internet; l'évaluation et l'attribution du marché au fournisseur offrant l'offre présentant le meilleur rapport prix/qualité; et le suivi de la facturation et l'exécution des paiements. L'organisation d'enchères électroniques inverses, permettant d'indiquer le fournisseur demandant le prix le plus bas, et la mise à disposition de produits dynamiques et de catalogues de services sont également possibles. Le service e-Procurement du SPF P&O assure le développement, l'implémentation et l'entretien des applications, et les met gratuitement à disposition de toutes les administrations.

Les IPSS s'engagent à organiser leurs marchés publics de manière électronique au plus tard d'ici la fin du contrat d'administration. A cet effet, le timing repris dans la circulaire P&O/2012/e-Proc. du 30 novembre 2012 – Marchés publics - Utilisation des applications e-Procurement par les services de l'Etat fédéral, publiée au Moniteur belge du 7 décembre 2012, sera pris comme point de départ.

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 sont repris dans le manuel achats durables ainsi que dans le guide des achats durables.

Article 59 - Dispositions communes en matière d'audit interne

Article 59. 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 :

- pour la fin du Contrat d'administration 2013-2015, chaque IPSS disposera, seule ou en commun avec d'autres IPSS, d'une fonction d'audit interne opérationnelle;
- pour la fin 2013, le Collège formulera une proposition définitive concernant la position, l'organisation et la composition de Comités d'audit au sein des IPSS ;
- pendant la durée du Contrat d'administration 2013-2015, une initiative commune sera prise 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 au sein des IPSS, notamment la Cour des comptes, par exemple en concluant un protocole;
- 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 60 & 61- Ouverture des synergies à d'autres partenaires

Article 60. 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 leur 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.

Article 61. Le Collège des IPSS et les partenaires sociaux feront en concertation une analyse de faisabilité et présenteront des scénarios concernant une révision de l'organisation administrative de la sécurité sociale. L'objectif est d'examiner, dans le respect des principes de la gestion paritaire, comment des économies d'échelles peuvent être réalisées, notamment au niveau de l'intégration des processus et des structures de gestion.

Les institutions coopérantes seront impliquées dans ces travaux.

Article 62 - Rapports

Article 62. En vue de la préparation et de la mise en œuvre des initiatives prévues, les IPSS utiliseront une structure de projets adaptée à laquelle contribuera chaque institution qui fera aussi rapport au Collège des IPSS. Un plan d'action sera établi par projet.

Le Collège des IPSS rédigera chaque année un rapport concernant les réalisations et les économies réalisées relatives aux articles 56, 57, 58 et 59 ainsi que le respect de la concertation visée à l'article Art 48 à l'attention de l'Etat fédéral et des partenaires sociaux.

TITRE XVIII: 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 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 et des circulaires subséquentes.

Article 63 au 69 - Définitions et généralités

Article 63. Le budget de gestion comprend l'ensemble des recettes et des dépenses relatives à la gestion de l'institution, telles qu'énumérées aux annexes 1 et 2 de la circulaire du 19 juillet 2007 aux institutions publiques de sécurité sociale.

Pendant l'année du passage vers le système de droit constaté, le Gouvernement doit prévoir une seule fois les crédits de personnel nécessaires pour le paiement de 13 mois de salaires.

Article 64. 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.

Les recettes propres de gestion, qui résultent du remboursement des frais de personnel et autres frais de fonctionnement qu'une institution de sécurité sociale a effectué pour le compte d'une autre IPSS dans le cadre de la mise à disposition de membres du personnel (par ex. pour un service d'audit commun) ou dans le cadre de la fourniture de services (par ex. des travaux d'impression), sont ajoutées à l'enveloppe de gestion de l'année en cours, moyennant l'accord des commissaires de gouvernement des institutions concernées et l'information régulière du SPF Budget et Contrôle de la gestion.

Les recettes de gestion propres qui apparaissent pendant l'année en cours, à la suite de la location de biens immobiliers peuvent, en tant qu'incitant pour une bonne gestion, être ajoutées à l'enveloppe budgétaire de l'année suivante soit complètement 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. Il s'agit d'une enveloppe de gestion supplémentaire pour l'année suivante pour laquelle un avis favorable du commissaire de gouvernement, représentant le ministre du Budget, est requis.

En outre, les IPSS peuvent fournir des services (par ex. des travaux d'impression) aux tiers, autres que des IPSS, qui sont facturés au prix du marché. 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 suivante. 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 budgétaire de l'année suivante. Il s'agit d'une enveloppe de gestion supplémentaire pour l'année suivante pour laquelle un avis favorable des commissaires de gouvernement, représentant le ministre du Budget et le(s) ministre(s) de tutelle, est requis.

Article 65. Si au cours de la période d'exécution du présent contrat d'administration, l'institution est chargée de missions complémentaires (en front et/ou en back office) entraînant une augmentation de ses dépenses de gestion, ses crédits de gestions seront augmentés d'un montant reconnu nécessaire (après analyse des besoins dans le cadre des enveloppes allouées) de commun accord entre l'institution

et le Gouvernement représenté par le (s) ministre(s) de tutelle, le ministre du Budget et le cas échéant, le ministre de la Fonction publique.

Si les moyens disponibles (humains ou budgétaires) sont réduits, ou que les missions sont élargies sans que les crédits soient majorés, ce manque de moyens sera répercuté dans l'exécution des objectifs du contrat, sur la base d'un instrument de mesure objectif et après concertation constructive.

Article 66. La répartition des articles budgétaires dans les différentes catégories est conforme aux instructions contenues dans la circulaire du 19 juillet 2007 portant les directives concernant le volet budgétaire des contrats d'administration des institutions publiques de Sécurité sociale.

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.

Article 67. Le budget de gestion ne comporte que des crédits limitatifs, à l'exception des crédits relatifs aux impôts directs et indirects, redevances dues en vertu de dispositions fiscales ou dépenses suite à des procédures ou décisions judiciaires.

Article 68. 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, sont traités dans les conditions prévues par l'article 14, §1 précité et dans les meilleurs délais par le commissaire du gouvernement au Budget.

Article 69. Le report de crédits à l'exercice suivant est autorisé dans les conditions prévues à l'article 14, §2 du même arrêté.

Les crédits légalement reportés d'une année à l'autre s'ajoutent aux crédits de l'année en cours.

Article 70 - Budget de gestion pour les exercices 2013, 2014 et 2015

Article 70. Le budget de gestion de l'institution pour les exercices 2013, 2014 et 2015, fixé conformément à l'article 63, à la notification du SPF Budget du 24 janvier 2013 et à la décision du Conseil des Ministres du 30 novembre 2012 et 22 février 2013, est établi comme suit :

In EUR	2013	2014 ⁽¹⁾	2015 ⁽¹⁾
Dépenses de personnel	91.779.005	91.879.005	91.879.005
Dépenses de fonctionnement	33.023.600	31.173.764	31.173.764
<i>Dont :</i>			
• <i>Fonctionnement ordinaire</i>	16.640.600	15.070.764	14.820.764
• <i>Informatique</i>	16.383.000	16.103.000	16.353.000
Investissements	1.896.423	2.076.500	
<i>Dont :</i>			
• <i>Investissements informatiques</i>	475.000	475.000	475.000
• <i>Investissements mobiliers</i>	501.500	501.500	501.500
• <i>Investissements immobiliers</i>	919.923	1.100.000	1.280.077
Total	126.699.028	125.129.269	125.309.346

⁽¹⁾ Pour les exercices 2014 et 2015 : calcul en prix de 2013, avec un taux pool pension à 36% et hors économie de 3.992.000 € à répartir entre IPSS

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.

Conformément à l'article 5 de l'AR du 3 avril 1997, le montant maximal des crédits de personnel statutaire est fixé à 84.803.801 € pour l'exercice 2013, à 85.355.596 € pour l'exercice 2014 et à 85.814.991 € pour l'exercice 2015. Les montants qui serviront de base au calcul des cotisations patronales de pension au Pool des parastataux seront déterminés institution par institution en concertation par le Collège, le SDPSP et le SPF Budget et Contrôle de la Gestion. Le paiement par les IPSS des cotisations patronales de pension au Pool des parastataux constitue une opération financière et budgétaire neutre.

L'exécution du budget 2013 se fera conformément aux décisions du Conseil des Ministres du 30 novembre 2012 et 22 février 2013.

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 est constituée annuellement. Le montant des dépenses de personnel autorisées par institution tel que repris dans le contrat d'administration sera augmenté du montant nécessaire à la liquidation des arriérés relatifs aux primes de compétence liquidées en septembre, pour autant que la somme des montants de toutes les institutions publiques de sécurité sociale ne dépasse pas le montant total de la provision.

Cette augmentation sera autorisée dans le courant du mois d'octobre par le ministre du Budget, 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 le ministre du Budget auprès de l'institution.

Les montants budgétaires pour les exercices 2014 et 2015 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 2014 et 2015.

Si dans le cadre de la politique budgétaire de l'Etat, l'Etat fédéral ne pouvait respecter ce cadre budgétaire, et pour autant que les décisions budgétaires soient susceptibles de mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, l'institution, le cas échéant, adaptera, en concertation avec le ministre de tutelle et le ministre du Budget, les objectifs à atteindre à due concurrence à l'aide de son modèle de fixation automatique des crédits de gestion. L'évaluation du contrat tiendra compte de l'adaptation intermédiaire des objectifs.

Article 71 - Réévaluation annuelle

Article 71. A politique inchangée, pour les années 2014 et 2015, les montants de chaque catégorie de dépenses seront réévalués de la manière suivante, après application des économies budgétaires décidées par le gouvernement et éventuelle renégociation subséquente des engagements des IPSS :

a. Crédits de personnel

Les crédits de personnel seront paramétrisés en fonction de l'évolution du coefficient moyen de liquidation selon la formule :

$$\frac{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N (1)}}{\text{Coefficient moyen de liquidation des rémunérations année N-1 (2)}}$$

(1) hypothèse du budget économique du Bureau du Plan

(2) Coefficient réel

Toutefois, si le montant global des crédits de personnel calculé de la manière indiquée ci-dessus était inférieur au montant obtenu par la méthode de calcul propre à l'institution, dont question à l'article 70 du présent contrat de gestion, et pour autant que cette différence soit susceptible de mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, cette problématique sera discutée sur l'initiative de l'institution concernée pendant la préfiguration ou le contrôle budgétaires, et des crédits complémentaires seront éventuellement accordés.

Les dépenses de personnel supplémentaires obligatoires, nécessaires et imprévisibles qui sont la conséquence d'une décision gouvernementale seront ajoutées aux crédits de personnel, conformément aux principes d'adaptation repris à l'article 50.

b. Crédits de fonctionnement et d'investissement à l'exclusion des 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'application de la formule ci-dessus devait mettre en danger la réalisation de certains projets ou objectifs contenus dans le présent contrat, cette problématique sera discutée à l'initiative de l'institution concernée pendant la préfiguration ou le contrôle budgétaire, et des crédits complémentaires éventuellement accordés.

c. Crédits d'investissements immobiliers

Les crédits d'investissements immobiliers sont déterminés chaque année en fonction des besoins établis, moyennant l'avis favorable du Commissaire du Gouvernement du Budget et pour autant qu'ils s'inscrivent dans un programme pluriannuel.

Article 72 - Opérations immobilières

Article 72. 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 des immeubles 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).

Article 73 - Comptabilité analytique

Article 73. L'institution s'engage à procéder au développement et à l'implémentation d'un plan comptable fondé sur le plan comptable normalisé pour les institutions Publiques de sécurité sociales.

L'institution mettra à profit la période du présent contrat pour développer ou approfondir un système de comptabilité analytique permettant de déterminer le coût des principales activités de base, ainsi que du développement et de l'entretien des nouveaux projets.

Ce système sera évalué selon les procédures généralement admises de contrôle et d'audit interne.

Les institutions publiques de sécurité sociale organiseront un réseau de contacts et d'échanges méthodologiques et techniques concernant ces matières, auquel le Service Public Fédéral Budget et Contrôle de la Gestion apportera son soutien.

Article 74 - Transmission des états périodiques

Article 74. Conformément aux directives du Gouvernement, l'institution communiquera 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.

TITEL XIX: Participation aux projets transversaux

Article 75

Article 75. 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.

L'institution supervisera 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, en faisant appel à la personne de contact qui a été désignée dans chaque institution, et en coopération avec le Mécanisme de coordination fédérale établi au sein du SPF Sécurité Sociale.

TITRE XX: Dispositions finales

Article 76

Article 76. 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 fournisseurs
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 2013

Dépot légal
D/2013/0401/10



Bestuursovereenkomst 2013-2015

tussen de Staat en het Rijksinstituut voor
ziekte- en invaliditeitsverzekering

.be

INHOUD

Inleidende bepalingen _____	6
<u>TITEL I: Definities</u> _____	10
Artikel 1. Definities _____	10
<u>TITEL II: Opdrachten en taken</u> _____	12
Artikel 2. Opdrachten en taken. _____	12
Artikel 3. De operationele opdrachten _____	14
Artikel 4. De ondersteunende opdrachten _____	16
Artikel 5. De adviserende opdrachten _____	16
<u>TITEL III: Missie, uitdagingen, strategie en krachtlijnen</u> _____	17
Artikel 6. Het RIZIV: een organisatie met een missie _____	17
Artikel 7. Externe ontwikkelingen, trends en uitdagingen _____	17
Artikel 8. Strategisch Plan 2010-2015 _____	19
Artikel 9. Strategische domeinen van de Bestuursvereenkomst 2013-2015 _____	20
Artikel 10. Krachtlijnen van de Bestuursvereenkomst 2013-2015 _____	24
<u>TITEL IV: Verbeteren van het gegevensbeheer, de kennisontwikkeling en de beleidsvoorbereiding en -rapportering</u> _____	26
Artikel 11. Ontwikkeling van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid _____	26
<u>TITEL V: Exploiteren van de mogelijkheden inzake eHealth</u> _____	30
Artikel 12. Strategie en roadmap inzake de informatisering van de gezondheidszorg _____	30
Artikel 13. De eHealthBox als toekomstig middel voor externe communicatie _____	33
<u>TITEL VI: Voortdurend verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg, moderniseren van de toekenning van de rechten aan individuen en versterken van de tariefzekerheid</u> _____	35
Artikel 14. Hervorming van de verhoogde tegemoetkoming: operationaliseren van de gegevensuitwisseling. _____	35
Artikel 15. IDES (Invalidity Data Electronic System) – Beheer van de individuele invaliditeitsdossiers. _____	38
Artikel 16. Reflectie over de hervorming van de besluitvormingsprocedures, processen en organisatie in het domein van de invaliditeit _____	40
Artikel 17. Ontwikkeling van de huisartsenwachtposten _____	44
<u>TITEL VII: Modernisering van de nomenclatuur van de verstrekkingen en van de lijsten van de producten</u> _____	46
Artikel 18. De hervorming van de implantaten: terugbetalingsprocedure van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. _____	46
<u>TITEL VIII: Stimuleren van innovatieve benaderingen in de gezondheidszorg</u> _____	49
Artikel 19. Evaluatie van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgtrajecten _____	49
Artikel 20. Expertisecentra Zeldzame Ziekten _____	52
Artikel 21. De integratie van het Fonds Medische ongevallen als bijzondere dienst bij het RIZIV en de ondersteuning bij het operationaliseren van de opdrachten van het Fonds _____	55
<u>TITEL IX: Optimaliseren van de feedback-, evaluatie- en controleopdrachten</u> _____	58
Artikel 22. Geïnformatiseerd dossierbeheer inzake geneeskundige evaluatie en controle _____	58
Artikel 23. Reorganisatie van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle met het oog op het verzekeren van de continuïteit en de toekomstige uitdagingen _____	60
Artikel 24. Sociale fraude: Datamatching (1) DMFA-Invaliden & (2) DMFA-Primaire ArbeidsOngeschiktheid _____	63

Artikel 25. Controle met betrekking tot de onterechte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten in de uitkeringsverzekering _____	65
<u>TITEL X: Versterking van de ondersteuning van het financieel beleid van de VGVU</u> _____	68
Artikel 26. Operationalisering van het nieuwe systeem van responsabilisering van de VI met betrekking tot hun administratiekosten _____	68
Artikel 27. Rapportering over de onverschuldigde bedragen en recuperaties door de VI in het kader van de uitkeringsverzekering _____	70
<u>TITEL XI: Versterking van de externe communicatie en bevorderen van een positief imago van het RIZIV</u> _____	73
Artikel 28. 50 jaar RIZIV _____	73
<u>TITEL XII: Organisatieontwikkeling en behoorlijk bestuur</u> _____	75
Artikel 29. Aandacht voor het ondersteunen en het welzijn van de medewerkers _____	76
Artikel 29.1. Ontwikkelen van E-HR _____	76
Artikel 29.2. Anticiperen op de uitstroom inzake personeel _____	79
Artikel 30. Versterken van procesanalyses en efficiëntie in de processen _____	81
Artikel 30.1. Business Process Management _____	81
Artikel 30.2. Optimaliseren van het geschillen beheer _____	83
Artikel 31. Versterken van risicobeheer, interne controle en interne audit _____	84
Artikel 31.1 Opstart en uitbouw van de Dienst Interne Audit _____	84
<u>TITEL XIII: Overdracht naar en afstemming en samenwerking met andere overheidsdiensten</u> _____	88
Artikel 32. Ontwikkelen van een model betreffende voorspellingen van de uitgaven in de gezondheidszorg in samenwerking met het Planbureau _____	88
Artikel 33. Instappen in het project elektronisch proces-verbaal (ePV) van de FOD WASO _____	90
Artikel 34. Overdracht van de afdeling Bijdragen Gepensioneerden naar de Rijksdienst voor Pensioenen _____	91
Artikel 35. Medewerking van het RIZIV aan de uitvoering van de staatshervorming _____	93
<u>TITEL XIV: Opvolging van continue opdrachten die voortvloeien uit vorige Bestuursovereenkomsten</u> _____	94
Artikel 36. Opvolging van de continue opdrachten _____	94
<u>TITEL XV: Methodes waarmee de graad van verwezenlijking van de doelstellingen kan worden gemeten en gevolgd</u> _____	96
Artikel 37. Boordtabellen _____	96
<u>TITEL XVI: Gemeenschappelijke algemene verbintenissen voor beide partijen</u> _____	97
Artikel 38 - Juridisch kader van de overeenkomst _____	97
Artikel 39 & 40 - Beheerprincipes _____	97
Artikel 41 - Inwinnen van adviezen en voorafgaand overleg en informatieverstrekking _____	97
Artikel 42, 43 & 44 - Wijziging van de overeenkomst _____	98
Artikel 45 - Mededeling van de beslissingen _____	98
Artikel 46 & 47 - Opvolging van het bereiken van de doelstellingen _____	98
Artikel 48 - Periodiek overleg _____	99
Artikel 49 - Planning _____	99
Artikel 50 - Weerslag van de maatregelen waarover werd beslist na de ondertekening van de overeenkomst _____	99
Artikel 51 - Naleving van de verbintenissen _____	100
Artikel 52 - Veiligheidsnormen _____	100
Artikel 53 & 54 - Verbintenissen over het beheer van de financiering _____	100
Artikel 55 - Overheveling van bevoegdheden _____	101
<u>TITEL XVII: Synergieën tussen OISZ</u> _____	102

Artikel 56 - Gemeenschappelijke HR-bepalingen	102
Artikel 57 - Gemeenschappelijke ICT-bepalingen	104
Artikel 58 - Gemeenschappelijke bepalingen logistiek	105
Artikel 59 - Gemeenschappelijke bepalingen inzake interne audit	106
Artikel 60 & 61- De synergieën openstellen voor andere partners	107
Artikel 62 - Rapportering	107
<u>TITEL XVIII: Budgettair, financieel en boekhoudkundig luik</u>	108
Artikel 63 tot 69 - Definities en algemene bepalingen	108
Artikel 70 - Beheersbegroting voor de jaren 2013, 2014 en 2015	110
Artikel 71 - Jaarlijkse herziening	111
Artikel 72 - Onroerende verrichtingen	112
Artikel 73 - Analytische boekhouding	112
Artikel 74 - Bezorgen van periodieke staten	113
<u>TITEL XIX: Meewerking aan transversale projecten</u>	114
Artikel 75	114
<u>TITEL XX: Slotbepalingen</u>	115
Artikel 76	115
<u>BIJLAGE : De beheersbegroting</u>	116
<u>Lijst van de afkortingen</u>	118

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 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 oktober 2012;

gelet op de instemming van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV, betuigd op 18 juni 2012 en 24 september 2012 met het voorontwerp van bestuursovereenkomst en op 25 januari 2013 met het ontwerp van bestuursovereenkomst waarover met de regering is onderhandeld;

gelet op de controle op de coördinatie en consistentie van de ontwerpen van bestuursovereenkomst van de verschillende openbare instellingen van sociale zekerheid, op 28 juni 2012, uitgevoerd door het College van openbare instellingen van sociale zekerheid overeenkomstig artikel 6 van het voornoemde koninklijk besluit van 3 april 1997;

gelet op de instemming van de regering na beraadslaging in de Ministerraad van 22 februari 2013;

wordt, voor de periode van 1 januari 2013 tot 31 december 2015, overeengekomen wat volgt tussen,
- de Belgische Staat, vertegenwoordigd door

Laurette Onkelinx
Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid

Philippe Courard
Staatssecretaris voor Sociale Zaken,
Gezinnen en Personen met een
handicap, belast met Beroepsrisico's

Hendrik Bogaert
Staatssecretaris voor Ambtenarenzaken

Olivier Chastel
Minister van Begroting

en

- Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, vertegenwoordigd door

Yolande Avontroodt
Voorzitster van het Algemeen
Beheerscomité

Johan De Cock
Administrateur-generaal

Benoît Collin
Adjunct-administrateur-generaal

De vertegenwoordigers aangeduid door het Algemeen Beheerscomité:

Bernadette Adnet

Eddy Van Lancker

Marie-Hélène Ska

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, opgericht als instelling van openbaar nut (ION) van de categorie B krachtens artikel 6 van de wet van 31 maart 2010.
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. “Comité van de Dienst voor administratieve controle”: het comité bedoeld in artikel 160 van de voornoemde gecoördineerde wet.
11. “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.

12. “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.
13. « Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg »: een parastatale instelling opgericht door art. 259 van de programmawet van 24 december 2002.
14. « 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.
15. “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.

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 en de uitkering voor begrafeniskosten) en van de moederschapsverzekering.

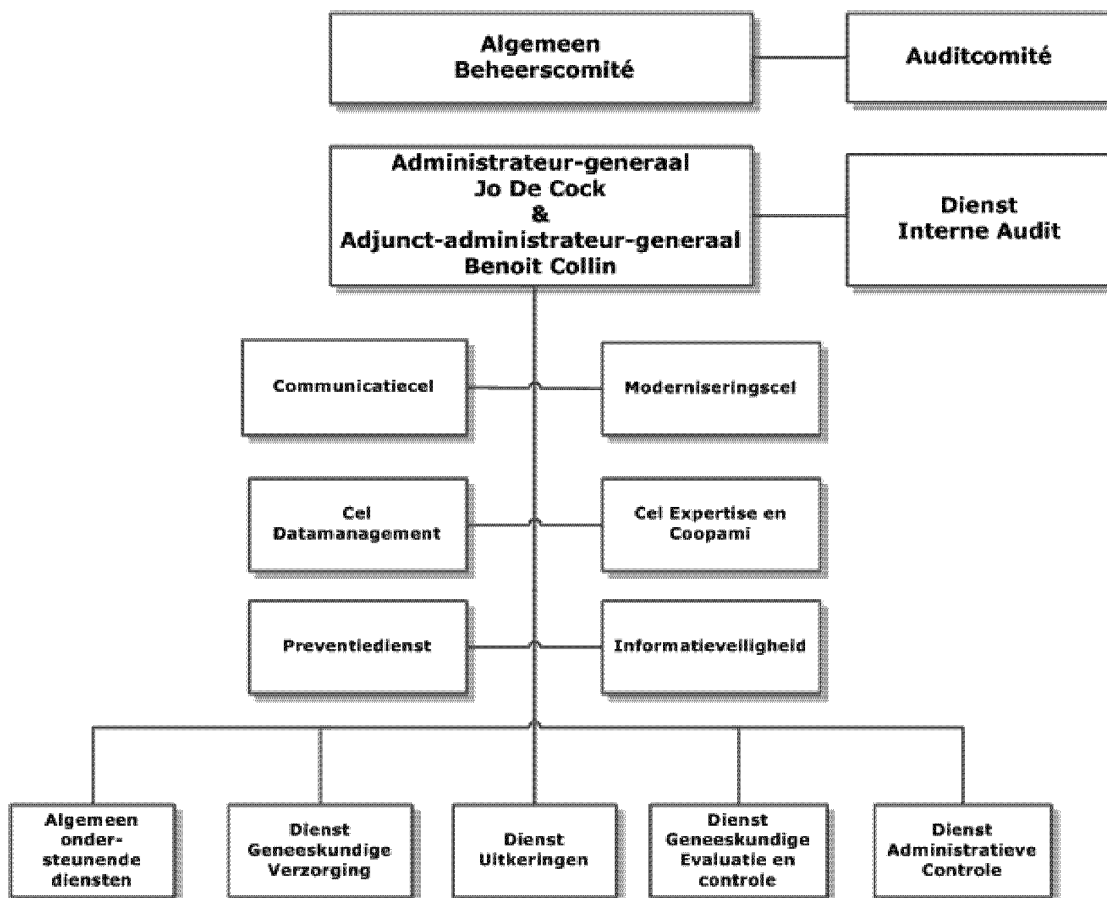
In dat raam heeft het Instituut als opdracht:

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 verstreckende 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 XIII 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 engagements 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 wil in de komende jaren het zicht op en het inzicht in haar continue opdrachten en processen versterken. Dit omvat het inventariseren en consolideren ervan in een macroprocesmap, zoals voorzien in het kader van artikel 30.1. Aan deze macroprocesmap kunnen vervolgens 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.

Artikel 3. De operationele opdrachten

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

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.

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.

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.

Evaluëren 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 toeziende 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 in te zetten 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 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. Externe ontwikkelingen, trends en uitdagingen

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

- nieuwe medische en wetenschappelijke evoluties;
- snelle vergrijzing van de verzekerde bevolking en de daarmee samenhangende evoluties op vlak van zorgvragen, zorgorganisatie, arbeidsongeschiktheid, enz.;
- nieuwe gezondheidsproblemen in samenhang met een snel wijzigende maatschappelijke omgeving die resulteren in nieuwe zorgbehoeften en nieuwe uitdagingen in het kader van de uitkeringsverzekering;
- groeiende interdisciplinaire samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg;
- invloed van Europese ontwikkelingen in het domein van de gezondheidszorgen en de uitkeringen;
- een internationale trend naar 'evidence-based medicine' en 'evidence-based decision-aiding';
- een versterkte aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg;

- groeiende verwachtingen en mondigheid van de patiënt, rechthebbende en hun vertegenwoordigende organisaties ten aanzien van de sturende en uitvoerende organisaties in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- een groeiend ethisch besef en bezorgdheid inzake de implicaties van besluitvorming binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- mogelijkheden van ICT en bijbehorende verwachtingen inzake privacy.
- een versterkt politiek en maatschappelijk debat en reflectie over de resultaten en performantie van het beleid inzake sociale zekerheid en gezondheidszorg.
- een continue bezorgdheid over de toegankelijkheid van de zorg.

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 inspraak en participatie van de zorgbehoevende;
- naar een beleid gericht op preventie, en actieve ondersteuning bij herstel en re-integratie als aanvulling op de meer klassieke vergoedende opstelling, o.m. op vlak van arbeidsongeschiktheid;
- naar een 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 meer aandacht voor professionele en kwaliteitsvolle zorgorganisatie en zorgprocessen;
- naar een toenemende gebruik van de mogelijkheden inzake e-health.

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;
- 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. 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.

Artikel 8. Strategisch Plan 2010-2015

Om in te spelen op de uitdagingen en ontwikkelingen in de omgeving en haar missie te kunnen waarmaken, heeft het RIZIV in het kader van haar Strategisch Plan 2010-2015 **10 externe strategische domeinen** geformuleerd. De externe strategie van het RIZIV omvat aldus 10 domeinen waarop het RIZIV zich wil ontwikkelen in de komende jaren. Het betreft volgende domeinen:

- (1) Verbeteren van het gegevensbeheer, de kennisontwikkeling en de beleidsrapportering;
- (2) Exploiteren van de mogelijkheden inzake eHealth;
- (3) Voortdurend verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg, moderniseren van de toekenning van de rechten aan individuen en versterken van de tariefzekerheid;
- (4) Moderniseren van de nomenclatuur van de verstrekkingen en van de lijsten van producten;
- (5) Stimuleren van innovatieve benaderingen in de gezondheidszorg;
- (6) Optimaliseren van de feedback-, evaluatie- en controleopdrachten;
- (7) Verbeteren van de organisatie van het overleg;
- (8) Versterken van de ondersteuning van het financieel beleid van de VGVU;
- (9) Versterken van de externe communicatie en bevorderen van een positief imago van het RIZIV;
- (10) Verbeteren van de afstemming met het Europese en internationale niveau.

Naast deze externe strategische domeinen zijn er ook **7 interne strategische domeinen** bepaald. Het betreft volgende domeinen:

- (1) Moderniseren van het Human Resources Management;
- (2) Optimaliseren van de benutting van de ICT-mogelijkheden en verbeteren van het intern gegevensbeheer;
- (3) Versterken van de beleids- en beheersondersteuning;

- (4) Verbeteren van de interne communicatie, documentatie en het kennismanagement;
- (5) Versterken van het financieel management;
- (6) Verbeteren van de juridische en administratieve ondersteuning;
- (7) Verzekeren van een efficiënte infrastructurele en logistieke ondersteuning.

De externe en interne strategische domeinen worden in het kader van het Strategisch Plan 2010-2015 verder vertaald naar operationele doelstellingen met een duidelijke afbakening van de scope, een fasering met acties en streefdata, een aanduiding van de verantwoordelijkheden, een inschatting van de vereiste middelen op het vlak van HR, ICT, communicatie, etc.

Artikel 9. Strategische domeinen van de Bestuursovereenkomst 2013-2015

Terwijl het Strategisch Plan 2010-2015 betrekking heeft op zowel de externe, als de interne strategie, alsook op alle activiteitendomeinen van het RIZIV, focust de Bestuursovereenkomst 2013-2015 op een aantal **prioritaire projecten in het kader van de externe strategie**. Deze projecten zijn tot stand gekomen in een samenspel tussen het RIZIV zelf, haar beheersorganen, de beleidsverantwoordelijken en de externe partners en belanghebbenden. Vanzelfsprekend is bij de selectie van de projecten rekening gehouden met de budgettaire context waarmee de Staat in het algemeen en het RIZIV in het bijzonder geconfronteerd worden.

Met het oog op een maximale afstemming van het Strategisch Plan en de Bestuursovereenkomst gebeurt de indeling van de projecten in de Bestuursovereenkomst ook aan de hand van de hoger vernoemde 10 externe strategische domeinen.

(1) Verbeteren van het gegevensbeheer, de kennisontwikkeling en de beleidsrapportering

Het RIZIV wenst zich verder te ontwikkelen tot een multidisciplinaire organisatie die zich toelegt op kennisbeheer door gegevens, informatie en kennis met betrekking tot de aspecten van de VGVU te verzamelen, te ontwikkelen en toegankelijk te maken, en dat op een doelmatige en doelgerichte manier.

Een van de projecten uit de onderhavige bestuursovereenkomst biedt een antwoord op en draagt bij tot de kennisontwikkeling en -deling. Het gaat daarbij om de ontwikkeling van kennis inzake arbeidsongeschiktheid bij de Dienst Uitkeringen. Belangrijkste thema's die aan bod zullen komen in de studies zijn, de verklarende factoren van arbeidsongeschiktheid, de sociaal economische uitdagingen alsook de kwaliteit van de medische evaluatie. Het is tevens de bedoeling om verschillende, reeds gerealiseerde, projecten of studies te integreren, te structureren en te consolideren en bepaalde punten daarvan uit te diepen, in samenwerking met het IMA, universiteiten en internationale organisaties.

