

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 19 december 2002;

Gelet op het besluit van de Ministerraad, over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;

Gelet op advies nr. 34.679/1 van de Raad van State, gegeven op 30 januari 2003, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Begroting, van Onze Minister van Sociale Zaken en van Onze Minister van Ambtenarenzaken en modernisering van de openbare besturen en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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

**Art. 2.** Artikel 3, § 2, 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 8 april 2002, 23 april 2002, 29 april 2002 en 10 december 2002, wordt aangevuld als volgt : « Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ».

**Art. 3.** In artikel 1, littera D, van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut, zoals gewijzigd tot op heden, vervallen de woorden « Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ».

**Art. 4.** In artikel 1, § 1, I, 1<sup>o</sup> of 9<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 8 januari 1973 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut vervallen de woorden « Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ».

**Art. 5.** Dit besluit en de bijgevoegde bestuursovereenkomst hebben uitwerking met ingang van 1 januari 2003.

**Art. 6.** Onze Minister van Begroting, Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Ambtenarenzaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 oktober 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Begroting,  
J. VANDE LANOTTE

De Minister van Sociale Zaken,  
R. DEMOTTE

De Minister van Ambtenarenzaken,  
Mevr. M. ARENA

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 19 décembre 2002;

Vu la délibération du Conseil des Ministres, sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis n<sup>o</sup> 34.679/1 du Conseil d'Etat, donné le 30 janvier 2003, en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre du Budget, de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de la Fonction publique et de la Modernisation de l'administration et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le contrat d'administration annexé au présent arrêté est approuvé.

**Art. 2.** L'article 3, § 2, 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 des pensions, modifié par les arrêtés royaux des 8 avril 2002, 23 avril 2002, 29 avril 2002 et 10 décembre 2002, est complété comme suit : « Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ».

**Art. 3.** A l'article 1<sup>er</sup>, littera D, de la loi du 16 mars 1954, relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, tel qu'il a été modifié à ce jour, les mots « Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité » sont supprimés.

**Art. 4.** A l'article 1<sup>er</sup>, § 1<sup>er</sup>, I, 1<sup>o</sup> ou 9<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 8 janvier 1973 fixant le statut du personnel de certains organismes d'intérêt public les mots « Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité » sont supprimés.

**Art. 5.** Le présent arrêté et le contrat d'administration ci-annexé produisent leurs effets le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

**Art. 6.** Notre Ministre du Budget, Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de la Fonction publique sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 octobre 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre du Budget,  
J. VANDE LANOTTE

Le Ministre des Affaires Sociales,  
R. DEMOTTE

La Ministre de la Fonction publique,  
Mme M. ARENA

Bijlage bij het koninklijk besluit van 2 oktober 2003

Ontwerp van Bestuursovereenkomst tussen de Belgische Staat  
en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering  
Openbare instelling van sociale zekerheid

De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering is een openbare instelling van sociale zekerheid waarvan de doestelling op het vlak van dienstverlening erin bestaat ervoor te zorgen dat elk individu zijn recht op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering kan laten gelden, los van enige andere dan de wettelijke verplichtingen, met name van financiële, ideologische, medische en socio-economische aard.

## Inhoudstafel

**TITEL I. — Algemene bepalingen****Hoofdstuk 1. — Voorwerp van de overeenkomst****Hoofdstuk 2. — Uiteenzetting van de opdrachten van de H.Z.I.V.****Hoofdstuk 3. — Prioritaire opdrachten van de H.Z.I.V.****Hoofdstuk 4. — Definities****TITEL II. — Opdrachten en doelstellingen van de HZIV****Hoofdstuk 1. — Taken en doelstellingen die verband houden met de financiële opdracht**

Sectie 1. — Betaling van de geneeskundige verzorging aan de leden

*Artikels 1 tot 5*

Sectie 2. — Betaling van de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid

*Artikels 6 tot 8***Hoofdstuk 2. — Taken en doelstellingen die verband houden met de technische opdracht**

Sectie 1. — Bijwerking van de SIS-kaart

*Artikels 9 tot 13*

Sectie 2. — Erkenning van de arbeidsongeschiktheid

*Artikels 14 tot 16***Hoofdstuk 3. — Sociale opdrachten**

Sectie 1. — Gezondheidsbevordering

*Artikels 17 tot 21*

Sectie 2. — Verdediging van de leden en ombudsdienst

*Artikels 22 tot 29***TITEL III. — Opdrachten en doelstellingen in verband met de bestuursovereenkomst van het R.I.Z.I.V.;****Hoofdstuk 1. — Levering van statistische gegevens**

Sectie 1. — Anonieme ziekenhuisverblijven

*Artikels 30 tot 32*

Sectie 2. — Farmanet

*Artikels 33 tot 35*

Sectie 3. — Gegevens betreffende de verzekeraarbaarheid

*Artikels 36 tot 38*

Sectie 4. — Statistische en boekhoudkundige gegevens

*Artikels 39 tot 41*

Sectie 5. — Deeltijdse werkhervattingen

*Artikels 42 tot 44***Hoofdstuk 2. — Dossiers Bijzonder Solidariteitsfonds***Artikels 45 tot 47***Hoofdstuk 3. — Deelname aan de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen***Artikels 48 tot 50***Hoofdstuk 4. — Deelname aan het proces inzake medische controle van de Gewestelijke Commissies en de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit***Artikels 51 tot 53***TITEL IV. — Gedragsregels ten aanzien van het publiek***Artikels 54 tot 58***Hoofdstuk 1. — Informatiebeleid***Artikels 59 tot 63***Hoofdstuk 2. — Toepassing van het handvest van de sociaal verzekerde***Artikels 64 tot 69***TITEL V. — Methodes om de mate waarin de doelstellingen en de gedragsregels werden verwezenlijkt, te meten en te volgen****TITEL VI. — De verbintenissen van de Staat en de bescherming van de staatsbelangen***Artikels 70 tot 73***TITEL VII. — Zogenaamde positieve en negatieve sancties****TITEL VIII. — Nodige middelen voor de verwezenlijking van de opdrachten, taken, doelstellingen en gedragsregels****Hoofdstuk 1. — Beheerskredieten***Artikels 74 tot 76***Hoofdstuk 2. — Boekhoudplan***Artikel 77***TITEL IX. — Slotbepalingen***Artikels 78 tot 82***BIJLAGE 1. — Boordtabellen****BIJLAGE 2. — Beheersbegroting**

## TITEL I. — Algemene bepalingen

Overwegende :

dat de bestuursovereenkomst noch betrekking heeft op de inhoud van de sociale zekerheid, noch op de vastlegging van het bedrag van de inkomsten of de uitgaven, maar ernaar streeft de dagelijkse werking en het beheer van de instellingen te optimaliseren en daartoe een ruimere marge inzake personeelsbeleid en financieel beheer erkent;

dat de politieke keuze van het juridisch kader van een overeenkomst tot gevolg heeft dat de klassieke gezagsverhouding wordt vervangen door een meer contractuele relatie. Bijgevolg verbinden beide partijen zich ertoe om als gelijkwaardige partners structureel overleg te plegen en wederzijdse akkoorden te sluiten;

dat deze overeenkomst in geen geval de bevoegdheden, opdrachten en verantwoordelijkheden van andere partijen die betrokken zijn bij de toepassing van het stelsel voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, op losse schroeven mag zetten;

dat deze overeenkomst de partijen slechts bindt in het kader van de verdeling van de bevoegdheden tussen de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de andere instellingen van sociale zekerheid en de openbare instellingen van sociale zekerheid;

dat de andere instellingen van sociale zekerheid en de andere openbare instellingen van sociale zekerheid bevoegd blijven voor de opdrachten die hun krachtens de wetgeving inzake sociale zekerheid toekomen;

dat beide contractsluitende partijen zich ertoe verbinden de bepalingen in acht te nemen inzake paritair beheer, dat wordt versterkt, gelet op de grotere verantwoordelijkheid en autonomie die de Hulpkas krijgt in het kader van de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid;

dat, behalve indien anders wordt bepaald, de verbintenissen gelden bij een ongewijzigde politiek en dat ze dus zullen worden geëvalueerd rekening houdend met de politieke beslissingen die werden getroffen na de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst en die een invloed hebben gehad op de verwezenlijking van de doelstellingen van de overeenkomst;

wordt, in uitvoering van het Koninklijk Besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, 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,

tussen

- de Belgische Staat

en

- de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

overeengekomen wat volgt :

## HOOFDSTUK 1. — Voorwerp van de overeenkomst

Deze overeenkomst wordt gesloten in het kader van de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 3 april 1997 betreffende de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid en heeft tot doel de respectieve verbintenissen van de Staat en van de H.Z.I.V. vast te leggen. Met het oog op het optimaliseren van de werking van de H.Z.I.V., bepalen deze verbintenissen de vereiste voorwaarden voor deze instelling om de opdrachten inzake openbare dienstverlening die haar door de wet of krachtens de wet inzake sociale zekerheid worden toevertrouwd, te kunnen vervullen; de verbintenissen zullen geleidelijk aan worden uitgevoerd en verfijnd, evenals de instrumenten voor hun opvolging.

## HOOFDSTUK 2. — Uiteenzetting van de opdrachten van de H.Z.I.V.

In het kader van haar opdracht als openbare dienst en met toepassing van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, oefent de H.Z.I.V. 4 basisopdrachten uit; zij biedt haar leden namelijk :

- een tegemoetkoming in de kosten van medische verstrekkingen in België;
- de garantie van verzekeringstegemoetkoming in de kosten van medische verstrekkingen in de lidstaten van de Europese Economische Ruimte of in een land waarmee België een bilateraal verdrag heeft gesloten; voor geneeskundige verzorging in een ander land kan, in uitzonderlijke gevallen, een tegemoetkoming van de verzekering worden verkregen in België;
- een uitkering ter compensatie van loonverlies als gevolg van moederschap, ziekte of invaliditeit;
- een uitkering voor begrafeniskosten aan de persoon die de begrafeniskosten heeft betaald.

Sedert 1 januari 1996 (koninklijk besluit van 28 maart 1995) staat de H.Z.I.V. bovendien in voor de verdediging van haar leden in bepaalde zaken bedoeld in artikel 39, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Deze taken omvatten opdrachten :

— van financiële aard : vergoeding van de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging in België (aan de leden en aan de instellingen, verstrekkers in het kader van de regeling van de betalende derde), betaling van de tegemoetkoming van de verzekering in de kosten voor geneeskundige verzorging in het kader van de internationale verdragen, storting van uitkeringen, inning van persoonlijke bijdragen, terugvordering van de onverschuldigde bedragen,...

— van technische aard : vaststelling van de verzekerbaarheid en uitreiken van de SIS-kaarten, tarifiering van de verstrekkingen inzake geneeskundige verzorging, vaststelling van de uitkeringen, erkenning van arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer, verlenen van de goedkeuring door de adviserend geneesheer voor de vergoeding van bepaalde verstrekkingen inzake geneeskundige verzorging,...

— van sociale aard : verdediging van haar verzekerden, begeleiding van haar leden in het kader van het Handvest van Sociaal Verzekerde en van de aanvragen om tegemoetkoming door het Bijzonder Solidariteitsfonds.

— van informatieve aard : doorsturen van statistieken en diverse overzichtsstaten naar het R.I.Z.I.V., opmaken van een jaarverslag.

— van medebestuur : vertegenwoordiging van de H.Z.I.V. in diverse organen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (commissies en raden van het R.I.Z.I.V.).

HOOFDSTUK 3. — *Prioritaire opdrachten van de HZIV*

Wat de verbintenissen van de H.Z.I.V. ten opzichte van de Staat betreft, wordt voorrang verleend aan twee krachtlijnen.

Tijdens het verloop van de bestuursovereenkomst zal de nadruk worden gelegd op de optimalisering van de dienstverlening aan de leden. De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om bij de uitvoering van haar taken en opdrachten, van de dienstverlening aan de leden een prioritaire strategische krachtlijn te maken. De artikels waarin gewag wordt gemaakt van na te leven termijnen, van een grotere beschikbaarheid vanwege het personeel, van een meer geautomatiseerde verwerking van bepaalde gegevens, moeten worden gelezen met dit perspectief als achtergrond.

De tweede krachtlijn zal bestaan uit doelstellingen die voortvloeien uit de doelstellingen die het R.I.Z.I.V. in zijn bestuursovereenkomst heeft geformuleerd. Door haar statuut van verzekeringsinstelling vormt de H.Z.I.V. de verbinding tussen haar verzekerden en het Instituut. Om de verbintenissen van het Instituut te kunnen verwezenlijken, is op verschillende niveaus de medewerking van de verzekeringsinstellingen vereist.

HOOFDSTUK 4. — *Definities*

Voor de toepassing van deze overeenkomst moet men verstaan onder :

1. « Staat » : de Belgische Staat, vertegenwoordigd door de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen, de heer Frank VANDENBROUCKE, de Minister van Begroting, Sociale Integratie en Sociale Economie, de heer Johan VANDE LANOTTE, en de Minister van Ambtenarenzaken en Modernisering van de Administratie, de heer Luc VAN DEN BOSSCHE;

2. « Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering » (H.Z.I.V.) : de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, zoals bedoeld in de wet van 14 juli 1955 tot wijziging van de Besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid van de werknemers, vertegenwoordigd door de Administrateur-generaal, de heer Joël LIVYNS, en de Adjunct-administrateur-generaal, de heer August ADRIAENSEN.

3. « Beheerscomité » : het Beheerscomité van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 1, 5°, van de wet van 25 april 1963 over het beheer van de instellingen van openbaar nut van sociale zekerheid en sociale voorzorg;

4. « Boordtabellen » : de boordtabellen zoals bedoeld in artikel 10 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;

5. « Bestuursplan » : het bestuursplan bedoeld in artikel 10 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;

6. « Verzekeringsinstelling » : de landsbonden, bedoeld in artikel 6 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bedoeld in artikel 5 van voormelde gecoördineerde wet, en de Kas voor Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij van de Belgische Spoorwegen, bedoeld in artikel 6 van voormelde gecoördineerde wet.

TITEL II. — *Opdrachten en doelstellingen van de HZIV*HOOFDSTUK 1. — *Taken en doelstellingen die verband houden met de financiële opdracht*Sectie 1. — *Betaling van de geneeskundige verzorging aan de leden*Artikel 1. — *Context en huidige situatie*

De HZIV vergoedt de getuigschriften van verstrekte hulp die door de leden aan het loket en tijdens permanenties worden ingediend of met de post worden toegestuurd. Volgens de gewestelijke diensten gebeuren deze vergoedingen contant (1) of via een overschrijving op een bank- of postrekening.

In 2001 heeft de H.Z.I.V. 495 252 getuigschriften vergoed (2) tegenover 505 166 in 2000. In 2000 en 2001 hebben circa 96 % van de vergoede getuigschriften betrekking op in België verleende verzorging; de andere getuigschriften werden vergoed in het kader van de internationale verdragen.

Wat de vergoeding van in België verleende verzorging betreft, werd in het jaar 2001 (3) circa 43 % van de door de verzekerden ingediende getuigschriften (opgestuurd met de post, afgegeven aan het loket of tijdens de permanenties) vergoed via een bankrekening of per postoverschrijving. In 2001 werd iets minder dan 17 % (4) van de contant terugbetaalde getuigschriften ingediend tijdens permanenties; de andere werden aan het loket afgegeven.

Het aantal vergoede getuigschriften alleen geeft geen beeld van de werklast die deze opdracht inhoudt; men moet ook rekening houden met :

- het aantal vergoede verstrekkingen per getuigschrift,
- het aantal opgemaakte kwijtingen,
- het aantal getuigschriften vergoed tijdens permanenties,
- de aanvragen om tegemoetkoming waarvoor de goedkeuring van de adviserend geneesheer is vereist.

Artikel 2. — *Doelstellingen*

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe te zorgen voor een snelle en correcte betaling van de geneeskundige verzorging aan de verzekerden.

## Artikel 3. — Snelle betaling

Uit een steekproef blijkt dat de termijn voor vergoeding van deze getuigschriften in 2001 varieert tussen 3 en 12 dagen.

