

Art. 6. Dit besluit en de bijgevoegde bestuursovereenkomst hebben uitwerking met ingang van 1 januari 2002.

Art. 7. Onze Minister van Begroting, Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Ambtenarenzaken en modernisering van de openbare besturen zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 8 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Begroting,
J. VANDE LANOTTE

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

De Minister van Ambtenarenzaken
en Modernisering van de openbare besturen,
L. VAN DEN BOSSCHE

Art. 6. Le présent arrêté et le contrat d'administration ci-annexé produisent leurs effets le 1^{er} janvier 2002.

Art. 7. Notre Ministre du Budget, Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de la Fonction publique et de la modernisation de l'administration sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 8 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre du Budget,
J. VANDE LANOTTE

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

Le Ministre de la Fonction publique
et de la Modernisation de l'administration,
L. VAN DEN BOSSCHE

Bijlage bij het koninklijk besluit van 8 april 2002

BESTUURSOVEREENKOMST TUSSEN DE STAAT EN HET RIJKSINSTITUUT
VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING (RIZIV)

INHOUD

Lijst van de afkortingen
Inleidende bepalingen

TITEL I : definities

Artikel 1. Definities

TITEL II : opdrachten en taken

Artikel 2. Opdrachten en taken

Artikel 3. De operationele opdrachten

Artikel 4. De ondersteunende opdrachten

TITEL III : krachtlijnen

Artikel 5 : Krachtlijnen

TITEL IV : doelstellingen

Artikel 6. Anoniem ziekenhuisverblijf

Luik 1 : Verbetering van de kwaliteit en van de termijnen waarbinnen de statistische gegevens per anoniem ziekenhuisverblijf ter beschikking worden gesteld

Luik 2 : Intensifiëren van het gebruik van de statistische gegevens per « Anoniem ziekenhuisverblijf » in synergie tussen de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) en de Dienst voor geneeskundige controle (DGC) B Opmaken van studies

Artikel 7. Bijzonder solidariteitsfonds

Artikel 8. Beheer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten

Artikel 9. Farmanet

Artikel 10. Herwaardering van de statistische en boekhoudkundige gegevens

Artikel 11. Activering van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Artikel 12. Modernisering en vereenvoudiging van de informatiestromen betreffende de verzekerbaarheid

Artikel 13. Informatie aan de zorgverleners

Artikel 14. Gewestelijke invaliditeitscommissies

TITEL V : andere projecten

Artikel 15.

Voorbereidende werkzaamheden met het oog op de invoering van de Maximumfactuur (MAF)

Herdefiniëren van de revalidatiesector

Werking van de organen (tevredenheidsenquêtes, objectiveren van de personeelseffectief waarop een beroep wordt gedaan voor de vergaderingen, voorstellen inzake herschikking/heroriëntering,...)

TITEL VI : verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers**Gedragsregels***Artikel 16.**Artikel 17.**Artikel 18.**Artikel 19.**Artikel 20.**Artikel 21.***ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGINGEN***Artikel 22. Formulieren*

Aanvraagformulier voor de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Vragenlijst betreffende de beroepsactiviteit in het kader van de arbeidsongeschiktheidsaangifte door zelfstandigen

Kennissegeving van de beslissingen in het kader van de erkenning van de behoefte aan de hulp van een derde persoon

Kennissegeving van de beslissingen in het kader van een gedeeltelijke of volledige opschorting van de uitbetaling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens afwezigheid tijdens een medisch controleonderzoek

Artikel 23. Procedures

Verspreiden van informatie naar de verzekeringsinstellingen

Administratieve vereenvoudiging van de accreditering van de geneesheren en ondersteuning van de lokale kwaliteitsgroepen

Procedure voor de terugbetaling van rolstoelen

TITEL VII : methodes waarmee de graad van verwezenlijking van de doelstellingen en de gedragsregels kunnen worden gemeten en gevolgd*Artikel 24.***TITEL VIII : verbintenissen van de Staat***Artikel 25.**Artikel 26.**Artikel 27.**Artikel 28.***TITEL IX : de beheerskredieten en het maximumbedrag voor de personeelskredieten voor het statutair personeel***Artikel 29.**Artikel 30.**Artikel 31.**Artikel 32.***TITEL X : positieve sancties voor het Instituut indien de verbintenissen zijn nagekomen en oplossingen of sancties ingeval de verbintenissen die uit deze overeenkomst voortvloeien, niet zijn nagekomen***Artikel 33.***TITEL XI : slotbepalingen***Artikel 34.**Artikel 35.***BIJLAGE 1 : de taken van het Instituut****I. OPERATIONELE BASISOPDRACHTEN***Financiële opdrachten.*

Betalen

Innen

Verdelen

Terugvorderen

Administratieve opdrachten

Vergunnen

Controleren

Regelen (behandeling van de geschillen)

Reglementeren

Meedelen

Organiseren

Informereren

Adviseren

Andere

II. ONDERSTEUNENDE BASISOPDRACHTEN*Beheer van de human resources**Beheer van de roerende en onroerende goederen**Financiële beheer**Beheer van de informatieverwerking***BIJLAGE 2 : de boordtabellen****BIJLAGE 3 : de beheersbegroting****I. ALGEMENE PRINCIPES***1. Opdrachten- versus beheersbegroting**2. Constante prijzen 2002***II. ALGEMENE BEREKENINGSMETHODEN***1. Voor de personeelskosten**2. Voor de werkingskosten**3. Voor de investeringskosten**4. Voor de informatica-uitgaven 171***Lijst van de afkortingen**

AG	Adviserend geneesheer
AZV	Anoniem ziekenhuisverblijf
BSF	Bijzonder solidariteitsfonds
CDZ	Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen
CEG	Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen
CGD	College van geneesheren-directeurs
CIV	Centrum voor informatieverwerking
CVG	Commissie voor de vergoeding van geneesmiddelen
CVV	Controledienst voor de verzekeringen
DGC	Dienst voor geneeskundige controle
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging
DOSZ	Dienst voor overzeese sociale zekerheid
GC-GRI	Gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit
GRI	Geneeskundige raad voor invaliditeit
GVU	Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
HKZIV	Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering
INSZ	Identificatienummer sociale zekerheid
KSZ	Kruispuntbank van de sociale zekerheid
LCM	Landsbond der christelijke mutualiteiten
LLM	Landsbond van liberale mutualiteiten
LNZ	Landsbond van de neutrale ziekenfondsen
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
LOZ	Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen
MAF	Maximumfactuur

MKG	Minimale klinische gegevens
MvM	Maatschappij voor mechanografie voor de toepassing van de sociale wetten
NIC	Nationaal intermutualistisch college
NIS	Nationaal instituut voor de statistiek
NMBS	Nationale maatschappij der belgische spoorwegen
NVSM	Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSVZ	Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen
RSZ	Rijksdienst voor sociale zekerheid
RSZPPO	Rijksdienst voor sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten
RVP	Rijksdienst voor pensioenen
SELOR	Selectiebureau van de federale overheid
VI	Verzekeringsinstelling
WIGW	Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen

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

Inleidende bepalingen

Overwegende :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en

gelet op het advies van het Basisoverlegcomité van het RIZIV, uitgebracht op 3 mei 2000;

gelet op de instemming van het Beheerscomité van het RIZIV, betuigd op 7 april 2000 met het voorontwerp van bestuursovereenkomst en op 21 december 2001 met de ontwerp overeenkomst waarover met de regering is onderhandeld;

gelet op de controle op de coördinatie en consistentie van de ontwerpen van bestuursovereenkomst van de verschillende openbare instellingen van sociale zekerheid, op 28 april 2000 uitgevoerd door het College van openbare instellingen van sociale zekerheid overeenkomstig artikel 6 van het voornoemde koninklijk besluit van 3 april 1997;

gelet op de instemming van de regering na beraadslaging in de Ministerraad van 21 december 2001;

wordt, voor de periode van 1 januari 2002 tot 31 december 2004, overeengekomen wat volgt tussen,

— de Belgische Staat, vertegenwoordigd door de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen, de heer Frank Vandebroucke, de Minister van Ambtenaren Zaken en Modernisering van de Openbare besturen, de heer Luc Van Den Bossche en de Minister van Begroting, Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie, de heer Johan Vande Lanotte.

en

— Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, vertegenwoordigd door de heer Joseph Gillain, voorzitter van het Algemeen beheerscomité, de heer Johan De Cock, administrateur-generaal en de heer Georges Grinberg, adjunct-administrateur-generaal :

TITEL I. — Definities

Artikel 1. — Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder :

1. « Instituut » : het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
2. « Algemeen beheerscomité » : het algemeen beheerscomité van het Instituut bedoeld in artikel 11 van de voornoemde gecoördineerde wet.
3. « Algemene raad » : de algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 15 van de voornoemde gecoördineerde wet.
4. « Verzekeringscomité » : het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 22 van de voornoemde gecoördineerde wet.
5. « Bijzonder solidariteitsfonds » : het fonds dat is opgericht bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut krachtens artikel 25 van de voornoemde gecoördineerde wet.
6. « Beheerscomité van de mijnwerkers » : het beheerscomité bedoeld in artikel 78bis van de voornoemde gecoördineerde wet.
7. « Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen » : het beheerscomité bedoeld in artikel 79 van de voornoemde gecoördineerde wet.
8. « Comité van de Dienst voor geneeskundige controle » : het comité bedoeld in artikel 140 van de voornoemde gecoördineerde wet.
9. « Comité van de Dienst voor administratieve controle » : het comité bedoeld in artikel 160 van de voornoemde gecoördineerde wet.
10. « Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen » : het beheerscomité bedoeld in artikel 39, § 1, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid ten voordele van de zelfstandigen.
11. « Verzekeringsinstellingen » : de landsbonden, bedoeld in artikel 6 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 5 van de voornoemde gecoördineerde wet en de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, bedoeld in artikel 6 van de voornoemde gecoördineerde wet.
12. « Boordtabellen » : de boordtabellen als bedoeld in artikel 10, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

TITEL II. — Opdrachten en taken

Artikel 2. — Opdrachten en taken

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

In dat raam heeft het Instituut als opdracht :

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

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

1. de operationele opdrachten, die de taken omvatten die de Administratie moet uitvoeren om haar wettelijke verplichtingen in de ruime zin na te komen;
2. de ondersteunende opdrachten, die alle middelen omvatten die noodzakelijk zijn voor de werking van de Administratie.

Artikel 3. De operationele opdrachten

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

De financiële opdrachten bestaan erin te :

Betalen : het Instituut doet stortingen aan verschillende gebruikers. Het kan bijvoorbeeld gaan om laboratoria, pensioenkasen of zorgverleners.

Innen : het gaat om de controle op de verzekeringsplicht en de inning van bedragen ten laste van de gepensioneerden (bijdragen geneeskundige verzorging), de verzekeringsmaatschappijen (bijdragen op verzekeringspremies en bijkomende premies) en de farmaceutische firma's (heffingen per verpakking en heffingen op omzetcijfers). Het gaat ook om de inning van de boetes ten laste van zorgverleners.

Verdelen : enerzijds verdeelt het Instituut fondsen onder de verzekeringsinstellingen voor de financiering van de prestaties en voor die van hun eigen werking en anderzijds stort het een deel van de inkomsten aan andere sociale parastatalen omdat die een dekking inzake geneeskundige verzorging waarborgen.

Terugvorderen : het Instituut vordert bepaalde onrechtmatig verleende prestaties terug (met inbegrip van de overschrijdingen van enveloppen) alsook verschuldigde maar niet geïnde bijdragen.

De administratieve opdrachten bestaan erin (te) :

Toe te kennen : het Instituut stelt verschillende rechten vast en kent ze toe in het raam van met name de verwerking van :

- aanvragen om aanneming voor vergoeding van geneesmiddelen en implantaten;
- accrediteringsaanvragen;
- forfaitaire honoraria voor klinische biologie en medische beeldvorming die aan ieder ziekenhuis worden toegekend;
- aanvragen om tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds;
- invaliditeitsdossiers;
- enz.

Controleren : dit begrip houdt het volgende in

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

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

Reglementeren : over het algemeen delen alle diensten van het Instituut instructies mee aan de verzekeringsinstellingen in de vorm van omzendbrieven. De Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen beschikken bovendien over een specifieke verordenende bevoegdheid.

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

Organiseren : het Instituut staat in voor de werking van de beheersorganen van de verschillende diensten alsook van talrijke overleg-, erkennings- en bestraffingsorganen.

Informeren : het Instituut beheert heel wat databanken die het in staat stellen om statistieken op te stellen die intern of extern worden verspreid. Het voert talrijke studies uit en publiceert ze. De ontwikkeling en de modernisering van de externe communicatie maken deel uit van de strategische prioriteiten van het Instituut.

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

In bijlage 1 gaat een gedetailleerde beschrijving van de hieraan verbonden opdrachten en taken.

Artikel 4. — De ondersteunende opdrachten

Het gaat om opdrachten waarvoor het Instituut zelf de gebruiker is.

Zij bestaan uit :

- **het beheer van het personeelseffectief, met inbegrip van de interne communicatie;**
- **het beheer van de roerende en onroerende goederen;**
- **het beheer van de financiën;**
- **het beheer van de informatieverwerking.**

In bijlage 1 gaat een gedetailleerde beschrijving van die opdrachten en taken die hieraan zijn verbonden.

TITEL III. — Krachtlijnen

Artikel 5. — Krachtlijnen

Tussen de Staat en het Instituut is overeengekomen om 4 grote krachtlijnen in aanmerking te nemen waarvoor de administratie, in het raam van haar bevoegdheid en voor de uitoefening van haar taken, de noodzakelijke menselijke en materiële middelen zal inzetten en de meetinstrumenten zal ontwikkelen die noodzakelijk zijn voor de opvolging van hun uitvoering.

De volgende krachtlijnen zijn in onderling overleg tussen de partijen overeengekomen :

1. de medewerking van het Instituut aan de ontwikkeling van de informatie en van de middelen die nodig zijn voor de beheersing van de uitgaven aangaande de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
2. de verbetering van de administratieve dienstverlening aan de gebruikers die de verzekering genieten - om te kunnen beantwoorden aan de bepalingen van het handvest van de sociaal verzekerde en om de toegankelijkheid tot de verstrekkingen van de verzekering te waarborgen - en aan de verschillende partijen die aan de opdrachten van het Instituut meewerken;
3. de medewerking, op adequate wijze, aan de eenvormige toepassing van de wetgeving zoals bepaald in de GVU-wet;
4. de vereenvoudiging en de verbetering van de administratieve procedures.

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

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

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

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

Met elk van de 4 opgesomde krachtlijnen stemmen precieze doelstellingen overeen die aan het Instituut en zijn administratie zijn opgedragen.

De partijen komen overeen om voor de periode van **1 januari 2002 tot 31 december 2004** de doelstellingen, de gedragsregels en de administratieve vereenvoudigingen vast te stellen die in de titels IV, V en VI, zijn opgenomen.

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

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

TITEL IV. — Doelstellingen

Artikel 6. — Anoniem ziekenhuisverblijf

Omschrijving

Verbeteren van de kwaliteit en de termijnen waarbinnen de statistische gegevens per « Anoniem ziekenhuisverblijf » ter beschikking worden gesteld, en intensifiëren van de exploitatie van deze gegevens (synergie tussen de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor geneeskundige verzorging).

Kader

Informeren en adviseren.

Krachtlijnen

- Bijdrage tot de beheersing van de uitgaven.
- Bijdrage tot de eenvormige toepassing van de wetgeving

Luik 1 : Verbetering van de kwaliteit en van de termijnen waarbinnen de statistische gegevens per anoniem ziekenhuisverblijf ter beschikking worden gesteld

Context

Sinds enkele jaren krijgt het Instituut van de verzekeringsinstellingen gegevens betreffende de anonieme ziekenhuisverblijven die AZV-gegevens worden genoemd. Die gegevens, die betrekking hebben op de verblijven in een algemeen ziekenhuis (buiten de daghospitalisatie) die in de loop van een kalenderjaar zijn geëindigd, worden uit zes boekhoudkwartalen gehaald. Ze moeten worden verstrekt binnen een termijn van zes maanden na het einde van de gedekte boekhoudperiode ¹. Met andere woorden, in het beste geval beschikt het RIZIV over de basisgegevens betreffende een bepaald dienstjaar binnen een termijn van één jaar na het einde van dat dienstjaar. Op dat ogenblik begint het valideringswerk van de bestanden, dat wordt uitgevoerd door de SMALS-MvM volgens de instructies van de Dienst :

— in een eerste fase, uitvoeren van voorafgaande controles om de volledigheid van de gegevens en de afwezigheid van ernstige anomalieën betreffende de inhoud van elke zone te verifiëren, zoals zones met een onleesbaar formaat of die onbestaande gegevens of gegevens buiten de instructies bevatten, die ipso facto de opmaak van nieuwe bestanden vereisen;

— in een tweede fase en alleen in geval de bestanden na het stadium van voorafgaande controles worden aanvaard, uitvoeren van veel fijnere controles die een precieze diagnose mogelijk maken van de vergissingen in de inhoud van elke zone en van het gebrek aan samenhang tussen zones van een zelfde record (gemiddelde kostprijs, enz.), die leiden tot de verwerping ervan, en zelfs tot de weigering van alle bestanden wanneer de omvang van de vergissingen te aanzienlijk wordt geacht.

Eens de controles beëindigd zijn, worden de gegevens van de zeven verzekeringsinstellingen verzameld zodat men voor elke verpleeginrichting over volledige gegevens beschikt, en worden er exploitatiebestanden aangelegd om te voldoen aan de behoeften van de beheersinstanties, maar ook van de technische cel die is opgericht bij het Ministerie van Volksgezondheid en het RIZIV.

Die AZV-gegevens moesten aanvankelijk om de twee jaar door de verzekeringsinstellingen worden verstrekt : zo bezit de Dienst voor geneeskundige verzorging vandaag de gegevens 1995 en 1997. De programmawet van 24 december 1999 heeft echter het jaarlijks verstrekken van die gegevens verplicht gemaakt.

In de praktijk rijzen veel problemen met betrekking tot de termijnen voor de aflevering van de magneetbanden, de kwaliteit van de geleverde bestanden en de termijnen voor de opmaak van exploiteerbare bestanden. Daaruit vloeit voort dat de recentste beschikbare gegevens, betrekking hebben op de verblijven van 1997.

Bovendien moet er mee rekening worden gehouden dat de bestanden in € zullen moeten worden omgezet vanaf de gegevens 2001 (aangezien deze laatste gegevens zullen bevatten die geboekt zijn tijdens de eerste zes maanden van 2002).

De Dienst is van plan om in nauwe samenwerking met de verzekeringsinstellingen maatregelen uit te werken om de kwaliteit, en vooral de termijnen waarbinnen de gegevens ter beschikking moeten worden gesteld, te verbeteren.

Stand van zaken

- de gegevens 1995 en 1997 zijn respectievelijk sinds augustus 1999 en september 2001 beschikbaar;
- na analyse van de overeenstemmende voorafgaande controles zijn alle bestanden betreffende de in 1998 en 1999 beëindigde verblijven geweigerd en teruggestuurd naar de verzekeringsinstellingen, samen met een gedetailleerde inventaris van de vastgestelde anomalieën ²;
- de verzekeringsinstellingen hebben zich ertoe verbonden voor de verblijven 1998 en 1999 zo vlug mogelijk nieuwe bestanden, te bezorgen, gelet op de omvang van de correcties die moeten worden aangebracht en op de eurovoorschriften;
- aangezien de programma's voor het verkrijgen van de gegevens 2000 gebaseerd zijn op die van de vorige edities, is overeengekomen met de verzekeringsinstellingen om bij voorrang de vorige edities te corrigeren alvorens de bestanden voor 2000 op te maken; die bestanden zullen dus al met een lichte vertraging worden bezorgd, die vandaag moeilijk kan worden geschat.

Lijst van de verbintenissen

1. Het Instituut verbindt zich ertoe in 2002 de verschillende versies van de AZV-bestanden 1998, 1999 en 2000, die zullen worden bezorgd, grondig te analyseren, systematisch ten behoeve van elke verzekeringsinstelling een gedetailleerd verslag op te stellen over de volledigheid en de kwaliteit van haar gegevens en eventueel vergaderingen te organiseren met elke verzekeringsinstelling of met alle verzekeringsinstellingen samen om de geïdentificeerde problemen te verhelpen;
2. Het Instituut verbindt zich ertoe om onder andere aan de technische cel RIZIV-Volksgezondheid, gevalideerde AZV-gegevens ter beschikking te stellen ³ binnen een termijn van negen maanden na ontvangst van het laatste aanvaardbare bestand dat nodig is voor het aanleggen van een representatieve gegevensbank;
3. Het Instituut verbindt zich ertoe, de voormelde termijn vanaf 2004 terug te brengen van negen tot zes maanden.

Verwachte effecten

1. Verbetering van de termijnen voor het bezorgen, door de verzekeringsinstellingen, van aanvaardbare bestanden;
2. Verbetering van de kwaliteit van de geëxploiteerde gegevens;
3. Verbetering van de termijnen die noodzakelijk zijn voor het ter beschikking stellen van gevalideerde gegevens ten opzichte van het jaar waarop de verblijven betrekking hebben.

Luik 2 : Intensifiëren van het gebruik van de statistische gegevens per « Anoniem ziekenhuisverblijf » in synergie tussen de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) en de Dienst voor geneeskundige controle (DGC) - Opmaken van studies

Context

Voor elk van de ziekenhuisverblijven (ongeveer 1,8 miljoen per jaar) worden verschillende parameters ingezameld zoals :

- de identificatie van de inrichting;
- de identificatie van de dienst;
- de leeftijdscategorie van de patiënt;
- de duur van het verblijf;
- het tijdsinterval tussen de opnamen;
- de geneeskundige verstrekkingen;
- de verstrekkingen inzake klinische biologie, medische beeldvorming;
- de gebruikte farmaceutische producten.

De AZV-gegevens bevatten geen informatie over de pathologie van de patiënt. Via een link met de MKG (Minimale Klinische Gegevens) kan deze informatie bekomen worden. Deze gelinkte gegevens zijn aanwezig in de Technische cel opgericht bij het Instituut en het Ministerie.

Na selectie van de medisch vergelijkbare verblijven kunnen de variaties in het medisch verbruik worden vastgesteld.

De gehanteerde gegevens bevatten enkel informatie over de hospitalisatiefase; prestaties of geneesmiddelen die vóór of na het verblijf verleend werden, zijn niet opgenomen in de gegevens. Dit vormt een intrinsieke beperking op de exploitatie van de gegevens.

Lijst van de verbintenissen

1. Bestuderen van één domein of medische discipline per jaar in een gemengde werkgroep DGV-DGC ter opsporing van verblijven waar de regels van de nomenclatuur mogelijks niet gerespecteerd werden of waar mogelijks overbodige prestaties werden verricht;
2. Informeren van de overlegorganen of andere aanbelangende organen over de vaststellingen en de conclusies van de studie;
3. Informeren van de betrokken instellingen over hun praktijk;
4. Informeren van de LOK's over de vaststellingen en conclusies i.v.m. de medische praktijk;
5. Voorstellen van wijzigingen en verduidelijkingen van de reglementering.

Verwachte effecten

1. Een vermindering van de onverklaarde afwijkende ziekenhuispraktijken die door de studie zijn geïdentificeerd zowel op medisch vlak als op het vlak van de facturering;
2. In voorkomend geval een bijsturing van de wettelijke en reglementaire bepalingen i.v.m. het studieonderwerp.

Artikel 7. — Bijzonder solidariteitsfonds

Omschrijving

Verkorten van de termijnen voor de administratieve behandeling van de individuele dossiers die onder de bevoegdheid vallen van het Bijzonder Solidariteitsfonds en uitbreiding van de procedure met informatie voor de patiënt.

Kader

Toekennen.

Krachtlijn

Verbeteren van de dienstverlening aan de gebruiker.

Context

Het Bijzonder Solidariteitsfonds dat is opgericht bij artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, heeft als taak onder bepaalde voorwaarden tegemoetkomingen te verlenen voor uitzonderlijke geneeskundige verstrekkingen die geen recht geven op een vergoeding door de verzekering voor geneeskundige verzorging, met inbegrip van de farmaceutische producten. Een van die voorwaarden is dat die verstrekkingen betrekking moeten hebben op een zeldzame aandoening die de vitale functies van de rechthebbende aantast.

De aanvragen om vergoeding door het Bijzonder Solidariteitsfonds worden voornamelijk behandeld door het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV.

Zoals uit de peilingen over de jongste maatregelen blijkt, kan de termijn voor de behandeling van de dossiers door het Bijzonder Solidariteitsfonds⁴ oplopen tot dertien maanden (b.v. de dossiers waarvoor een advies wordt gevraagd aan de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten of waarvoor medisch-wetenschappelijke informatie moet worden ingewonnen bij de zorgverleners).

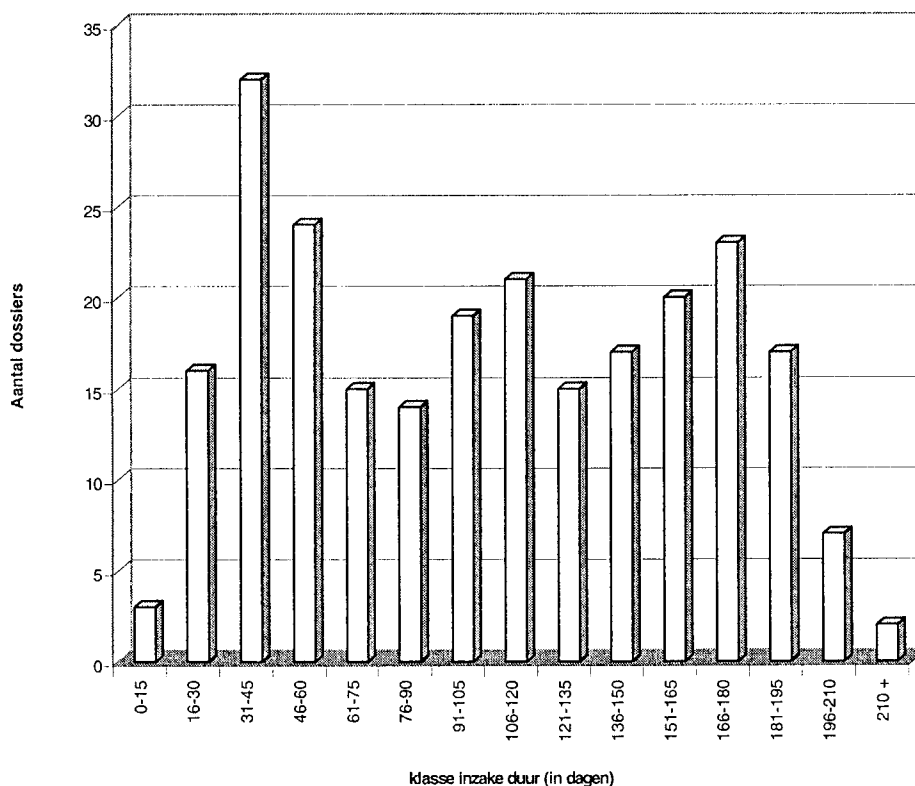
Er zijn verschillende maatregelen genomen om de werking van de Administratie en van het College in het raam van het Bijzonder Solidariteitsfonds te verbeteren :

- voor de aanvragen is een standaardformulier opgesteld dat door de adviserend geneesheer moet worden ingevuld om de kwaliteit en de volledigheid van de aanvragen te verbeteren;
- het College heeft beslist dat de dossiers die ondanks alles, toch aan de verzekeringsinstellingen worden teruggestuurd omdat er administratieve gegevens ontbreken, vooraf zullen worden gecontroleerd teneinde na te gaan of de noodzakelijke informatie volledig is;
- er worden regelmatig voorstellen geformuleerd om verstrekkingen die niet langer beantwoorden aan de doelstellingen van het Bijzonder Solidariteitsfonds omdat zij door de evolutie van de geneeskunde geen bijzonder karakter meer vertonen, in de nomenclatuur op te nemen;
- de mogelijkheid dossiers door één lid van het College te laten afhandelen, is geformaliseerd in het koninklijk besluit van 26.2.2001 (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 28.2.2001);
- het vragen van adviezen aan de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten en aan de Technische Farmaceutische Raad is beperkt tot de geneesmiddelen waarover voordien nog geen advies is geformuleerd, en tot bijkomende informatie of een bijwerking van de informatie;
- het sociaal verslag voor verstrekkingen in het buitenland wordt niet langer voorzien.
- om praktisch te werken zijn de teams die instaan voor het secretariaatswerk en de uitvoering van de beslissingen van het College van geneesheren-directeurs samengebracht in één team.

Stand van zaken

- Er zijn 2.700 aanvragen om tegemoetkoming behandeld in 2000.
- Aan de hand van een steekproef van 245 afgehandelde dossiers, is berekend dat de termijn om een dossier te finaliseren (met inbegrip van inlichtingen die bij derden zijn ingewonnen) varieert tussen 0,5 en 13 maanden. De volgende grafiek illustreert de situatie van die 245 dossiers (gemiddelde klasse : 91-105 dagen).

Bijzonder Solidariteitsfonds

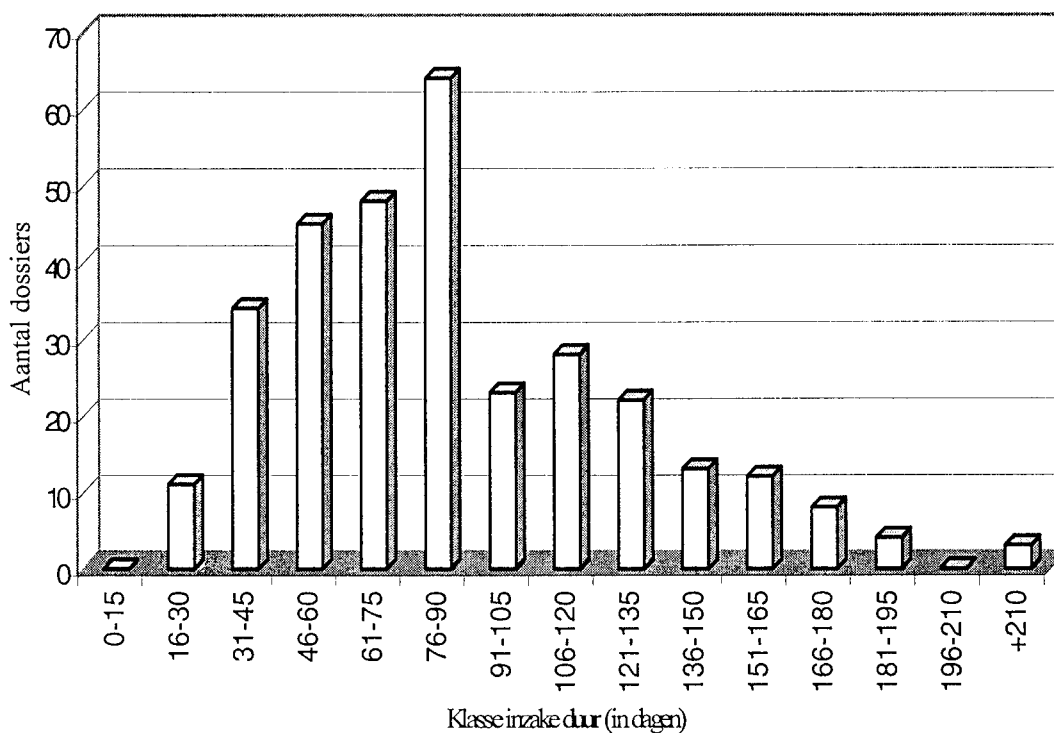


Tijd tussen datum « volledig dossier RIZIV » en datum « kennisgeving aan de V.I. » - toestand 2000.

Gedurende de eerste 8 maanden van 2001 zijn 1578 aanvragen om tegemoetkoming.

Aan de hand van een steekproef van 315 afgehandelde dossiers, is berekend dat de termijnen variëren tussen 25 dagen (0,8 maanden) en 396 dagen (13,2 maanden), met een gemiddelde van 86 dagen (2,8 maanden) (mediane waarde : 79 dagen (2,6 maanden)). De volgende grafiek illustreert de situatie van die 315 dossiers.

Bijzonder Solidariteitsfonds



Tijd tussen datum « volledig dossier RIZIV » en datum « kennisgeving aan de VI » - toestand eerste 8 maanden van 2001

Lijst van de verbintenissen

1. De maximale termijnen voor de behandeling van de individuele dossiers verkorten;
2. Iedere nieuwe aanvraag vanaf 1 juli 2002 in het informaticasysteem invoeren;
3. Een bestand van geïnformatiseerde medische gegevens aanleggen om homogeniteit in de behandeling van de dossiers te bevorderen;
4. Het aantal dossiers dat naar de verzekeringsinstellingen (V.I.) is teruggestuurd tellen vanaf het eerste jaar en een inventaris maken van de redenen van terugzending op het einde van het derde jaar;
5. De sociaal verzekerden beter informeren over het bestaan van het BSF en de voorwaarden die vereist zijn om een tegemoetkoming te genieten door een informatiebrochure te verspreiden die de volgende informatie bevat :
 - de aard van de tegemoetkomingen door het Bijzonder solidariteitsfonds;
 - de stappen die bij de verzekeringsinstelling moeten worden ondernomen om een aanvraag in te dienen;
 - de verschillende fasen van behandeling van het dossier (alsook de problemen die kunnen rijzen en de vertraging die kan worden opgelopen bij de behandeling van het dossier);
6. De brochure aan de verzekeringsinstellingen, de belangengroepen, patiëntenverenigingen,... of, op verzoek, rechtstreeks aan de sociaal verzekerden bezorgen;
7. De inhoud van de brochure aanpassen aan de evolutie van de reglementering en de feed-back van de « verbruikers »;
8. De sociaal verzekerden die een dossier hebben ingediend bij het BSF beter informeren, door hen een brief te sturen binnen vijftien werkdagen na de beslissing door het CGD om hen op de hoogte te stellen van de positieve of negatieve beslissing van het College en hen door te verwijzen naar de verzekeringsinstelling voor de motivering van de beslissing en eventueel de concrete uitvoeringsmodaliteiten ervan - Daarnaast hebben de verzekeringsinstellingen zich ertoe verbonden, hun leden in te lichten over de datum van indiening van hun dossier bij het RIZIV;
9. Een jaaroverzicht opstellen van de beslissingen die door het BSF zijn genomen;
10. Vanaf het tweede jaar het aantal klachten van sociaal verzekerden registreren betreffende de hangende dossiers;
11. Een jaarverslag opmaken over het aantal klachten en de typologie ervan.

Verwachte effecten

1. Een snellere indiening van de dossiers door de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV
2. Een vermindering van het aantal onvolledige dossiers die door de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV worden ingediend
3. Sneller onderzoek van de dossiers door het CGD
4. Snellere afhandeling van de dossiers die tot de bevoegdheid van het BSF behoren, vanaf de indiening van de aanvraag in het ziekenfonds tot het op de hoogte stellen van de verzekerde

Artikel 8. — Beheer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten

Omschrijving

De procedures tot vaststelling en wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van farmaceutische specialiteiten optimaliseren.

Kader

Organiseren, adviseren en toekennen.

Krachtlijnen

- Vereenvoudiging en verbetering van de administratieve procedures.
- Bijdrage tot de beheersing van de uitgaven.

Context

Artikel 6 van de richtlijn 89/105/EEG van de Raad van 21 december 1988 betreffende de doorzichtigheid van de maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opneming daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg, stelt de procedure vast voor het opstellen van een positieve lijst en legt een termijn van maximum 180 dagen op om de procedure te beëindigen. Deze termijn wordt overgenomen in artikel 35bis, § 3 van de gecoördineerde GVVU-wet

Het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) ontvangt de aanvraagdossiers in verband met de vergoedbaarheid van farmaceutische specialiteiten en volgt ze op doorheen de procedure tot en met de eventuele bijwerking van de lijst van vergoedbare specialiteiten. Alle relevante gegevens worden bijgehouden in een performant datasysteem.

Het betreft volgende types van dossiers ⁵ :

1. De vraag tot opname van een specialiteit in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten. De specialiteit wordt ingedeeld in een van volgende meerwaardeklassen :
 - Klasse I : specialiteit met een aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven;
 - Klasse II : specialiteit zonder aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven en niet behorend tot klasse III;
 - Klasse III : generische specialiteiten en « kopie »-specialiteiten.
2. De vraag tot wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van een specialiteit.
3. De vraag tot schrapping van een specialiteit uit de lijst van vergoedbare specialiteiten.

Interne deskundigen bereiden de taak van de CTG voor. Ze evalueren de door het bedrijf geleverde verantwoording waarop het voorstel qua vergoedingsmodaliteiten werd gebaseerd.

In de procedure is bepaald dat de CTG op basis van een ingediend dossier een gemotiveerd voorstel doet dat binnen 150 dagen aan de Minister wordt voorgelegd. De Minister heeft 30 dagen tijd om een gemotiveerde beslissing te nemen en mee te delen aan de aanvrager.

Bij ontstentenis van een beslissing binnen 180 dagen, wordt de specialiteit vergoedbaar volgens de vergoedingsmodaliteiten voorgesteld door het farmaceutisch bedrijf.

De doelstelling bestaat erin de procedure tot opname van een specialiteit in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten te optimaliseren : met een passende kwaliteitsbegeleiding van de Commissie en doeltreffende werkmethoden moeten de reglementaire termijnen kunnen worden nageleefd zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de beslissingen en zonder dat onverantwoord wordt gehandeld op budgettaire vlak ⁶.

Meer concreet gaat het erom :

- De wettelijke termijnen na te leven :
 - door de administratieve verwerking van het dossier efficiënt uit te voeren;
 - door de CTG te stimuleren tot efficiënte besprekingen op basis van een gestandaardiseerd besluitvormingsmodel;
 - door nauwkeurig te waken over het tijdsverloop en in functie daarvan tijdig en gepast te reageren.
- Kwaliteitsvolle ondersteuning te bieden om te komen tot transparante en coherente besluitvorming op basis van de gegevens uit het datasysteem : vergoedingsmodaliteiten en administratieve informatie van reeds vergoedbare specialiteiten.
- Op basis van een farmaco-economische evaluatie de doelmatigheid van de specialiteit te beoordelen. Op basis van deze geobjectiveerde en verifieerbare informatie kan het beschikbare budget rationeler aangewend worden.

Daarnaast zal :

In samenwerking met de vertegenwoordigers van de farmaceutische bedrijven een communicatieplan worden opgemaakt zodat een bedrijf snel en efficiënt toezicht kan houden op het verloop van een dossier in de procedure.

Omschrijving van de verbintenissen

1. a. Definiëren van een computersysteem voor de uitwerking van een elektronische gegevensuitwisseling met de farmaceutische industrie : aanvragen tot opname, tot wijziging en tot schrapping kunnen worden ingediend en de ontvankelijkheid ervan kan worden vastgesteld; melding van de stand van zaken en het tijdsverloop van het dossier op de sleuteldata;
 - b. Implementeren van het computersysteem voor de elektronische gegevensuitwisseling met de farmaceutische industrie;
2. Verhogen van de doeltreffendheid van de administratieve procedure bij de behandeling van de dossiers :
 - Evalueren en toetsen van het voorstel van het bedrijf aan de bestaande vergoedingsmodaliteiten in de databank, met eventueel een formulering en motivering van het voorstel van de Dienst, ter voorbereiding van de taak van de CTG;
 - Definiëren van de standaardisatie van begrippen en documenten, met inbegrip van de dossiers die aan de leden van de CTG worden voorgelegd;
 - Implementeren van de standaardisatie van de dossiers die aan de leden van de CTG worden voorgelegd;
 - Evalueren van het besluitvormingsproces en eventueel voorstel tot correcties.
3. Respecteren van de wettelijke termijnen;
4. Beschikken over een uitgebreide databank (in de dienst) die volgende gegevens bevat :
 - de beschrijving van de vergoedbare specialiteiten;
 - de administratieve en farmacotherapeutische criteria van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten;
 - de historiek van de gegevens over de administratieve behandeling van de aanvragen.

Verwachte effecten

1. Een rationeler beheer van het beschikbaar budget;
2. Het terugbrengen van de doorlooptijd voor de procedures tot wijziging, tot de termijn van 180 dagen.

Artikel 9. — Farmanet

Omschrijving

De verwerking en de verspreiding van de Farmanetgegevens verbeteren.

Kader

Informeren en adviseren.

Krachtlijnen

- Verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers;
- Bijdrage tot de beheersing van de uitgaven.

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 waarin gegevens worden verstrekt over : *welk geneesmiddel is op welk ogenblik voorgeschreven door wie en voor een persoon van welke leeftijd, welk geslacht⁷, 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. Daartoe heeft het Comité een communicatieplan uitgewerkt dat bestaat uit :

1. de voorstelling van de globale jaarlijkse gegevens voor de organen van het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, de universiteiten (enz.) : de farmaceutische boordtabellen;
2. het toesturen aan de algemeen geneeskundigen van hun persoonlijke gegevens inzake voorschrijfgedrag en tevens aan hun LOK;
3. het toesturen van geglobaliseerde gegevens per kwalificatie aan de beroepsverenigingen van de verschillende medische specialismen.

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

1. 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.;
2. de ondersteuning van de werkzaamheden van de Commissie voor de Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (CTG) : standaardfiche met gegevens die de CVG inlichten over het voorschrijven van gelijkwaardige geneesmiddelen, die bij het dossier met de vergoedingsaanvraag van een geneesmiddel is gevoegd.
3. de ondersteuning van de werkzaamheden in de Algemene Raad inzake de eenvormige toepassing van de wetgeving in het hele land;
4. de gegevensoverdracht aan derden die een aanvraag hebben ingediend die door het EEG ontvankelijk is verklaard in het raam van wetenschappelijke of didactische werkzaamheden.

Om Farmanet efficiënter te maken, gaat de administratie verbintenissen aan in de verschillende hieronder vermelde domeinen.

Updating van de gegevens

Farmanet moet recent zijn. Het is immers essentieel dat de geneesheren zeer snel beschikken over hun voorschrijversprofiel om zoveel mogelijk bij de actualiteit te kunnen aansluiten, maar vooral om de voorschrijvers de mogelijkheid te bieden concreet wijzigingen in hun profiel vast te stellen wanneer zij een verschillend voorschrijfgedrag hebben aangenomen.

Ter informatie :

- de publicatie van de boordtabellen van juni 1998 had betrekking op de gegevens van 1996;
- de publicatie van de boordtabellen van november 1999 had betrekking op de gegevens van 1997;
- de publicatie van de boordtabellen van juli 2000 had betrekking op de gegevens van 1998;
- de campagne bij de algemeen geneeskundigen van december 1999 had betrekking op de gegevens van 1997;
- de campagne bij de algemeen geneeskundigen van mei 2000 had betrekking op de gegevens van 1998;
- de campagne bij de algemeen geneeskundigen van december 2000 had betrekking op de gegevens van 1999;
- de campagne bij de geneesheren-specialisten van november 1999 had betrekking op de gegevens van 1997;
- de campagne bij de geneesheren-specialisten van juni 2001 had betrekking op de gegevens van 1998 en 1999;

Betrouwbaarheid en informatiegehalte van de gegevens

De gegevens afkomstig van Farmanet moeten betrouwbaar en relevant zijn. De huidige gegevens moeten worden uitgebreid en geconsolideerd.

De aanvoer van nieuwe gegevens (de registratie van de voorschrijf- en factureringsgegevens op een uniek spoor ⁸⁾ enerzijds en de mogelijkheid om met chronologische gegevens te werken anderzijds zouden een meer gedetailleerde analyse van de gegevens moeten mogelijk maken.

Mededeling van de gegevens

De gegevens afkomstig van Farmanet moeten begrijpelijk zijn en geleverd worden op een drager ad hoc (éénvoudig, rijk aan mogelijkheden, aantrekkelijk en gebruiksvriendelijk).

De papieren drager waarop thans de voorschrijfsprofielen worden verzonden, is zeker niet de meest geschikte, om verschillende redenen, waaronder voornamelijk de moeilijke visualisatie van de informatie en het gebrek aan chronologische informatie.

Ook al zijn de algemene Farmanet-gegevens sinds enkele maanden te raadplegen op de website van het Instituut, toch is het nodig nog meer gebruik te maken van het elektronisch verkeer.

Twee stappen kunnen reeds voor de volgende drie jaren in uitzicht worden gesteld :

de uitbreiding van de algemene gegevens die op de website kunnen worden geraadpleegd;

de mogelijkheid voor elke zorgverlener om er zijn persoonlijke gegevens te raadplegen (met persoonlijke toegangscode zoals die welke door de banken worden gebruikt).

Lijst van de verbintenissen

1. Intervenieren bij de verzekeringsinstellingen en de tarifieringsdiensten om de termijnen van gegevensoverdracht te verkorten en de kwaliteit ervan te verbeteren : het sturen van een jaarverslag dat de vaststellingen en eventuele richtlijnen omvat;
2. De CEG jaarlijks een verslag voorleggen met de reacties van de gebruikers op de campagne alsook eventuele voorstellen tot verbetering, zowel wat de inhoud als de opmaak van de gegevens betreft;
3. De CEG snel de nodige gegevens verschaffen (volgens het uniek spoor) om de farmaceutische macro boordtabellen op te maken;
4. Het snel doorvoeren van de door de CEG bepaalde jaarlijkse informatiecampagnes bij de geneeskundigen en de specialisten, en een snelle publicatie van de farmaceutische boordtabellen;
5. Het uitbreiden van de algemene Farmanet-gegevens die op internet te raadplegen zijn (door onder meer chronologische gegevens erin op te nemen);
6. Aan de voorschrijvers de mogelijkheid bieden hun persoonlijke gegevens op internet te raadplegen.

Verwachte resultaten

1. De verkorting van de termijnen voor het ter beschikking stellen van de gegevens door de verzekeringsinstellingen en een betere kwaliteit van die gegevens.
2. De maximalisering van de cost/efficiency-verhouding inzake het voorschrijven van farmaceutische producten (via een meer intensieve sensibilisatie van de voorschrijvers betreffende hun voorschrijfgedrag en de kosten die eruit voortvloeien).

Artikel 10. — Herwaardering van de statistische en boekhoudkundige gegevensOmschrijving

De mogelijkheden versterken van het statistische en boekhoudkundige apparaat, hoofdzakelijk op het vlak van de opvolging van de uitgaven op basis van een analyse van de verschillende factoren die de kwaliteit, de waarde en de uitvoeringstermijnen ervan kunnen beïnvloeden.

Kader

Informeren en adviseren

Krachtlijnen

- Bijdrage tot de beheersing van de uitgaven;
- Verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers;
- Vereenvoudiging en verbetering van de administratieve procedures.

Context

De administratie heeft voor het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging heel wat cijfergegevens nodig. Voor het afsluiten van de jaarrekeningen van de verschillende verzekeringsstakken of voor de verdeling van de ontvangsten onder de verschillende verzekeringsinstellingen gaat het om zeer globale gegevens. Zij worden meer gedetailleerd wanneer de uitgaven voor de volgende jaren moeten worden vastgesteld of wanneer de financiële weerslag van een wijziging in het systeem moet worden berekend. Ten slotte worden die gegevens nog meer verfijnd wanneer men ofwel de individuele productie van elke zorgverlener wil kennen om hem te kunnen situeren in de statistische verdeling van zijn collega's, ofwel de productie van elke verpleeginrichting om de forfaitaire financiering van bepaalde disciplines op grond van de behandelde pathologie te kunnen organiseren, ofwel de productie van elk laboratorium om de overschrijding van de begrotingsenvelop voor ambulante klinische biologie terug te vorderen.