(2) Exploiteren van de mogelijkheden inzake eHealth

De evoluties op vlak van ICT hebben het jongste decennium ook 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 gegevensstromen en het ontwikkelen van toepassingen voor de diverse gebruikers.

Een belangrijke uitdaging voor de komende jaren ligt in de medewerking aan de uitbouw van het eHealth-platform en de exploitatie van de mogelijkheden die geïnformatiseerde administratieve en

medische stromen en diensten bieden. In deze Bestuursovereenkomst wil het RIZIV in het bijzonder de bijdrage tot drie sporen inzake de informatisering van de gezondheidszorg in de verf zetten.

Een eerste reeks actie-verbintenissen hebben betrekking tot de operationalisering van de vzw eCare. Het betreft zowel de administratieve opstart van de vzw, alsook het bijdragen tot de ontwikkeling van een strategie en roadmap inzake eCare en het ondersteunen van de uitvoering van concrete projecten die uit deze strategie en roadmap voortvloeien.

Ten tweede wil het RIZIV haar ondersteunende rol in het kader van de ontwikkeling van My CareNet verderzetten. Het betreft zowel de ontwikkeling van referentiebestanden, het voorzien van aangepaste reglementaire kaders, als het verzekeren van de nodige communicatie naar de doelgroepen van My CareNet. Het RIZIV wil met het NIC en de VI een boordtabel maken voor de opvolging van de uitrol van My CareNet. Verder zullen ook de nodige ondersteunende acties worden genomen, bv. op communicatief vlak, in het licht van de gefaseerde afschaffing van de SIS-kaart vanaf eind 2013.

Een derde project in deze Bestuursovereenkomst betreft de ingebruikname van de eHealthBox voor de communicatie met de zorgverleners, o.m. voor het versturen van omzendbrieven, guidelines, feedbacks, e.d.m. Met dit project zijn uiteraard ook winsten te boeken op vlak van duurzame ontwikkeling en kostenbesparing.

(3) Voortdurend verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg, moderniseren van de toekenning van de rechten aan individuen en versterken van de tariefzekerheid

In het Strategisch Plan 2010-2015 is veel aandacht besteed aan initiatieven die de toegankelijkheid van de zorg en het versterken van de tariefzekerheid kunnen versterken. De voorbije jaren zijn binnen dit domein ook resultaten opgeleverd. Denken we o.a. aan de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming die op 1 januari 2014 in werking zal treden, en aan de voorbereidingen voor de criteria voor chronisch zieken waarvoor ondertussen een voorstel van tekst is opgemaakt. In deze 4^{de} bestuursovereenkomst zal het RIZIV het nieuwe systeem van verhoogde tegemoetkoming implementeren en dus de gegevensstromen vernieuwen en activeren.

In dit strategisch domein wordt ook verder, en dit op versterkte wijze, ingezet op het elektronisch invaliditeitsdossier, en dus het efficiënter maken van het proces van toekenning van een recht aan sociaal verzekerden die een aanvraag tot erkenning van invaliditeit indienen via de Verzekeringsinstellingen bij het RIZIV.

Een derde project binnen dit strategisch domein beoogt de verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening voor wat betreft de activiteiten en uitspraken van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) over de staat en de duur van invaliditeit van de gerechtigden. Er zal een werkgroep worden opgericht en er zal gerapporteerd worden over de (reeds lopende) reflectie over mogelijke aanpassingen aan de beslissingsprocedures van de GRI (en over de toekomst van de gewestelijke commissies), inclusief de reglementaire, organisatorisch en operationele wijzigingen die daarmee gepaard zullen gaan.

Een laatste project binnen dit strategisch domein betreft de ontwikkeling van de huisartsenwachtposten. Dit gaat concreet over de standaardisering van de financiering van de huisartsenwachtposten waarbij middelen voor bijkomende wachtposten kunnen vrijgemaakt worden. Dit project beoogt voor de patiënten een optimale werking, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenwachtdienst.

(4) Moderniseren van de nomenclatuur van de verstrekkingen en van de lijsten van producten

Zowel het transparanter maken van de productie van de nomenclatuur als het uitbreiden van de tegemoetkomingsprocedures zijn opgenomen als belangrijke keuzes in het strategisch plan 2010-2015. De voorbije jaren zijn de hervorming van de sector implantaten & de start van een nieuwe Commissie Tegemoetkoming implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (CTIIMH) hiervan een resultaat. In het eerste jaar van deze bestuursovereenkomst zal, en dit als laatste fase binnen de hervorming van de implantaten, de nieuwe terugbetalingsprocedure van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen in productie worden gesteld.

(5) Stimuleren van innovatieve benaderingen in de gezondheidszorg

Zoals uit de externe visie blijkt, zijn er diverse omgevingsfactoren die nopen tot innovatieve en creatieve oplossingen om te komen tot performante terugbetalingsmechanismen, zorgmodellen, enz. In het kader van deze Bestuursovereenkomst springen in dit verband volgende projecten in het oog.

Een belangrijk project betreft de zorgtrajecten, die een gecoördineerde verzorging tot doel hebben door de samenwerking tussen de patiënt, de huisarts, de specialist en andere gezondheidswerkers te verbeteren. Naast deze gecoördineerde verzorging beoogt het project ook een 'empowerment' en verhoogde responsabilisering van de patiënt. In de vorige bestuursovereenkomst zijn 2 zorgtrajecten opgestart. Dit voor de patiënten met diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie. In de periode van deze bestuursovereenkomst zal het RIZIV deze lopende zorgtrajecten evalueren, en dit met het oog op een verder zetting van de bestaande zorgtrajecten en eventuele uitbreiding naar andere doelgroepen en/of andere chronisch zieken.

Een volgend project bouwt eveneens voort op een project uit de 3^{de} Bestuursovereenkomst, nl. de opmaak van een Belgisch Plan Zeldzame Ziekten. Het betreft het ontwikkelen van een strategie en werkwijze voor de administratieve ondersteuning van de oprichting enerzijds en de financiering anderzijds van expertisecentra zeldzame ziekten. Dit project past binnen een strategie die op het niveau van de Europese Unie werd gemaakt en die door het Belgisch Parlement werd bevestigd, om de tenlasteneming en de zorg van patiënten die leiden aan een zeldzame ziekte te verbeteren. Op Europees niveau is de ambitie vastgelegd om een netwerk van expertisecentra en bijhorende criteria van expertise, kwaliteit, e.d.m. te realiseren. De ontwikkeling van dergelijke expertisecentra omvat verschillende luiken. Zoals o.a. het ontwikkelen van een strategie van tenlasteneming van patiënten met een zeldzame ziekte, de opmaak van een selectie-instrument voor de keuze van pathologieën voor het opzetten van een expertisecentrum, de uitwerking van reglementaire kaders, de ontwikkeling van conventies met nieuwe expertisecentra en de communicatie naar verschillende partner.

Een 3^{de} project binnen dit strategisch domein betreft de oprichting van een dienst "Fonds voor de medische ongevallen (FMO)" bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het FMO, belast met het beheer van de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, is opgericht als instelling van openbaar nut (ION) van de categorie B krachtens artikel 6 van de wet van 31 maart 2010. Om een efficiënter beheer van het Fonds (o.a. het beheer op vlak van personeel, HR-management, ICT, materiële middelen, begrotingen en boekhouding, enz....) mogelijk te maken wordt het Fonds effectief geïntegreerd als bijzondere RIZIV dienst.

(6) Optimaliseren van de feedback-, evaluatie- en controleopdrachten

Teneinde een doeltreffende en doelmatige aanwending van de middelen bestemd voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering te garanderen, is er nood aan een modern beleid inzake feedback, evaluatie en

controle ten aanzien van de zorgverleners, de zorginstellingen, de verzekeringsinstellingen, de sociaal verzekerden, de firma's, de tarifieringsdiensten, enz. Een modern toezicht op het optimale gebruik van de middelen wil niet enkel sanctionerend-repressief zijn, maar ook ruime aandacht besteden aan preventie en responsabilisering. Algemeen gesproken kunnen drie pijlers worden geïdentificeerd, waaraan aandacht moet besteed worden bij de uitvoering van het toezicht, nl. het Informeren, het Controleren en het Evalueren.

In het kader van de voorliggende Bestuursovereenkomst zal allereerst worden verder gebouwd aan het geïnformatiseerd dossierbeheer binnen de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle. Dit dossierbeheersysteem vormt het centrale werkinstrument voor het inspecterend en controlerend personeel van de Dienst. Het systeem zal verder worden ontwikkeld op het vlak van de geboden functionaliteiten (workflow, rapportering, etc.).

Een tweede project is alomvattend van aard en betreft de reorganisatie van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle, m.n. in het licht van de voorziene uitstroom van leidinggevend en inspecterend personeel ten gevolge van een pensioengolf.

Ten derde worden de datamatching-activiteiten van de Dienst Administratieve Controle verdergezet en uitgebreid. Het betreft in eerste instantie de datamatching op vlak van invaliditeitsuitkeringen met de DMFA-gegevens. Voortaan zullen echter ook de gegevens op vlak van uitkeringen in primaire arbeidsongeschiktheid worden gematcht. Dit moet bijdragen tot een correct beheer van de financiële middelen voor primaire arbeidsongeschiktheid, ook in het licht van de stelselmatige toename van het aantal rechthebbenden die mogelijk nog versterkt wordt door de aanpassingen op vlak van de pensioenen en de werkloosheidsuitkeringen.

Een laatste project betreft de controle op de ten onrechte afgeleverde attesten van arbeidsongeschiktheid door artsen. Dit zal enerzijds op een preventieve wijze gebeuren door het opmaken van richtlijnen voor de aflevering van deze attesten, en anderzijds door het uitvoeren van analyses op gegevens van de behandelende en voorschrijvende artsen. Deze gegevens zijn beschikbaar in de stroom primaire arbeidsongeschiktheid tussen de VI's en het RIZIV over de activiteiten van de adviserend geneesheren.

(7) Versterken van de ondersteuning van het financieel beleid van de VGVU

Responsabilisering van de actoren in de ziekteverzekering en transparantie over de middenstromen zijn twee cruciale pijlers in het financieel beleid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze pijlers winnen nog aan belang in het licht van de druk op de opdrachten- en beheersbudgetten in de hele overheidssector. In het kader van de voorliggende Bestuursovereenkomst wil het RIZIV zich dan ook op elk van beide aspecten uitdrukkelijk engageren.

Een eerste project in deze Bestuursovereenkomst betreft het operationaliseren – in functie van de genomen politieke besluiten in het dossier – van het nieuwe systeem van responsabilisering van de VI met betrekking tot hun administratiekosten. Het betreft met name de concrete uitwerking van indicatoren waarop de VI zullen worden geresponsabiliseerd.

Een tweede project vloeit voort uit een audit van het Rekenhof en wil de transparantie verhogen op vlak van de onverschuldigde bedragen en recuperaties door de VI in het kader van de uitkeringsverzekering. Daartoe dienen gegevensfluxen met de VI te worden opgezet die vervolgens kunnen worden geëxploiteerd voor analysedoeleinden.

(8) Versterken van de externe communicatie en bevorderen van een positief imago van het RIZIV

Heel wat projecten uit de onderhavige bestuursovereenkomst houden verband met de “externe communicatie” en dragen zo bij tot het positieve imago van het RIZIV. Een specifieke verbintenis in het kader van dat strategische domein heeft betrekking op de 50^e verjaardag van het RIZIV in 2014 en het 20-jarige bestaan van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Ter gelegenheid daarvan zal het RIZIV een reeks interne en externe evenementen organiseren.

(9) Verbeteren van de afstemming met het Europese en internationale niveau

Het RIZIV wil zo goed mogelijk bijdragen tot en inspelen op Europese en internationale initiatieven en ontwikkelingen, zowel door het bijdragen tot de ontwikkeling van Europese en internationale initiatieven inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering, alsook door het bijdragen tot een correcte en snelle uitvoering van de Europese en internationale reglementering (coördinatiewetgeving, bilaterale overeenkomsten, enz.) inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

In het kader van de huidige Bestuursovereenkomst zijn voor dit domein geen specifieke projecten opgenomen. Vanzelfsprekend zal het RIZIV wel haar opdrachten ter zake verder zetten.

(10) Organisatieontwikkeling en behoorlijk bestuur

Tot slot zijn ook een aantal projecten en actie-verbintenissen opgenomen die passen binnen de organisatieontwikkeling en de versterking van het behoorlijk bestuur binnen het RIZIV. Deze zijn in lijn met de interne strategie van het RIZIV zoals vastgelegd in het Strategisch Plan 2013-2015.

In het kader van deze Bestuursovereenkomst zal het RIZIV in het bijzonder focussen op drie doelstellingen op vlak van de interne organisatie, nl.:

- aandacht voor het welzijn van het personeel;
- de versterking van de analyse van processen, o.m. vanuit de optiek van efficiëntie;
- de versterking van risicobeheer, interne controle en interne audit in het RIZIV.

Artikel 10. Krachtlijnen van de Bestuursovereenkomst 2013-2015

Deze bestuursovereenkomst bevat 5 grote krachtlijnen waarvoor het RIZIV, in het raam van haar bevoegdheid en voor de uitoefening van haar taken, de noodzakelijke menselijke en materiële middelen zal inzetten en de meetinstrumenten zal ontwikkelen die noodzakelijk zijn voor de opvolging van hun uitvoering.

Het gaat over volgende krachtlijnen:

1. de ontwikkeling van de informatie en van de middelen die nodig zijn voor de **beheersing van de uitgaven** aangaande de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
2. de **administratieve vereenvoudiging** met het oog op het vereenvoudigen van processen, procedures, dienstverlening, e.d.m. voor externe en interne klanten van het RIZIV;

3. de **procesverbetering en informatisering** met als gevolg een verbetering van de administratieve dienstverlening aan de externe en interne gebruikers – om te kunnen beantwoorden aan de bepalingen van het handvest van de sociaal verzekerde en om de toegankelijkheid tot de verstrekkingen van de verzekering te waarborgen – en aan de verschillende partners;
4. de medewerking, op adequate wijze, aan de **correcte en uniforme toepassing van de wetgeving** zoals bepaald in de GVV-wet en andere reglementering;
5. en het **bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie** door het mogelijk maken van projecten met het oog op besparingen en inzicht in en sturing van de kosten.

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

Om daaraan tegemoet te komen zijn veranderingen van de werkorganisatie en de verschillende procedures noodzakelijk, zal een beroep moeten worden gedaan op de informatica, 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.

De partijen die de overeenkomst hebben ondertekend erkennen dat wegens de omvang en de complexiteit van de te behandelen materie, 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 werkkterrein van het Instituut onderstelt.

Met elk van de 5 opgesomde krachtlijnen stemmen precieze doelstellingen overeen die aan het Instituut en zijn administratie zijn opgedragen.

De partijen komen overeen om voor de periode van **1 januari 2013 tot 31 december 2015** de doelstellingen opgenomen onder titels IV tot en met XIII te weerhouden. Voor specifieke doelstellingen zullen de effecten door middel van boordtabellen opgevolgd worden (zie titel XIV + XV).

De keuze van de doelstellingen is gemotiveerd door de volgende overwegingen:

- reageren op externe signalen die aangeven dat een verbetering van de procedures en van de informatie in de behandelde materies wordt verwacht;
- de kwaliteit van de verwerking van de dossiers garanderen;
- de hierboven gedefinieerde strategische domeinen en krachtlijnen zo efficiënt mogelijk opvolgen;
- de verdere uitoefening van alle dagelijkse activiteiten die aan de administratie zijn opgelegd, verzoenen met de ontwikkeling, voor een periode van drie jaar, van initiatieven waarmee wordt voldaan aan nieuwe vereisten.

Naast de selectie van een aantal projecten met actie-verbintenissen en eventueel boordtabellen voor de periode 2013-2015 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 engagementen in de continue opdrachten van het RIZIV.

TITEL IV: Verbeteren van het gegevensbeheer, de kennisontwikkeling en de beleidsvoorbereiding en -rapportering

Artikel 11. Ontwikkeling van de kennis inzake arbeidsongeschiktheid

Dit artikel omvat een nieuw project dat is gebaseerd op de artikelen 15, 16 en 17 van de bestuursovereenkomst 2010-2012. Het geeft een concrete invulling aan reeds eerder genomen initiatieven.

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

- Nieuwe dienstverlening : procesverbetering en informatisering
- Kostenbeheersing

Context

De problematiek van de arbeidsongeschiktheid wordt op internationaal niveau meer en meer gezien als een van centrale vraagstukken verbonden met de sociale zekerheid en met de evolutie van de arbeidsmarkt. Het aantal zieke, arbeidsongeschikte werknemers verhoogt in het merendeel van de geïndustrialiseerde landen. Dit geldt ook in de Belgische context. Er zijn thans ongeveer 265.000 personen, die een vergoeding krijgen in het kader van het regime van de invaliditeit (zijnde de werkonbekwaamheid langer dan één jaar). Het is per definitie moeilijk om vooruitzichten inzake de evolutie van invaliden vast te leggen, maar de projecties tonen aan dat dit aantal, volgens de door het RIZIV gehanteerde modellen, zou kunnen uitkomen op een aantal tussen 294.000 en 302.000 in 2015. Op het vlak van de primaire ongeschiktheid (de arbeidsongeschiktheid minder dan één jaar) tonen de gegevens insgelijks een stijgende evolutie vermits het aantal vergoede ziekteperiodes gedurende deze periode van minder dan één jaar gestegen is van 344.492 eenheden in 2004 naar 399.075 eenheden in 2010.

Eén van de basisopdrachten van de Dienst Uitkeringen van het RIZIV is het ontwikkelen van kennis inzake de arbeidsongeschiktheid met het oog op de ondersteuning van de beleidskeuzes in het domein van de arbeidsongeschiktheid. Deze kennisontwikkeling gebeurt door het verzamelen en verwerken van gegevens, het opmaken van statistieken, het uitvoeren van analyses en studies, en het formuleren van aanbevelingen voor het beleid.

In het kader van de vorige Bestuursovereenkomsten werden diverse projecten opgenomen die gericht waren op de ontwikkeling van kennis in het domein van arbeidsongeschiktheid. Het betrof onder meer volgende aspecten:

- Statistische en verklarende studies in het domein van de invaliditeit;
- Statistische verslagen inzake de primaire arbeidsongeschiktheid;
- Informatisering, individualisering en verrijking van de gegevensstromen met de VI en de RVA met het oog op het detecteren van een aantal verklarende factoren inzake de primaire arbeidsongeschiktheid (project 'incapacity for work');
- Dulbéa-studie over het verband tussen uitkerings- en werkloosheidsverzekering;
- Informatisering van de gegevensstroom inzake de door de adviserend geneesheer toegestane deeltijdse hervatting van de activiteiten en evaluatie van het systeem op basis van deze gegevensstroom;
- Task force « Back to work » en project « Prevent »;
- Werkzaamheden van de Technische Medische Raad met betrekking tot de richtlijnen voor de adviserend geneesheren inzake geneeskundige evaluatie;
- Enz.

In het kader van de Bestuursovereenkomst 2013-2015 wil het RIZIV:

- de bestaande instrumenten op vlak van kennisontwikkeling en beleidsondersteuning inzake arbeidsongeschiktheid verder zetten;
- en facetten van de arbeidsongeschiktheid waar nog onvoldoende kennis over bestaat (zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheid, de kwaliteit van de geneeskundige evaluatie, enz.) verder uitdiepen.

Bovendien wil het RIZIV de verschillende kennisinstrumenten verankeren in een geïntegreerde strategie. Daarbij moet aandacht zijn voor volgende aspecten:

- Proactieve analyse en selectie van projecten binnen een meerjaarlijks werkprogramma;
- Detecteren van de bestaande expertise in deze domeinen binnen het RIZIV zelf en bij de partners van het RIZIV;
- Ontwikkelen en bewaken van de kwaliteit van de vereiste gegevensbronnen en -stromen;
- Verwerking van de resultaten van projecten en studies;
- Externe communicatie van die resultaten;
- Inzake geneeskundige evaluatie coördinatie en verspreiding van de informatie aan de adviserend geneesheren, met als doel de kwaliteit van de geneeskundige beslissingen te verbeteren door de verspreiding van richtlijnen (samenhang van de genomen beslissingen);
- Coördinatie van de internationale netwerken: OESO en IVSZ;
- Het opvolgen van de wetenschappelijke literatuur inzake arbeidsongeschiktheid;
- Etc.

Met het oog op het opbouwen van een dergelijke geïntegreerde kennisstrategie en het uitvoeren en opvolgen ervan zal de Algemene Directie van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV dit alles coördineren.

Bij de uitvoering van de strategie voor kennisontwikkeling zullen grosso modo drie instrumenten worden ingezet.

In eerste instantie is het noodzakelijk om de coördinatie, de samenwerking en het transversale karakter van de verschillende entiteiten binnen de Dienst voor Uitkeringen te versterken, en dit op het vlak van verschillende kennis- en beleidsondersteunende instrumenten inzake arbeidsongeschiktheid. Dit houdt dus de ontwikkeling van een ruimere expertise in alsmede de integratie ervan binnen de Dienst.

In tweede instantie zullen er partnerschappen worden gesloten met bekwame deskundigen, zoals de academische wereld. Dit project zal zowel de netwerken van interne actoren als de netwerken van

externe actoren de gelegenheid bieden om samen gegevens en informatie om te zetten in expertise inzake arbeidsongeschiktheid, met het oog op de versterking van de beleidsondersteunende rol ten aanzien van de Dienst voor Uitkeringen.

Ten derde is het noodzakelijk om de samenwerking met de VI, het IMA te versterken en afspraken te maken over welke analyses door wie worden uitgevoerd. Ook met andere overheidsorganisaties, zoals de FBZ, FAO en de DG Gehandicapten kunnen kennisynergieën worden gerealiseerd.

Wat de acties-verbintenissen betreft, zal voor de kennisontwikkeling inzake primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit eerst een Begeleidingscomité worden opgericht voor het opbouwen en opvolgen van de geïntegreerde strategie inzake kennisontwikkeling in het domein van arbeidsongeschiktheid. De beslissing over de samenstelling van dit Begeleidingscomité wordt genomen door het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen. De oprichting van dit Begeleidingscomité geeft duidelijk aan dat de Dienst wil samenwerken met de verschillende partners zoals het IMA, de universiteiten, andere overheidsorganisaties en internationale organisaties die actief zijn in het domein.

Een andere verbintenis bestaat erin om jaarlijks een werkprogramma op te stellen voor de kennisontwikkeling inzake arbeidsongeschiktheid en om dit aan het Beheerscomité van de dienst voor te leggen. Het Begeleidingscomité zal voor de opvolging ervan instaan.

In de acties-verbintenissen is bovendien bepaald dat er een aantal reeds bestaande verslagen over bijvoorbeeld de evolutie en de vaststellingen inzake arbeidsongeschiktheid, over de toestemming tot deeltijdse activiteitshervatting, over de beroepsherscholing, over de verklarende factoren voor de invaliditeit, enz. in de toekomst verder zullen worden opgesteld.

De Dienst voor Uitkeringen zal ook proberen om die verslagen systematisch aan te vullen en uit te diepen met nieuwe elementen en standpunten. Daaromtrent worden er twee specifieke actie-verbintenissen uitgestippeld:

- Een jaarverslag over de verklarende factoren voor de invaliditeit, met een specifieke focus op geestelijke gezondheid en musculoskeletale aandoeningen;
- Tijdens de verwezenlijking van de nieuwe Bestuursovereenkomst zal de Dienst voor Uitkeringen ook een specifieke werkmethode ontwikkelen voor de verklarende geneeskundige factoren voor de primaire arbeidsongeschiktheid (zie link met de pathologie, bijvoorbeeld code ICD-9/10).

Ten slotte is de ontwikkeling van een barometer van de arbeidsongeschiktheid een andere doelstelling van de acties-verbintenissen. Het gaat hier om een onderzoeksproject waarmee men jaarlijks alle gegevens wil verzamelen over het aandeel van de actieve Belgische bevolking dat om medische redenen (primaire ongeschiktheid, invaliditeit, handicap, beroepsziekten, arbeidsongevallen of werklozen die om medische redenen hun zoektocht naar werk niet kunnen voortzetten) van het werk is verwijderd. Het gaat hier dus om een bondige integratie en consolidatie van een aantal sleutelindicatoren in het domein van de arbeidsongeschiktheid, die onder andere afkomstig zijn van de voormelde verslagen.

Acties-verbintenissen

Het voornaamste doel van de kennisontwikkeling inzake arbeidsongeschiktheid bestaat erin een werkprogramma op te zetten voor een meerjarenonderzoek naar de socio-economische en medische aspecten van de arbeidsongeschiktheid.

1. Oprichting van een Begeleidingscomité voor het opbouwen en opvolgen van de geïntegreerde strategie inzake kennisontwikkeling in het domein van arbeidsongeschiktheid, samengesteld uit

vertegenwoordigers van het Beheerscomité en prominente figuren uit de academische wereld.
Streefdatum: 30 juni 2013.

2. Voorstelling aan het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen van een jaarlijks studieprogramma over de arbeidsongeschiktheid en voorstelling van die studies. Streefdata: 31 december 2013; 31 december 2014; 31 december 2015.
3. Opmaken van een jaarverslag ten behoeve van het Beheerscomité van de Dienst Uitkeringen over de verwerking van de bestaande gegevens van de Dienst inzake arbeidsongeschiktheid en de volgende thema's:
 - Invaliditeit: rapportering i.v.m. statistische evoluties en verklarende factoren
 - Primaire arbeidsongeschiktheid: rapportering i.v.m. statistische evoluties en verklarende factoren
 - Werking van het systeem van de toegestane deeltijdse werkhervatting
 - Beroepsherscholing.Streefdata: 31 december 2013; 31 december 2014; 31 december 2015
4. Jaarverslag ten behoeve van het Beheerscomité van de Dienst Uitkeringen over de verklarende factoren voor de invaliditeit: focus op de geestelijke gezondheid en de musculoskeletale aandoeningen. Streefdata: 31 december 2013; 31 december 2014; 31 december 2015.
5. Bepalen van een methode voor de analyse van de verklarende geneeskundige factoren van de primaire arbeidsongeschiktheid. Streefdatum: 31 december 2013.
6. Ontwikkeling van een barometer van de arbeidsongeschiktheid. Streefdatum: 31 januari 2014.

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 verstrekt informatie inzake geneeskundige evaluatie;
- 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, e.d.m.

TITEL V: Exploiteren van de mogelijkheden inzake eHealth

Artikel 12. Strategie en roadmap inzake de informatisering van de gezondheidszorg

Dit artikel omvat de integratie van verschillende projecten die in eerdere Bestuursovereenkomsten (m.n. artikel 22, 23, 24, 27 van de Bestuursovereenkomst 2010-2012) van het RIZIV waren opgenomen in een meer omvattende visie en aanpak.

Omschrijving

Het betreft de verdere ontwikkeling en implementatie van een geïntegreerde strategie en implementatie inzake de informatisering van de gezondheidszorg

Kader

Adviseren, reglementeren

Krachtlijnen

- Administratieve vereenvoudiging
- Procesverbetering en informatisering

Context

De evoluties op vlak van ICT hebben het jongste decennium ook 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 gegevensstromen en het ontwikkelen van toepassingen voor de diverse gebruikers. 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 informatisering van de sector van de gezondheidszorg omvat vele dimensies en actoren. Het betreft een veelheid aan projecten en deelprojecten, waarbij telkens zowel strategische, business-gerelateerde, technische en juridische aspecten aan bod komen. Bovendien vereisen deze informatiseringsprojecten de betrokkenheid van een zeer groot aantal partners. Het slagen van de informatisering, staat of valt in belangrijke mate met het voorhanden zijn van een duidelijke strategie en planning, een aangepaste organisatie- en coördinatiecapaciteit, en een voortdurende aandacht voor communicatie met de partners en de gebruikersgroepen. eHealth speelt daarbij een centrale rol. Het RIZIV wil vanuit haar eigen betrokkenheid in een aantal projecten maximaal bijdragen tot een doeltreffend en efficiënt organisatie-model ter zake. In dit verband heeft ze bijvoorbeeld het initiatief genomen tot de oprichting

van een Overlegplatform Administratieve Vereenvoudiging en Informatisering waar in samenspraak met de VI en het NIC, alsook met het eHealth-platform keuzes, prioriteiten en planningen worden vastgelegd met betrekking tot de te realiseren informatiserings- en/of vereenvoudigingsprojecten.

In het Strategisch Plan 2010-2015 en de eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV werd een duidelijk ambitie ingeschreven om bij te dragen tot de informatisering van administratieve en medische informatiestromen en diensten in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld door:

- de medewerking aan de uitbouw van het eHealth-platform
- de medewerking aan de uitbouw van de ontwikkeling van My CareNet
- de organisatorische en inhoudelijke uitbouw van de vzw eCare
- het gebruik van de eHealthBox voor communicatie met zorgactoren
- de informatisering van het accrediteringsproces
- etc.

Midden 2012 heeft de Minister aan het RIZIV, het eHealth-platform en de FOD VVVL gevraagd om een Ronde tafel voor te bereiden waar alle actoren alsook de Gemeenschappen en de Gewesten bij betrokken worden. Deze Ronde tafel moet leiden tot een gezamenlijke visie op vlak van informatisering van de gezondheidszorg en tot een consensus inzake vaststelling van een strategische roadmap.

Het RIZIV wenst in het kader van deze Bestuursovereenkomst haar ambitie met het oog op de verdere informatisering van de gezondheidszorg hierop aan te sluiten. En uiteraard ook op de ambities die ter zake in de beleidsnota van de minister van Sociale Zaken en in het Federaal Actieplan Administratieve Vereenvoudiging 2013-2015 zijn opgenomen. In deze Bestuursovereenkomst wordt het accent gelegd op twee cruciale programma's: de uitbouw van eCare en de verdere ontwikkeling van My CareNet.

Ten eerste wenst het RIZIV bij te dragen tot de operationalisering van de vzw eCare. Artikel 37 van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth platform bepaalt dat de Staat en het RIZIV samen met de verzekeringsinstellingen en met verenigingen van zorgverleners en zorginstellingen een vereniging zonder winstoogmerk kunnen oprichten om aan de hand van de organisatie van de uitwisseling van klinische gegevens de bevordering van de kwaliteit van de medische praktijkvoering en de instanties die daarmee belast zijn te ondersteunen. Op basis van het reglementaire kader en de statuten van de vzw moeten volgende aspecten worden behandeld:

- opstellen van een reglement van interne orde;
- ontwikkelen van een visie en roadmap voor de ontwikkeling van projecten in het kader van eCare;
- het ontwikkelen van instrumenten/templates voor projectbeschrijving en het afsluiten van overeenkomsten met het oog op de uitvoering van de roadmap en de door de vzw gekozen prioriteiten.

Na de administratieve operationalisering van de vzw eCare kan die aan de slag gaan met het realiseren van concrete projecten in navolging van de reeds gerealiseerde projecten op vlak van anti-TNF-geneesmiddelen (SAFE, elektronische registratie van medische en administratieve gegevens inzake de behandeling van reumatoïde polyarthritis), de elektronische registratie van aanvragen tot terugbetaling van implantaten (Qermid), het elektronisch register van heup- en knieprothesen (Orthopride), en de gegevensverzameling inzake zorgtrajecten (Achil). In het kader van de voorliggende Bestuursovereenkomst kunnen bijvoorbeeld volgende engagementen worden beoogd – de definitieve keuzes en prioriteiten zullen door de vzw worden gemaakt:

- het dematerialiseren van de stromen met de VI (adviserend geneesheren) in het kader van Qermid door het realiseren van een geïnformatiseerde system-to-system communicatie met de VI. De scope van de engagementen binnen deze Bestuursovereenkomst betreft de Hoofdstuk IV-geneesmiddelen en de implantaten ;

- de veralgemening van het elektronisch voorschrift, in eerste instantie voor geneesmiddelen (ambulant, consultaties daghospitaal, etc.);
- ontwikkelen met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) van een register van implantaten met het oog op traceerbaarheid. Dit betreft een meerjarenproject. Het omvat enerzijds een technisch luik om het register op te zetten. Anderzijds moet het register gaandeweg ook inhoudelijk worden gevoed. In het kader van de voorliggende Bestuursovereenkomst zal het register technisch in productie worden gesteld en reeds gevoed voor een aantal prioritaire implantaten;
- door de vzw eCare geïdentificeerde prioritaire projecten inzake gegevensdeling (bv. SUMEHR, medicatieschema, BELRAI, medische beeldvorming, resultaten klinische biologie, etc.)

