

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211, 1150 BRUSSEL

2e WIJZIGINGSCLAUSULE (1) BIJ DE TWEDE BESTUURSOVEREENKOMST 2006-2008
TUSSEN DE STAAT EN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING (RIZIV)
JAAR 2009

INHOUD

1. VERBETEREN VAN HET GEGEVENSBEHEER - OPMAKEN VAN STUDIES

ARTIKEL 8. Anonieme ziekenhuisverblijven (AZV)

ARTIKEL 9. Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden

ARTIKEL 10. Evaluatie van de financiële impact van een genomen maatregel in de sector van de uitkeringen

ARTIKEL 11. Farmanet

ARTIKEL N1. Ontwikkelen van kennis inzake primaire arbeidsongeschiktheid : statistieken en studies

ARTIKEL 15. Responsabilisering van de VI met betrekking tot hun administratiekosten

ARTIKEL N2. Rapportering (o.a. aan de Algemene Raad) van gestandaardiseerde regionale gegevens over de uitgaven geneeskundige verzorging aan de hand van jaarrapporten

ARTIKEL N3. Coördinatie van het onderzoek inzake de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem

2. MODERNISERING VAN HET BEHEER VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN

ARTIKEL 16. Exploitatie van de databank betreffende de « toegestane gedeeltelijke hervatting van de activiteiten »

ARTIKEL 17. Elektronisch invaliditeitsdossier

ARTIKEL 20. Hervorming van de sector implantaten

ARTIKEL 21. My CareNet

ARTIKEL 35. Forfaitarisering van de geneesmiddelen in de ziekenhuizen

ARTIKEL N4. Beheer van de aanvragen voor een invaliditeitspensioen in het internationale kader

ARTIKEL N5. Zorgvernieuwing in de ouderenzorg

ARTIKEL N6. Oprichting van de VZW E-care.

ARTIKEL N7. Ondersteuning van de zorgtrajecten

ARTIKEL N8. Referentiebedragen

ARTIKEL N9. Observatorium voor patiëntenmobiliteit

ARTIKEL N10. Nieuw vergoedingssysteem van de apothekers, die hun activiteiten in open officina uitoefenen

ARTIKEL N11. Ontwikkelen van een eenvoudiger en toegankelijker OMNIO-statuu

3. OPTIMALISEREN EN VERSTERKEN VAN DE EVALUATIE- EN CONTROLE-OPDRACHTEN & DE AANPAK VAN SOCIALE FRAUDE

ARTIKEL 24. Audit en advies in de ziekenfondsen

ARTIKEL 25. Geneeskundige evaluatie

ARTIKEL 26. Unieke Streepjescode

ARTIKEL 27. Primaire Arbeidsongeschiktheid – Profielen van de adviserend geneesheren

ARTIKEL 28. Flowdos

ARTIKEL N12. Versterken van de administratieve controle op rusthuizen en revalidatiecentra

ARTIKEL N13. Programma sociale fraude

4. VERBETEREN VAN DE ONDERSTEUNING VAN DE ORGANEN

ARTIKEL 30. Notulen en nota's van het verzekeringscomité en de Algemene Raad

ARTIKEL 32. Financiële rapportering aan de CTG

5. VERSTERKEN VAN DE EXTERNE COMMUNICATIE

ARTIKEL 36. Informatie aan de zorgverleners en externe communicatie vanuit de DGEC

ARTIKEL 37a. Optimalisering van het telefonisch onthaal

ARTIKEL 37b. Module 'Geneesheren' via de website van het RIZIV

6. BEHOORLIJK BESTUUR

ARTIKEL 38a. Interne audit

ARTIKEL 38b. Interne controle : BPM-projecten

ARTIKEL 39. Analytische boekhouding

ARTIKEL N14. Interne controle : Uitbouwen en professionaliseren van prestatiemeting en -management

ARTIKEL N15. Klachtenbeheer

7. DUURZAME ONTWIKKELING

ARTIKEL N16. Ondersteunen van andere landen (o.a. ontwikkelingslanden) bij het uitbouwen van een solidair, universeel en duurzaam systeem van geneeskundige verzorging

8. ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

9. BOORDTABELLEN

Inleidende bepalingen

In uitvoering van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid en in 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 de bestuursovereenkomst 2006-2008 tussen de Belgische Staat en het RIZIV zoals gepubliceerd in het

Belgisch staatsblad op 22 september 2006;

Gelet op de wijzigingsclausule 2007 bij de bestuursovereenkomst 2006-2008 tussen de Belgische Staat en het RIZIV;

Gelet op het positief advies van de vakbondsorganisaties gegeven op 8 september 2008 tijdens de vergadering van het Basisoverlegcomité van het RIZIV;

Gelet op de akkoordbevinding van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV van 15 september 2008.

Gelet op de goedkeuring van dit aanhangsel door de Ministerraad van 3 juli 2009, wordt, voor de periode van 1 januari 2009 tot 31 december 2009, overeengekomen wat volgt tussen

— de Belgische Staat, vertegenwoordigd door :

Laurette Onkelinx,

Minister van Sociale Zaken

Inge Vervotte,

Minister van Ambtenarenzaken

Melchior Wathelet,

Staatssecretaris voor 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

Deze 2e wijzigingsclausule bij de Bestuursovereenkomst 2006-2008 bevat :

o Het verderzetten van een aantal projecten uit de basistekst waarvoor nieuwe verbintenissen worden geformuleerd. Het jaarverslag 2007 (overlegvergadering van 7 april 2008) en het semestrieel verslag van 2008 (overlegvergadering van 15 september 2008) met betrekking tot de stand van zaken van de bestuursovereenkomst liggen aan de basis van de formulering van verbintenissen voor de bestaande projecten

o En een aantal nieuwe projecten die het RIZIV in 2009 wenst op te starten en waarvoor concrete verbintenissen in dat jaar kunnen gerealiseerd worden.

Hierna volgt de lijst van verbintenissen onderverdeeld volgens strategische domein :

1. VERBETEREN VAN HET GEGEVENSBEHEER – OPMAKEN VAN STUDIES

ARTIKEL 8. Anonieme ziekenhuisverblijven (AZV)

Dit project is de verderzetting van artikel 6 van de bestuursovereenkomst 2002-2004 en van zijn wijzigingsclausule 2005 evenals van artikel 8 van de bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Ter herinnering, jaarlijks krijgt het Instituut van de verzekeringsinstellingen gegevens betreffende de anonieme ziekenhuisverblijven, die AZV-gegevens worden genoemd.

De doelstelling van dit project is het verder naleven van de verbintenissen van de vorige bestuursovereenkomsten : verkorting van de termijnen die nodig zijn om de gevalideerde AZV-gegevens ter beschikking te stellen vanaf de datum waarop het Instituut de aanvaardbare gegevens ontvangt, terwijl de kwaliteit, de volledigheid en betrouwbaarheid van de AZV-gegevens wordt gewaarborgd.

Ten slotte onderstrepen we dat grote inspanningen zijn geleverd om de valideringstermijnen van de AZV-gegevens, maar ook van de gekoppelde AZV-MKG-gegevens te verkorten.

De doelstelling van dit project in het kader van de huidige wijzigingsclausule is het verder naleven van de resultaten en verbintenissen van de bestuursovereenkomsten 2002-2004 (+ wijzigingsclausule 2005) en 2006-2008 :

• Verkorting van de termijnen die nodig zijn om de gevalideerde AZV-gegevens ter beschikking te stellen vanaf de datum waarop het Instituut de aanvaardbare gegevens ontvangt. Bij het lezen van de boordtabel hieronder is het belangrijk om vast te stellen dat die termijn sinds 2002 alsmar korter wordt.

Tijd verlopen tussen de datum van ontvangst van het laatste aanvaardbare bestand dat noodzakelijk is voor de samenstelling van een representatieve gegevensbank en het ter beschikking stellen van het AZV-bestand			
Editie	Jaar	Aantal maanden (doelstelling)	Aantal maanden (gerealiseerd)
Editie 6 (verblijven 1996)	2000	10	4,3
Editie 7 (verblijven 1999)	2001	10	3,8
Editie 8 (verblijven 2000)	2002	9	3,3
Editie 9 (verblijven 2001)	2003	9	3,4
Editie 10 (verblijven 2002)	2004	6	1,0
Editie 11 (verblijven 2003)	2005	6	1,0
Editie 12 (verblijven 2004)	2006	3	2,7
Editie 13 (verblijven 2005)	2007	3	1,6
Editie 14 (verblijven 2006)	2008	3	IND

Die inspanningen hebben gevolgen als we weten in welke mate de start of de evaluatie van andere projecten gekoppeld is aan het ter beschikking stellen van die bestanden. We denken met name aan de artikelen N6 (referentiebedragen) en 35 (forfaits geneesmiddelen in ziekenhuizen).

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Voor elke verzekeringsinstelling een gedetailleerd verslag opstellen betreffende de volledigheid en de kwaliteit van de AZV-gegevens (editie 15, verblijven 2007). Streefdatum : Binnen een termijn van 3 maanden volgend op de ontvangst van het laatste aanvaardbare bestand dat noodzakelijk is voor de samenstelling van een representatieve gegevensbank.

Lijst van resultaten – verbintenissen

1. Binnen een termijn van 3 maanden volgend op de ontvangst van het laatste aanvaardbare bestand dat noodzakelijk is voor de samenstelling van een representatieve gegevensbank, gevalideerde AZV-gegevens ter beschikking stellen onder andere voor de technische cel RIZIV- FOD Volksgezondheid.

ARTIKEL 9. Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis die past binnen de verderzetting van artikel 9 van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Zoals opgenomen in de basistekst van de Bestuursovereenkomst heeft dit project tot doel alle actoren binnen de uitkeringsverzekering in te lichten over de oorzaken van de vastgestelde ontwikkelingen op het vlak van de evolutie van het aantal invaliden. In de periode 2006-2008 is hierover jaarlijks een nota opgemaakt. Deze jaarnota beschrijft wat de evolutie van de invaliden concreet inhoudt met enkele vaststellingen, en geeft een aantal verklarende factoren voor deze evolutie (referenties van deze nota's : BU 2007/25 en BU 2007/102). In 2009 zal de nota geactualiseerd worden.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Actualiseren van de nota over de verklarende factoren mbt de stijging van de invaliden voor het Beheerscomité en de voogdijoverheid. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL 10. Evaluatie van de financiële impact van een genomen maatregel in de sector van de uitkeringen

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis die past binnen de verderzetting van artikel 10 van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Zoals opgenomen in de basistekst van de Bestuursovereenkomst wenst de dienst voor uitkeringen via deze doelstelling de voogdijoverheid en het beheerscomité correct in te lichten over de financiële weerslag van de met betrekking tot de uitkeringsverzekering genomen maatregelen. Deze financiële weerslag dient te worden vergeleken met de gemaakte raming teneinde de kwaliteit van de begrotingsramingen te kunnen evalueren. Dit laat de voogdijoverheid toe om niet alleen de gevolgen van de genomen beslissingen te toetsen aan de initiële doelstellingen, maar tevens een beleid uit te stippelen rekening houdend met een vooraf becijferd budgettair kader.

In de periode 2006-2008 is hierover jaarlijks een nota opgemaakt (referenties van deze nota's : BU 2007/30 en BU 2008/02). Deze jaarnota beschrijft de financiële weerslag van de genomen maatregelen van het jaar X-1. In 2009 zal eveneens een actualisering van de nota worden opgemaakt, mbt de financiële maatregelen genomen in 2008.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Het opmaken van een nota over de financiële impact van de genomen maatregelen in het dienstjaar 2008 in de sector van de uitkeringen, voor het Beheerscomité en de voogdijoverheid. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL 11. Farmanet

De verbintenissen van die doelstelling liggen in het verlengde van die van de bestuursovereenkomst 2002-2004, van zijn wijzigingsclausule 2005 evenals van de bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Sinds 1996 bezorgen de tarifieringsdiensten via de verzekeringsinstellingen statistische gegevens over de geneesmiddelen aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV. Dat informatienetwerk kreeg de naam

Farmanet en heeft uitsluitend betrekking op het voorschrijven van vergoedbare geneesmiddelen in het raam van de ambulante geneeskunde.

Farmanet maakt het niet alleen mogelijk dat een evaluatie van het voorschrijfgedrag inzake geneesmiddelen van alle geneesheren wordt gemaakt (farmaceutische macro boordtabellen), maar ook dat elke geneesheer zijn eigen voorschrijfgedrag kan evalueren : in die zin is het dus de bedoeling dat Farmanet invloed uitoefent op de ontwikkeling van een rationeel voorschrijfgedrag zonder zich in te laten met de klinische aspecten ervan.

Die dubbele evaluatie (algemeen en individueel) gebeurt door de analyse van de statistische gegevens die inzicht geven in : welk geneesmiddel is op welk ogenblik voorgeschreven door wie en voor een persoon van welke leeftijd, welk geslacht, die tot welke categorie van verzekerden behoort en die lid is van welke verzekeringsinstelling.

De evaluatie van het voorschrijfgedrag gebeurt in het kader van het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen (CEG) met louter informatieve doeleinden. Zo kan de bevolking gegevens raadplegen op de website van het RIZIV : farmaceutische boordtabellen die jaarlijks worden gepubliceerd, Info-spot (welbepaald onderwerp) elk kwartaal, chronologische, globale gegevens die via een zoekrobot kunnen worden geraadpleegd, gegevens per groep van voorschrijvers die elk jaar worden bekendgemaakt. Het individuele gedeelte van de verwerking van de gegevens (overdracht van hun persoonlijke gegevens aan de voorschrijvers) gebeurt in het kader van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP).

De Farmanet-gegevens worden eveneens gebruikt in het kader van :

- interne behoeften van budgettaire aard : raming van de weerslag op de begroting van sommige maatregelen, berekening van de uitgaven van de verzekering voor de geneesmiddelen van het type x enz;
- de ondersteuning van de werkzaamheden van de Commissie voor de Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (CTG) : gegevens die ter beschikking worden gesteld van de deskundigen en de leden van het secretariaat;
- de ondersteuning van de werkzaamheden in de Algemene Raad inzake de eenvormige toepassing van de wetgeving in het hele land;

• de gegevensoverdracht aan derden die een aanvraag hebben ingediend die door het CEG ontvankelijk is verklaard in het raam van wetenschappelijke of didactische werkzaamheden.

We herinneren er eveneens aan dat, aangezien er nieuwe criteria beschikbaar zijn (anonieme identificatie van de patiënt,) de informatie die uit de gegevens van « Farmanet uniek spoor » wordt gehaald, uitgebreider is.

De integratie van de kleine risico's van de zelfstandigen vanaf 1 januari 2008 zal de interpretatie van de Farmanet-gegevens inzake frequentie van de behandelingen juist en gemakkelijker maken. Die betere follow-up brengt evenwel een breuk in de reeksen mee (toename van ongeveer 5,5 %), waarmee bij de chronologische vergelijkingen rekening zal moeten worden gehouden.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Ieder kwartaal een welbepaald onderwerp betreffende de verwerking van de Farmanet-gegevens op de website van het RIZIV voorstellen. Streefdata : 31 maart, 30 juni, 30 september en 31 december 2009.

2. De gegevens van 2007 per groep van voorschrijvers op de website van het RIZIV plaatsen. Streefdatum : 30 juni 2009.

3. Een algemeen analyseverslag opmaken van de inhoud van de nieuwe Farmanet-gegevens : onderverdeling van het verbruik in de therapeutische groepen per geslacht, leeftijd, sociaal statuut, alsook de kostprijs van de geneesmiddelen voor de rechthebbenden, de zorgverleners en de verzekering voor geneeskundige verzorging. Streefdatum : 31 december 2009.

4. Jaarlijks een intern begrotingsverslag opmaken : panorama van de begrotingsmaatregelen wat de geneesmiddelen in de ambulante sector betreft : gevolgen voor de begroting en gevolgde methodologie. Streefdatum : 31 december 2009.

5. De farmaceutische boordtabellen 2007 op de website van het RIZIV plaatsen. Streefdatum : 31 december 2009.

6. Intervenieren bij de verzekeringsinstellingen om de termijnen van de gegevensoverdracht te verkorten en de kwaliteit ervan te verbeteren : een syntheseverslag over de termijnen en de kwaliteit (type fouten, herhaling,) van de Farmanet-gegevens aan het Verzekeringscomité voorleggen en naar elke VI opsturen. Streefdatum : 31 december 2009.

7. Voor de betrokken instanties een document opstellen betreffende de feiten die zijn vastgesteld in de laatste gegevens die elk kwartaal worden meegedeeld. Het zal om een samenvattende tekst gaan (snel op te stellen en te lezen) die gewijd is aan de actualiteit. De onderwerpen die aan bod komen, zouden bijvoorbeeld de volgende kunnen zijn :

- de belangrijkste geneesmiddelengroepen die verantwoordelijk zijn voor de stijging van de uitgaven (in het lopende kwartaal, in het lopende jaar, enz.),
- de evolutie (uitgaven-volume-aantal patiënten) van sommige specifieke groepen naargelang de actualiteit (bijv. : statines),

- rangschikking van de verpakkingen die voor de hoogste uitgaven zorgen,

- evolutie van de generische geneesmiddelen,

- enz. (onderwerpen op verzoek).

Streefdata : Dit document zal worden opgesteld in de maand volgend op de ontvangst en de validering van de volledige gegevens van het kwartaal.

ARTIKEL N1. Ontwikkelen van kennis inzake primaire arbeidsongeschiktheid : statistieken en studies

Dit artikel omvat twee nieuwe actie-verbintenissen die een uitbreiding vormen van een project (artikel 14) dat gerealiseerd werd in het kader van de Bestuursvereenkomst 2006-2008.

Context

Het doel van artikel 14 uit de Bestuursvereenkomst 2006-2008 was het ontwikkelen van indicatoren in primaire arbeidsongeschiktheid (PAO) die het de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) mogelijk moet maken doelgerichte en kwaliteitsvolle controles uit te voeren (cf. artikel 27 van de Bestuursvereenkomst 2006-2008). Concreet moesten statistieken worden opgemaakt met o.m. het aantal dagen PAO die door de VI op het niveau van het verbond worden meegedeeld. De resultaten van deze statistieken worden overgemaakt aan de dienst DGEC, die de gegevens kan vergelijken met haar eigen bestanden van arbeidsongeschiktheid. Voor de Wijzigingsclausule worden twee actie-verbintenissen voorgesteld die voortbouwen op artikel 14.

Een eerste actie-verbintenis betreft het verbeteren van de exploitatie van de PAO-statistieken door het opmaken en beschikbaar stellen van een rapport dat op synthetische wijze de resultaten van de statistieken beschrijft, met inbegrip van een overzicht van de statistische evolutie doorheen de tijd. Dit rapport zal worden toegevoegd aan de statistische cijfers die aan de DGEC worden overgemaakt en heeft enkel tot doel de feitelijke evoluties te beschrijven, zonder daarbij naar verklarende variabelen te zoeken.

Een tweede actie-verbintenis past binnen twee ambities van de Dienst Uitkeringen op langere termijn :

- Individualiseren van de boekhoudkundige gegevens primaire arbeidsongeschiktheid

- Uitvoeren van een studie omtrent de verklarende factoren die aan de basis liggen van de evolutie van het aantal gevallen en uitkeringsdagen in primaire arbeidsongeschiktheid.

Deze ambities zijn binnen de huidige bezetting binnen de dienst niet realiseerbaar op korte termijn. In de loop van 2009 zal de verklarende studie wel reeds worden voorbereid door het opstellen van een onderzoeksontwerp waarbij volgende elementen onderzocht zullen worden.

- Wat zal het doel zijn van de studie naar de verklarende factoren voor de evoluties op vlak van primaire arbeidsongeschiktheid? Welke elementen en verklarende variabelen kunnen in deze studie onderzocht te worden? Daarbij wordt – wat de Dienst Uitkeringen betreft – alvast gedacht aan demografische evoluties, sociaal-economische evoluties, enz.

- Welke gegevens zijn in het RIZIV reeds beschikbaar voor het uitvoeren van deze studie? En welke bijkomende gegevens en gegevensbronnen (interne of externe databanken, gegevens van de VI, enz.) zijn noodzakelijk voor het uitvoeren van de studie en het individualiseren van de gegevens primaire arbeidsongeschiktheid? In dit verband zullen in de loop van 2009 reeds verkennende gesprekken worden gevoerd met de Landsbonden om na te gaan welke bijkomende gegevens eventueel door hen kunnen worden aangeleverd en binnen welke termijn. Afhankelijk van de mogelijkheden terzake kan worden bepaald wat een realistische termijn is voor het uitvoeren van de studie.

- Welke bijkomende inspanningen dienen er te gebeuren op informatica- en personeelsvlak om de verbintenissen te realiseren? Afhankelijk van de mogelijkheden terzake kan worden bepaald wat een realistische termijn is voor het uitvoeren van de studie.

Lijst van acties – verbintenissen

1. Opmaken van een syntheserapport over de statistische evoluties op vlak van PAO (beschrijvend luik). Streefdatum : 31 december 2009.

2. Opmaken van een onderzoeksontwerp voor de studie naar verklarende factoren met betrekking tot evoluties op vlak van primaire arbeidsongeschiktheid. Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren

• De tijdigheid en kwaliteit van de door de VI geleverde bestanden vormt een extern risico voor de realisatie van de actie-verbintenis 1.

ARTIKEL 15. Responsabilisering van de VI met betrekking tot hun administratiekosten

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis die past binnen het vervolg van artikel 15 van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

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

De voorbije jaren 2006-2008 heeft het RIZIV gezorgd voor :

- het definiëren van relevante gegevens met betrekking tot de evaluatiecriteria voorzien in het KB van 28.8.2002,
- het tijdig overmaken van de nodige gegevens aan de Controledienst. Hiervoor is een bordtabel opgemaakt die jaarlijks wordt geactualiseerd,

- regelmatig overleg met de Controledienst,

- een interne evaluatie van het huidige systeem :

o wat is de werklust van het huidige systeem ?

o heeft het systeem een impact op het goed functioneren van de VI's ?

o wat zijn eventuele voorstellen tot hervorming van het huidige systeem ?

In 2009 zal vooral aandacht gaan naar :

- het operationaliseren van de besluiten van de uitgevoerde interne evaluatie;
- het intensifiëren van het overleg met de Controledienst van de ziekenfondsen;
- het aanhouden van het principe van het voorafgaandelijk meedelen van de gegevens aan de VI; en dit vóór de overdracht van de gegevens aan de Controledienst. Dit zal de kwaliteit van de gegevens verbeteren, nodeloze discussies achteraf vermijden en vooral zorgen voor een snellere procedure;
- een verrijking van de gegevens binnen het huidige K.B. Hierbij noteren we o.a. een vergelijking van de boekhoudkundige gegevens en de thesauriegegevens, teneinde de kwaliteit van de thesauriegegevens te verbeteren.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Tijdig overmaken van de gegevens aan de Controledienst en het actualiseren van de bordtabel (effectief overgemaakte gegevens mbt het jaar 2008, en binnen welke termijn). Streefdatum : 31 maart 2009.

ARTIKEL N2. Rapportering (o.a. aan de Algemene Raad) van gestandaardiseerde regionale gegevens over de uitgaven geneeskundige verzorging aan de hand van jaarrapporten

Dit artikel omvat een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Dit project zal het mogelijk maken om degelijke en betrouwbare analyses gebaseerd op regionale gegevens van de uitgaven voor geneeskundige verzorging te produceren. Het beschikken over regionale gegevens en analyses hierop zal een toegevoegde waarde bieden in het kader van de besluitvorming in de ziekteverzekering (in uitvoering van art 16 § 2 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14-7-1994). Denken we bvb aan de identificatie van bepaalde prestaties met hoge variabiliteit en het op gestandaardiseerde wijze detecteren van uitgaven die afwijken van gemiddelden.

Momenteel worden niet-gestandaardiseerde regionale gegevens ter beschikking gesteld op basis van brute basisgegevens (kost en aantal gevallen per rechthebbende) naar o.a. regio, provincie en arrondissement. Deze gegevens worden ook opgenomen in de auditrapporten (cfr. artikel 13 uit de tweede BO).

Met dit project wil de dienst geneeskundige verzorging :

- een methodologie uitwerken voor de gestandaardiseerde analyse van de basisgegevens (graad van detail, hergroepering van de uitgaven, aanbevelingen voor het ontwikkelen van geografische kaarten), en rekening houdend met de specifieke categorieën van de ledentallen. Bepaalde factoren kunnen op die manier worden geneutraliseerd zodat regionale analyses betrouwbaarder worden. Deze methode is gericht op een juistere interpretatie van de regionale variaties.

- gestandaardiseerde gegevens ontwikkelen op basis van de beschikbare gegevens over de uitgaven van de laatste 18 maanden.

Van zodra de methodologie is uitgewerkt, zal periodiek een geactualiseerd rapport worden opgemaakt over de gegevens van het jaar t, tegen het einde van het laatste trimester van het jaar (t+2) en voor de eerste keer (gegevens van 2006) tegen het eind van het eerste kwartaal van 2009. De gegevens uit het rapport zullen worden aangevuld met commentaren en interpretaties.

Het KCE zal gevraagd worden om feedback te formuleren over de ontwikkelde methode.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Opmaken van een jaarrapport voor de Algemene Raad van gestandaardiseerde regionale gegevens over de uitgaven geneeskundige verzorging. Streefdatum : 31 maart 2009.

ARTIKEL N3. Coördinatie van het onderzoek inzake de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem
Dit artikel betreft een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Onder meer in het kader van internationale initiatieven en jaarlijkse rapporteringsstromen terzake (o.m. OESO, WGO), is duidelijk geworden dat er op Belgisch niveau nood is aan een betere coördinatie van de informatie inzake de performantie van ons systeem van gezondheidszorg. Evenzeer is er nood aan een meer systematische reflectie over die Belgische resultaten, onder meer vanuit een internationaal vergelijkend perspectief.

Daarom hebben vertegenwoordigers van de FOD Sociale Zekerheid, de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), en het Federaal Kenniscentrum (KCE) in de loop van 2007 een gezamenlijk voorstel geformuleerd. Meer bepaald is voorzien om, zoals in vele andere landen, een jaarlijks verslag op te maken over de performantie van ons gezondheidszorgsysteem. Dit verslag moet op gecoördineerde wijze worden opgemaakt, waarbij alle bevoegde actoren op federaal en gefedereerd niveau betrokken worden. Het voorgestelde initiatief is begin 2008 alvast uitdrukkelijk positief onthaald door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Met de performantie van het gezondheidszorgsysteem wordt verwezen naar het geheel van interventies die zich richten op specifieke gezondheidsproblemen of de ermee verbonden sociale problemen. Het gamma van interventies omvat zowel preventie, diagnostiek, de curatieve en palliatieve dimensie, en betreft de volgende functies : bewaking of monitoring, de bescherming en bevordering van de gezondheid, de preventie van ziekte, en de evaluatie van het systeem. Een goed beheer van het gezondheidszorgsysteem vereist dat er overeenstemming bestaat op vlak van de te hanteren performantiestandaarden, dat er een goede verzameling en uitwisseling van gegevens gebeurt, en dat er coherente beleidsinitiatieven worden genomen om de performantie van het systeem te verbeteren en een systeem van monitoring en rapportering te installeren.

In de loop van 2008 vindt de voorbereiding van de opmaak van het eerste onderzoeksrapport (zero-rapport') plaats. Dit betreft de vaststelling van o.m. de doelstellingen van het onderzoek, de te hanteren methodologie, de aanpak op vlak van communicatie en rapportering, enz. In 2009 zal het onderzoek dan effectief worden uitgevoerd. Terwijl het KCE en WIV instaan voor het onderzoekswerk, is het RIZIV hoofdzakelijk verantwoordelijk voor de administratieve coördinatie van het onderzoek.

De actie-verbintenissen die in deze Wijzigingsclausule 2009 worden voorgesteld, betreffen enerzijds een tussentijdse verslaggeving aan de minister van Sociale Zaken over de voortgang van het onderzoek, en anderzijds de communicatie aan de minister van het afgewerkte zero-rapport'.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Overmaken van een voortgangsrapport aan de minister van Sociale Zaken. Streefdatum : 30 juni 2009.

2. Overmaken van het eerste jaarverslag inzake de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem (zero-rapport') aan de minister van Sociale Zaken. Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren

• De verantwoordelijkheid van het RIZIV voor deze actie-verbintenissen is coördinerend van aard. Het daadwerkelijk onderzoekswerk gebeurt door het KCE en het WIV.

2. MODERNISERING VAN HET BEHEER VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN

ARTIKEL 16. Exploitatie van de databank betreffende de «toegestane gedeeltelijke hervatting van de activiteiten»

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis die past binnen de verderzetting van een project (artikel 16) dat gerealiseerd werd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Artikel 16 uit de Bestuursovereenkomst 2006-2008 had als doel het informatiseren van de gegevensoverdracht «deeltijdse werkhervatting met toestemming van de adviserend geneesheer» en het op basis van deze overdracht ontwikkelen en voeden van een gemeenschappelijke databank die aan de behoeften van zowel de DGEC als DU zou voldoen.

Volgens de huidige planning die door alle betrokken partijen wordt aangehouden, zal de elektronische flux in productie kunnen gaan vanaf 1 januari 2009. Vanaf dat moment zullen alle nieuwe dossiers/beslissingen via de elektronische flux worden ingebracht in de databank. De dossiers die actief waren vóór het in productie gaan (historische dossiers), zullen, indien de huidige planning door de landsbonden wordt nageleefd, in de loop van 2009 gefaseerd worden ingebracht in de databank, zodat uiteindelijk alle dossiers «deeltijdse werkhervatting met toestemming van de adviserend geneesheer» zullen opgenomen zijn in de databank.

Met de realisatie van artikel 16 van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 was ook het afschaffen van de papieren flux voorzien. Dit zal pas kunnen gebeuren indien alle landsbonden voldoende kwalitatieve gegevens kunnen aanleveren via de nieuwe elektronische flux. Afhankelijk van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens vanuit de VI kan de papieren drager tegen het einde van 2009 worden afgeschaft.

De nieuwe flux stelt ons alvast in staat om gedetailleerde statistieken te maken over de deeltijdse werkhervatting. Alhoewel het pas mogelijk zal zijn om relevante statistieken aan te maken vanaf het moment dat alle gegevens zijn opgenomen in de databank kan in 2009 al een aanvang genomen worden met het inhoudelijke ontwerp en de technische programmering van deze statistieken.

Gezien de grote externe afhankelijkheid ten aanzien van de VI verkiezen we om geen actie-verbintenissen te formuleren omtrent de afschaffing van de papieren flux, of omtrent de integratie van de historische dossiers. Wel wordt in dit artikel een actie-verbintenis geformuleerd omtrent de inhoudelijke en technische voorbereiding die het moeten mogelijk maken om statistieken inzake deeltijdse werkhervatting te genereren. Meer bepaald betreft de actie-verbintenis 2 luiken :

- Bepalen welke statistieken gegenereerd zullen worden op basis van de gegevens in de databank (inhoudelijk luik);

- Programmeren van deze statistieken (technisch luik).

Lijst van acties – verbintenissen

1. Ontwikkelen (inhoudelijk en technisch luik) van een systeem dat het mogelijk moet maken om gedetailleerde statistieken 'deeltijdse werkhervatting' te genereren. Streefdatum : 31 december 2009

Omgevingsfactoren

• Er is een externe afhankelijkheid van de VI op vlak van het realiseren van de afschaffing van de papieren flux, de integratie van de historische dossiers in de elektronische databank, en de oplevering van gedetailleerde statistieken.

ARTIKEL 17. Elektronisch invaliditeitsdossier

Dit project is een voortzetting van het artikel dat onder dezelfde titel in de bestuursovereenkomst 2006-2008 is opgenomen.

Context

Op dit ogenblik zijn 70 000 van de 240 000 dossiers volledig in het edid-systeem (elektronische invaliditeitsdossier) geïntegreerd. Alle dossiers van de drie kleine VI (200, 400 en 600 of ongeveer 12 % van de invaliditeitsdossiers) zijn in edid ingevoerd. De uitbreiding van het edid-project naar alle primaire fiches van alle VI (verzekerden die nog geen invaliditeitsdossier hebben) is afgerond alsook de integratie van de zelfstandigen in het nieuwe systeem (met historiek van het dossier). Thans gebruiken alle geneesheren die gewoonlijk aanwezig zijn (+/- 20) het programma edid in de beperkte commissie, waardoor 1000 tot 2000 «elektronische beslissingen» per week kunnen worden genomen. Er moet ook worden opgemerkt dat de feedback van die geneesheren vrij positief lijkt met betrekking tot het gebruik van de toepassing edid en de vorderingen die met de recentste versies van het programma zijn gemaakt. Thans worden meer dan 50 % van de medische beslissingen in edid genomen.

Op basis van de boardtabel voor de behandeling van de invaliditeitsdossiers, kunnen we bovendien een verbetering vaststellen van de behandelingstermijn van de invaliditeitsdossiers, zowel voor de 'primaire' als voor de 'verlengingen'.

Met betrekking tot de omzetting (scanning) van alle dossiers van verzekerden die nu in invaliditeit zijn erkend (actieve dossiers') in edid, is een actieplan met betrekking tot de «roll-out scanning e-dossiers» goedgekeurd dat operationeel zou moeten zijn vanaf 1 januari 2009 en eindigen in september 2011.

Er zijn talrijke voordelen verbonden aan de volledige omzetting in edid :

- alle dossiers worden op dezelfde wijze behandeld
- beperking van de fysieke handelingen – geen stockeerruimte meer
- de kost van de mainframe valt weg
- homogene statistische modules en boordtabellen.

Er dient dus benadrukt dat een groot deel van het project in 2009 zal neerkomen op de omvangrijke scanning van de actieve papieren dossiers. Voor de realisatie van dit deel van het project is de steun nodig van een externe firma gelet op de te scannen hoeveelheid.

Met het oog op de uitvoering van het onderzoek naar de mogelijkheid van een elektronische documentenstroom van en naar de verzekeringsinstellingen (in de bestuursovereenkomst 2006-2008 gepland op 1 oktober 2008) heeft een werkgroep met leden van de verzekeringsinstellingen en het RIZIV al verscheidene technische vergaderingen gehouden. Wat de buitengaande stromen betreft, is er een akkoord met de VI teneinde een « prototyping » van de betekeningen van de beslissingen rechtstreeks via edid te lanceren (File Transfert Protocol/FTP in overgangsfase en Carenet op termijn). Er zijn testen uitgevoerd met enkele piloot-VI. Ook al is het de bedoeling om de VI, in overleg met hen, te laten evolueren naar een transfer via Carenet, moeten we rekening houden met de graad van maturiteit en informaticaontwikkeling van elke landsbond. Gedurende een bepaalde periode (die nog moet worden vastgesteld) zouden de betekeningen van de beslissingen met andere woorden kunnen worden verstuurd via de twee bestaande kanalen : FTP of Carenet.

De besprekingen over de binnenkomende gegevensstromen (de fiches) zullen later plaatsvinden en er zal eerst een haalbaarheidsstudie moeten worden uitgevoerd.

Met andere woorden, er moet in 2009 in overleg met de verzekeringsinstellingen een studie worden uitgevoerd om de voorwaarden en modaliteiten te omschrijven voor de verzending van de elektronische documenten die van de verzekeringsinstellingen komen (input) en voor de elektronische verzending van de beslissingen naar de verzekeringsinstellingen (output).

Lijst van acties - verbintenissen

1. Scanning van de dossiers : Uitvoering van een actieplan betreffende de « roll-out van de scanning e-dossiers » en zo de behandeling in edid van nu tot 2011 van alle 'actieve papieren dossiers' mogelijk maken, met andere woorden, dossiers met betrekking tot verzekerden die nu in invaliditeit zijn erkend. Streefdatum : 30 januari 2009

2. Output : Prototyping van de betekeningen rechtstreeks naar de VI via edid met een of meerdere piloot-VI. Streefdatum : 31 december 2009

3. Input : Realisatie van een studie waarin de voorwaarden en de modaliteiten worden gedefinieerd met het oog op de elektronische verzending van de documenten van de VI. Die studie zal tijdens de overlegvergaderingen met de VI plaatsvinden. Streefdatum : 31 december 2009

Omgevingsfactoren

- Medewerking van de VI, in het bijzonder de adviserend geneesheren.