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- voorzover alle vereiste reglementaire bepalingen vervuld zijn, de getuigschriften te vergoeden :

2003	2004	2005
binnen 10 werkdagen	binnen 7 werkdagen	binnen 5 werkdagen

- de procedure voor de verwerking van de getuigschriften te verbeteren, door de frequentie van de betalingen te verhogen, de verzending van de getuigschriften over de post te standaardiseren in de gewestelijke diensten,....

## Artikel 4. — Correcte betaling

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- een instrument te ontwikkelen om de mogelijke oorzaken van een onjuiste betaling op te sporen (enquête op basis van een statistische steekproef) en na verloop van de overeenkomst een complete analyse van de toestand te verschaffen;

- de permanenties in drie « piloot »-gewestelijke diensten geleidelijk aan te informatiseren;
- te zorgen voor een permanente vorming van het personeel dat is belast met de uitbetaling van de leden;
- alle nodige maatregelen te nemen om onverschuldigde betalingen te vermijden of, wanneer het geval zich voordoet, te vermijden dat de onverschuldigde bedragen te hoog oplopen.

## Artikel 5. — Knelpunten

De betalingstermijn hangt voor een stuk af van de bankdiensten.

## Sectie 2. — Betaling van de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid

## Artikel 6. — Context en huidige situatie

De uitkering wegens primaire ongeschiktheid moet voor het eerst worden betaald binnen 30 dagen na het begin van de ongeschiktheid (artikel 20 van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5° van de wet inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Om de verzekerde te kunnen vergoeden, moet de H.Z.I.V. kunnen beschikken over verscheidene documenten (medisch attest, behoorlijk ingevuld inlichtingsblad, ...). Momenteel varieert de frequentie van uitbetaling van deze uitkeringen naargelang van de gewestelijke diensten. Toch worden elke maand minimum twee betalingen verricht (5). Naargelang van de sociale situatie van de verzekerde of wanneer de nodige documenten voor de vergoeding laattijdig werden ontvangen, wordt in sommige gewestelijke diensten een tussentijdse betaling verricht.

In de loop van het jaar 2001 werden 2 436 eerste betalingen wegens primaire ongeschiktheid verricht.

Uit een steekproef uitgevoerd op 529 dossiers blijkt dat in het jaar 2000 de eerste betaling wegens primaire ongeschiktheid gemiddeld plaatshad binnen 48 dagen na het begin van de ongeschiktheid. In die dossiers zijn de werknemers begrepen, die 30 dagen gewaarborgd loon genieten.

Uit een grondigere analyse van de dossiers waarvoor het statuut van de verzekerde bepaald was, is gebleken dat zich bij de samenstelling van een dossier twee problemen voordoen :

- de H.Z.I.V. ontvangt de medische getuigschriften van de verzekerden buiten de termijnen waarbinnen zij moeten worden ingediend (17% van de getuigschriften) (6).
- zowat de helft (48%) van de inlichtingsbladen wordt ontvangen na 15 dagen.

## Artikel 7. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. wenst de huidige termijnen van betaling van de eerste uitkering wegens primaire arbeidsongeschiktheid geleidelijk aan te verminderen, vanuit het standpunt van de reglementering, rekening houdend met de statuut van haar verzekerden.

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- de werkprocedure in de verschillende gewestelijke diensten te standaardiseren.
- de informatisering van de uitkeringen voort te zetten.
- een actieve houding aan te nemen bij de samenstelling van een volledig dossier aan de hand waarvan de verzekerde kan worden vergoed, door

— de verzekerden te sensibiliseren via een aangepaste informatie, ten einde de termijn tussen het begin van de ziekte en de ontvangst van het medisch getuigschrift te verkorten, het aantal laattijdige getuigschriften te verminderen en sancties te vermijden.

— bij elk inlichtingsblad een begeleidende brief te voegen waarbij de verzekerde wordt ingelicht over de voordelen van een spoedige terugzending.

— ervoor te zorgen dat de verzekerden die hun inlichtingsblad niet hebben ingediend, automatisch een herinneringsbrief ontvangen binnen 15 kalenderdagen.

- de frequentie van de eerste betalingen (7) wegens primaire arbeidsongeschiktheid te verhogen, om de termijn in te korten die verloopt tussen het ogenblik waarop de documenten die nodig zijn voor de betaling, beschikbaar zijn (8) en het ogenblik waarop de betaling daadwerkelijk wordt uitgevoerd. De betalingen zullen vier keer per maand worden verricht, met een minimum van één per week.

### Artikel 8. — Knelpunten

De actieve medewerking van de verschillende tussenkomende partijen is vereist om de verzekerde snel te kunnen vergoeden. Naargelang van het geval gaat het om de verzekerde, de wetverzekeraar, de instellingen die de werkloosheidsuitkeringen betalen en de werkgever. In ruimere zin kunnen de modaliteiten en de termijnen die werden vastgelegd voor de invoering van de multifunctionele aangifte en van de aangifte van sociaal risico in het bijzonder, een knelpunt vormen.

### HOOFDSTUK 2. — *Taken en doelstellingen die verband houden met de technische opdracht*

#### Sectie 1. — Bijwerking van de SIS-kaart

#### Artikel 9. — Context en huidige situatie

Wanneer de rechten van de sociaal verzekerde in verband met verzekering voor geneeskundige verzorging een wijziging ondergaan, moet zijn SIS-kaart worden bijgewerkt. De procedure voor bijwerking van de kaart is vastgelegd bij Ministerieel Besluit van 20 december 1999.

Telkens wanneer de gegevens inzake verzekerbaarheid moeten worden gewijzigd, moet de H.Z.I.V. de sociaal verzekerde erover inlichten dat hij zijn kaart moet laten bijwerken binnen een termijn van 14 dagen (9) na de datum waarop zij op de hoogte werd gebracht van de wijziging. De sociaal verzekerden moeten hun SIS-kaart voor bijwerking voorleggen binnen 14 dagen na de verzending van deze informatie. Indien de sociaal verzekerde zijn sociale identiteitskaart niet aan zijn verzekeringsinstelling heeft voorgelegd binnen de gestelde termijn, moet deze laatste hem een herinneringsbrief toesturen. Deze rappel moeten worden verstuurd binnen 14 dagen na afloop van de hierboven vermelde termijn.

#### Artikel 10. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe ervoor te zorgen dat de SIS-kaart de toestand weerspiegelt waarin de verzekerde zich bevindt in verband met de verzekerbaarheid en met andere gegevens, zodat hij met name een hogere tegemoetkoming kan krijgen (recht op verhoogde tegemoetkoming) of gespaard kan blijven van een onaangename verrassing indien hij, in geval van een beperking van de rechten, ten onrechte geïnde bedragen moet terugbetalen.

#### Artikel 11. — Inachtneming van de termijn voor bijwerking van de SIS-kaarten

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- de SIS-kaart binnen de wettelijke termijn bij te werken.
- de SIS-kaarten systematisch aan het loket te controleren.
- de termijn tussen de wijziging van de verzekerbaarheid en het ogenblik waarop de SIS-kaart kan worden aangepast, geleidelijk aan te verminderen. Na afloop van de overeenkomst zal deze termijn opgeheven zijn.

#### Artikel 12. — Inachtneming van de procedure

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- de verzekerde een gepersonaliseerde en automatische brief te versturen.
- te zorgen voor de opvolging van de oproepingsbrieven, rappels en aangetekende brieven.
- een procedure van systematische rappel in te voeren om het percentage opgeroepen verzekerden die hun kaart niet komen laten bijwerken, te verminderen.

### Artikel 13. — Knelpunten

De actieve medewerking van de verzekerde is absoluut noodzakelijk. Het gebeurt immers vaak dat de verzekerde, ook al werd hij schriftelijk opgeroepen, zich niet bij de gewestelijke dienst aanmeldt om zijn kaart te laten aanpassen.

Om deze doelstelling te bereiken is de deelname van de MvM van fundamenteel belang, wat betreft de beperking van de termijn die verloopt tussen de wijziging van de verzekerbaarheid en het ogenblik waarop de SIS-kaart kan worden aangepast.

Bovendien moet men rekening houden met de besprekingen die momenteel worden gevoerd over de toekomst van de SIS-kaart en een mogelijke vernieuwing van de kaart.

#### Sectie 2. — Erkenning van de arbeidsongeschiktheid

#### Artikel 14. — Context en huidige situatie

Onverminderd de bepalingen van artikels 177 en 190 van het koninklijk besluit van 03/07/1996, deelt de adviserend geneesheer zijn beslissing ten laatste de derde kalenderdag na de ontvangst van het medisch getuigschrift aan de gerechtigde mee.

Deze termijn wordt evenwel op 5 kalenderdagen gebracht, hetzij in geval van laattijdige aangifte van de ongeschiktheid, hetzij in geval van tussenkomst van de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige controle, op verzoek van de adviserend geneesheer (ZIV/uitkeringen, Verord. van 16.04.1997, art. 11).

Op grond van een steekproef van 996 dossiers (10) heeft de adviserend geneesheer in 77 % van de gevallen een beslissing genomen (11) binnen drie kalenderdagen na ontvangst van het medisch getuigschrift op het medisch kabinet.

Voor 23 % van de dossiers werd deze beslissing genomen buiten deze termijn, wat kan worden verklaard door het feit dat deze steekproef :

- dossiers bevatte waarvoor de aangifte van de arbeidsongeschiktheid laattijdig was of waarvoor de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige controle is tussengekomen. De adviserend geneesheer moet zich dan uitspreken binnen een termijn van 5 dagen.
- dossiers bevatte waarvoor de H.Z.I.V. een onvolledig getuigschrift heeft ontvangen. Voor deze getuigschriften is het de datum van ontvangst van het eerste onvolledige getuigschrift dat in aanmerking wordt genomen als datum van ontvangst van het getuigschrift op het medisch kabinet. Bijgevolg wordt de termijn aanzienlijk verlengd, aangezien de beslissing slechts wordt genomen op het ogenblik dat de H.Z.I.V. het volledige getuigschrift ontvangt.

## Artikel 15. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- dat de adviserend geneesheer de volledige medische getuigschriften erkent binnen de in de wetsbepalingen vastgestelde termijnen.
- te pogen het percentage onvolledige medische getuigschriften dat zij ontvangt, te verminderen via informatie die erop gericht is de verzekerde te sensibiliseren.
- de wettelijke bepalingen op uniforme wijze toe te passen en een uniforme dienst te verlenen aan de verzekerden, over het geheel van de gedecentraliseerde structuren.

## Artikel 16. — Knelpunten

Er zijn geen knelpunten die de verwezenlijking van deze doelstelling in de weg staan.

HOOFDSTUK 3. — *Sociale opdrachten*

## Sectie 1. — Gezondheidsbevordering

## Artikel 17. — Context en huidige situatie

In zijn verslag van 1996 (blz. 5-6) onderstreepte het Rekenhof dat de doelstellingen (zoals geformuleerd in de organieke wet) relatief vaag waren. Naar aanleiding van het sluiten van een bestuursovereenkomst suggereerde het Hof dat bepaalde opdrachten van de H.Z.I.V. zouden worden verduidelijkt, met name de inspanningen om de gezondheidsopvoeding te bevorderen en het gebruik van minder kostelijke gezondheidsformules aan te moedigen, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de verleende verzorging.

## Artikel 18. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe een cel « Gezondheidsbemiddeling » op te richten, bestaande uit een studie- en documentatiedienst « gezondheidsbevordering », en een cel « sociaal beleid ».

## Artikel 19. — Studie en documentatiedienst « Gezondheidsbevordering »

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- een socio-demografische databank aan te maken op basis waarvan een analyse kan worden gemaakt van het profiel van de leden en van hun behoeften. Bovendien zal een samenwerking worden aangegaan met de personeelsdienst om een nieuwe activiteitsindex op te maken, aangepast aan de nieuwe opdrachten;
- projecten inzake « gezondheidsbevordering » te beheren, volgens de prioriteiten B behoeften vastgesteld bij de leden, met de medewerking van de verschillende diensten (informatie, ontwikkeling van een sociaal beleid, adviserend geneesheer...) afgestemd op de analyse van het profiel van de leden door de studiedienst;
- contacten te leggen met de gezondheidsobservatoria en de diverse instellingen die werken aan de gezondheidsbevordering (lokale centra voor gezondheidsbevordering, centra voor gezinsvorming (zogenaamde medische huizen), experimenten Stad-Gezondheid / experimenten School-Gezondheid / enz.) in het kader van deze projecten rond « gezondheidsbevordering ».
- werkinstrumenten ter beschikking te stellen van de maatschappelijk assistenten, van de dienst informatie/communicatie van de Hulpkas in het bijzonder en van de andere diensten;
- actief informatie over « gezondheid » te verzamelen via verschillende bronnen : Internet, gespecialiseerde literatuur, pers, conferenties, colloquia, enz., ze volgens thema in een archief te bewaren en ze bij te werken.

## Artikel 20. — Cel « ontwikkeling van een sociaal beleid »

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om, via de maatschappelijk assistenten,

- een actief sociaal interventiebeleid te ontwikkelen om te vermijden dat de verzekerden die te kampen hebben met sociale problemen, hun toevlucht nemen tot de medische sector (vermijden dat automatisch een beroep wordt gedaan op verzorgingsinstellingen : spoeddiensten, ziekenhuizen,...., en komen tot een oplossing van de sociale problemen die zich « intern » voordoen).

Dit beleid zal de dienst voor sociale begeleiding afstemmen op sociale bijstand van de eerste lijn. Van de verschillende maatschappelijke kwesties die ter harte worden genomen, zal de cel voorrang verlenen aan de problemen van de verzekerden die verband houden met een verkeerd of onvolledig begrip van de rol van een ziekenfonds, van de wetgeving inzake geneeskundige verzorging (toekenning van bepaalde rechten, ...) en van de wijzigingen die de wetgeving ondergaat (informatie - mogelijk beroep (12); hulp bij het invullen van de formulieren,...).

Deze cel zal een functie vervullen van sociale synthese via coördinatiewerkzaamheden met externe tussenkomende partijen, in het kader van de kwesties die worden behandeld met diensten van de tweede lijn (O.C.M.W., gezinsplanning, medische huizen, centra voor mentale gezondheid, diensten voor behandeling van ernstige ziekten, diensten voor juridische bijstand, diensten voor schuldbemiddeling, v.z.w.'s gespecialiseerd op diverse sociale domeinen...).

Concreet, verbindt de H.Z.I.V. zich ertoe de volgende maatregelen te treffen :

- het sociale luik van de dossiers « Solidariteitsfonds » (R.I.Z.I.V.) verzorgen.
- zorgen voor een aangepast onthaal en een passende luisterbereidheid door een geschikte omgeving te creëren en de maatschappelijk assistenten een permanente vorming te verschaffen.
- een sociaal dossier aanleggen dat een identiek werkinstrument zal vormen voor elke maatschappelijk assistent, aan de hand waarvan een sociale diagnose kan worden gesteld; het gebruik van dit dossier veralgemenen.
- een sociaal gerichte databank creëren (statuut, huisvesting, ziekten met sociale weerslag).
- invoeren van een sociale dienst in de buurt van de verzekerden :

2003	2004	2005
Invoeren van permanenties per dienst, op basis van het aantal verzekerden en van de omvang van het grondgebied dat de GD in kwestie beslaat.	Evaluatie en uitbreiding van de sociale permanenties indien nodig	Evaluatie en uitbreiding van de sociale permanenties indien nodig

• een tabel opmaken betreffende het sociaal netwerk, die elke maatschappelijk assistent zal invullen in functie van zijn werkterrein (identificatie van de geprivilegieerde contacten in de schoot van de instellingen, van de verschillende opgespoorde verenigingsnetwerken) en uitbreiding van de contacten naar buiten toe.

#### Artikel 21. — Knelpunten

Er zijn geen knelpunten die de verwezenlijking van deze doelstelling in de weg staan.

#### Sectie 2. — Verdediging van de leden en ombudsdienst

##### Artikel 22. — Context en huidige situatie

Op grond van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen en van het uitvoeringsbesluit van 24 juni 1993 (13), moet de H.Z.I.V. instaan voor de verdediging van haar leden.