De verzekeringsinstellingen bezorgen aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut de boekhoudkundige en statistische basisgegevens. Die gegevens zijn in de loop der jaren, op een zeer uiteenlopende manier verzameld en verwerkt, rekening houdende met de behoeften die in verschillende directies zijn geformuleerd.

Thans kan worden vastgesteld dat :

- de bestanden die moeten worden bezorgd, een samenraapsel zijn van toevoegingen, wat een logische structurering van de gegevens in de weg staat;
- de verschillende gegevens die moeten worden verstrekt, en het volume van de gegevens die moeten worden verwerkt, voortdurend bleven stijgen;
- de kwaliteit van de gegevens die de verzekeringsinstellingen ter beschikking stellen en de naleving van de termijnen kritisch moeten worden geanalyseerd;
- de procedures voor de validering van de gegevens door het Instituut voor een steeds grotere werkbelasting zorgen;
- de actualisatiegraad en de aard van de gegevens die ter beschikking worden gesteld, de aanvragers niet altijd tevreden stelt;
- de termijn voor het ter beschikking stellen van de statistische en boekhoudkundige gegevens achter liggen op de termijnen voor de procedures voor het opstellen van de begrotingsdoelstellingen en de procedures voor het onderhandelen van overeenkomsten en akkoorden.

Voorts is vastgesteld dat de geboekte gegevens die maandelijks door de verzekeringsinstellingen worden meegedeeld, een onregelmatig verloop kennen dat onmogelijk het gevolg kan zijn van de evolutie van de morbiditeit en het medisch verbruik.

Misschien zijn die variaties het gevolg enerzijds van een voortdurende wisseling in de snelheid en de regelmaat waarmee de ziekenhuizen hun facturatiegegevens indienen, anderzijds van het gebrek aan regelmaat waarmee sommige verzekeringsinstellingen de door hen aanvaarde uitgaven opnemen in de boekhoudkundige documenten die ze aan het RIZIV moeten overmaken. Door die onregelmatigheid is het onmogelijk om tijdig de nodige maatregelen te nemen teneinde de uitgaven te beheersen. Het is derhalve van het grootste belang dat de facturering door de ziekenhuizen en de boeking door de verzekeringsinstellingen van de bedragen verschuldigd door de verplichte verzekering snel en regelmatig gebeuren.

In afwachting van de invoering van maatregelen ter bevordering van een grotere coherentie tussen de werkelijke evolutie van de gezondheidsuitgaven en die van de bedragen die in het kader van de verplichte verzekering zijn geboekt, zal het Instituut de gegevens per verstrekkingperiode regelmatig exploiteren.

De bedoeling is de mogelijkheden van het statistische en boekhoudkundige apparaat, hoofdzakelijk op het vlak van de opvolging van de uitgaven, te versterken op basis van een analyse van de verschillende factoren die de kwaliteit, de waarde en de uitvoeringstermijnen ervan kunnen beïnvloeden, en door de invoering van een bestendige monitoring van de stromen van de financiële gegevens.

Omschrijving van de verbintenissen

1. Een inventaris opmaken van de statistische en boekhoudkundige gegevens die de verzekeringsinstellingen aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën hebben bezorgd, van de beheersinformatie die de administratie op basis van die gegevens heeft opgesteld, van het gebruik dat van die informatie wordt gemaakt teneinde het nut ervan vast te stellen;
2. Het Verzekeringscomité en de Algemene raad een verslag bezorgen met richtlijnen voor een eventuele herstructurering van de statistische en boekhoudkundige gegevens;
3. Een inventaris opmaken van maatregelen die zowel in het Instituut als bij de verzekeringsinstellingen worden overwogen om de termijnen voor het ter beschikking stellen van de gegevens te verkorten en de kwaliteit ervan te verbeteren; dat geldt zowel voor de door de verzekeringsinstellingen geleverde gegevens als voor de door het Instituut geproduceerde informatie;

4. Analyseren
 - voor elk ziekenhuis van de snelheid en de regelmaat van de facturering alsook van de kwaliteit van de gefactureerde gegevens;
 - voor elke verzekeringsinstelling van de snelheid en de regelmaat zowel van de verwerking van de magneetband-facturatie als van de boeking van de vergoede bedragen;
5. Nieuwe regels voorstellen voor de facturatie door de ziekenhuizen en voor de boeking door de verzekeringsinstellingen waardoor het RIZIV de werkelijke evolutie van de uitgaven beter kan opvolgen;
6. Elk jaar een vergelijkende tabel opstellen van de evolutie van de uitgaven per verstrekingsperiode en per boekingsperiode voor de belangrijkste categorieën van verzorging;
7. Op basis van een analyse van de consumptie van de verzorging in verband met chronische pathologieën of met de veroudering van de bevolking, voorstellen uitwerken voor de uitbreiding van de statistische gegevens tot bepaalde kenmerken van de verzekerde bevolking;
8. Voorstellen formuleren voor de aanpassing van de termijnen van de procedures tot vaststelling van de begrotingen waarbij meer rekening wordt gehouden met de beschikbaarheidstermijnen van de beslissende beheers-informatie.

Verwachte effecten

1. De kwaliteit van de door de verzekeringsinstellingen meegedeelde gegevens verbeteren;
2. De termijn voor het ter beschikking stellen van cijfergegevens verkorten;
3. De boekhoudkundige en de statistische gegevens enerzijds, en de evolutie van de consumptie van de verzorging anderzijds beter op elkaar afstemmen;
4. De mogelijkheden van het Instituut om te anticiperen op de evolutie van de uitgaven (preciezer technische ramingen) verbeteren.

Artikel 11. — Activering van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Omschrijving

Evalueren van de voorwaarden voor de gedeeltelijke hervatting van activiteiten die door de adviserend geneesheer moet worden toegestaan, in het licht van een betere sociale wederopname van de arbeidsongeschikte gerechtigde, van de voordelige gevolgen van de nieuwe cumulatieregule (uitkeringen/inkomsten uit de toegestane arbeid) en van de voorwaarden en voordelen van een overheveling van de herscholing naar de uitkeringsverzekering.

Kader

Reglementeren, informeren en adviseren.

Krachtlijn

- Verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers.
- Vereenvoudiging en verbetering van de procedures.

Context

De arbeidsongeschiktheid impliceert de stopzetting van elke « beroeps »activiteit (zelfs wanneer de activiteit, bijvoorbeeld, vrijwillig wordt uitgeoefend). De adviserend geneesheer kan onder bepaalde voorwaarden, die in de reglementering zijn bepaald, toestaan dat de arbeidsongeschikte gerechtigde bepaalde activiteiten hervat (artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet).

Wanneer men een beroepsactiviteit heeft hervat, kan met een cumulatieregule het bedrag van de uitkering worden bepaald op basis van het bedrag van de inkomsten. In de loop van het dienstjaar 2002 zou een nieuwe cumulregel van toepassing moeten worden. Enerzijds beoogt de voorgestelde doelstelling de evaluatie van de algemene toelatingsvoorwaarden voor de gedeeltelijke hervatting (voorwaarden die aan de adviserend geneesheer en de gerechtigde worden opgelegd) en anderzijds, de positieve gevolgen van de nieuwe cumulatieregule die recent is ingediend.

Naast de toegelaten hervattingen van activiteiten die gecumuleerd worden met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, bestaat er een andere manier om de inactiviteit wegens arbeidsongeschiktheid te verhelpen : de herscholing. Krachtens de huidige⁹, wettelijke bepalingen, wordt die bevoegdheid door het College van geneesheren-directeurs uitgeoefend. Dit College kan

- aan het Verzekeringscomité voorstellen om overeenkomsten te sluiten met herscholingsinrichtingen;
- een beslissing nemen over de tenlasteneming of niet van herscholingskosten in het kader van de individuele aanvragen die ofwel rechtstreeks door de rechthebbenden, ofwel via de adviserend geneesheren zijn ingediend.

In de praktijk bestaan er geen overeenkomsten meer met herscholingsinrichtingen en het aantal individuele tegemoetkomingsaanvragen is klein. Bovendien kan de gepastheid van de aanvraag enkel worden geëvalueerd in het licht van de gegevens die de adviserend geneesheer het best kan beoordelen.

Hierbij komt nog dat de tegemoetkomingsaanvragen beter kaderen in de uitkeringsverzekering dan in de verzekering voor geneeskundige verzorging omdat het gewoonlijk gaat om de dekking van verblijfskosten, reiskosten, inschrijvingskosten voor cursussen en examens, of nog, voor testen inzake beroepsoriëntering, enz.

Aangezien het merendeel van de aanvragers arbeidsongeschikt zijn, lijkt het ten slotte aangewezen om die bevoegdheid naar de Geneeskundige raad voor invaliditeit over te hevelen (uitkeringsverzekering).

De te vervullen voorwaarden om die overheveling uit te voeren en de voordelen die men er hoopt uit te halen, vergen echter een voorafgaande analyse die door de Dienst voor geneeskundige verzorging samen met de Dienst voor uitkeringen moet worden verricht.

De informatie over de gedeeltelijke hervatting die nu beschikbaar is beperkt zich tot het aantal gevallen of de voorwaarden waaraan de gerechtigde moet voldoen en die in de toelating van de adviserend geneesheer zijn omschreven.

Stand van zaken

- Aantal gevallen van toegestane hervattingen en percentage hervattingen voor het jaar 2000
 - > primaire ongeschiktheid : 8.119 voor 355.668 gevallen, dit is 2,28 %
 - > invaliditeit : 10.400 voor 184.109 invaliden, dit is 5,65 %
- Aantal beslissingen genomen door het College van geneesheren-directeurs in verband met de herscholing

	1998	1999	2000
Totaal aantal genomen beslissingen	452	458	503
Totaal aantal betrokken rechthebbenden	379	352	395
Percentage ongunstige beslissingen	7 %	6 %	8 %

Lijst van de verbintenissen

1. Evalueren van de algemene voorwaarden die nu in het kader van de toelating van een gedeeltelijke hervatting van bepaalde activiteiten zijn vastgelegd, en voorstellen formuleren ter aanpassing of wijziging van die voorwaarden na onderzoek met alle betrokken instanties.
2. **Onder voorbehoud van de bevestiging van de invoering** ervan - evalueren van de aangepaste nieuwe cumulatieregel en voorstellen van eventuele correcties op basis, onder andere, van het onderzoek van de gevallen van gerechtigden die hebben gekozen voor het behoud van de vroegere cumulatieregel.
3. Invoeren van een ruimere inzameling van gegevens op het vlak van de activering of de gedeeltelijke hervatting van activiteiten, in samenwerking met de verzekeringsinstellingen en doorsturen van de gegevens via een elektronische drager.
4. Opmaken van een verslag waarin de voorwaarden en de voordelen van een overheveling van de herscholing naar de uitkeringsverzekering worden omschreven.

Verwachte effecten

1. Verbetering van de financiële toestand van de rechthebbenden die een toegelaten activiteit hebben hervat.
2. Verhoging van het percentage toegelaten gedeeltelijke activiteitshervattingen, meer in het bijzonder voor gerechtigden in invaliditeit.
3. Verhoging van het aantal arbeidsongeschikte personen die gekozen hebben voor een herscholing.

Artikel 12. — Modernisering en vereenvoudiging van de informatiestromen betreffende de verzekeraarbaarheidOmschrijving

Moderniseren en vereenvoudigen van de informatiestroom tussen de verzekeringsinstellingen en de Dienst voor administratieve controle, met betrekking tot de verzekeraarbaarheid van de rechthebbenden van de verzekering.

Kader

Controleren, informeren en adviseren.

Krachtlijnen

- Vereenvoudiging en verbetering van de administratieve procedures.
- Uitwerken van doelgerichte controles met betrekking tot de verzekeraarbaarheid van de gerechtigden en de rechthebbenden.

Context

De verzekeringsinstellingen zijn er op dit ogenblik toe gehouden nominatieve ledenlijsten F voor alle categorieën van gerechtigden, betaalstaten voor alle bijdrageverschuldigde gerechtigden, en statistische verzamelstaten E per categorie en leeftijdsgroep voor gerechtigden over te maken aan de Dienst voor administratieve controle en het Centrum voor informatieverwerking van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De periodiciteit voor het opmaken van deze bescheiden dienen opgemaakt te worden, varieert van drie maanden tot één jaar.

In samenspraak en na akkoord met de verzekeringsinstellingen werden voornoemde bescheiden tot één enkel document herwerkt. De informatie die niet relevant was voor de diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering werd weggelaten, en het nieuwe uitgewerkte ledenbestand zal nog slechts tweemaal per jaar moeten worden doorgestuurd.

De vervanging van de bestaande documenten door de nieuwe gegevensstroom betekent alleszins een administratieve vereenvoudiging voor de verzekeringsinstellingen.

Reeds in de loop van het jaar 2001 is het nieuwe ledenbestand op elektronische wijze aan de Dienst voor administratieve controle overgemaakt, te weten per 31 augustus 2001. Dit nieuwe bestand geeft, weliswaar op anonieme wijze, een overzicht van alle bij de ziekenfondsen ingeschreven gerechtigden en rechthebbenden en van de codes rechthebbende waaruit hun hoedanigheid kan afgeleid worden.

De realisatie van de nieuwe gegevensstroom en het beheer van de gegevens van deze stroom zal het mogelijk maken om op systematische wijze de verzekeraarbaarheid te controleren. Dit was aan de hand van de bestaande documenten niet mogelijk.

De gegevens die op voornoemde bescheiden voorkomen zullen voor twee doeleinden worden gebruikt, enerzijds voor het uitvoeren van financiële bewerkingen door de uitgaven te relateren aan de ledentallen per regeling en per categorie van rechthebbenden en anderzijds voor het uitwerken van doelgerichte controles op de verzekeraarbaarheid van de rechthebbenden.

Vertrekkende van de nieuwe ledenbestanden zal de Dienst voor administratieve controle bepaalde groepen van gerechtigden controleren en dit met het doel om enerzijds de verzekeraarbaarheid en dus het recht op de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen en uitkeringen te waarborgen en anderzijds om tot een betere controle van de uitgaven van de verzekering te komen door het terugvorderen van bedragen die onrechtmatig door de verzekeringsinstellingen aan de verzekerden werden toegekend.

Uiteindelijk moeten deze controles ertoe leiden dat het aantal door de verzekeringsinstellingen begane vergissingen bij de toepassing van de regelgeving inzake verzekeraarbaarheid daalt.

De dossiers van de gerechtigden die niet in regel zijn voor de toekenning van een verzekeraarbaarheid — het kan gaan om het ontbreken van bescheiden zoals bijdragebons of het niet betalen van verschuldigde persoonlijke bijdragen — zullen worden geselecteerd en bij de ziekenfondsen waarbij de betrokkenen zijn ingeschreven of aangesloten, worden onderzocht.

De Dienst voor administratieve controle zal tussenbeide komen bij instellingen die in gebreke blijven bij het uitreiken van verklaringen of die de attesten laattijdig bezorgen.

Ingevolge het feit dat op basis van het ledenbestand de verzekerden kunnen opgespoord worden die niet in regel zijn met hun verzekeraarbaarheid, kunnen door de inspecteurs van de Dienst voor administratieve controle doelgerichte controles worden uitgevoerd. Omdat er mag van uitgegaan worden dat niet alle dossiers van niet-verzekerde gerechtigden en rechthebbenden zullen kunnen worden gecontroleerd, zal de controle bij voorrang uitgevoerd worden bij de ziekenfondsen met het procentueel grootst aantal niet verzekerde gerechtigden en rechthebbenden.

Lijst van de verbintenissen

1. Ontwikkelen van programma's voor de administratieve controle met het oog op de identificatie van speciale categorieën van rechthebbenden.
2. Ontwikkelen van programma's die toelaten verschillende situaties te vergelijken om anomalieën op te sporen.
3. Opmaken van een verslag waarin de uitgevoerde studies worden beschreven en de anomalieën worden geïdentificeerd alsook de kritieke situaties die een gerichte controle bij de ziekenfondsen vereisen.
4. Opmaken van een verslag waarin per type van controle het aantal uitgevoerde verificaties en hun resultaten worden opgenomen.
5. Een significante toename van de controle inzake verzekeraarbaarheid.
6. Verbetering van de controle op de uniforme toepassing van de reglementering.

Artikel 13. — Informatie aan de zorgverleners

Omschrijving

Voor de (toekomstige) zorgverleners gemakkelijk begrijpbare informatie inzake administratieve structuren, procedures en reglementeringen, produceren en verspreiden.

Kader

Informeren.

Krachtlijnen

- Bijdrage tot de beheersing van de uitgaven;
- Verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers;
- Bijdrage tot de eenvormige toepassing van de wetgeving.

Context

De doelstelling beoogt het goed inlichten van de zorgverleners op het stuk 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.

De vaststellingen van de DGC duiden op het bestaan van deze inbreuken :

	<i>Preventieve onderzoeken (fouten)</i>	<i>Waarvan % louter reglementaire overtredingen</i>	<i>Repressieve onderzoeken (fraude)</i>
1997	837	77 %	179
1998	1122	86 %	159
1999	1089	80 %	234
2000	1078	67 %	162

De dienstverlening aan de zorgverlener bestaat erin dat hij, zonder alle wetteksten te moeten uitpluizen, een beter zicht krijgt 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.

Het meedelen van informatie zal gebeuren aan de hand van modules die een bepaald domein van de regelgeving bestrijken.

Deze modules worden opgesteld, verspreid tussen de zorgverleners en ter beschikking gesteld van de onderwijsinstellingen die zorgverleners opleiden. Gezien de frequente wijzigingen moeten de modules constant worden bijgehouden.

Men kan een onderscheid maken in algemene modules die voor alle of grote categorieën zorgverleners nuttig zijn zoals :

- hoe moet men een getuigschrift voor verstrekte hulp opstellen ?
- hoe moeten verstrekkingen aangerekend worden in een verzorgingsinstelling ?
- hoe moet men een voorschrift opstellen ?
- hoe moet het register van verstrekte zorgen worden opgesteld ?
- hoe moeten radiologie en klinische biologie worden aangevraagd ?
- voorstelling van het RIZIV;

daarnaast bestaan specifieke modules die slechts voor een beperkte categorie zorgverleners van toepassing is :

- beschrijving van het gebruik van de nomenclatuur huisarts;
- beschrijving van het gebruik van de nomenclatuur specialist;
- beschrijving van het gebruik van de nomenclatuur kinesitherapie;
- beschrijving van het gebruik van de nomenclatuur verpleegkundige verzorging.

De verspreiding van de modules gebeurt

- via de onderwijsinrichtingen;
- door deelname van ambtenaren van de Dienst voor geneeskundige controle (DGC) aan symposia;
- seminars en Lok groepen;
- door opsturen op aanvraag;
- via internetsite.

Lijst van de verbintenissen

Gedurende het eerste jaar van de overeenkomst verbindt de DGC zich ertoe

een inventaris op te stellen :

1. Van de meest nuttige informatie, de onderscheiden doelgroepen, de verschillende modules die aan de meest pregnante nood beantwoorden;
2. In de loop van het tweede jaar verbindt de DGC zich tot het opstellen van twee algemene en twee specifieke modules;
3. Vanaf het tweede jaar verbindt de DGC zich tot het bijgewerkt houden van de beschikbare modules;
4. In de loop van het derde jaar verbindt de DGC zich tot het verspreiden van de beschikbare modules;
5. In de loop van het derde jaar verbindt de DGC zich tot het opstellen van een vijfde en zesde module.

Verwachte effecten

1. Vermindering van de vormfouten in het aanrekenen van verstrekkingen;
2. Verbetering van de relatie tussen zorgverleners en overheid.

Artikel 14. — Gewestelijke invaliditeitscommissies

Omschrijving

Monitoring van de geneeskundige procedure van controle op de toekenning van invaliditeitsuitkeringen in de GC-GRI.

Kader

Toekennen

Krachtlijnen

- Bijdrage tot de beheersing van de uitgaven;
- Verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers;
- Bijdrage tot de eenvormige toepassing van de wetten.

Context

A. Inleiding

De werking van de Hoge Commissie (GRI) en van de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI), ingesteld bij de Dienst voor uitkeringen bij artikel 81 van de gecoördineerde wet van 14.7.1994, valt onder toepassing van de artikelen 172 tot 176 van het koninklijk besluit van 3.7.1996. De opdracht van de Geneeskundige raad voor invaliditeit bestaat erin om de invaliditeitstoestand te evalueren.

B. Omschrijving van de procedure van toekenning van de invaliditeitsuitkeringen.

De evaluatie en de controle van de arbeidsongeschiktheid tijdens het eerste jaar (dit is de periode van primaire ongeschiktheid) wordt hoofdzakelijk toevertrouwd aan de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen. Indien de ongeschiktheid langer dan één jaar duurt, bevindt de verzekerde zich in « invaliditeit ».

De invaliditeitstoestand moet evenwel door de Geneeskundige raad voor invaliditeit worden erkend. Op het einde van de primaire periode stelt de adviserend geneesheer van het ziekenfonds daartoe ten behoeve van die Raad een gedetailleerd medisch verslag op met een voorstel van beslissing inzake invaliditeit.

Vervolgens moet de Hoge commissie van die raad zich uitspreken over de invaliditeitstoestand (begin van invaliditeit of verlenging). Indien de Hoge commissie een lichamelijk onderzoek nodig acht om zich te kunnen uitspreken, bezorgt zij het dossier aan een Gewestelijke commissie.

De Gewestelijke commissies van de GRI bestaan uit een geneesheer-inspecteur-directeur van de betrokken provinciale dienst, een geneesheer-inspecteur die door hem is aangesteld en minstens twee adviserend geneesheren die tot verschillende verzekeringsinstellingen behoren.

De Gewestelijke commissies voeren de door de GRI gevraagde lichamelijke onderzoeken uit en stellen voor de raad een verslag op. In sommige gevallen beslissen zij om de invaliditeit te beëindigen.

C. Vaststellingen

In de periode 1994-2000 zijn schommelingen in het aantal vergaderingen van de GC-GRI en de lichamelijke onderzoeken vastgesteld :

Jaar	Aantal zittingen	Aantal lichamelijke onderzoeken
1994	1 427	8 607
1995	1 438	8 590
1996	1 568	9 572
1997	1 596	9 827
1998	1 396	7 905
1999	1 698	8 056
2000	1 850	9 767

Het niet beschikbaar zijn van adviserend geneesheren, de bijzondere eis om een vergadering zo samen te stellen dat wordt gewaarborgd dat het dossier wordt onderzocht door een adviserend geneesheer van een andere verzekeringsinstelling dan die van de betrokken verzekerde, het gebrek aan soepelheid in de organisatie van de vergaderingen van de Gewestelijke commissies dat te wijten is aan het gecentraliseerde karakter van het administratieve beheer van die commissies, zijn allen factoren welke die schommelingen in het aantal vergaderingen kunnen verklaren.

Eén van de opdrachten van de Dienst voor geneeskundige controle (DGC) bestaat erin van de activiteiten van de adviserend geneesheer te controleren in het kader van zijn opdracht van evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit (Art. 139 van de GVVU-wet).

Gelet op de schommelingen in het aantal zittingen en het aantal personen die voor een lichamelijk onderzoek worden opgeroepen, zowel op nationaal als op provinciaal (« gewestelijk ») vlak, moet de dienst voor geneeskundige controle aandacht besteden aan de eenvormige toepassing van de wetgeving in de gewestelijke commissies en de behandeling van de individuele invaliditeitsdossiers.

D. Stand van zaken - vaststellingen betreffende de « kwaliteit van de procedure » van het geneeskundig proces in de controle op de toekenning van de invaliditeitsuitkeringen.

In de periode februari-maart 2000 is op initiatief van de DGC een eerste evaluatie gemaakt betreffende de kwaliteit van de dossiers die door de adviserend geneesheren (AG) bij de procedure van voorstel tot invaliditeit, zijn samengesteld. Er zijn in totaal 1.859 dossiers geëvalueerd, die zijn voorgelegd in 291 vergaderingen van de GCGRI (en 6 huisbezoeken) : op basis van 4 evaluatiecriteria zijn 221 « anomalieën » vastgesteld, met andere woorden, in 11,4 % van de dossiers.

Samengevat waren de vastgestelde « anomalieën » als volgt verdeeld :

- een beslissing om een einde te maken aan de arbeidsongeschiktheid had door de AG moeten worden genomen : 91 gevallen (41 %);
- de beslissing van erkenning of verlenging van de invaliditeit had door de Hoge commissie moeten worden genomen zonder dat de verzekerde moest worden opgeroepen : 55 gevallen (25 %);
- het door de adviserend geneesheer geformuleerde voorstel, van begin van invaliditeit of verlenging van de invaliditeit was onvoldoende gemotiveerd : 53 gevallen (23 %);
- onvolledige dossiers bij voorlegging (onder andere, ontbreken van de gevraagde technische onderzoeken) : 22 gevallen (10 %).

Lijst van de verbintenissen

1. Een werkgroep DGC-GRI oprichten, die belast is met het opmaken van de evaluatiecriteria die op de dossiers moeten worden toegepast;
2. Een permanent systeem voor de evaluatie van de invaliditeitsdossiers invoeren (naar het voorbeeld van het onderzoek dat in februari-maart 2000 is gevoerd);
3. Een permanente structuur DGC-GRI oprichten, die een bestendige follow-up en feedback van de onder punt 2 bedoelde evaluatie mogelijk maakt;
4. Een ombudsdienst oprichten die door twee geneesheren wordt waargenomen met gestandaardiseerde procedures (registratie, verslagen, betrekkingen met de DGC en de GRI, permanente evaluatie);
5. Een informatiebrochure samenstellen die bij de oproepingen wordt gevoegd, met
 - > uitleg over de reden van de oproeping;
 - > omschrijving van de onderzoeksprocedure;
 - > informatie over de rechten en het mogelijke beroep;
 - > beoordelingsformulier voor de ombudsdienst (permanente evaluatie);
6. De inhoud van de brochure aanpassen aan de reacties/suggesties van de sociaal verzekerden;
7. Jaarlijks een verslag over de evolutie van de werking van de GCGRI's opmaken met een omschrijving van :
 - > de analyse van de kwaliteit van de dossiers van de adviserend geneesheren en de beslissingen van de GRI;
 - > de klachten, opmerkingen en suggesties van de verzekerden, alsook de ondernomen acties om er op te antwoorden.

Verwachte effecten

1. Een verbetering van de kwaliteit van het dossier waarin de invaliditeit door de adviserend geneesheer wordt voorgesteld;
2. Een vermindering van het aantal « nutteloze » beslissingen van lichamelijk onderzoek.

TITEL V. — Andere projecten**Artikel 15.**

Benevens de voornoemde doelstellingen wil het Instituut andere initiatieven nemen, die niet zijn opgenomen als doelstellingen als bedoeld in het besluit van 3 april 1997, hetzij omdat ze vooruitlopen op de geldende wetgeving, hetzij omdat ze moeilijk kunnen voldoen aan de vereisten van een tijdschema of van de kwantificering van objectieve en meetbare resultaten.

Het gaat om de volgende drie projecten of domeinen waarvan de beschrijving in bijlage 2 bij deze overeenkomst is opgenomen :

- de voorbereiding van de invoering van de maximale gezondheidsfactuur (maximumfactuur),
- de uitwerking van een plan voor de volledige herdefiniëring van de sector van de revalidatieovereenkomsten, met inbegrip van de evaluatie van de resultaten en toekomstige behoeften ervan;
- het uitvoeren van diverse acties om de goede werking van de beheers- en overlegorganen van het Instituut te garanderen : tevredenheidsenquête bij de leden van de organen, analyse van de samenstelling en van de opdrachten van de verschillende organen, inventaris van het personeel waarop voor de vergaderingen van de organen een beroep wordt gedaan.

Vorbereidende werkzaamheden met het oog op de invoering van de Maximumfactuur (MAF)

De maximale gezondheidsfactuur of de maximumfactuur (MAF) is een maatregel die moet garanderen dat de uitgaven voor gezondheidszorg ten laste van de rechthebbenden in geen geval een jaarlijks grensbedrag overschrijden waarvan het niveau afhankelijk is van het gezinsinkomen.

In de loop van de maand januari 2002 zal het Instituut een voorontwerp van wet bezorgen waarin de wettelijke basis van de MAF wordt gelegd.

De MAF - die geleidelijk wordt ingevoerd - zal, naargelang die maatregel uitbreiding neemt, van de Administratie steeds grotere inspanningen vergen.

In een eerste fase is bepaald dat de maatregel, die op 1 januari 2001 is ingegaan, ten goede komt van de verzekerden met een jaarlijks netto gezinsinkomen dat 540 000 BEF of 13.387 euro niet overschrijdt, maar ook van de personen die op dit ogenblik de sociale franchise genieten : WIGW die de vergoedingen de voorkeurregeling genieten, rechthebbenden die het bestaansminimum of het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ontvangen, gehandicapten, kinderen die recht hebben op verhoogde kinderbijslag, langdurig werklozen. Het aantal betrokken gezinnen wordt op 320.000 geraamd.

Daartoe moet een nieuw informatiecircuit op poten worden gezet : de ziekenfondsen - die als enigen de gezinnen kunnen identificeren die het eerste grensbedrag van 18 000 BEF of 446 euro hebben overschreden - zullen, via de Dienst voor administratieve controle, de lijst van de betrokken verzekerden met hun gezinssamenstelling aan de Administratie der directe belastingen meedelen. Vervolgens zal die Administratie de belastbare bedragen van de betrokken personen aan de Dienst voor administratieve controle meedelen. Op grond van die gegevens moet de Dienst de ziekenfondsen de lijst bezorgen van de verzekerden die recht hebben op de MAF.

Op dit ogenblik wordt onderzocht hoe het probleem van de discrepantie tussen de belastingsreglementering en de reglementering van de verzekering voor geneeskundige verzorging wat het begrip « gezin » betreft, kan worden opgelost.

Begin 2002 moet, met betrekking tot de uitgaven van 2001, een eerste dergelijke operatie worden uitgevoerd. Daarna moet de Dienst voor administratieve controle permanent met de Administratie der directe belastingen in contact blijven om uit te maken welke gezinnen, al naargelang hun uitgaven in 2002, recht hebben op de MAF.

Voorts moet de Dienst voor geneeskundige verzorging, na overleg met de betrokken partijen, de nieuwe reglementering uitwerken en erop toezien dat ze in overeenstemming is met de andere wettelijke bepalingen (Handvest van de sociaal verzekerde, terugvordering van niet-verschuldigde bedragen, sociale en fiscale franchise).

Op het einde van elk jaar zal over de invoering van die nieuwe, binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging strategisch erg belangrijke maatregel, een evaluatieverslag worden opgemaakt teneinde er de nodige verbeteringen in aan te brengen.

Herdefiniëren van de revalidatiesector

De voorzitter van het College van Geneesheren-directeurs, bedoeld in artikel 23 van de GVV-wet, en zijn equipe worden ermee belast om op basis van de doorlichting en evaluatie van de sector revalidatie die aan het Verzekeringscomité van 7 mei 2001 werd voorgelegd, tegen medio 2002 een operationeel plan uit te werken met volgende objectieven :

- een concrete afbakening voor te stellen van de revalidatieverstrekkingen welke door de verzekering als dusdanig dienen te worden vergoed, rekening houdende met de wetenschappelijke inzichten enerzijds en de opdrachten en bevoegdheden van andere overheden anderzijds. Die afbakening moet onder meer betrekking hebben op volgende elementen : medische hulpmiddelen, revalidatie in ziekenhuisdiensten, leer- en ontwikkelingsstoornissen, herscholing...;
- voorstellen te formuleren voor een duidelijkere afbakening van de rol van de verschillende betrokken organen (College, Raad voor Advies, afdeling chronisch zieken en Verzekeringscomité) inzake voorbereidende en uitvoerende opdrachten en de eventueel noodzakelijke aanpassingen aan de samenstelling van die organen;
- procedures voor aanvraag en onderzoek van revalidatiedossiers en revalidatieovereenkomsten voor te stellen die transparant, eenvoudig en efficiënt zijn en een voldoende overleg met alle betrokken partners waarborgen;
- voorstellen te formuleren i.v.m. de uitbouw van een evaluatiestructuur die het mogelijk maakt de outcome van de afgesloten overeenkomsten vast te stellen;
- instrumenten te ontwikkelen voor het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking in de revalidatiesector;
- een prospectieve analyse te maken van de toekomstige behoeften in de revalidatiesector.

Werking van de organen (tevredenheidsenquêtes, objectiveren van het personeelseffectief waarop een beroep wordt gedaan voor de vergaderingen, voorstellen inzake herschikking/heroriëntering,...)

Het Instituut is bij uitstek het overlegplatform voor alle actoren die bij het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen betrokken zijn.

Omdat de Administratie ervan overtuigd is dat de goede werking van de organen die in de schoot van het RIZIV zijn opgericht een meerwaarde geeft, is ze van plan op korte termijn informatie in te winnen over de graad van tevredenheid van de leden van die organen en over hun verwachtingen.

Een dergelijke enquête moet de Administratie in staat stellen haar inspanningen om de werking van haar diensten te verbeteren, toe te spitsen op die punten die door hen die daarop een beroep doen, het belangrijkste worden geacht.

Verder is het aan te bevelen dat, in overleg met de hoofdfactoren, initiatieven worden genomen om sommige organen te hergroeperen, te heroriënteren of op te heffen. De complexiteit van het besluitvormingsproces - en meer anekdotisch - de moeilijkheden om sommige nieuwe organen een naam te geven, maken de noodzaak daarvan overduidelijk.

Als voorbeeld kunnen de volgende organen worden genoemd :

- Commissie voor de evaluatie inzake geneesmiddelen en accrediteringsorganen;
- Organen inzake revalidatie en Wetenschappelijke raad voor de chronisch zieken;
- Profielencommissie voor de geneesheren versus Commissie geneesheren - ziekenfondsen.

Daarnaast zal de Administratie inspanningen doen om de omvang te objectiveren van het personeelseffectief die zijn gemobiliseerd voor de administratieve en technische ondersteuning van het overleg in 1999 en 2000, meer bepaald in de Dienst voor geneeskundige verzorging die hoofdzakelijk met dat probleem te maken heeft.

In de loop van 2002 zal aan de beheersorganen een verslag over die verschillende punten worden meegedeeld.

TITEL VI. — Verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers

Gedrageregels

Artikel 16.

De verbintenissen in deze bestuursovereenkomst doen geen afbreuk aan de verplichting van de instelling van sociale zekerheid om de verschillende wettelijke en reglementaire teksten na te leven die algemene richtlijnen bevatten die aan de instellingen van de sociale zekerheid worden opgelegd tijdens het onderzoek naar het recht op prestaties en in de relaties met de sociaal verzekerden, namelijk :

- de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen;
- het handvest van de gebruiker van de openbare diensten van 4 december 1992;
- de wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur;
- de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

Artikel 17.

Het Instituut verbindt zich ertoe, elke tekortkoming die tot gevolg heeft dat ze schade berokkent aan de sociaal verzekerden, op tijd te melden en de vastgestelde problemen pro-actief te behandelen.

Artikel 18.

Het Instituut zal transparante en eenvormige objectieve criteria opstellen, wanneer de geldende regels en wetgevingen in het raam van individuele beslissingen een zekere beoordelingsmarge laten.

Artikel 19.

Het Instituut verbindt zich ertoe om een pro-actieve houding aan te nemen wat de overdracht en het gebruik van gegevens betreft, in het raam van het Handvest waarin is bepaald dat actief moet worden meegewerkt aan het onderzoek van de dossiers door op eigen initiatief de ontbrekende informatie te verzamelen.

Artikel 20.

Het Instituut verbindt zich ertoe om de deontologische code die is opgesteld voor de door de Geneeskundige raad voor invaliditeit uitgevoerde medische onderzoeken van de verzekerden strikt toe te passen en de naleving ervan te controleren.

Artikel 21.

De toegang tot de gebouwen zal worden vergemakkelijkt voor gehandicapten en mindervaliden; voor de gebouwen die in de toekomst worden gehuurd of gekocht, zal in het huur- of koopcontract een gemakkelijke toegang voor die personen worden geëist.

Administratieve vereenvoudigingen

Artikel 22. — Formulieren

Aanvraagformulier voor de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Opdat het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming hem wordt toegekend, moet de sociaal verzekerde met behulp van een ad hoc formulier bij zijn ziekenfonds een aanvraag indienen. Met betrekking tot dat formulier wordt vastgesteld dat :

- de termen « gezin » en « inkomen » andere realiteiten vertegenwoordigen dan die welke eigen zijn aan de fiscale reglementering;
- in de loop van de jaren en door talrijke reglementaire wijzigingen bijkomende elementen zijn opgenomen, waardoor de presentatie te ingewikkeld is geworden.

Het Instituut verbindt zich ertoe een nieuw aanvraagformulier op te stellen :

- waarin de termen « gezin » en « inkomen » precies worden gedefinieerd, in een duidelijke en leesbare taal;
- met een meer aangepaste structuur zodat de uitleg die bedoeld is om de sociaal verzekerde te helpen bij het invullen van het formulier en de uitleg betreffende zijn plichten in aparte rubrieken wordt opgenomen.

Vragenlijst betreffende de beroepsactiviteit in het kader van de arbeidsongeschiktheidsaangifte door zelfstandigen

In het kader van de administratieve procedure voor de aangifte van de arbeidsongeschiktheid in de regeling van de zelfstandigen moet de sociaal verzekerde een vragenlijst betreffende zijn beroepsactiviteit invullen. Die vragenlijst is bestemd voor de adviserend geneesheer, die de ongeschiktheidsgraad bepaalt.

Dat formulier blijkt vandaag veel te ingewikkeld en om de taak van de sociaal verzekerden te vergemakkelijken, verbindt het Instituut zich ertoe het volledig te herzien.

Het Instituut belooft de vragen op het formulier in een duidelijke en begrijpelijke taal te formuleren en alle vragen waarvan de antwoorden bij andere sociale zekerheidsinstellingen kunnen worden opgevraagd, te schrappen.

Om een voorstel van een nieuwe vragenlijst uit te werken, zal het Instituut samenwerken met alle betrokken partijen, met name het RSVZ en de verzekeringsinstellingen. Het voorstel tot vereenvoudiging van de vragenlijst, dat door de Dienst voor uitkeringen van het Instituut wordt uitgewerkt, zal ter bespreking worden voorgelegd aan de afdeling zelfstandigen van de Technische ziekenfondsraad.

Kennisgeving van de beslissingen in het kader van de erkenning van de behoefte aan de hulp van een derde persoon

Het Instituut verbindt zich ertoe het document ter kennisgeving van de beslissingen in het kader van de erkenning van de behoefte aan de hulp van een derde persoon volledig te herzien.

Het hele document zal in een duidelijke en begrijpelijke taal worden herschreven.

Om meer transparantie te krijgen, blijkt nu reeds dat de punten die op basis van het evaluatierooster van de afhankelijkheidsgraad worden toegekend, in het document zullen moeten worden vermeld.

Teneinde de sociaal verzekerden de mogelijkheid te bieden hun rechten beter te doen gelden zou in het document eveneens moeten worden vermeld dat de sociaal verzekerde via zijn behandelende geneesheer toegang heeft tot de medische documenten in zijn dossier.

Eveneens om de sociaal verzekerden toe te laten beter hun rechten te laten gelden, zou in het document ook moeten worden vermeld dat de sociaal verzekerde een nieuwe erkenningsaanvraag kan indienen, als hij van mening is dat er sedert het indienen van zijn vorige aanvraag, wijzigingen in zijn toestand zijn opgetreden.

Kennisgeving van de beslissingen in het kader van een gedeeltelijke of volledige opschorting van de uitbetaling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens afwezigheid tijdens een medisch controleonderzoek

Het Instituut verbindt zich tot een volledige herziening van het document ter kennisgeving van de beslissingen in het kader van een gedeeltelijke of volledige opschorting van de uitbetaling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wegens afwezigheid tijdens een medisch controleonderzoek.

Het hele document zal in een duidelijke en begrijpelijke taal worden herschreven.

Artikel 23. — Procedures

Voor de eerste twee ontwerpen van procedurevereenvoudiging die hieronder staan vermeld, is het gebruik van elektronische handtekeningen vereist. Er bestaat nu een juridische bepaling die een dergelijke vorm van communicatie toelaat. De toepassingen die worden uitgewerkt en met name de ingebruikname van Carenet vereisen evenwel de grootste omzichtigheid op het vlak van de planning voor de realisatie van dergelijke projecten wegens de onvermijdelijke technische hindernissen. Er moet overigens aan worden herinnerd dat het RIZIV als federale overheid afhankelijk blijft van de invoering van de federale structuur van openbare sleutels.

Verspreiden van informatie naar de verzekeringsinstellingen

Het Instituut verbindt zich ertoe de verspreiding van de informatie naar de verzekeringsinstellingen te moderniseren : het gaat erom van een verspreiding op papier over te stappen op een zo groot mogelijke elektronische verspreiding.

De omzendbrieven VI en de andere gelijkgestelde documenten (mededelingen VI en richtlijnen VI) hebben voorrang.

Het is de bedoeling om de informatie ter beschikking te stellen van de verzekeringsinstelling zeer kort nadat de inhoud door de bevoegde instantie is gevalideerd.

Bepaalde informatie (zoals de omzendbrieven, die uitsluitend de uiteengezette punten van de reglementering betreffen) zal gewoon op de internetsite van het Instituut worden gezet, terwijl meer vertrouwelijke informatie uiteraard via een beschermde internetsite (met een toegangscode) zal worden verspreid.

Administratieve vereenvoudiging van de accreditering van de geneesheren en ondersteuning van de lokale kwaliteitsgroepen.

De accreditering van de geneesheren is gebaseerd op een aantal voorwaarden, waaronder de continue navorming en de peer review in het raam van lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) ongetwijfeld de voornaamste zijn. Op het niveau van de individuele arts concentreert het administratieve aspect zich rond de accrediteringsaanvraag en het zogenaamde aanwezigheidsblad, waarop de bewijzen van zijn aanwezigheid op navormingsactiviteiten en LOK-sessies worden geregistreerd.

Vanaf het begin van het jaar 2002 zullen mechanismen worden uitgewerkt om de administratieve werklast van de individuele artsen, de organisatoren van nascholingsactiviteiten en de LOK-verantwoordelijken aanzienlijk te verminderen. Dit zal gebeuren door het on line organiseren van de informatie-flow.

De organisatoren van navormingsactiviteiten zullen on line de aanwezigheden van artsen op hun activiteiten aan het RIZIV kunnen meedelen.

De LOK-verantwoordelijken zullen on line de aanwezigheden van de artsen op LOK-sessies aan het RIZIV kunnen meedelen. De samenstelling van de LOK's en de wijzigingen daarin zullen op dezelfde manier aan het Instituut kunnen worden meegedeeld.

Zowel voor de organisatoren van navorming als voor de LOK-verantwoordelijken zullen deze on line-instrumenten een belangrijke vermindering van het papier administratief beheerswerk met zich meebrengen, werk dat zich in de huidige werkvorm uit in het veelvuldig plaatsen van stempels en handtekeningen of in andere manieren van het attesteren van presenties. Bovendien moeten deze actoren in de actuele situatie gedurende lange periodes allerhande papieren bewijsstukken bijhouden.

De individuele arts zal zijn accrediteringsaanvraag of de aanvraag voor de verlenging van zijn accreditering on line kunnen invullen en versturen naar het RIZIV. Bij het on line invullen van zijn aanwezigheidsblad zal hij de on line beschikbare RIZIV-informatie over nascholingsactiviteiten kunnen consulteren.

Het on line-model zal aan de verschillende actoren gepresenteerd worden en getest worden in de loop van 2002. Het zal operationeel worden in de daaropvolgende maanden.

Gedurende het tweede kwartaal van 2002 zal verder een bevraging van de LOK-verantwoordelijken georganiseerd worden in samenspraak met de Accrediteringsstuurgroep en de Nationale raad voor de bevordering van de kwaliteit om te peilen naar de wensen en de noden die bij de LOK's bestaan omtrent het ter beschikking stellen van allerlei informatie die hun werking kan ondersteunen. Meer in het bijzonder zal nagegaan worden hoe informatie rond sessies van één LOK kan gevaloriseerd worden voor het functioneren van andere LOK's. In functie van de resultaten van deze bevraging zal nagegaan worden op welke manier de genoemde informatie on line ter beschikking gesteld zal kunnen worden van de LOK-verantwoordelijken.

Procedure voor de terugbetaling van rolstoelen

De procedure voor de terugbetaling van de rolstoelen is op verschillende niveaus te bestempelen als een administratief zware procedure. Enerzijds werken de instanties die tussenkomen in de kosten met verschillende documenten die inhoudelijk dezelfde gegevens bevatten. Die documenten dienen telkens opnieuw worden opgemaakt. Anderzijds wordt bij de aanneming van voor vergoeding aanvaarde rolwagens een te complex dossier opgevraagd.

Procedure voor de patiënt.

Vooraleer een rolwagen kan worden vergoed moet de adviserend geneesheer van het ziekenfonds van de rechthebbende zijn akkoord geven.

In geval van weigering tot terugbetaling door de adviserend geneesheer kan evenwel een tussenkomst gevraagd worden bij het betrokken Fonds voor sociale integratie van personen met een handicap. Naargelang de patiënt in Vlaanderen, Wallonië, Brussel of het Duitstalig landsgedeelte woont, is er een verschillend administratief circuit dat gevolgd wordt.

Voor Vlaanderen (Vlaams Fonds voor sociale integratie van personen met een handicap) is de administratieve procedure reeds verlicht. De adviserend geneesheer van de mutualiteit van de rechthebbende geeft de weigering samen met het specifieke voorschrift en het voorstel van de bandagist (op een specifiek daarvoor opgesteld formulier) automatisch door aan het Vlaams Fonds, dat op basis van die documenten kan beslissen over een eventuele tussenkomst. Het Vlaams Fonds beslist dus op basis van de documenten van de verplichte verzekering.

Voor Wallonië, Franstalig Brussel en het Duitstalig landsgedeelte moet de rechthebbende zich zelf met de weigering tot terugbetaling van de adviserend geneesheer wenden tot respectievelijk « l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées », « le Service bruxellois francophone des personnes handicapées » of de « Dienststelle für Personen mit Behinderung ». De documenten van de verplichte verzekering worden niet gebruikt bij de behandeling van de dossiers. Alle nodige documenten moeten opnieuw worden opgemaakt.

Voor het instellen van een « één-loket-functie », dit is een procedure zoals ze in Vlaanderen wordt toegepast, zijn besprekingen met de verschillende Fondsen bezig. Er wordt gestreefd naar één enkel document dat zowel voor de verplichte verzekering als voor de Fondsen bruikbaar is.

Procedure tot opname van toestellen op de lijst van aangenomen producten

Het betreft hier geen zware procedure, maar de samenstelling van het aanvraagdossier is onderhevig aan kritiek. Bvb. zijn alle gevraagde elementen echt noodzakelijk? Is het gevraagde niet in strijd met de Europese Richtlijn 93/42/CE op de medische hulpmiddelen?...

Bij de nieuwe nomenclatuur van de rolwagens zal hiermee rekening gehouden worden. De samenstelling van de dossiers zal daar waar mogelijk vereenvoudigd worden.

Bovendien zijn de verstrekkingen waaronder de rolwagens moeten gecatalogeerd worden veel te gedetailleerd en te technisch. Hieraan zal bij de eerste aanpassing van de nomenclatuur aan het advies van de Europese Commissie rekening worden gehouden.