ARTIKEL 20. Hervorming van de sector implantaten

Dit artikel is een aanpassing van het project (artikel 20) dat opgenomen is in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

De verbintenissen die hierna zijn opgenomen bevatten een aanpassing aan de streefdatum van de huidige verbintenis 3 en 4 (dit zijn de verbintenissen uit de wijzigingsclausule van 2007). Verbintenis 3 is verbonden aan luik 1 (deel b) en verbintenis 4 aan luik 2, zoals opgenomen in de wijzigingsclausule van 2007.

Luik 1 deel b betreft de nieuwe procedure voor terugbetaling van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen & de Oprichting van de «Commissie Tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen». De oprichting van de commissie is gerealiseerd in de periode van de tweede BO. De terugbetalingsprocedure was voorzien voor 2009, nl. het voorleggen van het ontwerp van tekst over de uitvoeringsbepalingen van de terugbetalingsprocedure (luik 1, deel b) met als streefdatum de datum van de eerste vergadering van het Verzekeringscomité in 2009. In het semestriële verslag van 2008 is gevraagd om deze verbintenis bij te stellen naar streefdatum. Dit omdat de notificatieprocedure 1 jaar dient te lopen (te rekenen vanaf het in productie gaan van deze notificatieprocedure) om over een 1ste versie van de lijst met genotificeerde producten te beschikken. Op dat moment dient ook de nieuwe terugbetalingsprocedure klaar te zijn. Verbintenis 3 luidt nu als volgt : Uiterlijk 6 maanden na het in werking treden van de notificatieprocedure moet de ontwerpakte van het KB over de uitvoeringsbepalingen van de terugbetalingsprocedure aan het Verzekeringscomité voorgesteld worden.

Luik 2 gaat over het "online"-registratiesysteem van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen :

- a. Ontwikkelen van een web-applicatie
- b. Op juridisch vlak de noodzakelijke teksten met betrekking tot de uitwisseling van gegevens opmaken, alsook de bepalingen in verband met de privacy uitwerken
- c. Ontwikkeling en beheer van de databank

We stellen een aanpassing van de streefdatum voor omwille van de externe afhankelijkheden die dit luik hebben vertraagd. Deze vertragende factoren waren al opgenomen in het jaarverslag bij de 2de bestuursovereenkomst met betrekking op het jaar 2007 en in het semestriële verslag van 2008. Concreet wordt de voortgang van de ICT-toepassing betreffende het generieke systeem van registratie van medische gegevens met de implantaten (hartdefibrillatoren) als pilootproject beïnvloed door volgende externe omgevingsfactoren, nl. :

1. het wettelijk kader voor het opslaan en de uitwisseling van de elektronische gegevens en voor wat betreft het geven van de toestemming door de patiënt
2. de organisatie van de stromen van de gegevens en de respectievelijke rollen daarbij van Ehealth en Carenet/MyCaret.

Deze knelpunten worden behandeld door de stuurgroep van het programma e-Care. In de stuurgroep zitten vertegenwoordigers van het RIZIV, de SMALS, de CIN en de kankerstichting.

Omwille van deze externe afhankelijkheden verschuift de streefdatum van 31 december 2008 naar 1 juli 2009.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Voorleggen van de ontwerptekst van het KB over de uitvoeringsbepalingen van de terugbetalingsprocedure aan het Verzekeringscomité. Streefdatum : uiterlijk 6 maanden na het in werking treden van de notificatieprocedure.

2. Ontwikkeling van de web-applicatie (kern) zodat de zorgverlener via online registratie de gegevens in het kader van de toepassing van de nomenclatuur kan inbrengen en hij een ontvangstbewijs (code) terugkrijgt en waarbij de verzekeringsinstellingen via die code de gegevens van hun rechthebbenden kunnen nagaan (luik 2). Streefdatum : 1 juli 2009.

ARTIKEL 21. My CareNet

Dit artikel omvat een verbintenis die voorzien was in het kader van een project (artikel 21) van de Bestuursovereenkomst 2006-2008, maar nog niet gerealiseerd kon worden door externe omstandigheden.

Context

In de Bestuursovereenkomst 2006-2008 was een project (artikel 21) voorzien omtrent de operationalisering van de terbeschikkingstelling van diensten met toegevoegde waarde in het kader van de toepassing van de verplichte verzekering, o.m. via «My CareNet» via BeHealth. Midden 2008 werd in dit verband het wettelijk kader gerealiseerd om My CareNet mogelijk te maken, meer bepaald door een aanpassing aan artikel 159bis van het koninklijk besluit van 3/7/1996 (publicatie in *Belgisch Staatsblad* 24 juni 2008).

Vooraleer My CareNet echt operationeel kan worden, moet ook de technische infrastructuur gerealiseerd zijn. Deze technische infrastructuur wordt ontwikkeld op het niveau van het NIC. Bij de redactie van deze wijzigingsclausule voor 2009 werd ervan uitgegaan dat de productiefase in het eerste kwartaal van 2009 van start kan gaan. De precieze datum waarop My CareNet operationeel wordt, is van belang om te bepalen wanneer de betrokken actoren, per omzendbrief en via de website van het RIZIV, geïnformeerd moeten worden over de nieuwe richtlijnen. Deze verbintenis was voorzien in de Bestuursovereenkomst 2006-2008, maar kon door externe factoren dus nog niet gerealiseerd worden. Volgens de oorspronkelijke actie-verbintenis moest deze informatieverspreiding drie maanden voor het van kracht worden van de nieuwe richtlijnen gebeuren door het RIZIV, dus in feite drie maanden voorafgaand aan de inproductiestelling van de technische infrastructuur.

De opmaak van een communicatieplan en officiële richtlijnen voor de eerste doelgroep, nl. de thuisverpleegkundigen (diensten en zelfstandigen), is reeds in voorbereiding binnen het RIZIV, maar de finalisering en communicatie ervan zal dus afhangen van de daadwerkelijke inproductiestelling van de technische infrastructuur van My CareNet. Aangezien de verantwoordelijkheid op het niveau van het NIC ligt, is de impact van het RIZIV beperkt. Hetzelfde geldt voor de organisatie van de technische toegang tot My CareNet. Normaliter moeten de technische infrastructuur voor de toegang tot o.m. My CareNet in het kader van eHealth ontwikkeld worden. Momenteel wordt de toegang voor enkele pilootprojecten bij de thuisverplegers nog project per project georganiseerd. Indien echter de volledige sector van de thuisverpleging instapt in My CareNet, zal dit niet meer haalbaar zijn. De technische vooruitgang inzake eHealth heeft dan ook een belangrijke impact op het project My CareNet.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Informeren, per omzendbrief en via de website, van alle betrokken actoren over de nieuwe concrete richtlijnen inzake My CareNet (aanpassingen van facturatie, reglementering). Streefdatum : 3 maanden vooraleer de technische infrastructuur operationeel is.

Omgevingsfactoren (opschortende voorwaarde)

- De realisatie van de actie-verbintenis is afhankelijk van de ontwikkeling van de technische infrastructuur op het niveau van het NIC.
- De technische vooruitgang inzake de toegangsmodaliteiten tot toepassingen via eHealth heeft een belangrijke impact op het project My CareNet.

ARTIKEL 35. Forfaitarisering van de geneesmiddelen in de ziekenhuizen

Dit project herneemt de laatste verbintenis die al in de bestuursovereenkomst 2006-2008 was opgenomen. Door de vele taken die de Dienst heeft (steun aan de Multipartite, referentiebedragen), vestigen wij evenwel de aandacht op het feit dat we voor de evaluatie van het systeem over zes maanden willen beschikken in plaats van over de drie die eerst in de overeenkomst waren bepaald.

Context

Sedert 1 juli 2006 passen de acute ziekenhuizen (die ten minste een dienst C, D en/of E tellen) een forfaitair vergoedingssysteem toe voor farmaceutische specialiteiten die per opname worden toegediend, ongeacht het werkelijke verbruik. De basis van de forfaitarisering staat in vijf koninklijke besluiten betreffende :

- de berekening van de forfaits;
- de bepaling van de verzekeringstegemoetkoming, de toepassing op hoofdstuk IV en de criteria van de uitsluitingslijst;
- de reglementering inzake het persoonlijk aandeel;
- de bepaling van de uitsluitingslijst van de ATC-codes;
- de oprichting van een permanente werkgroep in de CTG (Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen).

In de lijst van de farmaceutische specialiteiten wordt gepreciseerd welke specialiteiten van de forfaitarisering worden uitgesloten. Dit is met name het geval voor bijvoorbeeld een reeks specifieke producten die ambtshalve niet voor forfaitarisering in aanmerking komen (weesgeneesmiddelen, cytostatica, immunoglobulines, albumine, geneesmiddelen tegen AIDS). De radio-isotopen komen evenmin in aanmerking. Die lijst kan worden gewijzigd op voorstel van de permanente werkgroep.

Het is belangrijk te benadrukken dat die lijst elke maand wordt bijgewerkt en met name via onze website kan worden geraadpleegd. Naast de jaarlijkse berekening van het nieuwe forfait op basis van de recentste gegevens en de analyse van de betwistingdossiers die door sommige ziekenhuizen zijn ingediend, is de bijwerking van die lijst dus een belangrijke activiteit van de dienst in het kader van dit dossier.

Het belangrijkste gedeelte van dit project moest en is al gerealiseerd in 2006 :

- De 1e verbintenis (31 maart 2006), met name, het opstellen van de ontwerpen van koninklijke besluiten die gelinkt zijn aan de forfaitarisering van de farmaceutische specialiteiten in ziekenhuizen;
- De 2e en 3e verbintenis (30 april 2006 en 31 mei 2006), met name, de nodige voorbereidingen opdat het systeem operationeel zou zijn vanaf 1 juli 2006 (invoering van het nieuwe facturerings- en communicatiesysteem in de verzekeringsinstellingen en in de ziekenhuizen van het aan te rekenen forfaitaire bedrag alsook alle nodige informatie voor de berekening van het forfait).

Wanneer de gekoppelde MKG- en AZV-gegevens met betrekking tot het eerste jaar van forfaitarisering (2006) bij de Technische cel beschikbaar zijn, met andere woorden begin 2009 (AZV, editie 14), moet (4e en laatste verbintenis) drie maanden later het forfaitariseringssysteem worden geëvalueerd en een eerste verslag aan de betrokken organen worden bezorgd (Multipartite en Verzekeringscomité). De Dienst wil zich ook baseren op de PH-documenten (geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisofficina) om de impact van dit forfaitariseringssysteem te evalueren.

Lijst van de acties - verbintenissen

1. Wanneer de gekoppelde MKG- en AZV-gegevens met betrekking tot het eerste jaar van forfaitarisering bij de Technische cel beschikbaar zijn (begin 2009), het forfaitariseringssysteem evalueren en een eerste verslag aan de betrokken organen bezorgen (Multipartite en Verzekeringscomité) Streefdatum : X+6 maanden.

ARTIKEL N4. Beheer van de aanvragen voor een invaliditeitspensioen in het internationale kader

Dat nieuwe project zal in het kader van de 3e bestuursovereenkomst 2010-2012 worden voortgezet.

Context

Het project heeft tot doel de verwerking van de invaliditeitsdossiers in het internationale kader te informatiseren en te optimaliseren en dus de kwaliteit en de termijnen ervan te verbeteren.

De afdeling Internationale Verdragen van de Dienst voor Uitkeringen verwerkt de aanvragen voor een invaliditeitspensioen, afkomstig van verzekerden die een beroepsactiviteit in België en in het buitenland hebben uitgeoefend.

Die activiteit wordt uitgeoefend in het volgende wettelijke kader :

- de Europese Verordeningen 1408/71 en 574/72 voor de verzekerden die in België en in een of verscheidene lidstaten van de Europese Gemeenschap hebben gewerkt. In de loop van 2010 zal een nieuwe Europese Verordening 883/04 in werking treden,
- bilaterale overeenkomsten, afgesloten tussen België en een derde staat (bijvoorbeeld, de Verenigde Staten, Canada, Marokko).

In samenwerking met de verzekeringsinstellingen en de buitenlandse instellingen is de afdeling verantwoordelijk voor :

- het berekenen van de bedragen van het invaliditeitspensioen ten laste van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering,
- het opstellen van de beslissingen en kennisgeving ervan aan de sociaal verzekerden,
- de financiële regelingen (achterstallen).

De afdeling, die 19 medewerkers telt (17,30 VTE), beheert ongeveer 900 nieuwe aanvragen en ontvangt 10 000 brieven per jaar.

De afdeling bevindt zich in een moderniseringsproces, gebaseerd op drie pijlers :

- verbetering van de dossiersverwerking (administratieve vereenvoudigingen, ontwikkeling van instrumenten voor het beheer van de risico's en van de kwaliteit van de activiteiten, met naleving van het Handvest van de sociaal verzekerde),
- ontwikkeling van een opleidingsplan en installatie van een documentatiebeheer (systematisering van een opleidingsplan voor de nieuwe personeelsleden, organisatie van informatiesessies over Europese Verordeningen, permanente bijscholing van de kennis in geval van wijziging van de wetgeving),
- ontwikkeling van een coördinatienetwerk met de verzekeringsinstellingen (creatie van een informatieplatform om de punctuele vragen te beantwoorden en de opleiding in het kader van de nieuwe Europese Verordening te organiseren).

In het kader van het BPM-project (Business Process Management) wordt momenteel een BIO-analyse uitgewerkt. In de beschrijving « To be » worden voor de dossierverwerking de volgende verbeteringen voorgesteld :

- rationalisering van de workflow,
- invoering van tijdschema's en boordtabellen,
- vereenvoudiging, aanpassing en uniformering van de typebrieven,
- ontwikkeling van een betrouwbaar statistisch instrument.

Voor die verbeteringen moet een aangepaste informaticaondersteuning worden uitgewerkt. De afdeling Internationale Verdragen beschikt nu over een aparte berekeningsmodule. Die module zou moeten worden gemoderniseerd, in e-did worden geïntegreerd (zie artikel 17 van de bestuursovereenkomst 2006-2008 en van de onderhavige wijzigingsclausule 2009) en zou moeten worden aangevuld met het volgende :

- bij het begin van de procedure een instrument voor het beheren van de binnenkomende post,
- aan het einde van de procedure een instrument voor het opstellen van de uitgaande post,
- een statistische module.

Lijst van de acties - verbintenissen

1. Een coördinatienetwerk met de verzekeringsinstellingen ontwikkelen. Streefdatum : 30 juni 2009.
2. Een tijdschema en boordtabellen creëren om vanaf 2010 de kwaliteit, de betrouwbaarheid en de termijnen voor de verwerking van de dossiers te kunnen evalueren. Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren

- Medewerking van de verzekeringsinstellingen in het kader van het coördinatienetwerk.

ARTIKEL N5. Zorgvernieuwing in de ouderenzorg

Dit artikel betreft een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 13 juni 2005 werd voor de derde keer een protocolakkoord afgesloten tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van het te voeren ouderenzorgbeleid. In dit derde protocolakkoord (1/10/2005 – 1/10/2010) wordt de uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormen verder gestimuleerd. In samenspraak met de Federale overheid moeten de Gemeenschappen en Gewesten over de periode van het derde protocolakkoord 20 % van de beschikbare middelen inzetten voor de creatie van alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Naar analogie met de therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg, heeft de overheid ervoor geopteerd om projecten van alternatieve en ondersteunende zorgvormen te laten formuleren vanuit het werkveld, veeleer dan deze vanuit de overheid op te leggen. Op 28 juli 2008 werd door het Verzekeringscomité een ontwerp van koninklijk besluit goedgekeurd in uitvoering van artikel 56 van de ZIV-wet. In het ontwerp van K.B. zijn onder meer voorzien : de selectieprocedure; de voorziene rapportering en gegevensuitwisseling; en de wijze van financiering van de projecten.

Naast een ontwerp van K.B. werden door het Verzekeringscomité ook een aantal voorstellen goedgekeurd ter concrete uitvoering van het ontwerp van K.B. Het betreft onder meer : de formulering van doelstellingen en formele en inhoudelijke criteria waaraan de projecten moeten voldoen; de beschrijving van de tegemoetkoming; de elementen die moeten opgenomen worden in een overeenkomst met het Verzekeringscomité; het tijdschema tot 2015; en de fasering met betrekking tot de financiering van de projecten.

De administratieve weerslag van het K.B. is moeilijk in te schatten. Deze is namelijk afhankelijk van het aantal projecten die zullen ingediend worden. De uitvoering van het K.B. omvat onder meer volgende administratieve taken voor het RIZIV :

- Elk ingediend projectvoorstel moet worden onderzocht volgens de in het K.B. geformuleerde criteria. Deze evaluatie zal gebeuren door nog samen te stellen jury's binnen het RIZIV;

- Voor elk van de geselecteerde projecten moet een gepersonaliseerde overeenkomst worden gemaakt die goedgekeurd moet worden door het Verzekeringscomité;

- Voor elk van de geselecteerde projecten moet een begeleiding en opvolging voorzien worden. De begeleiding en opvolging gebeurt via tussentijdse rapporten die aanleiding zullen geven tot een aanpassing van de tegemoetkoming en andere bijsturingen.

- Het opmaken, in samenwerking met de interuniversitaire equipe, van een document met voorstellen van elementen waarbij de ideeën rond zorgvernieuwing van projecten zullen kunnen omgezet worden in een gestructureerd geheel (wetten, decreten, reglementering).

Al deze etappes zullen gebeuren in nauw overleg met alle partners, via een speciaal daarvoor opgerichte werkgroep van het Verzekeringscomité.

In de loop van oktober 2008 zal een eerste oproep tot projecten gebeuren, die in het eerste trimester van 2009 door jury's binnen het RIZIV zullen worden beoordeeld. Een voorstel van selectie en indeling in twee uitvoeringsfasen zal terzake aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaken van een voorstel van geselecteerde projecten (in twee fasen) ten behoeve van het Verzekeringscomité. Streefdatum : 30 juni 2009.

2. Opmaken van een eerste opvolgingsrapport ten behoeve van het Verzekeringscomité. Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren (opschortende voorwaarde)

- Het ontwerp van K.B. dat door het Verzekeringscomité werd goedgekeurd op 28 juli 2008 volgt de vereiste verdere advies- en goedkeuringsprocedure. De lijst van actie-verbintenissen is dan ook geformuleerd onder voorbehoud van goedkeuring van het K.B. en publicatie in het *Belgisch Staatsblad*.

- Zoals bepaald in artikel 24 van het ontwerp van KB kunnen de overeenkomsten pas worden gesloten op het ogenblik dat de lijst van te registreren gegevens en eventueel te gebruiken instrumenten zijn goedgekeurd door het Verzekeringscomité op voorstel van zijn Werkgroep.

ARTIKEL N6. Oprichting van de VZW E-care.

Dit artikel omvat een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Het wetsontwerp over de oprichting en organisatie van het e-healthplatform, als openbare instelling van sociale zekerheid, is goedgekeurd door de senaat. Dit ehealth-platform is een beveiligd systeem voor de uitwisseling van gegevens tussen alle betrokkenen (zorgverleners, zorginstellingen, ziekenfondsen, FOD Gezondheidszorg, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, RIZIV en overheidsdiensten van gewesten en gemeenschappen) uit de gezondheidszorg. Deze zullen via dit eHealth-platform op een veilige manier en met respect voor de privacy informatie kunnen uitwisselen (bvb. elektronische uitwisseling van gegevens uit medische dossiers tussen zorgverleners en patiënten, indien van elektronische aanvragen om een akkoord van de adviserende geneesheren te bekomen voor het toedienen van bepaalde zorgen, elektronische voorschriften van geneesmiddelen opmaken,).

De bedoeling van eHealth is om de kwaliteit van de gezondheidszorg en de veiligheid van de patiënt te verbeteren door relevante informatie over de patiënt en over de verstrekte zorgen op een goed georganiseerde wijze uit te wisselen. Een ander voordeel van eHealth is dat het zal bijdragen tot de vereenvoudiging van administratieve formaliteiten voor patiënten, zorgverleners en zorginstellingen. Ten slotte zal eHealth ook de voorbereiding en de evaluatie van het gezondheidsbeleid ondersteunen door informatie te ontsluiten uit onderzoek en analyses.

In hetzelfde wetsontwerp is de oprichting van de VZW e-care opgenomen. Het RIZIV en de Staat zijn gemachtigd om de VZW op te richten samen met de ziekenfondsen en de verenigingen van zorgverleners en zorginstellingen.

Deze vereniging zal, naar analogie met het kankerregister, een samenwerkingsverband oprichten waarbij diverse actoren op een georganiseerde en gestructureerde wijze afspraken zullen maken over de inzameling, verwerking en terbeschikkingstelling van bepaalde klinische gegevens. Het gaat hier om de concrete governance van bepaalde gegevensstromen aan de hand van een generieke en flexibele structuur. Concreet zullen afspraken gemaakt worden over het vaststellen van de modaliteiten en definiëring van de gegevensstromen en de gebruikers, enz. Vanzelfsprekend zullen bij de uitwerking van het project alle regels en wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

In de vereniging zijn alle relevante stakeholders vertegenwoordigd, met name :

- De Belgische staat,
- Het RIZIV,
- De verzekeringsinstellingen,
- De verenigingen van zorginstellingen,
- De representatieve artsenverenigingen,
- Andere representatieve verenigingen van zorgverleners,
- Alsook een vertegenwoordiger van het ehealth-platform.

De VZW e-care kan belast worden met :

- De organisatie van de elektronische gegevensstromen voor de inzameling, verwerking en terbeschikkingstelling van bepaalde klinische gegevens m.b.t. verstrekkingen die in aanmerking komen voor vergoeding door de VGUV;
- De organisatie van registers m.b.t. verschillende klinische domeinen;

– Het verwerven en ter beschikking stellen van gecodeerde en anonieme gegevens aan het Federaal Kenniscentrum en aan wetenschappelijke instellingen en verenigingen met het oog op het realiseren van wetenschappelijk onderzoek.

De vereniging zelf beschikt niet over een eigen informaticasysteem, en kan dus zelf geen operationele taken opnemen. De VZW zal voor de concrete organisatie van de elektronische gegevensstromen en van de registers beroep kunnen doen op diensten van één of meerdere van haar leden (zoals het MyCarenet-platform van de ziekenfondsen) of op de diensten van het ehealth-platform.

De VZW wordt voornamelijk gefinancierd door een jaarlijkse dotatie ingeschreven in de begroting van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, door een jaarlijks bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV en uit de opbrengsten van verstrekte diensten.

In de wijzigingsclausule wenst het RIZIV de concrete realisatie van de oprichting van de VZW e-care (het opmaken van de statuten en het voorzien van de nodige logistieke ondersteuning & HR-middelen) als verbintenis op te nemen voor 2009.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Opmaken van het oprichtingsdocument (statuten,) voor de VZW e-care Streefdatum : 31 maart 2009
2. Het beschikbaar stellen van de logistieke en HR-middelen voor het operationaliseren van e-care. Streefdatum : 31 maart 2009.

Omgevingsfactoren

Deelname van alle betrokken actoren.

ARTIKEL N7. Ondersteuning van de zorgtrajecten

Dit artikel betreft een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

De zorgtrajecten beogen 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 (huisartsen, geneesheren-specialisten en andere gezondheidswerkers) en dit voor groepen van patiënten die een complexe zorg nodig hebben. De verzorging van de patiënt wordt m.a.w. opgevolgd en gecoördineerd.

De voornaamste aanmoediging voor de patiënt is dat hij de meeste raadplegingen volledig vergoed zal krijgen. Ook kunnen er andere voordelen zijn voor specifieke groepen van patiënten. De huisarts en de geneesheer-specialist gaan een partnerschap aan en ontvangen een forfaitair ereloon.

Ter ondersteuning wordt verder voorzien in de uitbouw van locoregionale multidisciplinaire samenwerking waarin de huisartsenkring een centrale rol speelt en in aangepaste modules in het elektronisch medisch dossier.

De patiënt, de huisarts, het multidisciplinaire netwerk en de geneesheer-specialist die allen samen communiceren, krijgen elk een bepaalde rol toebedeeld in functie van welbepaalde doelstellingen. Die rol kan verschillend zijn naargelang de betrokken aanpak.

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 opdrachten van de huisarts :

1. Zorgen voor de coördinatie.
2. De patiënt in het project identificeren, informeren en opnemen.
3. De overeenkomst tussen de drie partijen bezorgen aan de VI's.
4. Het GMD van de patiënt beheren.
5. Gegevens uitwisselen met de geneesheer-specialist.
6. Een individueel multidisciplinair zorgplan opstellen en opvolgen.
7. Epidemiologische gegevens en gegevens inzake evaluatie van kwaliteit ontwikkelen en verstrekken.

De opdrachten van de geneesheer-specialist :

1. De follow-up van de patiënt.
2. Gegevensuitwisseling.
3. Samenwerken met de huisarts, bereikbaar zijn voor de huisarts en hem coachen.
4. Een partnerschap aangaan met het lokale multidisciplinaire netwerk.

De opdrachten van de patiënt :

1. Actief deelnemen aan het begrijpen van zijn ziekte, zijn behandeling en de follow-up.
2. Instemmen met de gegevensuitwisseling tussen specialist en huisarts. Instemmen met het gebruik van die gegevens voor epidemiologische doeleinden.
3. Zich ertoe verbinden zijn geneesheer-specialist te raadplegen bij het begin van het zorgtraject en in de loop van het tweede en derde jaar van het zorgtraject.

De opdrachten van het lokale multidisciplinaire netwerk :

1. Het zorgtraject als systeem ondersteunen door meer bepaald een netwerk op te richten en te beheren waarin de respectievelijke rollen duidelijk zijn gedefinieerd en door elk van de actoren in het werkveld worden vervuld.
2. De «coördinerende» rol van de huisarts ondersteunen.
3. Communicatie tussen alle partners bevorderen, met inbegrip van informatie naar de patiënt.
4. Gegevensverzameling ondersteunen.
5. Educatie van de patiënt verzekeren.
6. Verkennen van lokale gezondheidsprioriteiten
7. Bijdragen tot de verbetering van de kwaliteit van de zorg op lokaal niveau.

De opdrachten van de verzekeringsinstellingen :

1. De globale communicatie naar de leden verzekeren.
2. De gegronde betaling van het forfaitair honorarium tijdens de initiatie en de verlenging van het zorgtraject verrichten.
3. Ervoor zorgen dat de rechten van de patiënt worden toegepast (bijvoorbeeld op het vlak van het remgeld, de terugbetaling van specifieke verstrekkingen).

Samengevat oriënteert de concrete aanpak van het project zorgtrajecten zich rond volgende thema's :

1. een uniforme registratie van medische en administratieve gegevens van de patiënt.
2. het gebruiken van die gegevens bij de opvolging van elke patiënt (ook detecteren van risicopatiënten) en inzake de evaluatie van de aanpak van de geneesheer
3. het ter beschikking stellen van de gegevens aan andere zorgverleners (rapporten, toegang tot dossiers,)
4. het gebruiken van de gegevens (geanoniseerd) om de zorgtrajecten beleidsmatig te gaan evalueren. Het betreft een wetenschappelijke evaluatie van het traject waarvoor de medico-mut zal vaststellen welke gegevens moeten meegegeed worden per type van zorgtraject.
5. het verbeteren van de administratieve efficiëntie (opmaken van documenten adhv al beschikbare adequate gegevens)

De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen heeft zich akkoord verklaard met de concrete uitwerking van het zorgtraject voor patiënten met type 2-diabetes en patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Het gaat over ongeveer 72000 diabetespatiënten en 6000 patiënten met nierinsufficiëntie. Om recht te hebben op een zorgtraject dient een patiënt te voldoen aan medische criteria die door de medico-mut worden bepaald.

Opdat dit project zou kunnen slagen zijn drie voorwaarden geïdentificeerd, nl. een doorgedreven informatisering, een lokaal multidisciplinair team en een communicatieplan. In de wijzigingsclausule van 2009 wensen we ons vooral toe te spitsen op de uitwerking van een degelijk communicatieplan, het realiseren van een aantal operationele communicatie doelstellingen en het afsluiten van overeenkomsten met enkele lokale multidisciplinaire netwerken. Het communicatieplan heeft als doel de partners te overtuigen van het belang van de zorgtrajecten voor de patiënt met het oog op een degelijke samenwerking en hun volledige steun.

Voor wat betreft het luik communicatie zal het RIZIV intern een communicatiegroep en een communicatiecentrum oprichten. Concreet zullen die instaan voor o.a. volgende acties :

- mails verzamelen en beantwoorden.
- mails verwerken in nuttige informatie voor de communicatiegroep.
- de behoeften op het werkveld evalueren op het vlak van communicatie en didactisch materiaal.
- didactisch materiaal creëren, referenties geven.
- lijsten opmaken met de coördinaten van geneesheren-specialisten.
- kandidaturen verzamelen van structuren en personen die het lokale communicatieproces kunnen verzorgen.
- lokale vergaderingen organiseren.
- betalingen beheren.
- en verslag uitbrengen aan de medico-mut

Er zal een «peers»-platform (werkgroep samengesteld uit actoren van het werkveld, kringen, LOK's, GDT's, MLN, specialisten) worden gecreëerd die de communicatie en opleiding op lokaal niveau dient te bevorderen.

Er zullen ook 3 communicatiedocumenten worden opgesteld:

- een document over het zorgtraject dat bestemd is voor de huisartsen, de specialisten en de huisartsenkringen. In dit document zal het essentieel zijn te communiceren dat het zorgtraject diabetes een eerste fundamentele stap is in een proces van complete verandering van de zorgverlening voor chronische aandoeningen.
- een document dat voornamelijk betrekking heeft op de multidisciplinaire lokale netwerken en dat bestemd is voor zorgverleners binnen de eerste lijn; het wordt verstuurd naar de huisartsenkringen, de specialisten en de GDT's;
- informatie naar de patiënt, een deel wordt uitgevoerd door het RIZIV en een deel door de verzekeringsinstellingen en door de Nederlandstalige en Franstalige diabetesverenigingen.

Er zal didactisch materiaal worden opgesteld alsook zal de organisatie via het mailcenter, de informatievergaderingen die tegen betaling door de MLN's worden georganiseerd, de «keyfigures» Domus, SSMG, diabetologen worden ondersteund.

Voorts is er het investeren in een wetenschappelijk en organisatorisch communicatiebeleid via video. Op de website van het RIZIV worden enkele vergaderingen «peer to peer», enkele interviews met « key persons » en enkele uiteenzettingen ter verduidelijking van de organisatorische en wetenschappelijke aspecten van het zorgtraject, ter beschikking gesteld.

Ook worden opleidingssessies georganiseerd voor personen die lokale informatievergaderingen willen organiseren, animatoren van LOK's, leden van wetenschappelijke organisaties, leden van kringen, leden van multidisciplinaire lokale netwerken en geïnteresseerde artsen.

Tenslotte wordt het communicatieplan van de verzekeringsinstellingen chronologisch geïntegreerd zodat artsen en patiënten in dezelfde fase zouden zitten.

Lijst van de acties - verbintenissen

1. 3 maanden na de ondertekening van het KB door de Koning (=X) zal het RIZIV volgende acties-verbintenissen realiseren :

- a. Opmaken van een algemene infobrochure.
- b. Opmaken van een specifieke brochure over diabetes.
- c. Opmaken van een specifieke brochure over nierinsufficiëntie.
- d. Opmaken van een specifieke brochure over de multidisciplinaire netwerken.
- e. Ontwikkelen van een website met o. m. FAQ's.

Streefdatum : X+3 maanden.

2. Afsluiten van conventies met enkele lokale multidisciplinaire netwerken (opmaken teksten, onderhandelingen, beheer van de conventies) en dit 3 maanden na het goedkeuren van de nieuwe (aangepaste) ontwerp tekst voor de conventies door het Verzekeringscomité (=X). Streefdatum : X+3 maanden.

Omgevingsfactoren

Medewerking van de artsverenigingen, huisartsenkringen en ziekenhuizen.

ARTIKEL N8. Referentiebedragen

Dit project is nieuw en stond niet in de bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Sinds 2002 is het systeem van de referentiebedragen in artikel 56ter van de ZIV-wet van 14 juli 1994 bepaald, maar het is nooit daadwerkelijk ten uitvoer gelegd.

Het project past in het regeerakkoord van 18 maart 2008, waarin onder de 13 prioriteiten op het vlak van de Volksgezondheid wordt bepaald dat «de Regering haar inspanningen zal voortzetten om gelijke verstrekkingen op gelijke wijze te vergoeden, evenwel met aanpassing van het stelsel van de referentiebedragen».

Het gaat er met andere woorden om de verschillen in geneeskundige praktijk voor eenzelfde pathologie te verminderen en, om die doelstelling beter te bereiken, het huidige systeem van de referentiebedragen te herzien.

Zeer schematisch gesteld, bestaat dit systeem erin om aan de algemene ziekenhuizen normen, referentiebedragen per in aanmerking genomen pathologie op te leggen. In geval van overschrijdingen (vergelijking tussen het referentiebedrag en de werkelijke uitgave) zouden de ziekenhuizen worden bestraft en zou hen worden gevraagd het RIZIV te vergoeden. De Technische Cel voert jaarlijks de zeer complexe berekeningen van die referentiebedragen uit. Het RIZIV baseert zich vervolgens op het resultaat van hun berekeningen om de te vergoeden bedragen te berekenen. Die gegevens worden dan naar elke verpleeginrichting gestuurd.

In het kader van de gezondheidswet, die door de Ministerraad van 22 juli 2008 is goedgekeurd (afdeling XIV), zijn een aantal amendementen die met name op basis van een evaluatieonderzoek van het KCE zijn uitgewerkt en voorafgaandelijk in een multipartite-structuur zijn goedgekeurd, aan dit systeem toegevoegd. Dat neemt niet weg dat het RIZIV dit referentiebedragensysteem pas in werking zal kunnen stellen als die gezondheidswet in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

Ten slotte onderstrepen we dat het project twee onderdelen omvat : het systeem, zoals het is herzien voor de verblijven vanaf 2009, toepassen en het huidige systeem, zoals het is gewijzigd voor de verblijven vanaf 2006 (systeem 2006), in werking stellen.

Dit project bestaat dus erin het geamendeerde systeem van referentiebedragen in werking te stellen, met name door naar elk algemeen ziekenhuis een nota te sturen over de mate van toepassing, de naleving van het referentiebedragensysteem en de berekeningen van de eventueel terug te betalen bedragen.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Voor de ziekenhuizen een informatiedag over dit systeem organiseren (toepassingsmodaliteiten,). Streefdatum : uiterlijk 6 maand na de bekendmaking van de gezondheidswet in het *Belgisch Staatsblad*.

Omgevingsfactoren

• Bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van de gezondheidswet, waardoor het systeem van referentiebedragen in werking kan worden gesteld.

ARTIKEL N9. Observatorium voor patiëntenmobiliteit

Dit artikel betreft een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Op 4 juni 2007 werd de 'Wet tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit' goedgekeurd (Publicatie *Belgisch Staatsblad* 25 juli 2007). Door deze wet wordt onder meer voorzien in de oprichting van een Observatorium voor Patiëntenmobiliteit bij de Algemene Raad van het RIZIV. Dit Observatorium zal bestaan uit een vertegenwoordiging van de volgende actoren: de sociale partners; de Verzekeringsinstellingen; de zorgverleners; de FOD Volksgezondheid; de FOD Sociale Zekerheid en de OISZ; het RIZIV; en de gewestelijke of gemeenschapsministers bevoegd voor Volksgezondheid.