Ten tweede wenst het RIZIV haar bijdrage tot de ontwikkeling van My CareNet verder te zetten. In het kader van de Bestuursovereenkomst 2010-2012 werden verbintenissen opgenomen inzake de ontwikkeling van referentiebestanden, het voorzien van een aangepast reglementair kader en het verzorgen van communicatie naar de doelgroepen van My CareNet. Deze ondersteuning van het My CareNet-programma – die in zijn geheel op het niveau van het NIC en de VI wordt gecoördineerd – is inmiddels procesmatig geworden en zal worden verdergezet. De uitrol en dekkinggraad van de verschillende functionaliteiten van My CareNet bij de diverse doelgroepen zal worden opgevolgd middels een bordtabel. In de huidige Bestuursovereenkomst voorziet het RIZIV verder de ondersteuning van haar kant op vlak van:

1. de uitvoering van de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling, zoals opgenomen in het ontwerp van Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, voor de sociale doelgroepen zoals rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en rechthebbenden op het statuut chronische aandoeningen, vanaf 01/01/2014.
 - de toepassing van deze verplichting door de zorgverstrekkers zal praktisch moeten worden ondersteund door de beschikbaarheid van het platform MyCarenet voor de consultatie van de verzekeraar. Dit is noodzakelijk vooraleer de derdebetalersregeling verplicht wordt voor de zorgverleners.
 - het statuut Chronische aandoeningen is opgenomen in het ontwerp van Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en zal vanaf 1 januari 2013 in werking kunnen treden. Dit statuut zal leiden tot enerzijds de uitbreiding van de doelgroepen (voor de chronisch zieken) voor de toepassing van de maximumfactuur (vanaf 2013) en anderzijds de automatische toepassing van de derdebetalersregeling (vanaf 2014)
2. de afschaffing van de SIS-kaart, waarvan de start vanaf eind 2013 voorzien is. Vanaf dat moment zullen geen nieuwe SIS-kaarten worden uitgereikt, of vervallen SIS-kaarten worden vervangen. Door reglementering zal de einddatum van de uitrolnaam van SIS-kaarten moeten worden bepaald. Het betreft volgende aspecten:
 - het ontwikkelen van een module waarlangs titularissen (m.n. apothekers, maar ook ziekenhuizen, tandartsen) zich kunnen confirmeren met het oog op de toegang tot de verzekeraarsgegevens;
 - het voorzien van de nodige communicatie aan de zorgverleners over de uitrol van de afschaffing van de SIS-kaart. Deze communicatie zal wellicht in meerdere bewegingen gebeuren en zich situeren tijdens ongeveer de 10^e en 3^e maand voorafgaand aan de start van de afschaffing van de SIS-kaart.

Papieren attesten zullen door de uitbreiding van de toepassing van de derdebetalersregeling en de beschikbaarheid van de functionaliteiten via MyCarenet geleidelijk aan verdwijnen. Dit vereist de nodige wettelijke initiatieven en voorbereidingen aan de kant van het RIZIV.

Tenslotte vermelden we nog de versterkte inzet van het RIZIV op vlak van de transparantie voor de patiënten. Hiervoor is het RIZIV in 2012, en dit in samenwerking met de VI's en de zorgverleners, gestart met een reflectie inzake een grotere transparantie van de facturatie aan de patiënten. Dit betreft zowel de transparantie op vlak van de reële kosten als de in rekening gebrachte verstrekkingen

Lijst van actie-verbintenissen

Op vlak van de ontwikkeling van eCare

1. Installatievergadering van de vzw eCare. Streefdatum: binnen de 3 maand na de ronde tafel.
2. Presenteren aan de vzw eCare van een strategie en roadmap voor de ontwikkeling van eCare-projecten. Streefdatum: X (installatievergadering vzw eCare) + 6 maanden
3. Ontwikkelen – met het oog op de implementatie van de roadmap – van een algemeen kader met instrumenten/templates voor projectbeschrijving met het oog op het afsluiten van overeenkomst met projecten die door eCare geprioritiseerd zijn en door het RIZIV gefinancierd worden. De begeleiding van deze projecten door het RIZIV vergt de nodige werkingsmiddelen (via het budget eCare). Streefdatum: X (installatievergadering vzw eCare) + 12 maanden

Op vlak van de ontwikkeling van My CareNet

4. Ontwikkelen van een bordtabel voor de opvolging van de dekkingsgraad van de verschillende functionaliteiten van My CareNet bij de diverse doelgroepen. Streefdatum: 31/03/2013
5. Ontwikkelen van een module waarlangs titularissen (m.n. apothekers, maar ook ziekenhuizen, tandartsen) hun gegevens kunnen consulteren en wijzigen met het oog op de toegang tot de verzekerbaarheidsgegevens. Streefdatum: 30/06/2013
6. Voorzien van de nodige communicatie naar de zorgverleners over de afschaffing en uitrolatiename van de SIS-kaart. Streefdatum: Tussen de 10 en 3 maanden voor de start van de afschaffing van de SIS-kaart

Voor wat betreft de opvolging van de implementatie van de informatiseringsprojecten:

7. Jaarlijks rapporteren aan het Algemeen Beheerscomité en de bevoegde Minister over de voortgang van de implementatie van de projecten eCare en MyCarenet. Streefdatum: 31/12/2013, 31/12/2014, 31/12/2015.

Verwachte effecten

- Verhogen van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg
- Vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten binnen de gezondheidszorg
- Betere beleidsondersteuning

Externe afhankelijkheden

- Prioriteiten binnen de vzw eCare
- Politieke initiatieven die de verplichte toepassing van de sociale 3^{de} betaler beogen

Artikel 13. De eHealthBox als toekomstig middel voor externe communicatie

Dit artikel is een verderzetting van het project dat opgenomen is in het kader van de 3de bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 21).

Omschrijving

Het aanwenden van de eHealthBox voor het verzenden van informatie naar externe doelgroepen.

Kader

Informeren

Krachtlijnen

- Bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie
- Administratieve vereenvoudiging
- Procesverbetering en informatisering

Context

De eHealthBox is een beveiligde elektronische brievenbus die door het eHealthplatform ter beschikking wordt gesteld van instellingen, partners en gezondheidszorgverleners. Deze maildienst biedt aan de gebruikers de mogelijkheid om gegevens door te sturen naar een andere gebruiker binnen een beveiligde ruimte.

Door het eHealth-platform is in het eerste trimester van 2012 een 2^{de} versie van de eHealthBox voorgesteld. De door het RIZIV gevraagde functionaliteiten (o.m. op vlak van overdrachtbevestiging, ontvangstbevestiging en foutenberichten) zijn daarin opgenomen en dus beschikbaar.

Het RIZIV wenst deze versie van de eHealthBox in 2013 volwaardig te gebruiken. Momenteel is een werkgroep bezig met de analyse van welke informatiestromen er in aanmerking kunnen komen voor het verzenden via eHealthBox. Deze vernieuwde wijze van communicatie zal een interne kostenbesparing op vlak van papier en verzendingskosten mogelijk maken. Dit zal de volgende jaren aandachtig worden opgevolgd.

Acties – verbintenissen:

1. Opstart en gebruik van de eHealthBox voor een eerste doelgroep. Streefdatum: 31 december 2013.

Verwachte effecten

- Afschaffen van papieren stromen.
- Snelle, beveiligde communicatie.

Externe afhankelijkheden

- Gebruik van ehealth door de zorgverleners
- Toegang voor de zorgverleners tot de ICT-tools

TITEL VI: Voortdurend verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg, moderniseren van de toekenning van de rechten aan individuen en versterken van de tariefzekerheid

Artikel 14. Hervorming van de verhoogde tegemoetkoming: operationaliseren van de gegevensuitwisseling.

Dit artikel betreft de verderzetting van het project dat reeds was opgenomen in het kader van de bestuursovereenkomst 2006-2008 (artikel 34), de wijzigingsclausule 2009 (artikel N11) en de derde bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 26).

Omschrijving

Het operationaliseren van de gegevensuitwisseling tussen de Verzekeringsinstellingen, de FOD Financiën en het RIZIV zodat de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming effectief in werking kan treden.

Kader

Reglementeren, informeren, controleren

Krachtlijnen

- Administratieve vereenvoudiging
- Uniforme toepassing van de reglementering

Context

De verhoogde verzekeringstegemoetkoming (VT) wenst de financiële toegankelijkheid tot de geneeskundige verzorging voor gezinnen met lagere inkomens te doen toenemen. Dit opdat de leden van die gezinnen beroep zouden kunnen doen op noodzakelijke zorgen.

Op 17 juli 2009 heeft de Ministerraad beslist om de OMNIO- en VT-statuten bijeen te brengen. De werkgroep "verzekeraarbaarheid" van het RIZIV werd belast om terzake concrete voorstellen uit te werken voor het maximaal bijeenbrengen van de VT- en OMNIO-statuten, met als doel tot één toekenningsprocedure te komen. Het RIZIV heeft hiervoor de voorbije jaren de nodige acties genomen. Hiervoor verwijzen we naar de semestriële en jaarrapporten van de voorgaande bestuursovereenkomsten.

Ondertussen is de reglementering inzake OMNIO en VT aangepast. De programmawet van 29 maart 2012 met daarin de dispositieven m.b.t. de verhoogde tegemoetkoming is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 6 april 2012. Het uitvoeringsbesluit (KB) wordt opgemaakt in het eerste semester van 2012. Het feit dat de reglementering fundamenteel wijzigt, maakt dat ook de gegevensbestanden die worden uitgewisseld om de rechten op verhoogde tegemoetkoming toe te kennen en te controleren, moeten worden gewijzigd.

De Dienst administratieve controle van het RIZIV heeft de verplichting een controle uit te oefenen op de verhoogde tegemoetkoming. In de nieuwe reglementering is nu ook de bijkomende verplichting voorzien van een proactieve bevraging van de inkomsten. Daarnaast creëren de moderne vorm en inhoud van de

nieuwe gegevensuitwisseling de mogelijkheid de verhoogde tegemoetkoming efficiënter te controleren en er meer bruikbare data uit te halen voor beleidsevaluatie.

Het doel van de gegevensuitwisseling in het kader van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming is meervoudig:

- Een eerste doel is om een proactieve zoektocht naar potentiële rechthebbenden mogelijk te maken (is nieuw ten opzichte van de vorige reglementering). Een deel van de potentiële rechthebbenden op de VT ontbreken mogelijk momenteel in het huidige systeem. Een proactieve bevraging van de inkomsten van potentiële rechthebbenden moet dit verhelpen. De aangepaste gegevensuitwisseling zal de verzekeringsinstellingen en ziekenfondsen ondersteunen bij het zoeken naar potentiële rechthebbenden op de VT door de creatie van een proactieve flux die via de FOD Financiën en het RIZIV zal worden gecreëerd. Geeft de proactieve flux een indicatie dat ze waarschijnlijk onder het VT-inkomenplafond zitten dan worden ze gecontacteerd om een verklaring op erewoord in te dienen.
- Een tweede doelstelling, die reeds bestaat in de huidige gegevensuitwisseling (hier enkel ter informatie meegedeeld, omdat dit deel geen deel uitmaakt van de hervorming van de VT, noch van het uitvoeringsbesluit), is de automatische toekenning van aanvullende voordelen door andere overheidsdiensten aan personen met een recht op VT. Via een integratie van de rechthebbenden in het repertorium van de KSZ kunnen andere diensten zonder papieren attest of contact met de rechthebbenden reducties of promoties aanbieden of doorrekenen.
- Een derde doelstelling, die reeds bestaat in de huidige gegevensuitwisseling, is de controle op het VT recht van sommige rechthebbenden. Door de fiscale gegevens van rechthebbenden op basis van een laag inkomen op te vragen en deze informatie ter beschikking te stellen van de Verzekeringsinstellingen, kunnen deze rechten in de toekomst onderzocht, verlengd of afgesloten worden. Een geoptimaliseerde, snellere controlestroom zal er voor zorgen dat de verzekeringsinstellingen op een efficiënte wijze via het RIZIV de antwoorden van de FOD Financiën ontvangen. De toename in snelheid zorgt er ook voor dat mensen die het VT plafond overschrijden sneller hun recht verliezen. Dit heeft een positieve invloed op het imago van de maatregel en de budgetten.

De opties voor de concretisering van de verschillende processen worden hierna opgenomen. Aangezien de besprekingen voor het KB van uitvoering nog aan de gang zijn kunnen een aantal opties nog wijzigen. Het betreft volgende processen, nl.:

1. Het eerste proces is een proactieve bevraging bij de FOD Financiën van gezinnen waarbij niet alle gezinsleden van de VT kunnen genieten. De Verzekeringsinstellingen zullen jaarlijks de gezinnen op 01/01 samenstellen volgens de VT regels en overmaken aan het RIZIV. Op basis van de gegevens waarover ze beschikken zullen de Verzekeringsinstellingen een selectie maken van die gezinnen (o.a. voor wat betreft de beschikbaarheid van een bijdragebon, de aanwezigheid in het gezin van een titularis resident met de 2 hoogst mogelijk verschuldigde bijdragen in toepassing van artikel 134 van het KB van 3 juli 1996, gezinnen waarvoor al een aanvraag tot toekenning van de VT is ingediend op het eind van het voorafgaande jaar en waarvoor de aanvraag werd verworpen,...) zodat de gezinnen met een potentieel recht op de verhoogde tegemoetkoming afgezonderd kunnen worden. Vervolgens vraagt het RIZIV bij de FOD Financiën de fiscale gegevens op voor alle gezinsleden. Op basis van deze informatie zal door het RIZIV het gezinsinkomen worden bepaald en de drempel per gezin. Voor elk gezin gebeurt er dan een vergelijking tussen het reële gezinsinkomen en de VT drempel. Deze informatie wordt gecodeerd (inkomen onder of boven VT drempel) en deze gecodeerde informatie wordt teruggestuurd naar de Verzekeringsinstellingen. De Verzekeringsinstellingen bekijken vervolgens of er eventuele andere types van inkomsten zijn. De

gezinnen waarbij de code inkomen (gecumuleerd met eventuele andere types van inkomsten) lager is dan de VT-drempel kunnen worden uitgenodigd om een verklaring op erewoord in te vullen om aldus een recht te bekomen op VT.

De ontwikkeling van deze stroom is slechts mogelijk na voorafgaandelijk akkoord van de Privacycommissie en voorafgaandelijk akkoord en noodzakelijke medewerking van de FOD Financiën.

2. Het tweede proces is een proces met als doel overheidsdiensten in staat te stellen aanvullende voordelen aan te bieden aan personen met recht op de VT, zonder contact met hen op te nemen. Dit gebeurt op basis van een bestand waarin alle rechthebbenden op de VT worden opgenomen. Men kan dit bestand het fotobestand noemen. De INSZ nummers uit dit bestand worden geïntegreerd in het repertorium van de KSZ. Het bestand zal ook worden opgeladen in de datawarehouse van het RIZIV om er statistische analyses op uit te voeren.
3. Het derde proces is de geoptimaliseerde en aangepaste systematische controle. Deze controle wordt uitgevoerd op de VT-rechthebbenden op basis van lage inkomsten en een bijhorende verklaring op erewoord. Dit proces begint wanneer de Verzekeringsinstellingen een bestand doorsturen naar het RIZIV met de rechthebbenden met VT die moeten worden gecontroleerd. Deze lijst bevat alle gerechtigden die genoten hebben van de VT gedurende het 2de voorafgaande jaar of waarvoor het recht werd geopend het voorafgaande jaar en dit met een referentieperiode van 1 jaar. Deze lijst wordt daarna overgemaakt aan de fiscale administratie die op haar beurt aan het RIZIV (DAC) voor elk betrokken gezinslid de verschillende types van inkomensgegevens overmaakt. Deze gegevens worden vervolgens aan de VI overgemaakt. De VI's zullen op basis van die gegevens en op basis van de gegevens die ze ter beschikking hebben onderzoeken of het recht op de verhoogde tegemoetkoming op terecht werd toegekend. Indien dit wel degelijk het geval is, wordt het recht met 1 jaar verlengd. Zoniet wordt het recht afgenomen.

In het kader van de 4^{de} bestuursovereenkomst verbindt het RIZIV zich ertoe om:

- De gegevensstromen aan te passen aan de nieuwe reglementaire bepalingen, en dit met het oog op de hierboven omschreven doelstellingen. Dit betreft de ontwikkeling van elektronische stromen, van een databank en een ICT-toepassing voor het berekenen van drempels en gezinsinkomens. Momenteel is een BIO-analyse in voorbereiding, daarna volgt een technische analyse en de implementatie van de gegevensuitwisseling.
- Op basis van de gegevens uit de geoperationaliseerde gegevensstromen te rapporteren over de gegevens en de doorgevoerde reglementaire aanpassingen te evalueren (vergelijking van aantal personen die genieten van de maatregel met het vooropgezette aantal, enz..)

Acties – verbintenissen:

1. Aanpassen van de gegevensstromen aan de reglementaire aanpassingen voor wat betreft de geoptimaliseerde en aangepaste systematische controle. Streefdatum: 1 januari 2014.
2. Opzetten van de gegevensstroom voor wat betreft het proces van de proactieve detectie van potentiële rechthebbenden op de VT. Streefdatum: X + 12 maanden, waarbij X= datum waarop de FOD Financiën zijn akkoord geeft inzake de overdracht van gegevens (en modaliteiten) voor de proactieve bevraging van de inkomsten.
3. Rapport opmaken met nuttige beleidsinformatie en een evaluatie van de nieuwe reglementering. Streefdatum: X + 12 maanden (waarbij X= de datum waarop het RIZIV beschikt over de nodige gegevens).

Verwachte effecten

- Verbetering van de toegankelijkheid van de verhoogde tegemoetkoming.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de FOD Financiën, KSZ, NIC.
- Advies van de Privacycommissie voor wat betreft het gebruik van de inkomens gegevens in de proactieve flux.

Artikel 15. IDES (Invalidity Data Electronic System) – Beheer van de individuele invaliditeitsdossiers.

Dit artikel heeft betrekking op het vervolg van het project dat is opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008, in de wijzigingsclausule 2009 (artikel 17) en in de Bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 28), namelijk het e-did-project (elektronische behandeling van de invaliditeitsdossiers).

Omschrijving

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

Kader

Toekennen

Krachtlijnen

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

Context

Daar waar de verzekeringsinstellingen de aanvragen inzake primaire arbeidsongeschiktheid rechtstreeks beheren, vallen de beslissingen betreffende de erkenning van de invaliditeit (na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid) mede onder de bevoegdheid van de Dienst voor Uitkeringen. Deze beslissingen worden genomen op basis van steekkaarten die door de adviserend geneesheren worden ingediend bij het RIZIV (Flux-in). De betekeningen van de beslissingen inzake invaliditeit, genomen door de leden van de Hoge Commissie van de GRI, worden vervolgens elektronisch door het RIZIV aan de VI's overgemaakt (Flux-out).

De dossiers of steekkaarten, die door de adviserend geneesheren in de ziekenfondsen worden opgesteld, worden minimaal zes weken voor de intrede in de invaliditeit of voor het einde van de periode van erkenning in de invaliditeit via de geneeskundige directies van de verzekeringsinstellingen op papier aan de Dienst Uitkeringen bezorgd. Bij aankomst op het RIZIV worden deze papieren dossiers geïntegreerd in de huidige e-did toepassing. Sedert verschillende jaren staat deze IT-toepassing in voor de elektronische behandeling van de invaliditeitsdossiers, zowel op vlak van het intern beheer van de dossiers op

administratief en medisch vlak, als voor het meedelen van de beslissingen via een uitgaande elektronische stroom naar de VI's (via Carenet).

Met het oog op een voortdurend optimaliseren van het beheer van de invaliditeitsdossiers - en gezien ook het moeizaam proces van de voorbije jaren voor de implementatie van een elektronische inkomende gegevensstroom (komende van de VI's) - kunnen we stellen dat de huidige e-did-toepassing niet langer volstaat om de Dienst Uitkeringen toe te laten op een efficiënte wijze haar opdrachten te vervullen. In de huidige e-did toepassing wordt het alsmear moeilijk om de vragen om aanpassingen of verbeteringen in e-did als gevolg van o.a. reglementaire wijzigingen in te voeren en dus kan niet meer optimaal aan de behoeften van de business beantwoord worden. De ontwikkeling van een nieuw informaticatoepassing moet ook een antwoord bieden aan de gebruikers van buiten de dienst (geneesheren van de Gewestelijke commissies, van de Beperkte commissie, ...).

Bijkomend is dat op korte termijn op puur informatica-technisch vlak een verdere ondersteuning niet meer mogelijk is omwille van verouderde technologie. Daarom is beslist om een nieuwe, meer geïntegreerde en meer moduleerbare toepassing voor dossierbeheer te ontwikkelen die eveneens zal beantwoorden aan de noodzakelijke technische voorwaarden. Het project past volledig in het kader van het Platinium-programma, dat onder andere tot doel heeft om voor het beheer van individuele dossiers in alle diensten van het RIZIV een nieuwe modulaire en configureerbare informaticaoplossing in te voeren.

IDES zal een toepassing zijn waarmee alle dossiers in verband met een aanvraag inzake arbeidsongeschiktheid, ingediend door de sociaal verzekerden, zullen kunnen worden beheerd. Naast het huidige e-did-onderdeel voor de administratieve behandeling van de dossiers en voor de medische beslissingname inzake invaliditeit zal de toepassing op termijn eveneens de andere businessprocessen van de Dienst voor Uitkeringen, zoals de beroepsherscholing, de hulp van derden, de internationale verdragen, het beheer van het internationale invaliditeitspensioen, de registratie en de behandeling van de dossiers met betrekking tot de onverschuldigde bedragen, enz. omvatten. IDES zal dus op termijn alle gegevens bevatten die het RIZIV nodig heeft om haar opdrachten in het kader van toekenning en controle van arbeidsongeschiktheid uit te voeren.

Het project bevat uiteraard ook de elektronische verzending (Flux-in) van de individuele fiches voor de intrede in de invaliditeit, de verlenging van de invaliditeit, ... die momenteel door de V.I.'s in papieren formaat aan het RIZIV worden bezorgd. In dit verband is het geenszins de bedoeling om bijkomende individuele gegevens op te vragen dan diegene die tot op heden op papier worden overgemaakt. Het gaat hier m.a.w. uitsluitend over het elektronisch maken van de bestaande beschikbare gegevens op papieren drager. Hiervoor verwijzen we graag naar de tekst bij artikel 28 van de 3^{de} Bestuursovereenkomst alsook naar de evaluatieverslagen (semestrieel en jaarverslagen).

Zoals in het hierna volgend artikel 16 uitgebreid is opgenomen, is sedert enkele maanden een fundamentele reflectie inzake de processen arbeidsongeschiktheid aan de gang, en dit in samenwerking met verschillende betrokken actoren. Ongeacht het resultaat van deze besprekingen zal het RIZIV ook naar de toekomst haar opdracht als beheerder en toezichthouder op een professionele manier moeten blijven uitoefenen. Een vernieuwde en moderne IDES-toepassing zal hierbij een belangrijk instrument zijn en kan op termijn als gemeenschappelijke centrale pijler van het dossier arbeidsongeschiktheid fungeren.

Een centrale toepassing zal de kwaliteit van het beheer van de dossiers verbeteren enerzijds doordat men in alle bijgevoegde modules over actuele informatie beschikt, en anderzijds doordat veelvuldige invoeringen worden vermeden. Alle medewerkers van de Dienst voor Uitkeringen zullen binnen hun

functie snel over de vereiste informatie kunnen beschikken. Met het oog op een grotere efficiëntie wil het RIZIV dus dat slechts één instrument gebruikt wordt voor het intern beheer van de dossiers. Dit instrument zal ook een geïntegreerde documentatie bevatten over alle processen van de Dienst voor Uitkeringen

Vooreerst zal een uitgebreide procesanalyse worden uitgevoerd op de volgende processen: beheer van de binnenkomende gegevensstroom (Flux-in), beheer van het administratieve proces, beheer van het proces van beslissingname door de geneesheren, beheer van de Flux-out, beheer van het proces toegestane deeltijdse werkhervatting, beheer van de beroepsherscholing, beheer van de juridische processen, beheer van de links met de Directie financiën en statistieken, beheer van het proces Internationale verdragen.

Op functioneel niveau zal aandacht worden besteed aan verschillende thema's zoals o.m. de behoeften van de administratieve dienst, de behoeften van de geneesheren op het vlak van de organisatie van de medische informatie, de ergonomie van de schermen of het beheer van de historiek van de dossiers.

De volledige analyse van de processen is gepland voor eind 2012. Tegen dan wordt een formeel akkoord tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV verwacht over de 'TO BE' processen en templates zodat ICT kan starten met de ontwikkeling. Dit formeel akkoord dient zowel op projectniveau als op strategisch niveau (Algemeen Beheerscomité) gegeven te worden. Daartoe zullen structurele vergaderingen plaatshebben met het RIZIV, de ICT-dienst en de verzekeringsinstellingen. Vervolgens zal door IT op basis van de procesanalyse een functionele analyse worden geschreven. Na validering door de Dienst voor Uitkeringen zal de technische fase (technische analyse, ontwikkeling, tests) worden aangevat.

Acties – verbintenissen

1. Inwerkingstelling van een centrale toepassing voor het beheer van de invaliditeitsgegevens.
Streefdatum: X (formeel akkoord over de 'TO BE' processen) + 2 jaar

Verwachte effecten

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

Externe afhankelijkheden

- De medewerking van de verzekeringsinstellingen.

Artikel 16. Reflectie over de hervorming van de besluitvormingsprocedures, processen en organisatie in het domein van de invaliditeit

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

Omschrijving

Reflectie over de hervorming van de besluitvormingsprocedures, processen en organisatie in het domein van de invaliditeit, in het bijzonder wat het betreft de hervorming van de beslissingsprocedures binnen de Geneeskundige Raad voor de Invaliditeit

Kader

Adviseren, reglementeren

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Correcte en uniforme toepassing van de wetgeving
- Bijdragen tot kostenbeheersing en middelenefficiëntie

Context

In deze Bestuursovereenkomst zijn diverse projecten opgenomen die betrekking hebben op het domein van arbeidsongeschiktheid (primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit). We verwijzen naar artikel 11 dat gericht is op de verdere ontwikkeling van beleidsondersteunende kennis inzake arbeidsongeschiktheid, alsook naar artikel 15 dat gericht is op het ontwikkelen van een geïntegreerde, multifunctionele, flexibele ICT-toepassing voor het beheer van de invaliditeitsdossiers, maar ook (op termijn) voor andere dossiergerelateerde, juridisch-administratieve, kennisgerelateerde, etc. beheersactiviteiten van de Dienst Uitkeringen.

De artikels 11 en 15 zijn gericht op het antwoorden op onmiddellijke behoeften op vlak van arbeidsongeschiktheid vanwege het RIZIV, haar partners en/of de politieke opdrachtgevers. Daarnaast is nood aan een meer fundamentele, op de lange termijn gerichte reflectie over de uitdagingen in het domein van de arbeidsongeschiktheid en de strategie die daartoe moet worden ontwikkeld. In functie van deze strategie dient nagedacht te worden over het herdenken van processen en procedures, het aflijnen van rollen en verantwoordelijkheden, en in functie daarvan ook het opzetten van adequate organisatorische en coördinerende arrangementen, het voorzien van de nodige HR-capaciteit en – competenties, het realiseren van adequate informaticatechnische beheerstoepassingen, etc.

Een dergelijke fundamentele reflectie over de hervorming van de sector van de arbeidsongeschiktheid is reeds lopend tussen de diverse belanghebbenden op politiek niveau, met de beheerders, binnen de RIZIV-administratie, met de VI, met de academische wereld, etc. In de loop van de Bestuursovereenkomst 2013-2015 zal het RIZIV deze reflectie met de diverse partners verder aantrekken en ondersteunen. Een eerste stap daarbij is het op basis van de lopende strategische reflectie opmaken van een rapport met verbetervoorstellen ten behoeve van het Algemeen Beheerscomité en het in functie van de beslissingen ter zake het opstarten van een werkgroep voor de operationalisering van deze voorstellen.

Een belangrijk element – maar niet het enige element – binnen het rapport met verbetervoorstellen betreft de hervorming van de procedures op het niveau van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de Gewestelijke commissies. Ter zake is ook in het kader van de beleidsnota van de Staatssecretaris voor voor Sociale Zaken, voor Gezinnen en voor Personen met een Handicap, belast met de beroepsrisico's, het engagement genomen om daaromtrent een reflectie te voeren.

De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) doet uitspraak over de staat en de duur van invaliditeit van de gerechtigden. De GRI bestaat uit een Hoge commissie met de verschillende Gewestelijke

commissies. De Hoge commissie zetelt centraal op het RIZIV. Er is een Gewestelijke commissie per provincie en een commissie voor het tweetalig gebied Brussel Hoofdstedelijk Gewest.

De Hoge commissie (HC) is samengesteld uit:

- 28 geneesheren van de VI's (14 effectief, 14 plaatsvervangend)
- 4 geneesheer-inspecteurs van de DU (3 effectief, 1 plaatsvervangend)
- 4 geneesheren van de DGEC (2 effectief, 2 plaatsvervangend).

De Hoge Commissie:

- doet uitspraak over de staat en de duur van de invaliditeit van de sociaal verzekerde
- bekrachtigt de beslissing over de erkenning die de Gewestelijke commissie heeft genomen
- neemt een beslissing over de erkenning als de Gewestelijke commissie niet tot een beslissing komt
- bepaalt de duur van de erkenning
- onderzoekt of een sociaal verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor een uitkering HVD
- stelt de algemene richtlijnen en criteria vast (op voorstel van de Technisch Medische Raad), om evaluatieproblemen bij de arbeidsongeschiktheid beter op te vangen
- geeft adviezen in verband met zaken over de invaliditeit.
- waakt over de goede werking van de Gewestelijke commissies

De gewestelijke commissie (GC) is samengesteld uit:

- twee geneesheren van de ziekenfondsen
- één geneesheer-inspecteur van de DGEC als voorzitter

Een afdeling voert op vraag van de HC de geneeskundige onderzoeken uit en maakt hiervan een gestandaardiseerd rapport op voor de HC. Voor deze personen kan zij de staat van invaliditeit vaststellen en de HC adviseren over de duur van de invaliditeit.

In het kader van de algemene beleidsnota van de staatssecretaris belast met de professionele risico's is opgenomen dat een reflectie dient gevoerd te worden over de hervorming van de beslissingsprocedures binnen de Geneeskundige Raad voor de Invaliditeit, en onder meer een reflectie over de toekomst van de gewestelijke commissies.

Het huidige systeem voor de erkenning van de invaliditeit moet worden hervormd want het is almaar minder aangepast aan de stijgende trend bij de intredes in de invaliditeit. De eerste reden voor die bevinding is de algemene onaangepastheid van het systeem aan de evolutie van de invaliditeit in België. In 10 jaar tijd is het aantal invaliden met 54% toegenomen. Het opsloringsvermogen van het systeem is niet daaraan aangepast. Bij elke etappe van de workflow worden problemen vastgesteld:

- Kwaliteit van de invaliditeitsfiches die door de adviserend geneesheren worden bezorgd
- Vertraging bij de codering van de pathologieën die momenteel in de DU door verpleegkundig personeel wordt uitgevoerd (en wanneer dat afwezig is, door de geneesheren). Logischerwijs zou die codering moeten worden uitgevoerd door de adviserend geneesheer die voor de fiche verantwoordelijk is. Het systeem is zodanig opgevat dat de GRI de niet-gecodeerde fiches niet kan onderzoeken.
- Achterstand bij het onderzoek van de dossiers door de GRI: het vereiste aantal aanwezige leden wordt niet altijd gehaald. De GRI is samengesteld uit geneesheren van de V.I.'s, de DGEC en de D.U.
- Moeizame werking van de GCGRI: logge administratie, beslag op de capaciteit van de DGEC op een niet-samendrukbare wijze, permanente stijging van het aantal dossiers, oproepingsproblemen.