TITEL VII. — Methodes waarmee de graad van verwezenlijking van de doelstellingen en de gedragsregels kunnen worden gemeten en gevolgd

Artikel 24.

De administratie zal geleidelijk aan meer productie- en resultaatsindicatoren uitwerken die zullen worden opgenomen in boordtabellen die geëvalueerd en ontwikkeld worden om de efficiëntie en de doeltreffendheid van het administratieve werk te kunnen meten.

In eerste instantie zullen evenwel enkel de doelstellingen en de verbeteringen van de dienstverlening aan de gebruikers in deze overeenkomst worden opgevolgd, gemeten en geëvalueerd aan de hand van boordtabellen.

Indicatoren eigen aan de opdrachten waarvoor geen doelstelling is opgenomen, zullen die bepaling aanvullen om aan te tonen dat het Instituut ook de continuïteit van die opdrachten waarborgt.

Voor elke doelstelling is een boordtabel opgemaakt (zie bijlage 2), die bestaat uit :

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

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

In een andere tabel worden de eventuele verwachte effecten van de verwezenlijking van de acties vermeld, dit wil zeggen, de verwachte resultaten zonder dat de administratie ze kan garanderen.

De maatregelen die eigen zijn aan de omgevingsfactoren ten slotte, zullen in een derde soort tabel worden opgenomen. De boordtabellen zullen regelmatig worden aangevuld en meegedeeld, bij voorkeur semestrieel en uiterlijk op het einde van elk kalenderjaar.

TITEL VIII. — Verbintenissen van de Staat

Artikel 25

Overeenkomstig het artikel 15 van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de sociale zekerheidsinstellingen, legt de Staat aan het advies van het beheersorgaan van de instelling elk voorontwerp van wet of besluit voor, dat de wetgeving die de instelling moet toepassen beoogt te wijzigen. De hoogdringendheid kan door de Staat slechts worden ingeroepen, indien zijn begrotingsbeleid of sociaal beleid zulke modaliteit noodzakelijk maakt.

De Staat verbindt er zich ook toe om contacten te leggen met de betrokken diensten van de instelling om, enerzijds, rekening te houden met de technische aspecten voor het toepassen van de overwogen wijzigingen en, anderzijds, om hen toe te laten tijdig de veranderingen voor te bereiden. Behoudens gemotiveerde hoogdringendheid wordt de datum van inwerkingtreding van de bedoelde wijzigingen of nieuwe maatregelen in overleg met de instelling vastgelegd.

Artikel 26.

Na voorafgaandelijk overleg met de instellingen en met respect voor het begrotingsbeleid van de Staat en voor het stabiliteitspact verbindt de Staat er zich toe het thesaurieplan na te leven dat jaarlijks opgesteld wordt voor de storting van de subsidies aan het Globaal Beheer en voor de alternatieve financiering voorzien in de begroting; het Globaal Beheer zal dan deze middelen moeten verdelen tussen de verschillende instellingen in functie van hun behoeften zodat ze de continuïteit in de uitoefening van hun opdrachten kunnen waarborgen.

Artikel 27.

Tijdens de eindevaluatie van de overeenkomst en in de mate de Staat tijdig verwittigd is geweest verbindt de Staat er zich toe rekening te houden met gebeurtenissen van overmacht die eventueel de verwezenlijking van de overeenkomst hebben belemmerd evenals met de besluiten van de regering, genomen na afsluiting van de overeenkomst en die zouden hebben geleid tot een merkelijke verzwarende van de taken of van zekere uitgaven.

Artikel 28.

Indien de instelling in het kader van een wettelijke opdracht moet samenwerken met een federaal ministerie zal dit laatste erover waken van doeltreffend samen te werken.

Zowel de instelling als de federale overheidsdienst zullen pro-actief reageren met name wanneer de samenwerking de overdracht van informatie vereist.

Dit laatste impliceert een voortdurend overleg tussen de federale overheidsdienst en de betrokken instelling.

Dit voortdurend overleg zal in werking gesteld worden op initiatief van de instelling.

TITEL IX. — De beheerskredieten en het maximumbedrag voor de personeelskredieten voor het statutair personeel**Artikel 29.**

De beheerskredieten die aan het Instituut worden toegekend, omvatten alle kredieten inzake personeel, werking en investeringen.

De beheerskredieten en de maximum personeelskredieten voor het statutair personeel zijn berekend volgens de in bijlage 3 beschreven methodes.

Voor 2002 bedragen de beheersuitgaven en het maximumbedrag aan personeelskredieten voor het statutair personeel respectievelijk 97.295.903 euro en 53.208.635 euro.

De begroting moet elk jaar worden aangepast om rekening te houden met :

- de indexerings;
- de overdracht van de werkingskredieten die aan het investeringsprogramma gekoppeld zijn of voor de investeringsuitgaven die niet zijn gebruikt tijdens het begrotingsjaar; die kredieten worden opnieuw ingeschreven in de beheersbegroting van het volgend dienstjaar, voorzover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van het investeringsprogramma (art. 14, § 2, van het koninklijk besluit van 3 april 1997)¹⁰;
- de eigen ontvangsten van de administratie;
- de personeelskosten ter uitvoering van de positieve sancties waarin door de wet is voorzien;
- de wijzigingen in de reglementering die een weerslag hebben op de beheersbegroting.

Artikel 30.

Het Instituut zal tijdens de duur van deze overeenkomst inspanningen doen om een berekeningsmodel voor de beheerskosten te ontwikkelen op basis van een identificatie van de kosten per opdracht en/of per administratieve werkeenheid aan de hand van de analytische boekhouding die vanaf 1 januari 2000 werd ingevoerd.

Artikel 31.

Binnen de grenzen van hun doel kan de instelling beslissen over de verwerving, de aanwending en de vervreemding van hun lichamelijke en onlichamelijke goederen en de vestiging of de opheffing van zakelijke rechten op deze goederen, alsmede over de uitvoering van dergelijke beslissingen.

In afwijking van het eerste lid is elke beslissing tot verwerving, oprichting, renovatie of vervreemding van een onroerend goed of recht, waarvan het bedrag 5 miljoen euro overschrijdt onderworpen aan de voorafgaande machtiging van de voogdijminister en de minister tot wiens bevoegdheid de begroting behoort. Om zich uit te spreken beschikt de minister van begroting over een termijn van een maand vanaf de ontvangst van het gegeven akkoord van de voogdijminister.

De reglementering inzake overheidsopdrachten is in voorkomend geval van toepassing inzonderheid bij renovatie van gebouwen.

Artikel 32.

Inzake de bepaling van de beheersontvangsten vereist de affectatie van de opbrengst van een vervreemding van onroerende goederen of de verkoop van roerende goederen het voorafgaande akkoord van de voogdijminister en van de minister van begroting. Om zich uit te spreken beschikt de minister van begroting over een termijn van een maand vanaf de ontvangst van het gegeven akkoord van de voogdijminister.

TITEL X. — Positieve sancties voor het Instituut indien de verbintenissen zijn nagekomen en oplossingen of sancties ingeval de verbintenissen die uit deze overeenkomst voortvloeien, niet zijn nagekomen**Artikel 33.**

(Pro memorie)

Inzake de positieve en negatieve sancties die zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 3 april 1997, is een nieuw koninklijk besluit genomen.

TITEL XI. — Slotbepalingen

Artikel 34.

De verbintenissen die in deze bestuursovereenkomst zijn opgenomen, doen geen afbreuk aan de verplichting van het RIZIV om de andere wettelijke opdrachten waarvoor niet in een specifieke doelstelling is voorzien, op efficiënte wijze uit te voeren.

Artikel 35.

Iedere partij heeft het recht om voor het einde een herziening van de overeenkomst een herziening aan de andere partij voor te stellen. Dit voorstel wordt aan dezelfde basisprocedure onderworpen als die welke tot het afsluiten van de overeenkomst heeft geleid. De medecontractanten zullen erop toezien dat zij die mogelijkheid niet benutten zonder een afdoende ernstige reden. Zij zullen er alles aan doen om dit zowel op een constructieve als op een snelle manier te onderzoeken.

Nota's

¹ Ter illustratie : de gegevens betreffende de ziekenhuisverblijven die in 2000 zijn geëindigd, moeten worden gehaald uit de boekhoudkundige gegevens van de periode van 1 januari 2000 tot 30 juni 2001 en moeten uiterlijk op 31 december 2001 aan het Instituut worden meegedeeld.

² Eind oktober 2001 is een vergadering met alle verzekeringsinstellingen gewijd aan het onderzoek van die anomalieën.

³ Het begrip « beschikbaarheid van de gegevens » betekent dat de gevalideerde basisbestanden exploiteerbaar zijn, met dien verstande dat de verwerkingen die voor elke toepassing noodzakelijk zijn, eventueel nog moeten worden uitgevoerd (b.v. links MKG-AZV-gegevens).

⁴ Vanaf de datum van ontvangst van de aanvraag in het RIZIV tot de datum van kennisgeving van de beslissing aan de verzekeringsinstelling.

⁵ Zie Wet van 10 augustus 2001 (*Belgisch Staatsblad* van 1 september 2001)

⁶ Zie Wet van 10 augustus 2001 (*Belgisch Staatsblad* van 1 september 2001)

⁷ Die gegevens zullen slechts bruikbaar zijn vanaf 2001, met de invoering van het uniek spoor (cf. infra)

⁸ Wat zal toelaten de link te leggen tussen elk voorgeschreven geneesmiddel en de anonieme patiënt, terwijl er nu alleen een verband bestaat tussen de zorgverlener en zijn patiënten (voor de algemeen geneeskundigen) of de patiëntencontacten

⁹ Art. 22, 6° en art. 23 van de GVV-wet gecoördineerd op 14 juli 1994.

¹⁰ Wijziging aangebracht op 14 december 2001 op verzoek van de Administratie van Begroting.

Bijlage 1. — De taken van het Instituut

I. OPERATIONELE BASISOPDRACHTEN**Financiële opdrachten.****Betalen**

Zelf stort de **Dienst voor geneeskundige verzorging**, via de Directie financiën, alleen bedragen aan :

- de AIDS-referentielaboratoria en de teams voor palliatieve verzorging waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten;
- de erkende pensioenfondsen en aan verzekeringsmaatschappijen in het raam van het sociaal statuut van de geneesheren, tandartsen en apothekers;
- geneesheren, tandartsen en apothekers-biologen, in het raam van de accreditering.

De diensten « bijdragen gepensioneerden » en « specifieke inkomsten » van de **Algemene diensten** zorgen bijkomend voor de terugbetalingen aan gepensioneerden en instellingen in het raam van regularisaties (onverschuldigde of overraamde inhoudingen).

De **Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** - betalen via de Directie financiën, maandelijks, zowel in België als overal ter wereld, de pensioenen uit aan de invalide mijnwerkers.

Innen

De inningsopdracht heeft drie luiken :

- uitvoeren van de controle op de verzekeringsplicht, voor zover die gekoppeld is aan de effectieve ontvangst van de verschuldigde bijdragen;
- het ontvangen van de verschuldigde bijdrage, inclusief eventuele verhogingen en verwijlrenten, rechtstreeks van de bijdragebetaler of via samenwerkende invorderingsorganen.
- De vaststellingen van inbreuken die aanleiding geven tot administratieve en financiële sancties.

Wat betreft de eerste 2 luiken, zijn er twee diensten van de Directie Financiën - **Algemene diensten** die de opdracht vervullen :

1. de dienst « bijdragen van de gepensioneerden », die belast is met de inning van de bijdragen van 3,55 % op de pensioenen en aanvullende voordelen.

De controle op de verzekeringsplicht omvat :

- het ontvangen en het verifiëren van de aangiften;
- de vergelijking van de aangiften met de gestorte inhoudingen;
- de ondervraging van de instellingen die fiscale fiches 281.11 opmaken, maar geen aangiften indienen;
- de verzending van de « beginorders voor betaling » aan de wettelijke pensioeninstellingen.

Wanneer de bijdragen worden ontvangen, worden de rekeninguittreksels gecodeerd en worden de betalingen op geïnformatiseerde werkfiches vermeld.

2. de dienst « specifieke inkomsten », die belast is met de inning van de bijdragen op de verzekeringspremies (hospitalisatie, brand, arbeidsongevallen,...) en van de bijkomende bijdrage of premie inzake verzekering tegen burgerlijke aansprakelijkheid inzake motorrijtuigen.

De controle op de verzekeringsplicht bestaat uit :

- een verificatie van de erkenningen (onderzoek van het *Belgisch Staatsblad*, contacten met de Controledienst voor de verzekeringen);
- een grondige controle, per activiteitstak van de premiebedragen waarop een bijdrage moet worden betaald (onderzoek van de jaarrekeningen van de verzekeringen, van de verzekeringspolissen, van de statistieken van de CVV vergelijking met de aangegeven bedragen en eventuele bewijsstukken).

Wanneer de verschuldigde bijdragen worden ontvangen, worden de bijdragen gecontroleerd op grond van de bankuittreksels en van de aangiften (vergelijking, per verzekeraar, van de aangegeven bedragen en de betaalde bedragen). De dienst int ook bedragen die de inrichtingen worden opgelegd als een sanctie die voortvloeit uit laattijdige aangiften of stortingen.

De farmaceutische sectie van de **Dienst voor geneeskundige verzorging** staat in voor de controle op de onderwerping van de farmaceutische firma's aan de bijdrage per verpakking en aan de heffing op het omzetcijfer (follow-up van de gestorte bedragen en van de naleving van de termijnen).

Anderzijds, wat betreft het derde luik, worden de administratieve en financiële sancties vrijwel uitsluitend door de **Dienst voor administratieve controle** uitgesproken. De inbreuken worden ofwel door de **Dienst voor administratieve controle** ofwel door de **Dienst voor geneeskundige controle** vastgesteld.

Laatstgenoemde doet met name vaststellingen :

- in het kader van de bepalingen van het koninklijk besluit van 10.1.1969 tot vaststelling van de administratieve sancties die toepasselijk zijn op de rechthebbenden van de regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- in het kader van de bepalingen van het koninklijk besluit van 25.11.1996 (vroeger het koninklijk besluit van 4.6.1987) betreffende de verplichting voor bepaalde paramedische medewerkers om een verstrekingsregister bij te houden.

Die bevindingen worden vervolgens aan de Dienst voor administratieve controle bezorgd met het oog op de toepassing van sancties of op het instellen van de procedure voor de terugvordering van het verschuldigde bedrag.

De sancties die door de **Dienst voor administratieve controle** worden uitgesproken, zijn

de volgende :

- geldboetes ten laste van de verzekeringsinstellingen en van de tarifieringsdiensten : vaststellen van overtredingen en bepalen van het bedrag van de geldboete;
- sancties ten laste van de rechthebbenden : proces-verbaal ten laste van de rechthebbende, uitspreken van de sancties (uitsluitingen van het recht op uitkeringen en/of geneeskundige verzorging gedurende een bepaalde periode) en controle op de toepassing van de sancties;
- sancties ten laste van de rustoorden voor bejaarden en van de rust- en verzorgingstehuizen voor het niet naleven van de weddeschalen en de personeelsnormen.

De boetes die de verzekeringsinstellingen worden opgelegd, worden betaald ten laste van hun administratiekosten. Bovendien worden de niet teruggevorderde onverschuldigde bedragen, behalve in door de dienst toegestane uitzonderingen, ten laste van die administratiekosten gedelgd.

Van de administratieve boetes die door de Dienst voor administratieve controle worden uitgesproken ten laste van zorgverleners, wordt door die Dienst kennis gegeven aan de betrokkenen.

De Financiële directie van de **Algemene diensten** beperkt zich ertoe de betaling van de boetes te registreren. Als de schuldenaar in gebreke blijft, wendt de Dienst voor administratieve controle zich tot de Administratie van de domeinen, die belast is met de invordering van de boete.

Op dezelfde manier organiseert en beheert de **Dienst voor geneeskundige controle** de terugvorderingen van bedragen die moeten worden betaald aan het RIZIV, welke terugvorderingen voortvloeien uit de beslissingen van de controlecommissies. Zo nodig, belast de Dienst voor administratieve controle de Administratie van de domeinen met de invordering van het bedrag.

Tenslotte spreken de Administratieve commissies die in de provinciale diensten van de **Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** - werken, administratieve sancties uit (schorsing van de betaling van het pensioen gedurende een of meer maanden) als een door de invalide mijnwerkers uitgeoefende beroepsactiviteit niet binnen de vastgestelde termijn is aangegeven.

Verdelen

Hier wordt de transfer van inkomsten naar andere organismen beoogd, waaraan twee aspecten verbonden zijn.

Enerzijds, wordt hier de verdeling onder de betaalorganen beoogd van fondsen (vaststelling van de te betalen bedragen en storting) die worden toegekend aan een tak van de sociale zekerheid zowel voor de financiering van de prestaties als voor die van hun eigen werking.

Wat de vaststelling van de fondsen betreft die moeten worden gestort voor de betaling van de prestaties, doen de **Dienst voor geneeskundige verzorging**, na een ingewikkelde procedure (vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling) die wordt gevolgd en ondersteund door de Dienst voor actuariële studiën, en de **Dienst voor uitkeringen** - financiële, boekhoudkundige en statistische directie, dat zelf.

Op grond van die gegevens gaat de Financiële directie van de **Algemene diensten** over tot de :

- berekening en aanpassing van de begrotingstwaalfden;
- storting van de voorschotten aan de verzekeringsinstellingen;
- berekening van de voorschottencoefficienten « derdebetalersregeling en loketten » en « uitkeringen »;
- betaling aan de buitenlandse sociale-zekerheidsinstellingen van de verzorging die in het buitenland aan Belgen is verleend.

Diezelfde directie stort de voorschotten op administratiekosten van de verzekeringsinstellingen en regulariseert de lopende rekeningen van de verzekeringsinstellingen.

Anderzijds heeft de dienst « bijdragen gepensioneerd » tot opdracht een gedeelte van zijn ontvangsten vast te stellen (technische verdeling) en over te maken aan andere sociale parastatalen (financiële verdeling) omdat die een dekking inzake geneeskundige verzorging waarborgen : DOSZ en Hulp- en verzorgingskas voor zeevarenden. Die opdracht impliceert eveneens de berekening van de administratiekosten en de vaststelling van de netto-ontvangsten uit de inhoudingen.

Terugvorderen

De opdracht « terugvorderen » beoogt de invordering van onrechtmatig verleende prestaties (inclusief de overschrijdingen van enveloppen) alsmede de invordering van verschuldigde maar niet geïnde bijdragen.

De niet verschuldigde bedragen worden voornamelijk vastgesteld door de **Dienst voor administratieve controle** naar aanleiding van de controle bij de verzekeringsinstellingen en tarifieringsdiensten, maar ook door de **Dienst voor geneeskundige controle**, die zijn staten doorstuurt naar de Dienst voor administratieve controle voor terugvordering of toepassing van een administratieve geldboete.

De door zorgverleners niet opzettelijk of bedrieglijk gegenereerde onrechtmatige bedragen mogen door de betrokken zorgverleners rechtstreeks aan het RIZIV worden terugbetaald.

In de andere gevallen, geeft de **Dienst voor administratieve controle** kennis van de niet-verschuldigde bedragen aan de verzekeringsinstellingen, die zelf belast zijn met de terugvordering, zo nodig langs gerechtelijke weg.

Ingeval uitkeringen twee keer worden betaald, deelt de **Dienst voor uitkeringen** - internationale verdragen aan de verzekeringsinstellingen het bedrag mee dat van de betrokkenen moet worden teruggevorderd.

De Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers - doet vaststellingen in verband met de onrechtmatig door de rechthebbenden ontvangen verstrekkingen, vraagt hen de terugbetaling ervan en vordert de onverschuldigde bedragen terug door maandelijks inhoudingen op invaliditeitspensioenen of op de sociale prestaties die andere instellingen verlenen.

De afdeling « laboratoria » van de **Dienst voor geneeskundige verzorging** vordert rechtstreeks bedragen terug van de laboratoria voor klinische biologie in geval van overschrijding van de jaarlijkse envelop die aan de ambulante sector wordt toegekend.

Daartoe bepaalt ze, voor elk kwartaal, het bedrag dat elk laboratorium in voorkomend geval aan het RIZIV als voorschot moet ristoneren, alsmede de definitieve bedragen bij de afsluiting van een jaar van verstrekking.

Tenslotte vordert de dienst bijdragen gepensioneerd en specifieke inkomsten bij de **Algemene diensten** verschuldigde bedragen terug via de controles die hij uitvoert op de aangiften van de verzekeringsmaatschappijen.

Administratieve opdrachten**Vergunnen**

De technische opdracht betreffende de toekenning van rechten, namelijk het vaststellen en toekennen van de rechten inzake toelagen en prestaties en de berekening ervan, wordt uitgevoerd door vier diensten :

- de Dienst voor geneeskundige verzorging, in het kader van :
 - het vaststellen van het bedrag voor de forfaitaire honoraria voor klinische biologie toegekend aan elke verzorgingsinstelling;
 - de behandeling van de aanvragen om aanneming voor vergoeding van geneesmiddelen en implantaten;
 - de registratie van de individuele gegevens betreffende de accreditering, de erkenning van de stagemeesters,...;
 - de behandeling van de aanvragen van rechthebbenden voor een verzekeringstegemoetkoming voor een orthodontische behandeling, een tandprothese,... in afwijking van de algemene voorwaarden, of nog voor sommige implantaten en toestellen;
 - de behandeling van de aanvragen om revalidatieovereenkomsten, alsook de aanvragen om tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds.
- de **Dienst voor uitkeringen**, in het geval van erkenning van invaliditeit (zonder berekening van het bedrag van de uitkeringen) of het recht op de hulp van een derde persoon en wanneer hij de bedragen bepaalt die aan sommige invaliden kunnen worden gestort als saldo van ontvangen achterstallige buitenlandse pensioenen.
- de Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers -, wanneer hij de bedragen vaststelt van de pensioenen die worden toegekend aan de mijnwerkers die wegens ziekte genoodzaakt zijn geweest het werk in de mijn stop te zetten.
- de **Dienst voor administratieve controle** in het geval van verwerking van de aanvragen tot inschrijving met terugwerkende kracht, tot erkenning van het bewijsmiddel betreffende de verblijfplaats, tot opheffing van de verjaring wegens overmacht,...

Controleren**a) Technische en administratieve controle in de betaalorganen.**

Dit behoort uitsluitend tot de bevoegdheid van de **Dienst voor administratieve controle**, meer bepaald de afdeling « administratieve controle op de verzekeringsinstellingen », « controle van de bijdragebescheiden » en « bestanden en mutaties ».

De controle heeft betrekking op :

- de zekerbaarheid :
 - > onderwerping onder de sociale zekerheid en de betalingen van de bijdragen;
 - > controle van de inschrijvingen als gepensioneerde, weduwe, weduwnaar - algemene regeling, openbare sector en zelfstandigen;
 - > controle op de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming;
 - > controle van de verzekeringskaarten van de gepensioneerden, weduwen en weduwnaars;
 - > controle van de bijdragebons en de bewijzen van werkloosheid;
 - > controle op de regularisaties van de foute gevallen van verzekeringsplicht die zijn medegedeeld door de RSZ;
- de toekenningsvoorwaarden voor de prestaties;
- de ledentallen;
- de mutaties;
- de door de verzekeringsinstellingen betaalde bedragen, de individuele stortingen, de regulariseringen (terugvorderingen, aanvullingen, rectificaties).

b) Validering van de statistische, boekhoudkundige en financiële gegevens

De **Dienst voor geneeskundige verzorging** en de **Dienst voor uitkeringen** ontvangen van de verzekeringsinstellingen boekhoudkundige en statistische informatie over de uitgaven voor prestaties; die gegevens worden gecontroleerd om na te gaan of de vermelde uitgaven al dan niet kunnen worden aanvaard; boven een bepaalde drempel worden de niet-gevalideerde bedragen ter correctie teruggestuurd naar de verzekeringsinstellingen, wat leidt tot een reeks uitwisselingen met het RIZIV.

Die controleprocedures vereisen een aanzienlijke investering qua analyse, programmering en uitvoering en moeten bestendig worden bijgewerkt, in het bijzonder op het stuk van de geneeskundige verzorging.

c) Controle van de medische en paramedische praktijken, controle van de werkelijkheid (effectieve aflevering) en de conformiteit (naleving van de geldende regels en normen)

Dit type controle behoort tot de bevoegdheid van de Dienst voor geneeskundige controle en de Dienst voor administratieve controle.

De **geneeskundige controle**, die eveneens betrekking heeft op de opportuniteit van de verstrekkingen (overconsumptie) wordt uitgeoefend door middel van enquêtes die door :

- de geneesheren en apothekers-inspecteurs;
- de verplegers-controleurs,

worden verricht bij de zorgverleners of in de verzorgingsinrichtingen, maar ook bij de rechthebbenden van de verzekering en in de verzekeringsinstellingen.

De inspecteurs van de **Dienst voor administratieve controle** controleren en maken indien nodig eveneens processen-verbaal op ten laste van de zorgverleners (niet-conforme of laattijdig uitgereikte « getuigschriften voor verstrekte hulp »), de voorschrijvers van geneesmiddelen (niet gebruiken van de streepjescode)...

De **Dienst voor administratieve controle** voert in samenwerking met de **Dienst voor geneeskundige verzorging** controles uit op de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen.

Wat de controles betreft die de **Dienst voor geneeskundige verzorging** op de revalidatie-inrichtingen uitvoert, wordt de vastgestelde equipe gecontroleerd, wordt nagegaan of de factureringscapaciteit is nageleefd, wordt de controle op de brandveiligheid van nabij gevolgd en worden, indien nodig, andere elementen uit de contracten gecontroleerd. In principe wordt elke maand in de revalidatie-inrichtingen met overeenkomst ook de productie van verstrekkingen nagegaan.

Regelen (behandeling van de geschillen)

De **Dienst voor administratieve controle** omvat een afdeling geschillen waarin de geschillen met de verzekeringsinstellingen, de tarifieringsdiensten, de rechthebbenden en de zorgverleners worden behandeld.

Zo ook behandelt de juridische afdeling van de **Dienst voor geneeskundige controle** de geschillen met verzekerden die voortvloeien uit de toepassing van het koninklijk besluit van 20.7.1970 (mindervaliden) of uit het niet erkennen van een arbeidsongeschiktheid door een geneesheer-inspecteur.

De Dienst maakt juridische stellingen op ten behoeve van de arbeidsrechtbanken, terwijl de geneesheren-inspecteurs deelnemen aan de medische expertises die door de arbeidsrechtbanken worden bevolen.

De Dienst voor geneeskundige controle beheert eveneens de beroepen die de zorgverleners bij de Commissies van beroep hebben ingesteld tegen beslissingen van de Beperkte Kamers van het Comité, de klachten die tegen zorgverleners zijn ingediend bij de Controlecommissie voor de overconsumptie, alsook de beroepen die de zorgverlener of de Dienst heeft ingesteld bij de Commissie van beroep tegen beslissingen van de Controlecommissies voor de overconsumptie. Tenslotte behandelt hij de geschillen over de voornoemde beslissingen die bij de Raad van State zijn ingeleid.

Bij de **Dienst voor uitkeringen** zijn de Directie Geschillen, de Geneeskundige directie en de Directie Internationale verdragen eveneens belast met de behandeling van de geschillen.

De Directie geschillen beheert de behandeling van de geschillen betreffende de beroepen die de verzekerden hebben aangetekend tegen de beslissingen van de Hoge commissie en van de Regionale commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit en die ertoe strekken hun staat van arbeidsongeschiktheid niet meer te erkennen, tegen de beslissingen van het Beheerscomité van de Dienst om niet af te zien van de terugvordering van de prestaties die ten onrechte zijn toegekend en tegen de beslissingen van de verzekeringsinstellingen om op eensluidend advies van de leidend ambtenaar van de Dienst de uitkeringen te weigeren in geval van laattijdige aangifte van de ongeschiktheid.

Wat het beheer van de geschillen aangaande de staat van arbeidsongeschiktheid betreft, werkt de Dienst geschillen nauw samen met de Dienst van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (opvolging van de evolutie van het medisch dossier tijdens de procedure, nagaan of de expertiseprocedure regelmatig verloopt, verzoeken om advies over de medische documenten die worden voorgelegd ter staving van de beroepen).

Tenslotte staat de **Dienst voor uitkeringen — administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** — in voor de afhandeling van de geschillen in verband met het beroep dat door de verzekerden bij de arbeidsrechtbanken is ingesteld tegen de beslissingen die door de Administratieve commissies zijn genomen inzake toekenning of wijziging van de invaliditeitspensioenen.

De afdeling geschillen van de **Dienst voor geneeskundige verzorging** behandelt de geschillen die de rechthebbenden, de zorgverleners en de farmaceutische firma's voor de arbeidsrechtbanken brengen en deelt, indien nodig, het resultaat van die beroepen mee aan de verzekeringsinstellingen en aan de bevoegde dienst. Ze behandelt eveneens, in samenwerking met het Departement van Sociale zaken en de door de Minister van Sociale zaken aangewezen advocaten, de beroepen die bij de Raad van State zijn ingesteld tegen reglementaire teksten en individuele beslissingen van de organen van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Tenslotte heeft de Directie Geschillen van de **Algemene diensten** een ondersteunende en coördinerende functie voor de zaken die onder alle diensten ressorteren : gecentraliseerde registratie van de door een gerechtsdeurwaarder betekende dagvaardingen en van de kennisgevingen die uitgaan van de arbeidsrechtbanken, aanleggen van de dossiers in samenwerking met de bijzondere diensten, briefwisseling met de advocaten, antwoorden op de vragen van de Arbeidsauditoraten, volgen van de geschillen die tot de bevoegdheid van de Raad van State behoren, meewerken aan ontwerp-memories,...

De Directie geschillen moet eveneens een nota opstellen ter verantwoording van elke betaling ten gunste van deskundigen of advocaten en de vorderingen tot terugvordering opvolgen bij verzekerden, ziekenfondsen, zorgverleners en personeelsleden.

De inning van de revalidatiebijdragen brengt eveneens mee dat de geschillendossiers in de Algemene diensten worden klaargemaakt en technisch en juridisch worden gevolgd (opmaken van stellingen).

Reglementeren

De **Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen** hebben een specifieke verordende bevoegdheid krachtens welke ze belast zijn met het opstellen en bijwerken van hun respectieve verordening en van de verordening betreffende de verschillende documenten en boekhoudkundige en statistische staten.

De **gespecialiseerde diensten** hebben eveneens tot opdracht :

- de instructies betreffende de uitvoeringsmodaliteiten van de wetten op te maken en te verspreiden via omzendingbrieven inclusief de Dienst voor geneeskundige controle, in de vorm van richtlijnen aan de adviserend geneesheren inzake de controle op de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering, en de dienst voor administratieve controle die aan de verzekeringsinstellingen een lijst van erkende instellingen meedeelt in het kader van het onderwijs van het derde niveau;
- adviezen over de interpretatie en de toepassing van de wetgeving uit te brengen, zowel voor intern gebruik als voor de meewerkende instellingen (verzekeringsinstellingen, laboratoria, ziekenhuizen,...).

Op het algemeen vlak delen **alle diensten van het RIZIV**, met omzendingbrieven aan de verzekeringsinstellingen allerlei gegevens mee (indexering van de prestaties, boekhoudkundige en statistische onderrichtingen, dagprijzen van de verpleeginrichtingen, forfaits in de inrichtingen extra muros, verbod tot tegemoetkoming door de verzekering in het raam van sancties ten aanzien van de zorgverleners,...).

De **Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** -moet eveneens ten behoeve van zijn provinciale diensten omzendingbrieven opmaken en verspreiden die betrekking hebben op de uitvoeringsmodaliteiten van de wettelijke of reglementaire bepalingen inzake de invaliditeitsverzekering voor mijnwerkers.

Meedelen

Het concept « meedelen van gegevens » heeft enkel betrekking op het uitreiken van documenten, bewijzen, getuigschriften, omzendingbrieven, enz...

De **Dienst voor uitkeringen** bezorgt de verzekeringsinstellingen dagelijks, op magnetische drager en op papieren drager, een groot aantal kennisgevingen betreffende de dossiers GRI.

De **Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** - reikt mijnloopbaanstaten uit op verzoek van de leden of van hun rechthebbenden of van een Belgische (de RVP bijvoorbeeld) of buitenlandse instelling, voor alle mijnwerkers die nog niet met pensioen zijn.

De **Dienst voor administratieve controle** maakt in bepaalde omstandigheden voorlopige bijdragebons op, waarmee de verzekerde zijn verzekerbaarheid kan bewijzen, alsmede duplicaten van getuigschriften waarmee gepensioneerden en weduwnaars kunnen worden ingeschreven.

Organiseren

De operationele opdracht die karakteristiek is voor het Instituut, bestaat erin te zorgen voor de werking van beheersorganen in de verschillende diensten, en van organen voor overleg, voor adviesgeving, erkenning, bestraffing,... die binnen of bij de diensten zijn ingesteld en via welke het zijn wettelijke verplichtingen nakomt.

Zonder volledig te willen zijn, kan men vermelden :

Voor het Instituut :

- het Algemeen Beheerscomité.

Voor de Dienst voor geneeskundige verzorging :

- de Algemene raad;
- het Verzekeringscomité;
- de Commissie voor begrotingscontrole;
- de Overeenkomsten-(14) en Akkoordcommissies (2);
- de Accrediteringsstuurgroep en de Paritaire comités (26);
- de Technische raden (8);
- de Erkenningsraden (6);
- het College van geneesheren-directeurs;
- de Commissie voor informatieverwerking en haar subgroepen;
- het Nationaal college van adviserend geneesheren;
- de Raad voor advies inzake revalidatie;
- de Profielencommissies (5);
- de Commissie belast met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait;
- het Technisch comité voor de zelfstandigen;
- de Wetenschappelijke raad (2 afdelingen);
- het Permanent overlegcomité voor de verwerking van de profielen;
- diverse werkgroepen : financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, sociale en fiscale franchise, overgang naar de Euro, verzekerbaarheid,...

Voor de Dienst voor uitkeringen :

- het Beheerscomité - algemene regeling;
- het Beheerscomité - regeling voor de zelfstandigen;
- de Geneeskundige raad voor invaliditeit :
 - > Hoge commissie;
 - > Gewestelijke commissies en afdelingen;
- de Technische ziekenfondsraad;
- verscheidene werkgroepen : onderzoek van de verschillen inzake morbiditeit, gevolgen van de overgang naar de euro en het jaar 2000,...
- het Beheerscomité voor de mijnwerkers;

Voor de Dienst voor geneeskundige controle :

- het Comité;
- de Beperkte Kamers;
- de Commissies van beroep;
- de Controlecommissie (10 provinciale afdelingen en 2 gewestelijke afdelingen);
- de Commissie van beroep (2 afdelingen).

Voor de Dienst voor administratieve controle :

- het Comité;
- het Speciaal comité.

Voor de Algemene diensten :

- de Technische boekhoudkundige en statistische commissie.

De vijf diensten van het RIZIV moeten dus zorgen voor de voorbereiding, de organisatie, het verloop en de opvolging van de vergaderingen van meer dan 100 comités, colleges, commissies of raden.

De bijzonderheid van het Instituut heeft uiterst zware gevolgen op administratief vlak. De taken die inherent zijn aan de werking van elk orgaan, kunnen als volgt worden samengevat :

a) Administratieve ondersteuning

Bepaalde commissies worden voorgezeten door een ambtenaar die de vergadering moet voorbereiden.

Elke vergadering geeft aanleiding tot het opmaken en voorleggen van nota's en dossiers.

Bovendien moeten een of twee personeelsleden (van verschillende taalrollen), krachtens de huishoudelijke reglementen van de raden en commissies, de notulen van iedere vergadering opmaken en daarin de gedachtenwisselingen en conclusies opnemen.

De administratieve organisatie van de vergaderingen van een commissie veronderstelt eveneens :

- het bijhouden van een bestand van de werkende en plaatsvervangende leden van de commissie en het beheer van de vernieuwing van de mandaten (koninklijke besluiten betreffende ontslag - benoeming, opgemaakt in de betrokken diensten en coördinatie door het Secretariaat van de Algemene diensten) en het beheer, door de Algemene diensten, van de toekenning van eretitels;
- het versturen van de oproep en van de documentatie dienaangaande (nota's, notulen,...);
- het vertalen van de documentatie en de actieve medewerking van een tolk tijdens de vergaderingen.

b) Technische bijstand

De werking van de commissies vereist diverse soorten van technische ondersteuning waarvoor een groot deel van de menselijke en materiële middelen wordt ingezet :

- het bijhouden van een documentatie;
- het verzamelen en verwerken van gegevens, het uitwerken van specifieke computerprogramma's;
- het opstellen van omzendbrieven, rapporten, nota's, meestal in het kader van de uitvoering van de beslissingen van de beheersorganen, overeenkomsten en akkoorden, overeenkomsten betreffende experimentele financieringen, alsmede het reproduceren van die documenten (fotocopies);
- het bijwerken van de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging (aard en tarieven) en van de uitkeringen (indexering).

c) Juridische en reglementaire steun

Voornamelijk de beheerscomités, maar ook andere organen zoals de akkoorden- en overeenkomstencommissies, doen vaak een beroep op de juridische deskundigheid van de Diensten om adviezen, wetteksten, ontwerpen van koninklijke en ministeriële besluiten, verordeningen,... op te maken, wat vaak vooraf zoekwerk en studies vergt.

Die regelgevende activiteit is des te veeleisender daar ze inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen de regelingen bestrijkt die van toepassing zijn voor de werknemers en de zelfstandigen.

Voor hun activiteiten moeten tenslotte de wettelijke en reglementaire bepalingen worden bijgehouden en geregeld worden bijgewerkt.

Er moet worden opgemerkt dat bij die juridische steun aan de commissies nog bijkomt dat steeds meer beroep wordt gedaan op de secties « reglementering » van de Dienst voor geneeskundige verzorging en van de Dienst voor uitkeringen om op verzoek van de toezijnde Minister wets- en verordeningsteksten op te stellen.

Informereren

Diverse diensten van het RIZIV leggen bestanden aan voor interne of externe verspreiding.

Dit is in het bijzonder het geval voor de **Dienst voor geneeskundige verzorging**, die met name aanlegt :

- een bestand van de zorgverleners (identificatie, aard van de instemming Volksgezondheid, toetreding of niet tot het akkoord of de overeenkomst, accreditering) waarvan het merendeel van de bijwerkingen regelmatig aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd;
- een bestand van de geneeskundige verstrekkingen (nomenclatuurnummers en omschrijvingen) met de historiek van de tarieven, om de zorgverleners maar ook andere diensten van het RIZIV (Dienst voor administratieve controle bijvoorbeeld) te informeren;
- zoals eerder al is vermeld, bestanden betreffende geïndividualiseerde honorariumbedragen en verzekeringsteegoedkomsten ten behoeve van de verzekeringsinstellingen, de verplegingsinrichtingen,...

De Dienst voor geneeskundige verzorging produceert eveneens individuele gegevens over de activiteit, in het raam van de verplichte verzekering, van de zorgverleners, de verplegingsinrichtingen, de laboratoria voor klinische biologie,... die worden opgenomen in mededelingen aan de betrokkenen, onder meer met het oog op een vergelijking met referentiegroepen of op een verantwoording van terugvorderingen (ristorno's inzake ambulante klinische biologie).

De **Dienst voor geneeskundige controle** maakt, ten behoeve van de Dienst voor uitkeringen, statistieken op betreffende de activiteit van de adviserend geneesheren inzake arbeidsongeschiktheid, alsmede het bestand van de adviserende geneesheren.

De **Dienst voor administratieve controle** maakt, op basis van de bijdragebescheiden, statistieken op voor de Dienst voor uitkeringen.

Wat de inzameling en de verwerking van statistische gegevens, het maken en verspreiden van studies, statistieken of nog de uitvoering van technische studies op verzoek van de overheid en/of beheersorganen betreft, voeren **alle diensten** dergelijke taken uit; de Dienst voor geneeskundige controle doet dat echter voor louter intern gebruik (gegevens, ingezameld bij de provinciale diensten of bij de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen).

De secties « actuaariaat » en « profielen » van de **Dienst voor geneeskundige verzorging** verzamelen systematisch - maandelijks of driemaandelijks naargelang van het geval - aanzienlijke hoeveelheden statistieken en boekhoudkundige gegevens in bij de verzekeringsinstellingen.

Naast de regelmatige productie van « beheersgegevens » en statistische verslagen, dienen die gegevens ook voor de uitvoering van technische studies op verzoek van de beheersorganen en werkgroepen, van de overeenkomsten- en akkoordencommissies, enz... Bovendien die technische studies, die door de meeste secties van de Dienst voor geneeskundige verzorging worden gemaakt, produceren de secties « reglementering » en « geschillen » van de Juridische directie eveneens juridische studies.

In de **Dienst voor uitkeringen** voeren alle directies de bedoelde taken uit, hoewel de opmaak en de verspreiding van studies en statistieken meer specifiek zijn voor de Directie financiën en statistiek.

Deze ontvangt per kwartaal van de verzekeringsinstellingen de gegevens betreffende de uitgaven inzake primaire ongeschiktheid, moederschap en invaliditeit. Die boekhoudkundige gegevens dienen voor het opstellen van statistieken of « beheersgegevens », vormen de basis van studies of worden opgenomen in het statistisch jaarboek en het Vademecum van de sociale zekerheid.

De Dienst legt eveneens diverse bestanden aan (gedeeltelijke hervatting van een activiteit door gerechtigde zelfstandigen tijdens de ongeschiktheid, verlenging van de termijnen voor de terugvordering van uitkeringen, historiek van de uitgaven die door de verzekeringsinstellingen zijn ingediend en bedragen die door de Dienst zijn verworpen,...) die voornamelijk bestemd zijn om het Beheerscomité in te lichten over de structuur van de uitgaven en de evolutie ervan.

De sectie Reglementering maakt in het bijzonder juridische studiën over de problemen die rijzen doordat verschillende wetgevingen inzake arbeidsongeschiktheid elkaar kunnen overlappen.

De **Dienst voor geneeskundige controle** verricht studies voor intern of extern gebruik (informatieblad RIZIV) over medische of juridische onderwerpen die tot de bevoegdheid van de Dienst behoren.

In de **Dienst voor administratieve controle** worden studies uitgevoerd naar aanleiding van de gerichte controles : het gaat erom dat op grond van informatie die is meegedeeld door de Dienst voor geneeskundige verzorging, de Dienst voor uitkeringen, de ziekenfondsen, het RSVZ, enz..., de controle wordt toegespitst op de plaatsen met een ongewoon profiel, om de doeltreffendheid ervan te maximaliseren.

De **Algemene diensten** verzamelt en verwerkt gegevens betreffende de ledentallen van de verzekeringsinstellingen, werkt mee aan statistische verslagen van het RIZIV of daarbuiten (statistisch jaarboek van de sociale zekerheid; statistisch jaarboek NIS,...), voert ook studies uit over de niet-verzekerden, maakt een vergelijking van de verzekerde ledentallen met de bevolkingcijfers van het NIS en levert diverse bijdragen buiten het RIZIV.

Verstrekken van informatie na individuele aanvragen en antwoorden op parlementaire vragen.

Uiteraard moeten alle diensten van het RIZIV schriftelijk, telefonisch of - minder vaak - via rechtstreeks contact informatie verstrekken aan verzekerden, verstrekkers, commissieleden, studenten of anderen.

Wegens de aard van de informatie waarmee ze te maken krijgen, wordt op sommige diensten echter vaker, systematisch of naar aanleiding van het versturen van een massa documenten, een beroep gedaan : akkoorden of overeenkomsten met de verzekeringsinstellingen, informatiecampagnes betreffende de medisch voorschriften, mededelingen aan de gepensioneerden betreffende inhoudingen van bijdragen,... Op de **Dienst voor uitkeringen** wordt meer bepaald een beroep gedaan door de sociale secretariaten of de vakbondsorganisaties voor alle kwesties die betrekking hebben op het gewaarborgd loon, op de verplichtingen van de werkgevers,...

Evenzeer helpen **alle diensten** van het RIZIV — maar vooral de **Dienst voor geneeskundige verzorging** — mee aan het opmaken van ontwerp-antwoorden op de parlementaire vragen en interpellaties aan de Minister van Sociale Zaken.

Inzamelen en doorsturen van gegevens en informatie van en naar de sociale-zekerheidsorganen en de administraties.

De uitwisseling van gegevens in het Instituut, maar ook tussen het RIZIV en andere organen geschiedt systematisch en heeft betrekking op alle diensten.

De **Dienst voor administratieve controle** :

- verzamelt gegevens in bij de VI, de RSZ, de RSZPPI, de RvP, de RSVZ, het Ministerie van Financiën, de CDZ en de Onderwijsdepartementen van de Gemeenschappen;
- deelt gegevens mee aan de Dienst voor geneeskundige verzorging, aan de Dienst voor uitkeringen en aan de Algemene diensten - boekhouding, maar ook aan de CDZ (jaarverslag), aan de KSZ en aan de Smals-MvM.

De **Dienst voor geneeskundige controle** stelt jaarlijks een rapport op voor de CDZ.

De Financiële directie van de **Dienst voor uitkeringen** deelt eveneens gegevens mee aan de boekhouding van de Algemene diensten, maar ook aan de CDZ (jaarverslag) en aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (bijdragen tot het statistisch jaarboek van de sociale zekerheid, het Vademecum van de sociale zekerheid, het Steunpunt van de sociale zekerheid).

De **Dienst voor uitkeringen - administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** - houdt de gegevens bij die betrekking hebben op de individuele rekeningen van de invalide mijnwerkers en stuurt ze door naar de Fortis bank (ex-ASLK) en naar de KSZ.

De dienst « bijdragen gepensioneerden » (**Algemene diensten**) verstrekt pensioengegevens aan de RvP en aan het Ministerie van Financiën voor de berekening van de bedrijfsvoorheffing en van de solidariteitsbijdrage die wordt geheven op de wettelijke pensioenen.

Ten slotte, doet de Dienst voor geneeskundige verzorging een beroep op gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid (erkenning van de zorgverleners en van de verpleeginrichtingen, aantal erkende bedden per ziekenhuisdienst,...) en van het Ministerie van Financiën in het kader van de sociale franchise. Omgekeerd deelt hij informatie mee aan het Ministerie van Volksgezondheid (medisch verbruik per ziekenhuis en per dienst), aan de dienst voor geneeskundige controle, aan de Raden van de Orde, aan de Administratie der directe belastingen op gerechtelijk verzoek, aan het Departement van Sociale Zaken - Steunpunt van de sociale zekerheid, aan de CDZ (jaarverslag),...

Adviseren

De **gespecialiseerde diensten** van het RIZIV, en meer bepaald die welke aan het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van de invaliditeitsverzekering voor mijnwerkers deelnemen, nemen adviserende taken inzake de wetgeving waar, die de volgende aspecten omvatten :

- voorbereiding en evaluatie van de wetgeving door middel van voorstellen en studies, op eigen initiatief of op verzoek van de toeziende overheid;
- advies over de wetgeving;
- advies over de toepasbaarheid van de wetteksten (in het bijzonder de Dienst voor geneeskundige controle ten behoeve van de Dienst voor geneeskundige verzorging);
- advies over de sociale en budgettaire weerslag van de wetten en verordeningen (met uitzondering van de Dienst voor geneeskundige controle);
- adviezen over de harmonisatie van de wetgeving.