De opdrachten van het Observatorium, bepaald in de wet van 4 juni 2007, zijn :

- het verzamelen van gegevens inzake patiëntenmobiliteit, meer bepaald over het aantal patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling dat behandeld wordt in Belgische ziekenhuizen, over de behandeling die zij ontvangen, en over hun land van herkomst;

- het permanent verzamelen van gegevens over de wachttijden voor de behandeling van de patiënten die ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling in Belgische ziekenhuizen;

- het faciliteren, onderhandelen en begeleiden van overeenkomsten met buitenlandse zorgverzekeraars;

- het opbouwen en aanbieden van de nodige expertise bij de bepaling van de prijs van de behandelingen die door ziekenhuizen op de buitenlandse markt aangeboden zullen worden;

- de regering adviseren inzake de uitbreiding van de infrastructuur, het planningsbeleid en de instroom van medici, paramedici en verzorgend personeel in functie van het aantal behandelingen van patiënten die niet ressorteren onder een Belgische verzekeringsinstelling.

In het kader van deze opdrachten worden een reeks informatie- en rapporteringsstromen vanuit en naar het Observatorium voorzien.

De wet van 4 juni 2007 moet uitgevoerd worden door middel van een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. De uitvoeringsmodaliteiten betreffen onder meer: de subsidiëring van het Observatorium; de vertegenwoordiging van de gemeenschappen; de voorwaarden en regels voor de mededeling van de geregistreerde gegevens aan het Observatorium; een aantal voorwaarden en regels ten aanzien van de ziekenhuizen; enz.

Oorspronkelijk was in de wet van 4 juni 2007 voorzien dat deze ten laatste op 1 juli 2008 in werking moest treden door het voorzien van een K.B. met nodige uitvoeringsmodaliteiten. In de Programmawet van 8 juni 2008 werd deze datum van inwerkingtreding van de wet gewijzigd naar ten laatste 1 juli 2009.

De actie-verbintenis voorzien in voorliggend artikel van de Wijzigingsclausule 2009 betreft de voorbereiding door het RIZIV van deze uitvoeringsmodaliteiten. Afhankelijk van deze precieze uitvoeringsmodaliteiten moet ook een analyse worden gemaakt van de organisatorische en administratieve impact op het RIZIV.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Uitvoeren van een analyse omtrent de uitvoeringsmodaliteiten, de organisatorisch-administratieve impact en de te organiseren gegevensstromen in het kader van de oprichting van het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit. Streefdatum : 30 juni 2009.

ARTIKEL N10. Nieuw vergoedingssysteem van de apothekers, die hun activiteiten in open officina uitoefenen. Voor 2009 is dit nieuwe project bijzonder actueel, aangezien het in 2010 in werking moet treden.

Context

Dit project staat in het regeerakkoord van 18 maart 2008.

Doelstelling van het nieuwe systeem

Een nieuw vergoedingssysteem voor apothekers wordt ingesteld in uitvoering van artikel 35 octies van de GVV-wet en de « richtsnoeren voor een goede farmaceutische zorg » zoals die opgesteld zijn door het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten. De doelstelling van dit artikel is de afleverende apotheker een belangrijkere rol toe te bedelen als informatieverstrekker naar de patiënt toe en hiervoor een aangepaste vergoeding te voorzien. Tot nu toe was de marge van de apotheker gekoppeld aan de maximum economische verkoopprijs aan publiek van de merkproducten. Door de begrenzing tot een bepaald bedrag van de marge van de apotheker en door het steeds duurder worden van de merkproducten, trad er een erosie op van de vergoeding voor de apotheker.

De hervorming van het vergoedingssysteem streeft dus 2 doelstellingen na, enerzijds is er een economische reden om de afkalking van de marge te stoppen en anderzijds is er een toegenomen erkenning van een kwalitatieve farmaceutische patiëntzorg zoals die door de apothekers uitgeoefend wordt (correct gebruik, therapietrouw). Deze vergoeding wordt ingepast in een nieuwe vergoedingsbasis voor vergunde geneesmiddelen (merkproducten).

Een budgettaire neutraliteit op macro-economisch vlak wordt nagestreefd voor de apothekers, de rechthebbenden en de verplichte verzekering.

Werking van het nieuwe systeem

De nieuwe vergoedingsbasis bestaat uit :

- De prijs buiten-bedrijf
- De distributiemarge voor de groothandel
- Een beperkte economische marge voor de apotheker zonder plafond
- Voornoemde elementen worden door de FOD Economie bepaald
- Een vast honorarium voor de apotheker voor elke afgeleverde verpakking
- Honoraria die enkel toegekend worden bij aflevering van een hoofdstuk IV- geneesmiddel en bij aflevering op stofnaam binnen het referentievergoedingssysteem of buiten dit systeem
- BTW van 6 %

De honoraria hoofdstuk IV en afleveren op stofnaam worden enkel toegekend binnen de derdebetalersregeling.

Uitvoering van het nieuwe systeem.

Verschuivende maatregelen zullen moeten worden genomen :

- Aanpassen regelgeving FOD Economie
- Uitwerken en toepassen van de nieuwe algoritmes in de rekenmodule van de vergunde geneesmiddelen
- Publicatie van de lijst van de vergunde geneesmiddelen met de nieuwe vergoedingsbasis
- Toepassen van het algoritme voor de berekening van het persoonlijk aandeel
- Aanpassen van de geldende regelgeving
- Opvolgen van de nieuwe honoraria binnen het budgettair kader
- Indexeren van de honoraria indien er financiële middelen beschikbaar zijn.

Lijst van de acties - verbintenissen

1. Het nieuwe vergoedingssysteem van de apothekers die hun activiteiten in open officina uitoefenen in werking stellen en alle noodzakelijke aanpassingen daartoe verrichten (gegevensbank, reglementair kader,). Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren

- Medewerking van de VI en van de vertegenwoordigers van de apothekers in de Overeenkomstencommissie
- Tijdige publicatie van de noodzakelijke besluiten voor de inwerkingtreding van dit systeem

ARTIKEL N11. Ontwikkelen van een eenvoudiger en toegankelijker OMNIO-statuut

Dit artikel omvat een nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

OMNIO beoogt, zoals de maximumfactuur en het chronisch zorgforfait, de draaglast van (chronische) ziekte voor individuen en gezinnen te beperken. Het OMNIO-statuut geeft sinds 1 juli 2007 recht op een betere vergoeding van medische kosten (arts, tandarts, kinesitherapeut, apotheker, hospitalisatie,) voor gezinnen met een laag inkomen. De persoonlijke bijdrage (remgeld) die voor die prestaties moet betaald worden is merkbaar lager.

De notie gezin is deze zoals het was samengesteld en geregistreerd bij het rijksregister op 1 januari van het jaar van de aanvraag. Het betreft de personen (één of meerdere) die officieel op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn, al dan niet met familieband. Elk jaar is er een herziening van de gezinssituatie.

De inkomsten die in aanmerking worden genomen zijn de bruto belastbare inkomens (zoals vastgesteld in de reglementering betreffende de verhoogde tegemoetkoming) van het voorgaande jaar. De inkomens die in aanmerking komen bij de berekening voor OMNIO zijn :

- beroepsinkomsten
- roerende en onroerende inkomsten (het kadastraal inkomen van de gezinswoning inbegrepen)
- vervangingsinkomsten (bv. werkloosheidsvergoedingen, arbeidsongeschiktheids- en moederschapsuitkeringen,)
- en alle andere Belgische bruto belastbare inkomens of buitenlandse inkomens, zelfs als deze laatste van belasting zijn vrijgesteld in België.

De onderstaande tabel bevat per kwartaal de evolutie van het aantal rechthebbenden op het OMNIO-statuut.

Situatie op	Aantal rechthebbenden op het Omnio-statuut per kwartaal
01/07/2008	155.360
01/04/2008	147.508
01/01/2008	112.419
01/10/2007	91.671
01/07/2007	47.169

Het aantal rechthebbenden ligt merkelijk lager dan geraamd. Na 1 jaar wordt slechts iets meer dan 1/6 van de verwachte doelgroep bereikt. Het is niet duidelijk of het effect dat men op het oog had rond toegankelijker zorg wel voldoende bereikt is.

Deze problematiek is de voorbije maanden in het RIZIV al het voorwerp geweest van veelvuldig overleg en discussie over mogelijke vereenvoudigingen met aandacht voor een eventuele automatische toekenning van het OMNIO-statuut. Ook werd in april van dit jaar door het RIZIV bij het Kenniscentrum een onderzoeksontwerp ingediend. De bedoeling van de studie is een verklaring te geven voor of inzicht te bieden in o.a. :

- het merkelijk lager aantal gerechtigden dan geraamd,
- de mate waarin financieel kwetsbare personen met gezondheidskosten nu al bereikt worden met OMNIO,
- eventuele aanwijzingen dat OMNIO-rechthebbenden zich vooral situeren bij gezinnen met hogere gezondheidskosten,
- de mate waarin specifieke doelgroepen bereikt worden (werklozen, eenoudergezinnen, gezinnen met kinderen, zelfstandigen, ..),
- eventuele verschillen tussen de VI's inzake de opname van OMNIO bij hun gerechtigden t.o.v. de verwachting volgens het risicoprofiel van de VI's,
- een verband tussen kostenepisoden (bvb hospitalisatie) en het opnemen van OMNIO.

De studie van het Kenniscentrum zal ook onderzoeken of eventuele verbanden kunnen worden gelegd tussen MAF, OMNIO en chronisch zorgforfait inzake effectief bereikte doelgroepen en inzake efficiëntie van bescherming. Inzicht in deze verbanden en in de voorspelbaarheid van het recht van OMNIO op recht op maximumfactuur en omgekeerd kan eventueel elementen opleveren van administratieve vereenvoudiging en verbetering van de toegang tot de rechten.

Anderzijds is inzicht in de effectiviteit van de middelen die worden ingezet om diegenen die de meeste bescherming nodig hebben ook het best te beschermen, bijzonder relevant.

In 2009 wenst het RIZIV rond de vereenvoudiging en toegankelijkheid van het OMNIO-statuut volgende accenten te leggen :

1. intensief samenwerken met het KCE in het kader van het ingediende onderzoeksonderwerp,
2. het RIZIV zal, in overleg met de VI's, een exhaustieve lijst maken van de knelpunten m.b.t. de huidige toepassing van OMNIO en Voorkeurregeling. Hierbij komen zeker volgende aspecten aan bod : het soort inkomen dat in aanmerking wordt genomen, de samenstelling van het gezin en de periode waarnaar wordt verwezen als referentie voor het inkomen. Deze knelpunten zullen dan vervolgens aangewend worden bij de besprekingen met FOD Financiën, beleidsinstanties & Minister.
3. ook zal het RIZIV met de VI's overleg plegen over mogelijke punctuele verbeteringen en een eventuele automatische toekenning van het OMNIO-statuut voor bepaalde doelgroepen.

De lijst van de acties – verbintenissen :

1. Een exhaustieve lijst maken van de knelpunten m.b.t. de huidige toepassing van OMNIO en Voorkeurregeling. Streefdatum : 30 juni 2009.

Omgevingsfactoren

- Medewerking van de FOD Financiën, KSZ, NIC en andere betrokken FOD's (o.a. FOD Sociale zekerheid).

3. OPTIMALISEREN EN VERSTERKEN VAN DE EVALUATIE- EN CONTROLE-OPDRACHTEN & DE AANPAK VAN SOCIALE FRAUDE

ARTIKEL 24. Audit en advies in de ziekenfondsen

Dit project bestaat uit de voortzetting van de verbintenissen van de bestuursovereenkomst 2006-2008 en de verfijning van een methodologie voor de controles die al is uitgetest, met name, tijdens de acties die zijn uitgevoerd in het kader van artikel 12 van de eerste bestuursovereenkomst zodat men zich op beslissende wijze op analyse- en auditprocedures kan richten.

Context

De controle in ziekenfondsen is een centrale activiteit voor de DAC. De sociaal inspecteurs controleren de juiste toepassing van de reglementering van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door de ziekenfondsen door op het terrein controles uit te voeren. Indien ze fouten vaststellen (bijvoorbeeld bedragen die te veel of te weinig zijn vergoed), stellen ze een verslag op en sturen dat aan de centrale dienst van de DAC; de DAC zal, na controle, de fouten aan het ziekenfonds meedelen.

Concreet beoogt het project het volgende :

- het verduidelijken en objectiveren (met name door middel van tabellen en beknopte verslagen) van zowel de resultaten van de controles als de manier waarop ze zijn uitgevoerd;
- het versterken van de preventieve taak (feedback, advies) van de dienst bij de ziekenfondsen;
- het verbeteren van de samenwerking met de andere operationele diensten van het RIZIV,
- het optimaliseren van de werkprocedures van de inspecteurs, m.a.w. de controles beter voorbereiden, uitvoeren en evalueren;
- het beter beheren van de gegevens die als basis dienen voor de doelgerichte controles.

Dat project heeft dus tot doel, de taken van de controledienst volgens twee tendensen te laten evolueren :

- de verfijning van een methodologie van controles die ervoor zorgt dat een algemene analyse van de processen kan worden gemaakt en dat de oorsprong van de vastgestelde fouten kan worden opgespoord;
- de ontwikkeling van de taak om aanbevelingen te doen zowel ten opzichte van de verzekeringsinstellingen als van de beheersorganen van het RIZIV en de interne diensten die de reglementering uitwerken.

In de verslagen over de thematische controles zal de aandacht worden gevestigd op de vastgestelde fouten wat de toepassing van de reglementering betreft (typologie, aantal en frequentie, oorzaken, risicoanalyse, enz.), maar vooral de aanbevelingen van de inspecteurs aan de verantwoordelijken van de ziekenfondsen om gelijkaardige fouten te vermijden enerzijds, en aan de verantwoordelijken van de diensten reglementering van de diensten van de geneeskundige verzorging en uitkeringen van het RIZIV om te onderzoeken of er bijvoorbeeld geen verklarende omzendbrief aan de verzekeringsinstellingen moet worden opgesteld en gestuurd anderzijds.

Ten slotte dient benadrukt dat de DAC de controles gericht wil maken om de efficiëntie ervan te verhogen en tijd vrij te maken voor de opvolging van de aanbevelingen die worden geformuleerd. De DAC wil op die wijze de doeltreffendheid van zijn acties verhogen.

Daartoe zal de Dienst indicatoren bepalen voor de evaluatie van het beheer door de VI van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. De DAC wil zo de prestaties van de VI beter objectiveren.

Het doel van de prestatie-indicatoren van de VI is tweeledig :

- de beslissingnemers een goed overzicht geven van de resultaten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van de kwaliteit van haar beheer,
- door het opsporen van foute of abnormale situaties de diagnose van de disfuncties van de verzekering verbeteren zowel op het niveau van de VI als in de reglementering, dit om ze bij te sturen en om een optimale werking van de verzekering te bereiken.

Die indicatoren zullen op twee niveaus moeten werken :

- op het niveau van de landsbonden die de wettelijke gesprekspartners zijn van het RIZIV;
- op het niveau van de ziekenfondsen die de werkelijke actoren zijn van de meeste aspecten van het beheer van de verzekering.

Bovendien zouden de beoogde indicatoren in dit stadium uit twee types bestaan :

- indicatoren die het volume aangeven van de activiteiten van de verzekeringsinstellingen (aantal gevallen met een bepaald kenmerk, totaal betaald bedrag voor een type geval, enz.), die een beeld geven van de huidige situatie;
- indicatoren die de kwaliteit aangeven van de activiteiten van de VI en erop gericht zijn om de huidige situatie te verbeteren.

In 2009 zullen die indicatoren niet alleen worden uitgewerkt maar ook worden getest. De gerealiseerde boordtabellen zullen dus betrekking hebben op de thema's van de twee controles (geneeskundige verzorging en uitkeringen) die elk jaar worden verricht.

Lijst van de acties - verbintenissen

1. Elk jaar is gepland om het volgende te realiseren :

- een thematische controle inzake uitkeringen;
- een thematische controle inzake geneeskundige verzorging;
- de controle van de lijsten van de terugvorderingen die in aanmerking zijn genomen voor de verhoging van de administratiekosten.

Streefdatum : 31 december 2009

2. Op het einde van elke controle moet een verslag worden opgesteld voor de betrokken beheersorganen (geneeskundige verzorging en uitkeringen) alsook voor het Comité van de DAC over de resultaten van de controles.

Streefdatum : x (datum einde van de controles) + 5 maanden

Omgevingsfactoren

- Toegang van de inspecteurs tot de informaticaprogramma's die in de ziekenfondsen kunnen worden geraadpleegd en tot de gegevensbanken (RVA, RSVZ,);
- Medewerking van de VI voor het krijgen van betrouwbare gegevensstromen en de uitwerking van oplossingen voor de vastgestelde dysfuncties.

ARTIKEL 25. Geneeskundige evaluatie

Dit artikel omvat het verderzetten van de actie-verbintenissen die opgenomen zijn in artikel 25 en die gerealiseerd werden in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

In het kader van de VGU-wet wil het RIZIV, en meer bepaald de DGEC via het uitvoeren van evaluatieprojecten een verhoogde impact hebben op het tegengaan van overconsumptie en oneigenlijk gebruik van verstrekkingen. Wij kunnen een onderscheid maken tussen 2 types geneeskundige evaluatie :

- Enerzijds algemene evaluatie die de sector van geneeskundige verzorging, telkens voor een bepaald evaluatieonderwerp, een spiegel wil voorhouden omtrent consumptiepatronen en goed gebruik van de middelen.
- Anderzijds gerichte evaluaties (opsporingen), waarbij de DGEC gericht de omvang en veralgemening van specifieke vastgestelde feiten of problemen onderzoekt.

Op die evaluaties volgen impactmetingen; dit zijn metingen die na feedbackcampagnes (verspreiding eindrapporten, individuele aanschrijvingen,) worden doorgevoerd om de impact na te gaan van die campagnes.

De evaluatieprojecten worden gestart in het geval hun voorstudie relevant blijkt. De opportuniteit van ingediende studievoorstellen wordt aan de hand van een aantal criteria (8-tal) beoordeeld :

- 1) De sterkte van de werkhypothese
- 2) Resultaatgerichte inzet van personeel en middelen (minimum aan input met een maximum aan output)
- 3) Relevantie in relatie tot de 'wet- en regelgeving' of toegevoegde waarde voor het enquêtewerk
- 4) Transversaal karakter van de studie
- 5) De verwachte impact van de studie (budget, gedragswijziging)
- 6) Actualiteit
- 7) Het innovatief karakter van de studie
- 8) Realiseerbaarheid of haalbaarheid van de studie.

Overtredingen die vastgesteld worden ter gelegenheid van opgestarte onderzoeken kunnen zowel betrekking hebben op het aspect overconsumptie als op de aspecten realiteit en conformiteit.

In functie van het onderwerp wordt gebruikt gemaakt van verschillende types van gegevensbronnen waarover het RIZIV beschikt of die het ter beschikking kan krijgen. De belangrijkste zijn : profielgegevens van de verstrekker-voorschrijver, gegevens anonieme ziekenhuisverblijven, farmanet uniek spoor, IMS-Health-data, datakubussen opgevraagd bij het IMA, gekoppelde gegevens MKG/MFG en de klassieke gewaarmerkte bestanden (art. 138 VGU-wet). Ook resultaten van analyses die door andere instanties (binnen andere diensten van het RIZIV of externe analyses) komen in aanmerking. De ervaring leert wel dat de tijdige aanlevering van de data en de datacontent in een aantal gevallen nog voor verbetering vatbaar is en voor belangrijke interferenties kan zorgen voor wat de vooruitgang

van een evaluatieproject betreft. Een studievoorstel kan aanvankelijk «veelbelovend» voorkomen maar na analyse kan in een aantal gevallen toch blijken dat de vastgestelde aberraties niet zo uitgebreid zijn als aanvankelijk verwacht.

In het kader van het avonment zullen er, zoals ook al is opgenomen in de basistekst van de 2de bestuursovereenkomst, minstens 2 nieuwe evaluatieprojecten worden uitgevoerd alsook minstens 1 nameting.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. In 2009 zullen tenminste 2 nieuwe evaluatieprojecten en ten minste 1 nameting (of impactanalyse) uitgevoerd worden. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL 26. Unieke Streepjescode

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis die past binnen de verderzetting van een project (artikel 26) dat gerealiseerd werd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

In het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 (artikel 26) werd een systeem ontwikkeld om de controle op de werkelijke afgifte van de geneesmiddelen in het kader van een goed beheer van de financiële middelen bestemd voor de terugbetaling van de geneesmiddelen, te verbeteren. Dit systeem bestaat uit een afzonderlijke en vergelijkende analyse van de bestanden van de farmaceutische bedrijven enerzijds en de tarifieringsdiensten anderzijds.

De afzonderlijke analyse op de gegevens van de tarifieringsdiensten maakt het reeds in zekere mate mogelijk om zowel op algemeen als op individueel niveau na te gaan hoe de apothekers het systeem van de unieke streepjescode correct toepassen. Eens de kwaliteit (zowel naar formaat als inhoud) van de bestanden van de farmaceutische bedrijven verbeterd is, zullen de bestanden van de tarifieringsdiensten enerzijds en de bedrijven anderzijds correct vergeleken kunnen worden, waardoor de correcte toepassing van het systeem van unieke streepjescode nog beter onderzocht kan worden. Om deze kwaliteit te verbeteren, is een traject in uitvoering (cf. semestriële en jaarverslagen van de Bestuursovereenkomst 2006-2008).

In het kader van de voorliggende Wijzigingsclausule wordt een actie-verbintenis hernomen die reeds in 2007 en 2008 gerealiseerd werd, nl. de opmaak van een verslag van de analyses die op de bestanden van de bedrijven en tarifieringsdiensten zijn gebeurd.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaken van een verslag over de resultaten van de analyse van de bestanden van de tarifieringsdiensten en farmaceutische bedrijven. Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren

- De diepgang van de analyses is mede afhankelijk van de kwaliteit van de doorgestuurde gegevensbestanden van de farmaceutische bedrijven en tarifieringsdiensten.

ARTIKEL 27. Primaire Arbeidsongeschiktheid – Profielen van de adviserend geneesheren

Dit artikel omvat een nieuwe verbintenis die voortbouwt op een project (artikel 27) dat werd gerealiseerd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

In het kader van het beheer van de sector uitkeringen, is de kennis en de analyse van de gegevens in primaire arbeidsongeschiktheid (PAO) een belangrijke en nuttige informatiebron. Dit project heeft onder andere tot doel bij te dragen tot de analyse van één van de factoren die de intrede in invaliditeit kan beïnvloeden, namelijk het controlegedrag van de adviserend geneesheer in PAO.

Om zijn controleopdracht op de adviserend geneesheren in deze materie optimaal te kunnen uitvoeren, moet de DGEC kunnen beschikken over volledige en betrouwbare gegevens. In het kader van artikel 27 van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 werd een systeem ontwikkeld waardoor het mogelijk wordt om een profiel op te maken van de adviserend geneesheren. Deze profilering gebeurt op basis van een trimestriële gegevensoverdracht van de VI naar het RIZIV. Door een verwerking van deze gegevens kan een profiel worden opgemaakt op vlak van 15 parameters die onder meer betrekking hebben op de werklust van de adviserend-geneesheer; de opvolging van de verzekerden gedurende de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, de overlevingscurve van arbeidsongeschiktheid; het aantal PAO-dossiers die in invaliditeit uitmonden; de mate van herval in arbeidsongeschiktheid; en de mate van werkhervatting.

Vanaf begin 2009 kunnen analyses op basis van de 15 parameters opgestart worden, in eerste instantie met betrekking tot de PAO-dossiers die gestart en afgesloten zijn in de loop van 2008. Inzake de eerste profileringsoefening die in de loop van 2009 zal plaatsvinden, zal een feedback worden georganiseerd naar de VI. Op basis van de 15 indicatoren kunnen zij nagaan waar zij afwijken van het mediaanprofiel en welke bijstellingen nodig zijn. Door deze oefening periodiek te herhalen, kan het RIZIV monitoren of de VI deze bijstellingen heeft gerealiseerd en of zij effect ressentieren.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaak van een rapport per VI met een profiel van de activiteiten van de adviserend geneesheren op het niveau van het ziekenfonds en de VI (inclusief feedback aan de VI). Streefdatum : 31 december 2009.

Omgevingsfactoren

- De accurateheid van de profilering is mede afhankelijk van de tijdigheid en kwaliteit van de gegevensoverdracht tussen de VI en de DGEC.

ARTIKEL 28. Flowdos

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis die past binnen de verderzetting van een project (artikel 28) dat gerealiseerd werd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

In het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 en de Wijzigingsclausule 2007 (artikel 28) werd gestart met de uitbouw van een systeem 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 moet afdekken.

Meer bepaald werd in de periode 2006-2008 een systeem voor het produceren van managementinformatie ontwikkeld, alsook een eerste laag van een systeem voor het beheer van de enquêtedossiers. Deze eerste laag bestaat uit een aantal functionaliteiten inzake gestructureerd dossierbeheer, verbinding met bestaande databronnen, zoekfunctionaliteiten en rapporteringsfunctionaliteiten.

2009 wordt beschouwd als een overgangsjaar voor Flowdos. Dit houdt in dat langs de zijde van ICT het ontwikkelde beheerssysteem verder geconsolideerd zal worden, dat acute aspecten (bv. op vlak van 'security') behandeld zullen worden, dat eventuele 'bugs' worden weggevoerd, enz. Ook de ontwikkelde functionaliteiten, bv. op vlak van rapportering, kunnen gaandeweg uitgebouwd worden. Langs de zijde van de 'business' moet 2009 de kans geven aan alle gebruikers om volledig vertrouwd te worden met het beheerssysteem.

Naast deze consolidatieperiode op 'business'- en ICT-vlak, wordt evenwel voorzien om tegen eind 2009 een conceptnota op te maken, waarbij in samenwerking tussen 'business' en ICT wordt gereflecteerd over de mogelijke inhoud en fasering van de volgende 'lagen' van het beheerssysteem. Met andere woorden : hoe en volgens welke timing

kunnen de overblijvende business'-behoeften (bv. automatische workflows', optimalisering van het systeem, enz.) stelselmatig worden ingebouwd in het beheerssysteem Flowdos? De opmaak van deze nota wordt als actie-verbintenis in de voorliggende Wijzigingsclausule 2009 voorzien.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaken van een nota met betrekking tot de verdere uitbouw van het beheerssysteem Flowdos. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL N12. Versterken van de administratieve controle op rusthuizen en revalidatiecentra

Dit artikel omvat een volledig nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Vandaag al bestaat een controlesysteem in het kader van de betalingen die aan de rusthuizen (ROB/RVT/CDV) en revalidatiecentra gebeuren op basis van de door hen ingediende documenten en stukken. Deze administratieve controle is beperkt, gezien ze hoofdzakelijk wordt uitgevoerd ten aanzien van instellingen waarvan de dossierbeheerders weten dat er in het verleden probleempunten zijn geweest.

Binnen het RIZIV bestaat de ambitie om dit beperkt controlesysteem te versterken en te professionaliseren. De motivatie hiervoor wordt gesterkt door enerzijds de hoeveelheid instellingen waarover het gaat, en anderzijds de omvang van de betalingen die aan deze instellingen gebeurt. Meer bepaald betreft het meer dan 700 revalidatiecentra en 1700 rusthuizen. Jaarlijks wordt aan deze instellingen in totaal 2 miljard euro aan betalingen gerealiseerd op basis van de door hen bij het RIZIV ingediende dossiers.

Ook buiten het RIZIV wordt de nood erkend om de administratieve controlesystemen ter zake te versterken. Tijdens de buitengewone vergadering van de Ministerraad te Gembloux van 16 en 17 januari 2004 werd een nota goedgekeurd met betrekking tot « Respect voor Sociale Solidariteit ». In uitvoering daarvan werd in de sociale akkoorden betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 (privé) en 18 juli 2005 (openbaar) voorzien dat het personeelskader van de ziekenhuisinspectie (bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid) en van de rusthuizeninspectie (bevoegdheid van het RIZIV) met 20 VTE zou worden uitgebreid. Er werd daarbij gestipuleerd dat deze personeelskost niet begrepen was in de kostprijs van het sociaal akkoord. De personeelsuitbreiding voorzien in de sociale akkoorden wacht langs de kant van het RIZIV nog op uitvoering.

De versterking van de organisatie en werking van de administratieve controle op de gegevens die door de rusthuizen en revalidatiecentra aan het RIZIV worden doorgestuurd, is geen evidente oefening. Het vereist een grondige reflectie omtrent onder meer volgende aspecten : doelstellingen van de administratieve controle; organisatie en inhoud van de gegevensuitwisseling; interne en externe bevoegdheidsverdeling, organisatie en coördinatie van de controle; beschrijving van het functie- en competentieprofiel van het controlerend personeel; enz. In een eerste fase moet dan ook een conceptnota worden opgemaakt die een antwoord biedt op deze vragen. Dit moet gebeuren in samenspraak met alle intern en extern betrokken actoren. De opmaak van deze nota is het voorwerp van voorliggend artikel.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaken van een conceptnota omtrent de versterking en organisatie van de administratieve controle op de rusthuizen en revalidatiecentra. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL N13. Programma sociale fraude

Dit artikel betreft een nieuw project dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008

Context

Het RIZIV programma sociale fraude situeert zich in het kader van de actieplannen van de regering enerzijds en de SIOD/SIRS anderzijds betreffende de strijd tegen de sociale fraude. De ontwikkeling van het programma heeft als doel te komen tot een geïntegreerd RIZIV-beleid voor wat betreft de bestrijding van de sociale fraude, en is een prioriteit voor het RIZIV. De uitvoering van een programma sociale fraude bevat o.a. volgende thema's :

- het opzetten van nieuwe interne processen voor de aanpak van sociale fraude,
- het analyseren van de huidige processen naar effectiviteit en efficiëntie, met inbegrip van het verduidelijken en transparant maken van definities, begrippen, procedures, richtlijnen, templates, e.a.
- het herbekijken van de verantwoordelijkheden van de diverse interne betrokken actoren (DAC, DGEC en DU) en het eventueel doorvoeren van organisatorische aanpassingen,
- het doorvoeren van de nodige wijzigingen aan de wetgeving waar relevant,
- het responsabiliseren van de verzekeringsinstellingen zodat verhoogde alertheid en waakzaamheid naar sociale fraude toe vanzelfsprekend wordt (o.a. het opmaken van richtlijnen bvb. bij het toekennen van een recht op arbeidsongeschiktheid),
- daarbij aansluitend, het opzetten van een performant samenwerkingsverband en overleg met de VI's,
- het opzetten van een monitoring (opmaken van een bordtabel met indicatoren voor de opvolging van de werking van een VI/ziekenfonds) teneinde de responsabilisering efficiënt te kunnen opvolgen en een relevante rapportering (managementrapportering en rapportering aan de beheersinstanties) te kunnen opzetten.
- het organiseren van en deelnemen aan overleg met externe relevante partners (RSZ, inspectiediensten, FOD's, rechtbanken, auditeurs, vakorganisaties,)
- in overleg met diverse actoren, relevante gegevensbanken opzetten en exploiteren zodat de controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zo effectief mogelijk kan worden georganiseerd.

De uitbouw van dit geïntegreerd beleid zal inspanningen over meerdere jaren vereisen. Op korte termijn, voor de volgende 12 maanden van 2009, verbindt het RIZIV zich tot het realiseren van volgende concrete acties of projecten op het vlak van sociale fraude :

1. Het opzetten van een periodieke rapportering voor enerzijds externe actoren zoals de SIOD en het College voor de strijd tegen fiscale en sociale fraude, en anderzijds de beheersorganen van het RIZIV (Algemeen Beheerscomité, Beheerscomité van de Uitkeringen, Comité DGEC, Comité DAC). Deze rapportering zal op een geïntegreerde wijze informatie bevatten over de ondernomen acties van de diverse inspectiediensten van het RIZIV in het kader van de sociale fraude. In 2009 zal de rapportering bestaan uit het verfijnen en vervolledigen van de huidig overgedragen kwartaalgegevens door het RIZIV. Op langere termijn zal een geïntegreerd jaarverslag betreffende de resultaten van de fraudebestrijding en de werking van de controlediensten worden opgemaakt «Jaarverslag inzake de werking en resultaten van de controlediensten van het RIZIV, met inbegrip van de strijd tegen de sociale fraude».

2. Het jaarlijks (vanaf 2008) opsporen (voor de sector van de loontrekkenden) van niet toegelaten cumul van ZIV met het aan de RSZ aangegeven loon. Het gaat hier concreet over de invaliden die een niet toegelaten activiteit aanvangen en waarvoor de werkgever een aangifte heeft gedaan bij de RSZ. De opsporing door het RIZIV (DAC) gebeurt aan de hand van een datamatching of kruising van gegevens van de DMFA en de modellen PI (gegevens van de DU). Deze laatste bevatten per ziekenfonds een nominatief overzicht per kwartaal van de betaalde uitkeringen aan invaliden.

In 2008 is een eerste oefening gedaan op de gegevens van 2006, en dit 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, volledige werkhervattingen,) en is vervolgens nagegaan of de

ziekenfondsen wel degelijk een regularisatie hebben opgezet en een terugvordering van de bedragen hebben ingesteld (op basis van de modellen PI 2007, dit zijn de modellen voor de uitgaven (nominatief) inzake invaliditeit).

Deze regularisatie zal ook als indicator terugkomen betreffende de werking van de ziekenfondsen (cf. punt 3.). Het is namelijk zo dat een goed werkend ziekenfonds 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 concrete gevallen onderzocht in de ziekenfondsen. Door het RIZIV wordt vervolgens een terugvordering ingesteld en een administratieve sanctie opgelegd aan de verzekerde.

In 2009 zal de DAC een evaluatie maken van de eerste oefening die uitgevoerd is op de gegevens van 2006. Ze zal eveneens in 2009 de oefening herhalen op de gegevens DMFA 2007 & de PI databank 2007.

3. Het ontwikkelen van een eerste set van indicatoren voor de boordtabel met de opvolging van de werking van een VI/ziekenfonds. Denken we bijvoorbeeld aan een indicator over de ingestelde regularisatie (tijdig en automatisch) van de onterecht uitgekeerde bedragen aan invaliden die een niet-toegelaten activiteit uitoefen(d)en. Een ziekenfonds dient hiervoor automatisch datamatching met DMFA en bestanden invaliden uit te voeren (zie punt hierboven).

4. Het ontwikkelen van aanbevelingen ter voorkoming en bestrijding van sociale fraude in het kader van de vaststellingen in de themacontrole 'primaire arbeidsongeschiktheid' (cf. artikel 24). Concreet zal de DAC in het kader van de themacontrole 'primaire arbeidsongeschiktheid' de interne controleprocedures van de VI's bij de administratieve toekenning van het recht op PAO in kaart brengen. Op basis daarvan zullen aanbevelingen over correcte en consequente toepassing geformuleerd worden.

Ook zal er met de VI's een SLA worden opgemaakt over de timing en de modaliteiten van de gegevensoverdracht inzake PAO.

5. Een analyse over de kwaliteit van de feedback van de VI's betreffende de dossiers van de fictieve onderwerping in het kader van het fraudedossier Bouchez. In het kader van een nieuwe werkwijze (vanaf 2008) worden deze dossiers door de RSZ overgemaakt aan de DAC die ze onder de vorm van nominatieve lijsten aan de ziekenfondsen overmaakt. Er wordt van de VI's verwacht dat ze snel reageren bij het ontvangen van dit schrijven en onmiddellijk tot behandeling overgaan. Ze hebben een termijn van 1 maand om feedback aan het RIZIV over te maken. Door de sociaal inspecteur wordt na ontvangst van de feedback ter plaatse in het ziekenfonds een onderzoek uitgevoerd voor die gevallen waarvoor het ziekenfonds een terugvordering heeft ingesteld. De sociaal inspecteur dient immers de juistheid van de onterecht uitgekeerde bedragen te onderzoeken en een PV op te stellen voor het opleggen van de administratieve sanctie.