De verdediging van de leden verwijst naar de behandeling voor de rechtbank van de klachten van verzekerden tegen zorgverleners, binnen de perken van de mogelijkheden en van de wettelijke verplichtingen van artikel 39 van voormelde wet van 6 augustus 1990 en in de mate waarin dit artikel toepasselijk is op de H.Z.I.V. De ombudsdienst daarentegen behandelt schriftelijke en telefonische aanvragen om inlichtingen, klachten van leden en zorgverleners tegen de H.Z.I.V..

In 2001 heeft de ombudsdienst 46 dossiers behandeld waarvoor aanvullende opzoeking van informatie is gebeurd, waaronder :

- 21 dossiers i.v.m. bemiddeling : klachten van leden of zorgverleners tegen de H.Z.I.V. (17) en klachten van leden tegen zorgverleners (4).
- 25 aanvragen om inlichtingen.

Tot nu toe werd geen enkele zaak voor de rechtbank aanhangig gemaakt, omdat men de problemen steeds via bemiddeling heeft kunnen oplossen.

De talrijke telefonische contacten met de leden of met de personeelsleden van de gewestelijke diensten zijn op dit ogenblik niet in rekening genomen.

##### Artikel 23. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om de snelle opvolging van aanvragen om informatie en klachten te waarborgen, en om een dienst te organiseren waar de ontevreden verzekerden terecht kunnen teneinde een bemiddeling te bekomen (met respect voor de bestaande wettelijke en reglementaire procedures).

##### Artikel 24. — Antwoorden op aanvragen om inlichtingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- een volledig antwoord te verschaffen op aanvragen om inlichtingen binnen een termijn van 22 werkdagen :

2003	2004	2005
66 %	75 %	100 %

- een antwoord te formuleren in een begrijpelijke taal.

##### Artikel 25. — Bemiddeling in klachtendossiers tegen de H.Z.I.V.

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

• de klachten van leden en zorgverleners tegen de H.Z.I.V. zorgvuldig en binnen een redelijke termijn te behandelen, d.w.z. het probleem dat aan de oorzaak ligt van de klacht, via bemiddeling en met medewerking van de betrokken diensten proberen op te lossen.

• in geval van schriftelijke klacht, een ontvangstbewijs (met vermelding van de contactpersoon) naar het lid of de zorgverlener op te sturen :

2003	2004	2005
binnen 7 werkdagen	binnen 5 werkdagen	binnen 5 werkdagen



- de schriftelijke en telefonische klachten definitief te behandelen, wanneer de verzekerde of de zorgverlener alle gevraagde nuttige informatie en documentatie heeft verstrekt :

2003	2004	2005
binnen 33 werkdagen	binnen 33 werkdagen	binnen 22 werkdagen

#### Artikel 26. — Bemiddeling in klachtendossiers tegen zorgverleners

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- de klachten van leden tegen zorgverleners zorgvuldig en binnen een redelijke termijn te behandelen, d.w.z. het probleem dat aan de oorzaak ligt van de klacht, via bemiddeling en met medewerking van de betrokken diensten en zorgverleners proberen op te lossen.
- in geval van schriftelijke klacht, een ontvangstbewijs (met vermelding van de contactpersoon) naar het lid op te sturen :

2003	2004	2005
binnen 7 werkdagen	binnen 5 werkdagen	binnen 5 werkdagen

- 75 % van de schriftelijke en telefonische klachten te behandelen, wanneer het dossier alle gevraagde nuttige informatie en documentatie bevat (verzekerde, zorgverleners, ...) :

2003	2004	2005
binnen 66 werkdagen	binnen 55 werkdagen	binnen 44 werkdagen

- indien het probleem niet binnen de hierboven vermelde termijn door toedoen van de ombudsdienst kon worden opgelost, het dossier door te sturen naar de dienst « geschillen », rekening houdend met het hierboven vermelde voorbehoud (artikel 22 van deze overeenkomst) en het lid hierover in te lichten :

2003	2004	2005
binnen 7 werkdagen : 75 %	binnen 5 werkdagen : 75 %	binnen 5 werkdagen : 90 %.

#### Artikel 27. — Rechtsvorderingen tegen zorgverleners

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- een rechtsvordering te overwegen, binnen de grenzen van de mogelijkheden en van de wettelijke voorwaarden, telkens wanneer klachten van verzekerden tegen zorgverleners niet binnen de hierboven vermelde termijnen door bemiddeling kunnen worden opgelost;
- in overleg met de verzekerde en voorzover de H.Z.I.V. beslist om voor het gerecht te gaan, deze gerechtelijke procedure in te stellen binnen een termijn van 180 kalenderdagen na ontvangst door de dienst « geschillen » van het volledig dossier met een medisch advies.
- de verzekerde regelmatig over het verloop van de procedure te informeren, d.w.z. ten minste twee keer per jaar;
- de verzekerde binnen 14 kalenderdagen op de hoogte te brengen van het vonnis;
- in overleg met de verzekerde te overwegen om in beroep te gaan;
- onze advocaatkosten (14) en zo nodig, naargelang van het geval, ook de gerechtskosten, ten laste te nemen.

#### Artikel 28. — Opvolging van de aanvragen om inlichtingen en van de klachten

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- vanaf 2003 een inventaris op te maken van de communicatiestoornissen die werden vastgesteld en van de problemen die aanleiding tot klachten hebben gegeven;
- de graad van tevredenheid van de leden te evalueren na definitieve behandeling van de aanvraag of de klacht, via het al dan niet verlengen van hun lidmaatschap (in 2004) en door middel van individuele enquêtes (vanaf 2005);
- documentatie en algemene instructies (omzendbrieven) op te stellen en te verspreiden met het oog de verbetering van de werking van de H.Z.I.V. en de dienstverlening aan de leden :

2004	2005
1 x per jaar	2 x per jaar

#### Artikel 29. — Knelpunten

De actieve medewerking van de verzekerde, van de zorgverlener en van de andere organisaties (het R.I.Z.I.V., de RVA, het FOA, andere VI,...) aan dewelke aanvullende inlichtingen werden gevraagd, is absoluut noodzakelijk voor een snelle behandeling van de dossiers.

**TITEL III. — Opdrachten en doelstellingen in verband met de bestuursovereenkomst van het RIZIV****HOOFDSTUK 1. — Levering van statistische gegevens****Sectie 1. — Anonieme ziekenhuisverblijven****Artikel 30. — Context en huidige situatie**

Sedert enkele jaren zijn de VI verplicht om het R.I.Z.I.V. gegevens te verstrekken betreffende ziekenhuisverblijven die anoniem worden gehouden, de zogenaamde AZV-gegevens. Deze gegevens hebben betrekking op de verblijven in algemene ziekenhuizen (15), beëindigd in de loop van een kalenderjaar, en zijn afkomstig uit zes boekhoudkundige kwartalen.

De VI moeten deze gegevens verstrekken binnen een termijn van 6 maanden na het verstrijken van de gedekte boekingsperiode (16).

In zijn bestuursovereenkomst verbindt het R.I.Z.I.V. zich ertoe de kwaliteit en de termijnen voor het ter beschikking stellen van de statistische gegevens per « Anoniem Ziekenhuisverblijf » te verbeteren en deze gegevens beter te benutten. Wat de VI betreft, heeft het R.I.Z.I.V. talrijke problemen vastgesteld in verband met de leveringstermijnen van de magneetbanden en de kwaliteit van de geleverde bestanden.

Meer bepaald heeft het R.I.Z.I.V. zich ertoe verbonden om in de loop van 2002 de verschillende versies van de AZV-bestanden 1998, 1999 en 2000, die aan het Instituut zullen worden bezorgd, grondiger te analyseren en systematisch een uitvoerig rapport op te maken ter attentie van elke VI (17) betreffende de volledigheid en de kwaliteit van de gegevens en eventueel vergaderingen te organiseren met elke VI of met alle VI samen, om de vastgestelde problemen te verhelpen.

De H.Z.I.V. heeft de bestanden betreffende de in 1998 beëindigde verblijven geleverd (18) in oktober 2000. Als gevolg van de door het R.I.Z.I.V. gevraagde correcties, werd een definitieve versie verstuurd in december 2001.

Wat de verblijven 1999 betreft (19), werden 3 versies van hetzelfde bestand verstuurd, respectievelijk in maart, mei en november 2001.

De gegevens betreffende de verblijven 2000 (20) konden slechts aan het R.I.Z.I.V. worden meegedeeld na diens goedkeuring met betrekking tot de kwaliteitscontrole van de geleverde bestanden voor de verblijven 1998 en 1999. De eerste versie werd hun toegestuurd in de loop van de maand februari 2002.

Voor de AZV-gegevens 1997 is alleen precieze informatie beschikbaar over de kwaliteit (21) :

- de gegevens van de H.Z.I.V. werden in 4 verschillende versies geleverd, tegenover gemiddelde 2 à 3 voor alle VI.
- het R.I.Z.I.V. heeft voor de H.Z.I.V. 3,3 % verblijven met verwerpingen vastgesteld, tegenover gemiddeld 11,5 % voor alle VI.
- de graad van volledigheid van de gegevens met betrekking tot het aantal dagen, werd geschat op 99,6 % (vergelijking met model H B in %), tegenover gemiddeld 100,2 % voor alle VI. De graad van volledigheid van de gegevens met betrekking tot de bedragen buiten de dagen, werd geschat op 93,2 % (vergelijking met model P B in %), tegenover gemiddeld 98,3 % voor alle VI.

**Artikel 31. — Doelstellingen**

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om bij afloop van haar bestuursovereenkomst :

- de door het R.I.Z.I.V. vastgestelde termijnen voor het leveren van haar gegevens in acht te nemen;
- oplossingen te vinden voor de problemen van volledigheid en kwaliteit van de gegevens, waarop wordt gewezen in de rapporten van het R.I.Z.I.V. over de geleverde gegevens.
- dat er bij de invoering van nieuwe procedures, rekening wordt gehouden met een mogelijkheid om snel en automatisch gegevens op te vragen.

**Artikel 32. — Knelpunten**

De verwezenlijking van deze doelstelling hangt af van :

- het R.I.Z.I.V., zowel voor de vastgestelde termijnen als voor de kwaliteit van de verwachte gegevens.
- de MvM, wat de kwaliteit en de leveringstermijn van de gegevens betreft.

**Sectie 2. — Farmanet****Artikel 33. — Context en huidige situatie**

Sedert 1996 sturen de tarifieringsdiensten via de VI's statistische gegevens betreffende de geneesmiddelen door naar het R.I.Z.I.V. Deze overdracht van gegevens wordt aangeduid met de term « Farmanet » en heeft uitsluitend betrekking op het voorschrijven van vergoedbare geneesmiddelen in het kader van de ambulante geneeskunde.

In zijn bestuursovereenkomst verbindt het R.I.Z.I.V. zich ertoe de gegevens van Farmanet beter te benutten en te verspreiden. Om de termijnen voor overdracht van de gegevens te verkorten en de kwaliteit ervan te verbeteren, zal het Instituut bij de VI en de tarifieringsdiensten bemiddelend optreden door hun op het einde van elk jaar een jaarverslag toe te sturen met de vaststellingen en eventuele richtlijnen (22).

De H.Z.I.V. stuurt deze gegevens tweemaal per jaar door naar het R.I.Z.I.V. Ze moet ze ten laatste binnen 3 maanden na afloop van het semester in kwestie doorsturen. Soms moeten de gegevens worden verbeterd ten gevolge van opmerkingen van het R.I.Z.I.V. en opnieuw naar het Instituut worden verstuurd.

De gegevens betreffende het 2de semester 2000 werden opgestuurd in de loop van de maand mei 2001. Naar aanleiding van de opmerkingen van het R.I.Z.I.V. werd hun op 1 juni 2001 een nieuwe versie bezorgd. De gegevens betreffende het 1ste semester 2001 werden begin oktober 2001 verstuurd.

Het R.I.Z.I.V. heeft 7,80 % (23) foutieve records (24) vastgesteld in de gegevens die de H.Z.I.V. in het jaar 2000 heeft geleverd.

## Artikel 34. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- de termijnen voor de overdracht van de gegevens inzake Farmanet naar het R.I.Z.I.V., te verkorten
- de kwaliteit van de geleverde gegevens inzake Farmanet te verbeteren.
- vervolgens de optimale termijnen vast te leggen en de procedure die moet worden ingevoerd op grond van de desiderata die in de jaarverslagen van het R.I.Z.I.V. worden geformuleerd en van de overlegvergaderingen met de andere VI (NIC).

## Artikel 35. — Knelpunten

Het R.I.Z.I.V. vormt een knelpunt, in die mate dat het Instituut aan de H.Z.I.V. correcte bestanden moet leveren betreffende de farmaceutische producten en de apothekers. De opgelegde termijnen om correcte gegevens te leveren zouden eveneens een knelpunt kunnen vormen, evenals de snelheid van mededeling van de aan te brengen aanpassingen.

De verwezenlijking van deze doelstelling hangt af van de MvM, wat de leveringstermijn van de gegevens en de kwaliteit ervan betreft.

De verwezenlijking van deze doelstelling zal worden overwogen in de algemene context van de online gegevensoverdracht in het kader van het uitbreiding van het project CARENET.

## Sectie 3. — Gegevens betreffende de verzekeraarbaarheid

## Artikel 36. — Context en huidige situatie

Sedert 2001 zijn de VI verplicht om tweemaal per jaar (toestand op 30.06 en 31.12) de gegevens betreffende het ledenbestand elektronisch door te sturen naar de dienst voor administratieve controle van het R.I.Z.I.V.

De elektronische dragers moeten worden afgegeven binnen een termijn van twee maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de gegevens betrekking hebben.

Bij de verwezenlijking van zijn bestuursovereenkomst, zal het R.I.Z.I.V. deze gegevens gebruiken in het kader van 2 doelstellingen :

- 1) om financiële verrichtingen uit te voeren door het verband te leggen tussen de uitgaven en de leden per stelsel en per categorie van rechthebbenden.
- 2) om gerichte controles te organiseren van de verzekeraarbaarheid van de rechthebbenden die niet in orde zijn qua verzekeraarbaarheid (ontbreken van documenten van het type bijdragebons, niet-betaling van de verschuldigde persoonlijke bijdragen).

Wat de VI betreft, verbindt het instituut zich ertoe een rapport op te maken met een beschrijving van de verrichte studies, de vastgestelde anomalieën en de kritieke toestanden die gerichte controles in de ziekenfondsen vereisen (25).

De H.Z.I.V. heeft de gegevens betreffende de toestand op 30 juni en op 31 december 2001 op drager doorgestuurd binnen de opgelegde termijnen (26).

## Artikel 37. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- De termijnen voor levering van de gegevens in acht nemen
- De kwaliteit van de opgestuurde staten te verbeteren door :
  - a) de verbetering van de eventuele anomalieën meegedeeld door de Dienst voor administratieve controle, naar aanleiding van de ontwikkeling van een programma (27) voor het opsporen van de anomalieën door vergelijking van de toestanden, en naar aanleiding van het rapport waarin wordt gewezen op de vastgestelde anomalieën en kritieke toestanden.
  - b) een versterking van de steun aan de personeelsleden voor het begrijpen van de reglementering betreffende de verzekeraarbaarheid (vormingen, omzendbrieven, antwoorden op vragen, vragen om inlichtingen van de personeelsleden...).
  - c) een herziening van het interne programma voor de controle van de verzekeraarbaarheid, dat een essentieel instrument is om de verzekerden op te sporen die niet in orde zijn en waaraan het R.I.Z.I.V. bijzondere aandacht zal schenken.
  - d) een hervorming van de hoedanigheidscodes.
- De inspecteurs van het R.I.Z.I.V. de toegankelijkheid te garanderen van de databank betreffende de verzekeraarbaarheid die bij de H.Z.I.V. bestaat.

## Artikel 38. — Knelpunten

De verbintenis betreffende de verbetering van de kwaliteit van de geleverde gegevens is onderworpen aan een extern knelpunt, het R.I.Z.I.V., naargelang van het aantal en het type van anomalieën die door het Instituut werden vastgesteld.