Er wordt vaak een beroep gedaan op de juridische deskundigen van de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen, zowel binnen als buiten het Instituut (Kabinetten, Ministerie van Sociale Zaken, Middenstand, internationale vergaderingen,...).

De Dienst voor administratieve controle brengt eveneens, op initiatief van zijn dienst « Geschillen », adviezen uit over de implicaties van andere wetgevingen op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en over de gevolgen van de informatisering van de verzekering op het stuk van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Tenslotte moeten de **Algemene diensten** vaak adviezen opstellen met betrekking tot de wetgeving die door andere diensten wordt toegepast (bijv. accreditering, controlecommissies, enz.) of die niet tot de bevoegdheid van een specifieke dienst behoort (bijv. aanzuivering van de lopende rekeningen), of nog die betrekking hebben op wetgevingen die niet tot de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen behoren (bijv. overheidsopdrachten, handvest van de sociaal verzekerde, enz.). Zij zijn bovendien belast met de coördinatie van de wijzigingen die door de verschillende diensten worden voorgesteld en inzonderheid met de integratie ervan in de gecoördineerde wet, op 14 juli 1994, en in het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Voor wat betreft de begrotings- en boekhoudprocedures (los van de opmaak van de begrotingen inzake administratiekosten, die deel uitmaken van de ondersteuningsopdracht), moeten de **Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen** :

- zowel voor de algemene regeling als voor de regeling voor de zelfstandigen een begroting opmaken betreffende de verstrekkingen of prestaties waarvoor ze respectievelijk bevoegd zijn (voorafbeelding of technische ramingen, opmaak van een eerste begroting, aanpassingen, met name naar aanleiding van de begrotingscontrole,...);
- de evolutie van de uitgaven maand na maand op gedetailleerde wijze opvolgen en ze vergelijken met de begrotingen en begrotingsenveloppen;
- de betrokken beheersorganen informeren;
- in het raam van de geneeskundige verzorging via de commissie voor begrotingscontrole waken over het eventueel in werking brengen van de correctiemechanismen door de betrokken overeenkomsten- of akkoordcommissies, het Verzekeringscomité en de Algemene raad en wijzigingen in de nomenclatuur en van de waarde van de verstrekkingen bestendig evalueren;
- de rekeningen jaarlijks afsluiten.

De **Dienst voor uitkeringen** — **administratieve provinciale entiteiten van de mijnwerkers** — moet de begroting van de invaliditeitsverzekering voor mijnwerkers voorbereiden (voorafbeelding of technische ramingen, opmaak van een eerste begroting, aanpassingen, met name naar aanleiding van de begrotingscontrole) en de rekeningen jaarlijks afsluiten.

Andere

Naast de algemene opdrachten die onder de vorige punten zijn opgesomd, vervullen de verschillende diensten van het Instituut nog bijzondere opdrachten.

Voor de Dienst voor administratieve controle :

- administratieve cel;
- controle bij het Ministerie van Financiën op de inkomens van de personen die in het Rijksregister zijn ingeschreven;
- controle op de verhoogde tegemoetkoming, in samenwerking met het Ministerie van Financiën;
- machtiging voor de afwijkende modellen (verhoogde tegemoetkoming);
- controle op de terugbetalingen van de zorgverleners (spontaan of na beslissing van de Beperkte kamer);
- controle op de lijsten met de bedragen die door de verzekeringsinstellingen zijn teruggevorderd, waardoor hun administratiekosten kunnen verhoogd worden - art. 195, § 2 van de ZIV- wet;
- controle op de maximale factureringcapaciteit van de revalidatie-inrichtingen;
- processen-verbaal ten laste van de zorgverleners wegens reclame;
- sociale identiteitskaart :
 - controle op het gebruik van de beroepskaart;
 - controle op de inning van 100 BEF ingeval de sociale identiteitskaart wordt vervangen;
 - controle op de gegevens die door de ziekenfondsen worden meegedeeld;
 - controle op de wijzigingen van gegevens;
- controle op de daadwerkelijke inning van de bijdrage bestemd voor het reservefonds;
- controle op vraag van de andere diensten :
 - bedrieglijke onderwerping RSZ
 - toepassing van de EG-verordeningen;
 - aftrekken van de uitgaven van de modellen C en P1;
 - terugbetaling van de uitkeringen over een langere periode dan de 2 jaar die door de Dienst voor uitkeringen zijn toegestaan;
 - enz...;
- bewijskracht van de gegevens uit het rijksregister die langs elektronische weg zijn opgevraagd;
- doorsturen naar de Controledienst van de gegevens betreffende de intresten uit de beleggingen van de verzekeringsinstellingen;
- evaluatie van de kosten van de tarifieringsdiensten;
- onderzoek van de facturen die de tarifieringsdiensten naar de verzekeringsinstellingen hebben gestuurd, om de kosten in het raam van Farmanet te controleren;
- de verzekeringsinstellingen meedelen in welke gevallen de diverse dossiers of bewijsstukken na de normale termijn moeten worden bewaard (op verzoek van de CVZ, van andere diensten of na eigen beslissing).

Voor de Dienst voor geneeskundige controle :

- rechtsbijstand op vraag van het Parket;
- geneeskundige controles op verzoek van de Dienst voor uitkeringen in het raam van de internationale verdragen;
- deelneming van de geneesheren-inspecteurs aan de regionale Commissies van de GRI en aan de geneeskundige expertises die door de arbeidsrechtbanken zijn bevolen en die betrekking hebben op de beslissingen van die commissies;
- onderzoeken op verzoek van de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden.

Voor de Dienst voor uitkeringen :

- opheffen van sancties tengevolge van de laattijdige aangifte van arbeidsongeschiktheid;
- evaluatie van de arbeidsongeschiktheid van de overlevende echtgenoot van minder dan 45 jaar in het raam van de overlevingspensioenen;
- evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het raam van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zeevarenden die onder de Belgische vlag varen;
- evaluatie van de onmogelijkheid om de studies voort te zetten wegens ziekte, in het raam van de uitbreiding van de werkingssfeer van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tot de studenten van het hoger onderwijs;
- aanvragen van een bevoegde buitenlandse instelling om geneeskundige controles op rechthebbenden die in België wonen - zie ook Dienst voor geneeskundige controle.

Voor de Dienst voor geneeskundige verzorging :

- technische cel van de meerpartijenoverlegstructuur;
- externe studies;
- onderzoek van individuele gevallen door het College van geneesheren-directeurs, op verzoek van de DOSZ en de Hulp- en verzorgskas voor zeevarenden;
- dossiers betreffende de gevallen van reclame (na onderzoek door de Dienst voor administratieve controle).

II. ONDERSTEUNENDE BASISOPDRACHTEN

De ondersteunende taken worden in vier grote categorieën onderverdeeld :

1. beheer van de human resources;
2. beheer van de roerende en onroerende goederen;
3. financieel beheer;
4. beheer van de informatieverwerking;

Beheer van de human resources

Het personeelsbeheer omvat bepaalde taken die alleen door de Algemene diensten worden uitgevoerd :

- uitwerking van het personeelskader van de Algemene diensten en centralisatie van de voorstellen van het organieke kader en het taalkader van de bijzondere Diensten;
- beheer van de aanwervingen (contacten met Selor, oproeping van de kandidaten, controle van de aanwervingsvoorwaarden, samenstelling en opvolging van het persoonlijk dossier,...);
- toepassing van het administratief, pecuniair en syndicaal statuut en de informatie aan het personeel;
- veiligheid en hygiëne;
- sociale diensten;
- beheer van de vlottende uurregeling;
- berekening en uitbetaling van de wedden;
- bijhouden van de ziekteperiode, de arbeidsongevallen, de pensioenen

Nochtans staan ook de **Bijzondere diensten** in voor heel wat soortgelijke taken :

- opstellen van de aanvragen voor de aanwerving van contractuele ambtenaren voor bijzondere en tijdelijke behoeften;
- uitwerking van syllabi en deelneming aan examenjury's met het oog op de aanwerving van bepaalde personeelsleden;
- opleiding van de stagedoende ambtenaren (Dienst voor administratieve controle), beheer van de opleidingsaanvragen (toestemming of weigering), en samenwerking met de Dienst Vorming in het raam van de uitwerking van specifieke opleidingsprogramma's (Dienst voor geneeskundige controle);
- evaluatie van het personeel (functiesprekken, definitie van de functies,...) en tuchtmaatregelen;
- bijhouden van de afwezigheden,...

Er moet worden vermeld dat het Centrum voor informatieverwerking (CIV) instaat voor de aanwerving bij de Smals-MvM van personeel dat gespecialiseerd is in bepaalde domeinen van de informatica.

Het CIV is bovendien ook belast met de evaluatie van dit personeel (merit rating) die een invloed heeft op de lonen en de carrièremogelijkheden, alsook met de betaling van die lonen via de onkostenstaat die door de Smals-MvM wordt ingediend.

De kwesties in verband met het personeel worden ook behandeld in de raden en commissies waarvan de werking wordt geregeld door de Algemene diensten, met de medewerking van hoge ambtenaren uit alle diensten :

- Algemeen beheerscomité;
- Directiecomité en -Raad;
- Basisoverlegcomité;
- Basisoverlegcomité - preventie en bescherming op het werk;
- Beheerscomité voor het maatschappelijk werk en de Sociale dienst;
- Stagecommissie (2);
- Kamer van beroep.

Tenslotte zijn in de loop van 2000 twee cellen opgericht, die gedeeltelijk betrekking hebben op het beheer van de human resources :

- een communicatiecel, die onder andere belast is met de interne communicatie in het RIZIV, met name door de oprichting en het onderhoud van een intern informatienetwerk (intranet);
- een moderniseringscel, die belast is met het uitdenken van beheersinstrumenten (waaronder de boordtabellen), met de coördinatie van werkzaamheden die gelijktijdig betrekking hebben op verscheidene diensten van het Instituut (b.v. voorbereiding van de beheersovereenkomst) en met de begeleiding van veranderingsprocessen die door het Directiecomité als onontbeerlijk worden beschouwd.

Beheer van de roerende en onroerende goederen

Wat de goederen en leveringen betreft, dragen de **Algemene diensten** zorg voor het beheer van de gebouwen, met de hulp van de verantwoordelijke personen van de provinciale diensten wat de gedecentraliseerde diensten betreft, en met de medewerking van de bijzondere diensten wat de lijst van de tekortkomingen betreft. Hetzelfde gebeurt op het vlak van de veiligheid en het onderhoud van de gebouwen.

Het beheer van de kantoorbenodigdheden (economaat, meubilair,...) gebeurt in samenwerking met alle bijzondere diensten.

Geschillen inzake goederen en diensten behoren uitsluitend tot de bevoegdheid van de **Algemene diensten**.

Wat de bijkomende diensten betreft, worden sommige uitsluitend door de **Algemene diensten** verzorgd (vertalen en tolken, mess en kantine, drukkerij), maar de meeste worden in **alle diensten** georganiseerd (secretariaat, dactylografie, telefoon, bodes, onthaal, verzending, fotocopie, archief).

Financiële beheer

De taken die betrekking hebben op **het beheer van de thesaurie** en die uitsluitend behoren tot de bevoegdheid van de Directie Financiën van de **Algemene diensten** :

Het gaat om :

- het opmaken van de thesaurietabellen voor het globale financiële beheer (algemene regeling en regeling voor de zelfstandigen), de follow-up ervan en het aanbrengen van correcties daarin;
- het opstellen van de nota « kastoestand »;
- in het kader van de aanvragen om fondsen aan het globale beheer;
 - het opmaken van tabellen met de dagelijkse thesauriebehoeften van het Instituut;
 - het ontvangen van de dagelijkse financieringsbehoeften en de aanpassingen op grond van de evolutie van de eigen ontvangsten;
- het ontvangen van de eigen ontvangsten van het Instituut : bijdragen van de gepensioneerden, autoverzekeringen, hospitalisatieverzekeringen, terugvorderingen inzake klinische biologie, heffing op het omzetcijfer van de farmaceutische bedrijven, vergoeding per publieksverpakking van geneesmiddelen, ontvangsten internationale verdragen, opbrengst van de administratieve boetes,...;
- in het kader van het beheer van de liquide middelen :
 - follow-up van de stand van de diverse financiële rekeningen;
 - uitwerken van de financiële transfers volgens de noden;
- het afsluiten van leningen, de betaling van de intresten en de aflossing van het kapitaal.

Wat de **boekhouding en de financiën** betreft, stelt **elke dienst** zijn eigen begroting op inzake administratiekosten, in samenwerking met de **Algemene diensten** : ramingen en aanpassingen van de administratiekosten, uitvoering en opvolging van de evolutie van de kosten (provinciale diensten en centrale dienst in het geval van de Dienst voor geneeskundige controle), jaarverslag ten behoeve van het beheersorgaan of de beheersorganen van de Dienst,...

De globale begroting wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het Algemeen beheerscomité van het Instituut.

Binnen de **Algemene diensten**, beheert het CIV zijn eigen begroting (aankoop van hardware, onderhoudscontracten, hulp van derden, werken die door de Smals-MvM voor rekening van het RIZIV worden uitgevoerd, huur en leasing van hard- en software).

De Dienst « boekhouding » van de Algemene diensten is verantwoordelijk voor de opneming van de elementen in de globale begroting.

Zo houdt elke dienst een - ten minste beperkte - boekhouding bij, hoewel die bevoegdheid toekomt aan de sectie « boekhouding » van de Algemene diensten :

- opmaken en bijwerken van het boekhoudplan;
- bijhouden van de boekhoudstukken en opmaken van de boekhoudkundige documenten (journaal, grootboek);
- verantwoorden van de diverse financiële rekeningen en opmaken van de geschriften;
- afsluiten van de rekeningen op het einde van het boekjaar.

Op grond van de aard van hun activiteiten houden de Diensten « bijdragen gepensioneerden » en « specifieke inkomsten » eveneens een hulpboekhouding bij : dagelijkse boeking van de ontvangsten en van de uitgaven, diverse boekhoudgeschriften (maandjournaal, maandgrootboek, maandbalansen);...;

De **Dienst voor uitkeringen** - internationale verdragen, bevoegd voor de toepassing van de verordeningen van de Europese Gemeenschappen, houdt ook een specifieke boekhouding bij op basis van een « debiteuren »-dossier.

De sectie van de laboratoria voor klinische biologie van de **Dienst voor geneeskundige verzorging** houdt ook een boekhouding bij van de door de laboratoria verschuldigde bedragen, en vergelijkt, met de sommen die de verzekeringsinstellingen hebben vergoed of als waarborg hebben ingehouden.

De dienst « boekhouding » van de **Algemene diensten** is eveneens verantwoordelijk voor :

- het opmaken van de exploitatieverslagen van het RIZIV;
- het opmaken van diverse boekhoudverslagen van de verzekering voor geneeskundige controle en uitkeringen, van de verzekeringsinstellingen,...;
- het beheer van de financiële rekening : klaarmaken en betalen van de uitgaven in verband met de administratiekosten van de V.I., controle van de stand van de financiële rekening (PCR,...);
- het beheer van de sociale en fiscale verplichtingen van de werkgever : storten van de RSZ-bijdragen, storting aan het Ministerie van Financiën van de KWW-bijdragen, van de bedrijfsvoorheffing en van de roerende voorheffing.

Beheer van de informatieverwerking

In verband met de ontwikkeling en het beheer van een informatiesysteem, speelt het Centrum voor informatieverwerking (CIV) in de **Algemene diensten** een erg belangrijke rol.

Het CIV heeft met name de volgende opdrachten :

- zorg dragen voor het goed functioneren van een werkgroep voor de informatisering (opmaken van nota's, secretariaat), om de coördinatie en de standaardisering van de informatica-infrastructuur te bevorderen;
- de hard- en software van de centrale computer beheren : aankoop, huur of leasing, installatie en onderhoud van de apparatuur en van de software, permanente bijwerking;
- zorg dragen voor de fysieke en logische beveiliging van de gegevens en de continue beschikbaarheid ervan waarborgen in het raam van de wet op de Kruispuntbank.

Benevens de aanpassingen die vereist zijn door de inwerkingtreding van de euro legt de **Dienst voor uitkeringen** zich in samenwerking met het CIV toe op de ontwikkeling van nieuwe informaticatoepassingen. Het gebruik van PC's voor de controle en de exploitatie van de boekhoudkundige gegevens die door de verzekeringsinstelling zijn verstrekt, is in volle ontwikkeling, net als het beroep dat op de informatica wordt gedaan voor het intern administratief beheer (bijv. correspondentie van de Dienst).

De twee Controlediensten ontwikkelen ook aan de eigen behoeften aangepaste informaticasystemen.

Zo heeft de **Dienst voor geneeskundige controle** daartoe een informaticacel opgericht.

Deze heeft tot taak :

- programma's te ontwikkelen waarmee databases van de centrale computer of van andere diensten kunnen worden geraadpleegd;
- specifieke programma's te ontwikkelen voor het beheer van de administratie en de documentatie van de Dienst (registreren van de briefwisseling, beheer van de enquêtedossiers, opvolging van de rechtspraak,...);
- programma's te ontwikkelen, te onderhouden en te verbeteren die specifiek zijn voor de activiteit van de geneeskundige controle (registratie van de deeltijdse arbeidshervattingen, van activiteiten van de adviserend geneesheren,...).

Doordat de Dienst voor geneeskundige controle gedecentraliseerd is, zijn in de provincies geregeld bijsturingen en logistieke steun nodig.

De **Dienst voor administratieve controle** benut vooral de informatica-mogelijkheden voor :

- de organisatie van de werkzaamheden;
- de taakverdeling;
- het bestuderen en ontwikkelen van een systeem voor het doorsturen van de gegevens dat gebruiksvriendelijk is voor de inspecteurs, om snel en veilig gegevens te ontvangen en mee te delen (wetteksten, bijhouden van de werkgevers,...).

De Dienst voor administratieve controle werkt op dit ogenblik aan de ontwikkeling van een nieuw project voor het documentatiebeheer ten behoeve van de inspecteurs. Hij werkt actief mee aan het opstarten van toepassingen die voor interne en externe doeleinden van het RIZIV zijn ontwikkeld (gebruikstests, valideren door de gebruikers en coördinatiegroep).

Tenslotte voert de Dienst voor administratieve controle enquêtes uit over de betrouwbaarheid van de gegevensbank en van de verzekeringsinstellingen met het oog op de erkenning ervan door de Minister, na advies van het Comité.

Het is eveneens de enige gespecialiseerde dienst die brochures over de informatiesystemen uitwerkt.

Op het vlak van de hulp aan de gebruikers, staat het **CIV-Algemene diensten** in voor de volgende opdrachten :

- analyse van de toepassingen die door de verschillende diensten van het RIZIV zijn voorgesteld, opstelling van de documentatie en de handboeken;
- programmering en onderhoud van de toepassingen, opstelling van de documentatie betreffende de programmering;
- op het niveau van het beheer; opstarten, afsluiten en goede werking van de informatica-infrastructuur; omzetten van de aanvragen van de diensten in werkingsopdrachten voor de operatoren en uitvoering van die opdrachten door de operatoren; het nemen van back-ups (veiligheidskopieën), automatisering van de opdrachten per agenda-uurregeling en monitor-plaats; op het niveau van de hulp (helpdesk), registratie van pannes, onderbrekingen en storingen.

De **Dienst voor administratieve controle** ziet zelf dagelijks toe op de werking van het machinepark en levert hulp op het eerste niveau bij het gebruik van de programma's en de software inzake kantoorautomatisering.

Hij zorgt zelf eveneens voor de opleiding met het oog op het gebruik van nieuwe programma's of toepassingen en van nieuw materiaal.

De Dienst heeft zelf meer dan een twintigtal specifieke programma's voor de behoeften van de Dienst uitgewerkt, waaronder ook een gestandaardiseerd systeem om de briefwisseling op te stellen.

De **Dienst voor administratieve controle**, **Dienst voor geneeskundige controle** en de **Dienst voor geneeskundige verzorging**, nemen deel aan de werkzaamheden in het raam van standaardisering van de apparatuur en de software in het RIZIV.

Tenslotte moet eraan worden herinnerd dat op initiatief en onder toezicht van de Dienst voor geneeskundige verzorging aanzienlijke hoeveelheden gegevens betreffende het medisch verbruik in de Smals-MvM worden verwerkt, op basis van een lastenboek dat is uitgewerkt in een « permanent overlegcomité voor de verwerking van de profielen ».

1. Anoniem ziekenhuisverblijf

Deel 1

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Voor elke verzekeringsinstelling een gedetailleerd verslag opstellen betreffende de volledigheid en de kwaliteit van haar gegevens van 1998, 1999 en 2000 en indien nodig vergaderingen beleggen met elke verzekeringsinstelling of met allemaal om de geïdentificeerde problemen op te lossen.	31/12/2002	

Nr.	RESULTATEN - verbintenissen	Indicatoren	Actuele waarde ¹	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Beperken van de termijnen die nodig zijn voor het ter beschikking stellen van de gevalideerde AZV-gegevens vanaf de datum van ontvangst van de aanvaardbare gegevens door het Instituut.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tijd verstreken tussen de datum van ontvangst van het laatste aanvaardbare bestand dat nodig is om een representatieve gegevensbank samen te stellen en het AZV-bestand ter beschikking te stellen. 	10 maanden	9 maanden	9 maanden	6 maanden

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	V.I.	Actuele waarde ²	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Verbetering van de termijnen voor de levering van aanvaardbare bestanden door de verzekeringsinstellingen.	<ul style="list-style-type: none"> ° Aantal dagen vertraging in de levering van aanvaardbare bestanden in vergelijking met de bij omzendbrief vastgestelde datum (per verzekeringsinstelling en gemiddelde voor alle V.I.'s). 	1 2 3 4 5 6 9 Gem.	178 15 397 11 5 376 200 169			
2.	Verbetering van de kwaliteit van de geëxploiteerde gegevens.	<ul style="list-style-type: none"> ° Aantal verschillende versies van eenzelfde bestand (per verzekeringsinstelling en gemiddelde voor alle V.I.'s). ° Percentage van verblijven met verwerpingen. 	1 2 3 4 5 6 9 Gem. 1 2 3 4 5 6 9 Gem.	2 1 5 1 1 4 2 2,3 3,5 12,1 23,3 11,7 12,3 3,3 1,8 11,5			

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	V.I.	Actuele waarde ²	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
		<ul style="list-style-type: none"> ° Volledigheidsgraad van de gegevens : - aantallen dagen (vergelijking met het document H - in %); 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 9 Gem. 	<ul style="list-style-type: none"> 101,0 90,9 100,3 100,3 100,3 99,6 100,0 100,2 			
		<ul style="list-style-type: none"> - bedragen buiten de dagen (vergelijking met het document P - in %). 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 9 Gem. 	<ul style="list-style-type: none"> 99,0 91,2 97,5 99,9 99,8 93,2 96,3 98,3 			
3.	Verbetering van de termijnen die noodzakelijk zijn voor het ter beschikking stellen van gevalideerde gegevens ten opzichte van het jaar waarop de verblijven betrekking hebben.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tijd tussen het jaar waarop de verblijven betrekking hebben en het ter beschikking stellen van het AZV-bestand (in maanden) Meedelen van AZV (theoretische datum van aflevering door de VI). - AZV 1998 (vrijwillig-31/10/2000) - AZV 1999 (31/12/2000) - AZV 2000 (31/12/2001) - AZV 2001 (31/12/2002) - AZV 2002 (31/12/2003) 		44	- 36 24	24	18

Nota's

¹ Gegevens AZV 1997 (gegevens geboekt tot 30 juni 1998).

² Gegevens AZV 1997 (gegevens geboekt tot 30 juni 1998).

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Bestuderen van één domein of medische discipline per jaar in een gemengde werkgroep DGV-DGC ter opsporing van verblijven waar de regels van de nomenclatuur mogelijks niet gerespecteerd werden of waar mogelijke overbodige prestaties werden verricht.	30-06-2003 30-06-2004	
2.	Informeren van de overlegorganen of andere aanbelangende organen over de vaststellingen en de conclusies van de studie.	30-09-2003 30-09-2004	
3.	Informeren van de betrokken instellingen over hun praktijk.	31-12-2003 31-12-2004	
4.	Informeren van de LOK's over de vaststellingen en conclusies ivm de medische praktijk.	31-12-2003 31-12-2004	
5.	Voorstellen van wijzigingen en verduidelijkingen van de reglementering.	30-09-2003 30-09-2004	

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Vermindering van de onverklaarde afwijkende ziekenhuispraktijken die door de studie zijn geïdentificeerd zowel op medisch vlak als op het vlak van de facturering.	<ul style="list-style-type: none"> Te verduidelijken in functie van het studieonderwerp en op basis van de conclusies van de studie. 				
2.	In voorkomend geval een bijsturing van de wettelijke en reglementaire bepalingen i.v.m. het studieonderwerp.	<ul style="list-style-type: none"> Geen boordtabel : in de jaarlijkse verslagen aan de Regeringscommissaris en in het eindverslag, de wijzigingen aanstippen die ingelast werden in de wettelijke en reglementaire bepalingen naar aanleiding van de studies en ze kwalificeren (evaluatie van de te verwachten weerslag). 				

Nr.	Omgevingsfactoren	Indicatoren
1.	De betrokken commissies en raden plaatsen de bezorgde verslagen op de agenda en besteden de nodige aandacht daaraan.	<ul style="list-style-type: none"> Geen boordtabel : in het jaarlijks verslag aan de Regeringscommissaris, de organen vermelden waaraan de vaststellingen werden meegedeeld om verbeteringen aan te brengen in de bepalingen die onder hun bevoegdheid vallen.

2. Bijzonder solidariteitsfonds

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Integreren van elke nieuwe aanvraag in het informaticasysteem.	01-07-2002	
2.	Creëren van een geïnformatiseerd medisch gegevensbestand (hulpmiddel bij beslissingen en statistisch instrument) dat in de loop van 2003 bruikbaar wordt en uiterlijk eind 2004 volledig gebruiksklaar zal zijn.	31-12-2003 31-12-2004	
3.	Kwantificeren, vanaf het eerste jaar, van het aantal dossiers dat naar de verzekeringsinstellingen wordt teruggestuurd en op het einde van het derde jaar een inventaris opmaken van de redenen voor het terugsturen.	01-07-2002 31-12-2004	
4.	Opmaken van een informatiebrochure over het BSF.	31-12-2002	
5.	Verspreiden van de brochure onder de VI's, belangengroeperingen, patiëntenverenigingen... verspreiden of, op aanvraag, rechtstreeks aan de sociaal verzekerden sturen vanaf het tweede jaar.	31-12-2003	
6.	Aanpassen van de inhoud van de brochure op basis van de evolutie van de reglementering en de feed-back van de « gebruikers ».	31-12-2004	
7.	Opmaken van een jaarlijks overzicht van de beslissingen van het Fonds.	01-02-2003 01-02-2004 01-02-2005	
8.	Registreren vanaf het tweede jaar het aantal schriftelijke klachten van de sociaal verzekerden betreffende de hangende dossiers.	01-01-2003	
9.	Opmaken van een jaarlijks verslag over het aantal klachten en de typologie ervan.	01-02-2004 01-02-2005	

Nr.	RESULTATEN - verbintenissen	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer	Streefcijfer	Streefcijfer
				2002	2003	2004
1.	Verkorting van de maximum termijnen voor de administratieve behandeling van individuele dossiers (met uitzondering van de termijn die nodig is voor het CGD).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termijn voor de voorbereiding van de volledige dossiers voor het CGD (maximum). ▪ Termijn voor de uitvoering van de beslissingen van het CGD (maximum). NB. De verbintenissen hebben betrekking op de termijnen voor de administratieve behandeling zonder de wachttijden voor bijkomende informatie (die ook voor elk dossier moet worden geregistreerd)	41 werkdagen 57 werkdagen	25 werkdagen 25 werkdagen	20 werkdagen 20 werkdagen	15 werkdagen 15 werkdagen
2.	Betekening aan de sociaal verzekerde van de behandeling van het dossier door het CGD binnen een maximum termijn na het nemen van de beslissing.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termijn voor betekening aan de sociaal verzekerde (maximum). 	Doelloos	15 werkdagen	15 werkdagen	15 werkdagen

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Verkorting van de indiening van de dossiers door de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV.	<ul style="list-style-type: none"> Gemiddelde termijn van de indiening van de dossiers door de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV. 				
2.	Vermindering van het aantal onvolledige dossiers die door de landbonden worden bezorgd.	<ul style="list-style-type: none"> Aantal dossiers dat zonder onderzoek door het CGD wordt teruggestuurd. 				0%
3.	Verkorting van de onderzoekstermijnen van de dossiers door het CGD.	<ul style="list-style-type: none"> Gemiddelde termijn tussen het ter beschikking stellen van het dossier bij het CGD en het nemen van de beslissing. 	42 werkdagen	15 werkdagen	10 werkdagen	10 werkdagen
4.	Verkorting van de termijn voor de volledige afhandeling van de dossiers, vanaf de indieningsdatum van de aanvraag bij het ziekenfonds tot de betekening van de beslissing aan de rechthebbende, met inbegrip van het bedrag waarop de verzekerde aanspraak kan maken.	<ul style="list-style-type: none"> Termijn voor de volledige afhandeling van de dossiers : maximum termijn voor 90% van de dossiers. 	5 maanden	3 maanden	3 maanden	3 maanden

Nr.	Omgevingsfactoren
1	Evolutie van het aantal aanvragen om tegemoetkoming van het BSF die door het College in plenaire vergadering worden behandeld.
2	Evolutie van de complexiteit van de dossiers die aan het College van geneesheren-directeurs worden voorgelegd op basis van volgende indicatoren : <ul style="list-style-type: none"> - frequentie van de verzoeken om inlichtingen aan externe deskundigen (universiteiten...); - frequentie van de verzoeken om advies aan de Commissie voor vergoeding van geneesmiddelen /Technische farmaceutische raad; - percentage dossiers behandeld in plenaire vergadering.
3	Evolutie van de antwoordtermijn van de Commissie voor vergoeding van geneesmiddelen/ Technische farmaceutische raad.
4	Naleving door de VI van de verplichting om het nationaal nummer mee te delen.
5	Graad van integratie in de betreffende nomenclatuur van verstrekkingen behandeld in het BSF op basis van volgende indicatoren : <ul style="list-style-type: none"> - aantal verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; - aantal verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur van farmaceutische specialiteiten; - aantal verstrekkingen die kunnen worden vergoed op basis van andere reglementeringen (wetten, koninklijke besluiten, overeenkomsten,...).
6	Evolutie van het aantal aanvragen dat door de adviserend geneesheer zelf worden behandeld.

3. Beheer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Definiëren van een computersysteem voor de uitwerking van een elektronische gegevensuitwisseling met de farmaceutische industrie : aanvragen tot opname, tot wijziging en tot schrapping kunnen worden ingediend en de ontvankelijkheid ervan kan worden vastgesteld; melding van de stand van zaken en het tijdsverloop van het dossier op de sleuteldata.	01-02-2002	
2.	Implementeren van het computersysteem voor de uitwerking van een elektronische gegevensuitwisseling met de farmaceutische industrie.	01-04-2002	
3.	Definiëren van de standaardisatie van begrippen en documenten, met inbegrip van de dossiers die aan de leden van de CTG worden voorgelegd.	01-07-2002	
4.	Implementeren van de standaardisatie van de dossiers die aan de leden van de CTG worden voorgelegd.	01-01-2003	
5.	Evalueren van het besluitvormingsproces en eventueel voorstel tot correcties :	eerste evaluatie 31-12-2002 tweede evaluatie 30-06-2003 derde evaluatie 31-12-2003 vierde evaluatie 30-06-2004 vijfde evaluatie 31-12-2004	
6.	Beschikken over een uitgebreide databank (in de dienst) met volgende gegevens : - de beschrijving van de vergoedbare specialiteiten; - de administratieve en farmacotherapeutische criteria van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten; - de historie van de gegevens over de administratieve behandeling van de aanvragen.	01-03-2002 01-03-2002 01-01-2003	
7.	Evalueren en toetsen van het voorstel van het bedrijf aan de bestaande vergoedingsmodaliteiten in de databank, met eventueel een formulering en motivering van het voorstel van de Dienst.	01-03-2002	

Nr.	RESULTATEN - verbintenissen	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Respecteren van de wettelijke termijnen : Klasse I Klasse II Klasse III Parallel ingevoerde specialiteiten Weesgeneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % waarbij termijn gerespecteerd is (aantal dagen). ▪ Gemiddelde termijn van de toekenning 	Niet beschikbaar			

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Een rationeler beheer van het beschikbaar budget.	Niet meetbaar				
2.	Verkorting van de doorlooptijd voor de procedures tot wijziging.					180 dagen

Nr.	Omgevingsfactoren
1.	De leden van de CTG moeten actief en gestructureerd meewerken in het besluitvormingsproces.
2.	De farmaceutische bedrijven moeten hun dossier van bij het begin correct opmaken, zodat de procedure niet verstoord wordt door het tussendoor inbrengen van nieuwe elementen.

4. Farmanet

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1	<p>Interveniëren bij de verzekeringsinstellingen en de tarifieringsdiensten om de termijnen van de gegevensoverdracht te verkorten en de kwaliteit ervan te verbeteren : verzenden van een jaarlijks verslag met vaststellingen en eventuele richtlijnen.</p> <p style="text-align: right;">verslag nr. 1 verslag nr. 2 verslag nr. 3</p>	<p style="text-align: center;">31/12/02 31/12/03 31/12/04</p>	
2	<p>Jaarlijks aan de CEG een verslag voorleggen dat de reacties van de gebruikers op de campagnes vermeldt alsmede eventuele voorstellen tot verbetering van zowel de inhoud als de opmaak van de presentatie van de informatie.</p> <p style="text-align: right;">verslag nr. 1 verslag nr. 2 verslag nr. 3</p>	<p style="text-align: center;">30/06/02 30/06/03 30/06/04</p>	
3	<p>Aan de CEG de noodzakelijke informatie verstrekken (volgens het uniek spoor) om de macro-economische farmaceutische boordtabellen op te stellen</p> <p style="text-align: right;">Gegevens 2001 voor de macro-economische boordtabellen Gegevens 2002 voor de macro-economische boordtabellen Gegevens 2003 voor de macro-economische boordtabellen</p>	<p style="text-align: center;">31/12/03 30/04/04 30/04/05</p>	
4	<p>Bij de algemeen geneeskundigen en de geneesheren-specialisten snel de jaarlijkse informatiecampagnes doorvoeren waartoe de CEG heeft beslist en snel de farmaceutische boordtabellen publiceren.</p> <p style="text-align: right;">de publicatie van de macro-economische boordtabellen (met betrekking tot de gegevens 2001) de campagne bij de algemeen geneeskundigen (met betrekking tot de gegevens 2001) de campagne bij de geneesheren-specialisten (met betrekking tot de gegevens 2001) de publicatie van de macro-economische boordtabellen (met betrekking tot de gegevens 2002) de campagne bij de algemeen geneeskundigen (met betrekking tot de gegevens 2002) de campagne bij de geneesheren-specialisten (met betrekking tot de gegevens 2002) de bekendmaking van de macro-economische boordtabellen (met betrekking tot de gegevens 2003) de campagne bij de algemeen geneeskundigen (met betrekking tot de gegevens 2003) de campagne bij de geneesheren-specialisten (met betrekking tot de gegevens 2003)</p>	<p style="text-align: center;">30/06/04 31/12/03 30/04/04 30/09/04 31/05/04 31/05/04 30/09/05 31/12/04 31/03/05</p>	
5	<p>De uitbreiding van algemene informatie van Farmanet die via het net kan worden geraadpleegd (meer bepaald met inbegrip van chronologische informatie).</p>	<p style="text-align: center;">30/06/03</p>	
6	<p>De voorschrijvers de mogelijkheid bieden om hun persoonlijke gegevens via het net te raadplegen.</p>	<p style="text-align: center;">31/12/04</p>	

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	De verkorting van de termijnen voor de terbeschikkingstelling van de gegevens door de verzekering-instellingen en de verbetering van de kwaliteit ervan.	▪ gemiddelde achterstand van de VI voor de overdracht van de eerste versie	6 dagen			
		▪ gemiddelde achterstand van de VI voor de overdracht van de definitieve versie	20 dagen			
		▪ maximale achterstand van de VI voor de overdracht van de eerste versie	34 dagen			
		▪ maximale achterstand van de VI voor de overdracht van de definitieve versie	73 dagen			
		▪ % foute records voor VI 1	3,70 %			
		▪ % foute records voor VI 2	1,40 %			
		▪ % foute records voor VI 3	2,80 %			
		▪ % foute records voor VI 4	2,60 %			
		▪ % foute records voor VI 5	2,20 %			
		▪ % foute records voor VI 6	7,80 %			
		▪ % foute records voor VI 9	14,20 %			
		▪ % foute records voor alle VI samen	3,40 %			
2.	De maximalisering van de verhouding kosten/efficiëntie inzake het voorschrijven van farmaceutische producten.	▪ % voorgeschreven generieken	0,90 %			
		▪ ddd antibiotica voor 1000 inwoners per dag	26,4			

Nr.	Omgevingsfactoren	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	De Dienst is afhankelijk van de verzekeringsinstellingen voor de overdracht van de gevalideerde gegevens binnen de vastgetelde termijnen.	▪ Gemiddelde achterstand van de VI voor de overdracht van de eerste versie.	6 dagen			
		▪ Gemiddelde achterstand van de VI voor de overdracht van de definitieve versie.	20 dagen			
		▪ Maximale achterstand van de VI voor de overdracht van de eerste versie.	34 dagen			
		▪ Maximale achterstand van de VI voor de overdracht van de definitieve versie.	73 dagen			
2.	De door de MVM correct verwerkte gegevens moeten op tijd aan de cel Farmanet worden bezorgd.					

N.B. De huidige waarden van de indicatoren met betrekking tot het eerste resultaat zijn opgesteld op basis van de in 2000 ontvangen gegevens.

De huidige waarden van de indicatoren met betrekking tot het tweede resultaat zijn opgesteld op basis van de Farmanetgegevens van het jaar 1999.

5. Herwaardering van de statistische en boekhoudkundige gegevens

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Een inventaris opmaken van de statistische en boekhoudkundige gegevens die door de verzekeringsinstellingen aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën worden meegedeeld, van de beheersinformatie die op grond daarvan wordt geproduceerd en van het gebruik dat ervan wordt gemaakt, om het nut ervan te bepalen.	31/12/2002	
2.	Aan het Verzekeringscomité en de Algemene raad een rapport voorleggen met de richtlijnen voor een eventuele herstructurering van de statistische en boekhoudkundige gegevens.	31/12/2003	
3.	Een inventaris opmaken van de maatregelen die zowel in het Instituut als in de verzekeringsinstellingen worden overwogen, om de kwaliteit en de termijnen voor het ter beschikking stellen, zowel van de gegevens die door de verzekeringsinstellingen worden meegedeeld, als van de informatie die door het Instituut wordt geproduceerd, te verbeteren.	31/12/2003	
4.	Een jaarrapport opmaken betreffende <ul style="list-style-type: none"> ▪ de snelheid, de stiptheid en de kwaliteit van de facturering door de ziekenhuizen ▪ de snelheid en de stiptheid van de verwerking, door de verzekeringsinstellingen, van de magneetbanden voor de facturering en de boeking van de vergoedingsbedragen. 	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	
5.	Nieuwe regels voorstellen voor de facturering door de ziekenhuizen en voor de boeking door de verzekeringsinstellingen.	31/12/2003	
6.	Elk jaar een vergelijkende tabel opmaken van de evolutie, wat de belangrijkste verzorgingscategorieën betreft, van de uitgaven per periode van verstrekking en per periode van boeking.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	
7.	Op basis van een analyse van het verbruik van verzorging die samenhangt met chronische ziekten of met de vergrijzing van de bevolking, voorstellen doen om de statistische gegevens tot sommige bijzondere eigenschappen van de verzekerde populatie uit te breiden.	31/12/2003	
8.	Voorstellen doen inzake het opmaken van het tijdschema betreffende de procedures voor het vaststellen van de begrotingen.	31/12/2002	

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Verbeteren van de kwaliteit van de door de verzekeringsinstellingen meegedeelde gegevens.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voor de boekhoudkundige gegevens en voor elk statistisch model, het percentage verwerpingen en, eventueel, het percentage niet exploiteerbare gegevens (flags), per VI en voor alle VI's samen. 				
2.	Verbeteren van de termijn voor het ter beschikking stellen van cijfermateriaal (beheersgegevens)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termijn tussen het einde van de betrokken boekhoudkundige periode en de datum waarop de beheersinformatie, per informatietype (op te sommen), ter beschikking is gesteld 				
3.	Verbeteren van de overeenstemming tussen de boekhoudkundige en statistische gegevens en de evolutie van het verzorgingsverbruik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschil tussen de groeipercentages die, voor de belangrijkste verzorgingscategorieën (te omschrijven) en voor het totaal, worden geregistreerd in de boekhoudkundige gegevens (doc. C) en in de gegevens per periode van verstrekking. 				
4.	Verbeteren van de mogelijkheden van het Instituut om te anticiperen op de evolutie van de uitgaven (verhogen van de graad van nauwkeurigheid van de technische ramingen).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentage verschil tussen de technische ramingen en de boekhoudkundige uitgaven per jaar, voor de belangrijkste verzorgings- categorieën en voor het totaal. 				

6. Activering van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Evaluëren van de algemene voorwaarden die nu in het kader van de toelating van een gedeeltelijke hervatting van bepaalde activiteiten zijn vastgelegd, en voorstellen formuleren ter aanpassing of wijziging van die voorwaarden na onderzoek met alle betrokken instanties.	31/12/2003	
2.	Evaluëren van de aangepaste nieuwe cumulatieregel en voorstellen van eventuele correcties op basis, onder andere, van het onderzoek van de gevallen van gerechtigden die hebben gekozen voor het behoud van de vroegere cumulatieregel.	31/12/2002	
3.	Invoeren van een ruimere inzameling van gegevens op het vlak van de activering of de gedeeltelijke hervatting van activiteiten, in samenwerking met de verzekeringsinstellingen en doorsturen van de gegevens via een elektronisch drager.	31/12/2004	
4.	Opmaken van een verslag waarin de voorwaarden en de voordelen van een overheveling van de herscholing naar de uitkeringsverzekering worden omschreven.	31/12/2002	

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1	Verbetering van de financiële situatie van de rechthebbenden van een toegelaten hervatting van de activiteiten.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentage rechthebbenden die voor de nieuwe regeling hebben gekozen. 	Doelloos			
2	Verhoging van het aantal hervattingen, meer in het bijzonder voor gerechtigden in invaliditeit.	<ul style="list-style-type: none"> ° Percentage arbeidsongeschikte gerechtigden die toegelaten activiteit hebben hervat - Gerechtigden in primaire ongeschiktheid; - Gerechtigden in invaliditeit. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2,28 % - 5,65 % 			
3	Verhoging van het aantal arbeidsongeschikte personen die gekozen hebben voor een herscholing.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totaal aantal behandelde aanvragen. ▪ Aantal positieve beslissingen. ▪ Totaal aantal betrokken rechthebbenden. 	<ul style="list-style-type: none"> - 503 - 463 (92 %) - 379 			

Nr.	Omgevingsfactoren
1.	De verzekeringsinstellingen moeten samenwerken voor het verschaffen van meer gegevens betreffende de activering of de gedeeltelijke hervatting van activiteiten.

7. Modernisering en vereenvoudiging van de informatiestromen betreffende de verzekeraarbaarheid

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Ontwikkelen van programma's voor de administratieve controle met het oog op de identificatie van speciale categorieën van rechthebbenden.	31-12-2002	
2.	Ontwikkelen van programma's die toelaten verschillende situaties te vergelijken om anomalieën op te sporen.	31-12-2002	
3.	Opmaken van een verslag waarin de uitgevoerde studies worden beschreven en de anomalieën worden geïdentificeerd alsook de kritieke situaties die een gerichte controle bij de ziekenfondsen vereisen.	01-03-2004	
4.	Opmaken van een verslag waarin per type van controle het aantal uitgevoerde verificaties en hun resultaten worden opgenomen.	01-03-2005	

Nr.	RESULTATEN - verbintenissen	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Significante toename van de controle inzake verzekeraarbaarheid.	▪ het aantal gecontroleerde gevallen.	#			
		▪ % gecontroleerde gevallen.	%			
		▪ het aantal geïdentificeerde gevallen via elektronische weg waarbij een controle in de mutualiteiten noodzakelijk is.	#			
		▪ % geïdentificeerde gevallen via elektronische weg waarbij een controle in de mutualiteiten noodzakelijk is.	%			
2.	Verbetering van de controle op de uniforme toepassing van de reglementering.	▪ % van het aantal gecontroleerde gevallen per categorie van rechthebbende ¹	%			

¹ Voorbeeld :

Om van de terugbetaling van de zogenaamde « kleine risico's » te kunnen genieten bestaat de kans dat de personen ten laste van de zelfstandigen zich zouden inschrijven als resident of student van het derde niveau. In deze hoedanigheid kan de betrokkene aanspraak maken op de terugbetaling van alle geneeskundige verstrekkingen, dus zowel de « grote » als de « kleine risico's ». De bandtekening die door de verzekeringsinstellingen dient te worden gebruikt voor het doorsturen van de ledentallen laat toe om de personen ten laste van zelfstandigen die zijn ingeschreven als resident of student van het derde niveau op te sporen.

De nieuwe bandtekening van het ledenbestand van de verzekeringsinstelling vermeldt zowel de personen die de hoedanigheid van gerechtigde bezitten als degenen die als personen ten laste zijn ingeschreven. Hoe moet tewerkgegaan worden ?

- men spoort de personen ten laste op;
- men gaat na of de betrokkenen als persoon ten laste van een zelfstandige gerechtigde zijn ingeschreven;
- men selecteert aan de hand van de code rechthebbende 1 de personen ten laste van zelfstandigen die als student van het derde niveau of als resident zijn aangesloten;
- men vraagt aan het Nationaal intermutualistisch college het Identificatienummer van de sociale zekerheid van de geselecteerde personen ten laste;
- een inspecteur van de Dienst voor administratieve controle controleert bij het ziekenfonds waarbij de betrokkene is ingeschreven of er zogenaamde « kleine risico's » werden terugbetaald.

Nr.	Omgevingsfactoren	Streefdatum (gegevens voor 2001)	Datum van ontvangst gegevens
1.	De verzekeringsinstellingen moeten 2 keer per jaar, via geïnformatiseerde drager, de gegevens overmaken, correct en binnen een termijn van 2 maanden na de datum (30 juni en 31 december) waarop de gegevens betrekking hebben.		
		L.C.M.	31-08-2001 28-02-2002
		L.N.M.	31-08-2001 28-02-2002
		N.V.S.M.	31-08-2001 28-02-2002
		L.L.M.	31-08-2001 28-02-2002
		L.O.Z.	31-08-2001 28-02-2002
		H.K.Z.I.V.	31-08-2001 28-02-2002
		N.M.B.S.	31-08-2001 28-02-2002
2.	Medewerking van het NIC met het oog op de levering van de INSZ-nummers		
3.	Toegankelijkheid die de inspecteurs verkrijgen tot de gegevensbanken betreffende de verzekerbaarheid welke zich in de verzekeringsinstellingen bevinden.		