6. In het kader van een geïntegreerde aanpak van de fraudebestrijding én een effectieve controle van de sociale inspectiediensten zal de bevoegdheid van de sociaal controleur en de sociaal inspecteur van het RIZIV uitgebreid worden. Het gaat over een uitbreiding van de controlebevoegdheid naar de werkgever toe (hiertoe dient het Koninklijk besluit tot aanwijzing van de ambtenaren en beambten belast met het toezicht op de uitvoering van het koninklijk besluit nr. 5 van 23 oktober 1978 betreffende het bijhouden van sociale documenten en op de uitvoeringsbesluiten ervan aangepast te worden). Momenteel is de controlebevoegdheid van de sociaal inspecteur/sociaal controleur van het RIZIV in geval van zwartwerk, beperkt tot de sociaal verzekerde zelf, en niet van toepassing op diegene van hem tewerkstelt.

7. Het jaarlijks (vanaf 2009) opsporen van niet toegelaten cumul van ZIV met een bezoldigde activiteit in België voor rekening van een buitenlandse werkgever. Het gaat hier concreet over het opsporen van een cumulatie van een loon betaald door een buitenlandse werkgever met een ZIV-uitkering in België (Belgen gedetacheerd door buitenlandse werkgever naar België). Hiervoor wordt beroep gedaan op de GOTOT-IN databank. De opsporing door het RIZIV (DGEC) gebeurt aan de hand van een datamatching of kruising van gegevens van de GOTOT-IN en de modellen PI (gegevens van de DU).

8. In het kader van internationale samenwerking met buurlanden zal het RIZIV in staat zijn om cumulaties van uitkeringen met activiteiten en/of inkomsten in het buitenland op een effectievere manier op te sporen. Hiervoor zullen :

– met buurland Frankrijk afspraken gemaakt worden over de controleprocedures tussen België en Frankrijk, en dit in uitvoering van het 'bilateraal samenwerkingsakkoord sociale zekerheid België-Frankrijk' van oktober 2008.

– met het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) Nederland werd in mei 2007 een akkoord afgesloten. In het kader van dit akkoord zal UWV aan het RIZIV een lijst bezorgen van alle personen die in Nederland een uitkering werkloosheid of ziekte krijgen. Het RIZIV zal die gegevens matchen met onze arbeidsongeschikten.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Rapportering aan de SIOD en het College voor de strijd tegen fiscale en sociale fraude van de ondernomen acties door het RIZIV in de strijd tegen de sociale fraude. Streefdatum : 30 juni 2009, 31 december 2009.

2. Een evaluatie van de eerste oefening datamatching die uitgevoerd is op de gegevens van 2006. Streefdatum : 30 juni 2009.

3. Uitvoeren van de datamatching op de gegevens DMFA 2007 & de PI databank 2007 en onderzoeken van de relevante gevallen in het ziekenfonds. Streefdatum : 31 december 2009.

4. Het ontwikkelen van aanbevelingen over correcte en consequente toepassing van de reglementering primaire arbeidsongeschiktheid'. Streefdatum : 31 december 2009.

5. Opmaken van een SLA met de VI's over de timing en de modaliteiten van de gegevensoverdracht inzake PAO. Streefdatum : 31 december 2009.

6. Het ontwikkelen van een eerste set van indicatoren voor de boordtabel met de opvolging van de werking van een VI/ziekenfonds. Streefdatum : 31 december 2009.

7. Een analyse over de kwaliteit van de feedback van de VI's betreffende de dossiers van de fictieve onderwerping (Bouchez) en de bijsturing waar nodig. Streefdatum : 31 december 2009.

8. Voorbereiding van de modernisering van het proces van niet toegelaten activiteit (o.a. efficiënter procesverloop, verduidelijking en vereenvoudiging van de regels en de begrippen betreffende arbeidsongeschiktheid,) met het oog op een uniforme en transparante behandeling. Streefdatum : 31 december 2009.

9. Aanpassen van het KB van 30 september 1980 voor wat betreft de uitbreiding van de bevoegdheden van de sociaal controleur en de sociaal inspecteur, inclusief de aanpassing van de huidige processtroom en de nodige interne ondersteuning en opleiding voor de sociaal controleurs. Streefdatum : 30 juni 2009.

10. Uitvoeren van de datamatching op de gegevens GOTOT-IN 2007 & de PI databank 2007. Streefdatum : 31 juli 2009.

11. Concrete afspraken maken over de controleprocedures tussen België en Frankrijk, en dit in uitvoering van het bilateraal samenwerkingsakkoord sociale zekerheid België-Frankrijk'. Streefdatum : 31 december 2009.

12. Uitvoeren van een kruising van de gegevens van de personen die in Nederland een uitkering werkloosheid of ziekte krijgen met de RIZIV-gegevens over de arbeidsongeschikten. Streefdatum : 31 oktober 2009.

Omgevingsfactoren

- Medewerking van de VI's, o.a. betreffende het beschikken over de nominatieve gegevens PAO.
- Medewerking van de RSZ en andere partners van het netwerk van sociale zekerheid.

- De ondertekening van de akkoorden met het buitenland.

4. VERBETEREN VAN DE ONDERSTEUNING VAN DE ORGANEN

ARTIKEL 30. Notulen en nota's van het verzekeringscomité en de Algemene Raad

Dit project is de voortzetting van de verbintenissen van de bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Een van de taken van het RIZIV bestaat er onder meer in het overleg en de onderhandelingen tussen de verschillende actoren (verzekeringsinstellingen, sociale partners, vertegenwoordigers van de zorgverleners, Beleidscler van de minister van Sociale Zaken) van de regeling van de ziekte- en invaliditeitsverzekering degelijk te organiseren en zo goed mogelijk te ondersteunen. De Dienst voor geneeskundige verzorging is een plaats van overleg tussen de verschillende actoren van de ziekteverzekering. In het hart van dat systeem bevinden zich het Verzekeringscomité en de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

We herhalen dat het gaat om een sneller en vlotter ter beschikking stellen via een beveiligde website (zoekfunctie aan de hand van sleutelwoorden) van de notulen en de nota's van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad van de Dienst voor geneeskundige verzorging en de oprichting van een elektronische bibliotheek op basis van een thesaurus.

De informaticatoepassing in Sharepoint is in 2008 afgerond. De twee zaken die de meeste inspanningen hebben vereist, waren de integratie in het systeem van de thesaurus van het RIZIV enerzijds, en de beveiliging van de toegang tot de toepassing anderzijds. We moeten dus vaststellen dat het project niet is gerealiseerd binnen de termijnen die in de bestuursovereenkomst 2006-2008 zijn bepaald. De verbintenissen van die overeenkomst worden daarom hernomen. Het eerste semester 2009 zal hoofdzakelijk worden gewijd aan het testen van de toepassing door enkele leden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad (user-group) en aan de eventuele aanpassing ervan op basis van hun opmerkingen. Zes maanden na de testfase zal de operationele toepassing worden uitgebreid tot alle leden.

Wat de verbintenis met betrekking tot de tevredenheidsenquête bij de leden van de organen betreft en om de nodige afstand te creëren en een pertinente evaluatie van het project uit te voeren, hadden we voorgesteld om die enquête pas uit te voeren een jaar nadat de definitieve informaticatoepassing voor alle leden van de organen in een reële omgeving ter beschikking was gesteld. De Regeringscommissaris had ingestemd met dit voorstel tot uitstel. Aangezien de toepassing operationeel moet zijn in het derde kwartaal van 2009 is het vrij logisch dat de enquête een mogelijke verbintenis kan vormen in de derde bestuursovereenkomst die in 2010 begint.

Met het oog op een vermindering van de papierverspilling en de duurzame ontwikkeling, benadrukken we ten slotte ook dat de toepassing natuurlijk ook intern beschikbaar zal zijn voor alle personeelsleden van het RIZIV via het intranet.

Lijst van acties - verbintenissen

1. Test door een user-group, samengesteld uit enkele leden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad, van de beveiligde informaticatoepassing voor de raadpleging van de nota's en notulen. Streefdatum : 1 februari 2009;
2. Demonstratie van voornoemde toepassing aan het Verzekeringscomité en de Algemene raad, met andere woorden, mogelijkheid voor alle leden van die twee organen om via een automatische zoekfunctie aan de hand van sleutelwoorden de nota's en notulen op een beveiligde website te raadplegen. Streefdatum : 31 juli 2009.

ARTIKEL 32. Financiële rapportering aan de CTG

Dit artikel omvat twee nieuwe actie-verbintenissen die passen binnen de verderzetting van een project (artikel 32) dat gerealiseerd werd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

In het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 (artikel 32) werd een systeem van systematische monitoring en feedback naar de Commissie voor de Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (CTG) ontwikkeld omtrent de werkelijke financiële impact van de goedgekeurde aanvragen tot tegemoetkoming.

Deze monitoring is in de loop van de periode van de Bestuursovereenkomst verder geëvolueerd naar een meer generieke financiële financiering van de uitgaven voor vergoedbare geneesmiddelen in functie van de genomen beleidsmaatregelen (waaronder nieuwe introducties van geneesmiddelen in de terugbetaling, maar ook besparingsmaatregelen.). Er wordt in dit verband gesproken over het MORSE-rapport (MORSE : Monitoring of Reimbursement Significant Expenses). Dit MORSE-rapport onderscheidt zich van andere financiële rapporten over uitgaven voor geneesmiddelen (bv. permanente audit, Infospot, enz.) doordat het zich vooral toespitst op conclusies en discussie, en op coherentie of discordantie tussen de verschillende rapporten. Voor de gedetailleerde cijfers wordt doorverwezen naar de afzonderlijke rapporten.

In het kader van de voorliggende Wijzigingsclausule wordt de opmaak van de twee semestriële MORSE-rapporten voor 2009 als actie-verbintenissen opgenomen.

Lijst van de acties - verbintenissen

1. Opmaken van het MORSE-rapport voor de gegevens tot en met het 2e semester van 2008. Streefdatum : 30 juni 2009.
2. Opmaken van het MORSE-rapport voor de gegevens tot en met het 1ste semester van 2009. Streefdatum : 31 december 2009.

5. VERSTERKEN VAN DE EXTERNE COMMUNICATIE

ARTIKEL 36. Informatie aan de zorgverleners en externe communicatie vanuit de DGEC

Dit artikel omvat nieuwe actie-verbintenissen die passen binnen de verderzetting van een project (artikel 36) dat gerealiseerd werd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Deze doelstelling beoogt het goed inlichten van de zorgverleners op het vlak van de organisatie van de door de ziekteverzekering terugbetaalde gezondheidszorg. Dit voorkomt inbreuken op de bestaande regelgeving en heeft tot gevolg dat de toegekende middelen conform met de bedoelingen van de wetgever worden aangewend.

Concreet betreft dit het opmaken en verspreiden van eenvoudige en begrijpbare informatie voor de zorgverleners, specifiek georiënteerd op de opdrachten van de DGEK. De zorgverlener zal, zonder alle wetteksten te moeten uitpluizen, een beter zicht krijgen op wat hij moet doen op administratief vlak. Dit brengt mee dat er minder overtredingen wegens onwetendheid zullen worden begaan. Dit leidt automatisch tot een meer eenvormige toepassing van de wetsbepalingen.

De voorbije jaren zijn volgende 6 modules (= brochures) uitgewerkt: beginnend geneeskundige, infobrochure DGEK en nieuwe sanctieprocedure, infobox geneesheer-specialist, infobox apotheker, infobox kiné, infobox verpleegkundige.

In 2009 zullen de 6 brochures aan de hand van de gekregen commentaren en de evolutie van de wetgeving geactualiseerd worden. Vanaf 2010 zullen nieuwe brochures ontwikkeld worden.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Jaarlijkse aanpassing van de 6 bestaande modules (beginnend geneeskundige, infobrochure DGEK en nieuwe sanctieprocedure, infobox geneesheer-specialist, infobox apotheker, infobox kiné, infobox verpleegkundige). Streefdatum: 31 december 2009.

ARTIKEL 37a. Optimalisering van het telefonisch onthaal

Dit project stond al in de bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Met dit project willen we de communicatie naar de doelgroepen verbeteren.

Reeds begin 2005 is in de Dienst voor Geneeskundige Verzorging een call center opgericht voor de individuele dossiers van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en audiciens. Het doel was sneller en correct te kunnen antwoorden op vragen van de zorgverleners. Dat callcenter, dat thans tot de voormelde afdeling is beperkt, zou –afhankelijk van de behoeften – geleidelijk kunnen worden uitgebreid naar de andere diensten van het RIZIV die in verbinding staan met een groot aantal zorgverleners (tandheekundigen, geneesheren, rustoorden,) of sociaal verzekerden (sector van de uitkeringen).

In een enquête is gepeild naar de tevredenheid van de operatoren en van de gebruikers van het huidige callcenter. In de loop van het laatste kwartaal 2008 zullen alle resultaten aan het Directiecomité worden voorgelegd.

Er is een consensus over het strategische belang om vooraf een beeld te hebben van de huidige situatie inzake telefoonverkeer. Daartoe zal het RIZIV zich op het vlak van het (binnenkomend, uitgaand en intern) telefoonverkeer een « reporting service » aanschaffen.

Vervolgens zullen wij de via dit instrument verzamelde statistieken en feitelijke informatie (aantal oproepen, duur en uren van de oproepen, uitsplitsing volgens de diensten/groepen/individuen, aantal malen dat een zelfde oproep van de ene medewerker naar de andere wordt doorverbonden en teruggestuurd,...) en de resultaten van de voormelde enquête kunnen toetsen aan de perceptie en de bevindingen van de verantwoordelijken van de diensten die het vaakst telefonisch contact hebben met onze « gebruikers ».

Ten slotte zullen we aangepaste pistes tot verbetering kunnen voorstellen en in de praktijk omzetten (eventuele uitbreiding van het callcenter, reorganisatie van het telefonisch onthaal en van het werk in de diensten, mogelijke oriëntatie naar Customer Relationship Management – CRM, informatie-/opleidingssessies in verband met de kwaliteit van het onthaal,...).

Onze analyse moet dus betrekking hebben op een evaluatie van de telefonische beschikbaarheid (gemiddelde duurtijd vooraleer wordt geantwoord) maar ook op de kwaliteit van ons telefonisch onthaal (vriendelijkheid, luisterbereidheid, efficiëntie en professionalisme,...). Op termijn zou eveneens moeten worden toegezien op de coherentie van de geleverde antwoorden en op het besparen van tijd, bij voorbeeld door middel van een gegevensbank met de meest frequent gestelde vragen (FAQ).

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opstellen van een nota voor het Directiecomité met een analyse van de objectieve en feitelijke informatie over de situatie van het telefoonverkeer en de behoeften, geformuleerd door de verschillende diensten die het vaakst telefonisch contact hebben met de gebruikers. Hierin zullen aanbevelingen en pistes tot verbetering staan. Streefdatum: 31 december 2009.

ARTIKEL 37b. Module 'Geneesheren' via de website van het RIZIV

Dit artikel omvat een nieuwe verbintenis als uitbreiding op een actie-verbintenis uit artikel 37 dat werd gerealiseerd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008 (geherdefinieerd in de Wijzigingsclausule van 2007). Omwille van de duidelijkheid wordt deze actie-verbintenis in deze Wijzigingsclausule als afzonderlijk artikel 37b voorzien.

Context

In het kader van de Wijzigingsclausule 2007 werd een actie-verbintenis voorzien die het ontwikkelen van een informaticamodule betrof die het mogelijk zou maken voor zorgverleners om hun gegevens via de RIZIV-website te wijzigen. Begin juni 2008 werd een dergelijke informaticamodule gelanceerd voor de tandheekundigen. Langs deze module kunnen zij voortaan hun contactadres raadplegen en wijzigen. De toegang tot deze module wordt (in afwachting van een definitieve oplossing in het kader van eHealth) mogelijk gemaakt op basis van een gebruikersnaam en wachtwoord die de tandheekundigen op de website kunnen aanmaken met behulp van hun RIZIV-nummer.

De actie-verbintenis die wordt voorgesteld in het kader van de Wijzigingsclausule 2009 betreft een uitbreiding van de eerste pilootervaring met de tandheekundigen naar de geneesheren. Deze module wordt onder meer gerealiseerd in de context van het nieuw akkoord dat met de geneesheren moet worden afgesloten. Het is de bedoeling dat de module operationeel is op het moment dat de uit het akkoord voortvloeiende administratieve interacties tussen het RIZIV en de geneesheren plaatsvinden.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Ontwikkeling van een informaticamodule die het mogelijk maakt voor geneesheren om hun gegevens via de RIZIV-website te consulteren en te wijzigen. Streefdatum: 31 januari 2009.

6. BEHOORLIJK BESTUUR

ARTIKEL 38a. Interne audit

Dit artikel omvat nieuwe verbintenissen, die voortbouwen op een project (artikel 38) dat werd gerealiseerd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

In het kader van de ontwikkeling naar behoorlijk beleid en bestuur, heeft het RIZIV de voorbije jaren verschillende initiatieven genomen. Enerzijds werden beheersmethoden en -technieken ontwikkeld, bijvoorbeeld op vlak van de invoering van strategische en operationele planning, projectmanagement, procesmanagement (BPM), prestatie meting,

risicobeheer, de CAF-evaluatie, enz. Anderzijds werd ook de nodige organisatorische capaciteit ontwikkeld om de invoering van deze beleids- en beheersinstrumenten te begeleiden. Grosso modo kunnen al deze methodologische en organisatorische vernieuwingen gecatalogeerd worden onder de noemer versterking van de interne controlesystemen'. Ofschoon de uitbouw van de interne controlesystemen zeker niet afgerond is, is toch een belangrijke basis gelegd.

De interne controlesystemen en sturings- en beheersingsmechanismen die door het management en het personeel worden ontwikkeld, moeten vanuit het perspectief van de controlepiramide of de controleketen geëvalueerd worden door een onafhankelijke interne auditfunctie in de organisatie, die op haar beurt het voorwerp van evaluatie vormt door externe auditfunctie buiten de organisatie. In het kader van deze overeenkomst laten we de ontwikkeling van externe audit buiten beschouwing, gezien dit niet de verantwoordelijkheid van de organisatie zelf is. De ontwikkeling van interne audit is dat wel. Interne audit dient begrepen te worden als een onafhankelijke en objectieve activiteit die aan de organisatie redelijke zekerheid verstrekt over de mate waarin zij haar werking beheerst en die aan de organisatie advies geeft om haar werking te verbeteren.

De complementariteit van interne controle, interne audit en externe audit binnen een zogenaamde controlepiramide of controleketen is een internationaal en wetenschappelijk aanvaarde benadering (cf. INTOSAI, IIA) en heeft in België zijn vertaling gekregen in 3 K.B.'s van 17/08/2007 betreffende de organisatie van de interne controlesystemen en interne auditactiviteiten binnen sommige diensten van de federale uitvoerende macht. Ook al zijn deze K.B.'s (vooralsnog) niet van toepassing op de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid, niettemin bieden ze een kader en richting waarbinnen ook de OISZ hun systemen van interne controle en interne audit verder kunnen ontwikkelen.

Het RIZIV heeft in de loop van 2008 verschillende initiatieven genomen om een interne auditfunctie te ontwikkelen. Een concreet pilootauditproject werd opgestart dat de analyse betrof van de aankoopprocessen en terzake verschillende aanbevelingen heeft geformuleerd. Ook enkele andere kleine pilootauditprojecten werden gelanceerd, bv. betreffende de organisatie en procedures inzake crisismanagement. Naast deze pilootprojecten werd ook een visie ontwikkeld omtrent de structurele uitbouw en verankering van een interne auditfunctie in het RIZIV. Bij de ontwikkeling van deze visie werd zoveel als mogelijk rekening gehouden met internationale standaarden, de federale K.B.'s waarvan hoger sprake, goede praktijken in andere overheidsinstellingen, en de concrete vertaalslag naar de eigen situatie van het RIZIV. In de loop van 2009 wil het RIZIV enkele nieuwe stappen zetten in de richting van een in de toekomst professionele en volwaardige interne auditfunctie. Het betreft onder meer :

- het opmaken van een auditcharter met een verduidelijking van de opdrachten, de audittypes, de methoden en technieken, de rapporteringsmodaliteiten, de gedragscode van de interne auditoren, alsook de relatie van de interne auditfunctie met andere actoren, in het bijzonder andere toezichtsactoren (bv. regeringscommissaris, revisoren, Rekenhof).

- Het initiëren van enkele concrete pilootauditprojecten (mogelijke projecten : nalevingsaudit CTG-procedures; nulaudit ter voorbereiding van een ISO-certificatie gegevensbeveiliging; enz.).

- Het opmaken van een eerste auditplan, met name op basis van een risicoanalyse.

- Het ontwikkelen van kennis en competenties inzake interne audit.

- Het bijdragen tot een gezamenlijke benadering van interne audit in de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaken van een auditcharter voor het RIZIV. Streefdatum : 30 juni 2009.

2. Opstarten van 2 pilootauditprojecten in het RIZIV. Streefdatum : 31 december 2009.

3. Opmaken van een auditplan voor het RIZIV. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL 38b. Interne controle : BPM-projecten

Dit artikel omvat nieuwe verbintenissen, die voortbouwen op een project (art.38) dat werd gerealiseerd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Sedert eind 2005-begin 2006 gaat veel aandacht naar het verstevigen en expliciteren van de interne controle in het RIZIV. Hiervoor is een BPM-traject opgestart, met tot op heden volgende realisaties :

- De ontwikkeling van een adequate methodologie, in samenwerking met externe experts, de BBO-cel van DGV en de moderniseringscel :

- o Inhoudelijk uitwerken van een handboek voor de basisopleidingen;

- o Ontwikkeling van templates voor de BIO-analyses;

- o Bepalen van de te gebruiken standaarden zoals VISIO (2) en BPMN (3);

- o Ontwikkeling van een uniforme wijze voor de behoeftenanalyse ICT, HR, wetgeving en communicatie;

- o Aandacht voor risicobeheer en het ontwikkelen van bijgaande noodzakelijke controlemaatregelen;

- o De opvolging van een proces aan de hand van indicatoren die voldoen aan het SMART-principe;

- Basisopleidingen BPM voor een aantal proceseigenaars en voor de interne coaches.

- Specifieke coachingsessies ter ondersteuning van de functioneel verantwoordelijken.

- Een managementworkshop ter sensibilisering van een brede laag van het management, zowel op vlak van operationele als strategische toegevoegde waarde van BPM.

- Concrete uitwerking van BIO-analyses voor bepaalde processen uit de kerndiensten zowel als de operationele diensten.

Ook is binnen het BPM-traject in 2007 een oefening opgestart om voor het RIZIV en haar diensten een macroprocesmap op te maken. Deze map identificeert de grote procesdomeinen van het RIZIV. Deze procesdomeinen groeperen gelijkaardige individuele processen. Bedoeling is om tot een geïntegreerde aanpak te komen van procesverbetering, risicobeheersing en performantiemeting. Het gaat om een complexe en intensieve oefening.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Uitwerken van een eerste versie van de macroprocesmap voor het RIZIV. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL 39. Analytische boekhouding

Dit artikel omvat een nieuwe actie-verbintenis, die voortbouwt op een project (art.39) dat werd gerealiseerd in het kader van de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Dit artikel gaat over de modernisering van het boekhoudkundig systeem met een efficiënt gebruik van de middelen via de invoering van een analytische boekhouding. Deze oriëntatie is zowel in de tweede bestuursovereenkomst als in de notificatie van de Ministerraad opgenomen als een gewenste (opgelegde) doelstelling, nl. Het genereren en exploiteren van meer analytische budget- en boekhoudinformatie voor de beheerssturing en het introduceren van een geharmoniseerd systeem van analytische boekhouding voor alle OISZ (4).

Zoals opgenomen in de basistekst van de tweede bestuursovereenkomst is een haalbaarheidsstudie afgewerkt. Deze bevat een balans van de huidige situatie met een analyse over de haalbaarheid van het invoeren van een analytische boekhouding, met inbegrip van de voor- en nadelen, de kritische succesfactoren, de concrete elementen voor de verdere uitbouw van de analytische boekhouding in het RIZIV en een aanzet voor het oplossen van de knelpunten.

Ondertussen is een herwerkte versie van de werkeenheden (kostenplaatsen) beschikbaar en reeds besproken met de verschillende kerndiensten.

Behalve het aanleveren van de eerste beheersgegevens (op korte termijn) gebaseerd op de al beschikbare gegevens (kostenplaatsen of werkeenheden en enkele kostensoorten zoals o.a. personeels- en informaticakosten), is het eveneens de bedoeling om de komende jaren (op iets langere termijn) de elementen voor de derde dimensie (activiteiten, opdrachten, projecten,) te definiëren. Die dienen tegemoet te komen aan de behoeften voor een optimaal intern beheer en aan de externe behoeften.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaak van een eerste rapportering van de beheersgegevens voor de kostenplaatsen en een beperkt aantal kostensoorten. Streefdatum : 31 december 2009.

ARTIKEL N14. Interne controle : Uitbouwen en professionaliseren van prestatiemeting en –management

Dit artikel omvat een volledig nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

De initiatie van prestatiemeting in het RIZIV dateert van 2002. Het opvolgingsproces in het kader van de uitvoering van de eerste bestuursovereenkomst - en de bijgaande interne en externe rapportering - werd ondersteund aan de hand van boordtabellen.

Ondertussen is de aanpak van de boordtabellen verfijnd. Met de opmaak en de opvolging van de tweede bestuursovereenkomst is het aantal indicatoren verruimd. Toch blijven die momenteel beperkt tot specifieke prioritaire projecten, en is er nog geen sprake van een echt geïntegreerd prestatie-meetsysteem. Concreet is in het RIZIV beperkte informatie beschikbaar over volgende luiken :

- sleutel informatie over enkele basisopdrachten van het RIZIV (gelinkt aan bepaalde verbintenissen uit de bestuursovereenkomst);

- beperkte informatie over de doelstellingen met betrekking op de interne werking (beperkte HR-gegevens en ICT-informatie);

- en de omgevingsfactoren die de realisatie van de verbintenissen uit de bestuursovereenkomst kunnen beïnvloeden.

Het verder uitbreiden van de opmaak en het gebruik van de boordtabellen, en de voorbereiding van een geïntegreerde scorecard voor het Directiecomité zijn uitdagingen voor de volgende jaren. Belangrijk is ook de analyse van de mogelijkheden op het vlak van ICT die hiervoor kunnen gebruikt worden.

Als eerste stap in de ontwikkeling van stuurinformatie zal een Balanced Scorecard (5) (BSC) voor HR worden opgemaakt. We hebben ervoor gekozen om het opzetten van een prestatie-meetsysteem en de inzameling van relevante indicatoren methodologisch te onderbouwen door de Balanced scorecard. Dit is een model dat de mogelijkheid geeft om een organisatie op te volgen en te sturen. In eerste instantie aan het Directiecomité om het toe te laten een aantal sleutelementen binnen de organisatie te sturen vanuit een 'geïntegreerde modus' (tezelfdertijd worden gegevens van aanwerving, afwezigheid, budget, e.a. opgevolgd) en niet meer vanuit de deeldomeinen. En anderzijds aan de leidinggevendenden van de operationele diensten om de dagelijkse opvolging en het leiding geven op een gestructureerde en meer gedetailleerde manier mogelijk te maken.

De laatste jaren is in het RIZIV de noodzaak aan bruikbare indicatoren op vlak van HR almaar sterker geworden. Zowel vanuit het Directiecomité als vanuit de operationele diensten is het systematisch verzamelen van informatie over de werking van het RIZIV op vlak van HR als belangrijk onderwerp naar voor geschoven (cfr. CAF-resultaten, input Directieraad). Deze informatie (onder de vorm van indicatoren) zal het Directiecomité en andere verantwoordelijken toelaten om de 'juiste' acties te nemen in eenzelfde en gewenste strategische richting. We spreken in dat geval ook van een « geïntegreerd HRM-prestatie-managementsysteem » waarvan de informatie gebruikt wordt in het beslissingsproces.

In 2008 is hiervoor al de methodologische aanpak voorbereid, alsook een eerste aanzet voor HR-indicatoren. In het 4e trimester van 2008 volgen de beproevingen op het HR-platform en het directiecomité. Vanaf april 2009 zal de HR-scorecard effectief gebruikt worden in het beslissingsproces.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Opmaak van een voorstel voor de Informatisering van de boordtabellen van de bestuursovereenkomst. Streefdatum : 30 juni 2009.

2. Ontwikkelen van een HR-scorecard als managementinstrument voor het directiecomité. Streefdatum : 30 april 2009.

ARTIKEL N15. Klachtenbeheer

Dit artikel is een nieuw project dat niet in de bestuursovereenkomst van 2006-2008 was opgenomen.

Context

De notificatie van de Ministerraad van 11 mei 2006 tot goedkeuring van de tweede generatie van bestuursovereenkomsten 2006-2008 voorziet al in de uitwerking van een voorstel tot verbetering van het onderzoek van de klachten die bij de OISZ worden neergelegd.

In de nota van de Dienst voor Administratieve Vereenvoudiging (DAV) gewijd aan de projecten inzake administratieve vereenvoudiging in de OISZ, was bovendien reeds sprake van de invoering van een systeem voor klachtenbeheer.

Tijdens de Ministerraad van 23 juni 2006 die gewijd was aan de problematiek van « een klantvriendelijke overheid », is een eerste voorontwerp van wet opgesteld waarin het recht om klacht en bezwaar in te dienen bij de Federale Overheid wordt georganiseerd. Dit voorontwerp van wet past duidelijk in de verbetering van de prestaties en van de kwaliteit van de openbare dienstverlening.

Ten slotte heeft de Minister van Ambtenarenzaken de oprichting van klachtenbeheersystemen gedefinieerd als een sterke strategische pijler van haar beleid. Zij heeft alle openbare instellingen opgeroepen om aan dit project mee te werken. Het RIZIV heeft zich als vrijwilliger opgegeven. De FOD P&O coördineert de activiteiten terzake via een werkgroep met alle « klachten coördinatoren » van de pilootinstellingen. Zo is bijvoorbeeld één logo gekozen voor alle diensten die zich bezighouden met klachtenbeheer op federaal niveau en het zal dus ook terug te vinden zijn op onze website of op het klachtenformulier.

Daarom heeft het RIZIV beslist om vanaf 1 september 2008 een beheersysteem voor externe klachten te installeren.

Door een gestandaardiseerd, gestructureerd en gecentraliseerd beheer van de klachten wil het RIZIV :

- de kwaliteit van de diensten en de werking van het RIZIV verbeteren
- dat de medewerkers van het RIZIV bijzondere aandacht schenken aan de verwachtingen van de externe « gebruikers », rechthebbenden van de verzekering of partners (openbare dienstverlening).

Iedere persoon of organisatie die rechtstreeks in contact staat met de diensten van het RIZIV kan een klacht indienen.

De FOD P&O definieert een klacht als volgt : een klacht is een reactie van een klant die de producten of diensten van een openbare instelling (heeft) gebruikt en die hierover niet tevreden is. De klant rekent erop dat de openbare dienst rekening houdt met die reactie. Een klacht moet betrekking hebben op :

- de levering van een product/dienst
- de resultaten van die levering van producten/diensten
- de wijze waarop het product/de dienst is geleverd
- de toepassing van een bestaande reglementering

Alleen de klachten met betrekking tot de werking van het RIZIV en de kwaliteit van zijn diensten zullen worden behandeld (gebrek aan informatie of geen reactie van een dienst i.v.m. de behandeling van een dossier, probleem in verband met de betaling die het RIZIV heeft verricht, een fout in het interactieve programma via de website www.RIZIV.fgov.be, ontoereikende of onduidelijke communicatie, gedrag van een medewerker van het RIZIV bij het telefonisch onthaal, een medisch onderzoek,).

Op basis van een gedetailleerd communicatieplan zijn al acties ondernomen zowel intern (flash-info, intranet, informatiesessies, presentaties aan het Directiecomité en de stafvergaderingen van de diensten,) als extern (folder, website, perscommuniqué, nota's aan het College van Administrateurs-generaal van de OISZ, aan de beleidscellen, aan de V.I., aan het College van federale ombudsmannen,...).

De termijnen voor de bewijzen van ontvangst en de behandeling van de klacht zijn respectievelijk 10 kalenderdagen en 45 kalenderdagen. Die termijnen zullen eerst intern van toepassing zijn. Alvorens ze aan de klagers bekend te maken, moet worden geëvalueerd in welke mate wij die termijnen naleven.

Om eventueel noodzakelijke corrigerende acties te ondernemen, zullen er kwantitatieve en kwalitatieve analyse- en reportingverslagen worden opgemaakt voor het Directiecomité.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. Een kwantitatief (aantal, frequentie, typologie van de klachten, indeling per dienst/klager/type van problemen,...) en kwalitatief (voorstellen voor verbetering/aanbevelingen) evaluatieverslag voor het Directiecomité. Streefdata : 30 juni 2009 en 31 december 2009.

2. Ter beschikking stellen aan de klager van een online en beveiligd klachtenformulier op onze website. Streefdatum : 1 juli 2009

3. Een globale synthesenota over de resultaten van dit nieuwe systeem voor klachtenbeheer voor het Algemeen Beheerscomité. Streefdatum : 31 december 2009.

Lijst van resultaten - verbintenissen

- Naleven van de termijnen voor de bewijzen van ontvangst (10 kalenderdagen) en de behandeling van de klachten (45 kalenderdagen). Streefdatum : Opvolging aan de hand van een bordtabel vanaf 1 januari 2009.

7. DUURZAME ONTWIKKELING

ARTIKEL N16. Ondersteunen van andere landen (o.a. ontwikkelingslanden) bij het uitbouwen van een solidair, universeel en duurzaam systeem van geneeskundige verzorging

Dit artikel omvat een volledig nieuw project, dat niet was opgenomen in de Bestuursovereenkomst 2006-2008.

Context

Dit project wil bijdragen aan de ontwikkeling van een gezondheidssysteem in de ontwikkelingslanden en dit via het uitwisselen van specifieke opgebouwde kennis en ervaring van het RIZIV op vlak van de verzekering van de geneeskundige verzorging.

Vandaag de dag betreden vele landen het domein van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Enerzijds zijn er de landen die zich integreren in de Europese Unie en zich dus aan een aantal «standaarden» ter zake moeten aanpassen en anderzijds zijn er de ontwikkelingslanden die, nadat ze zich bezig hebben gehouden met problemen op het vlak van economie, industriële infrastructuur en communicatie evenals met het onderwijs voor de jeugd, de installatie van een sanitaire basisinfrastructuur en de strijd tegen epidemieën en endemieën, nu de noodzaak van een verzekering voor geneeskundige verzorging vaststellen.

Thans stelt men over de hele wereld een politiek keerpunt vast, dat overeenkomstig de verklaringen van de G8 in Sint-Petersburg met name op Europees niveau tot uiting is gekomen in de organisatie op 15 en 16 maart 2007 in Parijs van een internationale conferentie «Dekking van het ziekterisico in de ontwikkelingslanden : de vicieuze cirkel van ziekte en armoede doorbreken», en waaraan het RIZIV heeft deelgenomen. Over het algemeen willen de staten het beheer van het sociale zekerheidssysteem van de landen opnieuw in handen nemen. De verzekering voor geneeskundige verzorging moet als volgt zijn :

- Solidair : de rijken betalen voor de armen, de gezonde personen voor zieken
- Universeel : de hele bevolking moet gedekt zijn, zowel de sector van de werknemers als van de zelfstandigen, maar ook de informele sector en de personen zonder financiële inkomsten
- Duurzaam : de financiering moet afhangen van eigen en regelmatige inkomsten van de staten of hun bevolking, de staten moeten zorgen voor de stabiliteit van het systeem tegenover bepaalde onevenwichten, die bij de financiering zouden kunnen blijken; de inkomsten die van (tijdelijke) buitenlandse hulp komen, worden daarentegen aangewend in de strijd tegen epidemieën en endemieën en voor inentingscampagnes, kortom al wat als occasioneel kan worden beschouwd of op termijn zal aflopen.

Vanuit die bevinding wordt vastgesteld dat de landen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging een verschillende toekomst voorbereiden.

Elk jaar ontvangt het RIZIV al buitenlandse delegaties, die zich komen informeren over het Belgische ziekteverzekeringssysteem. Het gaat om uitwisseling van informatie met weinig feedback.