Zo ook vormt de MvM een knelpunt wat de termijn betreft voor de levering van de elektronische drager.

## Sectie 4. — Statistische en boekhoudkundige gegevens

## Artikel 39. — Context en huidige situatie

In het kader van het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet het R.I.Z.I.V. beschikken over een groot aantal cijfergegevens, die fundamenteel zijn voor de beheersing van het budget. Deze gegevens, d.w.z. de boekhoudkundige en statistische basisgegevens, worden door de VI geleverd.

In de loop van zijn bestuursovereenkomst wenst het R.I.Z.I.V. de potentiële mogelijkheden van het statistisch en boekhoudkundig apparaat te versterken, vooral wat betreft de opvolging van de uitgaven, op grond van een analyse van de verschillende factoren die een invloed kunnen hebben op de kwaliteit en de rijkdom van de gegevens en op de termijnen voor aanmaking ervan.

In zijn analyse van de huidige situatie heeft het R.I.Z.I.V. vastgesteld dat de kwaliteit van deze gegevens en de termijnen voor levering ervan door de VI, aan een kritische analyse moesten worden onderworpen.

Bovendien kennen de door de VI geboekte en maandelijks doorgestuurde gegevens een onregelmatig verloop, dat onmogelijk het gevolg kan zijn van de evolutie van de morbiditeit en de medische consumptie.

Het R.I.Z.I.V. wijst twee mogelijke oorzaken aan :

- 1) een permanente wijziging van de snelheid en de regelmaat waarmee de ziekenhuizen de factureringsgegevens indienen
- 2) het gebrek aan regelmaat waarmee sommige VI de aanvaarde uitgaven opnemen in de boekhoudkundige documenten die zij naar het R.I.Z.I.V. moeten sturen.

In het jaar 2000 werden 4.070.095 verstrekkingen getarifeerd in het kader van de derdebetalersregeling, waarvan 94,7 % op magneetband, 4,8 % op papieren drager en 0,5 % gebonden aan de tarifieringsdiensten.

Voor de periode van begin februari tot eind november 2001, werd ongeveer 32,4 % van de in het begin van de maand te factureren bedragen geboekt op het einde van de maand met een minimum van 21 % in februari en een maximum van 40 % in augustus en september.

In de loop van zijn overeenkomst, heeft het R.I.Z.I.V. zich ertoe verbonden om :

— tegen eind 2003 een inventaris op te maken van de maatregelen die worden overwogen, zowel in de schoot van het Instituut dan binnen de VI, om de kwaliteit en de termijnen voor terbeschikkingstelling, zowel van de door de VI geleverde gegevens als van de door het Instituut verstrekte informatie, te verbeteren.

— jaarlijks voor elke VI de snelheid en de regelmaat te onderzoeken van zowel de verwerking van de magneetbanden inzake facturering als de boeking van vergoede bedragen.

— tegen eind 2003 nieuwe regels voor te stellen in verband met de facturering voor de ziekenhuizen en de boeking door de VI, waardoor het R.I.Z.I.V. de realiteit van de uitgaven beter kan opvolgen.

#### Artikel 40. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- op grond van de eind 2003 door het R.I.Z.I.V. opgemaakte inventaris, maatregelen te treffen tot verbetering van de kwaliteit en de termijnen voor het ter beschikking stellen van de geleverde gegevens.
- een nieuwe interne procedure vast te leggen voor de werkwijze in verband met de derbetalersregeling.
- de door het R.I.Z.I.V. vastgestelde problemen te verhelpen met het oog op de verbetering van de snelheid en de regelmaat van verwerking van de magneetbanden inzake facturering en van de boeking van de vergoede bedragen.
- na het verstrijken van de overeenkomst, per maand 80 % te boeken van de te tarifieren bedragen in het kader van de derdebetalersregeling.
- na het verstrijken van de overeenkomst, de bedragen van 90 % van de facturen binnen 2 maanden te boeken.
- nieuwe regels te volgen inzake boeking.

#### Artikel 41. — Knelpunten

De verwezenlijking van deze doelstelling hangt af van :

- de invoering van de facturering via Carenet, waardoor de magneetbanden zouden verdwijnen.
- invoering vanaf juli 2002 van het nieuwe systeem voor financiering van de ziekenhuizen (1/12), waarvan men op dit ogenblik de gevolgen niet kan inschatten.
- van de MvM, wat betreft de termijnen voor de controle van de magneetbanden en de kwaliteit van de levering van de statistische gegevens.

#### Sectie 5. — Deeltijdse werkhervattingen

#### Artikel 42. — Context en huidige situatie

In geval van arbeidsongeschiktheid kan de adviserend geneesheer onder bepaalde, in de reglementering beschreven voorwaarden, de gerechtigde toestaan om bepaalde activiteiten te hervatten. Wanneer een beroepsactiviteit werd hervat, kan aan de hand van een cumulatierregel het bedrag van de uitkering worden bepaald op basis van de hoegrootheid van het inkomen (28).

Een andere mogelijkheid om een einde te maken aan de inactiviteit wegens arbeidsongeschiktheid, is herscholing.

In het perspectief van een betere sociale reïntegratie van de arbeidsongeschikte gerechtigde, wenst het RIZIV in de loop van zijn bestuursovereenkomst een evaluatie te maken van de voorwaarden voor deeltijdse hervatting van een activiteit die door de AG moet worden toegestaan, van de nuttige gevolgen van de nieuwe cumulatierregel (uitkeringen/inkomsten van de toegestane activiteit) en van de voorwaarden en voordelen van een overheveling van de herscholing naar de uitkeringsverzekering.

In dat kader heeft het Instituut zich ertoe verbonden om tegen eind 2004 meer gegevens te verzamelen in verband met de activering of de deeltijdse hervatting van activiteiten, in samenwerking met de VI en via een overdracht op elektronische drager.

In 2000 heeft de H.Z.I.V. in 61 gevallen een deeltijdse hervatting van activiteiten toegestaan (29). In 2001 werd in 50 gevallen een deeltijdse hervatting van activiteiten toegestaan.

In 2000 heeft het College van geneesheren-directeurs van het R.I.Z.I.V. 503 beslissingen genomen in verband met herscholing: 5 aanvragen kwamen van de H.Z.I.V..

In 2001 heeft de H.Z.I.V. 1 aanvraag tot herscholing doorgestuurd naar het CGD.

#### Artikel 43. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- het computerprogramma betreffende de gegevens voor activering of deeltijdse hervatting van activiteiten op basis van de aanvraag van het R.I.Z.I.V. te herschrijven.

#### Artikel 44. — Knelpunten

De verwezenlijking van deze doelstelling zal afhangen van de middelen die door de MvM worden verleend (termijn voor het herschrijven van het programma in kwestie).

## HOOFDSTUK 2. — Dossiers Bijzonder Solidariteitsfonds

## Artikel 45. — Context en huidige situatie

Wanneer uitzonderlijke geneeskundige verstrekkingen niet door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed, kan de rechthebbende een aanvraag tot tegemoetkoming indienen bij het Bijzonder Solidariteitsfonds van het R.I.Z.I.V., onder bepaalde, bij het koninklijk besluit van 26 februari 2001 vastgestelde voorwaarden. Een van deze voorwaarden is met name de vereiste dat deze verstrekkingen verband houden met een zeldzame aandoening en de vitale functies van de rechthebbende aantasten. Deze aanvragen worden via de verzekeringsinstellingen bij het R.I.Z.I.V. ingediend, waar zij hoofdzakelijk door het College van geneesheren-directeurs worden behandeld.

Het R.I.Z.I.V. heeft er zich in zijn bestuursovereenkomst toe verbonden de maximum termijnen voor administratieve behandeling van de individuele dossiers die onder de bevoegdheid vallen van dit Fonds, te verbeteren en de procedure te verruimen met een fase van informatie van de patiënt.

Sommige verbintenissen van het R.I.Z.I.V. hebben een weerslag voor de H.Z.I.V.. Het R.I.Z.I.V. heeft er zich met name toe verbonden om

— vanaf 2002 vast te stellen hoeveel dossiers naar de VI worden teruggestuurd (30) en na afloop van het jaar 2004 een inventaris op te maken van de motieven voor de terugzending,

— tegen eind 2003 de informatiebrochure over het Bijzonder Solidariteitsfonds te bezorgen aan de VI, de belangengroepen, de patiëntenverenigingen,.. of op verzoek, rechtstreeks aan de sociaal verzekerden.

— de informatie van de sociaal verzekerden die een dossier bij het BSF hebben ingediend, te verbeteren door hen binnen 15 werkdagen na de beslissing door het CGD, schriftelijk op de hoogte te brengen van de aard (positief of negatief) van de beslissing van het College, en daarbij naar de VI te verwijzen wat de motivering van de beslissing en de eventuele concrete uitvoeringsmodaliteiten betreft. Daarnaast hebben de VI zich ertoe verbonden om hun leden op de hoogte te brengen van de datum waarop hun dossier bij het R.I.Z.I.V. werd ingediend.

Door deze maatregelen wenst het R.I.Z.I.V. te komen tot :

— een verbetering van de termijnen binnen dewelke de VI de dossiers bij het R.I.Z.I.V. indienen

— een vermindering van het percentage onvolledige dossiers die door de VI bij het R.I.Z.I.V. worden ingediend

De H.Z.I.V. heeft 5 dossiers « bijzonder solidariteitsfonds » geopend in 2000 en 26 dossiers in 2001. Deze dossiers werden bij het R.I.Z.I.V. ingediend binnen een gemiddelde termijn van 14 dagen na verzending van het volledige dossier van de GD in 2000 en van 16 dagen in 2001. De interne procedure staat borg voor de indiening van volledige dossiers bij het R.I.Z.I.V., met uitzondering misschien van de mededeling van het rijksnummer (31).

## Artikel 46. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- een termijn in acht te nemen van 15 werkdagen dagen voor het indienen van volledige dossiers bij het R.I.Z.I.V.
- de samenstelling van een volledig dossier voor verzending naar het R.I.Z.I.V. bespoedigen door aangepaste maatregelen zoals bijvoorbeeld aanmaningen versturen naar de betrokken tussenkomende partijen (rechthebbenden, zorgverleners,...)

- de leden in te lichten over de datum van indiening van hun dossiers bij het R.I.Z.I.V.

- de informatie van de leden in verband met het Bijzonder Solidariteitsfonds te bevorderen, door het verspreiden van de brochure van het R.I.Z.I.V., via het werk van de maatschappelijk assistenten, de algemene informatiebrochure van de H.Z.I.V. en de aanplakborden van de gewestelijke diensten en plaatselijke bureaus.

## Artikel 47. — Knelpunten

De aanvragen voor het Bijzonder Solidariteitsfonds moet het rijksnummer van de rechthebbende vermelden. Bij dossiers ingediend voor pasgeborenen, kunnen de gemeenten een extern knelpunt vormen.

Bij de samenstelling van een volledig dossier kunnen verschillende tussenkomende partijen de procedure vertragen door het niet-leveren van de nodige gegevens. Dat kunnen de zorgverleners zijn of ook degene die recht heeft op de tegemoetkoming...

## HOOFDSTUK 3. — Deelname aan de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen

## Artikel 48. — Context en huidige situatie

Het R.I.Z.I.V. streeft ernaar de procedure voor vaststelling en wijziging van de modaliteiten voor vergoeding van de farmaceutische specialiteiten te optimaliseren.

De wetgeving legt een termijn op van 180 dagen om de prijs van de geneesmiddelen vast te stellen en ze in te voegen in de toepassings sfeer van de nationale systemen inzake ziekteverzekering.

Het is de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) die de dossiers behandelt betreffende de aanvragen tot vergoeding van de farmaceutische specialiteiten. In zijn bestuursovereenkomst heeft het R.I.Z.I.V. als doel :

- de wettelijke termijnen na te leven, in het bijzonder door de CTG ertoe aan te zetten efficiënte besprekingen te voeren op basis van een gestandaardiseerd besluitvormingsproces,

- een kwalitatieve steun te bieden voor het besluitvormingsproces,

- de begroting op een meer rationele wijze aan te wenden door de doeltreffendheid van de specialiteit te evalueren, zowel op farmaceutisch als op economisch vlak.

De H.Z.I.V. is betrokken partij via de deelname van haar geneesheer-directeur aan de vergaderingen van deze commissie Momenteel hebben de vergaderingen ongeveer om de 15 dagen plaats, en nemen ze een halve dag in beslag. Om de termijn van 180 dagen na te leven, zal de commissie zeker en vast vaker moeten bijeenkomen.

## Artikel 49. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- door haar deelname aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, op actieve en gestructureerde wijze aan het besluitvormingsproces mee te werken.

- de in de CTG behandelde dossiers voor te bereiden.

## Artikel 50. — Knelpunten

Er zijn geen knelpunten die de verwezenlijking van deze doelstelling in de weg staan (32).

**HOOFDSTUK 4. — Deelname aan het proces inzake medische controle  
van de Gewestelijke Commissies en de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit**

**Artikel 51. — Context en huidige situatie**

De evaluatie en de controle van de arbeidsongeschiktheid tijdens het eerste jaar (periode van primaire ongeschiktheid) worden 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 (GRI) 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 spreekt de Hoge commissie van die Raad zich uit 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 (GC). De H.Z.I.V. is betrokken partij via de deelname van haar adviserend geneesheren aan deze gewestelijke commissies. Deze 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.

In de periode 1994-2000 zijn schommelingen in het aantal vergaderingen van de gc-gri en de lichamelijke onderzoeken vastgesteld, die de Dienst voor geneeskundige controle ertoe hebben aangespoord aandacht te besteden aan de eenvormige toepassing van de wetgeving in de gewestelijke commissies en de behandeling van de individuele invaliditeitsdossiers.

Op basis van een steekproef in de periode februari-maart 2000 heeft het R.I.Z.I.V. ook anomalieën van kwalitatieve aard vastgesteld in de behandeling van 11.4 % van de dossiers :

- in 41 % van deze dossiers, had de adviserend geneesheer de beslissing moeten nemen om een einde te maken aan de ongeschiktheid
- in 25 % van deze dossiers werd de verzekerde om onverantwoorde wijze door de Hoge commissie opgeroepen om een beslissing te nemen van erkenning of verlenging van de invaliditeit
- in 23 % van deze dossiers was het door de adviserend geneesheer geformuleerde voorstel van begin of verlenging van de invaliditeit, onvoldoende gemotiveerd
- 10 % van deze dossiers waren onvolledig bij de indiening (bijvoorbeeld : ontbreken van gevraagde technische onderzoeken)

Daarom heeft het R.I.Z.I.V. zich ertoe verbonden een monitoring uit te voeren van de geneeskundige procedure van controle op de toekenning van invaliditeitsuitkeringen in de GC-GRI. Meer bepaald zal het Instituut jaarlijks een verslag opmaken (33) over de evolutie van de werking van de GC-GRI's met een omschrijving van de analyse van de kwaliteit van de dossiers van de adviserend geneesheren en de beslissingen van de GRI.

De adviserend geneesheren van de H.Z.I.V. werden uitgenodigd om deel te nemen aan 224 gewestelijke commissies in de loop van het jaar 2001.

In 2001 werden bij de H.Z.I.V. 736 dossiers van invaliden samengesteld en naar het R.I.Z.I.V. gestuurd. 69 dossiers werden door de gri onderzocht. Voor 31 dossiers (44 %) heeft de beslissing geleid tot een werkhervatting. Voor 38 dossiers (66 %) werd de erkenning van de invaliditeit bevestigd.

**Artikel 52. — Doelstellingen**

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- om op basis van de jaarverslagen van het R.I.Z.I.V. maatregelen te treffen rekening houdend met de gevraagde aanpassingen.

**Artikel 53. — Knelpunten**

Er zijn geen knelpunten die de verwezenlijking van deze doelstelling in de weg staan.

**TITEL IV. — Gedragsregels ten aanzien van het publiek**

Het begrip 'publiek' verwijst hoofdzakelijk naar de verzekerden van de H.Z.I.V.. Er valt op te merken dat het in vergelijking met de andere mutualiteiten om een meer specifiek publiek gaat. In 2001 verzekerde de H.Z.I.V. ongeveer 45 % personen van vreemde nationaliteit en iets meer dan 14 % « residenten in België » (34), wat meer is dan het nationaal percentage (35). Bijgevolg moet een aangepast en doelgericht beleid worden gevoerd wat betreft het gedrag ten aanzien van het publiek.