8. Informatie aan de zorgverleners

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1	Een inventaris opmaken van de meest « nuttige » informatie, van de doelgroepen en een lijst opmaken van de verschillende te creëren modules.	31/12/02	
2	De modules opmaken.	module 1	31/12/03
		module 2	31/12/03
		module 3	31/12/03
		module 4	31/12/03
		module 5	31/12/04
		module 6	31/12/04
3	De modules verspreiden (via de post, internetsite, voorlichtingsbijeenkomsten).	module 1	31/12/04
		module 2	31/12/04
		module 3	31/12/04
		module 4	31/12/04
4	Actualiseren van de modules (papier drager en internetsite).	module 1	31/12/04
		module 2	31/12/04
		module 3	31/12/04
		module 4	31/12/04

Nr.	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Vermindering van de vormfouten in het aanrekenen van verstrekkingen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % vormfouten ten opzichte van het totaal aantal fouten. 				
2.	Verbetering van de relatie tussen zorgverleners en overheid.	Niet meetbaar				

9. Gewestelijke invaliditeitscommissies

Nr.	ACTIES - VERBINTENISSEN	Streefdatum	Gerealiseerd op
1.	Een werkgroep DGC-GRI oprichten, die belast is met het opmaken van de evaluatiecriteria die op de dossiers moeten worden toegepast.	30/06/2002	
2.	Een permanent systeem voor de evaluatie van de invaliditeitsdossiers invoeren.	30/09/2002	
3.	Een permanente structuur DGC-GRI oprichten, die een bestandige follow-up en feedback van de onder 2 bedoelde evaluatie mogelijk maakt.	31/12/2002	
4.	Een ombudsdienst oprichten die uit twee geneesheren bestaat en met gestandaardiseerde procedures werkt (registratie van de klachten, rapporten, betrekkingen met de DGC en de GRI, permanente evaluatie).	31/12/2002	
5.	Een informatiebrochure opmaken, die bij de oproepingen van de sociaal verzekerden zal worden gevoegd.	31/12/2002	
6.	De inhoud van de brochure aanpassen, rekening houdende met de reacties/suggesties van de sociaal verzekerden.	31/12/2003 31/12/2004	
7.	Jaarlijks een rapport opmaken over de evolutie van de werking van de GC-GRI.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	

N°	RESULTATEN - buiten verbintenissen (verwachte effecten)	Indicatoren	Actuele waarde	Streefcijfer 2002	Streefcijfer 2003	Streefcijfer 2004
1.	Verbetering van de kwaliteit van het dossier met het voorstel van de adviserend geneesheer betreffende de invaliditeit.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aantal door de GC-GRI meegedeelde dossiers met een « anomalie » die aan de adviserend geneesheren kan worden toegeschreven (in %). Per type van anomalie : ▪ de beslissing « einde ongeschiktheid » had door de AG moeten worden genomen. ▪ het voorstel van de AG is onvoldoende gemotiveerd. ▪ het dossier is onvolledig bij de indiening. 	90 49 29 12			
2.	Daling van het aantal beslissingen tot nutteloze lichamelijke onderzoeken.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aantal dossiers GC-GRI waarvoor de beslissing tot oproeping als onverantwoord wordt beschouwd (in %). 	30			

Bijlage 3. — De beheersbegroting**I. ALGEMENE PRINCIPES****1. Opdrachten- versus beheersbegroting**

Overeenkomstig artikel 11, §2 van het koninklijk besluit van 3 april 1997 wordt de begroting opgedeeld in een opdrachtenbegroting en een beheersbegroting. De opdrachtenbegroting bevat de ramingen van de ontvangsten en uitgaven die verband houden met de wettelijke opdrachten van de instelling. De beheersbegroting raamt de ontvangsten en de uitgaven die eigen zijn aan het beheer van de instelling. Een werkgroep die binnen het College van Administrateurs-generaal werd opgericht, heeft de opdeling van de begrotingen uitgewerkt.

Zich baserend op bovenvermelde definities, werden vanaf het begrotingsjaar 2002 een aantal ontvangsten en uitgaven geheel of gedeeltelijk overgeheveld van de beheersbegroting naar de opdrachtenbegroting. Het betreft de volgende ontvangsten- en uitgavenposten :

Ontvangsten**Artikel 709.6 : Overdrachten van sociale bijdragen en bijkomende opbrengsten**

Het betreft de raming van de ontvangsten die voortvloeien uit

- de bepalingen van artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 krachtens welke geldstraffen aan de verzekeringsinstellingen kunnen opgelegd worden bij niet-naleving van de wets- of verordeningsbepalingen;
- de ontvangsten van geldstraffen die worden toegepast in het kader van de nationale overeenkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers, dienen eveneens in de opdrachtenbegroting te worden ondergebracht.

Artikel 716.2 : Tegemoetkoming van derden in de werkingsuitgaven

Het betreft voornamelijk de sommen die aan de buitenlandse sociale verzekeringsinstellingen worden gevraagd voor het dekken van de administratiekosten. Een bedrag gelijk aan 10 % van deze administratiekosten wordt gebruikt voor het dekken van de administratiekosten van de dienst internationale verdragen. De overige 90 % worden aan de verzekeringsinstellingen toegekend.

Met uitzondering van de ontvangsten die verband houden met de vergoeding van de bezoldiging van personeelsleden die werden gedetacheerd worden de ontvangsten toegewezen aan de opdrachtenbegroting.

Artikel 726.9 : Diverse opbrengsten van beleggingen

Deze ontvangsten hebben betrekking op de intresten die het RIZIV ontvangt op de diverse financiële rekeningen. Vermits deze rekeningen worden aangehouden voor het innen van eigen ontvangsten van het instituut en voor de gelden die vanuit het globaal beheer worden gestort.

Uitgaven**Artikel 804.6 : Overdrachten van sociale bijdragen en bijkomende opbrengsten**

Het betreft de terugbetaling aan de verzekeringsinstellingen van geldstraffen die zijn opgelegd met toepassing van artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Artikel 812.4 : Betwiste zaken

De kosten voor gerechtszaken die het RIZIV moet dragen, hebben voornamelijk betrekking op geschillen in verband met de uitkeringsverzekering en met de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Gezien de belangrijke renovatiewerkzaamheden die aan de gang zijn, werd nog een bedrag ingeschreven in de beheersbegroting om eventuele gerechtskosten in verband met deze werkzaamheden te betalen.

Artikel 812.51 : Honoraria geneesheren

Het betreft de kosten voor het betalen van de honoraria voor de controlegeneesheren van de cel invaliditeitspensioenen voor de mijnwerkers.

Artikel 812.56 : Vergoedingen betaald aan derden die tussenbeide komen in de vereffening van de sociale verstrekkingen

Het betreft geneeskundige onderzoeken aangevraagd door buitenlandse instellingen en de kosten van sociaal verzekerden die voor een geneeskundige expertise werden opgevoerd.

Artikel 812.91 : Gewone financiële lasten

Op dit artikel worden de financiële kosten geïmputeerd die voornamelijk te maken hebben met internationale betalingen in het raam van de EEG-verordeningen nrs 3 en 4 en in het kader van de terugbetaling aan buitenlandse sociale zekerheidsinstellingen van geneeskundige verstrekkingen verleend aan Belgen in het buitenland. Op de beheersbegroting werd nog een bedrag voorzien voor kosten verbonden aan de betaling van facturen voor bestellingen van goederen en diensten in het buitenland.

Artikel 821.9 : Diverse intresten en gewone financiële lasten

Op dit artikel worden de intresten geboekt die door de FORTIS-bank worden aangerekend ingeval het RIZIV gebruik maakt van de kredietlijn. Op de bedoelde rekening worden de ontvangsten vanuit het globaal beheer gestort en worden de voorschotten aan de verzekeringsinstellingen betaald. Het bestaan van deze financiële rekening houdt derhalve rechtstreeks verband met de operationele basisopdracht : beheer van de thesaurie en verdeling van de fondsen onder de verzekeringsinstellingen.

2. Constante prijzen 2002

Vanaf het begrotingsjaar 2002 werd de begroting opgemaakt aan constante prijzen 2002.

II. ALGEMENE BEREKENINGSMETHODEN

De gebruikte berekeningsmethodes zijn deze die vastgelegd werden door de voorgedij-overheden, meegedeeld tijdens het bilateraal overleg van 22 november 2001.

1. Voor de personeelskosten

Vertrekpunt : realisaties 2000, vermeerderd met $2 \times 3\%$:	55.151.351 EUR	(2 224,8 miljoen BEF)
+ Geneesmiddelenbeleid-regeringsbeslissing :	+ 1.859.201 EUR	(75 miljoen BEF)
	<hr/>	
	57.010.552 EUR	(2 299,8 miljoen BEF)
+ nieuwe projecten goedgekeurd door de regering(*) :	+ 2.478.935 EUR	(100 miljoen BEF)
	<hr/>	
	59.494.446 EUR	(2 400 miljoen BEF)
		(afgerond bedrag)

(*) Het bijkomend krediet van 2.478.935 EUR (100 miljoen BEF) wordt verantwoord door :

1. het dekken van de bijkomende personeelskosten (52 personen) nodig om de doelstellingen te realiseren die in het beheerscontract worden vermeld en het vervullen van nieuwe opdrachten, opgelegd aan het RIZIV, zoals de controle op de aflevering van geneesmiddelen, de toelating tot terugbetaling van farmaceutische specialiteiten, de installatie van een Nationale Raad voor de kwaliteitsbevordering...
2. het dekken van bijkomende personeelskosten voor de 22 personeelsleden gevraagd in het kader van tijdelijke en uitzonderlijke maatregelen, zoals de accreditatie, controle op de rusthuizen...

Anderzijds, conform het koninklijk besluit van 3 april 1997, werd een theoretisch maximum personeelskrediet voor het statutair personeel berekend. De berekeningsmethode steunt op de totalisering van de individuele personeelskosten, zowel de wedden als de hierop verschuldigde sociale bijdragen :

1. van het statutair personeel in dienstactiviteit, met hun dienstanciënniteit, die worden geacht voltijds te werken.
2. van de fictieve betrekkingen die nodig zijn om de personeelsformatie vol te maken; die personeelsleden worden geacht voltijds te werken en hebben een bepaalde anciënniteit¹¹

Krediet 2003 :

= Krediet 2002 vermeerderd met de index en de groeivoet van het stabiliteitspact.

Krediet 2004 :

= Krediet 2003 vermeerderd met de index en de groeivoet van het stabiliteitspact.

2. Voor de werkingskosten**Krediet 2002 :**

Vertrekpunt : realisaties 2000, 16.023.837 EUR (646,4 miljoen BEF), vermeerderd met $2 \times 3\%$,

= 17.000.538 EUR (685,8 miljoen BEF)

+ forfaitair bedrag per nieuw personeelslid geschat op 4.958 EUR (0,2 miljoen BEF),

d.w.z. 4.958×74 personeelsleden = 366.892 EUR (14,8 miljoen BEF)

Totale begroting werkingskosten : 17.367.420 EUR (700,6 miljoen BEF)

Krediet 2003 :

= Krediet 2002 vermeerderd met de index en de groeivoet van het stabiliteitspact.

Krediet 2004 :

= Krediet 2003 vermeerderd met de index en de groeivoet van het stabiliteitspact.

3. Voor de investeringskosten**Informatica**

Bij gebrek aan een verdeling voor het forfaitair bedrag toegekend bij aanwerving van een nieuw personeelslid, wordt de algemene norm toegepast op realisaties 2000 : $1.083.294 \text{ EUR} \times 1,03 \times 1,03 = 1.150.226 \text{ EUR}$ (46,4 miljoen BEF)

Roerende investeringen

Het weerhouden budget bedraagt 1.690.634 EUR (68,2 miljoen BEF)

Onroerende investeringen

Het weerhouden budget bedraagt 6.539.605 EUR (263,8 miljoen BEF)

4. Voor de informatica-uitgaven**Werkingskosten**

Krediet 2002 : 1.824.496 EUR (73,6 miljoen BEF)

uitgaven M.V.M

Krediet 2002 : 9.229.076 EUR (372,3 miljoen BEF)

SAMENVATTENDE TABEL

UITGAVEN	Budget 2002 in euro (miljoen BEF)	Budget 2003 in euro	Budget 2004 in euro
- Personeel	59.494.446 (2.400)	Gezondheidsindex + gsp (*)	Idem
- werkingskosten	17.367.420 (700,6)	Gezondheidsindex + gsp (*)	Idem
- Informatica	1.824.496 (73,6)	1.824.496	1.824.496
- MVM	9.229.076 (372,3)	9.229.076	9.229.076
- Investerings in informatica	1.150.226 (46,4)	1.479.776	1.479.776
- Roerende investeringen	1.690.634 (68,2)	Gezondheidsindex + gsp (*)	Idem
- Onroerende investeringen	6.539.605 (263,8)	6.073.391	5.205.789
	97.295.903 (3.924,9)		

(*) gsp = groeivoet stabiliteitspact

Nota's

¹¹ anciënniteit nul voor wervingsgraden, met uitzondering van de geneesheren-inspecteurs (5 jaar), adviseur = 15 j.; programmeringsanalist = 15 jaar; eerstaanwendend directiesecretaris = 17 jaar; geneesheer-inspecteur-generaal = 25 jaar; geneesheer-inspecteur-direkteur = 22 jaar.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons Besluit van 8 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Begroting,
J. VANDE LANOTTE

De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

De Minister van Ambtenarenzaken en modernisering van de openbare besturen,
L. VAN DEN BOSSCHE

Annexe à l'arrêté royal du 8 avril 2002

CONTRAT D'ADMINISTRATION ENTRE L'ETAT
ET L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI)

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations
Dispositions préliminaires

TITRE I^{er} : définitions

Article 1^{er}. Définitions

TITRE II : missions et tâches

Article 2. Missions et tâches
Article 3. Les missions opérationnelles
Article 4. Les missions de support

TITRE III : axes prioritaires

Article 5. Axes prioritaires

TITRE IV : objectifs

Article 6. Séjour Hospitalier Anonyme
Volet 1 : Amélioration de la qualité et des délais de mise à disposition des données statistiques par séjour hospitalier anonyme
Volet 2 : Intensification de l'utilisation des données statistiques par « Séjour hospitalier anonyme » en synergie entre le Service des soins de santé (S.S.S.) et le Service du contrôle médical (S.C.M.) — production d'études
Article 7. Fonds Spécial de Solidarité
Article 8. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables
Article 9. Pharmanet
Article 10. Revalorisation des données statistiques et comptables
Article 11. Activation des indemnités d'incapacité de travail
Article 12. Modernisation et simplification des flux d'informations concernant l'assurabilité
Article 13. Information aux dispensateurs de soins
Article 14. Commissions régionales de l'invalidité

TITRE V : autres projets

Article 15.
Préparation de la mise en oeuvre du Maximum à facturer (MAF)
Redéfinition du secteur de la rééducation fonctionnelle
Fonctionnement des organes (enquêtes de satisfaction, objectivation de l'importance des ressources humaines mobilisées par les réunions, propositions de recomposition/réorientation,...)

TITRE VI : amélioration du service rendu aux usagers**Règles de conduite**

Article 16.
Article 17.
Article 18.
Article 19.
Article 20.
Article 21.

Simplifications administratives

Article 22. Formulaires
Formulaire de demande d'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance
Questionnaire relatif à l'activité professionnelle dans le cadre de la déclaration d'incapacité de travail effectuée par les travailleurs indépendants
Notification des décisions dans le cadre de la reconnaissance du besoin de l'aide d'une tierce personne.
Notification des décisions dans le cadre d'une levée partielle ou complète de la suspension du paiement des indemnités d'incapacité de travail pour absence à un examen de contrôle médical
Article 23. Procédures
Diffusion d'informations à destination des organismes assureurs
Simplification administrative de l'accréditation des médecins et soutien des groupes locaux d'évaluation médicale
Procédure de remboursement de chaises roulantes

TITRE VII : méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs et les améliorations du service rendu aux usagers

Article 24.

TITRE VIII : engagements de l'Etat

Article 25.

Article 26.

Article 27.

Article 28.

TITRE IX : crédits de gestion et montant maximal des crédits de personnel pour le personnel statutaire

Article 29.

Article 30.

Article 31.

Article 32.

TITRE X : sanctions positives pour l'institution en cas de respect des engagements et solutions ou sanctions en cas de non respect des engagements découlant du présent contrat

Article 33.

TITRE XI : dispositions finales

Article 34.

Article 35.

ANNEXE 1 : tâches de l'Institut**I. MISSIONS DE BASE OPERATIONNELLES**

Missions financières

Payer

Percevoir

Répartir

Récupérer

Missions administratives

Octroyer

Contrôler

Régler (traiter les litiges)

Réglementer

Délivrer

Organiser

Informier

Conseiller

Autres

II. MISSIONS DE SUPPORT

Gérer les ressources humaines

Gérer les biens mobiliers et immobiliers

Gérer les finances

Gérer le traitement de l'information

ANNEXE 2 : les tableaux de bord**ANNEXE 3 : le budget****I. PRINCIPES GENERAUX**

1. Budget des missions versus budget de gestion

2. Prix constants 2002

II. METHODES DE CALCUL GENERALES

1. Pour les frais de personnel

2. Pour les frais de fonctionnement

3. Pour les frais d'investissement

4. Pour les frais d'informatique

Liste des abréviations

ANMC	Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité sociale
CAAMI	Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
CEM	Comité d'Evaluation de la pratique médicale en matière de Médicaments
CIN	Collège intermutualiste national
CTI	Centre de Traitement de l'Information
CMD	Collège des Médecins-Directeurs
CMI	Conseil Médical de l'Invalidité
CR-CMI	Commission régionale du Conseil médical de l'Invalidité
CRM	Commission de Remboursement des Médicaments
FSS	Fonds spécial de Solidarité
GLEM	Groupe local d'Evaluation médicale
INAMI	Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité
INASTI	Institut national d'Assurances sociales pour Travailleurs indépendants
INS	Institut national des Statistiques
MAF	Maximum a facturer
MC	Médecin-Conseil
NISS	Numéro d'Identification à la Sécurité sociale
OA	Organisme assureur
OCA	Office de Contrôle des Assurances
OCM	Office de Contrôle des Mutualités et des Unions nationales de Mutualités
ONP	Office national des Pensions
ONSS	Office national de la Sécurité sociale
ONSSAPL	Office national de Sécurité sociale des Administrations provinciales et locales
OSSOM	Office de la Sécurité sociale d'Outre-Mer
RCM	Résumé Clinique Minimum
SCM	Service du Contrôle médical
SELOR	Bureau de sélection de l'administration fédérale
SHA	Séjour hospitalier anonyme
SMALS	Société de Mécanographie pour l'Application des Lois sociales
SNCB	Société nationale des Chemins de Fer belges
SSI	Assurance Soins de Santé et Indemnités
SSS	Service des Soins de Santé
UML	Union nationale des Mutualités libres
UNML	Union nationale des Mutualités libérales
UNMN	Union nationale des Mutualités neutres
UNMS	Union nationale des Mutualités socialistes
VIPO	Veuves, Invalides, Pensionnés et Orphelins

CONTRAT D'ADMINISTRATION ENTRE L'ETAT
ET L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Dispositions préliminaires

Considérant :

que le contrat d'administration réglant les rapports entre l'Etat et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, doit répondre aux exigences suivantes :

— la première traduit l'obligation pour l'administration de s'adapter à un environnement en mutation qui demande à l'assurance soins de santé et indemnités d'intégrer, dans ses modes de gestion, les modifications importantes générées par les évolutions démographique, sociologique, technologique et économique auxquelles la société est confrontée.

Dans ce contexte, le contrat fixe des objectifs spécifiques qui prennent en compte ces évolutions et les priorités du Gouvernement;

— la deuxième invite l'administration, dans un contexte de modernisation de l'intervention publique, à contribuer par son organisation interne à la rencontre d'une demande croissante de qualité du service rendu, de simplification des procédures administratives, de transparence et de communication adaptée aux besoins généraux et spécifiques du public et des acteurs socio-économiques;

— la troisième est dictée par la demande expresse du Gouvernement qu'il soit fait un usage fonctionnel des ressources humaines et rationnel des budgets alloués pour le bon fonctionnement de l'administration afin que celle-ci participe, dans le cadre d'une autonomie reconnue par la loi, à la maîtrise de la consommation publique;

que le contrat d'administration confirme et renforce la gestion paritaire des organismes de sécurité sociale;

que le contrat d'administration respecte les compétences, missions et responsabilités reconnues aux organismes assureurs;

que le contrat d'administration contribue à renforcer la concertation entre les acteurs concernés par la gestion de l'assurance, ce qui constitue une condition essentielle à sa réussite;

que les parties signataires s'accordent à mettre tout en œuvre pour favoriser un climat propice à la gestion de l'assurance et pour créer les conditions favorables à la réalisation des engagements fixés dans le contrat;

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

et

vu l'avis du comité de concertation de base de l'INAMI émis le 03 mai 2000;

vu l'accord du comité de gestion de l'INAMI donné le 7 avril 2000 sur l'avant-projet de contrat d'administration et le 21 décembre 2001 sur le projet de contrat négocié avec le gouvernement;

vu le contrôle de coordination et de cohérence entre les projets de contrat d'administration des différentes institutions publiques de sécurité sociale effectué en date du 28 avril 2000 par le Collège des institutions publiques de sécurité sociale conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 précité;

vu l'accord du Gouvernement après délibération en Conseil des Ministres du 21 décembre 2001;

Il est convenu ce qui suit, pour la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004, entre

— l'Etat belge, représenté par le Ministre des Affaires sociales et des Pensions, M. Frank Vandebroucke, le Ministre de la Fonction publique et de la Modernisation de l'Administration, Luc Van den Bossche et le Ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale, Johan Vande Lanotte;

et

— l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité, représenté par M. Joseph Gillain, président du Comité général de gestion, M. Johan De Cock, administrateur général et M. Georges Grinberg, administrateur général adjoint :

TITRE I^{er}. — Définitions

Article 1^{er}. — Définitions

Dans le présent contrat d'administration, on entend par :

1. « Institut » : l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité, visé à l'article 10 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.
2. « Comité général de gestion » : le comité général de gestion visé à l'article 11 de la loi coordonnée susmentionnée.
3. « Conseil général » : le conseil général de l'assurance soins de santé visé à l'article 15 de la loi coordonnée susmentionnée.
4. « Comité de l'Assurance » : le comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 22 de la loi coordonnée susmentionnée.
5. « Fonds spécial de Solidarité » : le fonds créé au sein du Service des soins de santé de l'Institut par l'article 25 de la loi coordonnée susmentionnée.
6. « Comité de gestion pour les ouvriers mineurs » : le comité de gestion visé à l'article 78bis de la loi coordonnée susmentionnée.
7. « Comité de gestion du Service des indemnités » : le comité de gestion visé à l'article 79 de la loi coordonnée susmentionnée.

8. « Comité du Service du contrôle médical » : le comité visé à l'article 140 de la loi coordonnée susmentionnée.
9. « Comité du Service du contrôle administratif » : le comité visé à l'article 160 de la loi coordonnée susmentionnée.
10. « Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants » : le comité de gestion visé à l'article 39, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants.
11. « Organismes assureurs » : les unions nationales, visées à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité visée à l'article 5 de la loi coordonnée susmentionnée, et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges, visée à l'article 6 de la loi coordonnée susmentionnée.
12. « Tableaux de bord » : les tableaux de bord tels que visés à l'article 10, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.

TITRE II. — Missions et tâches

Article 2. — Missions et tâches

En vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'Institut est chargé de la gestion administrative et financière de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités (indemnité pour incapacité de travail et allocation pour frais funéraires) et de l'assurance maternité.

Dans ce cadre, l'Institut est appelé à :

1. gérer les prestations de santé couvertes par l'assurance obligatoire (tarification, réglementation, nomenclature, assurabilité des bénéficiaires,...);
2. gérer l'octroi des indemnités accordées aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire (pour raison d'incapacité de travail ou de maternité et pour frais funéraires).
3. exercer le contrôle du respect des dispositions légales et réglementaires par les dispensateurs de soins (notamment l'utilisation de la nomenclature) et par les organismes assureurs.

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

1. les missions opérationnelles, qui recouvrent les tâches incombant à l'Administration pour rencontrer ses obligations légales au sens large;
2. les missions de support, qui prennent l'ensemble des moyens nécessaires au fonctionnement de l'Administration.

Article 3. — Les missions opérationnelles

Il s'agit des missions pour lesquelles l'usager est un tiers. Selon que ces missions entraînent ou non des mouvements de fonds, on parlera de missions financières ou de missions administratives.

Les missions financières consistent à :

Payer : l'Institut procède à des versements à destination de différents usagers. Il peut s'agir par exemple, de laboratoires, de caisses de pensions ou de prestataires de soins.

Percevoir : il s'agit du contrôle de l'assujettissement et de la perception de montants à charge des pensionnés (cotisations soins de santé), des compagnies d'assurance (cotisations sur des primes d'assurance et suppléments de primes) et des firmes pharmaceutiques (redevances par conditionnement et cotisations sur chiffres d'affaires). Il s'agit aussi de la perception du montant des amendes à charge de dispensateurs de soins.

Répartir : d'une part, l'Institut distribue des fonds aux organismes assureurs pour le financement des prestations et pour leur propre fonctionnement, et d'autre part, il transfère une partie de ses recettes à d'autres parastataux sociaux du fait que ces derniers assurent une couverture en matière de soins de santé.

Récupérer : l'Institut procède au recouvrement de certaines prestations servies indûment (y compris les dépassements d'enveloppes) ainsi qu'au recouvrement de cotisations dues mais non perçues.

Les missions administratives consistent à :

Octroyer : l'Institut constate et attribue différents droits dans le cadre notamment du traitement :

- des demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants;
- des demandes d'accréditation;
- des honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale attribués à chaque établissement hospitalier;
- des demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité;
- des dossiers d'invalidité;
- etc.

Contrôler : ce concept recouvre

- le contrôle technique et administratif dans les organismes assureurs;
- la validation des données statistiques, comptables et financières;
- le contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur) des pratiques médicales et paramédicales, ainsi que des contrôles plus spécifiques dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins.

Régler : Il existe au sein de l'Institut plusieurs services chargés, dans le cadre de leurs compétences, de traiter différents litiges.

Réglementer : de manière générale, tous les Services de l'Institut communiquent des instructions aux organismes assureurs sous la forme de circulaires. Le Service des soins de santé et le Service des indemnités ont en outre une compétence réglementaire spécifique.

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

Organiser : l'Institut assure le fonctionnement des organes de gestion des différents services ainsi que celui de nombreux organes de concertation, d'agrément et de sanction.

Informier : l'Institut gère de nombreuses bases de données qui lui permettent notamment d'établir des statistiques à des fins de diffusion interne ou externe. Il réalise et publie de nombreuses études. Le développement et la modernisation de la communication externe font partie des priorités stratégiques de l'Institut.

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

Le descriptif détaillé de ces missions et des tâches qui y sont liées se trouve en annexe 1.

Article 4. — Les missions de support

Il s'agit des missions pour lesquelles l'utilisateur est l'institution elle-même.

Elles consistent à :

- **gérer les ressources humaines, y compris la communication interne;**
- **gérer les biens mobiliers et immobiliers;**
- **gérer les finances;**
- **gérer le traitement de l'information.**

Le descriptif détaillé de ces missions et des tâches qui y sont liées se trouve en annexe 1.

TITRE III. — Axes prioritaires**Article 5. — Axes prioritaires**

Il est convenu entre l'Etat et l'Institut de retenir 4 axes prioritaires pour lesquels l'administration, dans la sphère de ses attributions et dans l'exercice de ses tâches, mobilisera les ressources humaines et matérielles nécessaires et développera les instruments de mesure indispensables au suivi de leur exécution.

Les axes retenus de commun accord entre les parties sont :

1. la participation de l'Institut au développement des informations et des outils exigés par la maîtrise des dépenses relatives aux prestations couvertes par l'assurance soins de santé et indemnités;
2. l'amélioration du service administratif rendu aux usagers qui bénéficient de l'assurance - pour répondre aux dispositions de la Charte de l'assuré social et pour garantir l'accessibilité aux prestations de l'assurance - et aux divers intervenants qui participent aux missions de l'Institut;
3. la contribution, par les voies appropriées, à l'application uniforme de la législation SSI;
4. la simplification et l'amélioration des procédures administratives.

Dans le cadre des missions confiées par la loi à l'Institut, une attention particulière devra être portée à ces axes prioritaires pendant la période du contrat.

Leur rencontre appellera des inflexions dans l'organisation du travail et dans les procédures, un recours accru à l'outil informatique, une requalification des tâches et un important investissement dans la gestion et la formation des ressources humaines.

Il appartiendra à l'Institut, dans le cadre de l'autonomie qui lui est reconnue et des moyens qui lui sont réservés, de prendre à cet effet toutes les mesures qui s'imposent.

Les parties au contrat reconnaissent que, en raison de l'étendue et de la complexité de la matière à traiter, une avancée significative des priorités retenues suppose un concours actif de tous les intervenants concernés et une relative stabilité du champ d'intervention de l'Institut.

A chacune des 4 priorités énumérées ci-avant correspondent des objectifs précis assignés à l'Institut et à son administration.

Les parties conviennent de retenir, pour la période du **1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004**, les objectifs, les règles de conduite et les simplifications administratives énoncés aux titres IV, V et VI.

Le choix de ces objectifs et règles a été motivé par les considérations suivantes :

- répondre à des signaux externes manifestant l'attente d'une amélioration des procédures et de l'information dans les matières traitées;
- garantir la qualité du traitement des dossiers;
- rencontrer le plus efficacement possible les quatre axes prioritaires définis ci-avant;
- concilier la poursuite de l'ensemble des activités quotidiennes imposées à l'administration avec le développement, dans une première étape de trois ans, d'initiatives rencontrant des exigences nouvelles.

TITRE IV. — Objectifs**Article 6. — Séjour Hospitalier Anonyme**Intitulé

Améliorer la qualité et les délais de mise à disposition des données statistiques par « Séjour Hospitalier Anonyme », et intensifier l'exploitation de ces données

(synergie entre le Service du contrôle médical et le Service des soins de santé).

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses.
- Contribution à l'application uniforme de la législation.

Volet 1 : Amélioration de la qualité et des délais de mise à disposition des données statistiques par séjour hospitalier anonymeContexte

Depuis quelques années, l'Institut reçoit des organismes assureurs des données concernant les séjours hospitaliers anonymisés, appelées données SHA. Ces données, qui portent sur les séjours en hôpitaux généraux (hors hospitalisation de jour) achevés dans le courant d'une année civile, sont extraites de six trimestres comptables. Elles doivent être fournies dans un délai de six mois suivant la fin de la période comptable couverte ¹. Autrement dit, dans le meilleur des cas, l'Inami dispose des données de base portant sur un exercice annuel donné dans un délai d'un an suivant la fin de cet exercice. A ce moment commence le travail de validation des fichiers, exécuté par la Smals ² sur la base des instructions données par le Service :

- dans un premier temps, exécution de pré-contrôles visant à vérifier rapidement l'exhaustivité des données et l'absence d'anomalies grossières au niveau du contenu de chaque zone, telles des zones au format illisible ou comportant des données inexistantes ou hors instructions, qui entraînent ipso facto l'exigence de nouveaux fichiers;
- dans un second temps et seulement dans le cas de l'acceptation des fichiers au terme de l'étape des pré-contrôles, exécution de contrôles beaucoup plus fins diagnostiquant avec précision les erreurs de contenu de chaque zone et les incohérences entre zones d'un même enregistrement (coût moyen, etc.) et entraînant leur rejet, voire le refus de l'ensemble des fichiers si le volume des erreurs est jugé trop important.

Lorsque les contrôles sont terminés, les données des sept organismes assureurs sont rassemblées de manière à disposer de données exhaustives concernant chaque établissement hospitalier et des fichiers d'exploitation sont constitués en vue de répondre aux besoins des instances de gestion, mais aussi de la cellule technique instituée auprès du Ministère de la Santé publique et de l'Inami.

Initialement, ces données SHA devaient être fournies tous les deux ans par les organismes assureurs : le Service des soins de santé est ainsi aujourd'hui en possession des données 1995 et 1997. Cependant, la loi-programme du 24 décembre 1999 a rendu obligatoire le caractère annuel de cette transmission.

Dans la pratique, de nombreux problèmes se posent sur le plan des délais de fourniture des bandes magnétiques, de la qualité des fichiers livrés et des délais de production de fichiers exploitables. Il en résulte que les données disponibles les plus récentes portent sur les séjours de l'année 1997.

De plus, il faut tenir compte du fait que les fichiers devront être convertis en € à partir des données 2001 (puisque celles-ci comprendront des données comptabilisées durant les six premiers mois de 2002).

Le Service entend, en collaboration étroite avec les organismes assureurs, mettre en œuvre des mesures visant à améliorer la qualité et surtout les délais de mise à disposition des données.

Etat des lieux

- les données 1995 et 1997 sont disponibles respectivement depuis août 1999 et septembre 2001;
- après analyse des pré-contrôles correspondants, tous les fichiers relatifs aux séjours achevés en 1998 et 1999 viennent d'être renvoyés aux organismes assureurs, accompagnés d'un inventaire détaillé des anomalies constatées³;
- les organismes assureurs se sont engagés à fournir de nouveaux fichiers portant sur les séjours 1998 et 1999 le plus tôt possible compte tenu de l'importance des corrections à faire et des impératifs de l'euro;
- étant donné que les programmes d'extraction des données 2000 se basent sur ceux des éditions précédentes, il a été convenu avec les organismes assureurs de corriger prioritairement ces derniers avant d'élaborer les fichiers relatifs à l'année 2000; ceux-ci seront donc déjà transmis avec un léger retard difficile à estimer à ce jour.

Liste des engagements

1. L'Institut s'engage, au cours de l'année 2002, à analyser de manière approfondie les différentes versions des fichiers SHA 1998, 1999 et 2000 qui lui seront adressés, à dresser systématiquement à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité de ses données et à organiser, le cas échéant, des réunions avec chaque organisme assureur ou avec l'ensemble de ceux-ci en vue de remédier aux problèmes identifiés;
2. L'Institut s'engage à rendre disponibles⁴, entre autres auprès de la cellule technique INAMI - Santé publique, des données SHA validées dans un délai de neuf mois suivant la réception du dernier fichier acceptable nécessaire à la constitution d'une banque de données représentative;
3. A partir de l'année 2004, l'Institut s'engage à ramener le délai précité de neuf à six mois.

Effets attendus

1. Amélioration des délais de fourniture par les organismes assureurs de fichiers acceptables;
2. Amélioration de la qualité des données exploitées;
3. Amélioration des délais nécessaires à la mise à disposition de données validées par rapport à l'année sur laquelle portent les séjours.

Volet 2 : Intensification de l'utilisation des données statistiques par « Séjour hospitalier anonyme » en synergie entre le Service des soins de santé (S.S.S.) et le Service du contrôle médical (S.C.M.) - production d'études

Contexte

Différents paramètres sont recueillis pour chacun des séjours hospitaliers (environ 1,8 million par an) :

- l'identification de l'établissement;
- l'identification du service;
- la catégorie d'âge du patient;
- la durée du séjour;
- l'intervalle entre les admissions;
- les prestations de santé;
- les prestations de biologie clinique, l'imagerie médicale;
- les produits pharmaceutiques utilisés.

Les données S.H.A. ne contiennent aucune information concernant la pathologie du patient. Ces informations peuvent être obtenues par le truchement d'un lien avec le R.C.M. (Résumé clinique minimum). Ces données reliées sont présentes au sein de la Cellule technique créée auprès de l'Institut et du Ministère.

Après la sélection des séjours médicalement comparables, les variations dans la consommation médicale peuvent être constatées.

Les données utilisées contiennent uniquement des informations sur la phase de l'hospitalisation; les prestations effectuées ou les médicaments délivrés avant ou après le séjour ne figurent pas dans les données. Ceci constitue une restriction intrinsèque de l'exploitation des données.

Description des engagements

1. Chaque année, au sein d'un groupe de travail mixte S.S.S.-S.C.M., étudier un domaine médical ou une discipline médicale, en vue de détecter les séjours au cours desquels les règles de la nomenclature n'ont éventuellement pas été respectées ou des prestations superflues ont éventuellement été effectuées;
2. Informer les instances de concertation ou d'autres organes concernés des constats et des conclusions de l'étude;
3. Informer les établissements concernés sur leurs pratiques;
4. Informer les GLEMs sur les constats et les conclusions en matière de pratiques médicales;
5. Proposer des modifications et des clarifications de la réglementation.

Effets attendus

1. Une réduction des pratiques hospitalières inexpliquées, tant sur le plan médical que sur celui de la facturation, qui ont été identifiées par l'étude;
2. Le cas échéant, une adaptation des dispositions légales et réglementaires relatives au sujet de l'étude.

Article 7. — Fonds Spécial de Solidarité

Intitulé

Améliorer les délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels relevant du Fonds spécial de solidarité et élargir la procédure par une phase d'information du patient.

Cadre

Octroyer.

Axe

Amélioration du service rendu aux usagers.

Contexte

Le Fonds spécial de solidarité, créé par l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, a pour objet la prise en charge de prestations de santé exceptionnelles ne donnant pas droit au remboursement par l'assurance soins de santé, y compris des produits pharmaceutiques, moyennant certaines conditions. Parmi ces dernières figure notamment l'exigence que ces prestations visent une affection rare et portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire.

Les demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité sont essentiellement traitées par le Collège des médecins-directeurs au sein de l'INAMI.

Comme il ressort de sondages portant sur les mesures les plus récentes, le délai de traitement des dossiers du Fonds spécial de solidarité ⁵ a pu atteindre jusqu'à treize mois (par exemple pour les dossiers nécessitant l'avis du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques ou nécessitant des informations médico-scientifiques à recueillir auprès des dispensateurs de soins).

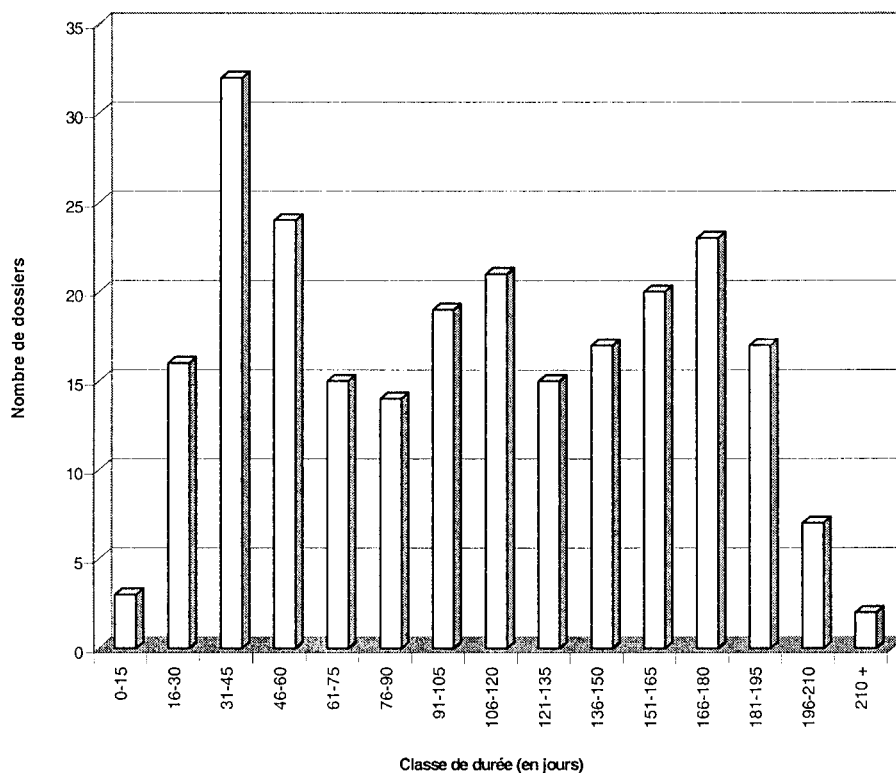
Diverses mesures ont été prises afin d'améliorer le fonctionnement de l'Administration et du Collège dans le cadre du Fonds spécial de solidarité :

- un formulaire standard, à remplir par le médecin-conseil, a été conçu pour les demandes afin d'améliorer leur qualité et de faire en sorte qu'elles soient complètes;
- le Collège a décidé que les dossiers qui sont malgré tout renvoyés à l'organisme assureur parce que des données administratives font défaut, seront préalablement contrôlés afin de vérifier si les renseignements nécessaires sont complets;
- des propositions sont régulièrement formulées visant à intégrer dans la nomenclature des prestations qui ne répondent plus à l'objectif du Fonds spécial de solidarité parce que ne présentant plus un caractère exceptionnel du fait de l'évolution de la médecine;
- la faculté de faire traiter des dossiers par un seul membre du Collège a été formalisée dans l'arrêté royal du 26.02.01 (publié au *Moniteur belge* du 28.02.01);
- la demande d'avis au Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et au Conseil technique pharmaceutique est limitée aux médicaments pour lesquels un avis n'a pas encore été formulé précédemment, pour un complément d'information ou pour une actualisation des informations;
- le rapport social pour les prestations à l'étranger n'est plus prévu;
- fonctionnellement, les équipes assurant le travail de secrétariat et d'exécution des décisions du Collège des médecins-directeurs ont été réunies en une seule équipe.

Etat des lieux

- 2.700 demandes d'intervention ont été traitées en 2000.
- Calculés sur un échantillon de 245 dossiers terminés, les délais pour finaliser un dossier (y compris les renseignements demandés à l'extérieur) varient entre 0,5 et 13 mois. Le graphique ci-dessous illustre la situation de ces 245 dossiers (classe médiane : 91-105 jours).

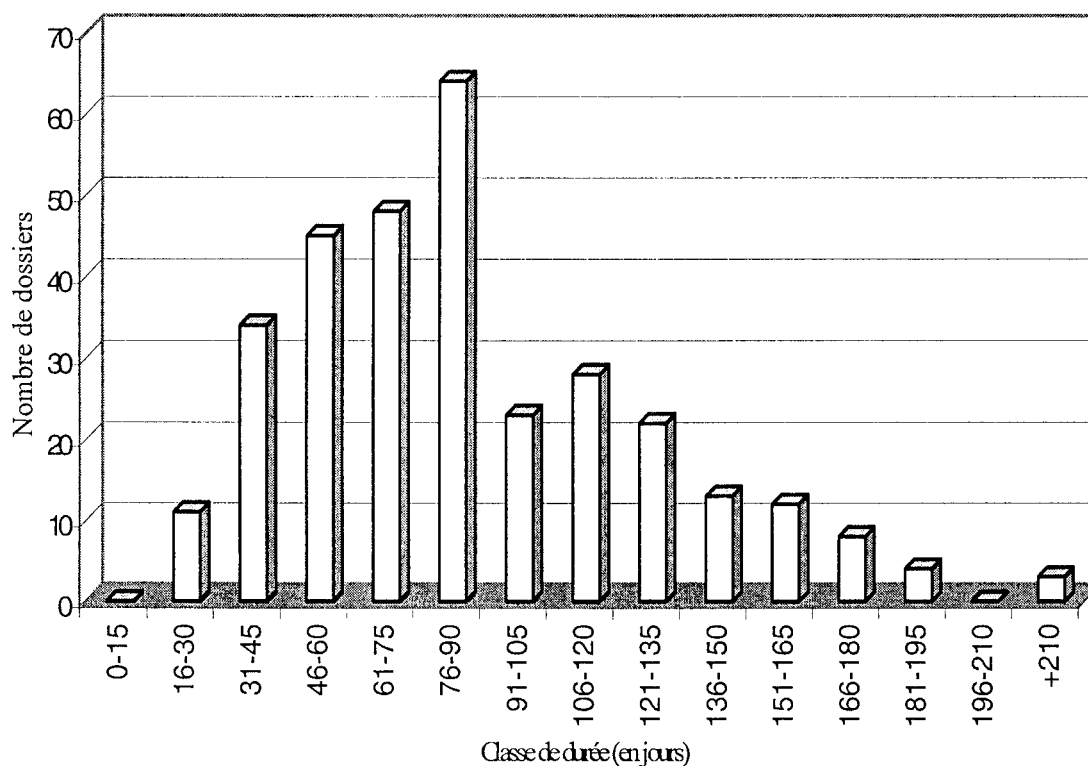
Fonds spécial de solidarité



Temps entre la date « dossier complet INAMI » et la date « notification aux O.A. » - situation 2000

- 1.578 demandes d'intervention ont été traitées durant les 8 premiers mois de 2001.
- Calculés sur un échantillon de 315 dossiers terminés, les délais varient entre 25 jours (0,8 mois) et 396 jours (13,2 mois), avec une moyenne de 86 jours (2,8 mois) (valeur médiane : 79 jours (2,6 mois)). Le graphique ci-après illustre la situation de ces 315 dossiers.

Fonds spécial de Solidarité



Temps entre la date « dossier complet INAMI » et la date « notification aux OA » - situation 8 premiers mois de 2001

Liste des engagements

1. Améliorer les délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels;
2. Intégrer dans le système informatique toute nouvelle demande à partir du 1^{er} juillet 2002;
3. Créer une base de données médicales informatisées favorisant une homogénéité de traitement des dossiers;
4. Quantifier les renvois de dossiers aux organismes assureurs (OA) dès la 1^{ère} année et dresser un inventaire des motifs de renvoi à l'expiration de la 3^e année;
5. Améliorer l'information des assurés sociaux concernant l'existence du FSS et les conditions requises pour bénéficier de son intervention en produisant une brochure d'information comportant les informations suivantes :
 - la nature des interventions du Fonds spécial de solidarité
 - les démarches à entreprendre auprès de l'organisme assureur pour introduire une demande
 - les différentes étapes du traitement du dossier (et les problèmes qui peuvent surgir ainsi que les retards y afférents dans le traitement du dossier);
6. Diffuser la brochure auprès des OA, de groupes d'intérêt, d'associations de patients, ... ou, sur demande, directement auprès des assurés sociaux;
7. Adapter le contenu de la brochure en fonction de l'évolution de la réglementation et du feed-back chez les « consommateurs »;
8. Améliorer l'information des assurés sociaux qui ont introduit un dossier auprès du FSS par l'envoi d'un courrier dans les quinze jours ouvrables suivant la prise de décision par le CMD pour les informer du caractère positif ou négatif de la décision du Collège, tout en renvoyant vers l'organisme assureur pour ce qui concerne la motivation de la décision et, le cas échéant, ses modalités concrètes d'exécution - Parallèlement, les OA se sont engagés à avertir leurs affiliés de la date d'introduction de leur dossier auprès de l'INAMI;
9. Produire un aperçu annuel des décisions prises par le FSS;
10. Enregistrer, dès la 2^e année, le nombre de plaintes des assurés sociaux concernant les dossiers en cours;
11. Produire un rapport annuel sur le nombre et la typologie des plaintes.

Effets attendus

1. Une accélération des délais d'introduction des dossiers à l'INAMI par les OA;
2. Une réduction du taux de dossiers incomplets introduits à l'INAMI par les OA;
3. Une amélioration des délais d'examen des dossiers par le CMD;
4. Une accélération du traitement des dossiers relevant de la compétence du FSS, depuis l'introduction de la demande au sein de la mutualité jusqu'à l'information de l'assuré.

Article 8. — Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables

Intitulé

Optimaliser les procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Cadre

Organiser, conseiller et octroyer.

Axes

- Simplification et amélioration des procédures administratives.
- Contribution à la maîtrise des dépenses.

Contexte

L'article 6 de la Directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie détermine la procédure d'élaboration d'une liste positive et impose un délai de 180 jours au maximum pour clôturer la procédure. Ce délai est mentionné dans l'article 35bis, § 3 de la loi SSI.