Toch heeft het RIZIV de voorbije jaren het geluk gehad om met een bepaald aantal landen meer opgevolgde, of zelfs structurele contacten te hebben, want er zijn contacten gelegd door diverse precieze acties. We noemen Bulgarije, Marokko, Algerije, Rwanda.

Teneinde elk land aangepaste antwoorden te bieden (wat een gediversifieerde expertise op logistiek, budgetair, medisch vlak en dat van de informatica en van de microfinanciën vereist) is voorgesteld een samenwerkingsplatform te creëren. En dit om er de informatie over de expertise, die niet altijd volledig bij het RIZIV te vinden is, te centraliseren en waarop men dan een beroep kan doen voor een aangepast antwoord.

Volgende elementen zullen in 2009 worden uitgewerkt :

- De opstelling van een document voor het Directiecomité met het expertiseraanbod dat het RIZIV inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging ter beschikking van de ontwikkelingslanden kan stellen.

- De opstelling van een gegevensbank met personen die een aanspreekpunt zijn inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, maar eveneens van verzekeringsinstellingen, FOD, ziekenhuizen, beroepsverenigingen van geneesheren, universiteiten, NGO (microfinanciën), expertisebureaus, die ervaring hebben in verschillende landen en die bezig zijn met de hervorming of de installatie van een dergelijke verzekering in ontwikkelingslanden.

- De opstelling van een gegevensbank met contactpersonen voornamelijk uit het RIZIV, maar eveneens uit verzekeringsinstellingen, de Kruispuntbank, FOD, die bereid zijn om te zorgen voor opleidingsmodules, en om die modules op te lijsten (doelstellingen/inhoud/PowerPoint).

- Via het circuit van de Belgische technische samenwerking een opleidingsprogramma voorstellen, dat een geïntegreerde benadering van het Belgische systeem van de geneeskundige verzorging beoogt en dat is opgebouwd rond modules (à la carte), zodat alle landen die in het programma voor de rechtstreekse bilaterale stagebeurzen zijn opgenomen, zich ervoor kunnen inschrijven.

Lijst van de acties – verbintenissen

1. De opstelling van een document voor het Directiecomité met het expertiseaanbod dat het RIZIV inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging ter beschikking van de ontwikkelingslanden kan stellen. Streefdatum : 30 juni 2009.

2. De opstelling van een gegevensbank met contactpersonen die een specifieke ervaring op dat vlak hebben. Streefdatum : 30 juni 2009.

3. De opstelling van een gegevensbank met contactpersonen die bereid zijn te zorgen voor opleidingsmodules. Streefdatum : 30 juni 2009.

4. Een opleidingsprogramma voorstellen. Streefdatum : 31 december 2009.

8. ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

Hierna volgt een niet-limitatieve lijst van diverse projecten van administratieve vereenvoudiging waarbij het RIZIV is betrokken, en dit toegespitst op 2009. Een aantal projecten is al opgenomen in de verbintenissen zoals hoger opgenomen in de tekst.

1. Interactieve webtoepassingen, informatisering van dossierbehandeling en elektronische uitwisseling van gegevens (bv. via CareNet/My CareNet (VI), Platform E-health (E-care)) :

- Uitbreiding van het project betreffende het versneld toekennen van een RIZIV nummer naar andere zorgverleners (Cfr. IBIS & SLA tussen FOD Volksgezondheid & RIZIV)

- Accreditering geneesheren : de individuele erkenningsaanvragen

- Medega : mededeling van de permanenties en betaling van de beschikbaarheidshonoraria

- Ontwikkelen van een informaticamodule op de website van het RIZIV waarlangs geneesheren hun gegevens (m.n. contactadres) kunnen consulteren en wijzigen.

- Inwerkingtreding van de afschaffing van de papieren flux (verzamelactuur) van de ziekenhuizen naar de ziekenfondsen (CareNet fase 3) en de afschaffing van de overeenstemmingsstrook.

- Inproductiestelling van de online consultatie en uitwisseling van administratieve gegevens voor de thuisverplegingssector en de ambulante klinische biologie (labo's) (pilotprojecten My CareNet).

- Elektronische verwerking van de aanvragen door de firma's (front office) voor de vergoedbaarheid van de farmaceutische specialiteiten (afschaffing van de papieren aanvragen).

- Vervolg van het informatiseren van het invaliditeitsdossier (e-dd), o.a. op niveau van de output, dit is de kennisgeving van de beslissing inzake invaliditeit door het RIZIV aan de VI.

- Inproductiestelling van de elektronische flux en databank met de gegevens betreffende de 'toegestane deeltijdse werkhervatting' (in XML via CareNet)

- Indienen van klachten via een online formulier

- Informatiseren en optimaliseren van de aanvragen voor een invaliditeitspensioen in het internationale kader (o.a. vereenvoudiging et uniformisering van de typebrieven)

- De ontwikkeling van een generiek systeem van registratie van klinische gegevens. De generieke applicatie is in ontwikkeling voor de implantaten (pilot hartdefibrillatoren) en voor de gegevens anti-tnf (cfr. e-care).

- « e-prescription » : exploiteren van de resultaten en veralgemening van het pilotproject elektronisch voorschrijven in de ziekenhuizen + studie over de uitbreiding naar de ambulante sector (cfr e-health)

- Gebruik van de eBox of van een omgeving gelijkaardig aan die van de website van de technische cel (<https://tct.fgov.be>) voor het verspreiden van ziekenhuisstatistieken.

2. Vereenvoudiging van attesten. Het vervolg van de concretisering van de conclusies van het overlegplatform NCGZ/Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (cfr. Akkoord Geneesheren-ziekenfondsen)

3. Op 23 september 2008 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorstellen gedaan over de administratieve vereenvoudiging voor personen met een chronische ziekte (o.a. het samensmelten van het recht op verhoogde tegemoetkoming (RVV) en het recht op het OMNIO-statuut tot een uniek statuut, een systematische en veralgemeende toepassing van de derdebetalersregeling voor de chronisch zieken). Het RIZIV zal bij de uitvoering van beslissingen terzake haar volledige medewerking verlenen.

Uiteraard kunnen andere bijkomende projecten van vereenvoudiging, onder meer in samenwerking met de Dienst voor Administratieve Vereenvoudiging, worden ontwikkeld.

9. BOORDTABELLEN

1. Anonieme ziekenhuisverblijven.

2. Farmanet.

3. Bijzonder solidariteitsfonds.

4. Beheer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

5. Betalingen en inningen.

6. Bedragen, honoraria, forfaits en tarieven.

7. Flowdos.

8. Unieke streepjescode.

9. E-did (elektronisch invaliditeitsdossier).

10. Toegestane gedeeltelijke hervatting van de activiteiten en sociale wederopname.

11. Beheer van de klachten.

(1) De eerste wijzigingsclausule van de 2e BO werd afgesloten voor het jaar 2007.

(2) Standaardsoftware VISIO: grafische software die zowel door de functioneel verantwoordelijken van de betrokken RIZIV-diensten (« de business ») als door de « functioneel analisten » van de ICT-dienst gebruikt wordt voor het uittekenen van bedrijfsprocessen.

(3) BPMN-standaard (Business Process Management Notation): standaardafspraken over de symbolen en type schema's die gebruikt worden voor het in kaart brengen van bedrijfsprocessen

(4) Notificatie van de Ministerraad van 31 maart 2006.

(5) De BSC is een stuurbord dat kan ingevoerd worden voor de globale organisatie of voor een deel ervan (bv. HRM). Dit stuurbord bestaat concreet uit een set van metingen die het management een snelle en veelomvattende kijk en inzicht geeft op de organisatie. Het management kan daarmee implementeren, meten, communiceren en bijsturen. De BSC laat met andere woorden toe om 'geïntegreerd' te gaan sturen.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211, 1150 BRUXELLES

2^e AVENANT (1) AU DEUXIEME CONTRAT D'ADMINISTRATION 2006-2008 ENTRE L'ETAT
 ETL/INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI)
 ANNEE 2009

TABLE DES MATIERES

1. AMELIORER LA GESTION DES DONNEES – ELABORER DES ETUDES

ARTICLE 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA)

ARTICLE 9. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides

ARTICLE 10. Evaluation de l'impact financier d'une mesure prise dans le secteur des indemnités

ARTICLE 11. Pharmanet

ARTICLE N1. Développement de connaissances en matière d'incapacité de travail primaire : statistiques et études

ARTICLE 15. Responsabilisation des O.A. par rapport à leurs frais d'administration

ARTICLE N2. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé

ARTICLE N3. Coordination de l'étude sur la performance du système de soins de santé belge

2. MODERNISER LA GESTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

ARTICLE 16. Exploitation de la banque de données relative à la « Reprise partielle d'activités autorisée »

ARTICLE 17. Dossier d'invalidité électronique

ARTICLE 20. Réforme du secteur des implants

ARTICLE 21. « My CareNet »

ARTICLE 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux

ARTICLE N4. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international

ARTICLE N5. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées

ARTICLE N6. Création de l'ASBL E-Care

ARTICLE N7. Soutien des trajets de soins

ARTICLE N8. Montants de référence

ARTICLE N9. Observatoire de la mobilité des patients

ARTICLE N10. Nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leurs activités en officine publique

ARTICLE N11. Développement d'un statut OMNIO plus simple et plus accessible

3. OPTIMISER ET RENFORCER LES MISSIONS D'EVALUATION ET DE CONTROLE & L'APPROCHE EN
 MATIERE DE FRAUDE SOCIALE

ARTICLE 24. Audit et conseil en mutualités

ARTICLE 25. Evaluation médicale

ARTICLE 26. Code-barres unique

ARTICLE 27. Incapacité de travail primaire – Profils des médecins-conseils

ARTICLE 28. Flowdos

ARTICLE N12. Renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation

ARTICLE N13. Programme fraude sociale

4. AMELIORER LE SOUTIEN AUX ORGANES

ARTICLE 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général

ARTICLE 32. Rapports financiers pour la Commission de remboursement des médicaments

5. RENFORCER LA COMMUNICATION EXTERNE

ARTICLE 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM

ARTICLE 37a. Optimisation de l'accueil téléphonique

ARTICLE 37b. Module « Médecins » disponible via le site Internet de l'INAMI

6. BONNE GOUVERNANCE

ARTICLE 38a. Audit interne

ARTICLE 38b. Contrôle interne : projets BPM

ARTICLE 39. Comptabilité analytique

ARTICLE N14. Contrôle interne : développement et professionnalisation de l'évaluation et de la gestion des performances

ARTICLE N15. Gestion des plaintes

7. DEVELOPPEMENT DURABLE

ARTICLE N16. Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable

8. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

9. TABLEAUX DE BORD

DISPOSITIONS PRELIMINAIRES

En exécution de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale et en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions;

et

Vu le contrat d'administration 2006-2008 entre l'Etat belge et l'INAMI tel que publié au *Moniteur belge* le 22 septembre 2006;

Vu l'avenant 2007 au contrat d'administration 2006-2008 entre l'Etat belge et l'INAMI;

Vu l'avis positif des organisations syndicales donné le 8 septembre 2008 lors de la réunion du Comité de concertation de base de l'INAMI;

Vu l'accord du Comité général de gestion de l'INAMI du 15 septembre 2008;

Vu l'approbation du présent avenant par le Conseil des Ministres le 3 juillet 2009;

Il a été convenu ce qui suit, pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009 et ce, entre :

- l'Etat belge, représenté par :

Laurette Onkelinx,

Ministre des Affaires sociales

Inge Vervotte,

Ministre de la Fonction publique

Melchior Wathelet,

Secrétaire d'Etat en charge 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 désignés par le Comité général de gestion :

Bernadette Adnet, Eddy Van Lancker, Marie-Hélène Ska, Ivo Van Damme, Patrick Verertbruggen, Jean Hermesse

Ce 2^e avenant au contrat d'administration 2006-2008 contient :

o La poursuite d'un certain nombre de projets issus du texte de base et pour lesquels de nouveaux engagements ont été formulés. Le rapport annuel 2007 (réunion de concertation du 7 avril 2008) et le rapport semestriel 2008 (réunion de concertation du 15 septembre 2008) relatifs à l'état d'avancement du contrat d'administration sont à la base de la formulation des engagements des projets existants;

o Un certain nombre de nouveaux projets dont l'INAMI souhaite le lancement en 2009 et pour lesquels des engagements concrets pourront être réalisés cette année.

Ci-après, la liste des engagements répartis par domaines stratégiques :

1. AMELIORER LA GESTION DES DONNEES – ELABORER DES ETUDES

ARTICLE 8. Séjours hospitaliers anonymes (SHA)

Ce projet est la reconduction de l'article 6 du contrat d'administration 2002-2004 et de son avenant 2005 ainsi que de l'article 8 du contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Pour rappel, l'Institut reçoit annuellement des organismes assureurs des données concernant les séjours hospitaliers anonymisés, appelées données SHA.

L'objectif de ce projet est de poursuivre le respect des engagements issus des contrats d'administration précédents : diminuer les délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables tout en assurant la qualité, l'exhaustivité et la fiabilité des données SHA.

Enfin, soulignons que d'importants efforts ont été consentis afin de diminuer les délais de validation des données SHA mais aussi du couplage SHA-RCM.

L'objectif de ce projet dans le cadre du présent avenant est de poursuivre le respect des résultats-engagements issus des contrats d'administration 2002-2004 (+ avenant 2005) et 2006-2008 :

- Diminution des délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables. A la lecture du tableau de bord ci-dessous, il importe de constater que ce délai n'a cessé de diminuer depuis 2002.

Temps écoulé entre la date de réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative et la mise à disposition du fichier SHA			
Edition	Année	Nombre mois (objectif)	Nombre mois (réalisé)
Edition 6 (séjours 1996)	2000	10	4,3
Edition 7 (séjours 1999)	2001	10	3,8
Edition 8 (séjours 2000)	2002	9	3,3
Edition 9 (séjours 2001)	2003	9	3,4
Edition 10 (séjours 2002)	2004	6	1,0
Edition 11 (séjours 2003)	2005	6	1,0
Edition 12 (séjours 2004)	2006	3	2,7
Edition 13 (séjours 2005)	2007	3	1,6
Edition 14 (séjours 2006)	2008	3	IND

Ces efforts ne sont pas sans conséquence lorsque nous savons à que point la mise en œuvre ou l'évaluation d'autres projets sont liés à la mise à disposition de ces fichiers. Nous songeons notamment aux articles N6 (montants de référence) et 35 (forfaits médicaments en hôpitaux).

Liste des actions-engagements

1. Dresser à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité des données SHA (édition 15, séjours 2007). Date-limite : Dans un délai de 3 mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative.

Liste des résultats-engagements

1. Rendre disponibles, entre autres auprès de la Cellule technique INAMI – SPF Santé publique, des données SHA validées dans un délai de 3 mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative.

ARTICLE 9. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite de l'article 9 du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Comme mentionné dans le texte de base du Contrat d'administration, ce projet vise à informer l'ensemble des acteurs de l'assurance indemnité des raisons qui sous-tendent les développements constatés au niveau de l'évolution du nombre d'invalides. Durant la période 2006-2008, ce projet a fait l'objet d'une note annuelle, laquelle décrit ce qu'implique concrètement l'évolution du nombre d'invalides, en présentant quelques constatations, et expose certains facteurs permettant d'expliquer cette évolution (cf. notes CI n^{os} 2007/25 et 2007/102). Cette note devra être actualisée en 2009.

Liste des actions-engagements

1. Actualisation de la note relative aux facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides, pour le Comité de gestion et l'autorité de tutelle. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 10. Evaluation de l'impact financier d'une mesure prise dans le secteur des indemnités

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite de l'article 10 du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Comme mentionné dans le texte de base du Contrat d'administration, le Service des indemnités souhaite, par cet objectif, informer correctement l'autorité de tutelle et le Comité de gestion de l'incidence financière des mesures prises dans le cadre de l'assurance indemnités. Cette incidence financière doit être comparée à l'estimation établie afin de pouvoir évaluer la qualité des estimations budgétaires. L'autorité de tutelle peut de ce fait non seulement confronter les conséquences des décisions prises aux objectifs initiaux, mais également définir une stratégie à suivre, compte tenu d'un cadre budgétaire préalablement chiffré.

Durant la période 2006-2008, ce projet a fait l'objet d'une note annuelle (cf. notes CI nos 2007/30 et 2008/02) qui décrit l'incidence financière des mesures prises pendant l'année X-1. En 2009, cette note devra également être actualisée en ce qui concerne les mesures financières prises en 2008.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger une note sur l'incidence financière des mesures prises en 2008 dans le secteur des indemnités, pour le Comité de gestion et l'autorité de tutelle. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 11. Pharmanet

Les engagements de cet objectif s'inscrivent dans la continuité de ceux du contrat d'administration 2002-2004 et de son avenant 2005 ainsi que du contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Depuis 1996, les offices de tarification transmettent au Service des soins de santé de l'INAMI, par l'intermédiaire des organismes assureurs, des données statistiques relatives au médicament. Ce réseau d'informations répond au nom de Pharmanet et porte exclusivement sur la prescription des médicaments remboursables dans le cadre de la médecine ambulatoire.

Si Pharmanet permet une évaluation du comportement de l'ensemble des médecins en matière de prescription des médicaments (tableaux de bord pharmaceutiques macro), il permet également à chaque médecin d'évaluer son propre comportement : en ce sens, Pharmanet vise donc à peser sur le développement de la prescription rationnelle sans s'immiscer dans ses traductions cliniques.

Cette double évaluation (générale et individuelle) est rendue possible par l'analyse d'informations statistiques qui permettent de savoir : quel médicament est prescrit à quel moment, par qui, à une personne de quel âge, de quel sexe, de quelle catégorie d'assuré, et affilié à quel organisme assureur.

L'évaluation de la prescription se fait dans le cadre du Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments (CEM) dans un but purement informatif. Des données sont ainsi mises à disposition du public via le site internet de l'INAMI : tableaux de bord pharmaceutiques publiés tous les ans, info-spot (sujet ponctuel) tous les trimestres, données chronologiques globales via un moteur de recherche, données par groupe de prescripteurs tous les ans. Le volet individuel de l'exploitation des données (transmission de leurs données personnelles aux prescripteurs) se fait dans le cadre du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ).

Les données de Pharmanet sont également exploitées dans le cadre :

- des besoins internes à caractère budgétaire : estimation de l'impact de certaines mesures, calcul des dépenses de l'assurance pour les médicaments de type x, etc.;
- du support aux travaux de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) : données mises à disposition des experts et des membres du secrétariat;
- du support aux travaux pour l'application uniforme de la législation dans tout le pays menés au sein du Conseil général;
- de la transmission de données à des tiers ayant introduit une demande jugée recevable par le CEM dans le cadre de travaux scientifiques ou didactiques.

Pour rappel également, étant donné que de nouveaux critères sont disponibles (identifiant anonymisé du patient,...), la richesse des informations à tirer des données « Pharmanet piste unique » est plus grande

L'intégration des petits risques des indépendants à partir du 1^{er} janvier 2008 rendra plus exacte et plus facile l'interprétation des données Pharmanet en termes de fréquence des traitements. Cette meilleure couverture introduit cependant une rupture dans les séries (accroissement d'environ 5,5 %) dont il faudra tenir compte dans les comparaisons chronologiques.

Liste des actions-engagements

1. Publier trimestriellement sur le site web de l'INAMI un sujet ponctuel relatif à l'exploitation des données Pharmanet. Dates-limite : les 31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre 2009
 2. Mettre à disposition les données 2007 par groupe de prescripteurs sur le site web de l'INAMI. Date-limite : le 30 juin 2009
 3. Rédiger un rapport d'analyse globale du contenu des nouvelles données Pharmanet : répartition de la consommation dans les groupes thérapeutiques par sexe, âge, statut social, ainsi que le coût des médicaments pour les bénéficiaires, les prestataires et l'assurance soins de santé. Date-limite : le 31 décembre 2009
 4. Rédiger un rapport annuel budgétaire interne : panorama des mesures budgétaires dans le domaine du médicament dans le secteur ambulatoire; impacts budgétaires et méthodologies suivies. Date-limite : le 31 décembre 2009
 5. Publier les tableaux de bord pharmaceutiques 2007 sur le site web de l'INAMI. Date-limite : le 31 décembre 2009
 6. Intervenir auprès des organismes assureurs en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité : déposer au Comité de l'assurance et envoyer à chaque OA un rapport de synthèse sur les délais et la qualité (type d'erreurs, récurrence,...) des données Pharmanet. Date-limite : le 31 décembre 2009
 7. Rédiger, à l'attention des instances concernées, un document relatif aux faits constatés dans les dernières données transmises trimestriellement. Ce texte sera synthétique (rapide à rédiger et à lire) et consacré à l'actualité. Les sujets abordés pourraient être par exemple :
 - les principaux groupes de médicaments responsables de la croissance des dépenses (dans le trimestre en cours, dans l'année en cours, etc.),
 - l'évolution (dépenses-volume-nombre de patients) de certains groupes spécifiques selon la nécessité de l'actualité (ex. : les statines),
 - classement des conditionnements ayant les dépenses les plus élevées,
 - évolution des génériques,
 - etc. (sujets à la demande).
- Dates-limite : Ce document sera réalisé dans le mois suivant la réception et la validation des données complètes du trimestre.

ARTICLE N1. Développement de connaissances en matière d'incapacité de travail primaire : statistiques et études

Le présent article comprend deux nouvelles actions-engagements qui constituent une extension d'un projet (article 14) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'article 14 du Contrat d'administration 2006-2008 visait à développer des indicateurs en incapacité de travail primaire (ITP) devant permettre au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) d'effectuer des contrôles ciblés et de qualité (cf. article 27 du Contrat d'administration 2006-2008). Concrètement, il y avait lieu d'établir des statistiques, notamment du nombre de jours ITP communiqués par les OA au niveau de l'alliance. Les résultats de ces statistiques sont communiqués au SECM qui peut comparer les données à celles contenues dans ses propres fichiers d'incapacité de travail. Il est proposé d'intégrer dans l'Avenant deux actions-engagements basées sur l'article 14.

Une première action-engagement concerne l'amélioration de l'exploitation des statistiques ITP par l'élaboration et la mise à disposition d'un rapport décrivant de manière synthétique les résultats des statistiques et comprenant un aperçu de l'évolution statistique dans le temps. Ce rapport sera joint aux données statistiques transmises au SECM et n'a pour but que de décrire les évolutions effectives, sans pour autant chercher des variables explicatives.

Une deuxième action-engagement résulte de deux ambitions du Service des indemnités à plus long terme :

- individualisation des données comptables relatives à l'incapacité de travail primaire;
- réalisation d'une étude sur les facteurs explicatifs à l'origine de l'évolution du nombre de cas et de journées indemnisables en incapacité de travail primaire.

Ces ambitions ne sont pas réalisables à court terme vu les effectifs actuels du Service. L'élaboration d'un projet d'étude préparera en quelque sorte l'étude explicative en 2009. Dans le projet d'étude, les questions suivantes seront examinées :

- Quel sera l'objectif de l'étude des facteurs explicatifs de l'évolution de l'incapacité de travail primaire ? Quels éléments et quelles variables explicatives sont susceptibles d'être examinés dans cette étude ? Concernant le Service des indemnités, pensons d'emblée à l'évolution démographique, à l'évolution socio-économique, etc.
- Quelles données sont déjà disponibles à l'INAMI pour réaliser cette étude ? Et quelles données ou sources de données supplémentaires (banques de données internes ou externes, données des OA, etc.) sont nécessaires pour réaliser cette étude et individualiser les données relatives à l'incapacité de travail primaire ? Des entretiens de

prospection seront déjà menés en 2009 avec les Unions nationales pour voir quelles informations supplémentaires elles pourraient éventuellement fournir et dans quels délais. En fonction des possibilités, un délai réaliste pourra être fixé pour la réalisation de cette étude.

▪ Quels sont les efforts supplémentaires à fournir au niveau informatique et du personnel pour pouvoir honorer les engagements ? En fonction des possibilités, un délai réaliste pourra être fixé pour la réalisation de cette étude.

Liste des actions – engagements

1. Rédaction d'un rapport de synthèse sur l'évolution statistique de l'IITP (partie descriptive). Date-limite : 31 décembre 2009.

2. Elaboration d'un projet d'étude des facteurs explicatifs de l'évolution de l'incapacité de travail primaire. Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

• Le délai de communication des fichiers par les OA ainsi que la qualité des fichiers constituent un risque externe pour la réalisation de l'action-engagement 1.

ARTICLE 15. Responsabilisation des O.A. par rapport à leurs frais d'administration

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite de l'article 15 du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. par rapport au 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 O.A. et des moyens financiers sont ôtés d'une partie de l'enveloppe attribuée (la partie variable des frais d'administration) lorsque des manquements sont constatés et en fonction de l'importance de ces manquements.

En 2006-2008, l'INAMI a veillé à :

▪ définir les données pertinentes concernant les critères d'évaluation prévus dans l'A.R. du 28.8.2002;
▪ communiquer dans les délais les données nécessaires à l'Office de contrôle. Pour ce faire, un tableau de bord a été établi et doit être actualisé chaque année;

▪ se concerter régulièrement avec l'Office de contrôle;

▪ évaluer en interne le système actuel :

o quelle est la charge de travail du système actuel ?

o le système a-t-il une incidence sur le bon fonctionnement des O.A. ?

o quelles sont les éventuelles propositions de réforme du système actuel ?

En 2009, il faudra principalement prêter attention :

▪ à l'opérationnalisation des conclusions de l'évaluation interne effectuée;
▪ à l'intensification de la concertation avec l'Office de contrôle des mutualités;
▪ au maintien du principe de communication préalable des données aux O.A.; et ce, avant le transfert des données à l'Office de contrôle. Cela permettra d'améliorer la qualité des données, d'éviter d'inutiles discussions par la suite et contribuera surtout à accélérer la procédure;
▪ à un enrichissement des données dans l'A.R. actuel. Notons entre autres à ce propos une comparaison des données comptables et des données de trésorerie, afin d'améliorer la qualité de ces dernières.

Liste des actions-engagement

1. Transmettre les données dans les délais à l'Office de contrôle et actualiser le tableau de bord (données effectivement transmises concernant l'année 2008, et délais de transmission). Date-limite : 31 mars 2009.

Article N2. Rapports annuels (entre autres au Conseil général) sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Ce projet permettra de réaliser des analyses sérieuses et fiables basées sur des données régionales relatives aux dépenses en soins de santé. Le fait de disposer de données régionales et d'analyses de ces données apportera une plus-value dans le cadre du processus décisionnel en matière d'assurance maladie (en exécution de l'article 16, § 2, de la loi AMI coordonnée le 14 juillet 1994). Il s'agit par exemple de l'identification de certaines prestations à haute variabilité et de la détection standardisée de dépenses qui s'écartent des moyennes.

Actuellement, les données régionales non standardisées mises à disposition sont des données de base brutes (coût et nombre de cas par bénéficiaire) par région, province et arrondissement. Ces données figurent également dans les rapports d'audit (cf. article 13 du deuxième CA).

Par ce projet, le Service des soins de santé veut :

▪ élaborer une méthodologie d'analyse standardisée des données de base (degré de détail, regroupement des dépenses, recommandations pour le développement de cartes géographiques), compte tenu des catégories spécifiques des effectifs. Certains facteurs pourront ainsi être neutralisés, ce qui rendra les analyses régionales plus fiables. Cette méthode vise une interprétation plus précise des variations régionales;

▪ développer la standardisation des données disponibles relatives aux dépenses des 18 derniers mois.

Dès que cette méthodologie sera en place, un rapport actualisé sera périodiquement rédigé sur les données de l'année t, à la fin du dernier trimestre de l'année t+2. Pour le premier rapport (données de 2006), la rédaction est prévue pour la fin du premier trimestre 2009. Les données du rapport seront complétées par des commentaires et des interprétations.

Le KCE sera prié de donner du feedback sur la méthode développée.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger, pour le Conseil général, un rapport annuel sur les données régionales standardisées relatives aux dépenses en soins de santé. Date-limite : 31 mars 2009.

ARTICLE N3. Coordination de l'étude sur la performance du système de soins de santé belge

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

La nécessité d'une meilleure coordination de l'information sur la performance de notre système de soins de santé est devenue apparente en Belgique vu notamment les initiatives internationales et les échanges de rapports annuels en la matière (e.a. OCDE, OMS). La nécessité d'une réflexion plus systématique sur ces résultats belges se fait également sentir, entre autres sur la base d'une perspective comparative internationale.

C'est la raison pour laquelle des représentants du SPF Sécurité sociale, du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'Institut scientifique de la Santé publique (ISP) et du Centre fédéral d'expertise (KCE) ont formulé une proposition commune en 2007. Il est notamment prévu de rédiger un rapport annuel sur la performance de notre système de soins de santé, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays. Ce rapport doit être rédigé de façon coordonnée. Il y a lieu en effet d'associer dans ce processus tous les acteurs compétents au niveau fédéral et fédéré. L'initiative proposée a d'emblée été accueillie favorablement par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, début 2008.

On entend par « performance du système de soins de santé » l'ensemble des interventions effectuées dans le cadre de problèmes spécifiques de santé ou de problèmes sociaux y associés. L'éventail des interventions comprend la prévention, le diagnostic, les dimensions curative et palliative et concerne les activités suivantes : surveillance ou monitoring, protection et amélioration de la santé, prévention de maladies et évaluation du système. Une bonne gestion du système des soins de santé nécessite une entente sur l'utilisation des normes de performance, une bonne collecte de données, un bon échange de données ainsi que des initiatives politiques cohérentes pour améliorer la performance du système et installer un système de monitoring et de rapport.

La rédaction du premier rapport d'étude (« rapport zéro ») sera préparée en 2008. La préparation de ce rapport comprend entre autres la fixation des objectifs de l'étude, la détermination de la méthodologie à suivre, l'approche au niveau de la communication et du rapport, etc. C'est en 2009 que l'étude sera alors effectivement réalisée. Le KCE et l'ISP sont responsables de l'étude même alors que l'INAMI est essentiellement responsable de la coordination administrative de l'étude.

Les actions-engagements mentionnées dans cet Avenant 2009 concernent, d'une part, un rapport intermédiaire au Ministre des Affaires sociales sur l'état d'avancement de l'étude et, d'autre part, la communication au Ministre du « rapport zéro » finalisé.

Liste des actions-engagements

1. Communication d'un rapport sur l'état d'avancement au ministre des Affaires sociales. Date-limite : 30 juin 2009.
2. Communication du premier rapport annuel sur la performance du système des soins de santé belge (« rapport zéro ») au ministre des Affaires sociales. Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- L'INAMI a une responsabilité de coordination pour cette action-engagement. L'étude même est réalisée par le KCE et l'ISP.

2. MODERNISER LA GESTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

ARTICLE 16. Exploitation de la banque de données relative à la « Reprise partielle d'activités autorisée »

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans la poursuite d'un projet (article 16) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'article 16 du Contrat d'administration 2006-2008 avait pour but d'informatiser le transfert des données concernant la « reprise partielle de travail autorisée par le médecin-conseil » et, sur la base de ce transfert, de constituer et d'alimenter une base de données commune qui réponde aux besoins du SECM et du SI.

Conformément au planning actuel établi par toutes les parties concernées, le flux électronique pourra être mis en production à partir du 1^{er} janvier 2009. Dès ce moment, tous les nouveaux dossiers/toutes les nouvelles décisions seront intégré(e)s dans la banque de données via le flux électronique. Les dossiers actifs avant la mise en production (dossiers historiques) seront – si le planning actuel est respecté par les unions nationales – progressivement intégrés dans la banque de données en 2009 afin que l'ensemble des dossiers relatifs à la « reprise partielle d'activités autorisée par le médecin-conseil » puissent au final être intégrés dans la banque de données.

La suppression du flux papier était également prévue dans le cadre de la réalisation de l'article 16 du Contrat d'administration 2006-2008. Cette suppression ne pourra être opérée que si toutes les unions nationales peuvent fournir suffisamment de données de qualité via le nouveau flux électronique. En fonction de la qualité des données fournies par les OA, le support papier pourra être supprimé pour la fin 2009.

Le nouveau flux nous permet déjà de réaliser des statistiques détaillées sur la reprise partielle du travail. Même s'il ne sera possible d'établir des statistiques pertinentes que lorsque toutes les données auront été intégrées dans la banque de données, il sera cependant déjà possible en 2009 d'entamer les travaux relatifs au contenu et à la programmation technique de ces statistiques.

La réalisation du projet dépendant assez fort de la collaboration des OA, nous avons décidé de ne pas formuler d'actions-engagements concernant la suppression du flux papier ou concernant l'intégration des dossiers historiques. Une action-engagement sera toutefois formulée dans le présent article concernant la préparation du projet quant à son contenu et à ses aspects techniques afin de générer des statistiques relatives à la reprise partielle du travail. Cette action-engagement porte plus précisément sur 2 volets :

- Déterminer quelles statistiques seront générées sur la base des données de la banque de données (volet contenu);
- Programmer ces statistiques (volet technique).

Liste des actions-engagements

1. Développer (volets contenu et technique) un système qui doit permettre de générer des statistiques détaillées concernant la reprise partielle du travail'. Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- Le projet est tributaire de la collaboration externe des OA pour la réalisation de la suppression du flux papier, l'intégration des dossiers historiques dans la banque de données électronique et la livraison de statistiques détaillées.

ARTICLE 17. Dossier d'invalidité électronique

Ce projet s'inscrit dans la continuité de l'article au même intitulé repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Actuellement, 70 000 dossiers sur 240 000 sont entièrement intégrés dans le système d'edid (dossier d'invalidité électronique). L'intégralité des dossiers des assurés de trois petits OA (200, 400 et 600 soit environ 12 % des dossiers d'invalidité) sont implémentés en edid. L'extension du projet edid à l'ensemble des fiches primaires de tous les OA (assurés n'ayant pas encore un dossier d'invalidité) a été réalisée, ainsi que l'intégration des indépendants dans le nouveau système (avec historique du dossier). Actuellement, tous les médecins habituellement présents (+/- 20) utilisent le programme edid en commission restreinte, ce qui permet la prise de 1000 à 2000 'décisions électroniques' par semaine. Notons aussi que le feedback de ces médecins semble assez favorable quant à l'utilisation de l'application edid et au progrès amené par les dernières versions du logiciel. Actuellement, plus de 50 % des décisions médicales sont prises en edid.

Par ailleurs, sur base du tableau de bord de traitement des dossiers d'invalidité, nous pouvons constater une amélioration du délai de traitement des dossiers d'invalidité, tant pour les 'primaires' que pour les 'prolongations'.

Concernant le passage (scannage) de l'ensemble des dossiers d'assurés reconnus actuellement en invalidité (dossiers actifs) en edid, un plan d'action relatif au « roll-out scanning e-dossiers » a été arrêté et devrait être opérationnel à partir du 1^{er} janvier 2009 et prendra fin en septembre 2011.

Les avantages du passage total en edId sont nombreux :

- l'ensemble des dossiers sont traités d'une manière uniforme
- limitation des manipulations physiques – suppression des espaces de stockage
- suppression du coût du mainframe
- modules statistiques et tableaux de bord homogènes.

Il faut donc souligner qu'une grande partie du projet consistera en 2009 au scannage en masse de l'ensemble des dossiers-papier actifs. La réalisation de cette partie du projet implique un soutien par une firme externe vu le volume à scanner.

En vue de la réalisation de l'étude d'une possibilité de flux de documents électroniques de et vers les OA (prévue, dans le contrat d'administration 2006-2008, pour le 1^{er} octobre 2008), un groupe de travail composé de membres des OA et de l'INAMI a déjà tenu plusieurs réunions techniques. Au niveau des flux sortants, un accord a été obtenu avec les OA afin de lancer un 'prototypage' des notifications des décisions directement via edid (File Transfert Protocol/FTP en transition et Carenet à terme). Des tests ont eu lieu avec quelques OA-pilotes. Même si l'idée est de faire évoluer les OA, et en concertation avec ceux-ci, vers le transfert via Carenet, nous nous devons de tenir compte du degré de maturité et de développement informatique de chaque union nationale. Autrement dit, pendant un certain délai (encore à fixer), les notifications des décisions pourraient être transmises selon les deux canaux existants : FTP ou Carenet.