**Artikel 54**

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

- > De wet van 29/7/1991 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 55**

De H.Z.I.V. 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 56**

De H.Z.I.V. zal transparante en eenvormige objectieve criteria opstellen, wanneer de geldende regels en wetgevingen in het kader van individuele beslissingen een zekere beoordelingsmarge laten.

**Artikel 57**

De H.Z.I.V. 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 58

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

## HOOFDSTUK 1. — Informatiebeleid

## Artikel 59. — Context en huidige situatie

In zijn verslag van 1996 (p. 5) had het Rekenhof de H.Z.I.V. aanbevolen om « inspanningen te leveren om, binnen de grenzen eigen aan de sector, beter bekend te geraken bij het publiek ».

Deze opdracht moet worden vervuld rekening houdend met de reglementering en de instructies die op dat vlak bestaan, zoals met name het « Handvest van de Gebruiker van de Openbare Diensten en het « Handvest van de Sociaal Verzekerde ».

In de loop van het jaar 2001 hebben diverse projecten een concrete vorm gekregen, namelijk :

- de folder met een voorstelling van de diensten van de H.Z.I.V..
- de praktische gids van de generische geneesmiddelen.
- de mailing aan de leden in het kader van de uitbreiding van het globaal medisch dossier.
- de brieven gericht aan de voorzitters van de O.C.M.W. om een samenwerking tot stand te brengen.
- allerlei brieven naar aanleiding van vragen om inlichtingen.

Tevens werd een project ontwikkeld voor het oprichten van een Internetsite, die in de loop van het jaar 2002 operationeel zou moeten zijn.

De contactbrochure werd echter niet meer bijgewerkt sedert 2000 voor de Nederlandse en de Franse versie en sedert 1999 voor de Duitse versie. De brochure 2002 (36) in de drie talen is op dit ogenblik in voorbereiding.

## Artikel 60. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om een cel « informatie / communicatie » op te richten, die een dubbele opdracht heeft : de informatie aan de verzekerden en de informatie naar buiten toe.

## Artikel 61. — Informatie aan de leden

Het gaat om algemene en regelmatige informatie aan de leden. Ze zal worden opgemaakt en verspreid in samenwerking met de gewestelijke diensten.

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- de aanplakborden in de gewestelijke diensten regelmatig te actualiseren :

2003	2004	2005
1 x per trimester	1 x om de twee maanden	1 x per maand

- een ledenenquête te verrichten (in de drie landstalen) aan de hand van een formulier met suggesties, dat verkrijgbaar is in de wachtkamers en aan de loketten :

2003	2004	2005
Opmaken van een formulier met gesloten vragen via aan te kruisen antwoorden.	Evaluatie tegen begin 2004 en aanpassing van de methode van enquête indien nodig.	
	Behandeling van de antwoorden in de loop van het jaar (terugsturen van gevraagde informatie / aanpassing van de diensten van de H.Z.I.V. volgens de behoeften).	

- een informatieblad te ontwerpen (embryo van een H.Z.I.V.-krantje) - in de drie landstalen - dat aan alle verzekerden zal worden bezorgd :

2003	2004	2005
3 nummers	4 nummers	6 nummers

- de contactbrochure van de H.Z.I.V. een keer per jaar in de drie talen heruit te geven :

Van 2003 tot 2005	2005
1 x per jaar bijwerken in de 3 landstalen	De brochure herwerken volgens de belangen van de verzekerde, als pedagogisch informatie-instrument over de rechten en plichten van de sociaal verzekerde inzake geneeskundige verzorging/invaliditeit

- de presentatiefolder van de diensten van de H.Z.I.V. in de 3 talen heruit te geven, rekening houdend met de evolutie van de geldende reglementering inzake geneeskundige verzorging of van de diensten van de H.Z.I.V.

• de personeelsleden die in contact staan met de verzekerden (loketten / personeel van de permanenties / maatschappelijk assistenten) een opleiding te verstrekken inzake Informatie-Educatie-Communicatie (IEC). Bij het verstrijken van de overeenkomst zullen 30 personeelsleden gevormd zijn, pro rata van 10 personeelsleden per jaar.

• grote punctuele informatieprojecten uit te werken met betrekking tot de evolutie van het beleid inzake geneeskundige verzorging, zoals bijvoorbeeld de brochure over generische geneesmiddelen, de maximumfactuur,...

## Artikel 62. — Informatie naar buiten toe

Het gaat hier om de plicht om het publiek in te lichten over de activiteiten van de H.Z.I.V., binnen de grenzen van haar statuut en van haar wettelijke bevoegdheden.

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- na afloop van het contract, het jaarverslag over jaar X uit te reiken, 5 maanden na ontvangst van de eindcijfers van het R.I.Z.I.V. van het jaar X in kwestie. Het jaarverslag zal worden opgemaakt volgens een verbeterde structuur, zowel qua inhoud als qua vorm (betere leesbaarheid en beter overzicht van de specificiteiten van de GD's),
- voor de Internetsite :

2003 - 2004	2005
De informatie die de contactbrochure bevat, op de internetsite plaatsen	Regelmatige bijwerking van de herwerkte informatie in termen van pedagogisch instrument van de verzekerde.

- de identificatie van de H.Z.I.V. te verbeteren door het gelijkvormig maken van de externe presentatie van de plaatselijke bureaus/gewestelijke diensten van de H.Z.I.V. (gebruik van het logo, gelijkaardige aanplakking van de openingstijden...) en zo een eigen huisstijl te ontwikkelen. De H.Z.I.V. zal er ook op toezien dat haar diensten worden vermeld in de traditionele gidsen (telefoonboeken, sociale gidsen e.a.) en in bestanden (computerbestanden, administratieve bestanden e.a.) die de lijst van de mutualiteiten bevatten.

- de samenwerking met diverse partners uit te breiden door een brief met informatie over de diensten van de H.Z.I.V. naar verschillende instellingen van algemeen nut te sturen, in het bijzonder de O.C.M.W.'s, de centra voor gezinsvorming (medische huizen), de grote gemeenten via het College van Burgemeester en Schepenen, de loketten van de Post, de onthaalcentra voor personen die zich in een onregelmatige situatie bevinden,... Op grond van de positieve reacties die zij krijgt, zal de H.Z.I.V. contacten leggen met die partners.

## Artikel 63. — Knelpunten

Het opmaken van het jaarverslag hangt af van de MvM en van het R.I.Z.I.V., in die mate dat zij het nodige cijfermateriaal bezorgen (boekhoudkundige gegevens, sociale franchise, forfaits chronische ziekten en forfaits incontinentie).

De privé-drukkerijen vormen een knelpunt voor de publicatie van de brochure en de folders,...

## HOOFDSTUK 2. — Toepassing van het handvest van de sociaal verzekerde

## Artikel 64. — Context en huidige situatie

De wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van Sociaal Verzekerde bevat een aantal rechten en verplichtingen, zowel voor de openbare instellingen van sociale zekerheid als voor de sociaal verzekerden (37).

In haar actieplan voor een meer toegankelijke en meer gebruikersvriendelijke sociale bescherming, heeft de Regeringscommissaris zich toegesplitst op twee acties :

- de automatische toekenning van sociale rechten en uitkeringen door een vereenvoudiging van de procedures.
- correcte, gebruikersvriendelijke en snelle informatie van de verzekerde door een vereenvoudiging van de formulieren.

## Artikel 65. — Doelstellingen

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om de toepassing van de wetgeving eenvormig te maken.

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe om het gebruik van informaticanetwerken te optimaliseren, met de bedoeling de verzekerde slechts te raadplegen indien de gegevens niet beschikbaar zijn.

In het kader van de beslissingen die zij neemt ten aanzien van personen of instellingen, en overeenkomstig de reglementering betreffende de motivering van bestuurshandelingen en het Handvest van de Sociaal Verzekerde, verbindt de H.Z.I.V. zich ertoe om alle vereiste vermeldingen en motiveringen mede te delen, en indien nodig deze uit te breiden en te precisieren.

De H.Z.I.V. verbindt zich er o.a. toe elke weigering van recht of van prestatie te motiveren, en de informatie te verlenen betreffende de elementen die een vermindering van de prestatie of een gedeeltelijke toekenning van het recht motiveren.

## Artikel 66. — Vereenvoudiging van de formulieren

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- alle formulieren die zij naar de verzekerden stuurt, te herzien en in overeenstemming te brengen met het Handvest van de Sociaal Verzekerde (duidelijke, nauwkeurige en volledige informatie), en met de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen. Voorrang zal worden verleend aan formulieren waarbij een beslissing wordt meegedeeld.

2003	2004	2005
Uitvoerige inventaris van de formulieren in de GD's en het CB en vaststelling van de formulieren die bij voorrang moeten worden aangepast in 2004.	Aanpassing van alle formulieren die in 2003 als prioritair werden geselecteerd.	Aanpassing van alle documenten die in 2003 werden geïnventariseerd. Gebruik van de aangepaste documenten door alle diensten van de H.Z.I.V..
Nieuwe formulieren, opgemaakt volgens het Handvest.		



## Artikel 67. — Installatie van een uniek telefoonnummer

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe

- een uniek telefoonnummer te installeren, toegankelijk voor de leden.

2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>— De leden kunnen vragen stellen aan een gesprekspartner en een antwoord krijgen op hun vra(a)g(en).</li> <li>— Analyse v/d diensten die via dit uniek nummer kunnen worden verleend (afgifte van vignettes, documenten E,...) en van de te voorziene aanpassingen aan de programma's.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— De leden kunnen vragen stellen aan een gesprekspartner en een antwoord krijgen op hun vra(a)g(en).</li> <li>— Aanpassing van de programma's om via dit nummer een groter aantal diensten aan te bieden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Antwoorden op de vragen van de leden.</li> <li>— De aanvullende diensten gekozen in 2003 zullen operationeel zijn.</li> </ul>

Artikel 68. — Deelname aan de vereenvoudiging van de door het R.I.Z.I.V. voorgestelde formulieren

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe :

- deel te nemen aan de door het R.I.Z.I.V. aangegane verbintenissen in het kader van de vereenvoudiging van de formulieren :
  - voor aanvraag tot toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming
  - betreffende de door de zelfstandigen uitgeoefende beroepsactiviteit in het kader van de aangifte van arbeidsongeschiktheid (vragenlijst).

## Artikel 69. — Knelpunten

Er zijn geen knelpunten die de verwezenlijking van deze doelstelling in de weg staan.

**TITEL V. — Methodes om de mate waarin de doelstellingen en de gedragsregels werden verwezenlijkt, te meten en te volgen**

De H.Z.I.V. verbindt zich ertoe ervoor te zorgen dat de follow-up van de hierboven genoemde doelstellingen wordt gemeten aan de hand van pertinente indicatoren die men terugvindt in de boordtabellen, of met andere meetinstrumenten.

De kwantificeerbare doelstellingen zullen periodiek worden gemeten (per maand, trimester,...) en worden geëvalueerd aan de hand van boordtabellen die indicatoren bevatten zoals het aantal, de termijnen, de percentages,...

Op dit ogenblik zijn al de gegevens die nodig zijn voor de opbouw van de indicatoren niet in het informaticasysteem ingebracht. Daarom verbindt de H.Z.I.V. zich ertoe deze indicatoren tijdens de overeenkomst op te bouwen en ze ten laatste 1 jaar vóór het verstrijken ervan operationeel te maken.

De kwalitatieve doelstellingen zullen worden gemeten en geëvalueerd aan de hand van aangepaste methodes zoals inventaris, enquêtes, verslagen,...

In de loop van het eerste jaar van de overeenkomst zal een specifieke methodologie worden ontwikkeld, bijvoorbeeld in het kader van de exactheid van de betaling van de geneeskundige verzorging,. Tijdens de volgende jaren zal ze worden toegepast en geëvalueerd.

Voor elke verbintenis die in deze overeenkomst is opgenomen, werd een boordtabel opgemaakt (zie bijlage 1), waarin het volgende wordt vermeld :

a) De acties, middelen of oplossingen die de H.Z.I.V. belooft aan te wenden. Meestal verwijst de indicator naar een datum waarop de actie zal gerealiseerd zijn en die zal kunnen worden vergeleken met de datum die vooraf werd bepaald.

Soms verwijst de indicator naar een streefwaarde. Voor deze acties zijn zowel de huidige waarde als de verwachte of nagestreefde waarden voor de drie jaren van de bestuursovereenkomst vastgelegd.

b) De resultaten zijn verbonden met de gevoerde acties en moeten worden gemeten. Tegenover elk resultaat staan een of meer indicatoren. In de mate van het mogelijke wordt voor elke indicator een actuele waarde vermeld. De nagestreefde of verwachte waarden worden eveneens hetzij per jaar, hetzij na afloop van de overeenkomst gedefinieerd. Men zal ze kunnen vergelijken met de waarden die werden behaald bij het afsluiten van de overeenkomst.

c) De knelpunten zijn factoren waarop de H.Z.I.V. weinig of geen vat heeft en die het behalen van de doelstelling bepalen.

d) De verwachte effecten geven de resultaten weer die de H.Z.I.V. hoopt te behalen, rekening houdend met de vooraf beschreven knelpunten.

**TITEL VI. — De verbintenissen van de Staat en de bescherming van de staatsbelangen**

## Artikel 70

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 71

Na voorafgaand 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 72

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 verzwaring van de taken of van zekere uitgaven.

## Artikel 73

Indien de instelling in het kader van een wettelijke opdracht moet samenwerken met een federaal ministerie zal dit laatste ervoor waken 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 VII. — Zogenaamde positieve en negatieve sancties**

Pro memorie

In verband met de zogenaamde positieve en negatieve sancties waarin het koninklijk besluit voorziet, moet nog een koninklijk uitvoeringsbesluit worden genomen.

**TITEL VIII. — Nodige middelen voor de verwezenlijking van de opdrachten, taken, doelstellingen en gedragsregels****HOOFDSTUK 1. — Beheerskredieten**

## Artikel 74

De beheerskredieten die aan de H.Z.I.V. worden toegekend omvatten alle kredieten inzake personeel, werking en investeringen, zoals zij deel uitmaken van de beheersbegroting, en houden rekening met de doelstelling om voldoende personeelskredieten te voorzien voor de statutaire ambtenaren.

De beheerskredieten en de maximum personeelskredieten voor het statutair personeel zijn berekend volgens in bijlage 2 beschreven methodes.

Voor 2003 bedragen de totale beheerskredieten, die het maximumbedrag aan personeelskredieten voor het statutair personeel omvatten(€ 12.365.147 ) :

	Jaar		
	2003	2004 (i)	2005 (i)
Uitgaven (in euro)			
Personeelsuitgaven	11.360.976 (38)	K2	K2
Werkingsuitgaven	4.721.189	K2	K2
Behalve informatica	1.619.648	K2	K2
Informatica	3.101.541	3.101.541	3.101.541
Prestaties van de Smals-MvM	2.266.144	2.266.144	2.266.144
Andere informaticauitgaven	835.397	835.397	835.397
Investeringsuitgaven	2.771.371	K2	K2
Behalve informatica	119.280	K2	K2
Gebouwen (gesloten omslag)	1.032.316 (39)	1.032.316	1.032.316
Informatica	1.619.775	1.145.708	1.145.708
<b>totaal</b>	<b>18.853.536 €</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Bij de berekening van de begroting van de jaren 2004 en 2005, moet men rekening houden met de volgende correctiefactoren :

K2 ⇒ Correctiefactoren in verband met de gezondheidsindex en de groei van het stabiliteitspact.