Die problemen leiden tot een slechte werking van het systeem:

- Bij de V.l.'s wordt almaar vroeger een intrede in de invaliditeit voorgesteld teneinde de continuïteit tussen de primaire ongeschiktheid (arbeidsongeschiktheid van minder dan een jaar) en de invaliditeit niet te onderbreken.
- Op het niveau van de GRI is er een reserve van ongeveer 20.000 dossiers (op 180.000 dossiers per jaar)

De problemen op het vlak van de aanwerving van adviserend geneesheren en geneesheren-inspecteurs en de dreigende problemen op het vlak van de "demografie" van die geneesheren noden niet tot optimisme.

Meer in het algemeen beantwoordt het systeem niet meer aan de behoeften. Het verlies aan deskundigheid en aan administratieve resources vloeit voort uit de werking van de GCI's. Zij mobiliseren middelen die zouden kunnen worden toegewezen aan taken die een grotere meerwaarde opleveren: een meer verfijnde medische evaluatie, re-integratie, kwaliteit, opleiding... Een hervorming wordt dus noodzakelijk.

De reflectie over de werking van de GRI moet uitmonden in:

- een herziening van de rol van de geneesheren-inspecteur van de DU als expert en de geneesheren-inspecteur van de DGEC als controleur. Daarbij moeten elk van beide diensten zich opnieuw richten op hun core business: het beheer van de uitkeringsverzekering voor de D.U., de controle op de activiteit van de zorgverleners en de adviserend geneesheren voor de DGEC ;
- een sterkere responsabilisering van de VI op vlak van de opening van het recht op invaliditeit.

Bij de redactie van deze Bestuursovereenkomst is binnen het RIZIV en in interactie met de Beleidscel de reflectie reeds lopend over mogelijke aanpassingen aan de beslissingsprocedures van de GRI, inclusief de reglementaire, organisatorisch en operationele wijzigingen die daarmee gepaard zullen gaan. De resultaten van deze reflectie zullen worden neergelegd in een rapport dat aan het Algemeen Beheerscomité zal worden voorgesteld. De Dienst Uitkeringen zal de coördinatie van de opmaak van dit rapport verzekeren.

Een werkgroep met vertegenwoordigers van het RIZIV (Algemene Directie, Dienst Uitkeringen, Dienst Evaluatie en Controle) en de VI zal vervolgens instaan voor de het operationaliseren en opvolgen van de implementatie van de goedgekeurde verbetervoorstellen. Deze werkgroep zal gecoördineerd worden door de Dienst Uitkeringen. Het mag duidelijk zijn dat de hervormingen een impact op de organisatie en werking van de VI en het RIZIV zullen hebben, waarvoor de nodige middelen dienen te worden voorzien. Langs de kant van het RIZIV zal de HR-dienst betrokken worden om de nodige organisatorische wijzigingen te begeleiden en een correcte allocatie en reallocatie van medewerkers/profielen te voorzien. Op technisch vlak zal een afstemming dienen te gebeuren met de ontwikkeling van de toepassing voor het elektronisch beheer van het invaliditeitsdossier.

Voor wat betreft de toekomstige uitwisseling van gegevens tussen de adviserend-geneesheer, de arbeidsgeneesheer en de behandelende arts zal worden bekeken of een eventueel gebruik van de ehealthbox (cfr. artikel hierboven) mogelijk is. Hiervoor zal ook worden samengewerkt met de FOD WASO.

Tenslotte vermelden we nog dat het RIZIV het initiatief zal nemen om een taskforce te organiseren (en zal die ook voorzitten) samen met de Directie-Generaal Personen met een handicap, het FAO, de RVA en het FBZ om de haalbaarheid van het creëren van een uniek loket op vlak van de medische evaluatie na te gaan. Dit met het oog op het vermijden van dubbele medische onderzoeken van personen in arbeidsongeschiktheid.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Voorleggen van een rapport met verbetervoorstellen aan het Algemeen Beheerscomité. Streefdatum: 31/01/2013
2. Opstart van een werkgroep met vertegenwoordigers van het RIZIV (Algemene Directie, Dienst Uitkeringen, Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle) en de VI ter operationalisering van de goedgekeurde verbetervoorstellen. Streefdatum: datum van goedkeuring van het rapport met verbetervoorstellen door het Algemeen Beheerscomité + 1 maand.
3. Periodieke voortgangsrapportering over de uitvoering van de verbetervoorstellen. Streefdatum: 31/12/2013; 31/12/2014; 31/12/2015.

Verwachte effecten

- Verbeterde kwaliteit van de dienstverlening
- Beter opvolging van de dossiers
- Verhoogde efficiëntie

Externe afhankelijkheden

- Politieke besluitvorming
- Medewerking van de VI

Artikel 17. Ontwikkeling van de huisartsenwachtposten

Omschrijving

Standaardisering van de financiering van de huisartsenwachtposten met het oog op het vrijmaken van middelen voor bijkomende wachtposten en dus het verzekeren van een optimale huisartsenwachtdienst.

Kader

Adviseren, reglementeren, controleren.

Krachtlijnen

Correcte en uniforme toepassing van de wetgeving.

Context

Momenteel zijn er zo'n 36-tal huisartsenwachtposten en spreken we – voor 2012 - van een budget van zo'n 10.915.000 EUR. Naar de toekomst toe is dit aantal te laag om de verdere uitstroom en vergrijzing van de huisartsen op te vangen. In de praktijk merken we zelfs al een nijpend tekort in bepaalde regio's waar de wachtproblematiek zich al scherp stelt. Daarom werd in het akkoord artsen ziekenfondsen van 2011 het belang van een geïntegreerd beleid met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten opgenomen en dit om een optimale continuïteit van de eerstelijns zorg te kunnen blijven garanderen. Enkele concrete voorstellen uit dit akkoord zijn de volgende:

- Aanpassing en vereenvoudiging van de procedure voor het afsluiten van overeenkomsten inzake huisartsenwachtposten,

- Verankering van de financiering in een structureel kader in plaats van in een experimenteel verband,
- Precisering van de financieringsvoorwaarden rekening houden met een aantal basisregels (o.a. realiseren van een minimale dienstverlening, integratie van een gedetailleerd meerjaren actieplan van de doelstellingen en de werking van de huisartsenwachtpost,...),
- De aanmoediging van de systematische toepassing van de 3^{de} betalingsregeling ihkv de wachtposten,
- Een verhoging van het budget voor de uitbreiding van het aantal wachtposten en voor de financiering van gelijkaardige oplossingen,
- Een periodieke opvolging en evaluatie door een stuurgroep aangeduid door de NCGZ.

De huisartsengeneeskunde en met name het belang van de huisartswachtposten is eveneens opgenomen in het Regeerakkoord en in de Beleidsnota van de Minister van Sociale Zaken van eind 2011. En in het akkoord artsen ziekenfondsen van 2012 is het vervolg van de werkzaamheden en discussie inzake de organisatie van de wachtposten geïntegreerd. Concreet is opgenomen dat het NCGZ zal nagaan - mede op basis van de analyses van het KCE - op welke wijze nauwere samenwerking tussen de wachtposten en de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen een meerwaarde kan betekenen.

Vanaf eind 2011 is door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (NCGZ) een kader ontwikkeld voor de standaardisering van de financiering van de huisartsenwachtposten en is een systeem ontwikkeld voor het registreren van de financieringsbehoeften van het terrein (o.a. via een bevraging van de bestaande posten en via een informatieverzameling bij de nieuwe gemelde initiatieven).

Ondertussen zijn de technische en operationele aspecten voor een gestandaardiseerde financiering uitgewerkt door een werkgroep die aan de NCGZ in de maand april en juni 2012 verslag heeft uitgebracht. In juli 2012 zijn aan het Verzekeringscomité de nota's ter zake voorgelegd en zijn de principes voor de standaardisering goedgekeurd. Deze zijn opgenomen in de nota 2012/248 van het Verzekeringscomité. Op basis van de voorgestelde principes aan het Verzekeringscomité zal met de huisartsenwachtposten in het najaar worden overlegd over de financiering vanaf 2013.

In deze 4^{de} bestuursovereenkomst verbindt het RIZIV zich ertoe tot het verder voorbereiden, opvolgen en coördineren van de uitwerking en implementatie van een nieuw kader voor de toekomstige aanpak en uitbreiding van de huisartsenwachtposten. Jaarlijks zal hiervoor een nota aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd.

Acties – verbintenissen:

1. Jaarlijks opmaken van een nota inzake de huisartsenwachtposten en rapportering aan het verzekeringscomité en de Medicomut. Streefdatum: 31/12/2013, 31/12/2014, 31/12/2015.

Verwachte effecten

- Beschikken over voldoende beschikbare en goed werkende huisartsenwachtposten.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking NCGZ.
- Medewerking bestaande en nieuwe huisartsenwachtposten.

TITEL VII: Modernisering van de nomenclatuur van de verstrekkingen en van de lijsten van de producten

Artikel 18. De hervorming van de implantaten: terugbetalingsprocedure van de vergoede implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Dit artikel is een verderzetting van het project dat opgenomen is in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 (artikel 20), de wijzigingsclausule 2009 (artikel 20) en de 3^{de} bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 24 en 30).

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 beperking van de supplementen ten laste van de patiënt
- Nieuwe dienstverlening: Procesverbetering en informatisering
- Administratieve vereenvoudiging

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 houdt in het bijzonder een integrale vernieuwde benadering in 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 (Koninklijk Besluit van 1 maart 2009 (BS van 26 maart 2009 + wijziging in BS van 30 april 2010) tot uitvoering van artikel 35 septies, § 1). 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 van de "Commissie Tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen" (CTIIMH) in 2008 en de benoeming van de leden.

De voorbereidingen voor de nieuwe procedure voor terugbetaling van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen zijn volop lopende. De basis voor de uitwerking van een Koninklijk Besluit voor de concrete organisatie van de terugbetalingsprocedure is te vinden in de Gezondheidswet van 2006. Met het oog op de opmaak van het K.B. is er door het RIZIV ruim overleg georganiseerd met de betrokkenen (VI, ziekenhuisapothekers en industrie), ook in het kader van de reeds eerder opgerichte CTIIMH. Bij deze besprekingen werd vastgesteld dat de huidige wettekst onvoldoende duidelijkheid gaf over sommige punten en een aantal tekortkomingen heeft om de procedure op de gewenste manier uit te werken. Ondertussen zijn deze wijzigingen in een ontwerp tekst gegoten en besproken op het Verzekeringscomité van maart 2012. Verwacht wordt dat, na de nodige politieke besprekingen, de aangepaste wettekst voor art 35 septies van de GVV-wet voor het einde van 2012 zal worden gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Eveneens is een aanpassing aan het KB van oprichting van de Commissie aangebracht. Meer bepaald inzake de aanstelling van de voorzitter. Verwacht wordt dat dit aangepast KB nog voor het eind van 2012 zal gepubliceerd worden in het Belgisch Staatsblad.

Tijdens de looptijd van de 4^{de} bestuursovereenkomst wenst het RIZIV de in werking treding van de nieuwe terugbetalingsprocedure mogelijk te maken (actie-verbintenis 1). Hiervoor zullen zowel het reglementair kader als het technisch luik verder worden uitgewerkt, met name:

1. Reglementair kader:

Het ontwerp van KB omtrent de organisatie van de terugbetalingsprocedure is zo goed als gefinaliseerd door de dienst. Dit ontwerp zal, inclusief de bijlagen (bv. de lijst met de vergoedbare implantaten, de nominatieve lijsten met de voor vergoeding aangenomen hulpmiddelen), in de loop van het tweede semester 2012 aan het Verzekeringscomité worden voorgesteld voor finaal advies. Verwacht wordt dat begin 2013 de publicatie in het Belgisch Staatsblad zal volgen.

2. Technisch luik:

Er wordt een toepassing ontwikkeld voor het elektronisch beheer en de opvolging van de behandeling van de aanvraagdossiers ten aanzien van de CTIIMH. Deze nieuwe procedure omvat 3 luiken:

- de ontvankelijkheid van de aanvraag;
- een voorstel geformuleerd door de nieuwe Commissie;
- een beslissing van de Minister van Sociale Zaken.

Eén van de wijzigingen die met de nieuwe procedure wordt ingevoerd, betreft het respecteren van een maximum termijn voor het opstellen van een voorstel tot al dan niet tegemoetkoming voor de aanvragen tot opname op de lijst van vergoedbare implantaten en dit in het geval de aanvraag uitgaat van een bedrijf dat een implantaat op de markt brengt. Er zal binnen de looptijd van de 4^{de}

bestuursovereenkomst een boordtabel worden opgemaakt die een registratie en rapportering van de behandelingstermijnen van de dossiers mogelijk zal maken (actie-verbintenissen 2)

Wat de ICT-toepassing voor het beheer en de opvolging van de behandeling van de dossiers voor de CTIIMH betreft is de ICT-dienst van het RIZIV volop bezig met de ontwikkeling. Een eerste reeks van functionaliteiten, bv. op vlak van de registratie van de aanvragen, het verloop van het dossier en de opvolging van de doorlooptijden, is in ontwikkeling. We merken op dat op vlak van deze functionaliteiten een generieke ontwikkeling door de ICT-dienst gebeurt voor zowel de behandeling van de dossiers in de CTG als in de CTIIMH. Een aantal andere functionaliteiten binnen het systeem, bv. voor de productie van de nominatieve lijst en de generatie van documenten, zijn eveneens in voorbereiding. Deze aspecten zijn specifiek voor de CTIIMH. De finale afronding en de inproductiestelling van de toepassing voor het beheer en opvolging van de behandeling van de dossiers voor de CTIIMH zal tijdig klaar zijn voor de in productiestelling van de terugbetalingsprocedure.

Tenslotte verbindt het RIZIV zich ertoe 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 (actie-verbintenissen 3). Concreet zal een rapport worden opgemaakt voor het Verzekeringscomité.

Tenslotte vermelden we nog dat de komende jaren in samenwerking met het FAGG een register van implantaten zal worden ontwikkeld. Dit met het oog op traceerbaarheid voor een aantal prioritaire implantaten.

De lijst van de acties – verbintenissen:

1. Het in werking treden van de terugbetalingsprocedure van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, 6 maanden na de publicatie van de nieuwe wet implantaten (art 35 septies en volgende van de GVO-wet). Streefdatum: X + 6 maanden, waarbij X= publicatiedatum van de nieuwe wet implantaten (art 35 septies en volgende van de GVO-wet).
2. Opmaken van een boordtabel voor de opvolging van de verwerkingstermijnen. Streefdatum: datum van inproductiestelling van de terugbetalingsprocedure.
3. Opmaken van een evaluatieverslag voor het Verzekeringscomité van het nieuwe systeem van terugbetaling van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Streefdatum: 2 jaar na de in werking treding van het nieuwe systeem van terugbetaling.

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.

TITEL VIII: Stimuleren van innovatieve benaderingen in de gezondheidszorg

Artikel 19. Evaluatie van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgtrajecten

Dit artikel betreft de verderzetting van het project dat al was opgenomen in de wijzigingsclausule 2009 (artikel N7) en in de derde bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 31).

Omschrijving

Het evalueren van de lopende zorgtrajecten (diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie) met het oog op een verder zetting van de bestaande zorgtrajecten en eventuele uitbreiding naar andere doelgroepen en/of andere chronisch zieken.

Kader

Informeren, adviseren

Krachtlijnen

- Uniforme toepassing van de reglementering
- Versterken van de externe communicatie
- Innovatieve benaderingen
- Nieuwe dienstverlening: procesverbetering & informatisering

Context

Een zorgtraject is een tenlasteneming van een chronische patiënt met een welbepaalde pathologie op basis van een contractuele verbinding tussen de patiënt, de huisarts en de geneesheer-specialist, gesloten voor een periode van 4 jaar en aan de verzekeringsinstelling van de patiënt meegedeeld. Een zorgtraject beoogt een betere samenwerking van de artsen rond de patiënt en een toename van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Het betreft een betere uitwisseling van gegevens tussen de zorgverleners, een betere opvolging en coördinatie van de verzorging en een actieve participatie van de chronisch zieke patiënt.

Een aanmoediging voor de patiënt is dat hij de raadplegingen volledig vergoed krijgt. Ook kunnen er andere voordelen zijn voor de patiënten. De huisarts en de geneesheer-specialist gaan een partnerschap aan en ontvangen een forfaitair ereloon.

Ter ondersteuning wordt voorzien in de uitbouw van locoregionale multidisciplinaire samenwerking waarin de huisartsenkring een centrale rol speelt, en in aangepaste modules in het elektronisch medisch dossier.

Binnen de zorgtrajecten worden procedures voorgesteld, afgeleid uit de aanbevelingen voor goede praktijkvoering. Deze procedures leggen het accent op de ambulante zorgverlening en proberen de factoren die verband houden met de evolutie en de verslechtering van de ziekte specifiek af te remmen. Deze procedures laten ook een aanpassing van de behandeling en een multidisciplinaire follow-up toe.

De multidisciplinaire benadering biedt de mogelijkheid de meest aangepaste competentie voor het type interventie te gebruiken .

De huisartsen, specialisten en patiënten zijn verbonden door een contract: daarin worden de rechten en plichten van iedereen vastgelegd. De verzekeringsinstellingen dragen bij tot de toepassing van die rechten, bijvoorbeeld door de betaling van het forfaitair honorarium en de verlenging van het zorgtraject.

De doelstellingen van een zorgtraject zijn:

- de aanpak, behandeling en opvolging van de patiënt organiseren, coördineren en plannen op maat van zijn specifieke situatie;
- de dialoog stimuleren met de patiënt zodat hij zo goed mogelijk inzicht krijgt in zijn ziekte en in de opvolging ervan. Dit gebeurt door middel van een persoonlijk zorgplan;
- een optimale samenwerking nastreven tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners;
- de kwaliteit van zorg optimaliseren.
- en patiënt empowerment.

Het KB van de zorgtrajecten is gepubliceerd in het Staatsblad van op 6 februari 2009 en is van toepassing voor een periode van 4 jaar. Het zorgtraject voor chronische nierinsufficiëntie is in werking getreden op 1 juni 2009, voor de diabetespatiënten type 2 op 1 september 2009. Initieel was de doelgroep geschat op 72000 diabetespatiënten en 6000 patiënten met nierinsufficiëntie. Eind 2011 bedraagt het aantal geboekte gegevens voor de zorgtrajecten: 22161 zorgtrajecten diabetes type 2 en 16619 zorgtrajecten chronische nierinsufficiëntie. Om recht te hebben op een zorgtraject dient een patiënt te voldoen aan medische criteria die door de medicomut (= NCGZ = Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen) worden bepaald.

Concreet heeft het RIZIV de voorbije jaren, en dit in samenwerking met verschillende actoren, gezorgd voor volgende realisaties:

- De uitwerking van een communicatieplan, het realiseren van een aantal operationele communicatiedoelstellingen en het afsluiten van overeenkomsten met 60 multidisciplinaire netwerken.
- De voorbereiding en de ondersteuning van het evaluatieproces. Hiervoor heeft het RIZIV, na het akkoord van het Verzekeringscomité, overeenkomsten met het WIV en het IMA uitgewerkt en afgesloten. Zij zijn belast met de uitvoering van die evaluatie.
- De oprichting (in september 2010) en de ondersteuning van een Begeleidingscomité. Dit comité speelt een permanente rol inzake de evaluatie en bijsturing van de zorgtrajecten. Het comité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de zorgverleners, de Verzekeringsinstellingen en het RIZIV.
- In de schoot van het Begeleidingscomité Zorgtrajecten (BC ZT) werden vijf werkgroepen gecreëerd:
 1. De werkgroep 'medische gegevens' heeft binnen de subwerkgroep 'gegevensoverdracht' voorstellen geformuleerd i.v.m. de overdracht van medische gegevens van de huisartsen naar het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV).
 2. Verder zijn er binnen de werkgroep 'educatie en materiaal' een subgroep 'educatie en diëtetiek' en een subgroep 'materiaal' opgericht. Beide subwerkgroepen hebben knelpunten geïdentificeerd en een aantal prioritaire verbetervoorstellen geformuleerd. De reglementering zal worden aangepast in functie van de prioritaire verbetervoorstellen.
 3. De werkgroep patiëntenevaluatie: concreet betreft het hier de opvolging van een extern project door de Koning Boudewijnstichting & de diabetesverenigingen ABD en VDV rond de evaluatie van de perceptie van de patiënten.
 4. De werkgroep lokale multidisciplinaire netwerken.

5. De werkgroep governance met het oog op het opstellen van een roadmap voor de zorgtrajecten, waarvoor de taken mogelijks door een andere werkgroep worden overgenomen¹.
- In januari 2012 is in samenwerking met de VI's een tussentijds evaluatieverslag van de zorgtrajecten opgemaakt (ten behoeve van het Begeleidingscomité zorgtrajecten) en is ook een toelichting gegeven aan de Medicomut. Een ontwerp van K.B. met enkele versoepelingen werd gunstig geadviseerd door de Medicomut en het Verzekeringscomité.
- Het model voor de eenmalige gegevensoverdracht van de huisartsen via webapplicatie is uitgewerkt en ter goedkeuring voorgelegd aan de werkgroep 'medische gegevens'. Op basis van dit model is een juridisch protocol uitgewerkt en voorgelegd aan het Begeleidingscomité en de Medicomut (op 11 januari 2012). De webtoepassing voor de gegevensoverdracht van de huisartsen is sinds begin mei 2012 operationeel, m.a.w. de huisartsen kunnen vanaf dan de basisgegevens invoeren. De periode van invoer van de gegevens loopt van begin mei t.e.m. augustus 2012.

De opzet van dit project is, zoals de titel van dit artikel het weergeeft, de evaluatie van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgtrajecten. Op basis daarvan zal een verdere aanpak worden opgemaakt. Met het oog op een beslissing inzake het verderzetten van de zorgtrajecten en een eventuele uitbreiding van de lopende zorgtrajecten naar andere chronische ziekten, is een evaluatie van de lopende trajecten cruciaal, evenals de evaluatie van het beslissingsproces (besluitvormings- en implementatieproces) inzake de voorbereiding en opstart van de zorgtrajecten.

Deze evaluatie (gefinancierd door het RIZIV) zal gebeuren door het project ACHIL binnen het WIV (in samenwerking met het IMA), en is gebaseerd op volgende 4 pijlers:

- Een IMA pijler voor wat betreft de analyse van de procesgegevens en geneesmiddelen. Het betreft hier procesmatige gegevens en gegevens betreffende medicatie uit de databank van het IMA.
- Een centrale pijler voor wat betreft de analyse van de gegevens geregistreerd door de huisartsen, ingezameld via een webtoepassing zoals hierboven reeds vermeld. Het gaat hier over een evaluatie op basis van de eenmalige invoer van gegevens door de huisartsen.
- En 2 satellietpijlers zijnde de analyse van gegevens van 2 referentienetwerken die fungeren als bronvalidatie en voor longitudinale gegevens, nl.
 - Intego
 - de huisartsenpeilpraktijken.

Verwacht wordt dat het WIV in mei 2013 een eindrapport zal publiceren dat de resultaten van de analyse van de 4 pijlers integreert en feedbacks per Lokaal multidisciplinair netwerk (LMN) of per huisartsenkring (HAK) zal integreren. Ook zal het WIV individuele anonieme feedbacks opstellen voor de huisartsen en deze ter beschikking stellen via de webtoepassing.

In het kader van deze 4^{de} bestuursovereenkomst wenst het RIZIV zich concreet te verbinden tot :

1. De agendering op de medicomut van het definitief evaluatieverslag van het WIV & het IMA binnen de 3 maanden na de oplevering van het verslag. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de gegevensinzameling. Een tijdige gegevensinzameling en de externe data analyse door het WIV en IMA zijn hierbij noodzakelijk en kan dus een invloed hebben op de datum van agendering op de medicomut.
2. Afhankelijk van de evaluatie van de kwaliteit en de doelmatigheid van de lopende zorgtrajecten zal het RIZIV de nodige initiatieven nemen om een toekomstige aanpak voor te bereiden. Hiervoor zal ze een nota maken en aan de medicomut voorstellen, en dit binnen de 9 maanden na de voorstelling van het definitief verslag van het WIV & het IMA aan de Medicomut (cfr. 1^{ste} actie-verbintenis). Pistes die hierbij zouden kunnen ontwikkeld worden zijn: de ontwikkeling van

¹ bij de redactie van de tekst van deze bestuursovereenkomst is deze werkgroep nog niet opgestart.

een (aangepaste) reglementering voor de zorgtrajecten, de analyse van het ontwikkelingsproces van een zorgtraject en opstellen van een roadmap “zorgtrajecten”, de ontwikkeling van een generieke aanpak voor een patiënt met een of meerdere chronische ziekten,...

Tenslotte wensen we hierbij nog te vermelden dat, in het kader van de innovatieve aanpak van chronisch zieken en als gevolg van een vraag van de Minister, in het voorjaar van 2013 een Conferentie inzake geïntegreerde zorg zal worden georganiseerd. De bedoeling is dat deze conferentie zal leiden tot een strategie en eenduidige aanpak inzake de uitdagingen van de zorg voor chronisch zieken. In opdracht van de Interministeriële Conferentie wordt door het KCE de komende maanden een ‘position paper’ voorbereid in samenwerking met het RIZIV, het Observatorium Chronisch zieken en de FOD VVVL. Dit document zal als basis dienen voor de Conferentie van 2013.

Acties – verbintenissen

1. Agendering van het definitief evaluatieverslag van de lopende zorgtrajecten op de Medicomut, en dit binnen de 3 maanden na de oplevering van het verslag door het WIV & het IMA (= X). Streefdatum: X + 3 maanden.
2. Voorstellen van een toekomstige aanpak voor de zorgtrajecten aan de medicomut binnen de 9 maanden na de toelichting aan de Medicomut van het verslag van het WIV & het IMA (cfr. 9 maanden na de 1^{ste} actie-verbintenis). Streefdatum: X + 9 maanden, waarbij X= de toelichting aan de Medicomut van het definitief evaluatieverslag van het WIV & het IMA.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de individuele artsen en andere zorgverleners, van de beroepsverenigingen, huisartsenkringen en ziekenhuizen, de werkgroep medische gegevens en het Begeleidingscomité Zorgtrajecten.
- Externe data analyse door het WIV en het IMA
- Aangepaste ICT-ondersteuning voor de zorgverleners (beschikken over aangepaste EMD-software) zodat de noodzakelijke gegevens kunnen geregistreerd worden.

Artikel 20. Expertisecentra Zeldzame Ziekten

Dit artikel bouwt voor op een artikel uit de Bestuursovereenkomst 2010-2012 over de opmaak van een Belgisch Plan Zeldzame Ziekten (artikel 34).

Omschrijving

Het ontwikkelen van een strategie en werkwijze voor de administratieve ondersteuning van de oprichting enerzijds en de financiering anderzijds van expertisecentra zeldzame ziekten.

Kader

Informeren, adviseren, reglementeren, betalen

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering

- Administratieve vereenvoudiging

Context

Dit project bouwt voort op een eerder project in de Bestuursovereenkomst 2010-2012 over de opmaak van een Belgisch Plan Zeldzame Ziekten (artikel 34). Dit project paste binnen een strategie die op het niveau van de Europese Unie werden gemaakt en die door het Belgisch Parlement werd bevestigd, om de tenlasteneming en de zorg van patiënten die leiden aan een zeldzame ziekte te verbeteren.

Het eerste ontwerp van Belgisch Plan Zeldzame Ziekten dat door het Fonds voor Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen in de schoot van de Koning Boudewijnstichting werd gecoördineerd, heeft een reeks aanbevelingen en voorstellen geformuleerd die door het RIZIV en de FOD VVVL werden geanalyseerd. Door de minister van Sociale Zaken werden een werkgroep opgericht met technische experts van het RIZIV, de FOD VVVL en het WIV, om deze voorstellen te verankeren, in lijn met de Europese aanbevelingen, in een zorgprogramma voor zeldzame ziekten .

De ontwikkeling van expertisecentra inzake zeldzame ziekten past binnen deze aanpak. Daarvoor is een budget voorzien van 2 miljoen euro. Op Europees niveau is de ambitie vastgelegd om een netwerk van expertisecentra – overigens niet enkel wat zeldzame ziekten betreft, maar voor meerdere domeinen in de gezondheidszorg – en bijhorende criteria van expertise, kwaliteit, e.d.m. tot te realiseren. We verwijzen in dit verband naar de richtlijn inzake ‘cross border healthcare’.

De ontwikkeling van dergelijke expertisecentra omvat verschillende luiken.

Ten eerste dient een strategie van tenlasteneming van patiënten met een zeldzame ziekte te worden gerealiseerd in de vorm van een zorgprogramma voor zeldzame ziekten. Het RIZIV ondersteunt in dit verband de activiteiten van de hoger vermelde werkgroep met technische experts. Experts van het RIZIV en de FOD VVVL volgen ook de Europese activiteiten ter zake in het kader van EUCERD (European Union Committee of Experts on Rare Diseases). Bij de redactie van de Bestuursovereenkomst is reeds een ontwerp van strategie beschikbaar die diverse overleg- en besluitvormingsrondes zal doorlopen.

Ten tweede dient een selectie-instrument te worden ontwikkeld voor de keuze van pathologieën voor het opzetten van een expertisecentrum. Op basis daarvan kunnen prioriteiten worden gesteld. Een gemengde werkgroep met afgevaardigden van het College van Geneesheren-directeur en de wetenschappelijke sectie van het Observatorium voor Chronische Ziekten, zal zich buigen over het stellen van deze prioriteiten en de oprichting van expertisecentra in het licht van de beschikbare 2 miljoen euro. Een voorstel van selectie-instrument en van prioriteiten zal worden voorgelegd aan het College van Geneesheren-directeur, het Observatorium en de Beleidscel, waarna een bespreking op het niveau van het Verzekeringscomité kan plaatsvinden.

Ten derde moeten de nodige reglementaire kaders worden uitgewerkt. Langs de kant van de FOD VVVL dient een K.B. inzake een zorgprogramma voor zeldzame ziekten worden uitgewerkt. Indien nodig zullen ook langs RIZIV-kant de nodige reglementaire aanpassingen worden voorzien.

Ten vierde zullen conventies worden ontwikkeld met de nieuwe expertisecentra. Bovendien zullen ook lopende conventies moeten worden geanalyseerd en in lijn worden gesteld met de nieuwe criteria en de Europese aanbevelingen. De afsluiting en aanpassing van conventies zal gefaseerd dienen te gebeuren, in functie van de gelegde prioriteiten en het beschikbare budget. Over deze conventies zal ook een periodieke rapportering dienen te gebeuren.

Ten vijfde zal er ook – doorheen het hele traject – communicatie moeten voorzien worden naar verschillende partners zoals de VI, de zorgverleners, de patiëntenorganisaties, het Verzekeringscomité, e.d.m. omtrent de evoluties in het project op Belgisch niveau, maar ook omtrent de ontwikkelingen op Europees niveau.

De toegevoegde waarde van dit project is groot. Op extern vlak kunnen volgende aspecten worden vermeld:

- een verbetering van de toegankelijkheid tot de zorg en dekking van bepaalde zorgen voor de betrokken patiënten met onder meer snellere diagnosestelling;
- een betere kwaliteit van de zorg;
- een administratieve vereenvoudiging voor de patiënt doordat de opening van een recht in een expertisecentrum per pathologie verbonden kan worden aan een lijst van rechten die automatisch geopend worden, niet enkel voor de Gvu, maar ook daarbuiten (bv. handicap). Dit gaat gepaard met een responsabilisering van de betrokken zorgverleners en een verschuiving van a priori naar a posteriori controle;
- bijdrage tot innovatie in de Gvu door meer transversale en geïntegreerde benaderingen;
- deelname aan het Europees netwerk van expertisecentra en samenwerking met betrekking tot het register van zeldzame aandoeningen op nationaal en Europees niveau.