Au niveau des flux entrants (les fiches), les discussions doivent encore avoir lieu et la réalisation d'une étude de faisabilité s'impose dans un premier temps.

Autrement dit, en 2009, et en concertation avec les organismes assureurs, il y aura donc lieu de réaliser une étude pour définir les conditions et les modalités en vue de procéder à une transmission des documents électroniques provenant des organismes assureurs (input) et de généraliser la transmission électronique des décisions aux organismes assureurs (output).

Liste des actions - engagements

1. Scannage de masse : Mise en œuvre du plan d'action concernant le « roll-out du scanning e-dossiers » et permettant ainsi le traitement en edid, d'ici 2011, de l'ensemble des 'dossiers-papier 'actifs' c'est-à-dire des dossiers relatifs à des assurés reconnus actuellement en invalidité. Date-limite : 30 janvier 2009

2. Output : Prototypage des notifications vers les OA directement via edid avec un ou des OA- pilotes. Date-limite : 31 décembre 2009

3. Input : Réalisation d'une étude définissant les conditions et modalités en vue de procéder à la transmission par voie électronique des documents provenant des O.A. Cette étude sera effectuée lors de réunions de concertation avec les OA. Date-limite : 31 décembre 2009

Facteurs d'environnement

- Collaboration des OA, en particulier des médecins-conseil

ARTICLE 20. Réforme du secteur des implants

Le présent article est une adaptation du projet (article 20) inscrit dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Les engagements mentionnés ci-dessous comportent une adaptation de la date-limite des engagements 3 et 4 actuels (soit les engagements de l'Avenant 2007). L'engagement 3 est lié au volet 1 (partie b) et l'engagement 4 au volet 2, comme mentionné dans l'Avenant 2007.

Le volet 1, partie b, concerne la nouvelle procédure de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, et la création de la « Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs ». Cette commission a été mise en place dans le cadre du deuxième CA. La procédure de remboursement était prévue pour 2009, et plus précisément la présentation du projet de texte relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement (volet 1, partie b), la date-limite étant la date de la première réunion du Comité de l'assurance en 2009. Il a été demandé dans le rapport semestriel de 2008 d'ajuster la date-limite de cet engagement, la procédure de notification devant courir pendant 1 an (à compter de sa mise en production) pour disposer d'une 1^{re} version de la liste des produits notifiés. La nouvelle procédure de remboursement doit également être prête à ce moment-là. L'engagement 3 stipule désormais que le projet d'AR relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement doit être présenté au Comité de l'assurance au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la procédure de notification.

Le volet 2 traite du système d'enregistrement en ligne des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables :

a. Développement d'une application Internet

b. Sur le plan juridique, rédaction des textes nécessaires concernant l'échange de données et élaboration des dispositions relatives à la protection de la vie privée

c. Développement et gestion de la banque de données

Une adaptation de la date-limite nous semble nécessaire vu les retards occasionnés dans ce volet par des facteurs externes. Ces facteurs retardateurs avaient déjà été signalés dans le rapport annuel de 2007 relatif au 2^e contrat d'administration et dans le rapport semestriel de 2008. Concrètement, le développement de l'application ICT relative au système générique d'enregistrement des données médicales (les implants – défibrillateurs cardiaques – constituant un projet pilote) a été influencé par les facteurs environnementaux suivants :

1. le cadre légal pour l'enregistrement et l'échange des données électroniques et pour l'autorisation donnée par le patient

2. l'organisation des flux de données et des rôles respectifs de e-health et Carenet/MyCarenet.

Ces points sensibles sont traités par le groupe de direction du programme e-Care, composé de représentants de l'INAMI, de la SMALS, du CIN et de la fondation contre le cancer.

En raison de la présence de ces facteurs externes, la date-limite du 31 décembre 2008 est reportée au 1^{er} juillet 2009.

Liste des actions-engagements

1. Soumettre au Comité de l'assurance le projet d'AR relatif aux dispositions d'exécution de la procédure de remboursement. Date-limite : au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la procédure de notification.

2. Développer l'application Internet (noyau) de sorte que le dispensateur de soins puisse introduire les données dans le cadre de l'application de la nomenclature via un enregistrement en ligne et qu'il reçoive alors un accusé de réception (code). Ce code doit permettre aux organismes assureurs de vérifier les données de leurs bénéficiaires (volet 2). Date-limite : 1^{er} juillet 2009.

ARTICLE 21. « My CareNet »

Le présent article comporte un engagement prévu dans le cadre d'un projet (article 21) du Contrat d'administration 2006-2008, mais non encore réalisé du fait de circonstances externes.

Contexte

Le Contrat d'administration 2006-2008 prévoyait un projet (article 21) relatif à l'opérationnalisation de la mise à disposition de services à valeur ajoutée dans le cadre de l'application de l'assurance obligatoire (e.a. par « My CareNet » via BeHealth). Mi-2008, le cadre légal nécessaire a été créé pour permettre la mise en place de My CareNet, plus précisément en adaptant l'article 159bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (publication au *Moniteur belge* 24 juin 2008).

Avant de procéder à l'opérationnalisation effective de My CareNet, l'infrastructure technique doit être développée au niveau du CIN. Pour la rédaction de l'Avenant 2009, nous sommes partis du principe que la phase de production pourrait être lancée durant le premier trimestre 2009. La date précise de mise en service de My CareNet est importante pour déterminer quand informer les acteurs concernés au sujet des nouvelles directives, par circulaire et via le site Internet de l'INAMI. Cet engagement, prévu dans le Contrat d'administration 2006-2008, n'a donc pas encore pu être réalisé en raison de facteurs externes. Conformément à l'action-engagement initiale, l'INAMI devait diffuser ces informations trois mois avant l'entrée en vigueur des nouvelles directives, soit trois mois avant la mise en production de l'infrastructure technique.

La mise en place d'un plan de communication et de directives officielles pour le premier groupe cible (les praticiens de l'art infirmier à domicile, services et indépendants) est déjà en préparation à l'INAMI, mais leur finalisation et leur communication dépendront donc de la mise en production effective de l'infrastructure technique de My CareNet. La responsabilité incombant au CIN, l'impact de l'INAMI est limité. Il en va de même pour l'organisation de l'accès technique à My CareNet. En principe, l'infrastructure technique pour l'accès à My CareNet doit être développée dans le cadre de e-Health. À l'heure actuelle, l'accès est encore organisé projet par projet pour quelques projets pilotes parmi les dispensateurs de soins à domicile. La situation ne sera cependant plus tenable si l'ensemble du secteur des soins infirmiers à domicile intègre My CareNet. Le développement technique de e-Health a de ce fait une incidence non négligeable sur le projet My CareNet.

Liste des actions-engagements

1. Informer tous les acteurs concernés, par circulaire et via le site Internet, des nouvelles directives concrètes relatives à My CareNet (adaptations de la facturation, réglementation). Date-limite : 3 mois avant que l'infrastructure technique soit opérationnelle.

Facteurs d'environnement (condition suspensive)

- La réalisation de l'action-engagement dépend du développement de l'infrastructure technique au niveau du CIN.

- Les progrès techniques relatifs aux modalités d'accès aux applications via e-health ont une incidence non négligeable sur le projet My CareNet.

ARTICLE 35. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux

Ce projet reprend le dernier engagement déjà repris dans le contrat d'administration 2006-2008. En raison des multiples tâches au sein du service (soutien à la Multipartite, montants de référence,), nous attirons toutefois l'attention sur le fait que nous souhaitons disposer de six mois, au lieu des trois prévus initialement dans le contrat, pour procéder à l'évaluation du système.

Contexte

Depuis le 1^{er} juillet 2006, les hôpitaux aigus (comptant au moins un service C, D et/ou E) appliquent un système de remboursement forfaitaire de spécialités pharmaceutiques administrées, par séjour, quelle que soit la consommation réelle. La base de la forfaitarisation figure dans cinq arrêtés royaux relatifs :

- au calcul des forfaits;
- à la fixation de l'intervention de l'assurance, application au chapitre IV et critères de la liste d'exclusion;
- à la réglementation en matière de quote-part personnelle;
- à la fixation de la liste d'exclusion des codes ATC;
- à la création d'un groupe de travail permanent au sein de la CRM (Commission de remboursement des médicaments).

La liste des spécialités pharmaceutiques précise quelles spécialités sont exclues de la forfaitarisation. Ainsi en est-il notamment et à titre d'exemples d'une série de produits spécifiques exclus d'office (les médicaments orphelins, les cytostatiques, les immunoglobulines, l'albumine, les médicaments anti-SIDA). Les radio-isotopes sont également exclus. Cette liste peut être modifiée sur proposition du groupe de travail permanent.

Il est important de souligner que cette liste est mise à jour mensuellement et mise à disposition notamment via notre site web. Outre le calcul annuel du nouveau forfait basé sur les données les plus récentes et l'analyse des dossiers de contestation introduits par certains hôpitaux, cette actualisation de la liste constitue donc une activité importante du service dans le cadre de ce dossier.

L'essentiel de ce projet devait et a déjà été réalisé en 2006 :

- Le 1^{er} engagement (31 mars 2006), à savoir la rédaction des projets d'arrêtés royaux liés à la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques remboursables dans les hôpitaux;
- Les 2^e et 3^e engagements (30 avril 2006 et 31 mai 2006), à savoir les préparatifs nécessaires pour que le système soit opérationnel à partir du 1^{er} juillet 2006 (mise en place du nouveau système de facturation et communication aux organismes assureurs et aux hôpitaux du montant du forfait à facturer ainsi que de toutes les informations nécessaires relatives au calcul du forfait).

Lorsque les données couplées RCM-SHA concernant la première année de forfaitarisation (2006) seront disponibles au sein de la Cellule technique, c'est-à-dire début 2009 (SHA, édition 14), il conviendra (4^e et dernier engagement), trois mois plus tard, de procéder à une évaluation de ce système de forfaitarisation et de déposer un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance). Ceci dit, le Service compte aussi se baser sur les documents PH (médicaments délivrés par l'officine hospitalière) afin d'évaluer l'impact de ce système de forfaitarisation.

Liste des actions-engagements

1. Lorsque les données couplées RCM-SHA concernant la première année de forfaitarisation seront disponibles au sein de la Cellule technique (début 2009), procéder à une évaluation de ce système de forfaitarisation et déposer un premier rapport aux organes concernés (Multipartite et Comité de l'assurance). Date-limite : X+6 mois

ARTICLE N4. Gestion des demandes de pension d'invalidité dans le cadre international

Ce nouveau projet se poursuivra dans le cadre du 3^e contrat d'administration 2010-2012.

Contexte

Ce projet a pour objectif d'informatiser et d'optimiser le traitement des dossiers d'invalidité dans le cadre international et donc d'en améliorer la qualité et les délais.

La section 'Conventions Internationales' du Service des Indemnités traite les demandes de pension d'invalidité introduites par des assurés ayant exercé une activité professionnelle en Belgique et à l'étranger.

Cette activité s'exerce dans le cadre légal suivant :

- les Règlements européens 1408/71 et 574/72 pour les assurés ayant travaillé en Belgique et dans un ou plusieurs états membres de la Communauté européenne. Un nouveau Règlement européen 883/04 doit entrer en vigueur courant 2010,

- des conventions bilatérales conclues entre la Belgique et un état tiers (les Etats-Unis, le Canada, le Maroc par exemple).

En collaboration avec les organismes assureurs et les organismes étrangers, la section :

- calcule les proratas de pension d'invalidité à charge de l'Assurance maladie invalidité belge,
- rédige et notifie les décisions aux assurés sociaux,
- effectue les règlements financiers (arrérages).

La section, occupant 19 personnes (17,30 ETP), gère environ 900 nouvelles demandes et réceptionne 10 000 courriers par an.

La section est engagée dans un processus de modernisation basé sur trois axes :

- amélioration du traitement des dossiers (simplifications administratives, développement d'outils de gestion des risques et de la qualité des activités dans le respect des dispositions de la Charte de l'Assuré social),

- développement d'un plan de formation et mise en place d'une gestion documentaire (systématisation d'un plan de formation pour les nouveaux agents, organisation de sessions d'information règlements européens, actualisation permanente des connaissances en cas de modification de la législation).

- développement d'un réseau de coordination avec les organismes assureurs (création d'une plateforme d'information pour répondre aux questions ponctuelles et assurer les formations dans le cadre du nouveau Règlement européen).

Une bio-analyse est actuellement en cours de rédaction dans le cadre du projet BPM (Business Process Management). La description 'To be' propose les améliorations suivantes dans le traitement des dossiers :

- rationalisation du workflow,
- mise en place d'échéanciers et de tableaux de bord,
- simplification, adaptation et uniformisation des lettres type,
- développement d'un outil statistique fiable.

Ces améliorations nécessitent la création d'un support informatique adapté. La section Conventions Internationales dispose actuellement d'un module de calcul isolé. Il conviendrait de le moderniser, de l'intégrer à edid (cfr l'article 17 du contrat d'administration 2006-2008 et du présent avenant 2009) et de lui adjoindre :

- en début de processus, un outil de gestion du courrier entrant,
- en fin de processus, un module de création du courrier sortant,
- un module statistique.

Liste des actions - engagements

1. Développer un réseau de coordination avec les organismes assureurs. Date-limite : 30 juin 2009
2. Création d'un échéancier et de tableaux de bord en vue de pouvoir évaluer, à partir de 2010, la qualité, la fiabilité et les délais de traitement des dossiers. Date-limite : 31 décembre 2009

Facteurs d'environnement

- Collaboration des organismes assureurs dans le cadre du réseau de coordination

ARTICLE N5. Renouvellement en matière de soins aux personnes âgées

Le présent article concerne un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

A la Conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2005, un protocole d'accord a été conclu pour la troisième fois entre l'Autorité fédérale et les Communautés et Régions dans le cadre de la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées. Ce troisième protocole d'accord (1.10.2005 - 1.10.2010) stimule le développement de formes de soins alternatifs et de soutien. En concertation avec l'Autorité fédérale, les Communautés et Régions doivent, sur la période couverte par le troisième protocole d'accord, consacrer 20 % des ressources disponibles à la création de formes de soins alternatifs et de soutien.

Par analogie avec les projets thérapeutiques dans le secteur de la santé mentale, les autorités publiques ont préféré que les acteurs sur le terrain formulent eux-mêmes des projets de soins alternatifs et des projets de soutien plutôt que de les imposer elles-mêmes. Le 28 juillet 2008, le Comité de l'assurance a approuvé un projet d'arrêté royal en exécution de l'article 56 de la loi AMI. Dans ce projet d'arrêté royal sont notamment prévus : la procédure de sélection, le rapport et l'échange de données prévus ainsi que le mode de financement des projets.

Outre un projet d'arrêté royal, le Comité de l'assurance a également approuvé un certain nombre de propositions pour la réalisation concrète du projet d'arrêté royal. Ces propositions concernent entre autres la formulation d'objectifs et la fixation de critères formels relatifs au contenu auxquels doivent répondre les projets, la description de l'intervention, les éléments devant figurer dans un Convention avec le Comité de l'assurance, le planning jusqu'en 2015 et le financement progressif des projets.

Il est difficile d'évaluer l'incidence administrative de l'arrêté royal car celle-ci dépend en effet du nombre de projets qui sera introduit. L'exécution de l'arrêté royal génère entre autres les tâches administratives suivantes pour l'INAMI :

- chaque proposition de projet devra être examinée sur la base des critères formulés dans l'arrêté royal. Des jurys devant encore être composés au sein de l'INAMI se chargeront de les examiner.

- Pour chaque projet sélectionné, il y a lieu d'établir un Convention personnalisée qui devra être approuvée par le Comité de l'assurance.

- Pour chaque projet sélectionné, il y a lieu de prévoir un accompagnement et un suivi. L'accompagnement et le suivi sont assurés par des rapports intermédiaires qui donneront lieu à une adaptation de l'intervention et à d'autres mesures de correctio

n.

- En collaboration avec l'équipe universitaire, établir un document contenant des propositions de projets. Les idées concernant le renouvellement de soins pourront être traduites en un ensemble structuré (lois, décrets, réglementation.).

Toutes ces étapes seront réalisées en étroite collaboration avec tous les partenaires via un groupe de travail du Comité de l'assurance spécialement créé à cet effet.

Un premier appel aux projets sera lancé en octobre 2008. Au cours du premier trimestre de 2009, ces projets seront évalués par des jurys au sein de l'INAMI. Une proposition de sélection et de répartition en deux phases d'exécution sera soumise au Comité de l'assurance.

Liste des actions-engagements

1. Soumettre une proposition de projets sélectionnés (en deux phases) au Comité de l'assurance. Date-limite : 30 juin 2009.

2. Rédiger un premier rapport de suivi à l'intention du Comité de l'assurance. Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs d'environnement (condition suspensive)

● Le projet d'arrêté royal qui a été approuvé par le Comité de l'assurance le 28 juillet 2008 suit la procédure d'avis et d'approbation requise. La liste des actions-engagements a par conséquent été établie sous réserve de l'approbation de l'arrêté royal et de sa publication au *Moniteur belge*.

● Comme stipulé à l'article 24 du projet d'arrêté royal, les Conventions ne pourront être conclus qu'après approbation par le Comité de l'assurance, sur proposition de son groupe de travail, de la liste des données à enregistrer et des instruments à éventuellement utiliser.

ARTICLE N6. Création de l'ASBL E-Care

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le projet de loi portant création et organisation de la plateforme e-Health, en tant qu'institution publique de sécurité sociale, a été approuvé par le Sénat. Cette plateforme e-Health est un système sécurisé pour l'échange de données entre tous les partenaires intéressés des soins de santé (dispensateurs de soins, établissements de soins, mutualités, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, l'INAMI et les services publics des régions et communautés). Elle permettra à tous ces partenaires d'échanger des informations de façon sécurisée et dans le respect de la protection de la vie privée (ex. échange électronique de données de dossiers médicaux entre dispensateurs de soins et patients, introduction de demandes électroniques pour obtenir un accord du médecin-conseil en vue de dispenser certains soins, prescription électronique de médicaments.).

L'objectif d'e-Health est d'améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité du patient en permettant l'échange organisé d'informations pertinentes sur le patient et les soins dispensés. E-Health présente également l'avantage de contribuer à la simplification des formalités administratives pour les patients, les dispensateurs de soins et les établissements de soins. Enfin, e-Health permettra également de soutenir la préparation et l'évaluation de la politique de santé en décortiquant les informations émanant d'études et d'analyses.

Le même projet de loi prévoit la création de l'ASBL E-Care par l'INAMI et l'Etat, sur la base du mandat qui leur a été conféré pour ce faire et en collaboration avec les mutualités et les organisations de dispensateurs et d'établissements de soins.

Par analogie avec le registre cancer, une association sera mise en place au sein de laquelle divers acteurs pourront, de façon organisée et structurée, se mettre d'accord sur la collecte, le traitement et la mise à disposition de données cliniques déterminées. Il s'agit en l'occurrence de la gouvernance concrète de certains flux de données à l'aide d'une structure générique et flexible. Concrètement, des accords seront passés concernant la fixation des modalités et la définition des flux de données et des utilisateurs, etc. Naturellement, lors de l'élaboration du projet, toutes les règles et législations en matière de protection de la vie privée seront respectées.

Toutes les parties prenantes sont représentées dans cette association, à savoir :

- l'Etat belge,
- l'INAMI,
- les organismes assureurs,
- les organisations représentatives des établissements de soins,
- les organisations représentatives des médecins,
- d'autres organisations représentatives de dispensateurs de soins,
- ainsi qu'un représentant de la plateforme e-Health.

L'asbl e-Care peut être chargée de :

- l'organisation des flux de données électroniques pour la collecte, le traitement et la mise à disposition de certaines données cliniques relatives aux prestations prises en considération pour l'intervention par l'assurance SSI;
- l'organisation de registres relatifs à différents domaines cliniques;
- l'obtention et la mise à disposition de données codées et anonymes au Centre fédéral d'expertise et aux institutions et associations scientifiques, en vue de la réalisation d'études scientifiques.

L'association même ne dispose pas de son propre système informatique et ne peut par conséquent pas assurer elle-même de tâches opérationnelles. Pour l'organisation concrète des flux de données électroniques et des registres, l'asbl pourra faire appel aux services d'un ou plusieurs de ses membres (comme la plateforme MyCaret des mutualités) ou aux services de la plateforme e-Health.

L'ASBL trouve sa principale source de financement dans une dotation annuelle inscrite au budget du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, ainsi que dans un montant annuel à charge des frais d'administration de l'INAMI et dans les revenus tirés de certains services.

Dans l'avenant, l'INAMI souhaite prendre comme engagement pour 2009 la réalisation concrète de la création de l'ASBL E-Care (fixer les statuts et prévoir l'encadrement logistique et les moyens RH nécessaires).

Liste des actions-engagements

1. Rédiger le document constitutif (statuts,) de l'ASBL E-Care. Date-limite : 31 mars 2009.

2. Mettre à disposition les moyens logistiques et RH pour rendre e-Care opérationnel. Date-limite : 31 mars 2009.

Facteurs d'environnement

- Participation de tous les acteurs concernés.

ARTICLE N7. Soutien des trajets de soins

Le présent article se rapporte à un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Les trajets de soins visent à obtenir une meilleure collaboration des médecins s'occupant d'un patient ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins qui lui sont dispensés. Il s'agit de parvenir à un meilleur échange de données entre les dispensateurs de soins (médecins généralistes, médecins spécialistes et autres professionnels de la santé) et ce, pour des groupes de patients nécessitant des soins complexes. Autrement dit, les soins dispensés au patient doivent être suivis et coordonnés.

Le patient est surtout encouragé par le fait que la plupart des consultations lui seront intégralement remboursées. D'autres avantages peuvent également être octroyés à des groupes spécifiques de patients. Le médecin généraliste et le médecin spécialiste concluent un accord de partenariat et reçoivent des honoraires forfaitaires.

Pour soutenir ces trajets, on prévoit aussi le développement d'une collaboration multidisciplinaire locale et régionale dans laquelle le cercle de médecins généralistes joue un rôle central, ainsi que la création de modules adaptés dans le dossier médical électronique.

Le patient, le médecin généraliste, le réseau multidisciplinaire et le médecin spécialiste - qui communiquent tous entre eux -, se voient attribuer un rôle déterminé en fonction d'objectifs bien définis. Ce rôle peut différer en fonction de l'affection concernée.

Au sein des trajets de soins, des procédures sont proposées, dérivées des recommandations de bonne pratique. Ces procédures mettent l'accent sur les soins dispensés en ambulatoire et tentent de freiner spécifiquement les facteurs se rapportant à l'évolution et à l'aggravation de la maladie. Ces procédures permettent aussi une adaptation du traitement et un suivi multidisciplinaire. L'approche multidisciplinaire donne la possibilité d'utiliser les compétences les plus appropriées au type d'intervention.

Les médecins généralistes, les spécialistes et les patients sont liés par un contrat dans lequel figurent les droits et les obligations de chacun. Les organismes assureurs contribuent à l'application de ces droits, par exemple en payant les honoraires forfaitaires et en prolongeant le trajet de soins.

Les tâches du médecin généraliste :

1. Assurer la coordination.
2. Identifier le patient dans le projet, l'informer et le prendre en charge.
3. Remettre aux OA la convention conclue par les trois parties.
4. Gérer le DMG du patient.
5. Echanger des données avec le médecin spécialiste.
6. Rédiger un plan de soins individuel et multidisciplinaire et en assurer le suivi.
7. Développer et communiquer des données épidémiologiques et des données relatives à l'évaluation de la qualité.

Les tâches du médecin spécialiste :

1. Assurer le suivi du patient.
2. Echanger des données.
3. Collaborer avec le médecin généraliste, être disponible pour le médecin généraliste et le coacher.
4. Conclure un accord de partenariat avec le réseau multidisciplinaire local.

Les obligations du patient :

1. Participer activement à la perception de sa maladie, à son traitement et à son suivi.
2. Donner son accord pour l'échange d'informations entre le spécialiste et le médecin généraliste. Donner son accord pour l'emploi de ces informations à des fins épidémiologiques.
3. S'engager à consulter son médecin spécialiste au début du trajet de soins et au cours des deuxième et troisième années du trajet de soins.

Les tâches du réseau multidisciplinaire local :

1. Soutenir le trajet de soins, en tant que système, plus spécifiquement en créant et en gérant un réseau dans lequel les rôles respectifs sont clairement définis et joués par chacun des acteurs dans son domaine.
2. Soutenir le « rôle de coordination » du médecin généraliste.
3. Promouvoir la communication entre tous les partenaires, y compris l'information au patient.
4. Appuyer la compilation de données.
5. Assurer l'éducation du patient.
6. Etudier les priorités de santé locales.
7. Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins au niveau local.

Les tâches des organismes assureurs :

1. Assurer la communication globale aux membres.
2. Effectuer le paiement justifié des honoraires forfaitaires pendant l'initiation et la prolongation du trajet de soins.
3. Veiller à ce que les droits du patient soient respectés (par exemple au niveau du ticket modérateur et du remboursement des prestations spécifiques)

En résumé, l'approche concrète du projet « trajets de soins » est axée sur les thèmes suivants :

1. L'enregistrement uniforme des données médicales et administratives du patient.
2. L'utilisation de ces données pour le suivi de chaque patient (aussi pour le dépistage des patients à risque) et pour l'évaluation de l'approche effectuée par le médecin.
3. La mise à disposition des données aux autres dispensateurs de soins (rapports, accès aux dossiers,...).
4. L'utilisation des données (anonymisées) afin de pouvoir évaluer les trajets de soins conformément à la politique. Il s'agit d'une évaluation scientifique du trajet pour laquelle la médico-mut déterminera quelles données devront être communiquées par type de trajet de soins.
5. L'amélioration de l'efficacité administrative (élaboration de documents sur la base de toutes les données adéquates disponibles).

La Commission nationale médico-mutualiste a marqué son accord sur la concrétisation du trajet de soins pour les patients souffrant du diabète de type 2 et pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. Il s'agit d'environ 7 200 patients diabétiques et de 6 000 patients souffrant d'insuffisance rénale. Pour pouvoir bénéficier d'un trajet de soins, le patient doit remplir les critères médicaux déterminés par la médico-mut.

Le succès de ce projet dépendra de trois conditions : une informatisation pointue, une équipe multidisciplinaire locale et un plan de communication. Dans l'Avenant 2009, nous souhaitons nous consacrer principalement au développement d'un solide plan de communication, à la réalisation d'une série d'objectifs de communication

opérationnelle et à la conclusion de conventions avec quelques réseaux multidisciplinaires locaux. Le plan de communication vise à convaincre les partenaires de l'importance des trajets de soins pour le patient afin d'obtenir une bonne collaboration et leur plein appui.

En ce qui concerne le volet communication, l'INAMI créera un groupe de communication et un centre de communication internes. Concrètement, ils seront chargés, entre autres, des actions suivantes :

- Récueillir les courriels et y répondre.
- Transformer les courriels en information utile au groupe de communication.
- Evaluer les besoins sur le terrain au niveau de la communication et du matériel didactique.
- Créer du matériel didactique, donner des références.
- Dresser des listes des coordonnées de médecins spécialistes.
- Rassembler les offres de structures et les candidatures de personnes pouvant assurer le processus de communication local.
- Organiser des réunions locales.
- Gérer les paiements.
- Et faire rapport à la médico-mut.

Une plateforme « peers » (groupe de travail composé d'acteurs sur le terrain, de cercles, de GLEM, des SISD, du RML, de spécialistes) sera créée qui devra promouvoir la communication et la formation au niveau local.

3 documents de communication seront également rédigés :

- Un document concernant le trajet de soins destiné aux médecins généralistes, aux spécialistes et aux cercles de médecins généralistes. Dans ce document, il sera essentiel de communiquer que le trajet de soins du diabète sera la première phase fondamentale d'un processus de changement total des soins de santé dispensés aux patients atteints d'affections chroniques.

- Un document qui se rapportera surtout aux réseaux multidisciplinaires locaux et qui sera destiné aux dispensateurs de soins de première ligne; il sera envoyé aux cercles de médecins généralistes, aux spécialistes et aux SISD.

- L'information du patient, une partie en sera assurée par l'INAMI, l'autre par les organismes assureurs et par les associations du diabète néerlandophones et francophones.

Du matériel didactique sera créé et, par ailleurs, l'organisation sera soutenue par la boîte aux lettres électronique, les réunions d'information payantes organisées par les RML, par les figures-clés Domus, la SSMG et les diabétologues.

Notons par ailleurs l'investissement dans une politique de communication scientifique et organisationnelle par vidéo. Sur le site web de l'INAMI, il sera possible de visionner certaines réunions « peer to peer », des interviews de personnes-clés et quelques exposés consacrés à l'explication des aspects organisationnels et scientifiques du trajet de soins.

Des sessions de formation seront également organisées pour les personnes qui souhaitent organiser des réunions d'information locales, les animateurs des GLEM, les membres des organisations scientifiques, les membres des cercles, les membres des réseaux multidisciplinaires locaux et les médecins intéressés.

Enfin, le plan de communication des organismes assureurs sera chronologiquement intégré de sorte que les médecins et les patients soient en phase.

Liste des actions-engagements

1. 3 mois après la signature de l'arrêté royal par le Roi (=X), l'INAMI réalisera les actions-engagements suivants :

- a. Rédaction d'une brochure d'information générale
- b. Rédaction d'une brochure spécifique au sujet du diabète
- c. Rédaction d'une brochure spécifique au sujet de l'insuffisance rénale.
- d. Rédaction d'une brochure spécifique au sujet des réseaux multidisciplinaires.
- e. Développement d'un site web avec, entre autres, les FAQ (questions fréquemment posées).

Date-limite : X+3 mois.

2. Conclusion de conventions avec quelques réseaux multidisciplinaires locaux (rédaction de textes, négociations, gestion des conventions) et ce, 3 mois après l'approbation par le Comité de l'assurance de la nouvelle version (adaptée) du projet de texte des conventions (=X). Date-limite : X+3 mois.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des associations de médecins, des cercles de médecins généralistes et des hôpitaux.

ARTICLE N8. Montants de référence

Ce projet d'actualité est nouveau n'était pas repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le système des montants de référence est prévu depuis 2002 à l'article 56^{ter} de la loi AMI du 14 juillet 1994 mais n'a jamais été effectivement mis en œuvre.

Ce projet s'inscrit dans l'accord de gouvernement du 18 mars 2008 qui prévoit, parmi ses 13 priorités en matière de Santé publique, que « le Gouvernement poursuivra ses efforts en vue de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale, à condition néanmoins de revoir le système des montants de référence. »

Autrement dit, il s'agit donc de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale et de revoir, pour mieux atteindre cet objectif, le système des montants de référence actuellement existant.

De manière très schématique, ce système consiste à imposer aux hôpitaux généraux des normes, des montants de références par pathologie retenue. En cas de dépassements (comparaison entre le montant de référence et la dépense réelle), les hôpitaux seraient pénalisés et invités à effectuer un remboursement à l'INAMI. Les calculs de ces montants de référence, fort complexes, sont réalisés annuellement par la cellule technique sur base desquels l'INAMI calcule ensuite les montants à rembourser. Ces données sont alors envoyées à chaque établissement hospitalier.

Dans le cadre de la loi-santé approuvée en Conseil des Ministres du 22 juillet 2008 (section XIV), un certain nombre d'amendements, élaborés notamment sur la base d'une étude évaluative du KCE et préalablement approuvés en Multipartite, ont été apportés à ce système. Ceci dit, l'INAMI ne pourra mettre en œuvre ce système des montants de référence qu'à partir du moment où cette loi-santé sera publiée au *Moniteur belge*.

Souignons enfin que ce projet concerne deux volets : appliquer le système ainsi révisé à partir des séjours 2009 et mettre en œuvre effectivement le système actuel tel que modifié à partir des séjours 2006 (système 2006).

Ce projet consiste donc en la mise en œuvre du système amendé des montants de référence, notamment en adressant à chaque hôpital général une note relative au degré d'application/de respect du système des montants de référence et aux calculs des montants éventuellement à rembourser.

Liste des actions - engagements

1. Organiser une journée d'information sur ce système à l'attention des hôpitaux (modalités d'application,...).
Date-limite : 6 mois au plus tard après publication de la loi-santé au *Moniteur belge*.

Facteurs d'environnement

● Publication au *Moniteur belge* de la loi-santé permettant la mise en œuvre du système des montants de référence
ARTICLE N9. Observatoire de la mobilité des patients

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le 4 juin 2007, la « Loi modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients » a été approuvée (publication *Moniteur belge* 25 juillet 2007). Cette loi prévoit entre autres la création d'un Observatoire de la mobilité des patients auprès du Conseil général de l'INAMI. Cet Observatoire sera composé d'une représentation des acteurs suivants : les partenaires sociaux, les organismes assureurs, les dispensateurs de soins, le SPF Santé publique, le SPF Sécurité sociale et les IPSS, l'INAMI, et les ministres régionaux ou communautaires qui ont la Santé publique dans leurs attributions.

Les missions de l'Observatoire, arrêtées dans la loi du 4 juin 2007, sont les suivantes :

- collecter les données relatives à la mobilité des patients, plus précisément le nombre de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge qui sont traités dans des hôpitaux belges, le traitement qu'ils y reçoivent, leur pays d'origine;

- collecter en permanence les données relatives aux délais d'attente pour le traitement dans les hôpitaux belges des patients relevant d'un organisme assureur belge;

- faciliter, négocier et accompagner les conventions avec les assureurs de soins étrangers;

- développer et offrir l'expertise nécessaire pour la fixation des prix des traitements qui seront proposés par les hôpitaux sur le marché étranger;

- conseiller le gouvernement en ce qui concerne l'extension de l'infrastructure, la politique de planification et le flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitements de patients ne relevant pas d'un organisme assureur belge.

Dans le cadre de ces missions, des flux d'informations et de rapports sont prévus de et vers l'Observatoire.

La loi du 4 juin 2007 doit être portée à exécution par un arrêté délibéré en Conseil des ministres. Les modalités d'exécution concernent entre autres : le subventionnement de l'Observatoire, la représentation des communautés, les conditions et les modalités de communication des données enregistrées à l'Observatoire, certaines conditions et modalités à l'égard des hôpitaux, etc.

Le texte initial de la loi du 4 juin 2007 prévoyait que cette dernière devait entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2008, sur la base d'un AR contenant les modalités d'exécution nécessaires. Cette date d'entrée en vigueur de la loi a été modifiée dans la loi-programme du 8 juin 2008 et reportée au 1^{er} juillet 2009 au plus tard.

L'action-engagement prévue dans le présent article de l'Avenant 2009 concerne la préparation par l'INAMI de ces modalités d'exécution. En fonction de ces modalités d'exécution précises, une analyse devra également être faite de l'incidence organisationnelle et administrative au niveau de l'INAMI.

Liste des actions-engagements

1. Réaliser une analyse de l'incidence organisationnelle et administrative des modalités d'exécution et des flux de données à organiser dans le cadre de la création de l'Observatoire de la mobilité des patients. Date-limite : 30 juin 2009.

ARTICLE N10. Nouveau système de rémunération des pharmaciens exerçant leurs activités en officine publique

Ce nouveau projet est particulièrement d'actualité pour 2009 puisqu'il doit entrer en vigueur en 2010.

Contexte

Ce projet figure dans l'accord de gouvernement du 18 mars 2008.

Objectif du nouveau système

Installation d'un nouveau système de rémunération des pharmaciens en exécution de l'article 35octies de la loi AMI et des directives de bonne pratique pharmaceutique telles qu'établies par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. L'objectif du présent article est d'accorder une place plus importante au pharmacien qui délivre pour son rôle de « passeur » d'informations aux patients, et de lui octroyer à cette fin une rémunération adaptée. Jusqu'à présent, la marge du pharmacien était liée au prix de vente maximum de produits de marque au public. Mais le plafonnement de la marge du pharmacien à un certain montant et l'augmentation incessante du prix des produits de marque ont entraîné une érosion de sa rémunération.