De begroting zal elk jaar worden aangepast, rekening houdend met :

- De indexering, d.w.z. de evolutie van de gezondheidsindex en de groei die de regering heeft voorzien in het stabiliteitspact 2001-2005;
- De overdracht van de werkingskredieten in verband met het investeringsprogramma of voor de investeringsuitgaven die tijdens het begrotingsjaar niet werden gebruikt; deze kredieten worden opnieuw ingeschreven in de beheersbegroting van het volgende boekjaar, voorzover dit nodig is voor de uitvoering van het investeringsprogramma (art. 14, § 2 van het koninklijk besluit van 3 april 1997);
- De wijzigingen van de reglementering die een weerslag hebben op de beheersbegroting;
- De personeelskosten ter uitvoering van de positieve sancties waarin de wet voorziet.

## Artikel 75

Binnen de grenzen van haar opdrachten, kan de H.Z.I.V. beslissen over de verwerving, de aanwending of de vervreemding van lichamelijke en onlichamelijke goederen en de vestiging of de opheffing van zakelijke rechten op deze goederen, alsmede over de uitvoering van dergelijke beslissingen.

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, in het bijzonder bij renovatie van gebouwen.

## Artikel 76

Inzake de bepaling van de beheersontvangsten, vereist de affectatie van de opbrengst van de 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.

## HOOFDSTUK 2. — Boekhoudplan

## Artikel 77

De HZIV verbindt zich ertoe een boekhoudplan te ontwikkelen en in te voeren dat is gebaseerd op het nieuwe genormaliseerde boekhoudplan voor de instellingen van sociale zekerheid.

Dit nieuwe boekhoudplan zal in werking treden het jaar volgend op de publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van het koninklijk besluit tot goedkeuring van het nieuwe genormaliseerde boekhoudplan, voorgesteld door de Commissie voor Normalisatie van de Boekhouding van de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid.

## TITEL IX. — Slotbepalingen

## Artikel 78. — Andere opdrachten

De verbintenissen die in deze bestuursovereenkomst zijn vermeld, doen geen afbreuk aan de verplichting van de instelling van sociale zekerheid om de andere wettelijke opdrachten die niet het voorwerp uitmaken van een specifieke doelstelling, op efficiënte wijze te vervullen.

## Artikel 79. — Herziening van de overeenkomst

Elke partij heeft het recht de andere partij voor te stellen om de overeenkomst te herzien vooraleer ze is verstreken. Dit voorstel is onderworpen aan dezelfde basisprocedure als die, welke aanleiding heeft gegeven tot het sluiten van de overeenkomst. De medecontractanten zullen ervoor zorgen geen gebruik te maken van deze mogelijkheid zonder een voldoende ernstige reden. Zij zullen al het nodige doen om ze snel en op constructieve wijze te onderzoeken.

## Artikel 80. — Niet-nakomen van de verbintenissen

Ingeval de verbintenissen die door een van de partijen zijn aangegaan, niet worden nageleefd, zal de andere partij zich onverwijld tot de eerste wenden om maatregelen overeen te komen om hieraan te verhelpen.

Indien de niet-nakoming zelf van het geheel of van een gedeelte van de overeenkomst wordt betwist of indien er onenigheid bestaat over de maatregelen die moeten worden genomen om een contractuele tekortkoming te verhelpen, zullen de partijen zo mogelijk overeenkomen hoe het geschil het best kan worden beslecht, door een beroep te doen op een derde persoon of een derde orgaan.

Bij gebrek aan dergelijk akkoord, of ingeval van niet-naleving van het gevolg dat aan dergelijk akkoord werd gegeven, zal de Ministerraad, na advies van de Nationale Arbeidsraad en van het College van de openbare instellingen van sociale zekerheid, een beslissing nemen.

## Artikel 81. — Duur van deze overeenkomst

Deze overeenkomst wordt gesloten voor een bepaalde duur van drie jaar.

## Artikel 82. — Inwerkingtreding

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2003.

Namens de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

W. TAMINIAUX

De Voorzitter van het Beheerscomité

J. LIVYNS

Administrateur generaal

A. ADRIAENSEN

Adjunct-administrateur generaal

K. ROSIER

Lid van het Beheerscomité

L. DE VOS

Lid van het Beheerscomité

D. VAN DAELE

Lid van het Beheerscomité

I. VAN DAMME

Lid van het Beheerscomité

Namens de Belgische Staat

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen

F. VANDENBROUCKE

De Minister van Begroting

J. VANDE LANOTTE

De Minister van Ambtenarenzaken en van de Modernisering van de Openbare Besturen

L. VAN DEN BOSSCHE

- (1) De gewestelijke dienst Gent en de gewestelijk dienst der Brabanten vergoeden de kosten voor geneeskundige verzorging uitsluitend via een bankrekening of per postcheque.
- (2) In 2001 werden 18 386 getuigschriften vergoed in het kader van de internationale verdragen, tegenover 18 823 in 2000.
- (3) Dit percentage is identiek voor het jaar 2000.
- (4) Dit percentage is gelijk aan 17 % voor het jaar 2000.
- (5) Met uitzondering van de gewestelijke dienst Luxemburg, die vanwege het zeer beperkt aantal gevallen van primaire ongeschiktheid, de mogelijkheid heeft de betaling te verrichten zodra het dossier een vergoeding mogelijk maakt.
- Alleen de gewestelijke dienst Limburg doet vier betalingen per maand op een vaste datum.
- (6) Dit probleem is nog duidelijker bij de werklozen (40 % van de getuigschriften worden ontvangen na het verstrijken van de wettelijke termijn).
- (7) De lopende dossiers zullen altijd tweemaal per maand worden betaald, maar de frequentie van betaling zal worden verhoogd in het geval van een eerste uitbetaling wegens primaire ongeschiktheid. De initiële betaling gebeurt zodra het dossier volledig is.
- (8) Inlichtingsblad of ontvangst van het laattijdig attest.
- (9) Deze termijn zal worden gemeten in kalenderdagen.
- (10) Deze steekproef bevat alle getuigschriften waarvoor de adviserend geneesheer een beslissing heeft genomen tussen 16/01/02 en 15/04/02.
- (11) Beslissing van weigering of erkenning van het medisch getuigschrift.
- (12) Met verwijzing naar het Handvest van de Sociaal Verzekerde
- (13) Gewijzigd bij het K.B. van 28 maart 1995
- (14) Indien de H.Z.I.V. beslist heeft om voor het gerecht te gaan om een lid te verdedigen, neemt de H.Z.I.V. de kosten van de advocaat die haar vertegenwoordigt ten laste. Beslist de H.Z.I.V. evenwel om niet voor het gerecht te gaan, maar gaat het lid zelf voor het gerecht, dan neemt de H.Z.I.V. de kosten van de advocaat die het lid vertegenwoordigt niet ten laste.
- (15) Daghospitalisaties buiten beschouwing gelaten.
- (16) Bijvoorbeeld : de gegevens betreffende de ziekenhuisverblijven, beëindigd in de loop van het jaar 2001, moeten worden gehaald uit de boekhoudkundige gegevens die de periode dekken van 01.01.2001 tot 30.06.2002 en moeten ten laatste op 31.12.2002 naar het R.I.Z.I.V. worden gestuurd.
- (17) Dit verslag zou ten laatste tegen 31.12.2002 beschikbaar moeten zijn.
- (18) Editie 6.
- (19) Editie 7.
- (20) Editie 8.
- (21) Tot 30 juni 1998 geboekte gegevens.
- (22) Op 31.12.03, 31.12.04, 31.12.05.
- (23) Percentage vermeld in de bestuursovereenkomst van het R.I.Z.I.V.
- (24) Het gemiddelde voor alle VI bedraagt 3.40 %.
- (25) Rapport voorzien voor 01.03.2004.
- (26) Respectievelijk 30.08.2001 en 28.02.2002.
- (27) Dit zou eind 2002 operationeel moeten zijn.
- (28) Nieuwe cumulatieregel van toepassing in 2002.
- (29) Algemeen cijfer voor de deeltijdse hervattingen in arbeidsongeschiktheid en in invaliditeit.
- (30) Tegen 01.07.2002.
- (31) Zie artikel 47.
- (32) Op voorwaarde dat het nodige personeel wordt toegekend.
- (33) D.w.z. tegen 31.12.2002, 2003 en 2004
- (34) Met verwijzing naar artikel 32, eerste lid, 15° van de gecoördineerde wet van 14.7.1994. Bijvoorbeeld, de kandidaat-vluchtelingen, de personen die leven van een bestaansminimum,...
- (35) 2,3 % van de « residenten in België » op nationaal vlak in 2000 (cijfers afkomstig uit het jaarverslag R.I.Z.I.V. 2000).
- (36) Opgesteld in de drie talen.
- (37) Gewijzigd bij de wet van 25 juni 1997.
- (i) In afwachting van de parameters (K2), die later meegedeeld worden, wordt geen totaal vermeld, hetzij voor de meerjarige schattingen van de lopende informaticauitgaven en informaticainvesteringen.
- (38) In dit bedrag is een raming begrepen van de kosten van de invoering van het Copernicusplan (competentiepremie en verhoging van het jaarlijks vakantiegeld) geweten bij de ondertekening van de bestuursovereenkomst.
- (39) Dit bedrag omvat de aankoop van 3 nieuwe gebouwen te Bergen, te Charleroi en te Luik, evenals de uitgaven in verband met de inrichting van deze gebouwen. In 2003 werd een bedrag van € 79.325 ingeschreven in de inkomsten voor de verkoop van het gebouw te Malmédy. In 2004 wordt een bedrag van € 495.787 voorzien voor de verkoop van de gebouwen te Luik en Bergen.

Bijlage 1. — Boordtabellen

**Betaling van degeneeskundige verzorging aan de leden**

LUIK: SNELLE BETALING

Resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Voorzover alle vereiste reglementaire bepalingen vervuld zijn, de getuigschriften vergoeden</li> </ul>	<p>Gemiddelde termijn<sup>1</sup> tussen de dag van voorlegging (niet inbegrepen) van het volledige en conforme getuigschrift voor geneeskundige verzorging en de datum van uitbetaling<sup>2</sup> van dit getuigschrift (berekend in werkdagen).</p>	Tussen 3 en 12 dagen op basis van een steekproef	Binnen 10 werkdagen	Binnen 7 werkdagen	Binnen 5 werkdagen
<p>Acties - verbintenissen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De procedure voor de verwerking van de getuigschriften verbeteren, door de frequentie van de betalingen te vergroten, de verzending van de getuigschriften over de post te standaardiseren in de gewestelijke diensten,...</li> </ul>		Uiterste datum 12/2005	Gerealiseerd op		
<p>Knelpunten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De bankdiensten. Dat knelpunt zal worden gemeten via de termijn tussen de datum van de betalingsopdracht en de datum waarop de bank de betaling van de attesten voor geneeskundige verzorging uitvoert, wanneer de vergoedingstermijnen vastgesteld in art. 3 niet worden nageleefd.</li> </ul>					
LUIK: CORRECTE BETALING					
<p>Acties - verbintenissen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkeling van een instrument om de mogelijke oorzaken van een onjuiste betaling op te sporen (enquête op basis van een statistische steekproef)</li> <li>Een complete analyse van de toestand verschaffen<sup>3</sup>.</li> </ul>		Uiterste datum 12/2004  12/2005	Gerealiseerd op		

<sup>1</sup> Maandelijks geneten indicator

<sup>2</sup> Die overeenstemt met de datum waarop de rekening van de HZIV wordt gedebiteerd ten voordele van de verzekerde

<sup>3</sup> Op basis van de gegevens die voortvloeien uit het ontwikkelde instrument en de controle van de anomalieën die tot een onjuiste betaling leiden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geleidelijke informatisering van de permanenties in drie "piloot"-GD's.</li> </ul>	12/2005			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zorgen voor een permanente vorming van het personeel dat belast is met de uitbetaling van de leden.</li> </ul>	12/2005			
<b>Betaling van de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid</b>				
Acties - verbintenissen				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De werkprocedure in de verschillende gewestelijke diensten standaardiseren</li> </ul>	Uiterste datum 12/2003	Gerealiseerd op		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De ontwikkeling van de informatisering van de uitkeringen voortzetten</li> </ul>	12/2004			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een actieve houding aannemen bij het samenstellen van een volledig dossier op tasis waarvan de verzekerde kan worden vergoed, door: De verzekerden te sensibiliseren via een gepaste informatie</li> </ul>	12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Met het nlichtingsblad een brief mee te sturen waarbij de verzekerde wordt inlicht over de voordelen van een snelle terugzending</li> </ul>	12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebruikte maken van een automatische rappel binnen 15 kalenderdagen voor de verzekerden die hun inlichtingsblad niet hebben ngediend.</li> </ul>	12/2004 (parallel met de informatisering)			
Resultaten	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhoging van de frequentie van de eerste uitbetaling wegens primaire ongeschiktheid.</li> </ul>	Indicatoren Frequentie van uitbetaling	4 keer per maand, met een minimum van 1 per week	4 keer per maand, met een minimum van 1 per week	4 keer per maand, met een minimum van 1 per week

Verwachte resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkorting van de termijn van eerste betaling van de uitkering wegens primaire ongeschiktheid.</li> </ul>	Termijn tussen het begin van de primaire ongeschiktheid en de eerste betaling van de uitkering wegens primaire ongeschiktheid	50 dagen <sup>4</sup>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontvangst van het medisch getuigschrift binnen de wettelijke termijnen</li> </ul>	Gemiddelde termijn tussen het begin van de ziekte en de ontvangst van het medisch getuigschrift in de GD	16 dagen— bedienden 7 dagen— arbeiders 6 dagen— werklozen 3 dagen— interimarissen			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperking van het aantal laatijdige aangiften.</li> </ul>	Aantal laatijdige aangiften	Cijfers op 30/06/02			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkorting van de termijn van ontvangst van een volledig inlichtingsblad.</li> </ul>	Termijn tussen de verzendingsdatum van een inlichtingsblad en de ontvangstdatum van een volledig inlichtingsblad.	20 dagen <sup>5</sup> (ongeacht het statuut)			
<b>Knelpunten</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De verzekede, de verzekeraar, de instellingen die de werkloosheidsuitkeringen betalen en de werkgever(s).</li> <li>• De modaliteiten en de termijnen die werden vastgelegd voor de invoering van de multifunctionele aangifte en van de aangifte van sociaal risico</li> </ul>					

<sup>4</sup> Steekproef van 114 dossiers waar het statuut geïdentificeerd werd, uitbetaald in de loop van 2000.

<sup>5</sup> Steekproef van 529 dossiers betaald in de loop van 2000.

### Bijwerking vande SIS-kaart

LUIK : INACHTNEMING VAN DE TERMIJN VOOR BIJWERKING VAN DE SIS-KAARTEN

Acties - verbitenissen		Uiterste datum		Gerealiseerd op		
De SIS-kaarten systematisch aan het loket controleren		12/2003		2003	2004	2005
Resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De SIS-kaart binnen de wettelijke termijn bijwerken.</li> </ul>	Gemiddelde termijn tussen de datum waarop de HZIV kennis heeft van de wijziging en de datum van bijwerking van de SIS-kaart (berekend in werkdagen )	Op basis van een steekproef tussen 14 dagen en 1 jaar				
<ul style="list-style-type: none"> <li>De termijn die verloopt tussen de wijziging van de verzekerbareid en het ogenblik waarop de SIS-kaart kan worden aangepast, geleidelijk aan verminderen.</li> </ul>	Termijn tussen de wijziging van de verzekerbareid en het ogenblik waarop de SIS-kaart kan worden aangepast (berekend in werkdagen )	15 dagen				0 dagen

LUIK : INACHTNEMING VAN DE PROCEDURE

Acties - verbinenissen		Uiterste datum		Gerealiseerd op		
Verzending van een gepersonaliseerde en automatische brief aan de verzekerde		12/2003				
Zorgen voor de opvolging van de oproepingsbrieven, rappels en aangetekende brieven		12/2003				
Invoering van een procedure van systematische rappel om het percentage verzekerde die hun kaart niet komen laten bijwerken, te verminderen.		12/2003				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verzending van een gepersonaliseerde en automatische brief aan de verzekerde</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorgen voor de opvolging van de oproepingsbrieven, rappels en aangetekende brieven</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Invoering van een procedure van systematische rappel om het percentage verzekerde die hun kaart niet komen laten bijwerken, te verminderen.</li> </ul>						



Resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderig van het percentage verzekerden die hun kaart niet komen laten bijwerken.</li> </ul>	Percentage verzekerden die na een oproeping hun kaart niet komen laten bijwerken.	Op basis van een schatting tussen 10 en 50%, naargelang van de GD			

#### Knelpunten

- Verzekeredie zijn kaart niet komt laten bijwerken.
- De deelname van de MvM, wat betreft de beperking van de termijn die verloopt tussen de wijziging van de verzekeraar en het ogenblik waarop de SIS-kaart kan worden aangepast.
- Toekomst van de SIS-kaart en de potentiële hernieuwing ervan.