Ook op intern vlak is er een belangrijke toegevoegde waarde:

- administratieve vereenvoudiging doordat een type-conventie met in het zorgprogramma gestandaardiseerde criteria beschikbaar wordt. Dit vermijdt de opdracht om steeds opnieuw verschillende erkenningscriteria te ontwikkelen;
- mogelijke besparingen doordat bv. de terugbetaling van geneesmiddelen gekoppeld wordt aan het feit dat het voorschrijven na tenlasteneming door een expertisecentrum is gebeurd, waardoor een meer gerationaliseerd voorschrijfpatroon verwacht mag worden.

Belangrijk is een goede afstemming met de activiteiten die zich afspelen met betrekking tot de chronische ziekten. Er moet vermeden worden dat voor eenzelfde pathologie dubbele aanpakken worden opgestart. In dit verband zal het RIZIV een oefening uitvoeren om de verschillende mogelijkheden en types van tenlasteneming van zeldzame ziektes in de bestaande conventies te identificeren.

We verwijzen verder ook naar de link van dit project met de ontwikkeling van een register van zeldzame ziekten. Dit project wordt ook gecoördineerd door het RIZIV en gerealiseerd in samenwerking met het WIV en het eHealth-platform.. Het zal verschillende mogelijkheden bieden op vlak van epidemiologie, opvolging van patiënten, onderzoek, verificatie door het RIZIV op vlak van de toekenning van rechten, kwaliteitsevaluatie, etc.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Voorstel van een instrument voor de selectie van pathologieën met het oog op de opstart van referentiecentra. Streefdatum: 31/01/2013
2. Voorstel van prioriteiten (pathologieën) inzake de opstart van referentiecentra. Streefdatum: 30/06/2013
3. Verslag van de identificatie-oefening van de verschillende mogelijkheden en types van tenlasteneming van zeldzame ziekten in de bestaande conventies. Streefdatum: 31/12/2013

Verwachte effecten

- Versterkt en meer geïntegreerd inzicht in diverse aspecten van het gedrag en de performantie van zorgverleners

- Verbetering van de performantie van de zorgverleners
- Verbeterde afstemming en samenwerking tussen diverse diensten en organen van het RIZIV

Externe afhankelijkheden

- Medewerking FOD VVVL
- Medewerking College Geneesheren-directeurs
- Budget

Artikel 21. De integratie van het Fonds Medische ongevallen als bijzondere dienst bij het RIZIV en de ondersteuning bij het operationaliseren van de opdrachten van het Fonds

Dit artikel is een nieuw project in het kader van de Bestuursovereenkomst 2013-2015.

Omschrijving

De oprichting van een dienst “Fonds voor de medische ongevallen (FMO)” bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Kader

Toekennen.

Krachtlijnen

- Administratieve vereenvoudiging
- Nieuwe dienstverlening: Procesverbetering en informatisering
- Uniforme toepassing van de wetgeving
- Bijdragen tot kostenbeheersing en middelenefficiëntie

Context

In de Wet medische schadegevallen (van 15 mei 2007) is de basis gelegd voor het vergoeden van medische ongevallen. De mogelijkheid wordt m.a.w. geboden aan patiënten om een individueel dossier in te dienen tot het bekomen van een vergoeding als gevolg van geleden schade van gezondheidszorg.

Het Fonds voor de Medische Ongevallen, belast met het beheer van deze vergoeding van schade, is opgericht als instelling van openbaar nut (ION) van de categorie B krachtens artikel 6 van de wet van 31 maart 2010. Een projectteam dat is samengesteld uit personeelsleden van het RIZIV bereidt sinds die datum de feitelijke start van het fonds voor, zowel op het vlak van de middelen, instrumenten en procedures voor de behandeling van de toekomstige dossiers voor schadevergoeding, als op het vlak van de oprichting van het fonds in de hoedanigheid van een ION. De Raad van Bestuur kon op 23/09/2011 worden opgericht (de leden werden benoemd op 28 juli 2011) en werkt sindsdien intensief en constructief samen met het projectteam en het RIZIV.

Na analyse en achteraf bekeken, maakt het verschil in statuut tussen het RIZIV (OISZ) en het Fonds (ION van categorie B) het moeilijk om de aanleuning en de verwachte schaalvoordelen te bieden, met name wat het ter beschikking stellen van personeelsleden betreft, hun statuut, mogelijke overdrachten, enz. De eigen rechtspersoonlijkheid van het Fonds brengt een reeks verplichtingen met zich mee inzake personeelsmanagement en financieel beheer (begroting, rekeningen, enz.) die de oprichting en het beheer van het Fonds aanzienlijk verzwaren en de verwachte schaalvoordelen beperken, zonder enige werkelijke toegevoegde waarde te bieden voor het verwezenlijken van de opdrachten van het fonds.

Naar aanleiding van die vaststellingen is voorgesteld om het fonds voor de Medische Ongevallen te integreren als een nieuwe, bijzondere dienst van het RIZIV met zijn eigen, specifieke beslissingsorganen. Het oorspronkelijke idee van een eigen rechtspersoonlijkheid zou bijgevolg niet meer worden weerhouden.

Die integratie van het FMO als afzonderlijke kerndienst binnen het RIZIV moet volgende garanties bieden:

- Autonomie en een strikte afscheiding van de dienst en zijn specifieke organen bij de uitoefening van hun wettelijke opdrachten ten opzichte van de andere diensten van het RIZIV.
- Een functionele integratie van het beheer (zoals o.a. het personeelsmanagement, de ICT ondersteuning en het financieel beheer) met respect voor de autonomie en de onafhankelijkheid bij de uitvoering van de opdrachten en voornamelijk bij het beheer van de individuele schadevergoedingsdossiers

Om die hervorming te verwezenlijken dienen 2 wijzigingen aan de wet te worden aangebracht, zijnde:

1. de oprichtingswet van de regeling voor de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, dit is de wet van 31 maart 2010.
2. de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De wet van 31 maart 2010 blijft de basis voor de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Enkel die zaken die betrekking hebben op het Fonds in zijn hoedanigheid van instelling van openbaar nut van categorie B, dus de juridische structuur, wordt aangepast. De juridische structuur van het Fonds zal worden vastgelegd en ingevoerd door de regelgeving die betrekking heeft op de diensten van het RIZIV, zijnde dus de gecoördineerde wet van 1994.

De integratie in het RIZIV zal gebeuren door de oprichting van een nieuwe bijzondere dienst met zijn eigen specifieke organen, werking en financiering. Dit zoals voor de 2 andere bijzondere 'operationele diensten' namelijk Dienst voor Geneeskundige Verzorging en de Dienst voor Uitkeringen. Hierdoor kan de autonomie en de onafhankelijkheid van de organen (de dienst, het Beheerscomité, de directeur-generaal,...) bij het uitvoeren van hun wettelijke opdrachten behouden blijven. En dit zonder inmenging van andere organen of andere diensten van het RIZIV.

Het FMO als bijzondere dienst van het RIZIV zal worden beheerd door een Beheerscomité dat de Raad van Bestuur van het Fonds als ION vervangt. De oprichting van een Beheerscomité garandeert de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en follow-up van zijn wettelijke opdrachten. De samenstelling van de Raad van Bestuur wordt overgenomen voor het Beheerscomité.

Zowel voor het uitoefenen van zijn opdrachten als voor de werking van het Fonds zijn financieringsbronnen voorzien. Het gaat over enerzijds een begroting voor de opdrachten (voornamelijk voor de vergoedingen aan de slachtoffers) en anderzijds over een begroting van de werking van het Fonds, nl. de beheersbegroting.

Zoals hierboven reeds aangestipt zal deze integratie een functioneel en harmonieus beheer waarborgen. denken we o.a. het beheer op vlak van personeel, HR-management, ICT, materiële middelen, begrotingen en boekhouding, enz... en dit dus met optimale schaalvoordelen en onder de controle van het Algemeen Beheerscomité en de algemene directie.

In het kader van deze 4^{de} bestuursovereenkomst verbindt het RIZIV zich ertoe alle acties te ondernemen zodat deze wetswijzigingen effectief in werking kunnen treden, en zodat het Fonds operationeel als bijzondere RIZIV-dienst kan functioneren. Er is ondertussen door het RIZIV al een belangrijk deel van het voorbereidend werk, o.a. ook op reglementair vlak, gerealiseerd. In de loop van 2012 zal het Fonds effectief operationeel worden en begin 2013 dient de bijzondere dienst te zijn opgericht.

In het eerste jaar van deze bestuursovereenkomst zal een boordtabel worden ontwikkeld waardoor de dossierbehandeling en de behandelingstermijnen periodiek kunnen worden opgevolgd.

Acties – verbintenissen:

1. Realiseren van de effectieve integratie van het Fonds als bijzondere RIZIV dienst, in uitvoering van de wet van 31 maart 2010 en de gecoördineerde Gvu-wet van 1994, zijnde concreet:
 - oprichting en definiëren van de rol van de organen (Algemeen Beheerscomité RIZIV, Beheerscomité FMO, algemene directie RIZIV, algemene directie FMO). Streefdatum: 1^{ste} trim 2013.
 - opzetten van de processen inzake infrastructuur en de HR-middelen (+ installatie van het management voor wat betreft het eerste jaar). Streefdatum: elk jaar in 4^{de} trim jaar X-1.
2. Jaarlijks een verslag opmaken betreffende de activiteiten van het Fonds (met inbegrip van de elementen uit de 1^{ste} verbintenis) t.a.v. het Beheerscomité van het Fonds en de bevoegde Minister. Streefdata: 31/04/2013 (activiteiten van september 2012 tot en met februari 2013), 31/03/2014 (activiteiten jaar 2013), 31/03/2015 (activiteiten jaar 2014).
3. Opmaak van een boordtabel voor de opvolging van de dossiers en de behandelingstermijnen. Streefdatum: 30/06/2013.
4. Uitvoeren van een evaluatie en opmaak van een rapport terzake betreffende de wet voor de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (van 31 maart 2010) met het oog op eventuele bijstellingen van deze wet en van de gecoördineerde Gvu-wet van 1994 . Streefdatum: 30/06/2015.
5. Voorstellen van de mogelijke aanpassingen aan de reglementaire teksten, inclusief coördineren van het debat hierover. Streefdatum: 31/12/2015.

Verwachte effecten

- Efficiënter beheer van het Fonds voor Medische ongevallen met o.a. het beheer op vlak van personeel, HR-management, ICT, materiële middelen, begrotingen en boekhouding, enz....

Externe afhankelijkheden

- Goedkeuring van de reglementaire teksten.

TITEL IX: Optimaliseren van de feedback-, evaluatie- en controleopdrachten

Artikel 22. Geïnformatiseerd dossierbeheer inzake geneeskundige evaluatie en controle

Dit artikel bouwt voor op een artikel uit de Bestuursovereenkomst 2010-2012 inzake de informatisering van het beheer van enquêtedossiers ten aanzien van de zorgverleners (artikel 39).

Omschrijving

Verder ontwikkelen van een systeem voor het geïnformatiseerd beheer van de dossiers binnen de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle

Kader

Evaluëren en controleren, terugvorderen, informeren

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Correcte en uniforme toepassing van de wetgeving

Context

Het voorbije decennium zijn binnen de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle belangrijke investeringen gebeurd. In het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008, de Wijzigingsclausule 2009 en de Bestuursovereenkomst 2010-2012 werd geïnvesteerd in de uitbouw van een systeem – Flowdos genaamd – voor het beheren en opvolgen van de enquêtedossiers van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC), dat op termijn alle dimensies en stadia van de enquêtedossiers en andere types van dossiers van de DGEC moet afdekken.

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 bevoegheidsniveau 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. Dit

laatste is van belang in het licht van de rapportering ten aanzien van diverse organen binnen en buiten het RIZIV.

Binnen de Dienst zijn er behoeften om het bestaande dossierbeheersysteem verder te ontwikkelen. Het betreft enerzijds het voorzien van extra functionaliteiten, bv. 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, etc. Vanzelfsprekend zijn de behoeften vanwege de business evolutief; in samenspraak met de ICT-dienst zal worden gestreefd naar een optimale afstemming van de toepassing op de behoeften vanwege de business. Anderzijds zou het dossierbeheersysteem ook kunnen worden uitgebreid naar andere types van dossiers, bv. de evaluatiedossiers, nationale enquêtedossiers en andere types.

Langs de kant van de ICT-dienst is er tegelijkertijd een programma (Platinum) lopend om een meer generiek, matuur en stabiel dossierbeheersysteem te introduceren in het RIZIV. Op basis van deze nieuwe technologie zou enerzijds het huidige systeem gestabiliseerd kunnen worden, hetgeen noodzakelijk is vanuit technisch oogpunt. Anderzijds zou een antwoord kunnen worden geboden op de tot de gevraagde bijkomende functionaliteiten. Stelselmatig zouden diverse types van dossiers als zodanig kunnen worden geïntegreerd in het systeem. Een meer generieke technische oplossing zou het ook mogelijk moeten maken om sneller tot inproductiestelling te komen.

De informatisering van het dossierbeheer in de DGEC kan ook aanleiding geven tot het minimaliseren van papieren documenten en archieven in het kader van de enquêtedossiers. Ter zake zal worden geanalyseerd wat de reglementaire en operationele voorwaarden – zowel binnen het RIZIV als in de relatie met de externe partners, m.n. de justitiële partners – zijn om op het niveau van het RIZIV bewijskrachtige elektronische documenten en archieven te bekomen in de context van de enquêtedossiers van de DGEC, zodanig dat de papieren archieven en stromen kunnen worden afgeschaft. Op basis van deze analyse zal ook een initiatief worden genomen tot het overleg worden voorzien met de FOD Justitie om de gegevensuitwisseling in deze dossiers tussen de DGEC zo veel als mogelijk te informatiseren. Vandaag is er immers nog sprake van een papieren procesvoering in de hoven en rechtbanken. Een afstemming tussen het RIZIV en de FOD Justitie dient te gebeuren over de mate waarin, de manier waarop en de timing waarbinnen er kan geëvolueerd worden naar een bewijskrachtige elektronische uitwisseling van documenten en dossiers tussen het RIZIV en de justitiële actoren.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Stabilisering van het actuele dossierbeheersysteem in een nieuwe generieke technologie met de door de business gevraagde bijkomende functionaliteiten. Streefdatum: 30/06/2014
2. Analyseren van de reglementaire en operationele voorwaarden (intern en extern) om het beheer van de enquêtedossiers in de schoot van de DGEC zo veel als mogelijk te informatiseren. Streefdatum: 31/12/2013
3. Nemen van een initiatief ten aanzien van de FOD Justitie om de communicatie tussen de justitiële actoren en de DGEC te stroomlijnen en zoveel als mogelijk te informatiseren. Streefdatum: 31/03/2014

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 enquêtedossiers 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 enquêtedossiers van de DGEC.

Externe afhankelijkheden

- Afhankelijkheid ten aanzien van de FOD Justitie met het oog op de bewijskrachtige, elektronische gegevensuitwisseling van documenten en dossiers tussen het RIZIV en de FOD Justitie, de hoven en de rechtbanken.

Artikel 23. Reorganisatie van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle met het oog op het verzekeren van de continuïteit en de toekomstige uitdagingen

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

Omschrijving

Het reorganiseren van de missie, processen en organisatie van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle met het oog op het verzekeren van de continuïteit en de toekomstige uitdagingen

Kader

Evaluëren en controleren, terugvorderen, regelen, organiseren, informeren, adviseren, interne organisatie

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Uniforme toepassing van de wetgeving
- Beheersing van de uitgaven
- Bijdragen tot kostenbeheersing en middelenefficiëntie

Context

De DGEC staat voor grote uitdagingen. In de periode van 2010 tot 2015 gaan ongeveer een 100-tal medewerkers de dienst DGEC verlaten. Dit gaat in totaal om 28,7% van alle medewerkers bij DGEC. Als we het profiel van de pensioneringen bekijken, zien we dat het om zeer cruciale functies gaat. 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. Deze uitdagingen

voegen zich toe aan resultaten uit de periodieke Welzijnsenquête die aangeven dat de Dienst dient te werken aan het verduidelijken en stroomlijnen van haar strategie en werking, de synergieën binnen de dienst en met externe actoren, de interne en externe communicatie, etc.

Parallel met deze 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 in de komende jaren 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 de loop van 2012 is daarom – onder de aansturing van de Algemene Directie van het RIZIV en de leidend ambtenaar van de DGEC – een programma opgestart om de Dienst voor te bereiden op een grondige reorganisatie. Het mag duidelijk zijn dat dit programma diverse luiken of componenten zal omvatten die telkens aanleiding zullen geven tot afzonderlijke projecten, bv. op vlak van strategie, procesarchitectuur, organisatiedesign, communicatiebeleid, e.d.m.

Een eerste stap of project binnen dit omvattende hervormingsprogramma was de uitvoering van een SWOT-analyse over de sterkten, zwakten, opportuniteiten en bedreigingen voor de Dienst. Als basis voor de SWOT-analyse werd het Moderniseringsplan van 2004 gehanteerd. Uit het moderniseringsplan werden 5 domeinen weerhouden die geanalyseerd werden :

- Geneeskundige controle : opsporings-, enquête-, vervolgings- en sanctiebeleid
- Geneeskundige evaluatie
- Evaluatie arbeidsongeschiktheid en werking GC-GRI
- Externe communicatie, algemene preventie, informatieverstrekking en adviesverlening
- Interne organisatie en werking DGEC

De SWOT-analyse betrof een participatief zelfevaluatieproces waarbij diverse profielen op verschillende besluitvormingsniveaus van de Dienst werden uitgenodigd tot reflectie over de wijze welke de variabelen dienen te zijn waarop gestuurd moet worden om de DGEC van de toekomst vorm en inhoud te geven. De participatieve aanpak – 80 medewerkers of bijna 50% van het personeelskorps van de Dienst namen deel aan de zelfevaluatiegroepen – had tot doel om medewerkers bewust te maken inzake de uitdagingen en hen een kans te geven om zich uit te spreken over mogelijke verbeterpistes en als zodanig te responsabiliseren en impact te geven op de toekomst van hun Dienst.

Op basis van de SWOT-analyse konden diverse mogelijke domeinen worden geïdentificeerd die voorwerp kunnen vormen van een verdere analyse, bijvoorbeeld:

- de ontwikkeling van een meer thematisch georiënteerd enquête- en controlebeleid. De kiemen daarvoor liggen in de reeds bestaande federale CENEC-projecten. Er kan ook een vergelijking worden getrokken met de omslag die de Dienst Administratieve Controle enkele jaren terug heeft gemaakt van individuele gevallencontrole binnen de VI naar de zogenaamde themacontroles.
- de hervorming van de Juridische directie van de Dienst in functie van het beoogde thematische enquête- en controlebeleid en de flexibilisering van de directie in het licht van enkele uitdagingen op het terrein en binnen de rechtsprekende organen.
- het versterken van de aanpak van overconsumptie en screening, o.m. op vlak van de juridische basis.

- het optimaliseren van de adviesfunctie van de DGEC in de comitologie van de ziekte- en uitkeringsverzekering;
- het versterken van de methoden voor data-analyse en -mining;
- de uitbouw van een equipe voor analyse en studie die oriëntatie kan geven aan de controle-, evaluatie- en informatieactiviteiten van de Dienst;
- de optimalisering van de werking en organisatie van de Gewestelijke Commissies van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de herdefiniëring van de rol van de geneesheer-inspecteurs van de DGEC daarin (cf. ook artikel 16 van de voorliggende Bestuursovereenkomst);
- etc.

De volgende stap is om op basis van de SWOT-analyse een hervormingsprogramma te definiëren. Dit programma zal bestaan uit een samenhangende set van individuele projecten die alle bijdragen tot één of meerdere doelstellingen van het hervormingsprogramma. Vanzelfsprekend zullen binnen het hervormingsprogramma prioriteiten moeten worden gelegd en zal de uitvoering de afzonderlijke projecten over meerdere jaren worden gespreid. Een belangrijke mijlpaal voor de timing van de projecten binnen het hervormingsprogramma is zonder twijfel het voorjaar van 2014 wanneer de leidend ambtenaar en de drie geneesheren-inspecteurs-generaal, die samen de dagelijkse leiding van de Dienst uitmaken, op pensioen zullen gaan. Vanaf midden 2012 zullen alvast voor enkele van de hoger vermelde thema's werkgroepen worden opgestart met het oog op het uitwerken van concrete hervormingsvoorstellen. Als actie-verbintenis is alleszins voorzien dat langs HR-kant (bv. procedures voor werving en selectie van de nieuwe dagelijkse leiding van de dienst) in de loop van 2013 maximaal worden voorbereid om een vlotte overdracht en een garantie van de continuïteit begin 2014 mogelijk te maken.

Het mag duidelijk zijn dat het een belangrijk strategisch project betreft voor de toekomst van de DGEC an sich en voor het RIZIV in zijn geheel. Naast de DGEC zelf, zullen diverse andere actoren betrokken worden bij de hervormingen die onder het sponsorship van de Algemene Directie vorm en inhoud zullen krijgen. Voor de begeleiding van deze werkgroepen en de implementatie van de goedgekeurde voorstellen, zal zowel een interne als externe capaciteit (o.a. de medewerking van een externe change manager) worden voorzien. De medewerking van diensten zoals de HR-dienst, de ICT-dienst en de Juridische Directie, zowel op centraal als decentraal vlak, zijn cruciaal voor een succesvolle implementatie. Langs HR-kant moeten bijvoorbeeld analyses gebeuren op vlak van de toekomstige vereiste profielen in functie van de gekozen oriëntaties op vlak van opdrachten en processen, moeten de nodige acties op vlak van werving en selectie, competentieontwikkeling, loopbaanbegeleiding en heroriëntatie e.d.m. worden voorzien, moeten de aanpassingen aan de organisatiestructuur worden ondersteund, etc. Langs ICT-kant zullen de aangepaste doelstellingen en processen van de Dienst gepaard dienen te gaan met aangepaste technologische ondersteuning, bv. door de herstructurering en integratie van databases en de efficiënte, de veilige en tijdige terbeschikkingstelling van data, het hertekenen van fluxen (ook met de VI), het voorzien van performante informaticaprogramma's, etc. Op juridisch vlak zullen waar nodig reglementaire teksten dienen te worden aangepast met het oog op de herziene opdrachten, organisatie en processen.

Een regelmatige interne rapportering aan de Algemene Directie zal voorzien worden met het oog op een goede opvolging van de werkzaamheden. Deze rapportering wordt als actie-verbintenis verankerd in deze Bestuursovereenkomst.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaak van een semestriële verslag inzake voortgang van het hervormingsprogramma van de DGEC en rapportering naargelang de vooruitgang van de projecten. Streefdata: 31/07/2013; 31/12/2013; 31/07/2014; 31/12/2014; 31/07/2015; 31/12/2015
2. Voorbereiden van de nodige acties en procedures op vlak van HR met het oog op een vlotte overdracht in het zicht van het vertrek van de dagelijkse leiding van de DGEC. Streefdatum: 31/12/2013

Verwachte effecten

- Versterkte doeltreffendheid en efficiëntie van de controle-, evaluatie- 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

Artikel 24. Sociale fraude: Datamatching (1) DMFA-Invaliden & (2) DMFA-Primaire ArbeidsOngeschiktheid

Dit artikel betreft de verderzetting van een project dat reeds was opgenomen in het kader van de wijzigingsclausule 2009 (artikel N13) en de derde bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 41).

Omschrijving

Het uitvoeren van datamatching zowel voor de DMFA gegevens en de gegevens over de betaalde uitkeringen aan invaliden als voor de DMFA gegevens en de gegevens inzake de betaalde uitkeringen in primaire arbeidsongeschiktheid.

Kader

Controleren, informeren, adviseren

Krachtlijnen

- Correcte en uniforme toepassing van de reglementering
- Beheersing van de uitgaven

Context

Sedert enkele jaren is een specifiek programma inzake sociale fraude in het RIZIV lopende. Dit prioritair programma situeert zich in het kader van de actieplannen van de regering en de SIOD betreffende de strijd tegen de sociale fraude. Het RIZIV wenst in de periode van de 4^{de} bestuursovereenkomst de

ondernomen acties in het kader van de datamatching verder te zetten en te verfijnen, en dit in lijn met de Beleidsnota van de Staatssecretaris voor de bestrijding van de sociale en fiscale fraude en het Actieplan van het College voor de strijd tegen de fiscale en sociale fraude.

Dit project bestaat uit 2 luiken,nl:

1. Luik 1 gaat over het jaarlijks opsporen van niet toegelaten cumul van ZIV (voor de sector uitkeringen - invaliden - algemene regeling & regeling zelfstandigen) met het aan de RSZ aangegeven loon. Het gaat hier concreet over de invaliden die een niet toegelaten activiteit aanvatten en waarvoor de werkgever een aangifte heeft gedaan bij de RSZ. De opsporing door Dienst administratieve controle gebeurt aan de hand van een datamatching of kruising van gegevens van de DMFA en de modellen PI. Deze laatste bevatten per ziekenfonds een nominatief overzicht per kwartaal van de betaalde uitkeringen aan invaliden.

In 2008 is een eerste oefening gedaan voor diegenen die het volledige jaar 2006 invalide waren. Concreet zijn de niet toegelaten cumuls gedetecteerd (met uitzuivering van door de adviserend-geneesheer toegestane deeltijdse werkhervattingen,...) en is vervolgens nagegaan of de ziekenfondsen wel degelijk een regularisatie hebben opgezet en een terugvordering van de bedragen hebben ingesteld. Een goed werkend ziekenfonds dient automatisch deze kruising van gegevens dient uit te voeren, daar ze in het kader van hun dagelijkse werking deze gegevens ter beschikking hebben. Bij niet regularisatie worden de relevante gevallen door de sociaal inspecteurs van de Dienst administratieve controle onderzocht in de ziekenfondsen. Door het RIZIV wordt vervolgens een terugvordering ingesteld en een administratieve sanctie opgelegd aan de sociaal verzekerde. Ook zijn aan de hand van de RSZ-nummers van de werkgevers de economische sectoren toegevoegd. Op die manier kan een inzicht worden bekomen in de meest kritische sectoren.

De Dienst administratieve controle heeft sedert 2009 deze datamatching jaarlijks uitgevoerd. In de periode van de 4^{de} bestuursovereenkomst is het de bedoeling om deze datamatching verder te zetten voor elk jaar, zijnde 2013, 2014 en 2015. Het betreft, zoals in de huidige situatie, een oefening op de gegevens van het jaar X-2.

2. Het tweede luik van dit project bestaat uit het a posteriori opsporen van primaire arbeidsongeschikten die een niet toegelaten activiteit aanvatten en waarvoor de werkgever een aangifte heeft gedaan bij de RSZ. Dit is een nieuwe datamatching, nog niet opgenomen in de voorgaande bestuursovereenkomsten.

Het gaat hier concreet over de primair-arbeidsongeschikten die een niet toegelaten activiteit aanvatten en waarvoor de werkgever een aangifte heeft gedaan bij de RSZ. De opsporing door Dienst administratieve controle gebeurt aan de hand van een datamatching of kruising van gegevens van de DMFA en de gegevens van de uitgaven primaire arbeidsongeschiktheid. Deze laatste bevatten in de toekomst per ziekenfonds een nominatief overzicht per kwartaal van de betaalde uitkeringen aan de primaire arbeidsongeschikten. In artikel 15 van de 3^{de} bestuursovereenkomst (primaire arbeidsongeschiktheid: statistieken en studiën) is de individualisering van de PAO-gegevensstroom opgenomen. Deze stroom zal dan ook gebruikt worden in de datamatching.

Concreet zullen de niet toegelaten cumuls gedetecteerd (met uitzuivering van door de adviserend-geneesheer toegestane werkhervattingen, ...) worden en zal vervolgens nagegaan worden of de ziekenfondsen wel degelijk een regularisatie hebben opgezet en een terugvordering van de bedragen hebben ingesteld. Een goed werkend ziekenfonds dient automatisch deze kruising van

gegevens dient uit te voeren, daar ze in het kader van hun dagelijkse werking deze gegevens ter beschikking hebben. Bij niet regularisatie worden de relevante gevallen door de sociaal inspecteurs van de Dienst administratieve controle onderzocht in de ziekenfondsen. Door het RIZIV wordt vervolgens een terugvordering ingesteld en een administratieve sanctie opgelegd aan de sociaal verzekerde.

De Dienst administratieve controle zal in de periode van de 4^{de} bestuursovereenkomst deze datamatching opzetten en daarna jaarlijks uitvoeren, van zodra de gegevens primaire arbeidsongeschiktheid operationaliseerbaar zijn. Zoals ook voor luik 1 betreft het hier telkens een oefening op de gegevens van het jaar X-2.

Acties – verbintenissen

1. Jaarlijks een datamatching uitvoeren op de gegevens DMFA en PI, en het onderzoeken van de relevante gevallen in het ziekenfonds. Streefdatum: 31 december 2013, 31 december 2014, 31 december 2015.
2. Een datamatching uitvoeren op de gegevens DMFA en PAO, en het onderzoeken van de relevante gevallen in het ziekenfonds. Streefdatum: X+ 6 maanden, waarbij X= de datum van beschikbaarheid is van de nominatieve PAO-gegevens van het jaar X-2.

Verwachte effecten

- Effectievere en efficiëntere opsporing van fraude.
- Goed werkende ziekenfondsen: tijdig opzetten van regularisatie en tijdig instellen van terugvordering van de onterecht betaalde bedragen.

Externe afhankelijkheden

- Tijdig ontvangen van de DMFA gegevens.
- Tijdig ontvangen van de nominatieve gegevens inzake primaire arbeidsongeschiktheid van de Verzekeringsinstellingen.

Artikel 25. Controle met betrekking tot de onterechte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten in de uitkeringsverzekering

Dit artikel betreft een nieuw project dat ten dele voortbouwt op projecten die in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV waren opgenomen (bv. evaluatieprojecten DGEC, PAO-cartografieën adviserend geneesheren; DGEC-jaarverslag inzake de ICE-strategie).

Omschrijving

Het betreft de controle die door de DGEC wordt uitgevoerd inzake de onterechte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten in de uitkeringsverzekering.

Kader

Evalueren en controleren

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Correcte en uniforme toepassing van de wetgeving
- Beheersing van de uitgaven

Context

De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle draagt bij tot een optimale aanwending van de middelen van de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGVU). Hiertoe ziet de DGEC er onder meer op toe dat alle betrokkenen (zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, Verzekeringsinstellingen, sociaal verzekerden,...) hun verplichtingen correct naleven binnen een adequaat wettelijk en reglementair kader. Het beleid van de DGEC steunt daarbij op drie complementaire pijlers : Informatie, Controle en Evaluatie (ICE). Door een algemene en efficiënte aanpak maakt de DGEC op het gepaste ogenblik gebruik van de juiste combinatie van instrumenten om zo bij te dragen tot een optimale aanwending van de middelen van de VGVU.

De opdracht van de DGEC draagt bij tot de strategie die door de Staatssecretaris en het College voor de Strijd tegen de Fiscale en Sociale Fraude is neergelegd in haar Actieplan 2012-2013. Daarin is onder meer een hoofdstuk voorzien inzake onterecht aangerekende prestaties door zorgverstrekkers en onterechte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten. Beoogd wordt de oneigenlijke aanwending van de middelen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering te voorkomen en te beteugelen en waar nodig ook de financiële recuperaties te voorzien.

De DGEC beschikt vandaag reeds over een instrumentarium om de genoemde diverse types van fouten, misbruik en fraude op te sporen en te bestraffen. Dit instrumentarium is ook uitdrukkelijk uitgebouwd in het kader van de vorige Bestuursovereenkomsten. Zo kan verwezen worden naar onder meer:

- de individuele en thematische, nationale enquêtes ten aanzien van zorgverstrekkers die betrekking hebben op niet-uitgevoerde verstrekkingen en niet-conforme verstrekkingen in de ziekteverzekering;
- de algemene en gerichte evaluatieprojecten die gericht zijn het voorschrijfbedrag en consumptiepatronen bij zorgverstrekkers, o.m. in het kader van de strijd tegen de overconsumptie;
- de controles inzake de werkelijke afgifte van geneesmiddelen door analyse van de bestanden van de bedrijven en tarificatiediensten m.b.t. de unieke streepcodes;
- in de sfeer van de uitkeringsverzekering kan verwezen worden naar de cartografieën die worden opgemaakt inzake de activiteiten van de adviserend geneesheren m.b.t. de primaire arbeidsongeschiktheid;
- etc.