Le secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) reçoit les dossiers de demande concernant le remboursement des spécialités pharmaceutiques et les suit tout au long de la procédure, jusqu'à l'éventuelle mise à jour de la liste des spécialités remboursables. Toutes les données significatives sont tenues à jour dans une base de données performante.

Il s'agit des types de dossiers suivants ⁶ :

1. Demande d'inscription d'une spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Les spécialités sont classées dans une des classes de plus-value suivantes :
 - Classe I : spécialités avec plus-value thérapeutique avérée par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes;
 - Classe II : spécialités sans plus-value thérapeutique avérée par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes et ne faisant pas partie de la classe III;
 - Classe III : spécialités génériques et « copies ».
2. Demande de modification des modalités de remboursement d'une spécialité.
3. Demande de suppression d'une spécialité dans la liste des spécialités remboursables.

Des experts internes préparent le travail de la C.R.M.. Ils évaluent la justification fournie par la firme pharmaceutique sur laquelle repose la proposition en matière de modalités de remboursement.

La procédure prévoit que la C.R.M. fait, sur la base d'un dossier introduit, une proposition motivée qui est soumise au Ministre dans les 150 jours. Le Ministre dispose d'un délai de 30 jours pour prendre une décision motivée et la communiquer au demandeur.

A défaut de décision dans les 180 jours, la spécialité peut être remboursée selon les modalités de remboursement proposées par la firme pharmaceutique.

L'objectif est d'optimiser la procédure d'inscription d'une spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables : grâce à un encadrement de qualité adéquat de la Commission, les délais réglementaires doivent pouvoir être respectés sans porter préjudice à la qualité des décisions et sans action inconsidérée au niveau budgétaire ⁷.

Plus concrètement, il s'agit de :

- Respecter les délais légaux :
 - > par un traitement administratif efficace du dossier;
 - > en encourageant la C.R.M. à mener des discussions efficaces sur la base d'un processus décisionnel standardisé;
 - > en veillant minutieusement au respect des délais et, dans cette perspective, en réagissant de manière adéquate et en temps opportun.
- Offrir un soutien de qualité pour aboutir à un processus décisionnel transparent et cohérent sur la base des informations provenant de la banque de données : modalités de remboursement et informations administratives concernant des spécialités déjà remboursables.
- Juger de l'efficacité de la spécialité sur la base d'une évaluation pharmaco-économique. Sur la base de ces informations objectivées et vérifiables, le budget disponible peut être utilisé plus rationnellement.

En outre :

- Un plan de communication sera établi en collaboration avec les représentants des firmes pharmaceutiques afin qu'une firme puisse suivre rapidement et efficacement le traitement du dossier tout au long de la procédure.

Description des engagements

1. a. Elaboration d'un modèle pour un échange de données par la voie électronique avec l'industrie pharmaceutique : les demandes d'admission, de modification et de suppression peuvent être introduites par cette voie et leur recevabilité constatée; communication de l'état de la situation et évolution du dossier dans le temps aux dates-clés;
- b. Mise en œuvre des procédures automatisées pour l'échange de données avec l'industrie pharmaceutique;
2. Efficacité accrue de la procédure administrative dans le cadre du traitement des dossiers :
 - > Evaluation et confrontation de la proposition de la firme aux modalités de remboursement existantes figurant dans la banque de données, avec éventuellement formulation et motivation d'une proposition du Service à la C.R.M.;
 - > Définition et standardisation des notions et documents, y compris des dossiers soumis aux membres de la C.R.M.;
Mise en œuvre de la procédure de standardisation des dossiers soumis aux membres de la C.R.M.;
 - > Evaluation du processus décisionnel et éventuellement proposition de corrections;
3. Respect des délais légaux;
4. Mise à disposition permanente d'une banque de données détaillée (dans le service) contenant les données suivantes :
 - > description des spécialités remboursables;
 - > critères administratifs et pharmacothérapeutiques des spécialités pharmaceutiques remboursables;
 - > historique des données relatives au traitement administratif des demandes.

Effets attendus

1. Gestion plus rationnelle du budget disponible.
2. Réduction à 180 jours du délai des procédures de modification.

Article 9. — Pharmanet

Intitulé

Améliorer l'exploitation et la diffusion des données de Pharmanet

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Amélioration du service rendu aux usagers.
- Contribution à la maîtrise des dépenses.

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 sexe⁸, 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. A cette fin, le Comité a élaboré un plan de communication qui consiste en :

1. la présentation de données globales annuelles, à destination des organes de l'INAMI, des organismes assureurs, des universités (etc.) : ce sont les tableaux de bord pharmaceutiques;
2. l'envoi aux généralistes de leurs données personnelles de prescription et la transmission parallèle de données à leur GLEM;
3. l'envoi de données globalisées par groupe de qualification des prescripteurs aux associations professionnelles des différentes spécialités médicales.

Les données de Pharmanet sont également exploitées dans le cadre de :

1. 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.;
2. support des travaux de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) : fiche standard d'informations renseignant la CRM sur la prescription des médicaments équivalents, jointe au dossier de demande de remboursement d'un médicament;
3. support des travaux pour l'application uniforme de la législation dans tout le pays menés au sein du Conseil général;
4. 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 rendre Pharmanet plus efficace, l'Administration s'engage dans les différents domaines énoncés ci-après.

Actualisation des informations

Pharmanet doit être rapide. Il est en effet essentiel que les médecins disposent très vite de leur profil de prescripteur afin de coller le plus possible au présent mais surtout afin que les prescripteurs puissent constater concrètement des changements dans leur profil s'ils ont adopté un comportement différent dans leurs prescriptions.

Pour information :

- la publication des tableaux de bord de juin 1998 portait sur les données de 1996;
- la publication des tableaux de bord de novembre 1999 portait sur les données de 1997;
- la publication des tableaux de bord de juillet 2000 portait sur les données de 1998;
- la campagne auprès des médecins généralistes de décembre 1999 portait sur les données de 1997;
- la campagne auprès des médecins généralistes de mai 2000 portait sur les données de 1998;
- la campagne auprès des médecins généralistes de décembre 2000 portait sur les données de 1999;
- la campagne auprès des médecins spécialistes de novembre 1999 portait sur les données de 1997;
- la campagne auprès des médecins spécialistes de juin 2001 portait sur les données de 1998 et de 1999.

Fiabilité et richesse des informations

Les informations délivrées par Pharmanet doivent être fiables et riches.

Il faut consolider et étendre les informations actuelles. L'arrivée de nouvelles données (l'enregistrement des données de prescription et de facturation sur une piste unique ⁹⁾ d'une part, et, d'autre part, la possibilité de travailler sur des données chronologiques, devraient permettre une analyse des données plus détaillée.

Communication des informations

Les informations délivrées par Pharmanet doivent être compréhensibles et fournies sur un support ad hoc (simple, riche en possibilités, attractif et convivial).

Le support papier sur lequel sont envoyés aujourd'hui les profils de prescription n'est certainement pas le plus adéquat pour diverses raisons, dont notamment la visualisation malaisée des informations et l'absence d'informations chronologiques.

Même si depuis quelques mois, les informations générales tirées de Pharmanet sont consultables sur le site de l'Institut, il convient d'utiliser plus encore la communication électronique.

Deux premières étapes peuvent être programmées pour les trois prochaines années :

1. l'extension des données générales qui peuvent être consultées sur le site internet;
2. la possibilité pour chaque prestataire d'y consulter ses données personnelles (avec codes d'accès personnels similaires à ceux utilisés par les banques) .

Liste des engagements

1. Intervenir auprès des organismes assureurs et des offices de tarification en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité : envoi d'un rapport annuel reprenant les constats et d'éventuelles directives;
2. Présenter chaque année au CEM un rapport reprenant les réactions des usagers aux campagnes ainsi que des propositions éventuelles d'améliorations tant en ce qui concerne le contenu que la présentation des informations;
3. Fournir rapidement au CEM les informations nécessaires (selon la piste unique) pour réaliser les tableaux de bord pharmaceutiques macro;
4. Réaliser rapidement auprès des médecins généralistes et spécialistes les campagnes annuelles d'information décidées par le CEM et publier rapidement les tableaux de bord pharmaceutiques;
5. Étendre les informations générales de Pharmanet consultables via le net (en incluant notamment des informations chronologiques);
6. Donner aux prescripteurs la possibilité de consulter leurs données personnelles via le net.

Effets attendus

1. La réduction des délais de mise à disposition des données par les organismes assureurs et l'amélioration de leur qualité;
2. La maximisation du rapport coût/efficacité en matière de prescription de produits pharmaceutiques (via une sensibilisation accrue des prescripteurs à leur comportement de prescription et aux coûts qu'il engendre) .

Article 10. — Revalorisation des données statistiques et comptables

Intitulé

Renforcer les potentialités de l'appareil statistique et comptable, principalement en matière de suivi des dépenses, sur la base d'une analyse des différents facteurs qui peuvent affecter sa qualité, sa richesse et ses délais de confection.

Cadre

Informier et conseiller.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses;
- Amélioration du service rendu aux usagers;
- Simplification et amélioration des procédures administratives.

Contexte

Pour la gestion de l'assurance soins de santé, l'administration a besoin de beaucoup de données chiffrées. Ces données sont très globales lorsqu'il s'agit de clôturer les comptes annuels des divers régimes d'assurance ou de répartir les recettes entre les différents organismes assureurs. Elles sont plus détaillées lorsqu'il est nécessaire de prévoir les dépenses pour les années futures ou de calculer l'incidence financière d'une modification apportée au système. Enfin, ces données sont encore plus fines lorsqu'il faut connaître soit la production individuelle de chaque dispensateur de soins afin de le situer dans la distribution statistique de ses confrères, soit la production au sein de chaque établissement hospitalier afin de pouvoir organiser le financement forfaitaire de certaines disciplines en fonction de la pathologie traitée, soit la production de chaque laboratoire en vue de récupérer le dépassement de l'enveloppe budgétaire en biologie clinique ambulatoire.

Ce sont les organismes assureurs qui fournissent à la direction des études actuarielles, économiques et sociales du Service des soins de santé de l'Institut les données comptables et statistiques de base. La collecte et le traitement de ces données se sont étendus au fil des années, en fonction des besoins exprimés, dans de multiples directions.

Aujourd'hui, on peut constater que :

- la composition des fichiers à fournir résulte d'adjonctions successives ne favorisant pas une structuration logique des données;
- le nombre d'informations différentes à fournir et le volume des données à traiter n'ont cessé d'augmenter au fil du temps;
- la qualité des données fournies par les organismes assureurs et le respect des délais demandent une analyse critique;
- les procédures de validation des données au sein de l'Institut représentent une charge de travail de plus en plus conséquente;
- le degré d'actualisation et la nature des données mises à disposition ne satisfont pas toujours les destinataires;
- le calendrier de mise à disposition des informations statistiques et comptables est en décalage par rapport à celui des procédures de confection des objectifs budgétaires et de négociation des conventions et accords.

D'autre part, il est constaté que les données comptabilisées et transmises mensuellement par les organismes assureurs présentent des variations qui ne peuvent en aucun cas être la conséquence de l'évolution de la morbidité et de la consommation médicale.

Ces variations sont peut-être la conséquence, d'une part, d'une modification permanente de la vitesse et de la régularité selon lesquelles les hôpitaux introduisent leurs données de facturation, d'autre part du manque de régularité avec laquelle certains organismes assureurs reprennent les dépenses acceptées dans les documents comptables qu'ils sont tenus de transmettre à l'Inami. Cette irrégularité empêche de prendre à temps les mesures nécessaires à la maîtrise des dépenses. Il est par conséquent de la plus grande importance que la facturation par les hôpitaux et la comptabilisation par les organismes assureurs des montants dus par l'assurance obligatoire se déroulent de manière rapide et régulière.

Dans l'attente de l'instauration de mesures favorisant une plus grande cohérence entre la réalité de l'évolution des dépenses de santé et celle des montants comptabilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire, l'Institut exploitera de manière régulière les données par période de prestation.

L'objectif vise à renforcer les potentialités de l'appareil statistique et comptable, notamment en matière de suivi des dépenses, sur la base d'une analyse des différents facteurs qui peuvent affecter sa qualité, sa richesse et ses délais de confection et en instaurant un monitoring permanent des flux de données financières.

Liste des engagements

1. Etablir un inventaire des données statistiques et comptables fournies par les organismes assureurs à la direction des études actuarielles, économiques et sociales, des informations de gestion produites par l'administration au départ de celles-ci et de l'usage réservé à ces informations en vue de déterminer leur utilité;
2. Déposer au Comité de l'assurance et au Conseil général un rapport comportant les lignes directrices d'une éventuelle restructuration des données statistiques et comptables;
3. Dresser un inventaire des mesures envisagées, tant au sein de l'Institut qu'au sein des organismes assureurs, afin d'améliorer la qualité et les délais de mise à disposition tant des données fournies par les organismes assureurs que des informations produites par l'Institut;
4. Analyser
 - au niveau de chaque hôpital, la rapidité et la régularité de la facturation ainsi que la qualité des données de facturation
 - au niveau de chaque organisme assureur, la rapidité et la régularité tant du traitement des bandes magnétiques de facturation que de la comptabilisation des montants remboursés;
5. Proposer de nouvelles règles en matière de facturation par les hôpitaux et de comptabilisation par les organismes assureurs, autorisant un meilleur suivi par l'Inami de la réalité de l'évolution des dépenses;
6. Dresser chaque année un tableau comparatif de l'évolution des dépenses par période de prestation et par période de comptabilisation pour les principales catégories de soins;
7. Elaborer, sur la base d'une analyse de la consommation de soins liés à des pathologies chroniques ou au vieillissement de la population, des propositions d'élargissement des données statistiques à certaines caractéristiques de la population assurée;
8. Formuler des propositions d'aménagement du calendrier des procédures de fixation des budgets tenant davantage compte des délais de disponibilité des informations de gestion déterminantes.

Effets attendus

1. Amélioration de la qualité des données fournies par les organismes assureurs;
2. Amélioration du délai de mise à disposition d'informations chiffrées;
3. Amélioration de la concordance entre les données comptables et statistiques d'une part, et l'évolution de la consommation de soins d'autre part;
4. Amélioration de la capacité de l'Institut à anticiper sur l'évolution des dépenses (accroissement du degré de précision des estimations techniques).

Article 11. — Activation des indemnités d'incapacité de travailIntitulé

Evaluer, dans l'optique d'une meilleure réinsertion sociale du titulaire en incapacité de travail, les conditions de la reprise partielle d'activité qui doit être autorisée par le médecin-conseil, les effets utiles de la nouvelle règle de cumul (indemnités/revenus de l'activité autorisée), et les conditions et avantages d'un transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités.

Cadre

Réglementer, informer et conseiller.

Axes

- Amélioration du service rendu aux usagers.
- Simplification et amélioration des procédures.

Contexte

L'incapacité de travail implique l'arrêt de toute activité de type « professionnel » (même si par exemple, l'activité est exercée à titre bénévole). Le médecin-conseil peut autoriser, dans certaines conditions précisées par la réglementation, le titulaire en incapacité de travail à reprendre certaines activités (article 100, § 2, de la loi coordonnée).

Lorsqu'une activité de type professionnel a été reprise, une règle de cumul permet de déterminer le montant de l'indemnité en fonction de l'importance des revenus. Une nouvelle règle de cumul devrait être applicable dans le courant de l'exercice 2002. L'objectif proposé vise à évaluer, d'une part, les conditions générales de l'autorisation de reprise partielle (conditions qui s'imposent au médecin-conseil et au titulaire) et d'autre part, les effets utiles de la nouvelle règle de cumul récemment introduite.

Outre les reprises d'activités autorisées en cumul avec des indemnités d'incapacité de travail, il existe une autre voie de remédiation à l'inactivité pour cause d'incapacité de travail : la réadaptation professionnelle. En vertu des dispositions légales actuelles¹⁰, cette compétence est exercée par le Collège des médecins-directeurs, lequel

- peut proposer au Comité de l'assurance de conclure des conventions avec des établissements de réadaptation professionnelle;
- décide de la prise en charge ou non de frais de réadaptation professionnelle dans le cadre de demandes individuelles introduites soit directement par les ayants droit, soit par l'intermédiaire des médecins-conseils.

Dans la pratique, il n'existe plus de conventions avec des établissements de réadaptation professionnelle et le nombre de demandes individuelles d'intervention est peu important. En outre, l'opportunité de la demande ne peut être évaluée qu'à la lumière d'éléments que le médecin-conseil est le mieux à même d'apprécier.

A ces constats s'ajoute le fait que l'objet des demandes d'intervention cadre davantage avec l'assurance indemnités qu'avec l'assurance soins de santé, puisqu'il s'agit généralement de couvrir des frais de séjour, de voyage, d'inscription à des cours et examens, ou encore de tests d'orientation professionnelle, etc.

Enfin, la plupart des demandeurs étant en situation d'incapacité de travail, il semble indiqué de transférer cette compétence au Conseil médical de l'invalidité (assurance indemnités).

Les conditions à rencontrer pour réaliser ce transfert et les avantages que l'on espère en retirer requièrent cependant une analyse préalable à réaliser conjointement par le Service de soins de santé et le Service des Indemnités.

Les informations actuellement disponibles au sujet de la reprise partielle sont très réduites et se limitent au nombre de cas ou aux conditions à respecter par le titulaire, définies dans l'autorisation du médecin-conseil.

Etat des lieux

- Nombre de cas de reprises autorisées et taux de reprise pour l'année 2000
 - incapacité primaire : 8.119 pour 355.668 cas, soit 2,28 p.c.
 - invalidité : 10.400 pour 184.109 invalides, soit 5,65 p.c.
- Nombre de décisions prises par le Collège des médecins-directeurs en rapport avec la rééducation professionnelle

	1998	1999	2000
Nombre total de décisions prises	452	458	503
Nombre total de bénéficiaires concernés	379	352	395
Pourcentage de décisions défavorables	7 %	6 %	8 %

Liste des engagements

1. Evaluer les conditions générales prévues actuellement dans le cadre de l'autorisation d'une reprise partielle de certaines activités, et formuler des propositions d'adaptation ou de modification de ces conditions après examen avec toutes les instances concernées;
2. **Sous réserve de la confirmation de son entrée en vigueur** - Evaluer le caractère adapté de la nouvelle règle de cumul et proposer d'éventuels ajustements, en se basant notamment sur l'analyse des cas des titulaires ayant opté pour le maintien de l'ancienne règle de cumul;
3. Instaurer une collecte de données plus larges au sujet de l'activation ou reprise partielle d'activités, en collaboration avec les organismes assureurs et via une transmission sur support électronique;
4. Produire un rapport définissant les conditions et les avantages d'un transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités.

Effets attendus

1. Amélioration de la situation financière des bénéficiaires d'une reprise d'activité autorisée;
2. Augmentation du taux de reprise d'activité partielle autorisée, en particulier pour les titulaires en invalidité;
3. Accroissement du nombre de personnes en situation d'incapacité de travail ayant opté pour une réadaptation professionnelle.

Article 12. — Modernisation et simplification des flux d'informations concernant l'assurabilité

Intitulé

Moderniser et simplifier les flux de données entre les organismes assureurs et le Service du contrôle administratif concernant l'assurabilité des bénéficiaires de l'assurance.

Cadre

Contrôler, informer et conseiller

Axes

- Simplification et amélioration des procédures administratives.
- Elaboration de contrôles ciblés concernant l'assurabilité des titulaires et des bénéficiaires.

Contexte

Actuellement, les organismes assureurs sont tenus de transmettre au Service du contrôle administratif et au Centre de traitement de l'information de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité des listes nominatives d'effectifs F pour toutes les catégories de titulaires, des relevés de paiements pour tous les titulaires redevables de cotisations et des relevés statistiques E par catégorie et groupe d'âge pour les titulaires.

La périodicité d'élaboration de ces documents varie entre trois mois et un an.

En concertation avec les organismes assureurs et après leur accord, les documents précités ont été fusionnés en un seul document. Les informations qui n'étaient pas significatives pour les services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ont été écartées, et le nouveau fichier des effectifs ne devra plus être transmis que deux fois par an.

Le remplacement des documents existants par le nouveau flux de données représente en tout cas une simplification administrative pour les organismes assureurs.

Déjà au cours de l'année 2001, le nouveau fichier des effectifs a été transmis par voie électronique au Service du contrôle administratif, à savoir le 31 août 2001. Ce nouveau fichier donne, de manière cependant anonyme, un aperçu de tous les titulaires et bénéficiaires affiliés auprès des mutualités et des codes de bénéficiaires permettant d'en déduire leur qualité.

La réalisation du nouveau flux de données et la gestion des données de ce flux permettront de contrôler systématiquement l'assurabilité, ce qui n'était pas possible au moyen des documents existants.

Les données figurant sur les documents précités seront utilisées dans le cadre de deux objectifs, d'une part, pour effectuer les opérations financières en établissant le rapport entre les dépenses et les affiliés par régime et par catégorie de bénéficiaires et, d'autre part, pour organiser des contrôles ciblés de l'assurabilité des bénéficiaires.

Sur la base des nouveaux fichiers d'effectifs, le Service du contrôle administratif contrôlera certains groupes de titulaires en vue, d'une part, de garantir l'assurabilité et donc le droit au remboursement des prestations de santé et des indemnités, et, d'autre part, de mettre en place un meilleur contrôle des dépenses de l'assurance par la récupération des montants indûment accordés aux assurés par les organismes assureurs.

Enfin, ces contrôles doivent aboutir à une réduction du nombre d'erreurs commises par les organismes assureurs dans le cadre de l'application de la réglementation relative à l'assurabilité.

Les dossiers des titulaires qui ne sont pas en règle en matière de droit à l'assurabilité - il peut s'agir de l'absence de documents tels que les bons de cotisation ou le non-paiement des cotisations personnelles dues - seront sélectionnés et examinés auprès des mutualités où les intéressés sont inscrits ou affiliés.

Le Service du contrôle administratif interviendra auprès des institutions qui omettent de délivrer des déclarations ou qui transmettent tardivement les attestations.

Etant donné que les fichiers des effectifs permettent de repérer les assurés qui ne sont pas en règle en matière d'assurabilité, les inspecteurs du Service du contrôle administratif peuvent effectuer des contrôles ciblés. Puisqu'on peut supposer que tous les dossiers de titulaires et bénéficiaires non assurés ne pourront pas être contrôlés, le contrôle sera effectué prioritairement auprès des mutualités où est constaté le plus grand pourcentage de titulaires et de bénéficiaires non assurés.

Liste des engagements

1. Développement de programmes pour le contrôle administratif en vue d'identifier des catégories spéciales de bénéficiaires;
2. Développement de programmes permettant de comparer différentes situations en vue de détecter des anomalies;
3. Rédaction d'un rapport décrivant les études réalisées, les anomalies identifiées et les situations critiques nécessitant des contrôles ciblés dans les mutualités;
4. Rédaction d'un rapport indiquant par type de contrôle le nombre de vérifications effectuées et les résultats de celles-ci;
5. Augmentation significative du contrôle en matière d'assurabilité;
6. Amélioration du contrôle de l'application uniforme de la réglementation.

Article 13. — Information aux dispensateurs de soinsIntitulé

Produire et diffuser, pour les (futurs) dispensateurs de soins, un système d'informations aisément compréhensibles sur les structures administratives, les procédures et les réglementations.

Cadre

Informier.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses;
- Amélioration du service rendu aux usagers;
- Contribution à l'application uniforme de la législation.

Contexte

L'objectif consiste à informer convenablement les dispensateurs de soins en ce qui concerne l'organisation des soins de santé remboursés par l'assurance maladie, en vue de prévenir les infractions à la législation existante et de favoriser une utilisation conforme des moyens octroyés aux objectifs du législateur.

Les constatations du SCM signalent l'existence de ces infractions :

	<i>Examens préventifs (fautes)</i>	<i>Dont % d'infractions purement réglementaires</i>	<i>Examens répressifs (fraudes)</i>
1997	837	77 %	179
1998	1.122	86 %	159
1999	1.089	80 %	234
2000	1.078	67 %	162

Le service rendu aux dispensateurs de soins consiste à donner à ces derniers, sans qu'ils doivent éplucher tous les textes de lois, une meilleure idée de ce qu'il leur incombe de faire au niveau administratif.

Cela implique une diminution des infractions commises par ignorance.

Cela mène automatiquement à une application plus uniforme des dispositions légales.

La communication des informations sera effectuée à l'aide de modules qui couvriront un domaine bien déterminé de la réglementation. Ces modules seront réalisés, diffusés parmi les dispensateurs de soins et mis à la disposition des établissements d'enseignement qui forment les dispensateurs de soins.

Vu les modifications fréquentes, les modules doivent être constamment mis à jour.

On peut faire une distinction entre les modules généraux, qui sont utiles pour toutes les catégories ou pour les grandes catégories de dispensateurs de soins, comme :

- comment doit-on rédiger une attestation de soins donnés ?
- comment les prestations doivent-elles être attestées dans un établissement de soins ?
- comment doit-on rédiger une prescription ?
- comment doit être établi le registre des soins dispensés ?
- comment doivent être demandés des examens de radiologie et de biologie clinique ?
- présentation de l'INAMI;

et les modules spécifiques qui ne s'appliquent qu'à une catégorie restreinte de dispensateurs de soins :

- description de l'utilisation de la nomenclature en médecine générale;
- description de l'utilisation de la nomenclature en médecine spécialisée;
- description de l'utilisation de la nomenclature de kinésithérapie;
- description de l'utilisation de la nomenclature des soins infirmiers.

La diffusion des modules se fait :

- via les établissements d'enseignement;
- par la participation des fonctionnaires du Service du contrôle médical (SCM) à des symposiums;
- des séminaires et des GLEM;
- par l'envoi sur demande;
- au moyen du site internet.

Liste des engagements

1. La première année de la convention, le SCM s'engage à dresser un inventaire des informations les plus utiles, des différents groupes cibles et des différents modules qui répondent aux besoins les plus pressants;
2. Au cours de la deuxième année, le SCM s'engage à confectionner deux modules généraux et deux modules spécifiques;
3. A partir de la troisième année, le SCM s'engage à tenir les modules disponibles à jour;
4. Au cours de la troisième année, le SCM s'engage à diffuser les modules disponibles;
5. Au cours de la troisième année, le SCM s'engage à établir un cinquième et un sixième module.

Effets attendus

1. Diminution des fautes de forme dans le cadre de l'attestation de prestations;
2. Amélioration de la relation entre les dispensateurs de soins et les autorités.

Article 14. — Commissions régionales de l'invaliditéIntitulé

Monitoring du processus médical de contrôle d'octroi d'indemnités en invalidité en CR-CMI.

Cadre

Octroyer.

Axes

- Contribution à la maîtrise des dépenses.
- Amélioration du service rendu aux usagers.
- Contribution à l'application uniforme de la législation.

Contexte*A. Introduction*

Le fonctionnement de la Commission supérieure (CMI) et des commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité (CR-CMI), instituées auprès du Service des indemnités par l'article 81 de la loi coordonnée du 14-7-1994, est régi par les articles 172 à 176 de l'arrêté royal du 3-7-1996. La mission du Conseil médical de l'invalidité consiste à évaluer l'état d'invalidité.

B. Description de la procédure d'octroi d'indemnités d'invalidité.

L'évaluation et le contrôle de l'incapacité de travail au cours de la première année (période dite d'incapacité primaire) sont principalement confiés aux médecins-conseils des mutualités. Si cette incapacité se prolonge au-delà d'une année, l'assuré se retrouve en « invalidité ».

L'état d'invalidité doit toutefois être reconnu par le Conseil médical de l'invalidité. A la fin de la période primaire, le médecin-conseil de la mutualité rédige à cet effet un rapport médical détaillé à l'intention de ce conseil, contenant une proposition de décision en matière d'invalidité. Il appartient ensuite à la Commission supérieure de ce conseil de se prononcer sur l'état d'invalidité (entrée en invalidité ou prolongation). Si la Commission supérieure estime qu'un examen corporel est nécessaire pour pouvoir statuer, elle transmet le dossier à une commission régionale.

Les commissions régionales du CMI sont composées du médecin-inspecteur directeur du service provincial concerné, d'un médecin-inspecteur désigné par lui et d'au moins deux médecins-conseils appartenant à différents organismes assureurs.

Les commissions régionales procèdent aux examens corporels demandés par le CMI et rédigent un rapport à son intention. Dans certains cas, elles décident de mettre fin à l'état d'invalidité.

C. Constats

Il a été constaté pour la période 1994-2000 des fluctuations du nombre des séances des CR-CMI et d'examen corporels :

Année	Nombre de séances	Nombre d'examen corporels
1994	1 427	8 607
1995	1 438	8 590
1996	1 568	9 572
1997	1 596	9 827
1998	1 396	7 905
1999	1 698	8 056
2000	1 850	9 767

Le manque de disponibilité des médecins-conseils, l'exigence particulière de composition du siège permettant de garantir l'examen du dossier par deux médecins-conseils relevant d'un organisme assureur différent de celui de l'assuré en cause, le manque de souplesse dans l'organisation des séances des commissions régionales due au caractère centralisé de la gestion administrative de ces commissions, sont autant de facteurs qui contribuent à expliquer ces fluctuations du nombre des séances.

Une des missions du Service du contrôle médical (SCM) est de contrôler les activités du médecin-conseil dans le cadre de sa mission en matière d'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité (Art.139 de la loi SSJ).

Les fluctuations observées en matière de nombre de séances et de nombre de personnes convoquées pour examen corporel, aussi bien au niveau national qu'au niveau provincial (« régional »), interpellent le service du contrôle médical sur l'application uniforme de la législation dans les commissions régionales et le traitement des dossiers individuels d'invalidité.

D. Etat des lieux - constats en matière de « qualité de procédure » du processus médical dans le contrôle de l'octroi des indemnités en invalidité

Pendant la période février-mars 2000, à l'initiative du SCM, une première évaluation a été faite concernant la qualité des dossiers constitués par les médecins-conseils (MC) dans la procédure de proposition d'invalidité. Au total 1.859 dossiers présentés en 291 séances de CR-CMI (et 6 visites à domicile) furent évalués. Sur la base de 4 critères d'évaluation, 221 « anomalies » furent constatées, c'est à dire dans 11,4 % des dossiers.

En résumé, les « anomalies » constatées étaient réparties comme suit :

- une décision de mettre fin à l'incapacité de travail aurait dû être prise par le MC : 91 cas (41%);
- la décision de reconnaissance ou de prolongation de l'invalidité aurait dû être prise par la Commission supérieure sans devoir convoquer l'assuré : 55 cas (25 %);
- la proposition, formulée par le médecin-conseil, d'entrée en invalidité ou de prolongation de l'invalidité était incomplètement motivée : 53 cas (23 %);
- dossiers incomplets à la présentation (entre autres, l'absence d'examens techniques demandés) : 22 cas (10 %).

Liste des engagements

1. Mettre en place un groupe de travail SCM-CMI chargé de l'élaboration des critères d'évaluation à appliquer aux dossiers;
2. Instaurer un système permanent d'évaluation des dossiers invalidité (à l'image du sondage effectué en février-mars 2000);
3. Mettre en place une structure permanente SCM-CMI permettant un suivi et un feed back continuel de l'évaluation visée sous 2;
4. Mettre en place un service de médiation assuré par deux médecins, avec des procédures standardisées (enregistrement, rapports, relations avec le SCM et le CMI, évaluation permanente);
5. Produire une brochure d'information destinée à être jointe aux convocations, avec
 - > explication de la raison de la convocation;
 - > description de la procédure d'examen;
 - > information sur les droits et recours possibles;
 - > formulaire d'appréciation destiné au service de médiation (évaluation permanente);
6. Adapter le contenu de la brochure en fonction des réactions/suggestions des assurés sociaux;
7. Produire annuellement un rapport sur l'évolution du fonctionnement des CR-CMI avec une description :
 - > de l'analyse de la qualité des dossiers des médecins-conseils et des décisions du CMI
 - > des plaintes, remarques et suggestions des assurés, ainsi que des actions entreprises pour y répondre.

Effets attendus

1. Une amélioration de la qualité du dossier de proposition en invalidité du médecin conseil;
2. Une réduction des décisions d'examens corporels « inutiles ».

TITRE V. — Autres projets

Article 15.

Outre les objectifs précités, l'Institut entend prendre d'autres initiatives qui n'ont pas été reprises en tant qu'« objectifs » au sens de l'arrêté du 3 avril 1997 en raison soit de leur caractère anticipatif par rapport à la législation en vigueur, soit du fait qu'ils se prêtent mal aux exigences de respect d'un calendrier ou de quantification de résultats objectifs et mesurables.

Il s'agit des trois projets ou domaines suivants :

- la préparation de la mise en œuvre du MAF (maximum à facturer);
- l'élaboration d'un plan de redéfinition complète du secteur des conventions de rééducation fonctionnelle, y compris l'évaluation de ses résultats et besoins futurs;
- la mise en œuvre d'actions diverses visant à assurer le bon fonctionnement des organes de gestion et de concertation de l'Institut : enquête de satisfaction auprès des membres des organes, analyse de la composition et des missions des différents organes, inventaire des ressources humaines mobilisées par les réunions des organes.

Préparation de la mise en œuvre du Maximum à facturer (MAF)

La facture de santé maximale ou maximum à facturer (MAF) est un dispositif visant à garantir que les dépenses pour soins de santé à charge des bénéficiaires ne dépassent en aucun cas un plafond annuel dont le niveau est fonction des revenus du ménage.

L'Institut communiquera, dans le courant du mois de janvier 2002, un avant-projet de loi établissant la base légale du MAF.

Le MAF, qui entrera progressivement en vigueur, nécessitera un travail de plus en plus important de la part de l'Administration au fur et à mesure de son extension.

Dans un premier temps, il est prévu d'en faire bénéficier, avec effet au 1^{er} janvier 2001, les assurés dont les revenus annuels nets du ménage ne dépassent pas 540 000 BEF ou € 13.387, ainsi que les bénéficiaires actuels de la franchise sociale : VIPO bénéficiant des taux préférentiels de remboursement, bénéficiaires du minimex ou du revenu garanti aux personnes âgées, handicapés, enfants ayant droit aux allocations familiales majorées, chômeurs de longue durée. On estime à 320 000 le nombre de ménages concernés.

A cette fin, un nouveau circuit d'informations doit être mis en place : les mutualités, seules capables d'identifier les ménages ayant dépassé le premier plafond de 18 000 BEF ou € 446, communiqueront — via le Service du contrôle administratif - la liste des assurés concernés avec leur composition de ménage à l'Administration des contributions. Celle-ci transmettra alors au Service du contrôle administratif les montants imposables des personnes concernées. Sur base de ces éléments, ce Service devra communiquer aux mutualités la liste des assurés ayant droit au bénéfice du MAF.

La manière de résoudre le problème de la discordance de la notion de « ménage » entre la réglementation fiscale et celle propre à l'assurance soins de santé est actuellement à l'étude.

Une première opération de ce type, portant sur les dépenses réalisées en 2001, devra être réalisée au début de l'année 2002. Par la suite, le Service du contrôle administratif devra rester en permanence en contact avec l'Administration des contributions aux fins de déterminer les ménages ayant droit au bénéfice du MAF au fur et à mesure de leurs dépenses en 2002.

Par ailleurs, il revient au Service des soins de santé, après concertation avec les parties concernées, d'élaborer la nouvelle réglementation en veillant à ce qu'elle soit compatible avec d'autres dispositions légales (Charte de l'assuré social, récupération d'indus, franchises sociale et fiscale).

La mise en œuvre de ce nouveau dispositif, d'une importance stratégique au sein de l'assurance soins de santé, donnera lieu à un rapport d'évaluation à la fin de chaque année du contrat en vue d'y apporter tous les correctifs nécessaires.

Redéfinition du secteur de la rééducation fonctionnelle

Le Président du Collège des médecins-directeurs visé à l'article 23 de la loi SSI et son équipe sont chargés, sur la base de la radioscopie et de l'évaluation du secteur de la rééducation fonctionnelle soumises au Comité de l'assurance le 7 mai 2001, d'élaborer en 2002 un plan opérationnel dont les objectifs sont les suivants :

- proposer une délimitation concrète des prestations de rééducation fonctionnelle devant être remboursées en tant que telles par l'assurance, compte tenu des aspects scientifiques d'une part, et des missions et compétences des autres autorités d'autre part. Cette délimitation doit entre autres concerner les éléments suivants : dispositifs médicaux, rééducation fonctionnelle en service hospitalier, troubles de l'apprentissage et du développement, réadaptation professionnelle,...
- formuler des propositions pour une délimitation plus précise du rôle des différents organes concernés (Collège, Conseil consultatif — section maladies chroniques et Comité de l'assurance) quant aux missions préparatoires et exécutoires, et les éventuelles adaptations nécessaires en matière de composition de ces organes;
- proposer des procédures transparentes, simples et efficaces pour la demande et l'examen de dossiers et de conventions de rééducation fonctionnelle, qui garantissent une concertation suffisante avec tous les partenaires concernés;
- formuler des propositions concernant l'élaboration d'une structure d'évaluation permettant de constater les résultats obtenus dans le cadre des conventions conclues;
- développer des instruments pour promouvoir la collaboration multidisciplinaire dans le secteur de la rééducation fonctionnelle;
- procéder à une analyse prospective des besoins futurs du secteur de la rééducation fonctionnelle.

Fonctionnement des organes (enquêtes de satisfaction, objectivation de l'importance des ressources humaines mobilisées par les réunions, propositions de recomposition/réorientation,...)

L'Institut est par excellence un lieu de concertation entre tous les acteurs concernés par la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités.

Convaincue de la plus-value du bon fonctionnement des organes créés en son sein, l'Administration entend s'informer à court terme du degré de satisfaction des membres de ces organes ainsi que de leurs attentes.

Une telle enquête doit permettre à l'Administration de concentrer les efforts d'amélioration du fonctionnement de ses services sur les points jugés les plus importants par ceux qui y ont recours.

Il demeure également indiqué que, en concertation avec des acteurs-clés, des tentatives soient entreprises pour arriver à un regroupement, une réorientation ou une suppression de certains organes. La complexité du processus décisionnel, et sur un plan plus anecdotique, les difficultés de dénommer certains nouveaux organes, en soulignent la nécessité.

A titre d'exemple, on peut citer les organes suivants :

- Commission d'évaluation en matière de médicaments et organes d'accréditation;
- Organes de rééducation fonctionnelle et Conseil scientifique des maladies chroniques;
- Commission des profils de médecins versus Commission médico-mutualiste.

Parallèlement à ces travaux, l'Administration réalisera un travail d'objectivation de l'importance des ressources humaines mobilisées pour assurer le support administratif et technique de la concertation en 1999 et en 2000, à tout le moins au sein du Service des soins de santé principalement concerné par cette problématique.

Un rapport relatif à ces différents points sera communiqué aux instances de gestion dans le courant de l'année 2002.

TITRE VI. — Amélioration du service rendu aux usagers

Règles de conduite

Article 16.

Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution de sécurité sociale de respecter les divers textes légaux et réglementaires qui contiennent des directives générales qui s'imposent aux institutions de sécurité sociale lors de l'examen des droits à prestations et dans les relations avec les assurés sociaux, à savoir :

- la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs;
- la charte de l'utilisateur des services publics du 4 décembre 1992;
- la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration;
- la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

Article 17.

L'Institut s'engage à signaler à temps tout manquement ayant pour conséquence de porter préjudice aux assurés sociaux et à traiter de manière pro-active les problèmes constatés.

Article 18.

Lorsque les règles et législations en vigueur laissent une certaine marge d'appréciation dans le cadre de décisions individuelles, l'Institut établira des critères objectifs transparents et uniformes.

Article 19.

L'Institut s'engage à adopter une attitude pro-active en terme de transmission de données et d'exploitation de données, dans le cadre de la Charte qui impose de participer activement à l'instruction des dossiers en récoltant d'initiative les renseignements faisant défaut.

Article 20.

L'Institut s'engage à appliquer strictement le code déontologique établi pour les examens médicaux des assurés effectués par le Conseil médical de l'invalidité et à en contrôler le respect.

Article 21.

L'accès des personnes handicapées et des personnes moins valides aux bâtiments sera facilité; en ce qui concerne les futurs bâtiments à louer ou à acquérir, un accès aisé pour ces personnes sera exigé dans le contrat de location ou de vente.

Simplifications administratives**Article 22. — Formulaires****Formulaire de demande d'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance**

Pour que le droit à l'intervention majorée de l'assurance lui soit octroyé, l'assuré social doit introduire auprès de sa mutualité une demande via un formulaire ad hoc. On constate que dans ce formulaire :

- les notions « ménage » et « revenu » recouvrent des réalités différentes de celles propres à la réglementation fiscale;
- au fil des années et des nombreuses modifications réglementaires, des éléments supplémentaires y ont été intégrés avec pour conséquence une présentation trop compliquée.

L'Institut s'engage à établir un nouveau formulaire de demande dans lequel :

- les mentions « ménage » et « revenu » y seront définies précisément, dans un langage clair et lisible;
- une structure plus appropriée sera adoptée de façon notamment à regrouper dans des rubriques séparées, d'une part, les explications visant à aider l'assuré social pour remplir le formulaire et, d'autre part, les explications relatives à ses obligations.

Questionnaire relatif à l'activité professionnelle dans le cadre de la déclaration d'incapacité de travail effectuée par les travailleurs indépendants

Dans le cadre de la procédure administrative en matière de déclaration d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants, l'assuré social doit remplir un questionnaire relatif à son activité professionnelle. Ce questionnaire est destiné au médecin-conseil qui est chargé d'évaluer l'incapacité.

Ce formulaire apparaît aujourd'hui comme beaucoup trop complexe et, en vue de faciliter la tâche des assurés sociaux, l'Institut s'engage à le revoir complètement.

Plus précisément, l'Institut s'engage à formuler les questions du formulaire dans un langage clair et compréhensible ainsi qu'à supprimer toutes les questions dont les réponses peuvent être recueillies auprès d'autres institutions de sécurité sociale.

Pour établir une proposition de nouveau questionnaire, l'Institut s'assurera le concours de toutes les parties concernées, notamment de l'INASTI et des organismes assureurs.

La proposition de simplification du questionnaire élaborée par le Service des Indemnités de l'Institut sera soumise pour discussion à la section indépendants du Conseil technique intermutualiste.

Notification des décisions dans le cadre de la reconnaissance du besoin de l'aide d'une tierce personne.

L'Institut s'engage à revoir complètement le document notifiant les décisions dans le cadre de la reconnaissance du besoin de l'aide d'une tierce personne.

L'entièreté du document sera réécrit dans un langage clair et compréhensible.

Pour plus de transparence, il apparaît d'ores et déjà que le document devra mentionner les points attribués sur la base de la grille d'évaluation du degré de dépendance.

En vue de permettre aux assurés sociaux de mieux faire valoir leurs droits, le document devrait également mentionner la possibilité pour l'assuré social, d'accéder aux documents médicaux de son dossier et ce, par l'intermédiaire de son médecin traitant.

Toujours en vue de permettre aux assurés sociaux de mieux faire valoir leurs droits, le document devrait aussi mentionner la possibilité pour l'assuré social de réintroduire une nouvelle demande de reconnaissance s'il considère que des changements sont intervenus dans sa situation depuis l'introduction de sa précédente demande.

Notification des décisions dans le cadre d'une levée partielle ou complète de la suspension du paiement des indemnités d'incapacité de travail pour absence à un examen de contrôle médical

L'Institut s'engage à revoir complètement le document notifiant les décisions dans le cadre d'une levée partielle ou complète de la suspension du paiement des indemnités d'incapacité de travail pour absence à un examen de contrôle médical.

L'entièreté du document sera réécrit dans un langage clair et compréhensible.

Article 23. — Procédures

Les deux premiers projets de simplification de procédures figurant ci-dessous requièrent l'utilisation de signatures électroniques. Un dispositif juridique autorise aujourd'hui le recours à cette forme de communication. Cependant, les applications en cours, et notamment la mise en œuvre de Carenet, commandent la plus grande prudence sur les calendriers de réalisation de tels projets en raison des obstacles techniques inévitables. Il convient en outre de rappeler qu'en sa qualité d'administration fédérale, l'Inami reste tributaire de la mise en place de la structure fédérale de clés publiques.

Diffusion d'informations à destination des organismes assureurs

L'Institut s'engage à moderniser sa diffusion d'informations à destination des organismes assureurs : il s'agit de passer d'une diffusion papier à une diffusion électronique la plus large possible.

La priorité concerne les circulaires OA et les autres documents assimilés (communications OA et instructions OA).

L'objectif est de mettre les informations à disposition des organismes assureurs endéans un délai très bref à partir de la validation du contenu par l'instance compétente.

Si certaines informations (comme les circulaires qui concernent uniquement des points de réglementation expliqués) seront simplement publiées sur le site internet de l'Institut, il va de soi que les informations à caractère plus confidentiel seront diffusées via le site internet protégé (avec code d'accès).

Simplification administrative de l'accréditation des médecins et soutien des groupes locaux d'évaluation médicale.

L'accréditation des médecins repose sur certaines conditions dont les principales sont incontestablement la formation continue et le peer review dans le cadre des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM). Au niveau du médecin à titre individuel, l'aspect administratif se concentre sur la demande d'accréditation et la feuille dite de présence attestant de sa participation aux activités de formation continue et aux sessions des GLEMS.

Dès le début de l'année 2002, des mécanismes seront élaborés afin de réduire considérablement la charge de travail administrative des médecins individuels, des organisateurs d'activités de formation continue et des responsables des GLEMS, en organisant les flux d'informations en ligne.

Les organisateurs d'activités de formation continue pourront communiquer en ligne à l'INAMI quelle est la participation des médecins à leurs activités.

Les responsables des GLEMS pourront communiquer en ligne à l'INAMI la présence des médecins aux sessions des GLEMS. La composition des GLEMS et les modifications de composition pourront être communiquées à l'INAMI de la même manière.

Tant pour les organisateurs de la formation continue que pour les responsables des GLEMS, ces instruments en ligne entraîneront une importante réduction de la gestion administrative sur papier, travail qui sous sa forme actuelle consiste à apposer divers cachets et signatures ou à attester d'une autre manière les présences. Par ailleurs, ces différents acteurs doivent, dans la situation actuelle, conserver diverses pièces justificatives sur papier pendant de longues périodes.

Le médecin individuel pourra, en ligne, compléter sa demande d'accréditation ou la demande de prolongation de son accréditation et l'envoyer à l'INAMI. En remplissant en ligne sa feuille de présence, il pourra consulter les informations de l'INAMI disponibles en ligne concernant les activités de formation continue.

Le modèle en ligne sera présenté aux différents acteurs et testé au cours de l'année 2002. Il sera opérationnel par modules successifs dans les mois suivants.

Au cours du deuxième trimestre 2002, une enquête auprès des responsables des GLEMS sera organisée en concertation avec le Groupe de direction de l'accréditation et le Conseil national de promotion de la qualité, afin de sonder les desiderata et les besoins des GLEMS concernant la mise à leur disposition des diverses informations susceptibles d'appuyer leur fonctionnement. Plus particulièrement, il faudra vérifier comment les informations relatives aux sessions d'un GLEM peuvent être valorisées pour le fonctionnement d'autres GLEMS. En fonction des résultats de ce questionnaire, il y aura lieu de vérifier de quelle manière les informations précitées pourront être mises en ligne à la disposition des responsables des GLEMS.