### Erkenning van te arbeidsongeschiktheid

Acties - verbintenissen	Uiterste datum		Gerealiseerd op		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie de erop gericht is de verzekerde te sensibiliseren i.v.m. onvolledige medische getuigschriften die worden ontvangen</li> </ul>	12/2003				
<b>Resultaten</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Huidige waarde</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dat de adviserend geneesheer <b>de volledige medische getuigschriften</b> erkent binnen de in de wetsbepalingen vastgesteld termijnen.</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangst v een volledig dossier in het medisch kabinet en de verzending van de kennisgeving aan de verzekerde.	?			
<b>Verwachte resultaten</b>	<b>Indicatoren</b>	<b>Huidige waarde</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermindering van het aantal ontvangen onvolledige medische getuigschriften</li> </ul>	Aantal onvolledige medische getuigschriften	?			

**Gezondheidsbevordering**

LUIK : STUDIE- EN DOCUMENTATIEDIENST "GEZONDHEIDSBEVORDERING"

Acties - verbintnissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een socio-demografische databank aanmaken op basis waarvan een analyse kan worden gemaakt van het profiel van de leden en van hun behoeften.</li> <li>In samenwerking met de personeelsdienst, vaststelling van een nieuwe activiteitsindex, aangepast aan de nieuwe opdrachten.</li> </ul>	12/2003				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Beheer van projecten inzake "gezondheidsbevordering", volgens de prioriteiten -behoeften vastgesteld bij de leden, met de medewerking van de verschillende diensten, afgestemd op de analyse van het profiel van de leden door de studiedienst.</li> </ul>	12/2005				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacten opnemen met de gezondheidsobservatoria en de verschillende instellingen die actief zijn op het gebied van gezondheidsbevordering (lokal centra voor gezondheidsbevordering, centra voor gezinsvorming (zogenaamde medische huizen), experimenten Stad-Gezondheid / experimenten School-Gezondheid /enz.) in het kader van deze projecten ro "gezondheidsbevordering".</li> </ul>	12/2003				
Acties - verbintnissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Werkinstrumenten ter beschikking stellen van de maatschappelijk assistenten, van de dienst informatie/communicatie van de Hulpkas in het bijzonder, er van de andere diensten</li> <li>Actief verzamelen van informatie over "gezondheid" via verschillende bronnen: Internet, gespecialiseerde literatuur, pers, conferenties, colloquia, enz..., thematisch archiveren en bijwerken.</li> </ul>	<p>Aantal en aard van de aanvragen ingediend bij de documentatiedienst</p> <p>Aantal bijwerkingen van de werkinstrumenten bestemd voor het personeel van de HZI</p>				

## LUIJK : CEL SOCIAAL BELEID

Acties - verbintrissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een actief sociaal interventiebeleid ontwikkelen om te vermijden dat de verzekerder die te kampen hebben met sociale problemen, hun toevlucht nemen tot de medische sector:</li> </ul> <p>De dienst voor sociale begeleiding concentreren op de sociale bijstand van de eerste lijn.</p> <p>Onder de verschillende maatschappelijke kwesties die ter harte worden genomen, voorrang verlenen aan de problemen van de verzekerden die verband houden met een verkeerd of onvolledig begrip van de rol van een ziekenfonds, van de wetgeving inzake geneeskundige verzorging en van de wijzigingen die de wetgeving ondergaat.</p>	12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een functie van sociale synthese vervullen via coördinatiewerkzaamheden met externe tussenkomende partijen, in het kader van de kwesties die worden behandeld in samenwerking met de diensen van de tweede lijn</li> </ul>	Cf. doelstelling verbonden met het RIZIV	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Het sociale lijk van dossiers "Solidariteitsfonds" (RIZIV) verzorgen.</li> </ul>	12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanmaken van een sociaal gerichte databank (statuut, huisvesting, ziekten met sociale weerslag).</li> </ul>	12/2003	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Invoeren van een sociale dienst in de buurt van de verzekerden:</li> </ul>	12/2004	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Invoeren van permanenties per dienst, op basis van het aantal verzekerden en van de omvang van het grondgebied dat de GD in kwestie vestaet.</li> </ul>	12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluatie en uitbreiding van de sociale permanenties indien nodig</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluatie en uitbreiding van de sociale permanenties indien nodig</li> </ul>		

Acties - verbintenissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Invoeren van concrete maatregelen: Zorgen voor een onthaal en een aangepaste luisterbereidheid door middel van een passende omgeving en een permanente opleiding van de maatschappelijk assistenten.</li> </ul>	<p>Aantal ingerichte bureaus (in functie van de structuur van het gebouw)</p> <p>Aantal uren opleidingen gegeven aan de maatschappelijk assistenten<sup>6</sup></p> <p>0%</p>				
Het aanleggen van een sociaal dossier <sup>7</sup> waarmee een sociale diagnose kan worden gesteld en veralgemening van het gebruik van dit dossier	Aantal sociale dossiers geopen per GD				
Invoeren van een sociale dienst in de buurt van de verzekerder	Aantal contacten met de MA per verzekerde				
Het aanleggen van een tabel betreffende het sociaal netwerk en uitbreiding van de contacten naar buiten toe	<p>Aantal sociale permanenties per GD</p> <p>Aantal bezoeken buiten de GD, per GD</p> <p>Progressie van het aantal gelegde externe contacten</p>				

<sup>6</sup> Te bepalen in samenwerking met de vormingsdirecteurs.

<sup>7</sup> In de vorm van een map voor diagnose en synthese van de sociale problemen van de verzekerde.

### Verdediging van de leden en ombudsdienst

LUIK : ANTWOOREN OP VRAGEN OM INLICHTINGEN

Resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een volledig antwoord verschaffen op aanvragen om inlichtingen binnen een termijn van 22 werkdagen :</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangstdatum van het dossier en de datum van afsluiting van het dossier - % dossiers behandeld binnen 22 werkdagen  Aantal dossiers betreffende informatie, opgesplitst volgens bron (brief, telefoon, e-mail)		66%	75%	85%
<b>Acties - verbinbissen</b>		Uiterste datum			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een antwoord formuleren in een begrijpelijke taal</li> </ul>		12/2003	Gerealiseerd op		

LUIK : BEMIDDELIIG IN KLACHTENDOSSIERS TEGEN DE HZIV

Acties - verbinbissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>De klachten van leden en zorgverleners tegen de HZIV zorgvuldig en binnen een edelijke termijn behandelen, d.w.z. het probleem dat aan de oorzaak ligt van de klacht, via bemiddeling en met medewerking van de betrokken dansten proberen op te lossen</li> </ul>	12/2003	
<b>Resultaten</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>In geval van schriftelijke klacht, een ontvangstbewijs (met vermelding van de contactpersoon) naar het lid of de zorgverlener opsturen</li> </ul>	Indicatoren  Termijn tussen de ontvangstdatum van een schriftelijke klacht en de verzendingsdatum van een ontvangstbewijs	2003 Binnen 7 werkdagen  2004 Binnen 5 werkdagen  2005 Binnen 5 werkdagen

<ul style="list-style-type: none"> <li>De schriftelijke en telefonische klachten definitief behandelen wanneer de verzekerde of de zorgverlener alle gevraagde nuttige informatie en documentatie heeft verstrekt</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangstdatum van een volledig dossier en de datum van afsluiting van het dossier	binnen 33 werkdagen	binnen 33 werkdagen	binnen 22 werkdagen
--	--	---------------------	---------------------	---------------------

**LUIK : BEMIDDELING IN KLACHTENDOSSIER TEGEN ZORGVERLENERS**

Acties - verbintenissen		Uiterste datum		Gerealiseerd op	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De klachten van leden tegen zorgverleners zorgvuldig en binnen een redelijke termijn behandelen, d.w.z. het probleem dat aan de oorzaak ligt van de klacht, via bemiddeling en met medewerking van de betrokken diensten en zorgverleners proberen op te lossen</li> </ul>		12/2003			
Resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>In geval van schriftelijke klacht, een ontvangstbewijs (met vermelding van de contactpersoon) naar het lid of de zorgverlener opsturen</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangstdatum van een schriftelijke klacht en de datum van verzending van een ontvangstbewijs		binnen 7 werkdagen	binnen 5 werkdagen	binnen 5 werkdagen
<ul style="list-style-type: none"> <li>75% van deschriftelijke en telefonische klachten definitief behandelen, wanneer het dossier alle gevraagde nuttige informatie en documentatie bevat (verzekerde zorgverleners, ...)</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangstdatum van een volledig dossier en de datum van afsluiting van het dossier		binnen 66 werkdagen	binnen 55 werkdagen	binnen 44 werkdagen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indien het probleem niet binnen de hierboven vermelde termijn doortoedoen van de ombudsdienst kon worden opgelost, het dossier doorsturen naar de dienst "geschillen", rekening houdend met het hierboven vermelde voorbehoud (artikel 22 van deze overeenkomst) en het lid hierover inlichten</li> </ul>	Termijn tussen de datum waarop het dossier werd doorgestuurd naar de dienst "geschillen" en de verzendingsdatum van een informatieve brief aan de verzekerde		binnen 7 werkdagen 75%	binnen 5 werkdagen 75%	binnen 5 werkdagen 90%

## LUIK : RECHTSVOEDINGEN TEGEN ZORGVERLENERS

Acties - verbinftissen	Uiterste datum	Gerealliseerd op		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een rechtsvoeding overwegen, binnen de grenzen van de mogelijkheden en van de wettelijke verplichtingen, telkens wanneer klachten van verzekerden tegen zorgverleners niet binnen de hierboven vermelde termijnen door bemiddeling kunnen worden opgelost</li> </ul>	12/2003			
De verzekerde regelmatig ambtshalve over het verloop van de procedur informeren, d.w.z. ten minste twee keer per jaar	12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>De verzekerde binnen 14 kalenderdagen op de hoogte brengen van het vonnis</li> </ul>	12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>In overleg met de verzekerde overwegen om in beroep te gaan</li> </ul>	12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Onze advocaatkosten ten laste nemen, en indien nodig ook de gerechtskosten, naargelang van het geval</li> </ul>	12/2003			
Resultaten	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>In overleg met de verzekerde en voorzover de HZIV beslist om voor het gerecht te gaan, deze gerechtelijke procedure instellen binnen een termijn van 180 kalenderdagen, te rekenen vanaf de ontvangst van het volledig dossier met een medisch advies bij de dienst "geschillen"</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangstdatum van het volledig dossier met een medisch advies bij de dienst "geschillen" en de datum van indiening van een gerechtelijke procedure			180 kalenderdagen



LIJK: FOLLOW-UP VAN DE KLACHTEN EN AANVRAGEN OM INLICHTINGEN

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een inventaris opmaken van de communicatietoornissen die werden vastgesteld en van de problemen die aanleiding tot klachten hebben gegeven<sup>8</sup></li> </ul>	12/2003				
<ul style="list-style-type: none"> <li>De graad van tevredenheid van de leden evalueren na definitieve behandeling van de aanvraag of de klacht: via het a dan niet verlenen van hun lidmaatschap door middel van individuele enquêtes</li> </ul>	12/2004 12/2005				
Acties - verbintenissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentale en algemene instructies (omzendbrieven) opstellen en verspreiden met het oog op de verbetering van de werking van de HZIV en de dienstverlening aan de leden</li> </ul>	Aantal edities van de documentatie en van de instructies met het oog op de verbetering van de werking van de HZIV en van de dienstverlening aan de leden.			1 x per jaar	2 x per jaar

<sup>8</sup> Waarin het aantal dossiers zijn opgenomen betreffende informatie, klachten tegen de HZIV, klachten tegen de zorgverleners, gerechtelijke procedures, gegroepeerd volgens bron (brief, telefoon, e-mail) en aard van de klacht (medisch, foutieve vergoeding,...).

## Anoniem Ziekerhuisverblijf

Acties - verbintenissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>De door het RIZIV vastgestelde termijnen voor het leveren van jaar gegevens in acht nemen.</li> </ul>	Termijn tussen het einde van de door de gegevens gedekte boekingsperiode en de levering van de eerste versie	485 d (AZV 1998)  265 d (AZV 1999)  229 d (AZV 2000)			180 d
	Termijn tussen de datum van de aanvraag van het RIZIV tot wijziging van de gegevens en het uitvoeren van deze wijzigingen	Varieert tussen 55 d en 198 d <sup>9</sup>	Max. 180 d tenzij het RIZIV een kortere termijn oplegt	Max. 180 d tenzij het RIZIV een kortere termijn oplegt	Max. 180 d tenzij het RIZIV een kortere termijn oplegt
	Termijn tussen het einde van de door de gegevens gedekte boekingsperiode en de levering van aanvaardbare bestanden aan het RIZIV.	890 d (AZV 1998)  518 d (AZV 1998)			

<sup>9</sup> Schatting van de termijn tussen twee versies

Acties - verbintnissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplossinge: aanbrenge voor de probleme van volledigheiden kwaleiteit van de gegevens waerop wordt gewezen i de rapporte van het RIZIV over de geleverde gegevens.</li> </ul>	Aantal vershillende versies van eenzelfde bestand	4 (AZV 1997) 2 (AZV 1998) 3 (AZV 1999)			2 versies
	percentage verblijven met verwerpinge	3,3% (AZV 1997)			gelijk aan of < 0 3,3%
	Graad van volledigheid van de gegevens:				
	- aantal dage (vergelijking met model H – in %)	99,6% (AZV1997)			> dan 99,6%
	- bedragen buite de dage (vergelijking met model P – in %).	93,2% (AZV1997)			> dan 93,2%
<b>Knelpunte</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>RIZIV : in functie van de vereiste inzake kwaleiteit en volledigheid van de gevraagde gegevens.</li> <li>MvM : vorm een knelpunt wat betref de leveringstermijne en de kwaleiteit van de gegevens.</li> </ul>					

**Farmanet**

Acties - verbintenissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Termijnen verkorten voor de overdracht van de Farmanetgegevens naar het RIZIV</li> </ul>	Aantal dagen achterstand voor de overdracht van de eerste versie, ten opzichte van de wettelijke termijn	34 dagen (2 <sup>de</sup> sem. 2000) 12 dagen (1 <sup>ste</sup> sem. 2000)			0 dagen
<ul style="list-style-type: none"> <li>De kwaliteit verbeteren van de geleverde Farmanetgegevens.</li> </ul>	Aantal dagen achterstand voor de overdracht van de definitieve versie, ten opzichte van de wettelijke termijn  Het door het RIZIV vastgestelde percentage <sup>10</sup> foutieve records bedraagt 7,80%	62 dagen (2 <sup>de</sup> sem. 2000) 12 dagen (1 <sup>ste</sup> sem. 2000) 7,80%	kleiner dan 7,80%	kleiner dan 7,80%	kleiner dan 7,80%

Afhankelijk van de omvang van de aan te brengen wijzigingen

**Acties - verbintenissen**

	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Latere vaststelling van de optimale termijnen en van een procedure, in te voeren op grond van de desiderata geformuleerd in de jaarverslagen van het RIZIV en van de overlegvergaderingen met de andere VI (NIC).</li> </ul>	30/01/2003 30/01/2004 30/01/2005	

<sup>10</sup> Percentage me betrekking tot het tweede semester van 1999 en het eerste semester van 2000, vermeld in de bestuursovereenkomst van het RIZIV.

**Knelpunten**

- Het RIZIV, wat betreft de levering aan de HZIV van de correcte bestanden van de farmaceutische producten en de apothekers, de opgelegde termijnen om correcte gegevens te leveren en de snelheid van mededeling van de aan te brengen aanpassingen.
- De MvM, wat de leveringstermijn en de kwaliteit van de gegevens betreft.
- De online gegevensoverdracht in het kader van het uitbreiding van het project CARENET.