La réforme du système de rémunération poursuit donc un double objectif : économique d'une part en vue de stopper l'érosion de la marge, et lié d'autre part à la reconnaissance accrue de soins pharmaceutiques de qualité tels que ceux dispensés aux patients par les pharmaciens (utilisation correcte, compliance thérapeutique). Cette rémunération s'intègre dans une nouvelle base de remboursement des médicaments autorisés (produits de marque).

L'objectif est de tendre à une neutralité budgétaire sur le plan macro-économique pour les pharmaciens, les bénéficiaires et l'assurance obligatoire.

Fonctionnement du nouveau système

La nouvelle base de remboursement comporte :

● Le prix ex-usine

● La marge de distribution pour le commerce de gros

● Une marge économique réduite pour le pharmacien, sans plafond

● Les éléments précités sont déterminés par le SPF Economie

● Des honoraires fixes pour le pharmacien pour chaque conditionnement délivré

● Des honoraires uniquement accordés en cas de délivrance d'un médicament du chapitre IV et en cas de délivrance d'un médicament générique dans le système de remboursement de référence ou en dehors de ce système.

● T.V.A/ de 6 %

Les honoraires liés au chapitre IV et à la délivrance d'un médicament générique sont uniquement accordés dans le cadre du régime du tiers payant.

Exécution du nouveau système.

Différentes mesures devront être prises :

● Adaptation de la réglementation du SPF Economie

- Développement et application des nouveaux algorithmes dans le module de calcul des médicaments autorisés
- Publication de la liste des médicaments autorisés et des nouvelles bases de remboursement
- Application de l'algorithme pour le calcul de l'intervention personnelle
- Adaptation de la réglementation en vigueur
- Suivi des nouveaux honoraires dans le cadre budgétaire
- Indexation des honoraires si des moyens financiers sont disponibles

Liste des actions - engagements

1. Mettre en œuvre le nouveau système de rémunération des pharmaciens en officine publique et procéder à toutes les adaptations nécessaires à cette fin (base de données, cadre réglementaire,...). Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs d'environnement

- Collaboration des OA et des représentants des pharmaciens en Commission de convention
- Publication à temps des arrêtés nécessaires à la mise en œuvre de ce système

ARTICLE N11. Développement d'un statut OMNIO plus simple et plus accessible

Le présent article comprend un nouveau projet qui n'était pas intégré dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

A l'instar du maximum à facturer et du forfait de soins chroniques, le statut OMNIO vise à limiter le coût des maladies (chroniques) à supporter par des individus et des familles. Depuis le 1^{er} juillet 2007, le statut OMNIO donne droit à un meilleur remboursement de frais médicaux (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, hospitalisation,) pour des ménages à faible revenu. La quote-part personnelle à payer pour ces prestations (ticket modérateur) est nettement moins élevée.

La notion de ménage correspond au ménage composé et enregistré au registre national au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle la demande a été introduite. Il s'agit de personnes (une ou plusieurs) officiellement domiciliées à la même adresse, qu'elles aient des liens familiaux entre elles ou non. La situation du ménage est revue chaque année.

Les revenus pris en considération sont les revenus bruts imposables (tels que fixés dans la réglementation relative à l'intervention majorée) de l'année précédente. Les revenus pris en considération lors du calcul OMNIO sont :

- les revenus professionnels
- les revenus mobiliers et immobiliers (y compris le revenu cadastral de la résidence familiale)
- les revenus de remplacement (p.ex. allocations de chômage, indemnités d'incapacité de travail et de maternité,)
- et tous les autres revenus bruts imposables, belges ou étrangers, même si ces derniers sont exonérés de taxe en Belgique.

Le tableau ci-dessous présente, par trimestre, l'évolution du nombre de bénéficiaires du statut OMNIO.

Situation au	Nombre de bénéficiaires du statut OMNIO par trimestre
1.7.2008	155.360
1.4.2008	147.508
1.1.2008	112.419
1.10.2007	91.671
1.7.2007	47.169

Le nombre de bénéficiaires est nettement moins élevé que le nombre estimé. Seul un peu plus d'un sixième du groupe cible est atteint après 1 an. Il n'est pas encore clair si l'effet visé dans le cadre d'une meilleure accessibilité aux soins a été suffisamment atteint.

Cette problématique a déjà fait l'objet de nombreuses concertations et discussions au cours des derniers mois à l'INAMI au sujet de possibles simplifications tout en prêtant une attention à un éventuel octroi automatique du statut OMNIO. L'INAMI a également introduit un sujet d'étude auprès du Centre d'expertise fédéral en avril de cette année. Le but de l'étude est d'expliquer ou de mieux comprendre :

- le nombre nettement moins élevé de bénéficiaires par rapport au nombre estimé
- la mesure dans laquelle des personnes financièrement vulnérables ayant des dépenses de santé sont déjà atteintes par le statut OMNIO
- d'éventuelles indications selon lesquelles les bénéficiaires OMNIO vivent principalement dans des ménages ayant des dépenses plus importantes en matière de santé
- la mesure dans laquelle des groupes cibles spécifiques sont atteints (chômeurs, familles monoparentales, familles avec enfants, indépendants,...),
- d'éventuelles différences entre les OA quant à l'intégration du statut OMNIO auprès de leurs titulaires par rapport à l'attente selon le profil de risque des OA
- un lien entre les coûts épisodiques (par exemple une hospitalisation) et l'intégration du statut OMNIO.

L'étude du Centre d'expertise fédéral examinera également si d'éventuels liens peuvent être établis entre le MAF, le statut OMNIO et le forfait de soins chroniques en ce qui concerne les groupes cibles effectivement atteints et l'efficacité de la couverture. Une compréhension de ces liens et de la prévisibilité du droit au statut OMNIO, du droit au maximum à facturer, et inversement, peut éventuellement fournir des éléments de simplification administrative et d'amélioration de l'accès aux droits.

Par ailleurs, le fait de mieux comprendre l'efficacité des moyens déployés afin de protéger au mieux ceux qui en ont le plus besoin est particulièrement pertinent.

En 2009, dans le cadre de la simplification du statut OMNIO et de son accessibilité, l'INAMI souhaite mettre l'accent sur les points suivants :

1. une collaboration intense avec le Centre d'expertise fédéral dans le cadre du sujet d'étude introduit;
2. en concertation avec les OA, l'INAMI établira une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel. Les aspects suivants seront certainement abordés : le type de revenus pris en considération, la composition du ménage et la période qui sert de référence pour les revenus. Ces problèmes seront ensuite abordés lors des discussions avec le SPF Finances, les instances politiques et le ministre;
3. l'INAMI se concertera également avec les OA au sujet d'améliorations ponctuelles possibles et d'un éventuel octroi automatique du statut OMNIO pour certains groupes cibles.

La liste des actions-engagements :

1. Etablir une liste exhaustive des problèmes concernant l'application actuelle du statut OMNIO et du régime préférentiel. Date-limite : 30 juin 2009.

Facteurs externes

● Collaboration du SPF Finances, de la BCSS, du CIN et d'autres SPF concernés (e.a. SPF Sécurité sociale).

3. OPTIMISER ET RENFORCER LES MISSIONS D'EVALUATION ET DE CONTROLE & L'APPROCHE EN MATIERE DE FRAUDE SOCIALE

ARTICLE 24. Audit et conseil en mutualités

Ce projet consiste en la poursuite des engagements du contrat d'administration 2006-2008 et en l'affinement d'une méthodologie des contrôles déjà expérimentée, notamment lors des opérations réalisées dans le cadre de l'article 12 du premier contrat d'administration et ce, de manière à s'orienter de façon décisive vers des procédures d'analyse et « d'audit ».

Contexte

Le contrôle en mutualités est une activité centrale pour le SCA. Les inspecteurs sociaux vérifient la bonne application de la réglementation soins de santé et indemnités par les mutualités en y effectuant des contrôles sur le terrain. S'ils constatent des erreurs (par exemple, montants remboursés en trop ou en trop peu), ils rédigent un rapport et l'adressent au service central du SCA qui, après vérification, notifie les erreurs à la mutualité.

Plus concrètement, le projet vise à :

● clarifier et objectiver (notamment par le biais des tableaux et rapports synthétiques) tant les résultats des contrôles que la manière dont ils sont réalisés;

● renforcer le rôle de prévention (feedback, conseil) du service au niveau des mutualités;

● améliorer la collaboration avec les autres services opérationnels de l'INAMI,

● optimiser les procédures de travail des inspecteurs, c'est-à-dire de mieux préparer, réaliser et évaluer les contrôles;

● mieux exploiter les données servant de base aux contrôles ciblés.

L'objectif de ce projet est donc de faire évoluer les missions du service de contrôle selon deux orientations :

● l'affinement d'une méthodologie des contrôles permettant une analyse globale des processus et la détection de l'origine des erreurs constatées;

● le développement du rôle de recommandation tant à l'égard des organismes assureurs que des organes de gestion de l'INAMI et des services internes dont la mission est de créer la réglementation.

Les rapports des contrôles thématiques effectués mettront en évidence les erreurs constatées au niveau de l'application de la réglementation (typologie, nombre et fréquence, causes, analyse des risques, etc.) mais surtout les recommandations émises par les inspecteurs aux responsables des mutualités afin d'éviter l'apparition d'erreurs similaires d'une part et aux responsables des services réglementation des services de santé et des indemnités de l'INAMI afin d'examiner s'il n'y aurait par exemple pas lieu de rédiger et d'envoyer une circulaire interprétative aux OA d'autre part.

Soulignons enfin que le SCA souhaite développer davantage le ciblage des contrôles, afin d'en accentuer l'efficacité et de dégager du temps pour le suivi des recommandations qu'il formule. Il entend ainsi accroître l'efficacité de ses actions.

Pour ce faire, le Service mettra en place des indicateurs d'évaluation de la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par les OA. La volonté du SCA est ainsi d'objectiver au mieux la situation de performance des OA.

L'objectif des indicateurs de performance des OA est double :

● donner aux décideurs une bonne vue des résultats de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de la qualité de sa gestion,

● par la détection de situations erronées ou anormales, améliorer le diagnostic des dysfonctionnements de l'assurance, tant au niveau des OA qu'au sein de la réglementation, en vue de les corriger et de tendre vers un fonctionnement optimal de l'assurance.

Ces indicateurs devront fonctionner à deux niveaux :

● au niveau des unions nationales, qui sont les interlocuteurs légaux de l'INAMI;

● au niveau des mutualités, qui sont les acteurs réels de la gestion de l'assurance pour la plupart de ses aspects.

Par ailleurs, les indicateurs envisagés à ce stade-ci seraient de deux types :

● des indicateurs du volume des activités des organismes assureurs (nombre de cas ayant telle caractéristique, montant total payé pour tel type de cas, etc.), qui donneront une image de la situation existante;

● des indicateurs de la qualité des activités des OA, qui viseront à améliorer la situation existante.

2009 sera l'occasion d'élaborer mais aussi de tester ces indicateurs. Les tableaux de bord confectionnés auront donc trait aux thématiques des deux contrôles (soins de santé et indemnités) réalisés chaque année.

Liste des actions-engagements

1. Comme chaque année, il est prévu de réaliser :

● un contrôle thématique en indemnités;

● un contrôle thématique en soins de santé;

● le contrôle des listes de récupérations prises en considération pour la majoration des frais d'administration.

Date-limite : le 31 décembre 2009

2. Au terme de chaque opération de contrôle, faire rapport aux organes de gestion (Soins de santé et Indemnités) concernés ainsi qu'au Comité du SCA sur les résultats des contrôles.

Date-limite : x (date de fin des contrôles) + 5 mois

Facteurs d'environnement

● Accessibilité des inspecteurs aux programmes informatiques consultables en mutualités et aux banques de données (ONEM, INASTI,...)

● Collaboration des OA pour l'obtention de flux de données fiables et l'élaboration de solutions aux dysfonctionnements constatés

ARTICLE 25. Evaluation médicale

Cet article concerne la poursuite des actions-engagements mentionnées dans l'article 25 et réalisées dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre de la loi AMI, l'INAMI - et plus particulièrement le SECM - souhaite, via des projets d'évaluation, renforcer la lutte contre la surconsommation et l'attestation abusive de prestations. Une distinction peut être faite entre deux types d'évaluation médicale :

- d'une part, l'évaluation générale qui vise, pour chaque sujet d'évaluation donné, à refléter les schémas de consommation et de bonne utilisation des médicaments dans le secteur des soins de santé;
- d'autre part, l'évaluation ciblée (détections) où le SECM évalue de manière ciblée l'ampleur et la généralisation de certains faits ou problèmes constatés.

Ces évaluations sont suivies de mesures d'impact; il s'agit de mesures effectuées au terme de campagnes de feed-back (publication de rapports finaux, courriers individuels,...) pour en mesurer l'impact.

Des projets d'évaluation sont lancés dans le cas d'études préliminaires pertinentes. L'opportunité des propositions d'étude introduites est évaluée sur la base d'un certain nombre de critères (huit) :

- 1) la solidité de l'hypothèse de travail;
- 2) personnel et ressources engagés en vue des résultats (un minimum d'input pour un maximum d'output);
- 3) pertinence par rapport à la « législation et réglementation » ou valeur ajoutée pour le travail d'enquête;
- 4) caractère transversal de l'étude;
- 5) l'impact attendu de l'étude (budget, modification de comportement);
- 6) actualité
- 7) le caractère innovateur de l'étude;
- 8) faisabilité de l'étude.

Les infractions constatées lors d'enquêtes peuvent concerner tant l'aspect surconsommation que les aspects réalité et conformité.

En fonction du sujet, différentes sources de données dont dispose ou peut disposer l'INAMI sont consultées. Les principales sources sont les suivantes : données de profil du dispensateur-prescripteur, données SHA, piste unique Pharmanet, données de l'IMS-Health, cubes de données demandés auprès de l'Agence intermutualiste, données couplées RCM/RFM et les fichiers classiques authentifiés (article 138 de la loi AMI). Les résultats d'analyses effectuées par d'autres instances (au sein d'autres services de l'INAMI ou les analyses externes) entrent également en ligne de compte. L'expérience nous apprend toutefois que dans un certain nombre de cas la communication des données dans les délais impartis ainsi que le contenu des données sont susceptibles d'être encore améliorés et que ceux-ci peuvent sérieusement entraver le déroulement d'un projet d'évaluation. Une proposition d'étude peut à l'origine sembler « prometteuse » mais après analyse, il se peut que - dans un certain nombre de cas - les aberrations constatées ne soient pas aussi nombreuses que prévues.

Dans le cadre de l'avenant, au moins deux nouveaux projets d'évaluation seront réalisés et au moins une mesure a posteriori comme déjà mentionné aussi dans le texte de base du deuxième contrat d'administration.

Liste des actions-engagements

1. Au moins deux nouveaux projets d'évaluation et au moins une mesure a posteriori (ou analyse d'impact) seront réalisés en 2009. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 26. Code-barres unique

Cet article comprend une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans le développement d'un projet (article 26) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 (article 26), un système a été développé pour améliorer le contrôle de la délivrance effective des médicaments dans le cadre de la bonne gestion des moyens financiers réservés au remboursement des médicaments. Ce système comprend une analyse distincte et une analyse comparative des fichiers des firmes pharmaceutiques d'une part, et des offices de tarification d'autre part.

L'analyse distincte des données des offices de tarification permet dans une certaine mesure déjà de vérifier, tant au niveau général qu'au niveau individuel, si les pharmaciens appliquent correctement le système du code-barres unique. Lorsque la qualité (tant au niveau du format que du contenu) des fichiers des firmes pharmaceutiques aura été améliorée, les fichiers des offices de tarification d'une part et des firmes pharmaceutiques d'autre part pourront être comparés convenablement de sorte que nous pourrions encore mieux observer l'application correcte du système des codes-barres uniques. Un trajet est actuellement développé en vue d'améliorer la qualité (cf. rapports semestriels et annuels du Contrat d'administration 2006-2008).

Cet avenant comprend une action-engagement ayant déjà été réalisée en 2007-2008, à savoir la rédaction d'un rapport sur l'analyse des fichiers des firmes pharmaceutiques et des offices de tarification.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport sur les résultats de l'analyse des fichiers des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques. Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

- La qualité des analyses effectuées dépend notamment de la qualité des fichiers envoyés par les firmes pharmaceutiques et les offices de tarification.

ARTICLE 27. Incapacité de travail primaire – Profils des médecins-conseils

Cet article comprend un nouvel engagement dans le développement d'un projet (article 27) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre de la gestion du secteur des indemnités, la connaissance et l'analyse des données relatives à l'incapacité de travail primaire (ITP) constituent une source d'informations importante et utile. Ce projet a notamment pour but de contribuer à l'analyse d'un des facteurs pouvant influencer l'entrée en invalidité, à savoir le comportement du médecin-conseil en matière de contrôle dans le cadre de l'ITP.

Pour pouvoir contrôler correctement les médecins-conseils en la matière, le SECM doit pouvoir disposer de données complètes et fiables. Dans le cadre de l'article 27 du Contrat d'administration 2006-2008, un système a été développé permettant d'établir le profil des médecins-conseils. Ces profils sont établis sur la base de données que les O.A. transmettent tous les trois mois à l'INAMI. Le traitement de ces données permet d'établir un profil tenant compte de 15 paramètres concernant entre autres la charge de travail du médecin-conseil, le suivi des assurés pendant la période d'incapacité de travail primaire, la courbe de survie des incapacités de travail, le nombre de dossiers ITP débouchant sur une invalidité, le nombre de rechutes en incapacité de travail et le nombre de reprises de travail.

Dès le début de 2009, des analyses pourront être effectuées sur la base de ces 15 paramètres, tout d'abord concernant les dossiers ITP traités et bouclés en 2008. Un feed-back sera donné aux OA concernant les premiers profils établis en 2009. Sur la base des 15 indicateurs, les organismes assureurs pourront voir où leur profil s'écarte du profil médian et ils pourront y apporter les corrections nécessaires. Cet exercice effectué périodiquement permettra à l'INAMI de vérifier si les OA ont rectifié le tir et si les mesures correctrices produisent leur effet.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'un rapport par OA comprenant un profil des activités des médecins-conseils au niveau de la mutualité et des OA (en ce compris un feed-back aux OA). Date-limite : 31 décembre 2009.

Facteurs environnementaux

• L'exactitude des profils dépend notamment de la qualité et de la ponctualité des données transmises par les OA au SECM.

ARTICLE 28. Flowdos

Cet article comprend une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans un projet (article 28) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 et de l'Avenant 2007 (article 28), un système a été développé pour la gestion et le suivi des dossiers d'enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) devant, à terme, couvrir toutes les dimensions et tous les stades des dossiers d'enquête.

Plus précisément, dans la période 2006-2008, un système a été mis en place permettant de produire des informations de gestion. Une première couche d'un système a également été développée pour la gestion des dossiers d'enquête. Cette première couche comprend un certain nombre de fonctionnalités relatives à la gestion structurée de dossiers, à la connexion à des bases de données existantes, des fonctionnalités de recherche et de rapport.

L'année 2009 est une année charnière pour Flowdos. Du côté ICT, ce système de gestion sera en effet davantage consolidé, les problèmes aigus (par exemple au niveau de la sécurité) seront résolus, d'éventuels « bugs » éliminés, etc. Les fonctionnalités mises en place, par exemple au niveau des rapports, seront également davantage développées. Du côté « business », l'année 2009 doit offrir à tous les utilisateurs la possibilité de se familiariser entièrement avec le système de gestion.

Outre cette période de consolidation sur les plans « business » et ICT, il est également prévu de rédiger une note conceptuelle d'ici fin 2009. Le « business » et l'ICT réfléchiront ensemble au contenu éventuel et à l'instauration progressive en phases des couches suivantes du système de gestion. Autrement dit : comment et quand les autres besoins « business » (ex. « workflows » automatiques, optimisation du système, etc.) seront-ils systématiquement intégrés dans le système de gestion Flowdos ? La rédaction de cette note est prévue comme action-engagement dans l'Avenant 2009.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction d'une note sur le développement ultérieur du système de gestion Flowdos. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE N12. Renforcement du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation

Le présent article comporte un tout nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

À l'heure actuelle, un système de contrôle des paiements effectués aux maisons de repos (MRPA/MRS/CSJ) et aux centres de rééducation existe déjà sur la base des documents et pièces qu'ils produisent. Ce contrôle administratif est limité étant entendu qu'il est principalement effectué par rapport aux établissements connus par les gestionnaires de dossiers comme ayant rencontré des problèmes par le passé.

L'ambition au sein de l'INAMI serait de renforcer et de professionnaliser ce système de contrôle restreint. Ambition motivée d'une part, par le nombre d'établissements concernés et d'autre part, par l'ampleur des paiements effectués à ces établissements. Ce sont plus précisément plus de 700 centres de rééducation et 1 700 maisons de repos qui sont concernés. Soit chaque année, plus de 2 milliards d'euros versés au total à ces établissements sur la base des dossiers qu'ils introduisent à l'INAMI.

De même, en dehors de l'INAMI, le besoin de renforcer les systèmes de contrôles administratifs en la matière est reconnu. Lors du Conseil des ministres extraordinaire organisé à Gembloux les 16 et 17 janvier 2004, une note a été approuvée concernant le « Respect de la solidarité sociale ». En exécution de cette note, il a été prévu dans les accords sociaux relatifs aux secteurs de santé fédéraux des 26 avril 2005 (privé) et 18 juillet 2005 (public) que le cadre du personnel de l'inspection des hôpitaux (compétence du SPF Santé publique) et de l'inspection des maisons de repos (compétence de l'INAMI) serait élargi de 20 ETP. Il a à ce propos été stipulé que ces coûts en personnel n'étaient pas compris dans le coût de l'accord social. L'élargissement du cadre du personnel prévu dans les accords sociaux doit toujours être exécuté du côté de l'INAMI.

Le renforcement de l'organisation et du fonctionnement du contrôle administratif des données envoyées par les maisons de repos et les centres de rééducation à l'INAMI n'est pas un exercice évident. Il requiert une profonde réflexion concernant, entre autres, les aspects suivants : objectifs du contrôle administratif, organisation et contenu de l'échange de données, répartition interne et externe des compétences, organisation et coordination du contrôle, description du profil de fonction et de compétences du personnel chargé des contrôles, etc. Dans un premier temps, une note conceptuelle devra être élaborée afin d'offrir une réponse à ces questions. Le tout en concertation avec l'ensemble des acteurs internes et externes concernés. L'élaboration de cette note fait l'objet du présent article.

Liste des actions-engagements

1. Etablir une note conceptuelle sur le renforcement et l'organisation du contrôle administratif des maisons de repos et des centres de rééducation. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE N13. Programme fraude sociale

Le présent article comporte un nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008

Contexte

Le programme « fraude sociale » développé par l'INAMI s'inscrit dans le cadre des plans d'action de lutte contre la fraude sociale du gouvernement d'une part et du SIOD/SIRS d'autre part. Le développement du programme doit permettre à l'INAMI de mettre au point une politique intégrée de lutte contre la fraude sociale, et fait partie des priorités de l'Institut. La réalisation d'un programme relatif à la fraude sociale comporte e.a. les thèmes suivants :

- mettre en place de nouveaux processus internes d'approche de la fraude sociale,
- analyser l'efficacité des processus actuels, en veillant à clarifier les définitions, concepts, procédures, directives, templates, etc., et à les rendre transparents,
- réexaminer les responsabilités des divers acteurs internes concernés (SCA, SECM et SI) et procéder à d'éventuelles adaptations organisationnelles,
- apporter, le cas échéant, les modifications nécessaires à la législation,

- responsabiliser les organismes assureurs afin qu'ils développent un réflexe de vigilance accrue en matière de fraude sociale (e.a. par l'élaboration de directives, par ex. lors de l'octroi d'un droit à l'incapacité de travail),
- ce faisant, instaurer une collaboration et une concertation efficaces avec les OA,
- mettre en place un monitoring (création d'un tableau de bord doté d'indicateurs pour suivre le fonctionnement d'un OA/d'une mutualité) afin de pouvoir suivre plus efficacement la responsabilisation et d'instaurer un système pertinent de compte-rendu (rapport au management et rapport aux instances de gestion),
- organiser et participer aux concertations avec les partenaires externes pertinents (ONSS, services d'inspection, SPF, tribunaux, auditeurs, organisations professionnelles,),
- en concertation avec différents acteurs, créer et exploiter des banques de données pertinentes, afin d'organiser le plus efficacement possible le contrôle de l'incapacité de travail primaire et de l'invalidité.

Le développement de cette politique intégrée nécessitera des efforts sur plusieurs années. À court terme, pour l'année 2009, l'INAMI s'engage à réaliser les actions ou projets concrets suivants en matière de fraude sociale :

1. Prévoir un rapport périodique à l'intention, d'une part, des acteurs externes tels que le SIOD/SIRS et le Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, et d'autre part, les organes de gestion de l'INAMI (Comité général de gestion, Comité de gestion des indemnités, Comité SECM, Comité SCA). Ce rapport intégrera des informations sur les actions entreprises par les différents services d'inspection de l'INAMI dans le cadre de la fraude sociale. En 2009, ce rapport tentera d'affiner et de compléter les données trimestrielles actuellement transmises par l'INAMI. À plus long terme, un rapport annuel intégré sera rédigé concernant les résultats de la lutte contre la fraude et le fonctionnement des offices de contrôle : « Rapport annuel relatif au fonctionnement et aux résultats des offices de contrôle de l'INAMI, en ce compris la lutte contre la fraude sociale ».

2. Repérer annuellement (à partir de 2008) (pour le secteur des travailleurs salariés) le cumul non autorisé de l'AMI et du salaire communiqué à l'ONSS. Il s'agit concrètement ici des invalides qui entament une activité non autorisée et pour lesquels l'employeur a fait une déclaration auprès de l'ONSS. Pour les repérer, l'INAMI (SCA) utilise une technique de datamatching ou de croisement des données de la DMFA et des modèles IP (données du SI). Ces dernières données contiennent, par mutualité, un aperçu nominatif trimestriel des indemnités payées aux invalides.

En 2008, un premier exercice a été réalisé sur les données de 2006, pour les personnes en invalidité pendant toute l'année 2006. Concrètement, les cumuls non autorisés ont été détectés (après extraction des reprises de travail partielles ou totales autorisées par le médecin-conseil,) et vérification a ensuite été faite auprès des mutualités qu'une procédure de régularisation ou de récupération des montants a effectivement été entamée (sur la base des modèles IP 2007, les modèles relatifs aux dépenses (nominatives) en matière d'invalidité).

Cette régularisation a également été retenue comme indicateur de fonctionnement des mutualités (cf. point 3). En effet, une mutualité qui fonctionne bien doit effectuer automatiquement ce croisement des données dont elle dispose dans le cadre de son fonctionnement journalier. En cas de non-régularisation, les cas concrets sont examinés au sein des mutualités. L'INAMI engage ensuite une procédure de récupération, et une sanction administrative est imposée à l'assuré.

En 2009, le SCA évaluera le premier exercice effectué sur les données de 2006. Cet exercice sera répété en 2009 sur les données DMFA 2007 et sur les données de la base de données IP 2007.

3. Développer une première série d'indicateurs pour le tableau de bord, en vue de suivre le fonctionnement d'un OA/d'une mutualité. Prévoir par exemple un indicateur relatif aux régularisations engagées (dans les délais et automatiquement) pour les montants indûment versés aux invalides ayant exercé/qui exercent une activité non autorisée. Une mutualité doit pour ce faire croiser automatiquement les données de la DMFA et des fichiers d'invalides (cf. point précédent).

4. Développer des recommandations afin d'éviter et de lutter contre la fraude sociale dans le cadre des constatations faites dans le contrôle thématique 'incapacité de travail primaire' (cf. article 24). Concrètement, dans le cadre du contrôle thématique 'incapacité de travail primaire', le SCA dressera un aperçu des procédures de contrôle internes appliquées par les OA lors de l'octroi administratif du droit à l'ITP. Sur la base de cet aperçu, des recommandations d'application correcte et conséquente seront formulées.

De même, un SLA sera défini avec les OA concernant le timing et les modalités de transfert des données d'ITP.

5. Analyser la qualité du feed-back des OA concernant les dossiers d'assujettissement fictif dans le cadre du dossier de fraude Bouchez. Suite à l'instauration d'une nouvelle méthode de travail (à partir de 2008), ces dossiers seront transmis par l'ONSS au SCA qui les transmettra aux mutualités sous la forme de listes nominatives. Les OA seront invités à réagir rapidement dès réception de cet envoi et à procéder directement au traitement. Ils disposent d'un délai d'1 mois pour transmettre un feed-back à l'INAMI. Après réception du feed-back, l'inspecteur social se rend dans la mutualité pour examiner les cas pour lesquels une procédure de récupération a été engagée. L'inspecteur social doit en effet examiner l'exactitude des montants indûment versés et établir un procès-verbal en vue d'infliger une sanction administrative.

6. Dans le cadre d'une approche intégrée de la lutte contre la fraude et d'un contrôle effectif des services d'inspection sociale, les compétences du contrôleur social et de l'inspecteur social de l'INAMI vont être élargies. Il s'agit d'un élargissement de la compétence de contrôle par rapport à l'employeur (pour ce faire, il y a lieu d'adapter l'Arrêté royal désignant les fonctionnaires et agents chargés de surveiller l'application de l'arrêté royal n° 5 du 23 octobre 1978 relatif à la tenue des documents sociaux, et les arrêtés d'exécution y afférents). À l'heure actuelle, les compétences de contrôle de l'inspecteur social/du contrôleur social de l'INAMI en cas de travail au noir sont limitées au seul assuré social et ne s'appliquent pas à la personne qui l'emploie.

7. Détecter annuellement (à partir de 2009) le cumul non autorisé de l'AMI et d'une activité rémunérée en Belgique pour le compte d'un employeur étranger. Concrètement, il s'agit en l'occurrence de repérer le cumul d'un salaire payé par un employeur étranger et d'une indemnité AMI en Belgique (Belges détachés par un employeur étranger en Belgique). Pour ce faire, il sera fait appel à la banque de données GOTOT-IN. L'INAMI (SECM) procédera au repérage sur la base d'un datamatching ou croisement des données de GOTOT-IN et des modèles IP (données du SI).

8. Dans le cadre de la collaboration internationale avec les pays voisins, l'INAMI sera en mesure de détecter plus efficacement les cumuls d'indemnités et d'activités et/ou de revenus à l'étranger. Pour ce faire :

- des accords seront passés avec la France concernant les procédures de contrôle entre la Belgique et la France, en exécution de « la convention bilatérale de coopération conclue en matière de sécurité sociale entre la Belgique et la France » en octobre 2008.

- un accord a été conclu avec l'UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) aux Pays-Bas en mai 2007. Dans le cadre de cet accord, l'UWV transmettra à l'INAMI une liste de toutes les personnes bénéficiant aux Pays-Bas d'une allocation de chômage ou d'une indemnité de maladie. L'INAMI croisera ces données avec nos données d'incapacité de travail.

Liste des actions-engagements

1. Faire rapport au SIOD/SIRS et au Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale des actions entreprises par l'INAMI dans la lutte contre la fraude sociale. Date-limite : 30 juin 2009, 31 décembre 2009.

2. Evaluer le premier exercice de croisement des données effectué sur la base des données 2006. Date-limite : 30 juin 2009.

3. Croiser les données DMFA 2007 & les données de la banque de données IP 2007, et examiner les cas pertinents au sein de la mutualité. Date-limite : 31 décembre 2009.
4. Développer des recommandations sur l'application correcte et conséquente de la réglementation incapacité de travail primaire'. Date-limite : 31 décembre 2009.
5. Définir un SLA avec les OA concernant le calendrier et les modalités de transfert des données d'IPT. Date-limite : 31 décembre 2009.
6. Développer une première série d'indicateurs pour le tableau de bord, en vue de suivre le fonctionnement d'un OA/d'une mutualité. Date-limite : 31 décembre 2009.
7. Analyser la qualité du feed-back des OA concernant les dossiers d'assujettissement fictif (Bouchez) et procéder, le cas échéant, à certaines adaptations. Date-limite : 31 décembre 2009.
8. Préparation de la modernisation du processus « d'activités non autorisées » (ea. parcours du processus efficient, clarification et simplification des règles et des concepts relatifs à l'incapacité de travail,...) en vue d'un traitement transparent et uniforme. Date-limite : 31 décembre 2009.
9. Adapter l'AR du 30 septembre 1980 pour ce qui concerne l'extension des compétences du contrôleur social et de l'inspecteur social, en ce compris l'adaptation du processus actuel et le soutien interne et la formation nécessaires pour les contrôleurs sociaux. Date-limite : 30 juin 2009.
10. Croiser les données GOTOT-IN 2007 & des données de la banque de données IP 2007. Date-limite : 31 juillet 2009.
11. Passer des accords concrets concernant les procédures de contrôle entre la Belgique et la France, en exécution de la convention bilatérale de coopération conclue en matière de sécurité sociale entre la Belgique et la France'. Date-limite : 31 décembre 2009.

12. Croiser les données des personnes qui bénéficient d'une allocation de chômage ou d'une indemnité de maladie aux Pays-Bas et les données INAMI relatives à l'incapacité de travail. Date-limite : 31 octobre 2009.

Facteurs environnementaux

- Collaboration des OA, ea. concernant la mise à disposition de données nominatives IPT.
- Collaboration avec les OA, l'ONSS et d'autres partenaires du réseau de sécurité sociale.
- Signature des accords avec l'étranger.

4. AMELIORER LE SOUTIEN AUX ORGANES

ARTICLE 30. Procès-verbaux et notes du Comité de l'assurance et du Conseil général

Ce projet consiste en la poursuite des engagements du contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'INAMI a notamment dans ses missions la bonne organisation et le soutien optimal à la concertation et la négociation entre les différents acteurs (OA, partenaires sociaux, représentants de dispensateurs de soins, Cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales,) du système d'assurance maladie-invalidité. Le Service des soins de santé est un lieu de concertation entre les acteurs du système d'assurance maladie. Au cœur de ce système se situent le Comité de l'assurance soins de santé et le Conseil général de l'assurance soins de santé.

Pour rappel, il s'agit, par le biais d'un site web sécurisé, de la mise à disposition plus rapide et plus facile (moteur de recherche par mot-clé) des procès-verbaux et des notes du Comité de l'assurance et du Conseil général du Service des soins de santé et de la constitution, sur la base d'un thésaurus, d'une bibliothèque électronique.

L'application informatique, en Sharepoint, a été finalisée en 2008. Les deux éléments nécessitant le plus grand investissement ont été l'intégration du thésaurus de l'INAMI dans le système d'une part et la sécurisation des accès à l'application d'autre part. Nous devons donc bien constater que le projet n'a pu être réalisé selon les délais définis dans le contrat d'administration 2006-2008. Nous retrouvons donc ici les engagements de ce contrat. Ainsi, le premier semestre 2009 sera consacré essentiellement au test de l'application par quelques membres du Comité de l'assurance et du Conseil général (user-group) et à l'adaptation éventuelle de celle-ci en fonction de leurs remarques. Ensuite, six mois après cette phase de test, l'application opérationnelle sera étendue à l'ensemble des membres.

Pour ce qui est de l'engagement relatif à l'enquête de satisfaction auprès des membres des organes et afin d'avoir le recul nécessaire et de procéder à une évaluation pertinente du projet, nous avons préconisé la réalisation de cette enquête un an après la mise à disposition en environnement réel de l'application informatique définitive auprès de tous les membres des organes. Le Commissaire du gouvernement avait marqué son accord sur cette proposition de report. Assez logiquement, l'application devant être opérationnelle au troisième trimestre 2009, l'enquête constituerait un engagement potentiel du troisième contrat d'administration prenant cours en 2010.