De strategische keuzes, uitgevoerde activiteiten en de behaalde resultaten in het kader van de ICE-strategie van de DGEC worden jaarlijks gedocumenteerd in een jaarverslag (cf. artikel 18 van de Bestuursovereenkomst 2010-2012). In het kader van de opvolging van projecten uit eerdere Bestuursovereenkomsten die inmiddels continue processen zijn geworden, wordt de uitvoering van dit jaarrapport onder Titel XIV van deze Bestuursovereenkomst opgevolgd.

In het kader van het voorliggend project in deze Bestuursovereenkomst wil de DGEC – in lijn met het regeerakkoord Di Rupo I en het Actieplan 2012-2013 van de Staatssecretaris en het College voor de Strijd tegen de Fiscale en Sociale Fraude – een initiatief nemen op vlak de ten onrechte afgeleverde arbeidsongeschiktheidsattesten door artsen.

Eenzijds wil de DGEC een preventieve aanpak ontwikkelen ten aanzien van de behandelende, voorschrijvende artsen op vlak van de aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten. Dit kan door het ontwikkelen en goedkeuren van richtlijnen op het niveau van het Comité van de DGEC. De DGEC zal deze oefening ondersteunen.

Anderzijds dient het gedrag op het terrein ook gecontroleerd te worden. In het kader van de gegevensstroom tussen de VI en het RIZIV over de activiteiten van de adviserend geneesheren inzake primaire arbeidsongeschiktheid, zijn data opgenomen over de behandelende en voorschrijvende arts van de arbeidsongeschikte in kwestie. Op basis van deze informatie kunnen door de DGEC individuele en vergelijkende analyses worden uitgevoerd over de voorschrijfpatronen bij artsen inzake arbeidsongeschiktheid. Outliers – bijvoorbeeld die artsen waarvoor heel veel arbeidsongeschiktheden worden geweigerd op het niveau van de adviserend geneesheer – kunnen op deze manier worden gedetecteerd. De nodige informatie, individuele feedback en waarschuwingen kunnen aan die artsen worden gegeven. In zware gevallen kunnen dossiers worden overgemaakt aan de Orde van Geneesheren. Het opzetten van een dergelijke proces van analyse, controle en feedback kan een sensibiliserend, responsabiliserend effect hebben naar de zorgverleners.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaak van richtlijnen voor de aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten voor artsen.
Streefdatum: 30/06/2014
2. Terbeschikkingstelling van een rapport ten behoeve van het Comité van de DGEC met de resultaten van de analyses inzake de voorschrijfpatronen bij artsen op vlak van arbeidsongeschiktheid.
Streefdatum: 31/12/2015

Verwachte effecten

- Een meer correcte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten door artsen.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van het Comité DGEC voor wat de opmaak en goedkeuring van de richtlijnen voor de aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten door artsen betreft.

TITEL X: Versterking van de ondersteuning van het financieel beleid van de VGVU

Artikel 26. Operationalisering van het nieuwe systeem van responsabilisering van de VI met betrekking tot hun administratiekosten

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) en de Bestuursovereenkomst 2010-2012 (artikel 44).

Omschrijving

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

Kader

Controleren, Informeren

Krachtlijnen

- Uniforme toepassing van de reglementering
- Nieuwe dienstverlening: procesverbetering & informatisering

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).

In het KB van 28 augustus 2002 worden 10 criteria opgenomen, waarbij het RIZIV voor 6 criteria informatie moet leveren. De voorbije jaren heeft het RIZIV verschillende initiatieven genomen om een efficiënter beheer van het proces mogelijk te maken. Deze initiatieven en bijhorende resultaten staan uitvoerig beschreven in de semestriële en jaarverslagen van de vorige bestuursovereenkomsten.

De effectiviteit van het huidige systeem is niet optimaal. Er is namelijk onvoldoende impact op het goed functioneren van de Verzekeringsinstellingen. De huidige set van criteria binnen het gedeelte van de variabele administratiekosten geven een partieel beeld van de werking van de VI. Ook bestaan er voor bepaalde criteria onduidelijkheden of ruimte voor interpretatie. Andere criteria ten slotte zijn in 2011 minder relevant geworden. Het huidige systeem houdt daarenboven een aanzienlijke werklast in voor een te beperkte impact op de variabiliteit.

Daarom heeft het RIZIV in het kader van de 3^{de} bestuursovereenkomst eind 2011 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 cruciale processen geïdentificeerd die de werking van de VI op een globaal niveau weerspiegelen:

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 controlemechanismen op de verschillende niveaus
6. De samenwerking met het RIZIV en de medewerking aan het beleid van de Minister van Sociale Zaken
7. Boekhoudkundig beheer

Per cruciaal proces zal, en dit na dialoog met de Controledienst voor de Ziekenfondsen, per evaluatieperiode een relevant aantal domeinen worden afgelijnd en per domein zullen vervolgens SMART-indicatoren worden gedefinieerd. Op basis daarvan zal de werking van de VI's worden geëvalueerd.

De werkwijze die voorligt bestaat er uit om een selectie van domeinen en bijhorende indicatoren af te spreken tussen het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen, waarop geresponsabiliseerd kan worden. De voorgelegde 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.

Zowel het definitief verslag met de voorstellen van het nieuwe responsabiliseringssysteem als het ontwerp van Koninklijk Besluit is eind december 2011 gefinaliseerd en op 25 januari 2012 zowel aan de Minister van Sociale Zaken als aan de Staatssecretaris voor de Bestrijding van de sociale en de fiscale fraude overgemaakt. Van zodra hierover een politiek akkoord is bereikt zal het RIZIV starten met de operationalisering van dit nieuwe systeem. Deze operationalisering houdt in dat een volwaardig nieuw intern proces moet worden opgezet met de concretisering van o.a. de volgende aspecten:

- Creatie van een permanente werkgroep (definiëren van de rol, aanduiden van deelnemers, frequentie van samenkomst, methodologie voor de werkzaamheden ...)
- Uitwerken van de procesbeschrijving of BIO-analyse met o.a. procesflows in VISIO, beschrijvende informatie,...
- Opmaken van andere werkdocumenten zoals projectfiche, boordtabellen, templates en fiches per evaluatiedomein,...

Als actie-verbintenis, en dus als startpunt van het nieuwe systeem van responsabilisering, verbindt het RIZIV zich ertoe om 6 maanden na het politiek akkoord inzake het nieuwe systeem een eerste globaal voorstel aan het Algemeen Beheerscomité voor te stellen. Dit voorstel zal de te onderzoeken domeinen (of processen) en de te evalueren indicatoren bevatten die in een eerste evaluatiejaar aan bod zullen komen.

Dit project en bijhorende implementatie ervan zullen verder worden bekeken in het licht van de gevolgen van het arrest van het Grondwettelijk Hof van 24 mei 2012 betreffende de toepassing van het Handvest van de sociaal verzekerde en de daaruit voortvloeiende aanpassingen aan de ZIV-wet.

Acties – verbintenissen:

1. Opmaken van een globaal voorstel voor het Algemeen Beheerscomité met daarin de domeinen (of processen) en indicatoren die het voorwerp zullen uitmaken van een evaluatie in het eerste evaluatiejaar, en dit 6 maanden na publicatie van het Koninklijk Besluit. Streefdatum: X + 6 maanden, waarbij X de datum is van publicatie van het Koninklijk Besluit.

Externe afhankelijkheden

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

Verwachte effecten

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

Artikel 27. Rapportering over de onverschuldigde bedragen en recuperaties door de VI in het kader van de uitkeringsverzekering

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

Omschrijving

Het ontwikkelen van een gegevensstroom tussen het RIZIV en de VI om een globaal overzicht te bekomen van de totale omvang van de onverschuldigde bedragen die door de VI werden uitgekeerd en de uitgevoerde terugvorderingen in het kader van de uitkeringsverzekering.

Kader

Evalueren en controleren, informeren

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Correcte en uniforme toepassing van de wetgeving

- Beheersing van de uitgaven

Context

In het verslag van het Rekenhof aan de Kamers van Volksvertegenwoordigers met betrekking tot het beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering (2011) werd opgemerkt dat de procedures die de Verzekeringsinstellingen toepassen voor de terugvordering van de uitkeringen lacunes vertonen. Zo beschikt het RIZIV niet over informatie met betrekking tot de totaliteit van de terugvorderingen in de sector van de uitkeringen. De daadwerkelijke terugvordering en recuperatie van de ingestelde terugvorderingen door de Verzekeringsinstellingen kan onvoldoende worden opgevolgd. De interne processen binnen de Verzekeringsinstellingen in kader van risicobeheer zijn onvoldoende transparant. Bij de bespreking van het verslag van het Rekenhof in de Kamercommissie Sociale Zaken heeft de minister van Sociale Zaken zich geëngageerd om tussen het RIZIV en de Verzekeringsinstellingen een gegevensstroom te ontwikkelen die het moet mogelijk maken alle terugvorderingen van de Verzekeringsinstellingen in kaart te brengen en de opvolging ervan mogelijk te maken.

Op dit ogenblik heeft het RIZIV enkel kennis en controlemogelijkheid op de grootte van de niet onverschuldigde bedragen die het zelf heeft vastgesteld. Het doel van het project bestaat er dan ook in om een gegevensstroom te ontwikkelen die alle door de Verzekeringsinstellingen onterecht uitgevoerde betalingen in kaart moeten brengen alsook de wijze waarop deze worden teruggevorderd. Hierbij dient te worden aangetoond of de Verzekeringsinstelling al of niet verantwoordelijk is voor de vastgestelde fout, hoe de effectieve terugvordering gebeurt, om welke reden wordt afgezien van een eventuele terugvordering alsook wie de ten onrechte betaalde uitkeringen uiteindelijk ten laste neemt, de ziekteverzekering of de Verzekeringinstellingen via hun administratiekosten. Op grond van de van de Verzekeringsinstellingen verkregen informatie zullen performante indicatoren worden ontwikkeld voor de beoordeling van het evaluatiecriterium “nauwgezette opvolging van de invorderingen”, wat een duidelijke verbetering inhoudt ten opzichte van de huidige situatie.

De ontwikkeling van de elektronische stroom met het oog op een performante opvolging van alle terugvorderingen zal, per nationaal nummer (geïndividualiseerde gegevens), minimaal volgende elementen moeten bevatten:

- een overzicht van alle ten onrechte uitbetaalde uitkeringen aan sociaal verzekerden
- een overzicht van alle terugvorderingen naar aanleiding van deze ten onrechte betaalde uitkeringen
- een overzicht van de terugvorderingen ingeval van fraude versus geen fraude
- een overzicht van de terugvorderingen al dan niet ingevolge een fout, vergissing of nalatigheid van de Verzekeringsinstelling of het ziekenfonds
- een overzicht van de effectief teruggevorderde bedragen
- een overzicht van de redenen waarom niet of niet meer tot terugvordering wordt overgegaan (verzaking, sociaal handvest van de sociaal verzekerden, verjaring, bedragen onder 25 €.....)
- een overzicht van de niet teruggevorderde bedragen die ten laste van administratiekosten van de verzekeringinstelling of ten laste van de ziekteverzekering worden gelegd.

De gegevens op het gebied van de door de Verzekeringsinstellingen ten onrechte uitgevoerde betalingen dienen per individuele gerechtigde meegedeeld te worden. De overdracht van de gegevens door de VI aan het RIZIV zou op trimestriële basis gebeuren via het CareNet-platform, dit is de standaard voor gegevensoverdracht tussen het RIZIV en de VI. Uiterlijk binnen de maand na het einde van het kwartaal waarop ze betrekking hebben, zou het RIZIV de gegevens moeten ontvangen.

In de Programmawet van 29 maart 2012 (B.S. 06/04/2012 ed.3) zijn in dit verband een aantal bepalingen opgenomen in artikel 44 en 45, die ook zijn doorvertaald naar artikel 164quater van de gecoördineerde

wet betreffende de VGVU van 14 juli 1994. In de Programmawet is bepaald dat het systeem van informatieoverdracht van de VI naar het RIZIV in werking treedt op 1 januari 2014. In het kader van deze Bestuursovereenkomst neemt het RIZIV, gezien de beperkte budgettaire middelen die ter beschikking zijn, als streefdatum eind 2014 op om de elektronische gegevensstroom te realiseren. Vanaf begin 2015 zal het RIZIV aldus beschikken over de elektronische gegevens met betrekking tot alle bedragen die nog openstaan bij de VI op 31 december 2013 en 2014; het betreft alle individuele gevallen, inclusief de historiek, waarvoor nog bedragen gerecupereerd dienen te worden.

Eens de nieuwe gegevensstroom operationeel is, kan een rapport worden opgeleverd omtrent de resultaten van de analyse van de overgemaakte gegevens. Het RIZIV engageert zich om binnen de 6 maanden na de inproductiestelling van de gegevensstroom een eerste dergelijk rapport op te maken, voor zover de tijdigheid en kwaliteit van de gegevens vanwege de VI dit toelaten. Voor de daarop volgende jaren voorziet het RIZIV telkens een dergelijk rapport te maken voor eind september van jaar X op de gegevens van jaar X-1. Het RIZIV zal normaliter eind april van jaar X beschikken over alle gegevens van jaar X-1.

We wijzen in de context van dit project ook naar het arrest van het Grondwettelijk Hof over de mate waarin de huidige reglementering inzake recuperaties bij de verzekerden (art.174 van de ZIV-reglementering) in lijn is met de bepalingen in het Handvest van de sociaal verzekerde en de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Vanzelfsprekend zal dit arrest en de uitvoering ervan een gevolg hebben voor de gegevens die worden overgemaakt door de VI en de analyse ervan door het RIZIV.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Opmaken van een rapport voor de Minister over de stand van zaken van het project. Streefdatum: 31/01/2014
2. Inproductiestelling van een gegevensstroom tussen de VI en het RIZIV. Streefdatum: 31/12/2014
3. Terbeschikkingstelling van een rapport met de resultaten van de analyses op de door de VI overgemaakte gegevens. Streefdatum: X (effectieve datum van inproductiestelling stroom) + 6 maanden; en daarna jaarlijks voor 30/09 van jaar X op basis van de gegevens van het jaar X-1.

Verwachte effecten

- Versterken van het inzicht op de totaliteit van de ten onrechte door de VI betaalde bedragen alsook op de opvolging ervan.
- Het ontwikkelen van performante indicatoren voor de beoordeling van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen op het vlak van hun administratiekosten.
- Realisatie van de communicatieverplichting over de ten onrechte betaalde uitkeringen naar het Rekenhof, de Minister en het Parlement.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de VI: tijdigheid en kwaliteit van de gegevens
- Arrest Grondwettelijk Hof

TITEL XI: Versterking van de externe communicatie en bevorderen van een positief imago van het RIZIV

Artikel 28. 50 jaar RIZIV

Dit artikel omvat een nieuw project dat niet in de Bestuursovereenkomst 2010-2012 was ingeschreven.

Omschrijving

Viering van het 50-jarige bestaan van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (1963-2013) en van 20 jaar gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Context

2014 is voor het RIZIV een jubeljaar. Inderdaad, hoewel de wet van 9 augustus 1963 tot instelling van het RIZIV in haar huidige structuur op 1 november 1963 in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt, is zij slechts op 1 januari 1964 in werking getreden. In 2014 is er ook de viering van 20 jaar gecoördineerde wet van 14 juli 1994, de basiswet tot organisatie en regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het RIZIV ziet daarin een gelegenheid om terug te kijken op zijn oorsprong en evolutie. Daartoe zal het zowel intern als extern een reeks initiatieven organiseren. De interne invalshoek omvat met name een studie met betrekking tot het imago van de instelling, een feest voor het personeel, gefilmde getuigenissen van interne en externe oud-medewerkers, enz. Op extern niveau is men van plan om in samenwerking met het Federaal Planbureau de evolutie van de verzekering voor geneeskundige verzorging van 1963 tot 2013 te schetsen of om bij de bevolking een opiniepeiling over de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) te houden. Andere initiatieven zoals het project voor de toekomst (reflectie over het model van samenwerking tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen), een gedachtewisseling over het belang van de gezondheid als cultureel element of over de privé-uitgaven voor geneeskundige verzorging zouden kunnen worden ontwikkeld.

In de loop van 2012 zal het programma worden gepreciseerd. De festiviteiten zouden tijdens het 1^e kwartaal van 2014 van start gaan.

Concreet gesproken, zal een stuurgroep worden belast met de organisatie van de veelvuldige initiatieven. De groep zal worden samengesteld uit onder andere de voorzitter van het Algemeen Beheerscomité, de andere beheerders, academici, betrokken partijen, communicatiedeskundigen, een vertegenwoordiger van de wetenschappelijke wereld en één van de culturele wereld.

Acties-verbintenissen

1. Voorstelling van een definitief programma voor de festiviteiten ter gelegenheid van 50 jaar RIZIV voor het Algemeen Beheerscomité. Streefdatum: 30.6.2013.

Verwachte effecten

- Beter imago van het RIZIV

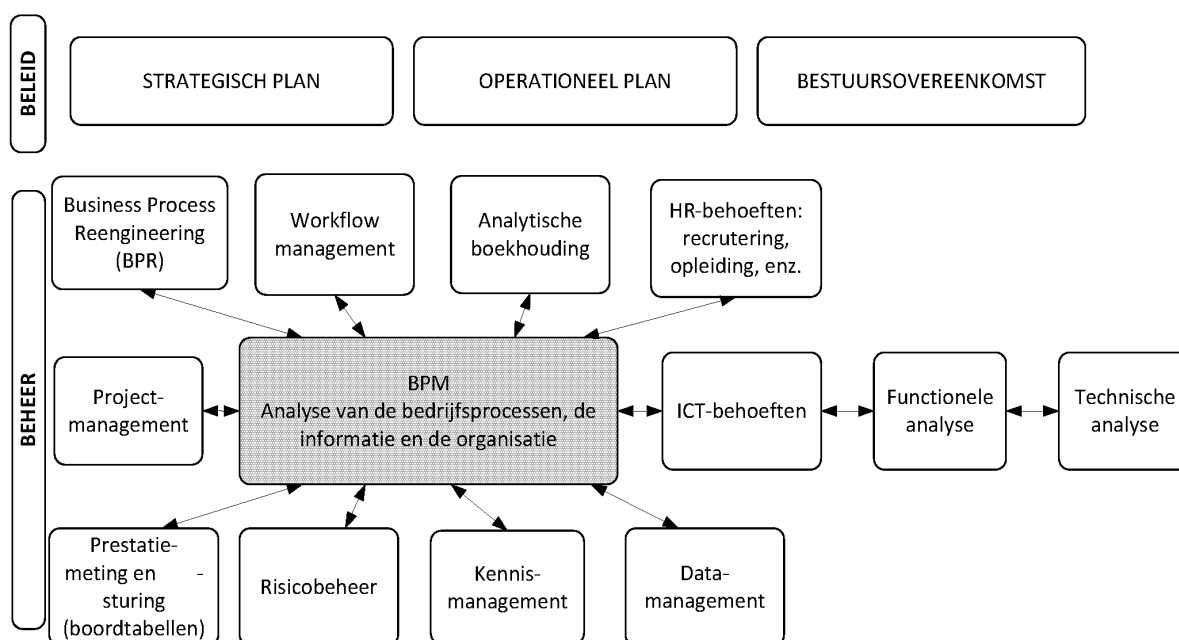
Externe afhankelijkheden

- De medewerking van de externe actoren.

TITEL XII: Organisatieontwikkeling en behoorlijk bestuur

Reeds verschillende jaren zet het RIZIV versterkt in op de ontwikkeling van behoorlijk bestuur. Heel wat initiatieven op dit vlak werden al genomen, opeenvolgend in de 2^{de} Bestuursvereenkomst, de Wijzigingsclausule 2009 en de 3^{de} Bestuursvereenkomst. Het gaat over projecten in de domeinen van o.a. Projectmanagement, Business Process Management (BPM), risicobeheersing, interne controle en interne audit, prestatiemeting- en management (KPI's, Balanced Scorecards,...), kwaliteitsmanagement (CAF) en klachtenbeheer.

Deze verschillende methoden, technieken en instrumenten van beleid en beheer hebben elk hun rol in het dagelijks functioneren van de RIZIV-organisatie en vormen de basis voor de uitbouw van een geïntegreerde visie op beleid en beheer. In dit kader is een geïntegreerd model inzake beleid en beheer voor het RIZIV opgemaakt. Dit is ons managementmodel, en ziet er als volgt uit:



Het ontwikkelen van dit model evenals het opstarten van diverse projecten van beleid en beheer vinden hun oorsprong in een specifieke noodzaak en aandacht voor organisatiebeheersing. Organisatiebeheersing kan het best omschreven worden als het proces dat door het management én het personeel ondernomen wordt om redelijke zekerheid te bekomen dat de doelstellingen van de organisatie gerealiseerd worden. Meer specifiek wordt het systeem van interne controle ontworpen om redelijke zekerheid te verschaffen in de volgende domeinen:

- het bereiken van de haar opgelegde doelstellingen en de uitvoering en opvolging van beslissingen;
- de naleving van wetten, decreten, besluiten, reglementeringen en procedures;
- de nauwkeurigheid, juistheid, volledigheid, tijdigheid en bruikbaarheid van de financiële en beheersinformatie;
- de efficiëntie van haar operaties en het efficiënt inzetten van haar middelen;
- de bescherming van haar activa en de voorkoming van fraude.

In de periode van de 4^{de} bestuursovereenkomst wil het RIZIV de uitbouw van de beleids- en beheersinstrumenten verder zetten. Binnen de huidige maatschappelijke en budgettaire context is gekozen om volgende 3 pijlers te accentueren, zijnde:

- het ondersteunen van de medewerkers,
- het inzetten op efficiëntie van de processen,
- het ontwikkelen van risicobeheer, interne controle en interne audit

De komende 3 jaren zal dus de focus liggen op 3 domeinen (en dit in lijn met de synergieën op niveau van de OISZ zoals verder beschreven in deze bestuursovereenkomst). Ten eerste zal specifieke aandacht gaan naar het welzijn van de medewerkers met o.a. de verdere uitbreiding van telewerk en de installatie van een Employee Self Service-tool die het mogelijk maakt voor medewerkers om een aantal administratieve transacties (bv. verloven) elektronisch te laten verlopen, maar ook een versterkt anticiperen op de uitstroom van de medewerkers de komende jaren.

Het RIZIV zal ook verder inzetten op initiatieven inzake het Business Proces Management. Een speciale aandacht zal eveneens gaan naar het optimaliseren van het beheer van de geschillen met een generationaliseerd en efficiënt proces voor centraal en decentraal beheer van de dossiers voor de geschillen.

Ten slotte zal een interneauditfunctie in het RIZIV worden opgestart en uitgebreid. Daarbij wordt vertrokken van de gemeenschappelijke visie die op het niveau van het College van OISZ is ontwikkeld. De ontwikkeling van de interneauditfunctie is een belangrijke volgende stap in het proces van permanente verbetering, past binnen een streven naar deugdelijk overheidsbestuur en komt tegemoet aan vragen en aanbevelingen vanwege de Staat, het Rekenhof en andere toezichtsactoren.

Vooraleer over te gaan tot de 3 domeinen zoals hierboven beschreven vestigen we hierbij de aandacht op de medewerking van het RIZIV aan eProcurement. Het RIZIV werkt reeds van bij de start (begin 2010) mee aan het eProcurement project, en wil zich de komende jaren verder verbinden tot het toepassen van de nieuwe functionaliteiten van eProcurement (e-Awarding, e-Catalogue). Sinds 1/1/2011 is e-Notification in productie voor alle openbare aanbestedingen die moeten gepubliceerd worden in Bulletin der Aanbestedingen en/of Publicatieblad van de Europese Unie; daarbij wordt sedert eind 2011 e-Tendering gebruikt om elektronische offertes te ontvangen en te openen.

Artikel 29. Aandacht voor het ondersteunen en het welzijn van de medewerkers

Artikel 29.1. Ontwikkelen van E-HR

Omschrijving

Gradueel implementeren van een moderne geïnformatiseerde toepassing van personeelsadministratie met integratie van een 'employee self service' en een 'management information system'.

Kader

Interne organisatie

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Uniforme toepassing van de wetgeving
- Bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie
- Administratieve vereenvoudiging

Context

Het RIZIV wenst de komende jaren een integrale vernieuwing van het HR informaticasysteem door te voeren. Dit zal uiteraard gradueel gebeuren, met een eerste focus op de vernieuwing van de database van het personeelsbestand en de loonmotor. De huidige LISA toepassing met de modules SPIL en Elvire wordt vervangen door een nieuwe tool, nl. ARNO. Deze zal eind 2012-begin 2013 al operationeel zijn.

Een volgende stap in het e-HR gebeuren is de opzet van een Employee Self Service-tool, waarbij de personeelsleden zelf toegang zullen krijgen tot verschillende functionaliteiten. Een dergelijke self service zal de dynamiek en personeelsparticipatie bevorderen. Met de Employee Self Service-tool kunnen medewerkers zelf toegang verkrijgen tot hun gegevens en kunnen ze hun persoonlijke informatie aanpassen. Zuiver administratieve gegevensinvoer voor wat betreft o.a. aanvragen voor verlof en andere afwezigheden,... zal niet langer door de personeelsadministratie dienen te gebeuren. Ook zal herhaalde invoer door de HR-dienst in de verschillende databases en toepassingen niet meer nodig zijn. De vrijgekomen tijd in de HR-dienst kan dan gaan naar andere domeinen die een grotere toegevoegde waarde zullen bieden in de ondersteuning van de medewerkers. Ook zal dit leiden tot een afschaffing van een reeks papieren formulieren en bijhorende processen, aangezien de betreffende processen geautomatiseerd via een systeem van elektronische workflows zullen verlopen. Dit alles met een positieve impact op de middelen en met aandacht voor duurzame ontwikkeling.

De invoer van een Employee Self Service zal uiteraard in stappen gebeuren en dus gefaseerd ingevoerd worden de komende jaren. Concreet zullen de medewerkers van het RIZIV voor volgende elementen zelf aan de slag kunnen voor het inkijken en beheren van:

- Afwezigheden: online aanvragen en loggen van afwezigheid. Papieren verlofbladen en papieren formulieren voor het aanvragen van afwezigheden behoren tot het verleden.
- Persoonlijke gegevens & gegevens over de organisatiestructuur: accurate registratie van persoonlijke basis- en contactgegevens van de medewerkers; makkelijk op te vragen, transparante informatie over het eigen personeelsdossier, mogelijkheid om via de toepassing aanpassingen in de administratieve situatie door te geven (bijvoorbeeld een adreswijziging, huwelijk, kinderen,...).
- En andere toekomstige uitbreidingen voor het aanvragen van opleidingen, het opvolgen van het eigen evaluatiedossier (ontwikkelcirkels), enz...

In het kader van het eerste jaar van de 4^{de} bestuursovereenkomst verbindt het RIZIV zich ertoe om het verlofblad op elektronische wijze te beheren. Dit wil zeggen dat de workflow, registratie van de gegevens en de autorisaties volledig op elektronische wijze zullen verlopen vanaf 2014 (actie-verbintenis 1). Het betreft een informatisering van een 10.000-tal encodings per jaar.

Het e-HR systeem zal eveneens toelaten makkelijk en transparant informatie over medewerkers en leidinggevenden op te vragen (wie doet wat, organogrammen, functies, competenties, ervaringen...). Het is de bedoeling om via dit vernieuwd systeem een volwaardige module voor het bijhouden van statistieken en rapporten op verschillende niveaus te ontwikkelen. En dit via de uitbouw van een 'Management Information System'. De mogelijkheid zal geboden worden om zowel rapporten voor het dagdagelijks beheer als voor het Management op te maken. Denken we hierbij o.a. concreet aan

rapporteringen (tabellen, grafieken, ...) voor het Directiecomité voor wat betreft specifieke KPI's² op vlak van HR (snelle en systematische oplevering van de HR-balanced scorecard zoals ontwikkeld in het kader van de vorige bestuursovereenkomst), maar ook aan rapporten voor de Directieraad en het Algemeen Beheerscomité. En dit in verschillende vormen, voor diverse criteria en op verschillende niveaus. In de loop van 2014 zal het RIZIV 3 standaardrapporten opleveren, zijnde een rapport met de HR-KPI's (deel FED20), een rapport voor de opvolging van het personeelsbestand en een voor de opvolging van het personeelsbudget (actie-verbintenis 2).

Parallel met deze ontwikkelingen zal het administratieve beheer van verschillende personeelsprocessen binnen de HRM-dienst vereenvoudigd en geprofessionaliseerd worden (selecties, bevorderingen, evaluaties, functiebeschrijvingen, ...). Het basisprincipe is dat steeds met dezelfde database gecommuniceerd wordt en alle dubbel gebruik wordt weggewerkt. In dit deel wordt een link gelegd met procesmanagement, gezien telkens de impact op de processen, de organisatie van het werk en de rollen van de medewerkers in kaart worden gebracht.

Het e-HR zal ook voor de externe partners een vereenvoudiging betekenen. Zowel de uitwisseling van informatie met Medex, de FOD Financiën, de RVA en de FOD P&O zullen sneller en accurater verlopen. En dit ook voor het beantwoorden van allerlei externe en interne vragen (bv. Parlementaire vragen).

Acties – verbintenissen:

1. Start van de uitrol van de Employee Self Service met een 1^{ste} oplevering van het elektronisch verlofblad. Streefdatum: 31/12/2013.
2. Realisatie van de eerste drie modules van het MIS (Management Information System), zijnde:
 - een standaardrapport met de FED-20 KPI's (HR-BSC)
 - een gestandaardiseerd rapport met de evoluties van het personeelsbestand
 - een gestandaardiseerd rapport met de evoluties van het personeelsbudgetStreefdatum: 31/12/2014.

Verwachte effecten

- Vereenvoudiging en verbetering van de HR processen met aangepaste informatica middelen.
- Verhoogde tevredenheid van de RIZIV medewerkers van de HR processen, mede dankzij de self-service mogelijkheid.
- Betere toegang tot betrouwbare data, voor analyse en beslissingen
- Performantere uitwisseling van informatie met externe partners.

Externe afhankelijkheden

- Respecteren van de afspraken door de externe leverancier.
- Synergieën met andere Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid (gezamenlijke ontwikkeling, gezamenlijke aankoop van toepassingen,...)

² Key performance indicators of kritische performantie indicatoren.

Artikel 29.2. Anticiperen op de uitstroom inzake personeel

Omschrijving

Anticiperen op de uitstroom inzake personeel, via o.a. de ontwikkeling van polyvalentie, heroriëntatie van de medewerkers, kennisoverdracht...

Kader

Interne organisatie

Krachtlijnen

- Bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie
- Procesverbetering en informatisering

Context

De RIZIV staat voor een enorme uitdaging. De komende 5 jaar zal ongeveer 20 % van het personeel op pensioen gaan en dus de organisatie verlaten. Binnen de groep van vertrekkers zijn verschillende profielen op te merken. Uiteraard gaat het ook over belangrijke en cruciale functies, met dus een aanzienlijk risico op verlies aan expertise van zowel medische aard als op vlak van management.

Deze vaststelling stelt voor het RIZIV 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. Deze uitdagingen voegen zich toe aan de resultaten uit de periodieke welzijnsenquête die aangeven dat een aantal kerndiensten belast zijn met een aanzienlijk niveau van werkdruk.

Bijkomend aan deze pensioengolf wordt het RIZIV net als andere Openbare diensten geconfronteerd met de strakke budgettaire context. Dit maakt dat er weinig of zo goed als geen ruimte is voor aanwervingen de eerstkomende jaren.

De nood aan besparingen gekoppeld aan een massaal vertrek van medewerkers noopt het RIZIV tot een aantal fundamentele analyses. Hierbij is de centrale vraag: Hoe kunnen we als organisatie in de komende jaren op een optimale wijze onze beschikbare maar schaarse middelen (minder resources en budgetten) inzetten en op een efficiënte wijze onze processen draaiende houden en onze opdrachten uitvoeren?