Procédure de remboursement de chaises roulantes

La procédure de remboursement des chaises roulantes peut être qualifiée de procédure administrative lourde à différents niveaux. D'une part, les instances qui interviennent dans les frais utilisent différents documents qui contiennent les mêmes informations. A chaque fois, ces documents doivent être à nouveau établis. D'autre part, un dossier trop complexe est exigé pour l'admission au remboursement des chaises roulantes.

Procédure pour le patient

Avant qu'une chaise roulante puisse être remboursée, le médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire doit donner son accord.

En cas de refus de remboursement par le médecin-conseil, une intervention peut néanmoins être demandée auprès du Fonds pour l'intégration sociale des personnes handicapées. Un circuit administratif différent est suivi selon que le patient habite en Flandre, en Wallonie, à Bruxelles ou dans la partie germanophone du pays.

Pour la Flandre (Fonds flamand pour l'intégration sociale des personnes handicapées), la procédure administrative a déjà été allégée. Le médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire transmet automatiquement le refus avec la prescription spécifique et la proposition du bandagiste (sur un formulaire établi spécifiquement à cette fin) au Fonds flamand qui, sur la base de ces documents, peut décider d'une éventuelle intervention. Le Fonds flamand décide donc sur la base des documents de l'assurance obligatoire.

Pour la Wallonie, la partie francophone de Bruxelles et la partie germanophone du pays, le bénéficiaire doit s'adresser lui-même respectivement à « l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées », au « Service bruxellois francophone des personnes handicapées » ou au « Dienststelle für Personen mit Behinderung » en communiquant le refus de remboursement du médecin-conseil. Les documents de l'assurance obligatoire ne sont pas utilisés pour le traitement des dossiers. Tous les documents nécessaires doivent être à nouveau établis.

Pour instaurer la fonction du « guichet unique », procédure qui est appliquée en Flandre, des négociations sont en cours avec les différents Fonds concernés. On tend vers un seul document utilisable tant par l'assurance obligatoire que par les Fonds.

Procédure d'admission d'appareils sur la liste des produits admis

Il ne s'agit pas ici d'une procédure lourde, mais la composition du dossier de demande fait l'objet de critiques. Par exemple : tous les éléments demandés sont-ils vraiment nécessaires ? Les questions posées ne sont-elles pas en contradiction avec la directive européenne 93/42/CE relative aux dispositifs médicaux ?,...

Il en sera tenu compte dans la nouvelle nomenclature des chaises roulantes. La composition des dossiers sera, si possible, simplifiée.

Par ailleurs, les prestations dans le cadre desquelles les chaises roulantes doivent être cataloguées sont libellées de façon beaucoup trop détaillée et technique. Il en sera tenu compte lors de la première adaptation de la nomenclature à l'avis de la Commission européenne.

TITRE VII. — Méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs et les améliorations du service rendu aux usagers**Article 24.**

Des indicateurs de production et de résultats seront établis progressivement par l'administration, repris dans des tableaux de bord, évalués et développés pour permettre de mesurer l'efficacité et l'efficacé du travail administratif. Cependant, dans un premier temps, seuls les objectifs et les améliorations du service rendu aux usagers repris dans ce contrat seront suivis, mesurés et évalués au moyen de tableaux de bord.

Des indicateurs propres aux missions pour lesquelles aucun objectif n'a été retenu compléteront ce dispositif aux fins de démontrer que l'Institut garantit également la continuité de ces missions.

Pour chaque objectif, un tableau de bord a été défini (cf annexe 2) et reprend :

1. Les actions, les moyens ou efforts que l'administration s'engage à mettre en œuvre. Dans ce cas, l'indicateur consiste en une date à laquelle l'action aura été réalisée et qui pourra être comparée avec la date limite préalablement fixée;
2. Les résultats : les actions que mène l'administration ont pour but de produire certains résultats qu'il s'agit de mesurer. En regard de chaque résultat figure un ou plusieurs indicateurs. Chaque tableau de bord indique pour chaque indicateur sa valeur actuelle et y juxtapose les valeurs-cibles ou les tendances attendues pour chacune des 3 années du contrat. Ces valeurs-cibles pourront être comparées avec les valeurs qui seront effectivement obtenues;
3. Les facteurs d'environnement : les facteurs sur lesquels l'administration n'a que peu ou pas de prise mais qui conditionnent la réalisation de l'objectif. Il s'agit de contraintes externes qui feront également l'objet, si possible, de mesures objectives.

Les actions et résultats auxquels l'Institut s'engage figureront dans des tableaux spécifiques permettant d'évaluer de manière précise si et dans quelle mesure l'administration respecte effectivement les engagements figurant dans le contrat d'administration.

Dans un autre tableau seront repris les éventuels effets attendus de la mise en œuvre des actions, c'est-à-dire les résultats escomptés sans que l'administration puisse les garantir.

Enfin, les mesures propres aux facteurs d'environnement figureront dans un troisième type de tableau.

Les tableaux de bord seront complétés et communiqués périodiquement, de préférence semestriellement et au plus tard à la fin de chaque année civile.

TITRE VIII. — Engagements de l'Etat**Article 25.**

Conformément à l'article 15 de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, l'Etat soumet à l'avis de l'organe de gestion de l'institution tout avant-projet de loi ou d'arrêté visant à modifier la législation que l'institution est chargée d'appliquer. L'urgence ne pourra être invoquée par l'Etat que si sa politique budgétaire et/ou sociale nécessite une telle modalité.

L'Etat s'engage à établir des contacts avec les services concernés de l'institution pour, d'une part tenir compte des aspects techniques de l'application des modifications envisagées et d'autre part de lui permettre de préparer les changements. Sauf urgence motivée, la date d'entrée en vigueur des modifications ou nouvelles mesures envisagées est fixée en concertation avec l'institution.

Article 26.

En concertation préalable avec les institutions et dans le respect de la politique budgétaire de l'Etat et du respect du pacte de stabilité, l'Etat s'engage à respecter le plan de trésorerie établi annuellement pour le versement à la Gestion globale des subventions et du financement alternatif prévus au budget, à charge pour la gestion globale de répartir ces moyens entre les différentes institutions en fonction de leurs besoins de manière telle qu'ils puissent garantir la continuité dans l'exercice de leurs missions.

Article 27.

Lors de l'évaluation finale du contrat et dans la mesure où l'Etat aura été prévenu en temps utile, l'Etat s'engage à tenir compte des événements de force majeure qui auraient éventuellement entravé la réalisation du contrat ainsi que des décisions du gouvernement prises après la conclusion du contrat et ayant entraîné une augmentation perceptible des tâches ou de certaines dépenses.

Article 28.

Lorsqu'une mission légale de l'institution nécessite la collaboration d'un ministère fédéral, ce dernier veillera à collaborer efficacement.

Tant l'institution que le service public fédéral réagiront de manière pro-active notamment lorsque la collaboration exige la transmission d'informations.

Ceci implique une concertation permanente entre le service public fédéral et l'institution concernée.

Cette concertation permanente sera mise en œuvre à l'initiative de l'institution.

TITRE IX. — Crédits de gestion et montant maximal des crédits de personnel pour le personnel statutaire**Article 29.**

Les crédits de gestion qui sont accordés à l'Institut comprennent tous les crédits en matière de personnel, de fonctionnement et d'investissements.

Les crédits de gestion et les crédits maximum de personnel pour le personnel statutaire ont été calculés suivant les méthodes décrites à l'annexe 3.

Pour 2002, les dépenses de gestion et le montant maximum des crédits en personnel relatif aux agents statutaires s'élèvent respectivement à 97.295.903 euros et à 53.208.635 euros.

Le budget doit être adapté chaque année afin de tenir compte :

- de l'indexation;
- du report des crédits de fonctionnement liés au programme d'investissements ou pour les dépenses d'investissements qui n'ont pas été utilisées pendant l'exercice budgétaire, ces crédits sont réinscrits dans le budget de gestion du prochain exercice pour autant que ceci soit nécessaire à l'exécution du programme d'investissements (art. 4, § 2, de l'arrêté royal du 3 avril 1997)¹¹;
- des recettes propres de l'administration;
- des frais de personnel en exécution des sanctions positives prévues par la loi;
- des changements dans la réglementation ayant un impact sur le budget de gestion.

Article 30.

L'Institut engagera des efforts pendant la durée du présent contrat pour développer un modèle de calcul des frais de gestion au départ d'une identification des coûts par mission et/ou par unité d'œuvre administrative, à l'aide de la comptabilité analytique effective depuis le 1^{er} janvier 2000.

Article 31.

Dans les limites de ses missions, l'institution peut décider de l'acquisition, de l'utilisation ou de l'aliénation de biens matériels ou immatériels et de l'établissement ou de la suppression de droits réels sur ces biens, ainsi que de l'exécution de pareilles décisions.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, toute décision d'acquérir, construire, rénover ou aliéner un immeuble ou un droit immobilier, dont le montant dépasse 5 millions d'euros est soumise à l'autorisation préalable du Ministre de tutelle et du ministre ayant le budget dans ses attributions.

Pour se prononcer, le Ministre du budget dispose d'un délai d'un mois à dater de la réception de l'accord donné par le Ministre de tutelle.

La réglementation en matière de marchés publics est s'il échet d'application notamment en matière de rénovation des bâtiments.

Article 32.

En matière de détermination des recettes de gestion, l'affectation du produit de l'aliénation des immeubles ou de la vente de biens mobiliers doit recevoir l'accord préalable du Ministre de tutelle et du Ministre du Budget. Pour se prononcer, le Ministre du budget dispose d'un délai d'un mois à dater de la réception de l'accord donné par le Ministre de tutelle.

TITRE X. — Sanctions positives pour l'institution en cas de respect des engagements et solutions ou sanctions en cas de non respect des engagements découlant du présent contrat

Article 33.

(Pour mémoire)

Un nouvel arrêté royal est pris en matière de sanctions positives et négatives prévues par l'AR du 3 avril 1997.

TITRE XI. — Dispositions finales

Article 34.

Les engagements repris dans le présent contrat d'administration ne portent pas atteinte à l'obligation de l'institution de sécurité sociale d'exécuter de manière efficace les autres missions légales qui ne sont pas l'objet d'un objectif spécifique.

Article 35.

Chaque partie a le droit de proposer à l'autre une révision du contrat avant son terme. Cette proposition est soumise à la même procédure de base que celle qui a conduit à la conclusion du contrat. Les cocontractants veilleront à ne pas user de cette faculté sans raison sérieuse suffisante. Ils feront tout ce qu'il faut pour l'examiner de façon à la fois constructive et rapide.

Note

¹ A titre d'illustration, les données relatives aux séjours hospitaliers achevés dans le courant de l'année 2000 doivent être extraites des données comptables couvrant la période du 1^{er} janvier 2000 au 30 juin 2001 et communiquées à l'Institut au plus tard le 31 décembre 2001.

² Société de mécanographie pour l'application des lois sociales

³ A la fin du mois d'octobre 2001, une réunion avec tous les organismes assureurs a été consacrée à l'examen de ces anomalies.

⁴ La notion de disponibilité des données signifie que les fichiers de base validés sont exploitables, étant entendu que les traitements nécessaires à chaque application doivent être éventuellement encore exécutés (ex. liens RCM - SHA).

⁵ A compter de la date de réception de la demande à l'INAMI jusqu'à la date de communication de la décision à l'organisme assureur.

⁶ Voir Loi du 10 août 2001 (*Moniteur belge* du 1^{er} septembre 2001).

⁷ Voir Loi du 10 août 2001 (*Moniteur belge* du 1^{er} septembre 2001).

⁸ Ces données ne seront exploitables qu'à partir de 2001, avec la mise en place de la piste unique (cf. infra).

⁹ Ce qui permettra de faire un lien entre chaque médicament prescrit et le patient anonymisé alors qu'aujourd'hui, il n'existe un lien qu'entre le prestataire de soins, sa patientèle (pour les médecins généralistes) ou avec les contacts-patients.

¹⁰ Art. 22, 6° et art. 23 de la loi SSI coordonnée le 14 juillet 1994.

¹¹ Modification introduite le 14 décembre 2001 à la demande de l'Administration du Budget.

Annexe 1. — Tâches de l'Institut

I. MISSIONS DE BASE OPERATIONNELLES

Missions financières

Payer

Le **Service des soins de santé** ne procède lui-même, par l'intermédiaire de la Direction Finances, à des versements qu'à destination :

- des laboratoires de référence SIDA et équipes de soins palliatifs avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention;
- des caisses de pensions agréées et de compagnies d'assurance dans le cadre du statut social des médecins, dentistes et pharmaciens;
- de médecins, dentistes et pharmaciens-biologistes dans le cadre de l'accréditation.

A titre accessoire, les services « cotisations des pensionnés » et « ressources spécifiques » **des Services généraux** procèdent à des remboursements de pensionnés et d'institutions dans le cadre de régularisations (retenues indues ou surestimées).

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - procède mensuellement, par l'intermédiaire de la Direction Finances, au paiement des pensions aux ouvriers mineurs invalides, et ce, tant en Belgique que partout ailleurs dans le monde.

Percevoir

La mission de perception comporte trois volets :

- l'exercice du contrôle d'assujettissement pour autant que celui-ci soit lié à la recette effective des cotisations dues;
- la réception de la cotisation due, y compris d'éventuelles augmentations et intérêts de retard, directement du cotisant ou via des organismes d'encaissement collaborants.
- les constats d'infractions donnant lieu à des sanctions administratives et financières.

En ce qui concerne les deux premiers volets, deux services relevant de la Direction Finances - **Services généraux** remplissent cette mission :

1. le service « cotisations des pensionnés », chargé de la perception de la cotisation de 3,55 % sur les pensions et avantages complémentaires.

Le contrôle de l'assujettissement consiste en :

- la réception et la vérification des déclarations;
- la comparaison des déclarations avec les retenues versées;
- l'interrogation des institutions qui établissent des fiches fiscales 281.11 sans introduire de déclarations;
- l'envoi « d'ordres de début de paiement » aux institutions de pensions légales.

La réception des cotisations s'accompagne d'un encodage des extraits de compte et de l'introduction des paiements sur des fiches de travail informatisées.

2. le service des « ressources spécifiques » chargé de la perception des cotisations sur les primes d'assurance (hospitalisation, incendie, accidents du travail,...) ainsi que du supplément de cotisation ou de prime d'assurance en responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs.

Le contrôle de l'assujettissement consiste en :

- une vérification des agréments (examen du *Moniteur belge*, contacts avec l'OCA);
- un contrôle approfondi, par branche d'activité, des montants de primes soumis à cotisation (examen des comptes annuels des assurances, des polices d'assurances, des statistiques OCA, comparaison avec les montants déclarés et justificatifs éventuels).

La réception des cotisations dues s'accompagne d'un contrôle des cotisations sur base des extraits bancaires et des déclarations (comparaison, par assureur, des montants déclarés et des montants payés). Le service procède également à la perception de montants imposés aux institutions à titre de sanctions résultant de déclarations ou versements tardifs.

La section pharmaceutique du **Service des soins de santé** assure le contrôle de l'assujettissement des firmes pharmaceutiques à la redevance par conditionnement et à la cotisation sur le chiffre d'affaires (suivi des montants versés et du respect des délais).

D'autre part, en ce qui concerne le troisième volet, des sanctions administratives et financières sont prononcées presque exclusivement par le Service du contrôle administratif. Les infractions sont constatées soit par le **Service du contrôle administratif**, soit par le **Service du contrôle médical**.

Ce dernier établit notamment des constats :

- dans le cadre des dispositions de l'arrêté royal du 10/1/1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
- dans le cadre des dispositions de l'arrêté royal du 25/11/1996 (anciennement arrêté royal du 4/6/1987) concernant l'obligation pour certains paramédicaux de tenir un registre de prestations.

Ces constats sont ensuite transmis au **Service du contrôle administratif** en vue de l'application de sanctions ou de la mise en œuvre de la procédure de récupération de l'indu.

Les sanctions qui peuvent être prononcées par le **Service du contrôle administratif** sont les suivantes :

- amendes à charge des organismes assureurs et offices de tarification : constatation de l'infraction et détermination du montant de l'amende;
- sanctions à charge des bénéficiaires : procès-verbal à charge du bénéficiaire, prononcé des sanctions (exclusions du droit aux indemnités et/ou soins de santé pendant une période déterminée) et contrôle sur l'application des sanctions;
- sanctions à charge des maisons de repos et de soins pour non-respect des barèmes et normes du personnel.

Les amendes infligées aux organismes assureurs sont payées à charge de leurs frais d'administration; en outre, sauf exception admise par le service, les montants indus non récupérés sont amortis à charge de ces frais d'administration. Les amendes administratives prononcées par le Service du contrôle administratif à charge de dispensateurs de soins sont notifiées par ce service aux intéressés.

La Direction financière des **Services généraux** se limite à enregistrer le paiement des amendes. En cas de défaillance du débiteur, le Service du contrôle administratif saisit l'administration des Domaines chargée de recouvrer l'amende.

De la même manière, le **Service du contrôle médical** organise et gère les récupérations payables à l'INAMI, résultant des décisions des Commissions de contrôle. Si nécessaire, le Service du contrôle médical charge l'Administration des Domaines de recouvrer le montant.

Enfin, les Commissions administratives fonctionnant au sein du Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - prononcent des sanctions administratives (suspension du paiement de la pension pendant un ou plusieurs mois) en cas de non-déclaration dans les délais requis d'une activité professionnelle exercée par les ouvriers mineurs invalides.

Répartir

On vise ici le transfert de revenus à d'autres organismes recouvrant deux aspects.

D'une part, il s'agit de la distribution de fonds (détermination des montants à payer et versement) attribués à une branche de la sécurité sociale entre les organismes de paiement, tant pour le financement des prestations que pour celui de leur propre fonctionnement.

En ce qui concerne la détermination des fonds à verser pour le paiement des prestations, le **Service des soins de santé**, à l'issue d'une procédure complexe (détermination de l'objectif budgétaire global) suivie et épaulée par le Service des études actuarielles, et le **Service des indemnités** - Direction financière, comptable et statistique, procèdent eux-mêmes à l'opération.

Sur la base de ces données, la Direction financière des **Services généraux** procède au :

- calcul et à l'adaptation des douzièmes budgétaires;
- versement des avances aux organismes assureurs;
- calcul des coefficients d'avances « tiers payant et guichets » et « indemnités »;
- paiement aux institutions de sécurité sociale étrangères des soins dispensés à des Belges à l'étranger.

Cette même direction procède au versement des avances sur frais d'administration des organismes assureurs ainsi qu'aux régularisations des comptes courants des organismes assureurs.

D'autre part, le service « cotisations des pensionnés » a pour mission de déterminer (répartition technique) et de transférer (répartition financière) une partie de ses recettes auprès d'autres parastataux sociaux du fait que ceux-ci assurent une couverture en matière de soins de santé : OSSOM et Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins. Cette mission implique également le calcul des frais d'administration et la détermination des recettes nettes des retenues.

Récupérer

La mission « Récupérer » vise le recouvrement de prestations servies indûment (y compris les dépassements d'enveloppes) ainsi que le recouvrement de cotisations dues mais non perçues.

Les constats d'indus sont établis principalement par le **Service du contrôle administratif** à l'occasion du contrôle au sein des organismes assureurs et offices de tarification, mais aussi par le **Service du contrôle médical**, lequel transmet ses relevés au Service du contrôle administratif pour récupération ou application d'une amende administrative.

Les indus générés par des dispensateurs de soins, sans caractère intentionnel ou frauduleux, peuvent être remboursés directement auprès de l'Institut par les dispensateurs concernés.

Dans les autres cas, le **Service du contrôle administratif** notifie les indus aux organismes assureurs, lesquels sont eux-mêmes chargés de la récupération, si nécessaire par voie judiciaire.

Dans le cas de double paiement d'indemnités, le **Service des indemnités** - conventions internationales communique aux organismes assureurs le montant à récupérer auprès des intéressés.

Le Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - procède à la constatation des prestations perçues indûment par les ayants droit, en réclame le remboursement à ceux-ci et procède à la récupération des indus par des retenues mensuelles opérées soit sur les pensions d'invalidité soit sur des prestations sociales servies par d'autres organismes.

La section « laboratoires » du **Service des soins de santé** récupère directement des montants auprès des laboratoires de biologie clinique en cas de dépassement de l'enveloppe annuelle attribuée au secteur ambulatoire.

A cette fin, elle détermine pour chaque trimestre le montant que chaque laboratoire doit, le cas échéant, ristourner à l'INAMI à titre d'avance ainsi que les montants définitifs lors de la clôture d'une année de prestation.

Enfin, le service de cotisations des pensionnés et des ressources spécifiques au sein des **Services généraux** récupère des cotisations dues grâce aux contrôles qu'il effectue sur les déclarations des compagnies d'assurance.

Missions administratives

Octroyer

La mission technique relative à l'octroi de droits, à savoir constater et attribuer des droits en matière d'allocations et de prestations et le calcul de ceux-ci, est rencontrée par quatre services :

- le Service des soins de santé, dans le cadre de
 - la fixation du montant des honoraires forfaitaires de biologie clinique attribués à chaque établissement hospitalier;
 - le traitement des demandes d'admission au remboursement de médicaments et implants;
 - l'enregistrement des données individuelles relatives à l'accréditation, à l'agrément des maîtres de stage,...;
 - le traitement des demandes de bénéficiaires sollicitant l'intervention de l'assurance pour traitement orthodontique, prothèse dentaire,... en dérogation aux conditions générales, ou encore pour certains implants et appareillages.
 - le traitement des demandes de conventions de rééducation ainsi que les demandes d'intervention du Fonds spécial de solidarité.
- le **Service des Indemnités**, lorsqu'il reconnaît la situation d'invalidité (sans calcul du montant des indemnités) ou le droit à l'aide d'une tierce personne et lorsqu'il fixe les montants qui peuvent être versés à certains invalides au titre de solde d'arriérés de pensions étrangères perçues;
- le Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs - lorsqu'il fixe les montants des pensions octroyées aux ouvriers mineurs qui ont été contraints d'arrêter le travail à la mine pour cause de maladie.
- le **Service du contrôle administratif** lorsqu'il traite les demandes d'inscription rétroactive, de reconnaissance du moyen de preuve de la résidence, de levée de la prescription pour force majeure,...

Contrôler**a) Contrôle technique et administratif dans les organismes de paiement**

Il s'agit d'une compétence exclusive du **Service du contrôle administratif**, plus précisément des sections « contrôle administratif des organismes assureurs », « contrôle des documents de cotisation » et « fichiers et mutations ».

Le contrôle porte sur :

- l'assurabilité :
 - assujettissement à la sécurité sociale et paiement des cotisations;
 - contrôle des inscriptions comme pensionnés, veuves, veufs - régime général, secteur public et indépendants;
 - contrôle de l'octroi de l'intervention majorée;
 - contrôle des cartes d'assurance des pensionnés, veuves et veufs;
 - contrôle des bons de cotisation et attestations de chômage;
 - contrôle sur les régularisations des assujettissements erronés transmis par l'ONSS;
- les conditions d'octroi des prestations;
- les effectifs;
- les mutations;
- les montants payés par les organismes assureurs, les versements individuels, les régularisations (récupérations, compléments, rectifications).

b) Validation des données statistiques, comptables et financières

Le **Service des soins de santé** et le **Service des indemnités** reçoivent des organismes assureurs des informations comptables et statistiques relatives aux dépenses pour prestations, faisant l'objet de contrôles visant à déterminer le caractère acceptable ou non des dépenses renseignées : au-delà d'un certain seuil, les montants non validés sont renvoyés aux organismes assureurs pour correction, donnant ainsi lieu à une série d'échanges avec l'INAMI.

Ces procédures de contrôle nécessitent des investissements considérables en analyse, programmation et exécution, et sont soumises à des impératifs de mise à jour permanente, en particulier dans le domaine des soins de santé.

c) Contrôle des pratiques médicales et paramédicales, contrôle de réalité (délivrance effective) et de conformité (respect des règles et normes en vigueur)

Ce type de contrôle relève de la compétence du Service du contrôle médical et du Service du contrôle administratif.

Le **contrôle médical**, qui porte également sur l'opportunité des prestations (surconsommation), s'exerce au moyen d'enquêtes effectuées par :

- les médecins et pharmaciens-inspecteurs;
- les infirmiers contrôleurs;

chez les prestataires ou dans les institutions de soins, mais aussi auprès de bénéficiaires de l'assurance et des organismes assureurs.

Les Inspecteurs du **Service du contrôle administratif** contrôlent et, si nécessaire, dressent également des procès-verbaux à charge des prestataires (« attestations de soins donnés » non conformes ou remises tardivement), des prescripteurs de médicaments (non usage des codes barre).

Le **Service du contrôle administratif** procède aussi, en collaboration avec le **Service des soins de santé**, à des contrôles des maisons de repos pour personnes âgées et des maisons de repos et de soins.

En ce qui concerne les contrôles auxquels le **Service des soins de santé** procède à l'encontre des institutions de rééducation, l'équipe prévue est contrôlée, le respect de la capacité de facturation est vérifié, le contrôle sur la sécurité en matière d'incendie est suivi de près, et d'autres éléments des contrats sont contrôlés, si nécessaire. En principe, la production de prestations est également examinée mensuellement au sein des établissements conventionnés de revalidation.

Régler (traiter les litiges)

Le **Service du contrôle administratif** comporte une section contentieux traitant des litiges avec les organismes assureurs, les offices de tarification, les bénéficiaires et les prestataires.

De même, la section juridique du **Service du contrôle médical** traite des litiges relatifs à des assurés résultant de l'application de l'arrêté royal du 20/7/1970 (handicapés) ou de la non-reconnaissance d'une incapacité de travail par un médecin-inspecteur.

Ce Service élabore des thèses juridiques à l'intention des tribunaux du travail, tandis que les médecins-inspecteurs participent aux expertises médicales ordonnées par les tribunaux de travail.

Le Service du contrôle médical gère également les recours introduits auprès des commissions d'appel par les prestataires de soins à l'encontre de décisions prises par les Chambres restreintes du Comité, les plaintes déposées contre des prestataires de soins auprès de la Commission de contrôle de la surconsommation ainsi que les recours introduits auprès de la Commission d'appel, par le prestataire ou par le Service, contre les décisions des Commissions de contrôle de la surconsommation. Enfin, il traite les contentieux portés devant le Conseil d'Etat à propos des décisions précitées.

Au sein du **Service des indemnités**, la Direction Contentieux, la Direction médicale et celle des conventions internationales sont également chargées du traitement de litiges.

La Direction Contentieux gère le traitement des litiges relatifs aux recours introduits par les assurés, à la fois contre les décisions prises par la Commission Supérieure et les Commissions régionales du Conseil médical de l'invalidité de ne plus reconnaître leur état d'incapacité de travail, contre les décisions prises par le Comité de gestion du Service de ne pas renoncer à la récupération des prestations qui ont été octroyées indûment ainsi que contre les décisions prises par les organismes assureurs de refuser les indemnités sur avis conforme du fonctionnaire dirigeant du Service, en cas de déclaration tardive de l'incapacité.

Pour ce qui concerne la gestion des litiges relatifs à l'état d'incapacité de travail, le Service Contentieux travaille en collaboration étroite avec le Service du Conseil médical de l'invalidité (suivi de l'évolution du dossier médical en cours de procédure, suivi de la régularité du déroulement de la procédure d'expertise, demandes d'avis sur les documents médicaux produits à l'appui des recours).

Enfin, le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - gère le traitement des litiges relatifs aux recours introduits par les assurés devant les juridictions du travail contre les décisions prises par les Commissions administratives en matière d'octroi ou de modifications des pensions d'invalidité des ouvriers mineurs.

La section contentieux du **Service des soins de santé** traite des litiges portés par les bénéficiaires, les prestataires et les firmes pharmaceutiques devant les Tribunaux du Travail, et communique si nécessaire le résultat de ces recours aux organismes assureurs et au service compétent. Elle traite également, en collaboration avec le Département des Affaires sociales et les avocats désignés par le Ministre des Affaires sociales, les recours introduits devant le Conseil d'Etat contre des textes réglementaires et des décisions individuelles des organes du Service des soins de santé.

La Direction Contentieux des **Services généraux** assure une fonction de support et de coordination des affaires relevant de tous les services : enregistrement centralisé des assignations notifiées par huissier de justice et des notifications émanant des tribunaux du travail, constitution des dossiers en collaboration avec les services spéciaux, échanges de courriers avec les avocats, réponses aux questions des Auditorats du travail, suivi du contentieux relevant du Conseil d'Etat et contributions à des projets de mémoire,...

La Direction Contentieux est également tenue d'établir une note justificative pour tout paiement en faveur d'experts ou d'avocats et de suivre les actions en récupération auprès d'assurés, de mutuelles, de prestataires et de membres du personnel.

La perception des cotisations de rééducation fonctionnelle donne également lieu, au sein des Services généraux, à la préparation et au suivi technique et juridique (élaboration de thèses) des dossiers litigieux.

Réglementer

Les services des **soins de santé et indemnités** ont une compétence réglementaire spécifique en vertu de laquelle ils sont chargés de l'élaboration et de la mise à jour de leur règlement respectif ainsi que du règlement relatif aux différents documents et relevés comptables et statistiques.

Les **services spécialisés** ont également pour mission :

- de rédiger et de diffuser au moyen de circulaires les instructions relatives aux modalités d'exécution des lois, y compris le Service du contrôle médical sous la forme de directives aux médecins-conseils en matière de contrôle de l'assurance soins de santé et de l'assurance indemnités, et le Service du contrôle administratif qui communique aux organismes assureurs notamment la liste des établissements reconnus dans le cadre de l'enseignement du 3^e niveau;
- de produire des avis, tant à usage interne qu'à destination des organismes collaborateurs (organismes assureurs, laboratoires, hôpitaux,...), sur l'interprétation et l'application de la législation.

De manière générale, **tous les services de l'INAMI** communiquent des données de toute nature aux organismes assureurs sous la forme de circulaires (indexation des prestations, instructions comptables et statistiques, prix de journée des établissements hospitaliers, forfaits dans les établissements extra muros, interdictions d'intervention de l'assurance dans le cadre de sanctions frappant des dispensateurs de soins,...).

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - est également tenu de rédiger et de diffuser à l'intention de ses services provinciaux des circulaires relatives aux modalités d'exécution des dispositions légales ou réglementaires en matière d'assurance invalidité des ouvriers mineurs.

Délivrer

Le concept de « délivrance de données » vise uniquement la fourniture de documents, attestations, certificats, circulaires, etc...

Le **Service des indemnités** communique quotidiennement sur supports magnétiques et sur support papier aux organismes assureurs un grand nombre de notifications relatives aux dossiers du CMI.

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - délivre des relevés de carrière dans les mines, à la demande des affiliés ou de leurs ayants droit ou d'un organisme belge (ONP, par exemple) ou étranger, pour tous les ouvriers mineurs qui ne sont pas encore pensionnés.

Le **Service du contrôle administratif** établit, dans certaines circonstances, des bons de cotisation provisoires permettant à l'assuré de prouver son assurabilité, ainsi que des duplicatas d'attestation devant permettre l'inscription de pensionnés et veufs.

Organiser

La mission opérationnelle caractérisant l'Institut consiste à assurer le fonctionnement d'organes de gestion des différents services, ainsi que d'organes de concertation, d'avis, d'agrément et de sanction, institués au sein ou auprès des services et par l'intermédiaire desquels sont rencontrées ses obligations légales.

Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut citer :

Pour l'Institut :

- le Comité général de gestion.

Pour le Service des soins de santé :

- le Conseil général;
- le Comité de l'assurance;
- la Commission de contrôle budgétaire;
- les Commissions de conventions (14) et d'accords (2);
- le Groupe de Direction de l'accréditation et les Comités paritaires (26);
- les Conseils techniques (8);
- les Conseils d'agrément (6);
- le Collège des médecins-directeurs;
- la Commission d'informatique et ses sous-groupes;
- le Collège national des médecins-conseils;
- le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle;
- les Commissions de profils (5);
- la Commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait;
- le Comité technique des travailleurs indépendants;
- le Conseil scientifique (2 sections);
- le Comité permanent de concertation pour le traitement des profils;
- divers groupes de travail : responsabilité financière des organismes assureurs, franchise sociale et fiscale, passage à l'euro, assurabilité,...

Pour le Service des indemnités :

- le Comité de gestion - régime général;
- le Comité de gestion - régime des travailleurs indépendants;
- le Conseil médical de l'invalidité :
 - la Commission supérieure;
 - les Commissions régionales et sections;
- le Conseil technique intermutualiste;
- divers groupes de travail : étude des disparités en matière de morbidité, conséquences du passage à l'euro et à l'an 2000,...
- le Comité de gestion pour les ouvriers mineurs.

Pour le Service du contrôle médical :

- le Comité;
- les Chambres restreintes;
- les Commissions d'appel;
- la Commission de contrôle (10 sections provinciales et 2 sections régionales);
- la Commission d'appel (2 sections).

Pour le Service du contrôle administratif :

- le Comité;
- le Comité spécial.

Pour les Services généraux :

- la Commission technique comptable et statistique.

Les cinq services de l'INAMI sont donc amenés à assurer la préparation, l'organisation, le déroulement et le suivi des réunions de plus de 100 comités, collèges, commissions ou conseils.

Cette particularité de l'Institut a des conséquences extrêmement lourdes sur le plan administratif. Les tâches inhérentes au fonctionnement de chaque organe peuvent être résumées comme suit :

a) Soutien administratif

Certaines commissions sont présidées par un fonctionnaire, tenu de préparer les réunions. Chaque réunion, donne lieu à la rédaction et à la présentation de notes et de dossiers.

Un ou deux agents (de rôles linguistiques différents) sont en outre tenus d'assurer, en vertu des règlements d'ordre intérieur des conseils et commissions, le procès-verbal de chaque réunion et d'y consigner les échanges de vues et les conclusions.

L'organisation administrative des réunions d'une commission suppose également :

- la tenue d'un fichier de membres effectifs et suppléants de la commission et la gestion du renouvellement des mandats (arrêtés royaux de démission - nomination préparés au sein des services concernés et coordination par le Secrétariat des Services généraux) et la gestion, par les Services généraux, de l'octroi de titres honorifiques;
- l'envoi des convocations et de la documentation y afférente (notes, procès-verbaux,...);
- la traduction de la documentation et la collaboration active d'un interprète au cours des réunions.

b) Support technique

Le fonctionnement des commissions requiert divers supports techniques mobilisant une part importante des ressources humaines et matérielles :

- la tenue d'une documentation;
- la collecte et le traitement de données, l'élaboration de programmes informatiques spécifiques;
- la rédaction de circulaires, rapports, notes, le plus souvent dans le cadre de l'exécution des décisions des organes de gestion, conventions et accords, conventions relatives à des financements à titre expérimental, ainsi que la reproduction de ces documents (photocopies);
- la mise à jour des prestations de l'assurance soins de santé (nature et tarifs) et indemnités (indexation).

c) Appui juridique et réglementaire

Les comités de gestion principalement, mais aussi d'autres instances telles les commissions d'accords et de conventions, font fréquemment appel aux compétences juridiques des Services afin d'élaborer des avis, des textes légaux, des projets d'arrêtés royaux et ministériels, des règlements,... nécessitant souvent au préalable recherches et études.

Cette activité dans le domaine réglementaire est d'autant plus exigeante qu'elle s'étend, en soins de santé et en indemnités, aux régimes applicables aux travailleurs salariés et aux indépendants.

Leurs activités requièrent enfin la tenue et la mise à jour régulière des dispositions légales et réglementaires.

Il importe de relever qu'à cet appui juridique aux commissions s'ajoute le recours de plus en plus fréquent aux sections « réglementation » des Services des soins de santé et des indemnités pour élaborer des textes légaux et réglementaires à la demande du Ministre de tutelle.

Informer

Divers services de l'INAMI constituent des fichiers à des fins de diffusion interne ou externe.

C'est particulièrement le cas du **Service des soins de santé** qui produit notamment :

- un fichier des dispensateurs de soins (identification, nature de l'agrément Santé publique, adhésion ou non à l'accord ou à la convention, accréditation,...), dont la plupart des mises à jour sont régulièrement transmises aux organismes assureurs;
- un fichier des prestations de santé (codes de la nomenclature et libellés) comportant l'historique de leurs tarifs, destiné à l'information des dispensateurs de soins mais aussi d'autres services de l'INAMI (le contrôle administratif p.ex.);
- comme mentionné précédemment, des fichiers relatifs à des montants individualisés d'honoraires et interventions de l'assurance destinés aux organismes assureurs, aux établissements hospitaliers,...

Le Service des soins de santé produit également des données individuelles relatives à l'activité, dans le cadre de l'assurance obligatoire, des dispensateurs de soins, établissements hospitaliers, laboratoires de biologie clinique... faisant l'objet de communications aux intéressés, entre autres à des fins de comparaison avec des groupes de référence ou de justification de récupérations (ristournes en biologie clinique ambulatoire).

Le **Service du contrôle médical** établit, à destination du Service des indemnités, des statistiques concernant l'activité des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail ainsi que le fichier des médecins-conseils.

Le **Service du contrôle administratif** établit, sur base des documents de cotisation, des statistiques destinées au Service des indemnités.

En ce qui concerne la collecte et le traitement de données statistiques, la rédaction et diffusion d'études, de statistiques, ou encore la réalisation d'études techniques à la demande des autorités et/ou organes de gestion, **tous les Services** remplissent de telles tâches, bien qu'à des fins purement internes en ce qui concerne le Service du contrôle médical (données collectées auprès des services provinciaux ou des médecins-conseils des organismes assureurs).

Les sections « actuariat » et « profils » au sein du **Service des soins de santé**, collectent systématiquement - mensuellement ou trimestriellement selon le cas - des volumes considérables de données statistiques et comptables auprès des organismes assureurs.

Outre la production régulière de « données de gestion » et de rapports statistiques, ces données servent aussi à la réalisation d'études techniques à la demande des organes de gestion et de leurs groupes de travail, des commissions de conventions et d'accords, etc... A côté de ces études techniques assurées par la plupart des sections du Service des soins de santé, les sections « réglementation » et « contentieux » de la Direction juridique produisent également des études de nature juridique.

Au **Service des indemnités**, toutes les directions assument les tâches visées bien que la rédaction et la diffusion d'études et de statistiques soient plus spécifiques à la Direction financière et statistique.

Celle-ci reçoit trimestriellement des organismes assureurs les données relatives aux dépenses en matière d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité. Ces données comptables servent à l'élaboration de statistiques ou « données de gestion », constituent le fondement d'études et contribuent à alimenter l'annuaire statistique et le Vademecum de la Sécurité sociale.

Le Service constitue également divers fichiers (reprises partielles d'activité de titulaires indépendants en incapacité, prolongations des délais de récupération d'indemnités, historique des dépenses introduites par les organismes assureurs et montants rejetés par le Service,...) destinés principalement à informer le Comité de gestion sur la structure des dépenses et son évolution.

La section Réglementation réalise en particulier des études juridiques sur les questions suscitées par le fait que diverses législations sont susceptibles d'interférer sur le plan de l'incapacité de travail.

Le **Service du contrôle médical** réalise des études à usage interne ou externe (bulletins d'information INAMI) à propos de sujets d'ordre médical ou juridique relevant des attributions du service.

Au sein du **Service du contrôle administratif**, des études sont produites à l'occasion du ciblage des contrôles : il s'agit, au départ d'informations transmises par le Service des soins de santé, le Service des indemnités, les mutualités, l'INASTI, etc..., d'orienter le contrôle vers les lieux présentant un profil inhabituel afin de maximaliser son efficacité.

Au sein des **Services généraux**, on collecte et traite des données relatives aux effectifs des organismes assureurs, apporte des contributions ou à des rapports statistiques internes à l'INAMI ou externes (annuaire de statistique de la sécurité sociale, annuaire statistique INS,...). Il y est également produit des études concernant les non-assurés, une comparaison des effectifs assurés avec les chiffres de population INS et diverses contributions extérieures.

Fourniture d'informations en réponse à des demandes individuelles et réponses à des questions parlementaires

Tous les services de l'INAMI sont évidemment amenés à fournir par lettre, par téléphone ou - plus rarement - contact direct, des informations à des assurés, prestataires, membres de commissions, étudiants ou autres.

De par la nature des informations qu'ils traitent, certains services sont cependant sollicités plus fréquemment, de manière systématique ou à l'occasion d'envois massifs de documents : accords ou conventions avec les organismes assureurs, campagnes d'information en matière de prescription médicale, communication aux pensionnés en matière de retenues de cotisations,... Le **Service des indemnités** est plus spécialement sollicité par les secrétariats sociaux ou les organisations syndicales pour toutes les questions relatives au salaire garanti, aux obligations des employeurs,...

De même, **tous les Services de l'Institut** - mais **principalement le Service des soins de santé** - contribuent à préparer des projets de réponses aux questions parlementaires et interpellations adressées au Ministre des Affaires sociales.

Collecte et transfert de données et d'informations de/vers des institutions de sécurité sociale et des administrations

Les échanges de données à l'intérieur de l'Institut mais aussi entre l'INAMI et d'autres organismes sont systématiques et concernent tous les services.

Ainsi, le **Service du contrôle administratif** :

- recueille des données auprès des OA, l'ONSS, l'ONSSAPL, l'ONP, l'INASTI, le Ministère des Finances, l'OCM et les Départements Enseignement des Communautés;
- communique des données aux Services des soins de santé, indemnités et Services généraux - comptabilité, mais aussi à l'OCM (rapport annuel), à la BCSS et à la SMALS.

Le **Service du contrôle médical** établit un rapport annuellement à l'intention de l'OCM.

La Direction financière du **Service des Indemnités** communique également des données à la comptabilité des Services généraux mais aussi à l'OCM (rapport annuel) et au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement (contributions à l'annuaire statistique de la Sécurité Sociale, au VadeMecum de la sécurité sociale, au Point d'appui de la Sécurité sociale).

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - tient à jour et transfère à la Fortis Banque (ex-CGER) et à la BCSS les données relatives aux comptes individuels des ouvriers mineurs actifs et invalides.

Le service « cotisations des pensionnés » (**Services généraux**) transmet des données de pensions à l'ONP et au Ministère des Finances pour le calcul du précompte professionnel et de la retenue de solidarité sur les pensions légales.

Enfin, le **Service des soins de santé** fait appel à des données du Ministère de la Santé publique (agrément des dispensateurs et des établissements hospitaliers, nombres de lits agréés par service hospitalier,...) et du Ministère des Finances dans le cadre de la franchise sociale. A l'inverse, il communique des informations au Ministère de la Santé publique (consommation médicale par hôpital et par service), au Service du contrôle médical, aux Conseils de l'ordre, à l'Administration des contributions directes sur requête judiciaire, au Département des Affaires sociales - Point d'appui de la sécurité sociale, à l'OCM (rapport annuel),...

Conseiller

Les **services spécialisés** de l'INAMI, et plus particulièrement ceux qui participent à la gestion de l'assurance soins de santé et indemnités et à l'assurance invalidité des ouvriers mineurs, assurent des tâches de conseil en législation, comportant les aspects suivants :

- préparation et évaluation de la législation au moyen de propositions et d'études sur initiative propre ou à la demande des autorités de tutelle;
- avis sur la législation;
- avis sur l'applicabilité des textes légaux (en particulier le Service du contrôle médical à l'intention du Service des soins de santé);
- avis sur l'impact social et budgétaire des lois et règlements (à l'exception du Service du contrôle médical);
- avis relatifs à l'harmonisation de la législation.

Les experts juridiques des services des soins de santé et indemnités sont fréquemment sollicités tant au niveau interne de l'Institut qu'au niveau externe (Cabinets, Ministère des Affaires sociales, Classes moyennes, réunions internationales,...).

Le Service du contrôle administratif produit également, à l'initiative de son service « contentieux », des avis relatifs aux implications d'autres législations sur l'assurance soins de santé et indemnités ainsi qu'aux conséquences de l'informatisation de l'assurance sur la protection de la vie privée.

Enfin, les **Services généraux** sont fréquemment amenés à élaborer des avis relativement à la législation appliquée par d'autres services (ex. accréditation, commissions de contrôle, etc...) ou ne relevant pas de la compétence d'un service spécifique (ex. apurement des comptes courants), ou encore relatifs à des législations ne relevant pas de l'assurance soins de santé et indemnités (ex. marchés publics, charte de l'assuré social, etc...). Ils sont en outre chargés de la coordination des modifications proposées par les différents services, et notamment, de leur intégration dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

En ce qui concerne l'établissement et l'adaptation des budgets (indépendamment de la confection des budgets de frais d'administration, lesquels relèvent des missions de support), le Service des Soins de santé et celui des Indemnités sont tenus :

- d'établir, tant pour le régime général que pour celui des indépendants, un budget relatif aux prestations relevant de leurs compétences respectives (préfiguration ou prévisions techniques, établissement d'un budget initial, adaptations à l'occasion notamment du contrôle budgétaire,...);
- de suivre l'évolution des dépenses de façon détaillée au mois le mois et de les comparer aux budgets et enveloppes budgétaires;
- d'informer les organes de gestion concernés;
- dans le cadre des soins de santé, à l'intervention de la Commission de contrôle budgétaire, de veiller à la mise en œuvre éventuelle des mécanismes de correction par les commissions de conventions ou d'accord concernées, le Comité de l'assurance et le Conseil général et d'évaluer en permanence l'incidence budgétaire des modifications de la nomenclature et de la valeur des prestations;
- de procéder annuellement à la clôture des comptes.

Le **Service des indemnités - entités administratives provinciales des ouvriers mineurs** - est tenu de préparer le budget de l'assurance invalidité des ouvriers mineurs (préfiguration ou prévisions techniques, établissement d'un budget initial, adaptations à l'occasion notamment du contrôle budgétaire) et de procéder annuellement à la clôture des comptes.

Autres

Outre les missions génériques mentionnées sous les points précédents, les différents services de l'Institut assurent des tâches particulières.

Pour le Service du contrôle administratif :

- cellule administrative;
- contrôle auprès du Ministère des Finances des revenus des inscrits dans le registre national;
- contrôle, en collaboration avec le Ministère des Finances, de l'intervention majorée;
- autorisation des modèles dérogatoires (intervention majorée);
- contrôle des remboursements des prestataires de soins (spontanés ou par décision de la Chambre restreinte);
- contrôle des listes de montants récupérés par les organismes assureurs autorisant une majoration de leurs frais d'administration - art. 195, § 2, de la loi SSI;
- contrôle de la capacité maximale de facturation des établissements de revalidation;
- procès-verbaux à charge des prestataires de soins pour publicité;
- carte d'identité sociale :
 - contrôle de l'utilisation de la carte professionnelle;
 - contrôle sur la perception de 100 FEB en cas de remplacement de la carte d'identité sociale;
 - contrôle des données communiquées par les mutualités;
 - contrôle des changements de données;
- contrôle de la perception effective de la cotisation destinée au fonds de réserve;
- contrôle à la demande des autres services :
 - assujettissement frauduleux ONSS;
 - application règlements CE;
 - déduction des dépenses des modèles C et P1;
 - remboursement des indemnités au-delà des 2 ans autorisés par le Service des indemnités;
 - etc...;
- valeur probante des renseignements du registre national obtenu par voie électronique (respect des conditions relatives à la banque de données);
- transmission à l'Office de contrôle des données concernant les intérêts des placements faits par les organismes assureurs;
- évaluation des coûts des offices de tarification;
- examen des factures transmises par les offices de tarification aux organismes assureurs en vue de contrôler les coûts dans le cadre de Pharmanet;
- communication aux organismes assureurs des cas dans lesquels les divers dossiers ou pièces justificatives doivent être conservés au-delà du délai normal (à la demande de l'Office du contrôle des mutualités ou d'autres services ou sur décision propre).