Soulignons enfin que, dans une optique de réduction du gaspillage de papier et de développement durable, l'application sera bien entendu aussi disponible en interne pour l'ensemble des agents de l'INAMI par le biais d'Intranet.

Liste des actions-engagements

1. Test par un user-group, composé de quelques membres du Comité de l'assurance et du Conseil général, de l'application informatique sécurisée de mise à disposition des notes et PV. Date-limite : 1^{er} février 2009;
2. Démonstration au Comité de l'assurance et du Conseil général de l'application précitée, c'est-à-dire possibilité pour tous les membres de ces deux organes de pouvoir consulter, avec un moteur de recherche par mots-clé, les notes et PV sur un site web sécurisé. Date-limite : 31 juillet 2009.

Article 32. Rapports financiers pour la Commission de remboursement des médicaments

Le présent article comporte deux nouvelles actions-engagements qui s'inscrivent dans la poursuite d'un projet (article 32) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 (article 32), un système de monitoring systématique et de feed-back pour la Commission de remboursement des médicaments (CRM) a été développé quant à l'impact financier réel des demandes de remboursement approuvées.

Au cours de la période du Contrat d'administration, le monitoring a progressivement évolué en un suivi financier plus générique des dépenses en médicaments remboursables en fonction des mesures stratégiques prises (dont les nouvelles introductions de médicaments dans le système de remboursement, les mesures d'économies, etc.). à ce propos, il est fait référence au rapport MORSE (Monitoring of Reimbursement Significant Expenses). Ce rapport MORSE se distingue d'autres rapports financiers sur les dépenses en médicaments (audit permanent, Infospot, etc.) du fait qu'il se concentre essentiellement sur des conclusions et des discussions ainsi que sur la cohérence ou la discordance entre les différents rapports. En ce qui concerne les chiffres détaillés, il y a lieu de se reporter aux rapports distincts.

Dans le cadre du présent avenant, la rédaction des deux rapports MORSE semestriels est intégrée comme action-engagement pour 2009.

Liste des actions-engagements

1. Rédaction du rapport MORSE concernant les données jusqu'au second semestre 2008 inclus. Date-limite : 30 juin 2009.

2. Rédaction du rapport MORSE concernant les données jusqu'au premier semestre 2009 inclus. Date-limite : 31 décembre 2009.

5. RENFORCER LA COMMUNICATION EXTERNE

Article 36. Informations aux dispensateurs de soins et communication externe du SECM

Le présent article comporte de nouvelles actions-engagements qui s'inscrivent dans la poursuite d'un projet (article 36) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Cet objectif consiste à informer convenablement les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'organisation des soins de santé remboursés par l'assurance maladie. Grâce à cette information, des infractions à la réglementation existante sont évitées et les moyens octroyés sont utilisés conformément aux objectifs du législateur.

Concrètement, il s'agit de rédiger et diffuser des informations simples et aisément compréhensibles pour les dispensateurs de soins, et spécifiquement axées sur les missions du SECM.

Sans devoir épilucher tous les textes de lois, les dispensateurs de soins auront ainsi une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif. Cela entraîne une diminution des infractions commises par ignorance et mène automatiquement à une application plus uniforme des dispositions légales.

Ces dernières années, 6 modules (= brochures) ont été élaborés : médecin généraliste débutant, infobrochure SECM et nouvelle procédure de sanction, infobox médecin spécialiste, infobox pharmacien, infobox kinésithérapeute, infobox praticien de l'art infirmier.

En 2009, les 6 brochures seront actualisées en fonction des commentaires reçus et de l'évolution de la législation. De nouvelles brochures seront conçues dès 2010.

Liste des actions-engagements

1. Adaptation annuelle des 6 modules existants (médecin généraliste débutant, infobrochure SECM et nouvelle procédure de sanction, infobox médecin spécialiste, infobox pharmacien, infobox kinésithérapeute, infobox praticien de l'art infirmier). Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 37a. Optimisation de l'accueil téléphonique

Ce projet était déjà repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Ce projet s'inscrit dans la volonté d'améliorer la communication vers les groupes cibles.

Pour rappel, début 2005, un call center a été mis sur pied au Service des soins de santé pour les dossiers individuels des kinésithérapeutes, infirmier(e)s, accoucheuses, et audiciens. L'objectif était de répondre plus rapidement et correctement aux dispensateurs de soins. Ce call center, actuellement limité à la section précitée, pourrait – en fonction des besoins – être étendu progressivement aux autres services de l'INAMI qui sont en contact avec un nombre important de dispensateurs de soins (dentistes, médecins, maisons de repos,...) ou d'assurés sociaux (secteur des indemnités).

Une enquête de satisfaction des opérateurs mais aussi des utilisateurs du call-center actuel a été réalisée. L'ensemble des résultats auront été présentés au Comité de direction dans le courant du dernier trimestre 2008.

Un consensus existe quant au fait qu'il est stratégique de pouvoir bénéficier au préalable d'une photographie de la situation actuelle en matière de téléphonie. A cette fin, l'INAMI va acquérir un outil de 'reporting service' au niveau de la téléphonie (flux entrants, sortants et internes).

Ensuite, nous pourrions confronter les statistiques et informations factuelles tirées de cet outil (nombre d'appels, durée et heures des appels, répartition par services/groupes/individus, nombre de cascade/renvoi d'un même appel d'un agent à l'autre,...) et les résultats de l'enquête précitée avec les perceptions et constats des responsables des services les plus régulièrement en contact téléphonique avec nos usagers'.

Enfin, nous pourrions proposer et mettre en oeuvre des pistes d'amélioration adaptées (extension éventuelle du call-center, réorganisation de l'accueil téléphonique et du travail dans les services, orientation possible vers Customer Relationship Management – CRM, sessions d'information/de formation quant à la qualité de l'accueil.).

Notre analyse doit donc porter sur une évaluation de la disponibilité téléphonique (temps moyen avant réponse,) mais aussi de la qualité de notre accueil téléphonique (convivialité, capacité d'écoute, efficacité et professionnalisme,...). A terme, il s'agirait également de veiller à la cohérence des réponses apportées et à gagner du temps en disposant, par exemple, de base de données des questions les plus fréquemment posées (FAQ).

Liste des actions - engagements

1. Rédaction d'une note à l'attention du Comité de direction comportant une analyse des informations objectives et factuelles relatives à la situation de la téléphonie et des besoins exprimés par les différents services les plus régulièrement en contact avec les usagers. Des recommandations et pistes d'amélioration y seront formulées. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 37b. Module « Médecins » disponible via le site Internet de l'INAMI

Le présent article comporte un nouvel engagement, étendant une action-engagement qui s'inscrit dans l'article 37, réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008 (redéfini dans l'Avenant de 2007). Pour plus de clarté, cette action-engagement est insérée dans cet Avenant sous forme d'un article 37b distinct.

Contexte

Dans le cadre de l'Avenant 2007, une action-engagement avait été prévue concernant la conception d'un module informatique devant permettre aux dispensateurs de soins de modifier leurs données via le site Internet de l'INAMI. Début juin 2008, un module informatique de ce type a été installé pour les praticiens de l'art dentaire. Grâce à ce module, ces praticiens de l'art dentaire peuvent désormais consulter et modifier leur adresse de contact. L'accès à ce module (en attendant une solution définitive dans le cadre de eHealth) est possible par l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe que les praticiens de l'art dentaire peuvent créer sur le site Internet à l'aide de leur numéro INAMI.

L'action-engagement qui est proposée dans le cadre de l'Avenant 2009 constitue une extension, aux médecins, de la première expérience-pilote menée avec les praticiens de l'art dentaire. Ce module sera entre autres réalisé dans le contexte de la nouvelle convention qui doit être conclue avec les médecins. L'objectif est que ce module soit opérationnel au moment où les interactions administratives issues de cette convention s'installeront entre l'INAMI et les médecins.

Liste des actions-engagements

1. Conception d'un module informatique permettant aux médecins de consulter et modifier leurs données via le site Internet de l'INAMI. Date-limite : 31 janvier 2009.

6. BONNE GOUVERNANCE

ARTICLE 38a. Audit interne

Le présent article comporte de nouveaux engagements qui s'inscrivent dans le développement d'un projet (art. 38) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Dans le contexte de l'évolution vers une bonne gouvernance, l'INAMI a pris ces dernières années différentes initiatives. D'une part, des méthodes et techniques de gestion ont été développées, notamment au niveau de l'instauration d'un planning stratégique et opérationnel, de la gestion de projets, de la gestion de processus (BPM), de l'évaluation des performances, de la gestion des risques, de l'évaluation CAF, etc. D'autre part, la capacité organisationnelle nécessaire a également été développée pour soutenir la mise en place de ces instruments stratégiques et de gestion. Grosso modo, toutes ces innovations méthodologiques et organisationnelles peuvent être cataloguées sous le dénominateur renforcement des systèmes de contrôle interne'. Bien que le développement des systèmes de contrôle interne soit loin d'être finalisé, d'importantes bases ont été établies.

Les systèmes de contrôle interne et les mécanismes de direction et de gestion développés par le management et le personnel doivent être évalués par une fonction d'audit interne indépendante au sein de l'organisation, partant de la perspective d'une pyramide ou d'une chaîne de contrôle. Cette fonction d'audit interne fait à son tour l'objet d'une évaluation par une fonction d'audit externe en dehors de l'organisation. Dans le cadre du présent contrat, nous ne nous intéressons pas au développement de l'audit externe car il ne relève pas de la responsabilité de l'organisation même, contrairement au développement de l'audit interne. Ce dernier doit être perçu comme une activité indépendante et objective qui offre à l'organisation une certaine certitude sur la mesure dans laquelle elle gère son fonctionnement et qui conseille l'organisation afin d'améliorer ce fonctionnement.

La complémentarité du contrôle interne, de l'audit interne et de l'audit externe au sein d'une pyramide ou d'une chaîne de contrôle est une approche internationalement et scientifiquement reconnue (cf. INTOSAI, IIA) et a été traduite en Belgique dans 3 AR du 17.8.2008 relatifs à l'organisation des systèmes de contrôle interne et des activités d'audit interne dans certains services du pouvoir exécutif fédéral. Bien que ces AR ne s'appliquent pas (pour le moment) aux institutions publiques de sécurité sociale, ils offrent à ces institutions un cadre et une direction leur permettant de poursuivre le développement de leurs systèmes de contrôle et d'audit internes.

En 2008, différentes initiatives ont été prises par l'INAMI dans le but de développer une fonction d'audit interne. Un projet pilote d'audit concret a été lancé concernant l'analyse des processus d'achat, et diverses recommandations ont été formulées en la matière. De même, d'autres petits projets pilotes d'audit ont été lancés concernant, notamment, l'organisation et les procédures de gestion de crise. Parallèlement à ces projets pilotes, une vision du développement structurel et de l'ancrage d'une fonction d'audit interne au sein de l'INAMI a été développée. Pour ce faire, il a été tenu compte autant que possible des standards internationaux, des AR susmentionnés, des bonnes pratiques en vigueur dans d'autres institutions publiques, et de la traduction concrète dans le contexte propre à l'INAMI. En 2009, l'INAMI souhaite entreprendre de nouvelles démarches dans le sens d'une fonction d'audit interne professionnelle et de qualité. Il s'agit entre autres :

- de rédiger une charte d'audit définissant les missions, les types d'audit, les méthodes et techniques, les modalités de rapport, le code de conduite des auditeurs internes, ainsi que la relation entre la fonction d'audit interne et les autres acteurs, en particulier les autres acteurs de surveillance (ex. commissaires du gouvernement, réviseurs, Cour des comptes);
- d'initier des projets pilotes d'audit concrets (projets possibles : audit sur le respect des procédures CRM; audit préliminaire en vue de préparer une certification ISO pour la sécurisation des données; etc.);
- de développer un premier plan d'audit sur la base d'une analyse des risques;
- de développer des connaissances et compétences en matière d'audit interne;
- de contribuer à une approche commune de l'audit interne dans les institutions publiques de sécurité sociale.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger une charte d'audit pour l'INAMI. Date-limite : 30 juin 2009.

2. Lancer 2 projets pilotes d'audit au sein de l'INAMI. Date-limite : 31 décembre 2009.

3. Etablir un plan d'audit pour l'INAMI. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 38b. Contrôle interne : projets BPM

Le présent article comporte de nouveaux engagements basés sur un projet (art. 38) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Depuis fin 2005 - début 2006, de nombreux efforts ont été fournis pour renforcer et expliciter le contrôle interne à l'INAMI. Un projet BPM a été lancé à cet effet. En voici les réalisations :

- la mise au point d'une méthodologie adéquate en collaboration avec des experts externes, la cellule « soutien stratégique et de gestion » du Service des soins de santé et la Cellule de modernisation :
 - o élaboration d'un manuel pour les formations de base;
 - o élaboration de modèles de présentation (templates) pour les analyses BIO;
 - o détermination des normes à utiliser telles que VISIO (2) et BPMN (3);
 - o développement d'une méthode uniforme d'analyse des besoins en ICT, RH, législation et communication;
 - o attention particulière à la gestion des risques et au développement des mesures de contrôle nécessaires;
 - o suivi d'un processus à l'aide d'indicateurs répondant au principe SMART;
- formations de base BPM pour un certain nombre de détenteurs du processus et pour les coaches internes;
- sessions de coaching spécifiques en soutien des responsables fonctionnels;
- atelier de gestion visant à sensibiliser une classe importante du management à la valeur ajoutée tant opérationnelle que stratégique du BPM;
- développement concret d'analyses BIO pour certains processus tant au sein des services centraux que des services opérationnels.

Un exercice de regroupement des macro-processus à l'intention de l'INAMI et de ses services a aussi démarré dans le trajet BPM en 2007. Ce regroupement identifie les grands domaines de processus de l'INAMI. Ces domaines de processus regroupent des processus individuels semblables. L'objectif est d'arriver à une approche intégrée de l'amélioration des processus, de la gestion des risques et de la mesure des performances. Il s'agit d'un exercice complexe et intensif.

Liste des actions-engagements

1. Créer une première version du regroupement des macro-processus pour l'INAMI. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE 39. Comptabilité analytique

Le présent article comporte une nouvelle action-engagement qui s'inscrit dans le développement d'un projet (art. 39) réalisé dans le cadre du Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Le présent article traite de la modernisation du système comptable liée à une utilisation efficace des moyens par l'instauration d'une comptabilité analytique. Cette orientation est inscrite tant dans le deuxième Contrat d'administration que dans la notification du Conseil des ministres comme un objectif souhaité (imposé), à savoir : « générer et exploiter davantage d'informations analytiques budgétaires et comptables dans le but d'adapter la gestion et d'introduire un système harmonisé de comptabilité analytique pour toutes les IPSS (4) ».

Comme mentionné dans le texte de base du deuxième Contrat d'administration, une étude de faisabilité a été effectuée. Cette étude dresse le bilan de la situation actuelle et analyse la faisabilité de l'instauration d'une comptabilité analytique, en ce compris les avantages et inconvénients, les facteurs critiques de succès, les éléments concrets pour poursuivre le développement de la comptabilité analytique à l'INAMI et l'ébauche d'une solution pour contrer les points faibles.

Entre-temps, une version retravaillée des unités d'œuvre (centres de coûts) est disponible et a déjà été examinée avec les différents services opérationnels.

Outre la livraison des premières données de gestion (à court terme) basées sur les données déjà disponibles (centres de coûts ou unités d'œuvre + certains types de frais comme les frais de personnel et les coûts informatiques), l'objectif est également de définir dans les prochaines années (à un peu plus long terme) les éléments pour la troisième dimension (activités, missions, projets,). Ces éléments doivent répondre aux besoins d'une gestion interne optimale et aux besoins externes.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un premier rapport des données de gestion pour les centres de coûts et un nombre restreint de types de frais. Date-limite : 31 décembre 2009.

ARTICLE N14. Contrôle interne : développement et professionnalisation de l'évaluation et de la gestion des performances

Le présent article comporte un tout nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

L'initiation de l'évaluation des performances à l'INAMI remonte à 2002. Le processus de suivi mis en place dans le cadre de l'exécution du premier contrat d'administration – et les rapports interne et externe y afférents – ont été étayés à l'aide de tableaux de bord.

Entre-temps, le concept des tableaux de bord a été affiné. Dans le cadre de l'élaboration et du suivi du deuxième contrat d'administration, le nombre d'indicateurs a été élargi. Ils restent toutefois limités actuellement à des projets prioritaires spécifiques, et il n'est pas encore question d'un véritable système intégré d'évaluation des performances. Concrètement, l'INAMI dispose de peu d'informations sur les volets suivants :

- des informations clés sur certaines missions de base de l'INAMI (liées à certains engagements du Contrat d'administration);
- des informations limitées sur les objectifs relatifs au fonctionnement interne (peu de données RH et d'informations ICT);
- et sur les facteurs environnementaux pouvant influencer la réalisation des engagements du Contrat d'administration.

Développer davantage l'élaboration et l'utilisation des tableaux de bord, et préparer un tableau de bord intégré pour le Comité de direction sont autant de défis pour les prochaines années. L'analyse des possibilités ICT qui peuvent être utilisées pour ce faire est également importante.

Première étape dans le développement d'informations de gestion est la conception d'un Balanced Scorecard (5) (BSC) pour les RH. Nous avons choisi d'étayer méthodologiquement la mise en place d'un système d'évaluation des performances et la collecte d'indicateurs pertinents en utilisant le Balanced scorecard. Ce modèle permet de suivre et de diriger une organisation. Dans un premier temps, pour permettre au Comité de direction d'ajuster un certain nombre d'éléments clés au sein de l'organisation partant d'un 'mode intégré' (des données relatives à l'emploi, au taux d'absentéisme, au budget, sont suivies simultanément) et non plus de sous-domaines. Et d'autre part pour permettre aux fonctionnaires dirigeants des services opérationnels d'assurer le suivi quotidien et la direction d'une façon structurée et plus détaillée.

Ces dernières années, la nécessité de disposer d'indicateurs utilisables au niveau des RH s'est fait de plus en plus pressante au sein de l'INAMI. Tant le Comité de direction que les services opérationnels soulignent l'importance de la collecte systématique d'informations sur le fonctionnement de l'INAMI en matière de RH (cf. résultats CAF, apport du Comité de direction). Ces informations (sous la forme d'indicateurs) permettront au Comité de direction et aux autres responsables de prendre les 'bonnes' actions selon une orientation stratégique commune. Nous parlons également dans ce cas d'un 'système GRH intégré de gestion des performances' dont les informations sont utilisées dans le processus décisionnel.

En 2008, l'approche méthodologique a déjà été préparée pour ce faire, tout comme une première ébauche d'indicateurs RH. Le 4^e trimestre 2008 verra le lancement des discussions au niveau de la plate-forme RH et du Comité de direction. À compter d'avril 2009, le tableau de bord RH sera effectivement utilisé dans le processus décisionnel.

Liste des actions-engagements

1. Elaboration d'une proposition pour l'informatisation des tableaux de bord du Contrat d'administration. Date-limite : 30 juin 2009.

2. Développement d'un tableau de bord RH comme instrument de gestion pour le Comité de direction. Date-limite : 30 avril 2009.

ARTICLE N15. Gestion des plaintes

Cet article est un nouveau projet qui n'était pas repris dans le contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

La notification du Conseil des Ministres du 11 mai 2006 portant approbation de la deuxième génération des contrats d'administration 2006-2008 prévoyait déjà l'élaboration d'une proposition visant à améliorer l'examen des plaintes déposées auprès des IPSS.

Par ailleurs, dans la note de l'Agence pour la simplification administrative (ASA) consacrée aux projets de simplification administrative dans les IPSS, il était déjà question de la mise en place d'un système de gestion des plaintes.

Ensuite, lors du Conseil des Ministres du 23 juin 2006 consacré à la problématique Des autorités à l'écoute des usagers, un premier avant-projet de loi organisant le droit de plainte et de réclamation auprès des autorités fédérales a été rédigé. Cet avant-projet de loi s'inscrit clairement dans l'amélioration de la performance et de la qualité du service public.

Enfin, la Ministre de la Fonction publique a défini la mise en place de systèmes de gestion des plaintes comme un axe stratégique fort de sa politique. Elle a fait un appel à candidatures auprès de tous les services publics afin de participer à ce projet. L'INAMI s'est porté volontaire. Le SPF P & O coordonne les activités en la matière et notamment par le biais d'un groupe de travail avec tous les Coordinateurs 'Plaintes' des institutions-pilote. Ainsi et à titre d'exemple, un logo unique a été choisi pour l'ensemble des services de gestion des plaintes au niveau fédéral et se retrouvera donc aussi sur notre site web ou encore sur le formulaire de plainte.

Dès lors, à partir du 1^{er} septembre 2008, l'INAMI a décidé de mettre sur pied un système de gestion des plaintes externes.

En mettant en place une gestion standardisée, structurée et centralisée des plaintes, l'INAMI souhaite :

- une amélioration de la qualité des services et du fonctionnement de l'INAMI
- une attention particulière des collaborateurs de l'INAMI aux attentes des « usagers » externes, bénéficiaires de l'assurance ou partenaires (service au public).

Toute personne ou organisation directement en contact avec les services de l'INAMI peut introduire une plainte.

Le SPF P & O définit une plainte de la manière suivante : Une plainte est la réaction d'un client qui utilise/a utilisé les produits ou services d'une organisation publique et qui n'en est pas satisfait. Le client s'attend à ce que l'organisation publique prenne en compte cette réaction. Une plainte doit avoir trait à :

- la fourniture d'un produit/prestation de service
- les résultats de cette fourniture de produit/prestation de service
- le mode d'exécution de la fourniture de produit/prestation de service
- l'application d'une réglementation existante

Seules les plaintes relatives au fonctionnement de l'INAMI et à la qualité de ses services seront traitées (défaut d'information ou de réaction d'un service dans le traitement d'un dossier, problème en matière de paiement effectué par l'INAMI, erreur dans une application informatique interactive via le site web www.inami.fgov.be, communication insuffisante ou peu claire, comportement d'un collaborateur de l'INAMI au niveau de l'accueil téléphonique, d'un examen médical,...).

Sur la base d'un plan de communication détaillé, des actions ont déjà été menées en interne (flash-info, intranet, sessions d'information, présentations au Comité de direction et en réunions de staff des services,) et en externe (dépliant, site web, communiqué de presse, notes au Collège des Administrateurs généraux des IPSS, aux Cellules stratégiques, aux OA, au Collège des Médiateurs fédéraux,...).

Les délais d'accusé de réception et de traitement de la plainte sont respectivement de 10 jours calendrier et 45 jours calendrier. Dans un premier temps, ces délais seront internes. Avant de les communiquer en externe auprès des plaignants, il conviendra de procéder à une évaluation, à savoir dans quelle mesure nous respectons ces délais.

Afin de prendre les actions correctrices éventuellement nécessaires, des rapports d'analyse et de reporting quantitatif et qualitatif seront rédigés à l'attention du Comité de direction.

Liste des actions – engagements

1. Un rapport d'évaluation quantitatif (nombre, fréquence, typologie des plaintes, répartition par services/plaignant/type de problèmes,) et qualitatif (propositions d'amélioration/recommandations) à l'attention du Comité direction. Dates-limite : 30 juin 2009 et 31 décembre 2009.

2. Mise à disposition du plaignant d'un formulaire de plainte en ligne et sécurisé sur notre site web. Date-limite : 1^{er} juillet 2009

3. Une note de synthèse globale sur les résultats de ce nouveau système de gestion des plaintes à l'attention du Comité général de gestion. Date-limite : 31 décembre 2009.

Liste des résultats - engagements

- Respect des délais d'accusé de réception (10 jours calendrier) et de traitement de la plainte (45 jours calendrier). Date-limite : Suivi par tableau de bord à partir du 1^{er} janvier 2009.

7. DEVELOPPEMENT DURABLE

ARTICLE N16. Soutien d'autres pays (e.a. pays en voie de développement) dans la mise en place d'un système de soins de santé solidaire, universel et durable

Le présent article comporte un tout nouveau projet qui ne figurait pas dans le Contrat d'administration 2006-2008.

Contexte

Ce projet vise à contribuer à la mise en place d'un système de santé dans les pays en voie de développement par l'échange de connaissances et d'expériences spécifiques acquises à l'INAMI en matière d'assurance soins de santé.

De nombreux pays aujourd'hui ouvrent le chantier de l'assurance soins de santé. Il y a d'une part les pays qui intègrent l'Union européenne et qui doivent par conséquent se conformer à un certain nombre de « standards » en la matière, et d'autre part les pays en développement qui après s'être attelés aux problèmes économiques, d'infrastructures industrielles et de communication, à la scolarisation des jeunes, à la mise en place d'infrastructures sanitaires de base et à la lutte contre les épidémies et les endémies, constatent la nécessité de se doter d'une assurance soins de santé.

C'est à un tournant politique mondial que l'on assiste aujourd'hui et qui s'est notamment manifesté au niveau européen par l'organisation les 15 et 16 mars 2007 à Paris, conformément aux déclarations du G8 de Saint-Pétersbourg, d'une conférence internationale « Couverture du risque maladie dans les pays en développement : rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté » à laquelle l'INAMI a participé. D'une manière générale, les états veulent reprendre en mains la gestion du système de sécurité sociale des pays. L'assurance soins de santé doit être :

- Solidaire : les riches paient pour les pauvres, les non-malades pour les malades
- Universelle : toute la population doit être couverte, aussi bien le secteur salarié qu'indépendant, mais aussi le secteur informel et les personnes sans ressources financières

▪ Pérenne : le financement doit dépendre de ressources propres et récurrentes des états ou de leur population, les états devant veiller à assurer la stabilité du système face à certains déséquilibres qui pourraient apparaître dans le financement; les ressources venant d'aides extérieures (temporaires) étant principalement allouées à la lutte contre les épidémies, endémies, campagnes de vaccinations, , tout ce qui peut être considéré comme occasionnel ou qui aura à terme une fin.

Partant de ce constat, on observe que les pays projettent leur avenir différemment en matière d'assurance soins de santé.

Actuellement déjà, l'INAMI accueille chaque année des délégations de pays étrangers qui viennent s'informer sur le système belge d'assurance maladie. Il s'agit d'échanges d'informations avec peu de feed-back.

L'INAMI a tout de même eu la chance de connaître au cours des dernières années la mise en place de contacts plus suivis, voire plus structurels, avec un certain nombre de pays, car des liens ont été établis entre diverses actions ponctuelles. Citons la Bulgarie, le Maroc, l'Algérie, le Rwanda.

Afin de fournir des réponses adéquates à chaque pays (qui requièrent une expertise diversifiée sur le plan légistique, budgétaire, médical, informatique, de la micro-finance), proposition est faite de créer une plate-forme de coopération qui permettrait de centraliser les informations en matière d'expertise, laquelle ne se trouve pas toujours entièrement à l'INAMI, et que l'on pourrait consulter pour fournir une réponse appropriée.

Les éléments suivants seront développés en 2009 :

▪ Rédiger un document pour le Comité de direction reflétant l'offre d'expertise que l'INAMI peut mettre à disposition des pays en voie de développement en matière d'assurance soins de santé.

▪ Etablir une base de données de personnes ressources en matière d'assurance soins de santé issues de l'INAMI, mais également d'organismes assureurs, de SPF, d'hôpitaux, d'associations professionnelles médicales, d'universités, d'ONG (micro-finance), de bureaux d'expertise, , ayant une expérience dans différents pays et se préoccupant de la réforme ou de la mise en place d'une telle assurance dans des pays en développement.

▪ Etablir une base de données de personnes ressources issues principalement de l'INAMI, mais également d'organismes assureurs, de la Banque-carrefour, de SPF, , disposées à assurer des modules de formation et lister ces modules (objectifs/contenu/PowerPoint).

▪ Proposer, via le circuit de la coopération technique belge, un programme de formation visant une approche intégrée du système des soins de santé belge et articulé autour de modules (à la carte), afin de permettre à tous les pays inscrits dans le programme de bourses bilatérales directes de stage de s'y inscrire.

Liste des actions-engagements

1. Rédiger un document pour le Comité de direction reflétant l'offre d'expertise que l'INAMI peut mettre à disposition des pays en voie de développement. Date-limite : 30 juin 2009.

2. Etablir une base de données de personnes ressources ayant une expérience spécifique dans le domaine. Date-limite : 30 juin 2009.

3. Etablir une base de données de personnes ressources disposées à assurer des modules de formation. Date-limite : 30 juin 2009.

4. Proposer un programme de formation. Date-limite : 31 décembre 2009.

8. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

Ci-dessous sont mentionnés, de manière non exhaustive, une liste des divers projets de simplification administrative pour lesquels l'INAMI est impliqué et qui seront exécutés en 2009. Un certain nombre de ces projets sont déjà repris comme engagements dans les articles ci-dessus.

1. Applications web interactives, informatisation du traitement de dossiers et échange de données par voie électronique (pex via CareNet/My CareNet (OA), Plate-forme E-health (E-care)) :

● Extension du projet d'enregistrement aux autres dispensateurs concernant l'attribution accélérée du numéro INAMI (Cfr. IBIS & SLA entre le SPF Santé publique et l'INAMI)

● Accréditation des médecins : demandes de reconnaissance individuelles

● Medega : communication des permanences et paiement des honoraires de disponibilité

● Développement d'un module informatique sur le site web de l'INAMI où les médecins pourront consulter et modifier leurs données (ea. l'adresse de contact).

● Mise en oeuvre de la suppression des flux papier (facture récapitulative) des hôpitaux vers les OA (CareNet phase 3) et suppression de la vignette de concordance.

● Mise en production de la consultation et de l'échange de données administratives en ligne pour le secteur des soins à domicile et de la biologie clinique en ambulatoire (laboratoires) (projets-pilote My CareNet).

● Traitement électronique des demandes de remboursement des spécialités pharmaceutiques introduites par les firmes (front office) (suppression des demandes papier).

● Poursuite de l'informatisation du dossier d'invalidité (e-Id), notamment au niveau de l'output, c'est-à-dire la notification de la décision d'invalidité de l'INAMI à l'OA

● Mise en oeuvre du flux électronique et de la base de données concernant la « reprise partielle d'activités autorisées » (en XML via CareNet)

● Introduction des plaintes via formulaire online

● Informatiser et optimiser des demandes de pension d'invalidité au niveau international (e.a. simplification et uniformisation des courriers,...)

● Développement d'un système générique d'enregistrement de données cliniques. L'application générique est en développement pour les implants (projet-pilote des défibrillateurs cardiaques) et pour les données anti-tnf (cfr. e-care).

● « e-prescription » : exploitation des résultats et généralisation du projet-pilote de prescription électronique en milieu hospitalier + étude de son extension en ambulatoire (cfr e-health)

● Utilisation de l'eBox ou d'un environnement semblable au site web de la Cellule technique (<https://tct.fgov.be>) pour la diffusion de statistiques hospitalières

2. Simplification des attestations. C'est la poursuite de la concrétisation des conclusions de la plate-forme de concertation CNMM (mé dico-mut)/CRM (Commission de remboursement du médicament) (cfr. Accord Médecins-OA)

3. Le 23 septembre 2008, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a fait des propositions de simplification administrative pour les personnes atteintes de maladie chronique (ea. l'intégration, en un statut unique, du droit à l'intervention majorée (BIM) et du droit au statut OMNIO, une application systématique du tiers-payant pour les maladies chroniques). L'INAMI fournira sa pleine collaboration à l'exécution des décisions.

Bien entendu, d'autres projets de simplification, notamment en collaboration avec l'Agence pour la simplification administrative, pourront être développés.

9. TABLEAUX DE BORD

1. Séjours hospitaliers anonymes.
2. Pharmanet.
3. Fonds spécial de solidarité.
4. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables.
5. Paiements et perceptions.
6. Montants, honoraires, forfaits et tarifs.
7. Flowdos.
8. Code-barres unique.
9. E-did (dossier d'invalidité électronique).
10. Reprise partielle d'activités autorisées et réadaptation professionnelle.
11. Gestion des plaintes.

(1) Le premier avenant au 2^e contrat d'administration a été conclu en 2007.

(2) Logiciel standard VISIO : logiciel graphique utilisé tant par les responsables fonctionnels des services INAMI concernés (le « business ») que par les « analystes fonctionnels » du Service ICT, pour dessiner les processus organisationnels.

(3) Norme BPMN (Business Process Management Notation) : liste officielle des symboles et types de schémas utilisés pour répertorier les processus organisationnels.

(4) Notification du Conseil des ministres du 31 mars 2006.

(5) Le BSC est un tableau de bord pouvant être introduit pour la globalité de l'organisation ou une partie seulement (ex. GRH). Ce tableau de bord consiste concrètement en une série d'évaluations offrant au management un aperçu rapide et détaillé de l'organisation, ce qui lui permet alors d'implémenter, de mesurer, de communiquer et d'ajuster. Le BSC permet en d'autres termes une gestion « intégrée ».

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE
N. 2010 — 961 [C - 2010/11101]
3 MAART 2010. — Koninklijk besluit
betreffende het in de handel brengen van pyrotechnische artikelen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op de wet van 28 mei 1956 betreffende de ontplofbare en voor de deflagratie vatbare stoffen en mengsels en de daarmee geladen tuigen, artikel 1;

Gelet op advies 47.605/1 van de Raad van State, gegeven op 7 januari 2010, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister voor Ondernemen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Dit besluit voorziet in de omzetting van Richtlijn 2007/23/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 mei 2007 betreffende het in de handel brengen van pyrotechnische artikelen.

Art. 2. § 1. Dit besluit stelt de fundamentele veiligheidseisen vast waaraan pyrotechnische artikelen moeten voldoen om in de handel te kunnen worden gebracht.

§ 2. Dit besluit is van toepassing op pyrotechnische artikelen zoals gedefinieerd in artikel 3, 1^o tot en met 5^o.

§ 3. Dit besluit is niet van toepassing op :

1^o pyrotechnische artikelen bestemd voor niet-commercieel gebruik, overeenkomstig de nationale wetgeving, door strijdkrachten, politie of brandweer;

2^o uitrusting die onder het toepassingsgebied valt van het koninklijk besluit van 23 december 1998 inzake uitrusting van zeeschepen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1973 houdende zeevaartinspectiereglement;

3^o pyrotechnische artikelen bestemd voor gebruik in de lucht- en ruimtevaartindustrie;

4^o klappertjes die speciaal zijn ontworpen voor speelgoed die onder het toepassingsgebied van het koninklijk besluit van 4 maart 2002 betreffende de veiligheid van speelgoed vallen;

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE
F. 2010 — 961 [C - 2010/11101]
3 MARS 2010. — Arrêté royal
relatif à la mise sur le marché d'articles pyrotechniques

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la Constitution, l'article 108;

Vu la loi du 28 mai 1956 relative aux substances et mélanges explosibles ou susceptibles de déflager et aux engins qui en sont chargés, l'article 1^{er};

Vu l'avis 47.605/1 du Conseil d'Etat, donné le 7 janvier 2010, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition du Ministre pour l'Entreprise,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le présent arrêté transpose la Directive 2007/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 mai 2007 relative à la mise sur le marché d'articles pyrotechniques.

Art. 2. § 1^{er}. Le présent arrêté énonce les exigences de sécurité essentielles auxquelles les articles pyrotechniques doivent satisfaire en vue de leur mise sur le marché.

§ 2. Le présent arrêté est applicable aux articles pyrotechniques tels que définis à l'article 3, 1^o à 5^o.

§ 3. Le présent arrêté n'est pas applicable :

1^o aux articles pyrotechniques destinés à être utilisés à des fins non commerciales, conformément à la législation nationale, par les forces armées, la police ou les corps de sapeurs-pompiers;

2^o aux équipements tombant dans le champ d'application de l'arrêté royal du 23 décembre 1998 relatif aux équipements marins et modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l'inspection maritime;

3^o aux articles pyrotechniques destinés à être utilisés dans l'industrie aérospatiale;

4^o aux amorces à percussion conçues spécialement pour des jouets tombant dans le champ d'application de l'arrêté royal du 4 mars 2002 relatif à la sécurité des jouets;