Het RIZIV wil in het kader van de looptijd van de 4^{de} bestuursovereenkomst volop inzetten op volgende concrete aspecten:

- Het maken van de nodige analyses die een zicht kunnen bieden op de meest kritische punten (functies, competenties,...),
- het ontwikkelen van een methodologie zodat de noden aan polyvalentie en heroriëntatie in kaart kunnen worden gebracht en structureel kunnen worden opgevolgd,
- het opzetten van een screeningsmodel voor de beschikbare competenties. Dit om een zicht te verkrijgen op het potentieel dat in de organisatie aanwezig is om de toekomstige noden in te vullen.

Uiteraard staat dit project in nauw verband met de verdere uitrol van het procesmanagement (zie hoger). De keuze bij het uitvoeren van specifieke procesanalyses voor processen gekoppeld aan werklastmetingen zal gebaseerd zijn op de meest kritische processen.

Het RIZIV wenst zich hierbij aan te sluiten bij de initiatieven van het College van OISZ inzake de te ontwikkelen synergieën op vlak van proactiviteit bij de uitstroom, op vlak van kennisoverdracht, enz...

Acties – verbintenissen:

1. Opmaken van een verslag voor het Directiecomité met een analyse van de meest kritische punten (functies, competenties,...) op vlak van personeelsbezetting. Streefdatum: 31/12/2013.
2. Ontwikkelen van een methodologie waarmee de noden aan polyvalentie en heroriëntatie in kaart kunnen gebracht worden en structureel kunnen worden opgevolgd. Streefdatum: 31/12/2014.
3. Opmaken van een plan voor kennisoverdracht, specifiek voor de te vervangen functies en gericht op polyvalentie. Streefdatum: 31/12/2015.

Verwachte effecten

- De continuïteit van de dienstverlening van het RIZIV garanderen.

Externe afhankelijkheden

Geen.

Artikel 30. Versterken van procesanalyses en efficiëntie in de processen

Artikel 30.1. Business Process Management

Dit artikel bouwt voort op verbintenissen uit eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV, nl. artikel 38b van de wijzigingsclausule 2009 bij de 2^{de} bestuursovereenkomst en artikel 50.1. van de 3^{de} bestuursovereenkomst 2010-2012.

Omschrijving

Het verder ontwikkelen van BPM in het RIZIV.

Kader

Interne organisatie

Krachtlijnen

- Bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie
- Procesverbetering en informatisering
- Administratieve vereenvoudiging

Context

Het RIZIV heeft de voorbije jaren het BPM (Business Proces Management)-traject verder uitgerold (zie verder). Reeds in de vorige bestuursovereenkomst is de fundamentele waarde 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.

Heel wat elementen van het BPM-traject werden de voorbije jaren uitgevoerd, en werden opgenomen in de rapportering van de vorige bestuursovereenkomsten. Het betreft o.a. :

- De methodologische uitwerking van het Business Process Management in het RIZIV (BIO-analyses, standaarden, templates, Tools, afspraken,...) .
- Verschillende cycli van basisopleidingen en bijhorende coachingsessies ter ondersteuning van de functioneel verantwoordelijken. Zo'n 100-tal personen volgden ondertussen deze opleiding.
- De concrete uitwerking van BIO-analyses voor specifieke processen uit de kerndiensten en algemeen ondersteunende diensten.
- De uitwerking van een organisatiemodel om met behulp van externe business analisten de analysecapaciteit binnen het RIZIV te versterken.
- Een specifieke omkadering van deze externe analisten op vlak van programmatorische sturing, inhoudelijke sturing, dagelijkse aansturing en methodologische coaching.
- De methodologische voorbereiding en eerste draft van macroprocesmap voor het RIZIV.

- Lidmaatschap (sedert 2011) van het BPM Network van de Vlerick Management School. Via dit lidmaatschap is het mogelijk om expertise binnen te halen en op een professionele wijze het BPM-programma verder uit te bouwen

De komende jaren zal de focus vooral liggen op volgende aspecten:

- De finalisering van de macroprocesmap van het RIZIV. Dit is een complexe en intensieve oefening. De macroprocesmap identificeert de grote procesdomeinen van het RIZIV. Deze procesdomeinen groeperen gelijkaardige individuele processen. De procesmap laat toe om interne controle op niveau van een procesdomein, een macroproces, een individueel proces, een subproces en een activiteit vast te leggen. Dit laat eveneens toe om generieke procesblokken te definiëren en andere elementen van beheer op een efficiëntere wijze door te voeren (ICT-ontwikkelingen, indicatoren definiëren, risico's bepalen, aandacht voor kwaliteit, het bepalen van de HR-behoefte ...). De bedoeling is om tot een geïntegreerde aanpak te komen van procesverbetering, risicobeheersing en performantiemeting.
- Het uitvoeren van procesanalyses voor enkele kritische processen. Hierbij ligt de focus op het rationaliseren van processen met aandacht op efficiëntie en kennisoverdracht. De keuze van de processen zal gebeuren op basis van de macroprocesmap en op basis van de gedetecteerde risico's op vlak van uitstroom van medewerkers (cfr. HR-project).
- In lijn met de synergieën tussen de OISZ zal ook gestart worden met werklasmetingen (zie verder bij de algemene bepalingen). Deze activiteit vereist de ontwikkeling van een specifieke methodologie en vraagt dus een bijzondere inspanning van het RIZIV. Hiervoor zal ook externe expertise nodig zijn.

Zoals reeds toegelicht in enkele voorgaande kernprojecten zal de verdere uitrol van het BPM-project volledig in lijn zijn met de huidige evoluties op vlak van ICT en meer specifiek voor wat betreft het programma Platinum. Dit programma gebruikt als basis de procesanalyses en bestaat o.a. uit volgende luiken:

- het CAMAS (Case Management solution)-project: dit is de implementatie van een ICT-tool voor het beheer van alle individuele dossiers. Op termijn wil dit zeggen dat alle ICT-toepassingen voor individueel dossierbeheer vanuit eenzelfde gemeenschappelijke module zullen opgebouwd worden.
- het IOC (In & outbound Communication)-project: dit is de implementatie van een tool voor een geïntegreerd en transversaal beheer van alle in- en uitgaande communicatie, zowel wat betreft telefoons, post, e-mail.

Acties – verbintenissen:

1. Oplevering van de macroprocesmap met toelichting aan het Directiecomité. Streefdatum: 31/12/2014.

Verwachte effecten

- Efficiëntiewinsten door het rationaliseren van processen.
- Het gestandaardiseerd gebruiken van gemeenschappelijke proces- en ICT componenten bij toekomstige ontwikkelingen.

Externe afhankelijkheden

Geen.

Artikel 30.2. Optimaliseren van het geschillen beheer

Dit artikel is een nieuw project dat niet in de vorige bestuursovereenkomsten van het RIZIV was opgenomen.

Omschrijving

Verbeteren en informatiseren van het beheer van de geschillen van het RIZIV, zowel centraal als decentraal.

Kader

Regelen, interne organisatie

Krachtlijnen

- Bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie
- Procesverbetering en informatisering
- Administratieve vereenvoudiging

Context

Reeds enkele jaren wordt door de algemeen ondersteunende diensten alsook door de kerndiensten ingezet op een optimaler en efficiënter beheer van de geschillen, zowel op centraal als op decentraal niveau. Diverse initiatieven werden hierbij genomen, zijnde:

- Creatie van een overlegplatform tussen de verschillende juridische diensten van het RIZIV,
- De organisatie van workshops met het oog op een coherente aanpak,
- Analyse van de huidige processen van de behandeling van de geschillen, met een oplevering van een BIO-analyse op verschillende niveaus van de activiteiten.
- Inventarisatie van de verschillende ICT-toepassingen die momenteel in gebruik zijn in de verschillende diensten. Een aantal ervan zijn einde levensduur en dus dringend aan vervanging toe.

De bedoeling van dit optimaliseringsproject is veelvuldig, nl:

- een verbetering en informatisering van het beheer van de bestaande processen,
- een betere integratie op RIZIV-niveau, met een harmonisering van de databestanden en het gebruik van een elektronische workflow)
- het verminderen van de instroom van geschillen,
- een betere interne communicatie van de informatie over de dossiers,
- het opleveren van managementinformatie inzake de behandeling van de geschillen (o.a. ontwikkelen van indicatoren)

Zoals reeds toegelicht in enkele voorgaande kernprojecten zal ook dit project worden ontwikkeld in het kader van het programma Platinium. Voor de ontwikkeling van de toepassing geschillen zullen o.a. volgende luiken gebruikt worden:

- het luik CAMAS (Case Management solution): dit is de implementatie van een ICT-tool voor het beheer van de individuele dossiers. In dit project gaat het dus over de individuele dossiers van de geschillen.
- het luik IOC (In & outbound Communication): dit is de tool voor het geïntegreerd en transversaal beheer van alle in- en uitgaande communicatie, zowel wat betreft telefoons, post, e-mail. in het kader van het beheer van de geschillen is het dus de bedoeling om alle inkomende en uitgaande post in een elektronische stroom op te nemen.

Het RIZIV wil tijdens de looptijd van deze bestuursovereenkomst overgaan tot de implementatie van een moderne tool voor het beheer van de geschillen (in eerste instantie voor het centrale deel) alsook tot de ontwikkeling van een rapportering inzake de voortgang van de dossiers (opvolgingsinstrument met mogelijke indicatoren).

Acties – verbintenissen:

1. Beschikken over een centrale tool (deel 1) voor het geïnformatiseerd beheer van de geschillen (integratie van de databestanden). Streefdatum: 31/12/2014.
2. Workflow tool: koppelen van de decentrale diensten aan de centrale tool. Streefdatum: 31/12/2015.
3. Ontwikkelen van rapporten mbt de evolutie van de geschillendossiers o.a. analyse van de oorzaken om de betwistingen trachten te beheersen. Streefdatum: 31/12/2015.

Verwachte effecten

- Toenemen van de efficiëntie in het beheer van de processen voor de geschillen.
- Toenemende effectiviteit in de geschillendossiers.

Externe afhankelijkheden

Geen.

Artikel 31. Versterken van risicobeheer, interne controle en interne audit

Artikel 31.1 Opstart en uitbouw van de Dienst Interne Audit

Dit artikel bouwt voort op engagementen uit eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV, nl. artikel 38 van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 en de artikels 50.3. en 50.4. van de Bestuursovereenkomst 2010-2012.

Omschrijving

Het opstarten en uitbouwen van een interne auditfunctie in het RIZIV.

Kader

Interne organisatie

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Administratieve vereenvoudiging
- Uniforme toepassing van de wetgeving
- Bijdragen tot kostenbeheersing en middelenefficiëntie

Context

De oprichting en uitbouw van een Dienst Interne Audit in het RIZIV past binnen een gemeenschappelijke visie inzake interne audit die op het niveau van het College van OISZ is ontwikkeld. De ontwikkeling van de interne auditfunctie is een volgende stap in het proces van permanente verbetering in de OISZ, past binnen een streven naar deugdelijk overheidsbestuur en komt ook tegemoet aan vragen en aanbevelingen vanwege de Staat, het Rekenhof en andere toezichtsactoren binnen de OISZ. De gemeenschappelijke visie van het College van OISZ is neergelegd in twee charters die de basis vormen voor de organisatie en werking van de interne auditfuncties en de ermee samenhangende Auditcomités: een Gemeenschappelijk Charter van de Interne auditfunctie in de OISZ en een Gemeenschappelijk Charter van de Auditcomités in de OISZ. De afzonderlijke OISZ hebben de mogelijkheid om via een 'comply or explain'-methodiek deze charters al dan niet aan hun eigenheden aan te passen.

De oprichting van een Dienst Interne Audit in het RIZIV is reeds geruime tijd voorzien en voorbereid en past binnen een meerjaren aanpak om de organisatiebeheersing – interne controle in de ruime zin van het woord – stelselmatig te versterken. De hefboom voor de versterking van de organisatiebeheersing was de invoering in 2002 van het instrument van de Bestuursovereenkomst die aanleiding heeft gegeven tot de versterking van de strategische en operationele planning en opvolging, de invoering van beheersmethoden als projectbeheer, procesanalyse, prestatiemeting, kwaliteitsbeheer e.d.m. Daarbij is ook aandacht besteed aan het integreren van risicobeheer, bv. operationele risicoanalyse binnen het projectmanagement, operationele risicoanalyse op basis van procesbeschrijvingen, strategische risicoanalyse op basis van een CAF-oefening, e.d.m.

Vanaf 2007 zijn binnen het RIZIV ook een aantal ad hoc auditopdrachten uitgevoerd op vlak van bijvoorbeeld de aankoopprocessen, incl. de begeleiding van een proces re-engineering en de invoering van een nieuwe applicatie (EPM); een analyse van de naleving van de reglementering inzake overheidsopdrachten; een mini-audit van de procedures inzake crisismanagement; de begeleiding van de Financiële Directie (sectie Bijdragen Gepensioneerden en sectie Bijzondere Inkomsten) bij het analyseren van de risico's in haar processen en de kwaliteit van de interne controlesystemen; de methodologische ondersteuning bij een audit van het licentiebeheer in de ICT-dienst; etc.

In lijn met de visie, charters en roadmap voor implementatie die op het niveau van het College van OISZ zijn opgemaakt, is de oprichting van een Dienst Interne Audit in het RIZIV voorzien in de loop van 2012. De Dienst Interne Audit wil zich positioneren als een onafhankelijke, objectieve en bekwame partner van het management en de beheerders van het RIZIV die:

- redelijke zekerheid verstrekt over de mate waarin het RIZIV haar werking, processen en risico's beheerst door middel van het uitvoeren van methodische, systematische, gedisciplineerde evaluaties ('assurance');
- doordachte en haalbare verbetervoorstellen formuleert op basis van de uitgevoerde evaluaties ('recommendations');
- advies verleent op vlak van de beheersing van de werking, processen en risico's van het RIZIV ('consultancy').

In 2012 zullen de nodige initiatieven worden genomen om de Dienst Interne Audit formeel op te richten, te verankeren in het organogram en te bestaffen op basis van de personeelsbehoefteanalyse die midden 2011 werd uitgevoerd. Vanzelfsprekend worden de nodige besluitvormingsmomenten op het niveau van het Directiecomité en het Algemeen Beheerscomité voorzien. In samenspraak met het Algemeen Beheerscomité zal ook worden bepaald hoe in haar schoot een Auditcomité kan worden opgericht dat – in samenspraak met de Algemene Directie – functioneel toezicht zal houden op de activiteiten van de Dienst Interne Audit.

Wat de operationele activiteiten van de Dienst betreft, zal een eerste uitdaging de opmaak van een Auditplan op basis van een risicoanalyse zijn. Daarnaast dienen ook methoden en technieken worden ontwikkeld voor het uitvoeren van auditopdrachten. Op basis van dat Auditplan en in functie van de beschikbare middelen kan vervolgens – vanaf 2013 – gestart worden met het uitvoeren van auditopdrachten en het formuleren van aanbevelingen. Naast deze zekerheidsverstrekende opdrachten ('assurance') zal de interneauditfunctie begeleiding van de organisatie voorzien bij het ontwikkelen van haar risicobeheer, internecontrolesystemen, of andere aspecten van haar organisatiebeheersing ('consultancy'). Ook zullen sensibiliserende acties op vlak van risicobeheer, interne controle en organisatiebeheersing worden voorzien. Jaarlijks zal de Dienst Interne Audit een rapport opmaken met een overzicht van de uitgevoerde activiteiten en de behaalde resultaten in deze verschillende domeinen. Dit rapport zal worden voorgelegd aan het Auditcomité en de Algemene Directie, en vervolgens ook aan het Algemeen Beheerscomité. Voor het einde van de Bestuursovereenkomst 2013-2015 zal in samenspraak met deze actoren ook een evaluatie worden uitgevoerd over de werking en resultaten van de Dienst Interne Audit tijdens de eerste drie jaar van zijn bestaan en de verwachtingen voor de volgende periode.

Naast de RIZIV-specifieke actie-verbintenissen die in dit artikel worden geformuleerd, zal het RIZIV ook actief bijdragen tot de realisatie van de gemeenschappelijke doelstellingen inzake interne audit die door de OISZ zijn geformuleerd in het kader van de gemeenschappelijke bepalingen van de 4^e generatie Bestuursovereenkomsten (cf. artikel 58), o.m. op vlak van de ontwikkeling van het PLATINA-netwerk en de afstemming van de interne auditfunctie in de OISZ met de activiteiten van de andere toezichtsactoren zoals bijvoorbeeld het Rekenhof.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Voorleggen aan de Algemene Directie, het Auditcomité en het Algemeen Beheerscomité van een Auditplan. Streefdatum: 31/03/2013
2. Voorleggen van een overzichtsrapport ten behoeve van het de Algemene Directie, het Auditcomité en het Algemeen Beheerscomité inzake de activiteiten en resultaten van interne audit tijdens het voorbije kalenderjaar. Streefdatum: 31/03/2014; 31/03/2015
3. Voorleggen van een evaluatierapport aan de Algemene Directie, het Auditcomité en het Algemeen Beheerscomité over de werking van de Dienst Interne Audit in het RIZIV. Streefdatum: 31/12/2015

Verwachte effecten

- Een verhoogd niveau van redelijke zekerheid voor het management en de beheerders van de organisatie over een adequate en effectieve beheersing van de risico's.
- Een versterking van de organisatiebeheersing en het deugdelijk overheidsbestuur binnen het RIZIV.

Externe afhankelijkheden

- Ontwikkelingen op het niveau van het College van OISZ in het kader van de synergieën op vlak van de interne auditfuncties en de auditcomités.

TITEL XIII: Overdracht naar en afstemming en samenwerking met andere overheidsdiensten

Artikel 32. Ontwikkelen van een model betreffende voorspellingen van de uitgaven in de gezondheidszorg in samenwerking met het Planbureau

Dit artikel omvat een nieuw project dat niet in de Bestuursovereenkomst 2010-2012 was opgenomen.

Omschrijving

De uitbouw van een projectiemodel voor de RIZIV-uitgaven geneeskundige zorgen. Een samenwerkingsproject tussen het Planbureau en het RIZIV.

Kader

Evalueren, informeren, adviseren

Krachtlijnen

- Kostenbeheersing
- Nieuwe dienstverlening : procesverbetering en informatisering

Context

De publieke uitgaven voor de gezondheidszorg vertegenwoordigen, sinds de oprichting in 1963 van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Wet van 9 augustus 1963), een stijgend aandeel in het bruto binnenlands product. Gelet op de omvang van deze uitgaven wordt groot belang gehecht aan de te verwachten evolutie ervan op korte, middellange en lange termijn. Wat de korte termijn betreft, maakt de afdeling Actuariële Studiën en Boekhouding van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV ramingen van de uitgaven in het kader van de opvolging en opmaak van de begroting voor het lopende en volgende jaar. Het Federaal Planbureau maakt, in het kader van de jaarlijkse middellange termijn projecties, ramingen van de toekomstige evolutie van de uitgaven over een periode van één tot vijf jaar. De Hoge Raad voor Financiën ten slotte, maakt projecties van de uitgaven op lange termijn in het kader van zijn jaarlijks verslag van de Studiecommissie voor de Vergrijzing.

Dit project vloeit voort uit een groeiende behoefte aan inzicht in de factoren die de evolutie van de gezondheidszorguitgaven bepalen. Het betreft de ontwikkeling van een nieuw model dat de voordelen van de huidige methoden combineert door gebruik te maken van statistische relaties op het niveau van de uitgavengroepen (huidige projecties) en geschat op basis van individuele gebruiksgegevens (nieuwe dimensie). Het inzicht in het individuele niveau is een element dat momenteel ontbreekt. Dit project heeft dan ook de ambitie deze leemte op te vullen en dit via de ontwikkeling van een model welke op langere termijn de evoluties van het verbruik van gezondheidszorgen op individueel niveau mogelijk moet maken. Op basis van dit model zal nieuwe interessante beleidsinformatie ontsloten worden en kan aldus een belangrijke meerwaarde geboden worden. De belangrijkste onderzoeksvragen die met het beoogde model zouden moeten kunnen beantwoord worden zijn:

- Wat zijn de 'drivers' van publieke gezondheidszorguitgaven? Welke variabelen sturen m.a.w. de evolutie van de uitgaven?
- Wat is de verwachte evolutie van de publieke gezondheidszorguitgaven op korte en middellange termijn?
- Wat is de mogelijke impact van hervormingen in de regelgeving op het zorggebruik en de uitgaven?
- Wat is de maatschappelijke bijdrage van de verplichte ziekteverzekering?

In het kader van dit project wil men zoveel mogelijk individuele informatie verzamelen en dus projecties maken op basis van gegevens betreffende de patiënten met zoveel mogelijk parameters die doorslaggevend zijn voor de gezondheid. De tot nu toe gemaakte projecties berusten uitsluitend op een verbruik uitgedrukt in gevallen en niet in patiënten.

Door mee te werken aan dit project krijgt het Federaal Planbureau toegang tot de medische expertise van het RIZIV en tot de expertise van de Dienst Actuarieel op het vlak van begrotingsvoorspellingen. Omgekeerd zal het RIZIV de ervaring van het Federaal Planbureau i.v.m. voorspellingen op nationaal vlak kunnen benutten. Er zullen ook links moeten worden gelegd met het project « Vergrijzing » van de Cel Expertise & Coopami en met de projecties die erin worden voorgesteld (cf. Bestuursovereenkomst 2010-2012, artikel 13).

Om deze microvisie te verwezenlijken, werd in dit project, als oplossing, voor de permanente steekproef gekozen (samengesteld door het IMA en gefinancierd door het RIZIV) : een databank waarin, voor een representatieve groep individuen (1/40e) van de Belgische bevolking – groep die sedert 2002 wordt opgevolgd –, alle gegevens van ambulante zorg en zorg in het ziekenhuis worden geïntegreerd. Naast deze gegevens vindt men er ook sociaal demografische gegevens.

Dit project is een ware uitdaging omdat de permanente steekproef niet meer de volledige Belgische bevolking zal weergeven. Wat het Federaal Planbureau en het RIZIV zullen winnen op het vlak van de kwaliteit en volledigheid van de informatie op patiëntenniveau zal slechts gelden voor 1/40e van de Belgische bevolking. De kern zelf van het project bestaat dus erin om een projectiemodel te ontwikkelen dat rekening houdt met het consumptieniveau en de evolutie van de gezondheidstoestand van de Belgische bevolking, en dat betrouwbaar is op nationaal vlak.

In het kader van afstemming over en opvolging van dit project is tussen het RIZIV en het Planbureau afgesproken om een Begeleidingscomité op te richten. Dit comité zal bestaan uit leden van het Planbureau, de Cel Expertise & Coopami, de Dienst Geneeskundige Verzorging & de Algemene Directie van het RIZIV. Ook zal vanuit het RIZIV een periodieke rapportering over de voortgang van dit project gebeuren. De Cel Expertise & Coopami zal deze rapportering op zich nemen.

Verwachte effecten

Een betere projectie van de uitgaven voor gezondheidszorg die rekening houdt met de evolutie van de gezondheidstoestand van de Belgische bevolking.

Externe afhankelijkheden

Samenwerking met het Federaal Planbureau.

Artikel 33. Instappen in het project elektronisch proces-verbaal (ePV) van de FOD WASO

Omschrijving

Implementatie van het e-PV in de Dienst Administratieve Controle.

Kader

Controleren

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Uniforme toepassing van de wetgeving
- Bijdragen tot kostenbeheersing en middelen efficiëntie

Context

Om de strijd tegen de sociale fraude te verbeteren is een 10-tal jaar terug tussen de inspectiediensten overleg opgestart om tot een uniform gegevensmodel voor een elektronisch proces-verbaal te komen. Het gebruik van een ePV en een gecentraliseerde databank over alle inspectiediensten heen geeft volgende voordelen:

- het verhoogt de kwaliteit van de processen-verbaal,
- het maakt het mogelijk om meer informatie met elkaar uit te wisselen (nauwere samenwerking tussen de inspectiediensten),
- het laat toe efficiënter gebruik te maken van de tijd en de middelen,
- het zorgt voor meer vervolgingen en boetes,
- en het geeft de mogelijkheid om betere beleids- en beheersinformatie op te leveren aangezien meer en betere statistische informatie beschikbaar wordt.

Het ePV is toegankelijk voor o.a. de inspectiediensten, de arbeidsauditeurs en de Directie Administratieve Geldboeten (FOD WASO).

Naast dit uniform gegevensmodel is ook een geïntegreerd sociaal strafwetboek opgemaakt. Dit sociaal strafwetboek bundelt alle strafbepalingen in 1 wetboek, met inbegrip van de inbreukniveaus en bijhorende sancties.

In een eerste fase van het project ePV zijn inspectiediensten van de RSZ, de RVA, de FOD WASO (Toezicht Sociale Wetten) en de FOD Sociale Zekerheid (Sociale Inspectie) ingestapt. Het gaat over ongeveer duizend inspecteurs die ondertussen reeds gebruik maken van deze nieuwe werkwijze.

De komende jaren is het de bedoeling om ook andere inspectiediensten gebruik te laten maken van het ePV (o.a. RSVZ, RKW, RIZIV, RJV, de politie, regionale instanties,..). Het RIZIV zal de komende maanden samenwerken met de FOD WASO opdat de inspecteurs van het RIZIV (in eerste instantie de sociaal controleurs van de dienst Sociale Controle bij de Dienst Administratieve Controle, in een latere fase de sociaal inspecteurs van de dienst Controle VI van Dienst Administratieve Controle) in de toekomst gebruik zouden kunnen maken van het ePV. Hiervoor zal de Dienst Administratieve Controle van het RIZIV actief deelnemen aan de initiatieven die vanuit de FOD WASO worden genomen, zoals o.a. de "Werkgroep gegevensuitwisseling".

Acties – verbintenissen:

1. Een actieve medewerking van het RIZIV aan het project ePV met de opmaak van een jaarlijkse stand van zaken met betrekking tot die samenwerking. Streefdatum: 31/12/2013, 31/12/2014, 31/12/2015.

Verwachte effecten

- Verhoogde efficiëntie en effectiviteit in de strijd tegen sociale fraude (o.a. kwalitatieve PV's, centrale databank, geautomatiseerde gegevensstromen en meer vervolgingen en boetes).

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de FOD WASO (en beschikbaarheid van de nodige budgetten)

Artikel 34. Overdracht van de afdeling Bijdragen Gepensioneerden naar de Rijksdienst voor Pensioenen

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

Omschrijving

Het organiseren van de overheveling van de activiteiten en het personeel van de afdeling Bijdragen Gepensioneerden van het RIZIV naar de Rijksdienst voor Pensioenen

Kader

Innen

Krachtlijnen

- Procesverbetering en informatisering
- Administratieve vereenvoudiging
- Uniforme toepassing van de wetgeving

Context

Het RIZIV en de RVP zijn het eens geworden over het project om de activiteiten en het personeel van de afdeling Bijdragen Gepensioneerden naar de RVP over te hevelen. Daardoor zullen het beheer van het pensioenkadaster en de follow-up van de door de uitbetalingsinstellingen van de pensioenen gestorte bedragen en van de met bijdragen geneeskundige verzorging op de pensioenen gelijkgestelde voordelen worden overgeheveld naar de RVP.

Het project vindt zijn oorsprong in de volgende elementen:

- het beheer van een databank pensioenen behoort helemaal niet tot de basisactiviteiten (core business) van het RIZIV, maar wel tot die van de RVP;
- de vervanging van het cobeheer van het pensioenkadaster door een beheer in handen van een enkele partij (centralisatie) zal automatisch bijdragen tot de coherentie van de gegevens van dat kadaster;
- het beheer van het pensioenkadaster door de RVP alleen zal de overheveling van die toepassing naar zijn diensten vergemakkelijken en bijgevolg aanzienlijke besparingen op begrotingsvlak opleveren;
- de RVP beheert al een inhouding, de zogenaamde 'solidariteitsbijdrage' op dezelfde wettelijke en extralegale pensioenen, waardoor hij een procedure erft die hem niet vreemd is;
- naast de harmonisering van de toepassingsfeer van die twee types van inhoudingen zal de overheveling ook gepaard gaan met een harmonisering van de berekening voor de omzetting van kapitalen in fictieve renten en van de procedures voor de terugbetaling van de onverschuldigde inhoudingen. Dat zal bijdragen tot de legitimiteit van de inning in de ogen van de sociaal verzekerden.

De invoering van het project vereist een aantal reglementaire aanpassingen of bepalingen:

- een wijziging van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, aangezien daarin momenteel het principe van cobeheer van het pensioenkadaster wordt gehanteerd;
- een wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- een wijziging van de wet van 30 maart 1994 houdende sociale bepalingen met betrekking tot de solidariteitsbijdrage.
- de bovenstaande reglementaire aanpassingen, inclusief een alomvattend ontwerp van koninklijk uitvoeringsbesluit voor de nieuwe bepalingen, was bij de redactie van deze Bestuursovereenkomst reeds uitgewerkt. De behandeling en goedkeuring van de reglementaire teksten is normaliter voorzien in de loop van het tweede semester van 2012.
- een wettelijke bepaling voorziet in de ambtshalve mobiliteit van de personeelsleden op een datum en volgens de modaliteiten die door de Koning worden vastgesteld. Quasi de volledige personeelscapaciteit – 10 van de 12 medewerkers – van de afdeling Bijdragen Gepensioneerden, zal worden overgeheveld naar de RVP.

De RVP en het RIZIV hebben ook overeenstemming bereikt over de middelen (kredieten voor personeel en informatica) die van de beheersbegroting van het RIZIV naar die van de RVP moeten worden overgedragen om de budgettaire neutraliteit van de operatie te garanderen. Die operatie zal om praktische redenen concreet worden uitgewerkt tijdens de opmaak van hun respectieve initiële beheersbegrotingen voor 2013.

In een nota aan het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV van 21 mei 2012 is opgenomen dat de reglementaire aanpassingen, aanpassingen van de opdrachten en de overdracht van de kredieten in de nieuwe Bestuursovereenkomst van het RIZIV en de RVP zullen worden opgenomen. Indien de operatie vroeger wordt afgerond, zal de overname van de opdracht door de RVP in een Wijzigingsclausule bij de in 2012 geldende Bestuursovereenkomst worden opgenomen. Ingeval de overheveling effectief voor 1 januari 2013 zou plaatsvinden, zou het RIZIV tot 1 januari 2013 zijn eigen lasten blijven dragen. Hoe dan ook, gezien de voorzien timing van de behandeling van de reglementaire teksten, is dit niet waarschijnlijk.

Langs de kant van het RIZIV is een belangrijk deel van het voorbereidend werk, niet in het minst op reglementair vlak, reeds gerealiseerd. Het RIZIV engageert zich om binnen de 6 maanden na de

inwerkingtreding van de reglementaire bepalingen (wettelijke aanpassingen en uitvoeringsbesluiten) en in volledige samenwerking met de RVP de reële overdracht van personeel en kredieten te realiseren.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Overdracht van personeel en kredieten van de afdeling Bijdragen Gepensioneerden van het RIZIV naar de RVP. Streefdatum: binnen de zes maanden na de inwerkingtreding van de reglementaire bepalingen en dit in volledige samenwerking met de RVP.

Verwachte effecten

- Verhoogde coherentie in het opdrachtenpakket van het RIZIV (en de RVP)
- Verhoogde efficiëntie in het beheer van de processen m.b.t. tot de bijdragen van gepensioneerden

Externe afhankelijkheden

- Goedkeuring van de reglementaire teksten
- Medewerking van de RVP

Artikel 35. Medewerking van het RIZIV aan de uitvoering van de staatshervorming

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

Artikel 36. Opvolging van de continue opdrachten

Naast de selectie van een aantal projecten met actie-verbintenissen en boordtabellen voor de periode 2013-2015 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 engagementen 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 engagementen in het kader van de voorliggende Bestuursovereenkomst 2013-2015.

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	Semestrieel
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 ICE-strategie (informatie, controle, evaluatie) van de DGEC	Opmaak van een rapport over de activiteiten en resultaten tijdens het voorbije kalenderjaar in het kader van de ICE-strategie 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. <i>Hoofdstuk domiciliefraude zal toegevoegd worden vanaf 2013.</i>	Voor het einde van het derde trimester van elk kalenderjaar
RIZIV			
BO2010-2012: art.51	Duurzame ontwikkeling: invoering van EMAS	Opmaak van een rapport met de activiteiten en resultaten tijdens het voorbije kalenderjaar inzake het beleid van duurzame ontwikkeling en maatschappelijke verantwoordelijkheid, meer bepaald voor wat betreft het invoeren van EMAS voor de gebouwen C67 en T211 van het RIZIV.	Voor het einde van het eerste trimester van elk kalenderjaar. De EMAS certificatie voor de gebouwen C67 en T211 is voorzien tegen eind 2014; er zal jaarlijks op periodieke wijze een rapportering over de voortgang van het project worden opgemaakt.