Pour le Service du contrôle médical :

- assistance judiciaire sur requête du Parquet;
- contrôles médicaux à la demande du Service des indemnités dans le cadre des conventions internationales;
- participation des médecins-inspecteurs aux Commissions régionales du CMI et aux expertises médicales ordonnées par les tribunaux du travail concernant les décisions de ces commissions;
- examens à la demande de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins.

Pour le Service des indemnités :

- levées de sanctions suite aux déclarations tardives d'incapacité de travail;
- évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre des pensions de survie du conjoint survivant de moins de 45 ans;
- évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance incapacité de travail pour marins naviguant sous pavillon belge;
- évaluation de l'impossibilité de continuer des études pour cause de maladie dans le cadre de l'extension du champ d'application de l'assurance soins de santé obligatoire aux étudiants de l'enseignement supérieur;
- demandes d'une institution étrangère compétente de contrôles médicaux sur des bénéficiaires habitant en Belgique - voir aussi Service du contrôle médical.

Pour le Service des soins de santé :

- cellule technique de la structure de concertation multipartite;
- études externes;
- examen par le Collège des médecins-directeurs de cas individuels à la demande de l'OSSOM et de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins;
- dossiers relatifs aux cas de publicité (après enquête par le Service du contrôle administratif).

II. MISSIONS DE SUPPORT

Les missions de support sont subdivisées en quatre grandes catégories :

1. gérer les ressources humaines;
2. gérer les biens mobiliers et immobiliers;
3. gérer les finances;
4. gérer le traitement de l'information.

Gérer les ressources humaines

La gestion du personnel comporte certaines tâches assumées par les seuls Services généraux :

- élaboration du cadre du personnel des Services généraux et globalisation des propositions de cadre organique et linguistique des Services spéciaux;
- gestion des recrutements (contacts avec le Selor, convocation des candidats, vérification des conditions d'engagement, constitution et suivi du dossier personnel,...);
- application du statut administratif, pécuniaire et syndical et information du personnel;
- sécurité et hygiène;
- services sociaux;
- gestion de l'horaire variable;
- calcul et paiement des traitements;
- comptabilisation des périodes de maladie, accidents de travail, pensions.

Cependant, nombre de tâches relevant du même ordre sont également prises en charge par les **Services spéciaux** :

- élaboration des demandes d'engagement d'agents contractuels pour des tâches de nature exceptionnelle et temporaire;
- élaboration de syllabus et participation à des jurys d'examens en vue du recrutement de certains agents;
- séances de formation des agents stagiaires (Service du contrôle administratif), gestion des demandes de formation (autorisation ou refus) et collaboration avec le Service de formation dans le cadre de la mise au point de programmes de formation spécifiques (Service du contrôle médical);
- évaluation du personnel (entretiens fonctionnels, définition de fonctions,...) et mesures disciplinaires;
- enregistrement des absences,...

Il convient de signaler que le Centre de traitement de l'information (CTI) se charge également du recrutement, auprès de la Société de mécanographie (SMALS), de personnel spécialisé dans certains domaines de l'informatique.

Le CTI se charge en outre de l'évaluation de ce personnel (merit rating), laquelle a une incidence sur les rémunérations et possibilités de carrière ainsi que du paiement de ses rémunérations via les états de frais introduits par la SMALS.

Les questions relatives au personnel sont également traitées au sein de conseils et commissions dont le fonctionnement est assuré par les Services généraux avec la collaboration de fonctionnaires de haut rang de tous les services :

- Comité général de gestion;
- Comité et Conseil de Direction;
- Comité de concertation de base;
- Comité de concertation de base — prévention et protection au travail;
- Comité de gestion des œuvres sociales et du Service social;
- Commissions des stages (2);
- Chambre de recours.

Enfin, deux cellules touchant en partie à la gestion des ressources humaines ont été mises en place dans le courant de l'année 2000 :

- une cellule communication, chargée entre autres de la communication interne au sein de l'Inami, notamment par la mise en place et l'entretien d'un réseau interne d'informations (l'intranet);
- une cellule modernisation, chargée de la conceptualisation d'outils de gestion (dont les tableaux de bord), de la coordination de travaux intéressants simultanément plusieurs services de l'Institut (ex. préparation du contrat d'administration) ainsi que de l'accompagnement de processus de changement considérés comme indispensables par le comité de direction.

Gérer les biens mobiliers et immobiliers

En ce qui concerne les biens et fournitures, les **Services généraux** assurent la gestion des bâtiments, avec l'aide des responsables des services provinciaux pour ce qui concerne les services décentralisés, et la collaboration des services spéciaux en ce qui concerne le relevé des manquements. Il en va de même sur le plan de la sécurité et de l'entretien des bâtiments.

La gestion des besoins en matériel (économat, mobilier,...) s'effectue en collaboration avec tous les services spéciaux.

Le contentieux en matière de biens et services est du ressort des seuls **services généraux**.

En ce qui concerne les services auxiliaires, certains sont pris en charge uniquement par les **Services généraux** (traduction et interprétariat, mess et cantine, imprimerie), mais la plupart sont assumés simultanément dans **tous les services** (secrétariat, dactylographie, téléphones, huissiers, accueil, expédition, reproduction par photocopies, archives).

Gérer les finances

Les tâches liées à la gestion de la trésorerie relèvent de la compétence exclusive de la Direction Finances des **Services généraux** :

Il s'agit de :

- l'établissement, le suivi et les corrections à apporter aux tableaux de trésorerie destinés à la gestion financière globale (régime général et régime des indépendants);
- l'établissement de la note « situation de caisse »;
- dans le cadre des demandes de fonds à la gestion globale;
 - > l'établissement de tableaux reprenant les besoins de trésorerie quotidiens de l'Institut;
 - > la réception des besoins quotidiens de financement et les adaptations en fonction de l'évolution des recettes propres;
- la réception des recettes propres de l'Institut : cotisations des pensionnés, assurances automobiles, assurances hospitalisations, récupérations en biologie clinique, prélèvement sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, redevance par conditionnement public de médicament, recettes conventions internationales, produit des amendes administratives,...;
- dans le cadre de la gestion des liquidités :
 - > suivi de l'état des divers comptes financiers;
 - > établissement des transferts financiers en fonction des nécessités;
- conclusion de prêts, paiement des intérêts et remboursement du capital.

En matière de **comptabilité et finances**, chaque **Service** établit son propre budget des frais d'administration en collaboration avec les **Services généraux** : prévisions et adaptations des frais d'administration, exécution et suivi de l'évolution des frais (services provinciaux et service central dans le cas du Service du contrôle médical), rapport annuel à l'intention du ou des organes de gestion du Service,...

Le budget global est soumis à l'approbation du Comité général de gestion de l'Institut.

Au sein des **Services généraux**, le CTI gère son propre budget (achat de matériel hardware, contrats d'entretien, assistance par des tiers, travaux exécutés par la SMALS pour compte de l'INAMI, location et leasing de matériel hard- et software).

Le Service « comptabilité » des Services généraux est responsable de l'intégration de ces éléments dans un budget global.

De même, chaque service tient une comptabilité au moins restreinte, bien que cette compétence relève de la section « comptabilité » au sein des Services généraux :

- établissement et actualisation du plan comptable;
- tenue des pièces comptables et établissement des documents comptables (journal, grand livre);
- justification des divers comptes financiers et établissement des écritures;
- clôture des comptes en fin d'année comptable.

De par la nature de leurs activités, les Services « cotisations des pensionnés » et « ressources spécifiques » tiennent également une comptabilité auxiliaire : comptabilisation journalière des recettes et des dépenses, écritures comptables diverses (journal mensuel, grand livre mensuel, balances mensuelles);...

Le **Service des indemnités** - conventions internationales, compétent pour l'application des règlements communautaires européens, tient également une comptabilité spécifique sur base d'un dossier « débiteurs ».

La section des laboratoires de biologie clinique du **Service des soins de santé** tient également une comptabilité des montants dus par les laboratoires, comparés aux sommes remboursées ou retenues en garantie par les organismes assureurs.

Le service « comptabilité » des **Services généraux** est aussi responsable :

- de l'établissement des rapports d'exploitation de l'INAMI;
- de l'établissement de divers rapports comptables de l'assurance soins de santé et indemnités, des organismes assureurs (OA),...;
- de la gestion du compte financier : préparation et paiement des dépenses en relation avec les frais d'administration des OA, suivi de l'état du compte financier (CCP,...);
- de la gestion des obligations sociales et fiscales de l'employeur : versement des cotisations ONSS, versement au Ministère des Finances de la cotisation CVO, du précompte professionnel et du précompte mobilier.

Gérer le traitement de l'information

En ce qui concerne le développement et la gestion d'un système d'information, le Centre de traitement de l'information au sein des **Services généraux** joue un rôle de premier plan.

Le CTI a notamment pour tâches :

- d'assurer le fonctionnement d'un Groupe de travail pour l'informatisation (rédaction de notes, secrétariat) visant à favoriser la coordination et la standardisation de l'infrastructure informatique;
- de gérer les domaines hard- et software de l'ordinateur central : achat, location ou leasing, installation et entretien de l'appareillage et du software, mise à jour permanente;
- d'assurer la sécurité physique et logique des données et d'en garantir une disponibilité continue dans le cadre de la loi sur la Banque-carrefour.

Outre les adaptations nécessitées par l'entrée en vigueur de l'euro, le **Service des indemnités** s'attache, en collaboration avec le CTI, au développement de nouvelles applications informatiques. L'usage de PC pour le contrôle et l'exploitation des données comptables transmises par les organismes assureurs est en développement constant, de même que le recours à l'informatique à des fins de gestion administrative interne (ex. courrier du Service).

Les deux Services de contrôle veillent également à développer des systèmes informatiques adaptés à leurs besoins.

Ainsi, le **Service du contrôle médical** s'est doté à cette fin d'une cellule informatique.

Celle-ci a comme missions :

- de produire des programmes rendant possible la consultation de bases de données provenant de l'ordinateur central ou d'autres services;
- de produire des programmes spécifiques à la gestion de l'administration et de la documentation du service (enregistrement de la correspondance, gestion des dossiers d'enquête, suivi de la jurisprudence,...);
- de produire, d'entretenir et d'améliorer des programmes spécifiques à l'activité du contrôle médical (enregistrement des reprises de travail à temps partiel, d'activités des médecins-conseil,...).

Le caractère décentralisé du Service du contrôle médical requiert régulièrement des mises au point et un soutien logistique en province.

Le **Service du contrôle administratif** s'attache en particulier à exploiter les possibilités informatiques dans le cadre de :

- l'organisation du travail;
- la répartition des tâches;
- l'étude et le développement d'un système de transmission de données facilement utilisable par les inspecteurs tant afin de recevoir que de communiquer des données de manière rapide et sûre (textes légaux, mises à jour des données de travail,...).

Le Service du contrôle administratif travaille actuellement au développement d'un nouveau projet de gestion documentaire à l'usage des inspecteurs. Il participe activement à la mise en service d'applications développées à des fins propres en interne à l'INAMI ou en externe (tests des utilisateurs, validation par les utilisateurs et le groupe de coordination,...).

Enfin, le Service du contrôle administratif mène des enquêtes sur la fiabilité des banques de données des organismes assureurs en vue de leur agrégation par le Ministre après avis du Comité.

C'est également le seul service spécialisé qui élabore des brochures sur les systèmes d'information.

Sur le plan de l'aide aux utilisateurs, le **CTI-Services généraux** assume les missions suivantes :

- analyse des applications proposées par les différents services de l'INAMI, rédaction de la documentation et de manuels;
- programmation et entretien des applications, rédaction de la documentation relative à la programmation;
- au niveau de l'exploitation : démarrage, clôture et bon fonctionnement de l'infrastructure informatique, traduction des demandes des services en missions de travail pour les opérateurs et exécution de ces missions par les opérateurs, prise de back up (copies de sécurité), automatisation des missions de travail par agenda-horaire et site-monitor, au niveau de l'assistance (helpdesk), enregistrement des pannes, interruptions et perturbations.

Quant au **Service du contrôle administratif**, il veille lui-même au quotidien au fonctionnement du parc machines et fournit l'aide au premier niveau dans l'utilisation des programmes et logiciels de bureautique.

Il assure également lui-même la formation à l'utilisation de nouveaux programmes ou applications et de nouveaux matériels.

En matière de programmation, plus d'une vingtaine de programmes spécifiques aux besoins du Service ont été élaborés en son sein, y compris un système standardisé de rédaction du courrier.

Le **Service du contrôle administratif**, de même que le **Service du contrôle médical** et le Service des soins de santé participent aux travaux sur la standardisation des matériels et des logiciels au niveau de l'INAMI.

Enfin, il importe de rappeler que des volumes considérables de données relatives à la consommation médicale font l'objet, à l'initiative et sous le contrôle du Service des soins de santé, de traitements au sein de la Société de mécanographie (SMALS) sur base d'un cahier de charges élaboré au sein d'un « comité permanent de concertation pour le traitement des profils »

1. Séjour Hospitalier Anonyme

Volet 1

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Dresser à l'intention de chaque organisme assureur un rapport détaillé concernant l'exhaustivité et la qualité de ses données 1998, 1999 et 2000, et organiser le cas échéant des réunions avec chaque organisme assureur ou l'ensemble de ceux-ci en vue de remédier aux problèmes identifiés.	31/12/2002	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle ¹	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Diminution des délais nécessaires à la mise à disposition de données SHA validées à partir de la réception par l'Institut de données acceptables.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	10 mois	9 mois	9 mois	6 mois

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	OA	Valeur actuelle ²	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration des délais de fourniture par les organismes assureurs de fichiers acceptables.	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de jours de retard dans la fourniture de fichiers acceptables par rapport à la date fixée par circulaire (par organisme assureur et moyenne pour l'ensemble des OA). 	1 2 3 4 5 6 9 Moy	178 15 397 11 5 376 200 169			
2.	Amélioration de la qualité des données exploitées.	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de versions différentes d'un même fichier (par organisme assureur et moyenne pour l'ensemble des OA). Pourcentage des séjours avec rejets. 	1 2 3 4 5 6 9 Moy 1 2 3 4 5 6 9 Moy	2 1 5 1 1 4 2 2,3 3,5 12,1 23,3 11,7 12,3 3,3 1,8 11,5			
		<ul style="list-style-type: none"> Taux d'exhaustivité des données : - nombres de journées (comparaison avec modèle H en %) 	1 2 3 4 5 6 9 Moy	101,0 90,9 100,3 100,3 100,3 99,6 100,0 100,2			

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	OA	Valeur actuelle ²	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
		- montants hors journées (comparaison avec modèle P en %).	1 2 3 4 5 6 9 Moy	99,0 91,2 97,5 99,9 99,8 93,2 96,3 98,3			
3.	Amélioration des délais nécessaires à la mise à disposition de données validées par rapport à l'année sur laquelle portent les séjours.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps écoulé entre l'année sur laquelle portent les séjours et la mise à disposition du fichier SHA (en mois). Edition SHA (date théorique de livraison par les OA) - SHA 1998 (volontaire 31/10/2000) - SHA 1999 (31/12/2000) - SHA 2000 (31/12/2001) - SHA 2001 (31/12/2002) - SHA 2002 (31/12/2003) 		44	- 36 24	24	18

¹ Données SHA 1997 (données comptabilisées jusqu'au 30 juin 1998).

² Données SHA 1997 (données comptabilisées jusqu'au 30 juin 1998).

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Etudier un domaine médical ou une discipline médicale par an au sein d'un groupe de travail mixte SSS-SCM en vue de détecter des séjours pour lesquels les règles de la nomenclature n'ont éventuellement pas été respectés ou pendant lesquels des prestations superflues ont éventuellement été effectuées.	30-06-2003 30-06-2004	
2.	Informers les organes de concertation ou d'autres organes concernés au sujet des constatations et des conclusions de l'étude.	30-09-2003 30-09-2004	
3.	Informers les institutions concernées au sujet de leurs pratiques.	31-12-2003 31-12-2004	
4.	Informers les GLEM au sujet des constatations et des conclusions concernant la pratique médicale.	31-12-2003 31-12-2004	
5.	Proposer des modifications et des explications de la réglementation.	30-09-2003 30-09-2004	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Réduction des pratiques hospitalières inexplicables qui ont été identifiées par l'étude tant au niveau médical qu'au niveau de la facturation.	<ul style="list-style-type: none"> A préciser en fonction de l'objet de l'étude et sur base de ses conclusions. 				
2.	Le cas échéant, une correction des dispositions légales et réglementaires relatives à l'objet de l'étude.	<ul style="list-style-type: none"> Pas de tableau de bord : relever, dans les rapports annuels au Commissaire du Gouvernement et dans le rapport final, les modifications introduites dans des dispositions légales et réglementaires par suite des études et les qualifier (évaluation de l'impact que l'on peut en attendre). 				

N°	Facteurs d'environnement	Indicateurs
1.	Les commissions et conseils concernés inscrivent les rapports transmis à l'ordre du jour et y accordent l'attention nécessaire.	<ul style="list-style-type: none"> Pas de tableau de bord : indiquer, dans le rapport annuel au Commissaire du gouvernement, les organes auxquels ont été communiqués des constats en vue d'apporter des améliorations aux dispositions relevant de leur compétence.

2. Fonds spécial de solidarité

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Intégrer dans le système informatique toute nouvelle demande.	01-07-2002	
2.	Créer une base de données médicales informatisées (outil d'aide à la décision et outil statistique) utilisable dans le courant de 2003 et totalement opérationnelle au plus tard fin 2004.	31-12-2003 31-12-2004	
3.	Quantifier les renvois de dossiers aux organismes assureurs dès la 1ère année et Dresser un inventaire des motifs de renvoi à l'expiration de la 3ème année.	01-07-2002 31-12-2004	
4.	Produire la brochure d'information sur le FSS.	31-12-2002	
5.	Diffuser la brochure auprès des OA, de groupes d'intérêts, d'associations de patients... ou, sur demande, directement auprès des assurés sociaux, à partir de la 2ème année.	31-12-2003	
6.	Adapter le contenu de la brochure d'information en fonction de l'évolution de la réglementation et du feed-back chez les « consommateurs ».	31-12-2004	
7.	Produire un aperçu annuel des décisions prises par le Fonds.	01-02-2003 01-02-2004 01-02-2005	
8.	Enregistrer, dès la 2ème année, le nombre de plaintes écrites des assurés sociaux concernant des dossiers en cours.	01-01-2003	
9.	Produire un rapport annuel sur le nombre et la typologie des plaintes.	01-02-2004 01-02-2005	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration des délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels (hors délai mis par le CMD).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de préparation des dossiers complets pour le CMD (maximum). ▪ Délai d'exécution des décisions du CMD (maximum). N.B. Les engagements portent sur les délais de traitement administratif, hors périodes d'attente de renseignements complémentaires (à enregistrer également pour chaque dossier).	41 j. ouvr. 57 j. ouvr.	25 j. ouvr. 25 j. ouvr.	20 j. ouvr. 20 j. ouvr.	15 j. ouvr. 15 j. ouvr.
2.	Notification, à l'assuré social, du traitement du dossier par le CMD dans un délai maximum suivant la prise de décision.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de notification à l'assuré social (maximum). 	Sans objet	15 j. ouvr.	15 j. ouvr.	15 j. ouvr.

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration des délais d'introduction des dossiers à l'INAMI par les OA .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai moyen d'introduction des dossiers à l'INAMI par les OA. 				
2.	Réduction du taux de dossiers incomplets transmis par les unions nationales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de dossiers renvoyés sans examen par le CMD. 				0 %
3.	Amélioration des délais d'examen des dossiers par le CMD.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai moyen écoulé entre la mise à disposition du dossier auprès du CMD et la prise de décision. 	42 j. ouvr.	15 j. ouvr.	10 j. ouvr.	10 j. ouvr.

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
4.	Amélioration du délai de traitement complet des dossiers, depuis la date d'introduction de la demande au sein de la mutualité jusqu'à la notification de la décision au bénéficiaire, y compris le montant de l'intervention à laquelle l'assuré peut prétendre.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de traitement complet des dossiers : délai maximum pour 90 % des dossiers. 	5 mois	3mois	3mois	3mois

N°	Facteurs d'environnement
1.	Evolution du nombre de demandes d'intervention du FSS traitées par le Collège en séance plénière.
2.	Evolution de la complexité des dossiers soumis au Collège des médecins-directeurs en fonction des indicateurs suivants : Fréquence des demandes de renseignements à l'extérieur (universités,...). Fréquence des demandes d'avis à la Commission de remboursement du médicament/Conseil technique pharmaceutique. Pourcentage de dossiers traités en séance plénière.
3.	Evolution du délai de réponse de la Commission de remboursement du médicament et du Conseil technique pharmaceutique.
4.	Respect par les OA de l'exigence de communication du n° national.
5.	Degré d'intégration dans la nomenclature concernée de prestations traitées au niveau du FSS en fonction des indicateurs suivants : Nombre de prestations insérées dans la nomenclature des soins de santé; Nombre de prestations insérées dans la nomenclature des spécialités pharmaceutiques; Nombre de prestations pouvant être remboursées en fonction d'autres réglementations (lois, arrêté royaux, conventions,...).
6.	Evolution du nombre de demandes traitées par le médecin-conseil lui-même.

3. Gestion des spécialités pharmaceutiques remboursables

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Définir un système informatique pour l'élaboration d'un échange de données électronique avec l'industrie pharmaceutique : les demandes d'admission, de modification et de suppression peuvent être introduites et leur recevabilité peut être constatée; communication de l'état de la situation et de l'évolution du dossier dans le temps aux dates-clés.	01-02-2002	
2.	Mettre en œuvre le système informatique pour l'élaboration d'un échange de données électronique avec l'industrie pharmaceutique.	01-04-2002	
3.	Définir la standardisation des notions et des documents, y compris les dossiers soumis aux membres de la CRM.	01-07-2002	
4.	Mettre en œuvre la standardisation des dossiers soumis aux membres du CRM.	01-01-2003	
5.	Evaluer le processus décisionnel et proposer éventuellement des corrections :	1 ^{re} évaluation 31-12-2002 deuxième évaluation 30-06-2003 troisième évaluation 31-12-2003 quatrième évaluation 30-06-2004 cinquième évaluation 31-12-2004	
6.	Disposer d'une banque de données détaillée contenant les données suivantes : description des spécialités remboursables critères administratifs et pharmacothérapeutiques des spécialités remboursables historique des données relatives au traitement administratif des demandes	01-03-2002 01-03-2002 01-01-2003	
7.	Evaluation et confrontation de la proposition de la firme aux modalités de remboursement existantes figurant dans la banque de données, avec éventuellement une formulation et une motivation du service.	01-03-2002	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Respect des délais légaux : classe I classe II classe III spécialités importées parallèlement médicaments orphelins.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de dossiers pour lesquels les délais ont été respectés. ▪ Délai moyen d'admission. 	Pas disponible			

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Gestion plus rationnelle du budget disponible.	Non mesurable				
2.	Réduction du délai des procédures de modification.					180 jours

N°	Facteurs d'environnement					
1.	Les membres de la CRM doivent collaborer de manière active et structurée au processus décisionnel.					
2.	Les firmes pharmaceutiques doivent élaborer leur dossier correctement dès le début, de sorte que la procédure ne soit pas perturbée par l'ajout ultérieur de nouveaux éléments.					

4. Pharmanet

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1	Intervenir auprès des organismes assureurs et des offices de tarification en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité : envoi d'un rapport annuel reprenant les constats et d'éventuelles directives : rapport n° 1 rapport n° 2 rapport n° 3	31/12/02 31/12/03 31/12/04	
2	Présenter chaque année au CEM un rapport reprenant les réactions aux campagnes des usagers ainsi que des propositions éventuelles d'améliorations tant en ce qui concerne le contenu que la présentation des informations : rapport n° 1 rapport n° 2 rapport n° 3	30/06/02 30/06/03 30/06/04	
3	Fournir rapidement au CEM les informations nécessaires (selon la piste unique) pour réaliser les tableaux de bord pharmaceutiques macro : données 2001 pour les tableaux de bord macro données 2002 pour les tableaux de bord macro données 2003 pour les tableaux de bord macro	31/12/03 30/04/04 30/04/05	
4	Réaliser rapidement auprès des médecins généralistes et spécialistes les campagnes annuelles d'information décidées par le CEM et publier rapidement les tableaux de bord pharmaceutiques : la publication des tableaux de bord macro (portant sur données 2001) la campagne auprès des généralistes (portant sur données 2001) la campagne auprès des spécialistes (portant sur données 2001) la publication des tableaux de bord macro (portant sur données 2002) la campagne auprès des généralistes (portant sur données 2002) la campagne auprès des spécialistes (portant sur données 2002) la publication des tableaux de bord macro (portant sur données 2003) la campagne auprès des généralistes (portant sur données 2003) la campagne auprès des spécialistes (portant sur données 2003)	30/06/04 31/12/03 30/04/04 30/09/04 31/05/04 31/05/04 30/09/05 31/12/04 31/03/05	
5	Etendre les informations générales de Pharmanet consultables via le net (en incluant notamment des informations chronologiques).	30/06/03	
6	Donner aux prescripteurs la possibilité de consulter leurs données personnelles via le net.	31/12/04	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Réduction des délais de mise à disposition des données par les organismes assureurs et l'amélioration de leur qualité.	▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la première version.	6 jours			
		▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la version définitive.	20 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la première version.	34 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la version définitive.	73 jours			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 1.	3,70 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 2.	1,40 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 3.	2,80 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 4.	2,60 %			

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 5.	2,20 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 6.	7,80 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'OA 9.	14,20 %			
		▪ % d'enregistrements erronés pour l'ensemble des OA.	3,40 %			
2.	La maximisation du rapport coût/efficience en matière de prescription de produits pharmaceutiques.	▪ % de génériques prescrits.	0,90 %			
		▪ ddd antibiotiques pour 1000 habitants par jour.	26,4			

N°	Facteurs d'environnement	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Le Service dépend des organismes assureurs pour la transmission des données validées dans les délais prévus.	▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la première version.	6 jours			
		▪ Retard moyen des OA pour la transmission de la version définitive.	20 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la première version.	34 jours			
		▪ Retard maximum des OA pour la transmission de la version définitive.	73 jours			
2.	Les données traitées correctement par la SMALS doivent être transmises à temps à la cellule Pharmanet.					

N.B. Les valeurs actuelles des indicateurs relatifs au premier résultat ont été établies sur base des données reçues en 2000.

Les valeurs actuelles des indicateurs relatifs au second résultat ont été établies sur base des données Pharmanet de l'année 1999.

5. Revalorisation des données statistiques et comptables

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Etablir un inventaire des données statistiques et comptables fournies par les organismes assureurs à la direction des études actuarielles, économiques et sociales, des informations de gestion produites au départ de celles-ci et de l'usage réservé à ces informations, en vue de déterminer leur utilité.	31/12/2002	
2.	Déposer au Comité de l'assurance et au Conseil général un rapport comportant les lignes directrices d'une éventuelle restructuration des données statistiques et comptables.	31/12/2003	
3.	Dresser un inventaire des mesures envisagées, tant au sein de l'Institut qu'au sein des organismes assureurs, afin d'améliorer la qualité et les délais de mise à disposition tant des données fournies par les organismes assureurs que des informations produites par l'Institut.	31/12/2003	
4.	Dresser un rapport annuel sur la rapidité, la régularité et la qualité de la facturation par les hôpitaux la rapidité et la régularité du traitement, par les organismes assureurs, des bandes magnétiques de facturation et de la comptabilisation des montants remboursés.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	
5.	Proposer de nouvelles règles en matière de facturation par les hôpitaux et de comptabilisation par les organismes assureurs.	31/12/2003	
6.	Dresser chaque année un tableau comparatif de l'évolution des dépenses par période de prestation et par période de comptabilisation pour les principales catégories de soins.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	
7.	Elaborer, sur la base d'une analyse de la consommation de soins liés à des pathologies chroniques ou au vieillissement de la population, des propositions d'élargissement des données statistiques à certaines caractéristiques de la population assurée.	31/12/2003	
8.	Formuler des propositions d'aménagement du calendrier des procédures de fixation des budgets.	31/12/2002	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1	Amélioration de la qualité des données fournies par les organismes assureurs	Pour les données comptables et pour chaque modèle statistique, taux de rejet et, le cas échéant, taux de données inexploitable dans leur totalité (flags), par OA et pour l'ensemble des OA				
2	Amélioration du délai de mise à disposition d'informations chiffrées (données de gestion)	Délai entre la fin de la période comptable concernée et la date de 1ère mise à disposition des informations de gestion, par type d'information (à énumérer)				
3	Amélioration de la concordance entre les données comptables et statistiques d'une part, et l'évolution de la consommation de soins d'autre part	Pourcentage d'écart entre les taux de croissance enregistrés dans les données comptables (doc C) et dans les données par période de prestation pour les principales catégories de soins (à définir) et au total				
4.	Amélioration de la capacité de l'Institut à anticiper sur l'évolution des dépenses (accroissement du degré de précision des estimations techniques)	Pourcentage d'écart entre les estimations techniques et les dépenses comptables par année, pour les principales catégories de soins et au total				

6. Activation des indemnités d'incapacité de travail

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Evaluer les conditions générales prévues actuellement dans le cadre de l'autorisation d'une reprise partielle de certaines activités et formuler des propositions d'adaptation ou de modification de ces conditions après examen avec toutes les instances concernées.	31/12/2003	
2.	Evaluer le caractère adapté de la nouvelle règle de cumul et proposer d'éventuels ajustements, en se basant notamment sur l'analyse des cas des titulaires ayant opté pour le maintien de l'ancienne règle de cumul.	31/12/2002	
3.	Instaurer une collecte de données plus larges au sujet de l'activation ou reprise partielle d'activités, en collaboration avec les organismes assureurs et via une transmission sur support électronique.	31/12/2004	
4.	Produire un rapport définissant les conditions et les avantages du transfert de la réadaptation professionnelle à l'assurance indemnités.	31/12/2002	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1	Amélioration de la situation financière des bénéficiaires d'une reprise autorisée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de bénéficiaires ayant opté pour le nouveau régime. 	sans objet			
2	Augmentation du taux de reprise, en particulier pour les titulaires en invalidité .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage de titulaires en incapacité de travail ayant repris une activité autorisée - titulaires en incapacité primaire; - titulaires en invalidité. 	- 2,28 % - 5,65 %			
3	Accroissement du nombre de personnes en situation d'incapacité de travail ayant opté pour une réadaptation professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre total de demandes traitées. ▪ Nombre de décisions positives. ▪ Nombre total de bénéficiaires concernés. 	- 503 - 463 (92 %) - 379			

N°	Facteurs d'environnement
1.	Les organismes assureurs doivent collaborer à la fourniture de données plus larges concernant l'activation ou reprise partielle d'activités.

7.Modernisation et simplification des flux d'informations concernant l'assurabilité

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Mettre en œuvre des programmes informatiques pour le service du contrôle administratif en vue d'identifier des catégories spéciales de bénéficiaires.	31-12-2002	
2.	Développer des programmes permettant de comparer différentes situations en vue de détecter des anomalies.	31-12-2002	
3.	Etablir un rapport décrivant les études réalisées, les anomalies identifiées et les situations critiques nécessitant des contrôles en mutualités.	01-03-2004	
4.	Etablir un rapport reprenant par type de contrôle le nombre de vérifications effectuées et les résultats de celles-ci.	01-03-2005	

N°	RESULTATS - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Augmentation significative du contrôle en matière d'assurabilité.	▪ Nombre de cas contrôlés.	#			
		▪ % de cas contrôlés.	%			
		▪ Nombre de cas identifiés par voie électronique nécessitant un contrôle en mutualités.	#			
		▪ % de cas identifiés par voie électronique nécessitant un contrôle en mutualités.	%			
2.	Amélioration du contrôle de l'application uniforme de la réglementation.	▪ % de cas contrôlés par organisme assureur et par catégorie de bénéficiaires ¹ .	%			

¹ Exemple :

Pour pouvoir bénéficier du remboursement des « petits risques », il se pourrait que les personnes à charge des travailleurs indépendants s'inscrivent comme résidents ou étudiants du troisième niveau. Dans cette qualité, l'intéressé peut prétendre au remboursement de toutes les prestations de santé, donc aussi bien les « gros » que les « petits » risques. Le dessin de bande à utiliser par les organismes assureurs pour la transmission des effectifs permet de dépister les personnes à charge de travailleurs indépendants qui sont inscrites comme résidents ou étudiants du troisième niveau. Le nouveau dessin de la bande des effectifs des organismes assureurs mentionne aussi bien les personnes qui ont la qualité de titulaire, que les personnes inscrites en tant que personnes à charge.

Comment faut-il procéder ?

- 1) on dépiste les personnes à charge;
- 2) on vérifie si les personnes intéressées sont inscrites comme personnes à charge d'un titulaire travailleur indépendant;
- 3) on sélectionne au moyen du code bénéficiaire 1 les personnes à charge de travailleurs indépendants affiliées comme étudiants du troisième niveau ou comme résidents;
- 4) on demande au Collège intermutualiste national le numéro d'identification;
- 5) un inspecteur du service du contrôle administratif contrôle auprès de la mutualité à laquelle l'intéressé est affilié, si des « petits risques » ont été remboursés.

N°	Facteurs d'environnement	Date cible (données 2001)	Date de réception des données
1.	Les données correctes doivent être envoyées 2 fois par année par les organismes assureurs, sur support électronique, dans un délai de 2 mois après la date à laquelle les données se rapportent (30 juin et 31 décembre).		
		A.N.M.C.	31-08-2001 28-02-2002
		U.N.M.N.	31-08-2001 28-02-2002
		U.N.M.S.	31-08-2001 28-02-2002

N°	Facteurs d'environnement	Date cible (données 2001)	Date de réception des données
	U.N.M.L.	31-08-2001 28-02-2002	
	U.M.L.	31-08-2001 28-02-2002	
	C.A.A.M.I.	31-08-2001 28-02-2002	
	S.N.C.B.	31-08-2001 28-02-2002	
2.	Collaboration du CIN en vue de la délivrance des numéros NISS.		
3.	Accessibilité des inspecteurs aux banques de données relatives à l'assurabilité existant au sein des organismes assureurs.		

8. Information aux dispensateurs de soins

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1	Etablir un inventaire des informations les plus « utiles », des groupes cibles et établir la liste des différents modules à réaliser.	31/12/02	
2	Réaliser les modules.	module 1	31/12/03
		module 2	31/12/03
		module 3	31/12/03
		module 4	31/12/03
		module 5	31/12/04
		module 6	31/12/04
3	Diffuser les modules (envois, site internet, séances d'information).	module 1	31/12/04
		module 2	31/12/04
		module 3	31/12/04
		module 4	31/12/04
4	Assurer la mise à jour des modules (support papier et site internet).	module 1	31/12/04
		module 2	31/12/04
		module 3	31/12/04
		module 4	31/12/04

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Réduction des fautes de forme dans l'attestation de prestations.	° % de fautes de forme par rapport au nombre total de fautes.				
2.	Amélioration des rapports entre les dispensateurs de soins et les pouvoirs publics.	Non mesurable				

9. Commissions régionales d'invalidité

N°	ACTIONS - ENGAGEMENTS	Date limite	Réalisée le
1.	Mettre en place un groupe de travail SCM-CMI chargé de l'élaboration des critères d'évaluation à appliquer aux dossiers.	30/06/2002	
2.	Instaurer un système permanent d'évaluation des dossiers invalidité.	30/09/2002	
3.	Mettre en place une structure permanente SCM-CMI permettant un suivi et un feed back continuel de l'évaluation visée sous 2.	31/12/2002	
4.	Mettre en place un service de médiation assuré par deux médecins, avec des procédures standardisées (enregistrement des plaintes, rapports, relations avec le SCM et le CMI, évaluation permanente).	31/12/2002	
5.	Produire une brochure d'information destinée à être jointe aux convocations des assurés sociaux.	31/12/2002	
6.	Adapter le contenu de la brochure en fonction des réactions/suggestions des assurés sociaux.	31/12/2003 31/12/2004	
7.	Produire annuellement un rapport sur l'évolution du fonctionnement des CR-CMI.	31/12/2002 31/12/2003 31/12/2004	

N°	RESULTATS - hors engagements (effets attendus)	Indicateurs	Valeur actuelle	Objectif 2002	Objectif 2003	Objectif 2004
1.	Amélioration de la qualité du dossier de proposition en invalidité du médecin conseil.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion de dossiers transmis par la CR-CMI présentant une « anomalie » attribuable au médecin-conseil (en %). Par type d'anomalie : ▪ décision de fin d'incapacité aurait dû être prise par le MC. 49 ▪ la proposition du MC est incomplètement motivée. 29 ▪ le dossier est incomplet à la présentation. 12 	90			
2.	Réduction des décisions d'examens corporels inutiles.	° Proportion de dossiers CR-CMI pour lesquels la décision de convoquer est considérée comme injustifiée (en %).	30			

Annexe 3. — Le budget**I. PRINCIPES GENERAUX****1. Budget des missions versus budget de gestion**

Conformément à l'article 11, § 2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997, le budget est constitué d'un budget des missions et d'un budget de gestion. Le budget des missions comprend les prévisions des recettes et des dépenses relatives aux missions légales de l'institution. Dans le budget des frais d'administration sont estimées les recettes et les dépenses, qui sont propres à la gestion de l'institution. Un groupe de travail instauré au sein du Collège des Administrateurs généraux a établi la ventilation des budgets.

En se basant sur les définitions précitées, une série de recettes et de dépenses ont été transférées totalement ou partiellement à partir de l'exercice budgétaire 2002, du budget de gestion au budget des missions. Il s'agit des rubriques de recettes et de dépenses suivantes :

Recettes

Article 709.6 : Transferts de contributions sociales et produits accessoires

Il s'agit des recettes qui résultent :

- des dispositions de l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, en vertu desquelles des amendes administratives peuvent être imposées aux organismes assureurs en cas de non-respect des dispositions légales ou réglementaires.
- d'amendes administratives appliquées dans le cadre des conventions nationales conclues entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Article 716.2 : Interventions de tiers dans les dépenses de fonctionnement

Il s'agit essentiellement des sommes réclamées aux organismes assureurs sociaux étrangers, pour la couverture des frais d'administration. Un montant égal à 10 % de ces frais d'administration est utilisé pour la couverture des frais d'administration du service des conventions internationales. Les 90 % restant sont attribués aux organismes assureurs.

A l'exception des recettes relatives au paiement de la rémunération des agents détachés, les recettes ont donc été affectées au budget des missions.

Article 726.9 Produits divers sur placements

Ces recettes concernent les intérêts perçus par l'INAMI sur divers comptes financiers servant à la perception des recettes propres de l'Institut et des fonds versés par la gestion globale.

Dépenses

Article 804.6 : Transferts de contributions sociales et produits accessoires

Il s'agit du remboursement aux organismes assureurs d'amendes qui ont été imposées conformément à l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Article 812.4 : Contentieux

Les frais pour affaires judiciaires à supporter par l'INAMI, sont surtout liés à des litiges relatifs à l'assurance indemnités et à l'assurance soins de santé.

Vu les travaux de rénovation importants en cours, un montant a encore été inscrit au budget de gestion pour des frais judiciaires éventuels.

Article 812.51 : Honoraires médecins

Il s'agit des frais engagés pour le paiement des honoraires aux médecins contrôleurs de la Cellule pensions d'invalidité des ouvriers mineurs.

Article 812.56 : Indemnités payées à des tiers intervenant dans la liquidation des prestations sociales

Il s'agit d'exams médicaux, demandés par des organismes étrangers et des frais des assurés sociaux qui ont été convoqués pour une expertise médicale.

Article 812.91 : Frais financiers courants

A cet article sont imputés les frais financiers qui sont essentiellement liés à des paiements internationaux dans le cadre des règlements CEE n°s 3 et 4 et dans le cadre du remboursement à des institutions de sécurité sociale étrangères de prestations de santé accordées à des Belges à l'étranger.

Au budget de gestion un montant est encore prévu pour les frais inhérents au paiement des factures concernant les commandes de biens et services à l'étranger.

Article 821.9 : Intérêts divers et charges financières courantes

Dans cet article sont comptabilisés les intérêts facturés par la banque FORTIS quand l'INAMI utilise la ligne de crédit. Sur le compte en question sont versées les recettes provenant de la gestion globale et ainsi sont payées les avances aux organismes assureurs. Dès lors, ce compte financier est directement lié à la mission de base opérationnelle : la gestion de la trésorerie et la répartition des fonds entre les organismes assureurs.

2. Prix constants 2002

A partir de l'année budgétaire 2002, le budget est établi à prix constants 2002.

II. MÉTHODES DE CALCUL GÉNÉRALES

Les méthodes de calcul utilisées sont celles fixées par les autorités de tutelle, communiquées lors de la négociation bilatérale du 22 novembre 2001.

1. Pour les frais de personnel

Point de départ : réalisations 2000 majorées de $2 \times 3 \%$:	55.151.351 EUR	(2 224,8 millions de BEF)
+ Politique des « médicaments »-décision gouvernementale :	+ 1.859.201 EUR	(75 millions de BEF)
	<hr/>	
	57.010.552 EUR	(2 299,8 millions de BEF)
+ nouveaux projets approuvés par le gouvernement (*) :	+ 2.478.935 EUR	(100 millions de BEF)
	<hr/>	
	59.494.446 EUR	(2 400 millions de BEF)
		(arrondi)

(*) Le crédit supplémentaire de 2.478.935 EUR (100 millions de BEF) est justifié pour :

1. couvrir les frais supplémentaires de personnel (52 personnes) nécessaire pour réaliser les objectifs figurant dans le présent contrat et pour remplir les nouvelles missions imposées à l'I.N.A.M.I., comme le contrôle de la délivrance effective des médicaments, l'admission au remboursement des spécialités pharmaceutiques, l'instauration du Conseil National de promotion de la qualité...
2. couvrir les frais supplémentaires de personnel pour les 22 personnes demandées dans le cadre des besoins exceptionnels et temporaires, p.e. l'accréditation, contrôle des maisons de repos, ...

D'autre part, conformément aux exigences de l'arrêté royal du 3 avril 1997, un crédit maximum théorique des frais de personnel statutaire a été calculé. La méthode de calcul repose sur une totalisation des coûts individuels, tant des rémunérations que des cotisations sociales y afférentes :

1. des agents statutaires en activité de service, avec leur ancienneté de service, considérés comme travaillant à temps plein;
2. des emplois fictifs nécessaires pour compléter le cadre organique, ces agents fictifs étant réputés travailler à temps plein et à ancienneté donnée ¹².

Crédit 2003

= crédit 2002 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

Crédit 2004

= crédit 2003 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

2. Pour les frais de fonctionnement**Crédit 2002**

Point de départ : - réalisations 2000, 16.023.837 EUR (646,4 millions de BEF), majorées de

$2 \times 3 \%$ = 17.000.538 EUR (685,8 millions de BEF)

+ montant forfaitaire par nouvel agent estimé à 4.958 EUR (0,2 millions de BEF), soit 4.958×74 agents = 366.892 EUR (14,8 millions de BEF)

Budget total frais de fonctionnement : 17.367.420 EUR (700,6 millions de BEF)

Crédit 2003

= crédit 2002 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

Crédit 2004

= crédit 2003 majoré de l'index et de la croissance du pacte de stabilité.

3. Pour les frais d'investissement**Informatique**

A défaut de répartition du montant forfaitaire accordé par nouvel agent, la norme est appliquée sur les réalisations 2000, soit : $1.083.294 \text{ EUR} \times 1,03 \times 1,03 = 1.150.226 \text{ EUR}$ (46,4 millions de BEF)

Mobiliers

Le budget retenu est de 1.690.634 EUR (68,2 millions de BEF).

Immobiliers

Le budget retenu est de 6.539.605 EUR (263,8 millions de BEF).

4. Pour les frais d'informatique**Frais de fonctionnement**

Crédit 2002 : 1.824.496 EUR (73,6 millions de BEF).

Dépenses SMALS

Crédit 2002 : 9.229.076 EUR (372,3 millions de BEF).

TABLEAU DE SYNTHÈSE

DEPENSES	Budget 2002 en EUR (millions BEF)	Budget 2003 en EUR	Budget 2004 en EUR
- Personnel	59.494.446 (2 400)	Ind. sante + cps *	Idem
- Frais fonctionnement	17.367.420 (700,6)	Ind. sante + cps *	Idem
- Frais informatiques	1.824.496 (73,6)	1.824.496	1.824.496
- SMALS	9.229.076 (372,3)	9.229.076	9.229.076
- Investiss. Inform.	1.150.226 (46,4)	1.479.776	1.479.776
- Investiss. Immobiliers	1.690.634 (68,2)	Ind. sante + cps *	Idem
- Investiss. Immobiliers	6.539.605 (263,8)	6.073.391	5.205.789
	97.295.903 (3 924,9)		

* CPS = croissance pacte stabilité.

¹² Ancienneté nulle pour les grades de recrutement, à l'exception des médecins-inspecteurs (5 ans), conseiller = 15 ans, analyste de programmation = 15 ans, secrétaire de direction principal = 17 ans, médecin-inspecteur-général = 25 ans, médecin-inspecteur directeur = 22 ans.

Vu pour être annexé à Notre Arrêté du 8 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre du Budget,
J. VANDE LANOTTE

Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

Le Ministre de la Fonction publique et de la modernisation de l'administration,
L. VAN DEN BOSSCHE



N. 2002 — 1936

[C - 2002/22266]

8 APRIL 2002. — Koninklijk besluit tot goedkeuring van de eerste bestuursovereenkomst van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en betreffende de vaststelling van de maatregelen tot rangschikking van bedoelde instelling bij de openbare instellingen van sociale zekerheid

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het besluit waarvan wij de eer hebben aan uwe Majesteit ter ondertekening voor te leggen, heeft als het hoofddoel een aantal bepalingen uit te voeren van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, dat in de sociale zekerheid het concept van bestuurs-overeenkomsten invoert.

Sinds de jaren '80 is de responsabilisering van de actoren van de sociale zekerheid een belangrijke politieke bekommernis. Het gaat om het bewaren van de verworvenheden van de sociale zekerheid, terwijl een duurzame financiering verzekerd blijft. Een nieuwe stap zal gezet worden in 2002 met de inwerkingtreding van de eerste bestuursovereenkomsten, gesloten tussen de Belgische Staat en de sociale parastatalen. De doelstelling is de sociale zekerheid uit te rusten met een nieuw werkkader, dat dankzij een responsabilisering van het administratief beheer zal toelaten de efficiency van de aangeboden diensten te verhogen.

F. 2002 — 1936

[C - 2002/22266]

8 AVRIL 2002. — Arrêté royal portant approbation du premier contrat d'administration de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale et fixant des mesures en vue du classement de cet organisme parmi les institutions publiques de sécurité sociale

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal que nous avons l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté a pour objet principal d'exécuter un certain nombre de dispositions de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions, qui a introduit en sécurité sociale le concept des contrats d'administration.

Depuis les années 80, la responsabilisation des acteurs de la sécurité sociale est une préoccupation politique importante. Il s'agit de préserver les acquis de la sécurité sociale tout en assurant un financement durable. Une nouvelle étape va être franchie en 2002 avec la mise en œuvre des premiers contrats d'administration conclus entre l'Etat belge et des parastataux sociaux. Le but est de doter la sécurité sociale d'un nouveau cadre de travail qui, grâce à une responsabilisation de la gestion administrative, permettra d'accroître l'efficacité des services offerts.