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

Artikel 37. Boordtabellen

Artikel 37. 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, elk trimester ter beschikking bij de Moderniseringscel van het RIZIV (modernisering@riziv.fgov.be).

TITEL XVI: Gemeenschappelijke algemene verbintenissen voor beide partijen

Artikel 38 - Juridisch kader van de overeenkomst

Artikel 38. De beleidskeuze voor de rechtsfiguur van de overeenkomst leidt tot een vervanging van de klassieke gezagsverhouding door een meer contractuele. Beide partijen verbinden zich derhalve 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.

Artikel 39 & 40 - Beheerprincipes

Artikel 39. 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 40. 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 art. 48 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 41 - Inwinnen van adviezen en voorafgaand overleg en informatieverstrekking

Artikel 41. 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 tijdspanne. 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.

Verbintenissen over de wijzigingen van de overeenkomst

Artikel 42, 43 & 44 - Wijziging van de overeenkomst

Artikel 42. 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 haar beslissing binnen de 30 werkdagen zal nemen en ze zullen ter informatie worden overgemaakt aan de Ministers van Begroting en van Ambtenarenzaken. Na deze termijn en indien geen beslissing wordt genomen, worden de aanpassingen beschouwd als zijnde goedgekeurd.

Artikel 43. Iedere nieuwe opdracht toegewezen aan de openbare instelling van sociale zekerheid, bij of krachtens een wet, wordt in een aanhangsel bij de overeenkomst opgenomen. Over dit aanhangsel wordt onderhandeld door de voogdijminister, de minister bevoegd voor begroting, de minister tot wiens bevoegdheden de ambtenarenzaken behoren, de stemgerechtigde beheerders aangewezen door het beheersorgaan, evenals door de persoon belast met het dagelijks beheer en zijn adjunct. 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.

Artikel 44. Voor een vlotte opvolging van de verbintenissen van beide partijen zullen alle wijzigingen bij de uitvoering van de overeenkomst worden geconsolideerd in hetzelfde document.

Artikel 45 - Mededeling van de beslissingen

Artikel 45. De federale Staat verbindt zich ertoe de beslissingen genomen tijdens het begrotingsconclaf zo spoedig mogelijk aan de instellingen mee te delen.

De Regeringscommissarissen zullen erop toezien dat deze beslissingen aan de instellingen optimaal worden medegedeeld.

Verbintenissen over de opvolging van de uitvoering van de overeenkomsten

Artikel 46 & 47 - Opvolging van het bereiken van de doelstellingen

Artikel 46. 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.

Artikel 47. 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.

Artikel 48 - Periodiek overleg

Artikel 48. Om de correcte en adequate uitvoering, door de federale Staat en door de openbare instellingen van sociale zekerheid, van de verbintenissen die uit deze bestuursovereenkomst voortvloeien mogelijk te maken, zal de federale Staat een overleg organiseren met betrekking tot budgettaire maatregelen en maatregelen inzake het openbaar ambt die een betekenisvolle impact kunnen hebben op de lopende bestuursovereenkomsten.

Bovendien organiseert de federale staat een regelmatig overleg met de instellingen van sociale zekerheid en de sociale gesprekspartners over de uitvoering van dit hoofdstuk en de engagementen die er in zijn voorzien.

Artikel 49 - Planning

Artikel 49. De overeenkomstsluitende partijen verbinden zich er toe een planning na te leven voor de rapporterings- en opvolgingsopdrachten waarmee de Regeringscommissarissen en de instellingen zijn belast. De planning wordt vastgelegd in gezamenlijk overleg tussen de Regeringscommissarissen en de instelling. Hij wordt aan de voogdijminister(s) en aan de Minister van Begroting en aan de Minister van Ambtenarenzaken voorgelegd.

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.

Verbintenissen na de evaluatie van de uitvoering van de overeenkomsten

Artikel 50 - Weerslag van de maatregelen waarover werd beslist na de ondertekening van de overeenkomst

Artikel 50. In het kader van de jaarlijkse toetsing van de uitvoering van de wederzijdse verbintenissen opgenomen in de bestuursovereenkomst en in de context 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 onderhavige overeenkomst en die hebben geleid tot een relevante en meetbare stijging van de taken of van hun complexiteit of van sommige uitgaven, voor zover de instelling de weerslag van deze wijzigingen tijdig heeft meegedeeld.

Artikel 51 - Naleving van de verbintenissen

Artikel 51. Wanneer één van de partijen de aangegane 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 52 - Veiligheidsnormen

Artikel 52. De instelling verbindt zich ertoe om de minimale veiligheidsnormen na te leven die binnen het netwerk van de sociale zekerheid van toepassing zijn.

Artikel 53 & 54 - Verbintenissen over het beheer van de financiering

Artikel 53. Na overleg met de RSZ en het RSVZ en met respect voor het begrotingsbeleid, verbindt de Staat er zich toe het thesaurieplan na te leven dat jaarlijks opgesteld wordt voor de storting van de financiële middelen (rijkstoelagen, alternatieve financiering en andere) door de Federale Overheid aan het Globaal financieel beheer van het stelsel van de werknemers en van het sociaal statuut van de zelfstandigen.

Artikel 54. De Staat verbindt zich ertoe aan de instelling de noodzakelijke basishypotheses mee te delen voor het opmaken van de opdrachtenbegroting, tussen 12 en 17 werkdagen vóór de vergadering van het Beheerscomité van de sociale zekerheid (of van de Raad van Bestuur van het RSVZ) tijdens dewelke het budgettair verslag aan de regering wordt opgemaakt of vóór de einddatum voorzien voor het bezorgen van de begrotingstabellen indien dit vroeger wordt gevraagd. Het gaat hier om de basishypotheses die door het Wetenschappelijk Comité voor de economische begroting worden vastgelegd.

Artikel 55 - Overheveling van bevoegdheden

Artikel 55. De Staat verbindt zich ertoe de overheveling van bevoegdheden voorzien in het kader van de staatshervorming 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 aangegeven verbintenissen echter slechts naleven als die verenigbaar zijn met de beleidsbeslissingen die in het kader van die overdrachten zullen worden genomen.

TITEL XVII: Synergieën tussen OISZ

Artikel 56 - Gemeenschappelijke HR-bepalingen

1. Loonmotor

Een impact- en haalbaarheidsstudie aangaande de oprichting van een gemeenschappelijk platform van diensten inzake wedden (loonmotor, opvolging van de wetgeving personeel en organisatie op het vlak van statuut en loopbaan,...), met inbegrip van de beoogde efficiëntiewinsten, zal gerealiseerd worden tegen 30 juni 2013. Bij de uitvoering wordt rekening gehouden met de contractuele verplichtingen van de instellingen die over een eigen of specifieke loonmotor beschikken alsook met de door hen te verrichten investeringen.

Indien uit de impact- en haalbaarheidsstudie een batig kostenresultaat blijkt, zal een wettelijk kader voor de oprichting van een gemeenschappelijke Dienst Wedden in de schoot van een bestaande OISZ tegen 31 december 2013 gecreëerd worden.

De doelstelling is het aansluiten van een maximaal aantal OISZ bij deze Dienst Wedden vóór het einde van deze bestuursovereenkomst.

2. E-hr toepassingen

De OISZ engageren zich om tegen het einde van de bestuursovereenkomst, e-hr-toepassingen te ontwikkelen zodat de reglementair voorziene papierstromen inzake personeelsaangelegenheden tegen het einde van de bestuursovereenkomst in iedere instelling kunnen verminderd worden met 33 %.

3. Werkmeting

De OISZ engageren zich om tegen het einde van de bestuursovereenkomst een methodologie te ontwikkelen voor de werkmetingen, die als objectieve basis zullen dienen voor het opstellen van het personeelsplan van de operationele diensten. De conceptuele en de ondersteunende diensten zullen in een later stadium aan bod komen.

4. New Way of Working

De OISZ engageren zich om tegen het einde van de bestuursovereenkomst aan tenminste 30% van hun medewerkers de mogelijkheid te bieden om te telewerken, thuis of in een satellietkantoor (2013-10%; 2014-20%; 2015-30%).

Bovendien zal er, na syndicaal overleg in de basisoverlegcomités van de instellingen, een aangepaste vorm van arbeidstijdregeling worden voorgesteld, waarbij rekening zal gehouden worden met deze nieuwe vormen van werken.

5. 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, afgesloten op 17 februari 2012. De wervingsselecties kunnen zowel extern als via de interne markt georganiseerd worden en zullen het diversiteitsbeleid van de regering ondersteunen.

De OISZ verbinden er zich toe om de helft van alle vacatures ook via de interne markt (federale mobiliteit) open te stellen. 12 maanden na de inwerkingtreding van het contract zal deze doelstelling worden geëvalueerd en eventueel herzien worden in overleg met de Staatssecretaris bevoegd voor Ambtenarenzaken.

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.

6. Opleiding & Ontwikkeling

Vanaf 2013 zal op initiatief van het College van OISZ een gemeenschappelijke opleiding "Sociale Zekerheid" voor alle medewerkers van de OISZ, ingericht worden.

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.

7. Diversiteit

De OISZ verbinden zich ertoe de diversiteit te promoten door te zorgen voor de gelijkheid van kansen voor mannen en vrouwen, voor personen van vreemde origine of voor personen met een handicap, wat betreft de aanwerving, de vorming, de ontwikkeling van de vaardigheden en de evolutie van de loopbaan, zowel in het kader van de selectie- en promotieprocedures als in het kader van het dagelijkse werk.

De OISZ zullen ernaar streven om tegen het einde van de bestuursovereenkomst een tewerkstellingsgraad van drie procent personen die erkend zijn als personen met een handicap te hebben, door het systematisch raadplegen van de specifieke lijst van de aparte wervingsreserve van Selor. In dezelfde periode zullen de OISZ een tewerkstellingsgraad van minstens één derde vrouwen in de mandaat- en directiefuncties en in de functies van niveau A3 tot A5 proberen te bereiken.

8. Communicatie en reporting

De OISZ verbinden zich ertoe hun verplichtingen inzake communicatie en reporting over het openbaar ambt na te leven en op constructieve wijze aan elke toekomstige verplichting ter zake mee te werken.

In dit opzicht verbindt de federale Staat zich ertoe vooraf overleg te plegen over de meest doeltreffende manier om informatie uit te wisselen.

Fed 20 is een eenvoudige door de FOD P&O voor de federale overheidsdiensten ontwikkelde scorecard die de mogelijkheid biedt om de huidige HR-aanpak op een vrijwillige basis en aan de hand van een beperkt aantal indicatoren te meten en te evalueren, op een pragmatische en onmiddellijk bruikbare wijze. Zo beschikken de diensten over een intern strategisch evaluatie-instrument en kunnen ze deelnemen aan benchmarking omtrent het HR-beleid.

De OISZ verbinden zich ertoe om deel te nemen aan het netwerk van Fed 20 door, in de mate dat die vanaf 2013 in hun eigen organisatie ontwikkeld zijn, de data in verband met de desbetreffende HR-indicatoren aan te leveren.

Artikel 57 - Gemeenschappelijke ICT-bepalingen

1. Virtualisering

De OISZ engageren zich ertoe om de infrastructuurkosten ICT te verminderen via volgende twee initiatieven, met name:

- a. OISZ servers virtualiseren voor betere kosten-baten ratio en hogere stabiliteit
- b. OISZ virtuele desktop / thin mobile client om veiliger en mobieler te kunnen werken

2. Centraliseren van printing

De OISZ verbinden zich ertoe om tegen het einde van de bestuursovereenkomst

- de lokale of individuele printers binnen de OISZ te vervangen door een beperkter aantal multifunctionele toestellen die door verschillende personen worden gebruikt (verdieping, groep van gebruikers, dienst,...) om de kostprijs per blad te verbeteren en de verbruikskosten te drukken (toners, onderhoud, enz.)
- de drukopdrachten en verzendingen van papieren documenten zo veel mogelijk te centraliseren door functies die momenteel op een decentraal of extern niveau worden uitgevoerd, over te nemen.

Bovendien zal een studie worden gerealiseerd om de beschikbare centrale productiecapaciteit binnen de OISZ meer optimaal te benutten of die te delen met andere FOD's.

Met het oog op een lean effect zullen alle binnenkomende of uitgaande papieren stromen die niet wettelijk verplicht zijn, zowel intern als extern worden afgeschaft en indien nodig worden vervangen door IT-oplossingen (internet, intranet, e-box, elektronische gegevensstromen, documentatie online,) die onder punt 4 van dit artikel worden beschreven.

3. Centraliseren van ICT aankopen en ICT beheer

De OISZ zullen het "aankoopcentrale-model" gebruiken met behoud van onafhankelijkheid qua aantallen en met een proces om binnen de OISZ naar een aantal type oplossingen te evolueren om maximale recurrente voordelen te kunnen bekomen op volgende domeinen:

- a. IT diensten (IT lastenboeken, IT project beheer, IT Disaster Recovery Planning, IT helpdesk, IT monitoring, IT opleidingen, data archivering, sociale media opvolging)
- b. Centrale data center

- c. Hardware oplossingen
- d. Databank software licenties
- e. Toepassingssoftware licenties (zowel algemene als specifieke)
- f. Operating systeem software en middleware licenties
- g. Telecommunicatie kosten (VoIP, netwerkverbindingen)
- h. IT consultants

4. Elektronisch document beheer en elektronisch workflow beheer

De OISZ zullen een analyse maken over de haalbaarheid van een gecoördineerde aanpak voor scanning en elektronische document afhandeling via een gemeenschappelijk platform.

Het gebruik van de eBox voor elektronische communicatie met de burger zal maximaal worden gepromoot, bij voorkeur binnen gestroomlijnde, herkenbare en toegankelijke omgevingen voor de sociaal verzekerden.

Tenslotte zal worden nagegaan hoe jaarlijkse verzendingen kunnen worden gegroepeerd in gemeenschappelijke zendingen (bijvoorbeeld fiscale fiches en pensioenfiches samen opsturen). Ook het gebruik van de aangetekende zendingen zal worden gereduceerd zo nodig mits aanpassing van het reglementaire kader.

5. Afstemming van regelgeving en ICT

Gelijke situaties op het terrein die door de wetgeving substantieel anders worden benaderd hebben een impact op de ICT kost en de OISZ werkingskost. Bijkomende kosten kunnen ook worden vermeden door het ontwikkelen van een goed releasebeleid en de hergroepering van bepaalde functionaliteiten. De OISZ verbinden zich ertoe om een inventaris tegen eind 2013 op te stellen van concrete verbeteringen, onder meer door een vereenvoudiging en standaardisering van begrippen.

Artikel 58 - Gemeenschappelijke bepalingen logistiek

Artikel 58. De OISZ zullen actief meewerken aan het Optifed-programma. Op basis van de costing-out-analyses van het OPTIFED-programma zullen de aanbevelingen of suggesties worden doorgevoerd. Zoals hoger aangegeven (artikelen 56 en 57), schakelen de OISZ zich ook expliciet in in transversale ICT-projecten en in nieuwe vormen van werken.

Een kadaster van het onroerend patrimonium van het geheel van de OISZ zal opgericht worden tegen het einde van het eerste trimester van 2013. Vanaf 1 april 2013 zal elke vraag tot huur, koop, verhuur, verkoop en grondige renovatie van gebouwen vooraf voorgelegd moeten worden aan het College van OISZ, dat een gemotiveerd advies zal geven met betrekking tot de toereikendheid en de samenhang met het globaal beheersplan van het onroerend patrimonium van het geheel van de OISZ. Op basis daarvan zal tegen eind 2013 eveneens een impact- en haalbaarheidsanalyse worden uitgevoerd (situatie as is en to be, organisatorisch model voor het concrete beheer van de gebouwen, SLA, enz...) om, in het kader van een interne en voor alle OISZ gemeenschappelijke dienstverlening, te evolueren naar een algemeen beheer van de gebouwen van de OISZ, waaronder ook de aspecten in verband met de infrastructuur, energieverbruik, verzekeringen, enz. Met het oog op een optimaal beheer van de gebouwen zal een SLA worden afgesloten.

De OISZ zullen nagaan of de door de Regie der Gebouwen vastgestelde normen worden nageleefd. Zij zullen eveneens streven naar een optimale spreiding en verdeling van de beschikbare ruimtes.

e-Procurement is de verzamelterm voor het gebruik van elektronische methodes in verschillende fases van het aankoopproces van de overheid. Deze fases zijn in grote lijnen: het bekendmaken van de overheidsopdracht en de aanverwante documenten, het indienen bij de administratie, via het internet, van aanvragen tot deelneming (kandidaturen) en offertes door potentiële leveranciers, het evalueren en gunnen van de opdracht aan de leverancier met de offerte met de beste verhouding inzake prijs en kwaliteit en het factureren en uitvoeren van de betalingen. Ook het organiseren van omgekeerde elektronische veilingen, waarbij kan worden bepaald welke leverancier de laagste prijs vraagt, en de terbeschikkingstelling van dynamische producten en catalogi van diensten zijn mogelijkheden. De dienst e-Procurement van de FOD P&O verzekert de ontwikkeling, de implementatie en het onderhoud van de toepassingen en stelt ze kosteloos ter beschikking van alle overheden.

De OISZ verbinden er zich toe om ten laatste tegen het einde van de bestuursovereenkomst hun overheidsopdrachten elektronisch af te handelen. De timing die is opgenomen in de omzendbrief P&O/2012/e-Proc. van 30 november 2012 – Overheidsopdrachten - Gebruik van de e-Procurement-toepassingen door de diensten van de federale Staat, gepubliceerd in het Staatsblad van 7 december 2012, zal hierbij als uitgangspunt genomen worden.

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 het handboek van de duurzame aankopen alsook in de gids van de duurzame aankopen.

Artikel 59 - Gemeenschappelijke bepalingen inzake interne audit

Artikel 59. Wat de synergie inzake de opstart en 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 2013-2015 zal elke OISZ, alleen of gemeenschappelijk met andere OISZ, beschikken over een operationele functie van interne audit;
- tegen eind 2013 zal het College een definitief voorstel formuleren inzake de positie, organisatie en samenstelling van de Auditcomités in de OISZ;
- tijdens de looptijd van de Bestuursovereenkomst 2013-2015 zal onder de coördinatie van het College van OISZ een gemeenschappelijk initiatief worden genomen met het oog op de afstemming van de planning en methoden van de interneauditfuncties met de activiteiten van de andere toezichtsactoren binnen de OISZ, in eerste instantie het Rekenhof, bijvoorbeeld door het afsluiten van een protocol;
- 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 60 & 61- De synergieën openstellen voor andere partners

Artikel 60. 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.

Artikel 61. Het College van OISZ en de sociale gesprekspartners zullen in gezamenlijk overleg een haalbaarheidsanalyse maken en scenario's voorstellen m.b.t. een herziening van administratieve organisatie van de sociale zekerheid. Doel is om, met respect van de principes van het paritair beheer, na te gaan hoe schaalvoordelen kunnen worden gerealiseerd, o.m. op het vlak van integratie van beheersprocessen en -structuren.

Hierbij zullen de meewerkende instellingen worden betrokken.

Artikel 62 - Rapportering

Artikel 62. De OISZ zullen bij de voorbereiding en uitwerking van de voorziene initiatieven beroep doen op een aangepaste projectstructuur waartoe iedere instelling bijdraagt en die rapporteert aan het College van OISZ. Per project zal een actieplan worden opgesteld.

Het College van de OISZ zal jaarlijks een verslag opstellen in verband met de verwezenlijkingen en de gerealiseerde besparingen met betrekking tot de artikelen 56, 57, 58 en 59 alsook in verband met het eerbiedigen van het overleg bedoeld in Art. 48, ter attentie van de Federale Staat en de sociale partners.

TITEL XVIII: Budgettair, 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 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 en de respectieve omzendbrieven.

Artikel 63 tot 69 - Definities en algemene bepalingen

Artikel 63. De beheersbegroting omvat het geheel van de ontvangsten en uitgaven die op het beheer van de instelling betrekking hebben, zoals opgesomd in bijlagen 1 en 2 van de omzendbrief van 19 juli 2007 aan de openbare instellingen van sociale zekerheid.

In het jaar van de overgang naar het systeem van vastgesteld recht moet de Regering éénmalig de nodige personeelskredieten voorzien voor de betaling van 13 maanden aan weddes.

Artikel 64. 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 beheersveloppe 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.

De eigen beheersontvangsten, die voortvloeien uit de terugbetaling van personeels- en andere werkingskosten die een instelling van sociale zekerheid heeft verricht voor rekening van een andere OISZ in het kader van de ter beschikking stelling van personeelsleden (b.v. voor een gemeenschappelijke Auditdienst) of in het kader van de levering van diensten (b.v. drukwerken), worden toegevoegd aan de beheersveloppe van het lopende jaar mits het akkoord wordt bekomen van de regeringscommissarissen van de betrokken instellingen en de FOD Budget en Beheerscontrole regelmatig wordt geïnformeerd.

Als incentive voor goed beheer mogen de eigen beheersontvangsten die tijdens het lopende jaar ontstaan ingevolge de verhuur van onroerende goederen worden toegevoegd aan de beheersveloppe van het volgende jaar 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. Het betreft hier een bijkomende beheersveloppe voor het volgende jaar, waarvoor een gunstig advies van de Regeringscommissaris, die de Minister van Begroting vertegenwoordigt, vereist is.

De OISZ mogen bovendien diensten (b.v. drukwerken) leveren aan derden, andere dan OISZ, welke gefactureerd worden tegen marktprijs. De bij deze levering gemaakte personeels- en andere werkingskosten mogen integraal worden toegevoegd aan de beheersveloppe van het volgende 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 beheersveloppe van het volgende jaar. Het betreft hier een bijkomende beheersveloppe voor het volgende jaar, waarvoor een gunstig advies van de Regeringscommissarissen, die de Minister van Begroting en de voogdijminister(s) vertegenwoordigen, vereist is.

Artikel 65. Indien tijdens de uitvoeringsperiode van deze bestuursovereenkomst de instelling bijkomende opdrachten (in front- en/of backoffice) dient uit te voeren die aanleiding geven tot een verhoogde beheerskost, worden haar beheerskredieten verhoogd met een noodzakelijk geacht bedrag bepaald (na analyse van de behoeften binnen het kader van de toegekende enveloppen) in onderling overleg tussen de instelling en de Regering, vertegenwoordigd door de voogdijminister(s) de Minister van Begroting en, in voorkomend geval, de Minister van Ambtenarenzaken.

Indien de beschikbare middelen (inzake personeel of budget) worden verminderd of de opdrachten worden uitgebreid zonder dat de kredieten worden verhoogd, zal dit gebrek aan middelen zijn weerslag hebben op de uitvoering van de doelstellingen van de overeenkomst, op basis van een objectief meetinstrument en na een constructief overleg.

Artikel 66. De verdeling van de begrotingsartikelen in de verschillende categorieën geschiedt in overeenstemming met de omzendbrief van 19 juli 2007 houdende richtlijnen betreffende het budgettaire luik van de bestuursovereenkomsten van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- de personeelsuitgaven;
- de gewone werkingsuitgaven;
- de informaticawerkingsuitgaven;
- de investeringsuitgaven verdeeld in drie deel : onroerende goederen, informatica en roerende goederen.

Artikel 67. 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 of uitgaven ten gevolge van gerechtelijke procedures of uitspraken.

Artikel 68. De overdrachten tijdens eenzelfde begrotingsjaar tussen de kredieten, zoals voorzien in artikel 14, § 1, van het KB van 3 april 1997, worden zo spoedig mogelijk door de Regeringscommissaris van Begroting behandeld, onder de voorwaarden voorzien in voormeld artikel 14, § 1.

Artikel 69. De overdracht van kredieten naar het volgende begrotingsjaar wordt onder de voorwaarden voorzien in artikel 14, § 2, van hetzelfde besluit toegestaan.

De kredieten die op reglementair correcte wijze van het ene naar het andere jaar worden overgedragen, worden aan de kredieten van het lopende jaar toegevoegd.

Artikel 70 - Beheersbegroting voor de jaren 2013, 2014 en 2015

Artikel 70. De beheersbegroting van de instelling voor de jaren 2013, 2014 en 2015, die overeenkomstig artikel 63, de kennisgeving van de FOD Budget van 24 januari 2013 en de beslissing van de Ministerraad van 30 november 2012 en 22 februari 2013 werd bepaald, wordt als volgt vastgelegd:

In EUR	2013	2014 ⁽¹⁾	2015 ⁽¹⁾
Personeelsuitgaven	91.779.005	91.879.005	91.879.005
Werkingsuitgaven	33.023.600	31.173.764	31.173.764
Waarvan :			
• Gewone werkingsuitgaven	16.640.600	15.070.764	14.820.764
• Werkingsuitgaven informatica	16.383.000	16.103.000	16.353.000
Investeringsuitgaven	1.896.423	2.076.500	
Waarvan :			
• Investeringsuitgaven informatica	475.000	475.000	475.000
• Roerende investeringsuitgaven	501.500	501.500	501.500
• Onroerende investeringsuitgaven	919.923	1.100.000	1.280.077
Totaal	126.699.028	125.129.269	125.309.346

⁽¹⁾ voor de begrotingsjaren 2014 en 2015 : berekening in prijzen van 2013, met een percentage van 36% voor de Pool der Pensioenen en zonder de besparing van 3.992.000 € nog te verdelen tussen de OISZ

Deze beheersenvolp omvat eveneens de kredieten voor de uitvoering van goedgekeurde regeringsmaatregelen en voor de uitvoering van moderniseringsprojecten, zoals beschreven in de bestuursovereenkomst.

Overeenkomstig artikel 5 van het KB van 3 april 1997 wordt het maximumbedrag van de kredieten voor het statutair personeel vastgelegd op 84.803.801 € voor het jaar 2013, op 85.355.596 € voor het jaar 2014 en op 85.814.991 € voor het jaar 2015. De bedragen die zullen dienen als basis voor de berekening van de patronale pensioenbijdragen voor de Pool der parastatalen, zullen instelling per instelling bepaald worden in overleg met het College, de PDOS en de FOD Budget en Beheerscontrole. De betaling door de OISZ van de patronale pensioenbijdragen voor de Pool der parastatalen vormt een neutrale financiële en budgettaire operatie.

De uitvoering van de begroting 2013 zal geschieden overeenkomstig de beslissingen van de Ministerraad van 30 november 2012 en 22 februari 2013.

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, worden aangelegd. Het bedrag van de per OISZ toegestane personeelsuitgaven, zoals vermeld in de bestuursovereenkomst, zal worden verhoogd met het nodige bedrag voor de uitbetaling van de achterstallen betreffende de in september uitbetaalde competentiepremies, voor zover het totaal van de bedragen van alle instellingen het totaal bedrag van de provisie niet overschrijdt.

Deze verhoging zal in de maand oktober worden toegestaan door de minister van Begroting, 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 de Minister van Begroting bij de instelling vertegenwoordigt.

De begrotingsbedragen voor de jaren 2014 en 2015 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 2014 en 2015.

Indien de federale Staat dit begrotingskader niet in acht kan nemen binnen de context van het begrotingsbeleid van de Staat en voor zover de begrotingsbeslissingen de realisatie van bepaalde in deze overeenkomst opgenomen projecten of doelstellingen in gevaar zouden kunnen brengen, zal de instelling, in voorkomend geval, na overleg met de voogdijminister en de minister van Begroting, de te bereiken doelstellingen met een overeenkomstig bedrag aanpassen aan de hand van haar model inzake automatische bepaling van de beheerskredieten. Bij de evaluatie van de overeenkomst zal rekening worden gehouden met de tussentijdse aanpassing van de doelstellingen.

Artikel 71 - Jaarlijkse herziening

Artikel 71. Bij ongewijzigd beleid zullen voor de jaren 2014 en 2015 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 :

$$\frac{\text{Gemiddelde vereffeningscoëfficiënt van de lonen jaar N (1)}}{\text{Gemiddelde vereffeningscoëfficiënt van de lonen jaar N-1 (2)}}$$

- (1) hypothese van het economisch budget van het Planbureau
- (2) reële coëfficiënt

Indien het globaal bedrag van het personeelskrediet berekend volgens bovenstaande formule evenwel lager is dan het bedrag bekomen door middel van de berekeningsmethode eigen aan de instelling, vermeld in artikel 70 van deze bestuursovereenkomst, en voor zover daardoor het bereiken van bepaalde doelstellingen of de realisatie van bepaalde projecten zoals opgenomen in deze overeenkomst in gevaar zou komen, zal deze problematiek op initiatief van de betrokken instelling besproken worden tijdens de begrotingsvoorafbeelding of de begrotingscontrole en kunnen bijkomende kredieten eventueel worden toegekend.

De verplichte, noodzakelijke en onvoorziene bijkomende personeelsuitgaven die het gevolg zijn van een beslissing van de Regering zullen aan de personeelskredieten worden toegevoegd overeenkomstig de aanpassingsprincipes vermeld in artikel 50.

b. Werkings- en investeringskredieten met uitzondering 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.

Indien door de toepassing hiervan de realisatie van bepaalde projecten of het bereiken van bepaalde doelstellingen opgenomen in deze overeenkomst in gevaar zou komen, zal deze problematiek op initiatief van de instelling besproken worden tijdens de begrotingsvoorafbeelding of de begrotingscontrole en kunnen bijkomende kredieten eventueel worden toegekend.

c. Onroerende investeringskredieten

De onroerende investeringskredieten worden elk jaar in functie van de behoeften bepaald, voor zover de Regeringscommissaris van Begroting hieromtrent een gunstig advies heeft verleend en voor zover ze zich inschrijven in een meerjarig programma.

Artikel 72 - Onroerende verrichtingen

Artikel 72. 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 de onroerende goederen en de toevoeging van deze opbrengst aan de beheersenvolp van het lopende jaar het voorafgaand akkoord van de voogdijminister(s) en van de minister bevoegd voor begroting. 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).

Artikel 73 - Analytische boekhouding

Artikel 73. De instelling verbindt zich ertoe een boekhoudplan gebaseerd op het genormaliseerd boekhoudplan voor de openbare instellingen van sociale zekerheid te uit te werken en toe te passen.

De instelling zal de periode van deze overeenkomst ten volle benutten om een systeem van analytische boekhouding te ontwikkelen of uit te diepen. Dat systeem moet de mogelijkheid bieden de kosten van de voornaamste basisactiviteiten alsook van de ontwikkeling en het onderhoud van nieuwe projecten te bepalen.

Dat systeem zal volgens de algemeen aanvaarde procedures van interne controle en interne audit geëvalueerd worden.

De openbare instellingen van sociale zekerheid zullen een contact- en uitwisselingsnetwerk van methodologieën en technieken betreffende bovenvermelde materies organiseren. De Federale Overheidsdienst Budget en Beheerscontrole zal hiervoor bijstand verlenen.

Artikel 74 - Bezorgen van periodieke staten

Artikel 74. De instelling zal, overeenkomstig de richtlijnen van de Regering, aan de voogdijminister(s) en aan de minister bevoegd voor begroting, evenals aan de FOD Sociale Zekerheid en aan de FOD Budget en Beheerscontrole, een staat van de ontvangsten en uitgaven aangaande het beheer bezorgen.

TITEL XIX: Meewerking aan transversale projecten

Artikel 75

Artikel 75. 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.

De instelling zal toezien op de toepassing van het beginsel van "handstreaming", 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, door een beroep te doen op de contactpersoon die in elke instelling aangeduid werd en in samenwerking met het federale coördinatiemechanisme opgericht bij de FOD Sociale Zekerheid.

TITEL XX: Slotbepalingen

Artikel 76

Artikel 76 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
GC-GRI	Gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
FMO	Fond voor Medische ongevallen
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
WIGW	Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen

Verantwoordelijke uitgever
J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie
Moderniseringscel RIZIV

Uitgiftedatum
Maart 2013

Wettelijk depot
D/2013/0401/11