### Levering van de gegevens betreffende de verzekeraarbaarheid

Acties - verbintenissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>De termijn voor levering van de gegevens in acht nemen</li> </ul>	<p>Termijn tussen de datum waarop de gegevens betrekking hebben (30 juni tot 31 december) en de datum van verzending van de elektronische drager naar het RIZIV</p>	2 maanden	Max. 2 maanden	Max. 2 maanden	Max. 2 maanden
<p><b>Acties - verbintenissen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechtzetting van eventuele anomalieën die meegedeeld werden:               <ul style="list-style-type: none"> <li>door de Dienst voor administratieve controle, tengevolge van de ontwikkeling van een programma<sup>11</sup> voor het opsporen van de anomalieën door vergelijking van de toestanden</li> <li>naar aanleiding van het rapport waarin wordt gewezen op de vastgestelde anomalieën en de kritieke toestanden</li> </ul> </li> <li>Versterking van de steun aan personeelsleden voor het begrijpen van de reglementering betreffende de verzekeraarbaarheid (vormingen, omzendbrieven, antwoorden op vragen...)</li> <li>Herziening van het interne programma voor de controle van de verzekeraarbaarheid</li> <li>Hervorming van de hoedanigheidscodes</li> </ul> <p><b>Knelpunten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Omvang van de door het RIZIV opgespoorde anomalieën.</li> <li>Leveringstermijn van de elektronische drager door de MvM</li> </ul>	<p><b>Uiterste datum</b></p> <p>In functie van het aantal knelpunten, afhankelijk van het aantal en type anomalieën vastgesteld door het RIZIV</p> <p>Vanaf 2003 tot einde 2005</p> <p>12/2005</p> <p>12/2003</p>	Gerealiseerd op			

<sup>11</sup> Dit zou eind 2012 operationeel moeten zijn.

## Boekhoudkundige gegevens en statistische basisgegevens

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op		
		2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Op grond van de eind 2003 door het RIZIV opgemaakte inventaris, maatregelen treffen tot verbetering van de kwaliteit en de termijnen voor het ter beschikking stellen van te geleverde gegevens.</li> </ul>	12/2004			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een nieuwe interne procedure vastleggen voor de werkwijze in verband met de derdebetalersregeling<sup>12</sup></li> </ul>	12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>De door het RIZIV vastgestelde problemen verhelpen met het oog op de verbetering van de snelheid en de regelmaat van verwerking van de magneetbarden inzake facturering en van de boeking van de vergoede bedragen.</li> </ul>	6 maanden na ontvangst rapport van het RIZIV			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nieuwe regels volgen inzake boeking.</li> </ul>	Vanaf 2004			
<b>Resultaten</b>	<b>Huidige waarde</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Na het versijken van de overeenkomst, per maand 80% van de in het kader van de derdebetalersregeling te tarifieren bedragen boeken.</li> </ul>	32,4% <sup>13</sup>			80%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Na het versijken van de overeenkomst, de bedragen van 90% van de facturen boeken binnen 2 maanden</li> </ul>	Op basis van een steekproef : 60 dagen <sup>14</sup> 30 dagen <sup>15</sup>			90% van de facturen geboekt binnen 2 maanden

<sup>12</sup> Kan aangepast worden in functie van de evoluerende wetgeving, zoals bijvoorbeeld inzake het afschaffen van de papieren factuur.

<sup>13</sup> Gemiddelde waarde voor de periode van 01.02.01 tot 31.11.01.

<sup>14</sup> Voor de facturen die op magnetische drager worden ontvangen.

<sup>15</sup> Voor de papieren facturen.

Verwachte resultaten	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbetering van de kwaliteit en de termijnen voor de terbeschikkingstelling van de geleverde gegevens</li> </ul>	Percentage verwerpingen en percentage onbruikbare gegevens globaal genomen - boekhoudkundige -flags- en statistische modellen Termijn tussen het einde van de boekingsperiode in kwestie en de datum waarop de gegevens ter beschikking worden gesteld				
<b>Knelpunten</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Invoeren van de facturering via Carenet.</li> <li>Toepassen van het nieuwe systeem voor financiering van de ziekenhuizen vanaf juli 2002 (1/12).</li> <li>De MvM, wat betreft de termijnen voor de controle van de magneetbanden en de kwaliteit van de levering van de statistische gegevens.</li> </ul>					

#### Levering van statistische gegevens betreffende de deeltijdse werkervattingen

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Op grond van het verzoek van het RIZIV, het computerprogramma betreffende gegevens op het vlak van de activering of de deeltijdse hervatting van activiteiten herschrijven</li> </ul>	31.12.04	
<b>Knelpunten</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Beschikbaarheid van de middelen die door de MvM worden verleend (termijn voor het herschrijven van het programma in kwestie).</li> </ul>		



**Bijzonder Solidariteitsfonds**

Acties - verbintenissen		Uiterste datum				Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>De samenselling van een volledig dossier voor verzending naar het RIZIV bespedigen, door aangepaste maatregelen zoals bijvoorbeeld aanmaning sturen naar de betrokken tussenkomende partijen (rechthebbers, zorgverleners,...)</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bevorderen van de informatie over het Bijzonder Solidariteitsfonds naar de verzekeden toe, door de verspreiding van de brochure die het RIZIV over dit fonds heeft gemaakt, via het werk van de maatschappelijk assistenten de algemene informatiebrochure van de HZIV en de aanplakborden van de gewestelijke diensten en plaatselijke bureaus</li> </ul>		Na ontvangst van de informatiebrochure van het RIZIV, voorzien eind 2003				
<ul style="list-style-type: none"> <li>De leden inlichten over de datum van indiening van hun dossier bij het RIZIV.</li> </ul>		Vanaf 2003				
Resultaten	Indicator	Huidige waarde	2003	2004	2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een termijn van acht nemen van 15 werkdagen voor het indienen van volledige dossiers bij het RIZIV.</li> </ul>	Termijn tussen de datum van een volledig dossier en de verzending van het dossier naar het RIZIV	16 dagen in 2001	15 werkdagen	15 werkdagen	15 werkdagen	
Knelpunten						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Afhankelijk van de gemeenten voor het verkrijgen van het rijksnummer van pasgeborenen, dat noodzakelijk is om het dossier samen te stellen.</li> <li>Verschillende interveniërende partijen verstrekken de nodige gegevens om een volledig dossier samen te stellen (zorgverleners, degene die recht heeft op de tegemoetkoming,...)</li> </ul>						

**Actieve deelname aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen**

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Via de deelname aan de CTG, actieve en gestructureerde deelname aan het besluitvormingsproces</li> </ul>	03/2003 <sup>16</sup>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Voorbereiden van de dossiers, behandeld in de CTG</li> </ul>	03/2003	

**Deelname aan het proces inzake medische controle voor toekenning van invaliditeitsuitkeringen in GC en in de GRI**

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Maatregelen treffen met inachtneming van de door het RIZIV gevraagde aanpassingen (op grond van de ingediende jaarverslagen)</li> </ul>	Ten laatste 3 maanden na ontvangst van het rapport van het RIZIV	

<sup>16</sup> Datum bepaald aan de hand van de termijn om het nodige personeel te verkrijgen

**Informatiebeleid**

LUIK : INFORMATIE AAN DE LEDEN

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een ledenenquête<sup>17</sup> verrichten aan de hand van een formulier met suggesties dat verkrijgbaar is in de wachtkamers en aan de loketten</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>En formulier opmaken met gesloten vragen d.m.v. aan te krijsen antwoorden.</li> <li>En evaluatie maken tegen begin 2004 en de methode van enquête indien nodig aanpassen</li> <li>De antwoorden in het loop van het jaar behandelen (terugsturen van gevraagde informatie / aanpassen van de diensten van de HZIV volgens de vastgestelde behoeften)</li> </ul>	<p>12/2003</p> <p>12/2004</p> <p>2004 - 2005</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De contactrochure van de HZIV een keer per jaar heruitgeven in de drie talen</li> <li>De brochure herdenken volgens de belangen van de verzekerde, als pedagogisch informatie-instrument over de rechten en plichten van de sociaal verzekerde inzake geneeskundige verzorging/invaliditeit</li> <li>De presentatiefolder van de diensten van de HZIV in de 3 talen heruitgeven.</li> </ul>	<p>12/2003</p> <p>12/2004</p> <p>12/2005</p> <p>12/2005</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Punctuele informatieprojecten uitwerken in verband met de evolutie van het beleid inzake geneeskundige verzorging, zoals bijvoorbeeld de brochure over generische geneesmiddelen, de maximumfactuur,...</li> </ul>	<p>Rekening houdend met de evolutie van de geldende reglementering inzake geneeskundige verzorging of van de diensten van de HZIV</p> <p>Vanaf 2003 tot in 2005</p>	

<sup>17</sup> Om de informatiebehoeften van de leden te bepalen.

Acties - verbintnissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>De aanplakborden in de gewestelijke diensten regelmatig actualiseren</li> </ul>	Aantal bijwerkingen van de aanplakborden		1 x per trimester	1 x om de twee maanden	1 x per maand
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een informatieblad ontwerpen (embryo van een HZIV-krantje) – in de drie landstalen – dat aan alle verzekerder zal worden bezorgd.</li> </ul>	Aantal nummers van het informatieblaadje in de 3 talen, naargelang van de veranderende doelstellingen die werden gesteld		3 nummers	4 nummers	6 nummers
<ul style="list-style-type: none"> <li>De contactbrochure een keer per jaar bijwerken in de 3 landstalen.</li> </ul>	Aantal bijwerkingen van de contactbrochure in de 3 talen		1 x in de 3 landstalen	1 x in de 3 landstalen	1 x in de 3 landstalen
<ul style="list-style-type: none"> <li>De personeelsleden die in contact staan met de verzekerder (loketisten / personeel van de permanentis / maatschappelijk assistenten) een opleiding verstrekken inzake Informatie-Educatie-Communicatie (IEC).</li> </ul>	Aantal IEC-opleidingen dat jaarlijks wordt gevolgd		10	10	10
<b>Knelpunten</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>De privé-drukkerijen, voor de publicatie van de brochure en de folders,...</li> </ul>					

## LUIK : INFORMATE NAAR BIJTEN TOE

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstellen van het jaarverslag volgens een verbeterde structuur zowel qua inhoud als qua vorm (betere leesbaarheid en beter overzicht van de specificiteit van de GD's)</li> </ul>	12/2004	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Internetsite: De informatie die de contactbrochure bevat, op de internetsite plaatsen Regelmatische bijwerking van de herdachte informatie in termen van pedagogisch instrument van de verzekerde</li> </ul>	12/2004 12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De identificatie van de HZIV verbeteren door het gelijkvormig maken van de externepresentatie van de plaatselijke bureaus/gewestelijke diensten van de HZV (gebruik van het logo, gelijkaardige aanplakking van de openingstijden...), en zo een eigen huisstijl ontwikkelen. Aanwezigheid van de HZV in de traditionele gidsen (telefoonboeken, sociale gidsen, e.a.) en in bestanden (computerbestanden, administratieve bestanden e.a.) die delijst van de mutualiteiten bevatten.</li> </ul>	12/2005	

Acties - verbinenissen	Indicatoren	Huidige waarde	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Het jaarverslag over jaar X uitreiken, 5 maanden na ontvangst van het RIZIV van de eindcijfers van het jaar X in kwestie.</li> </ul>	Termijn tussen de ontvangst van de eindcijfers van het RIZIV en de datum van uitgave van het jaarverslag	13 maanden <sup>18</sup>	9 maanden	7 maanden	5 maanden
<ul style="list-style-type: none"> <li>De samenwerking met diverse partners uitbreiden door een brief met informatie over de diensten van de HZIV naar verscillende instellingen van algemeen nut te sturen. Op grond van de positieve reacties die zij krijgt, zal de HZIV contacten leggen met de betrokken partners.</li> </ul>	Balans met een voorstelling van het type van partners dat werd gecontacteerd, het aantal gekregen antwoorden en het aantal werkelijk aangeknoopte samenwerkingsverbanden.		x	x	x
<b>Knelpunten</b> Voor het jaarverslag : <ul style="list-style-type: none"> <li>De MvM er het RIZIV, voor het bezorgen van het nodige cijfermateriaal (boekhoudkundige gegevens, sociale franchise, forfaits chronische ziekten en orfaits incontinentie).</li> <li>De privé-drukkerijen vormen een knelpunt voor de publicatie.</li> </ul>					

<sup>18</sup> Jaarverslag 1998.

### Toepassing van het handvest van de sociaal verzekerde

LIJK : VEREENVOUDIGING VAN DE FORMULIEREN

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle formulieren die naar de verzekerden worden gestuurd, herzien en in overeenstemming brengen met het Handvest (duidelijke, nauwkeurige en volledige informatie). Voorrang zal worden verleend aan formulieren waarbij eerbepaling wordt meegedeeld.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Volledige inventaris van de formulieren in de GD en in het CB en vaststelling van de formulieren die prioritair aan te passen zijn in 2004</li> </ul>	12/2003	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanpassing van al de formulieren die als prioritair beschouwd worden in 2003</li> </ul>	12/2004	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanpassing van alle documenten die in 2003 werden geïnventariseerd.</li> <li>Gebruik van de aangepaste formulieren door alle diensten van de HZIV.</li> </ul>	12/2005	

LIJK : INSTALLATE VAN EEN UNIEK TELEFOONNUMMER

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>Een uniek nummer voor telefonische oproepen installeren, toegankelijk voor de leden</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>De leden kunnen vragen stellen aan een gesprekspartner en een antwoord krijgen op hun vraag(en).</li> </ul>	12/2003	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse van de diensten die via dit uniek nummer kunnen worden verband (afgifte van vignetten, documenten E...) en van de te voorzien aanpassingen aan de programma's.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanpassing van de programma's om via dit nummer een groter aantal diensten te kunnen aanbieden.</li> </ul>	12/2004	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De aanvullende diensten gekozen in 2003 zullen operationeel zijn.</li> </ul>	12/2005	

## LUIK : DEELNAM: AAN DE VEREENVOUDIGING VAN DE DOOR HET RIZIV VOORGESTELDE FORMULIEREN

Acties - verbintenissen	Uiterste datum	Gerealiseerd op
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerking verlenen aan de door het RIZIV aangegane verbintenissen in het kader van de vereenvoudiging van de formulieren:            voor aanvraag tot toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming            met betrekking tot de beroepsactiviteit in het kader van de aangifte van arbeidsongeschiktheid door zelfstandigen (vragenlijst)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">12/2004</p> <p style="text-align: center;">12/2004</p>	



## Bijlage 2. — Beheersbegroting

## HOOFDSTUK 1. — Overdracht van artikelen van de beheersbegroting naar de opdrachtenbegroting

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 uitgaven die eigen zijn aan het beheer van de instelling. Een werkgroep die binnen College van Administrateurs-generaal werd opgericht, heeft de opdeling van de begrotingen uitgewerkt.

Zich baserend op bovenvermelde definities, werden vanaf het begrotingsjaar 2003 een aantal ontvangsten en uitgaven geheel of gedeeltelijk overgeheveld van de beheersbegroting naar de opdrachtenbegroting. Het betreft de volgende ontvangsten- en uitgavenposten :

## a) Ontvangsten

## Artikel 706.9. — Diverse uitgaven met een bijzondere bestemming

Het betreft de ontvangsten die voortvloeien uit

- de subsidies ten laste van het Ministerie van Volksgezondheid in verband met de door de HZIV verstrekte gegevens betreffende de verpleegdagen.

- Het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV.

## Artikel 712.1. — Gerechtskosten - terugbetaling door derden

Het betreft voornamelijk de tegemoetkoming van derden (verzekeringsmaatschappijen, leden,...) in onze gerechtskosten in verband met de opdrachten.

## Artikel 726.9. — Diverse opbrengsten van beleggingen

Het betreft intresten die de HZIV ontvangt op diverse financiële rekeningen die dienen voor het innen van eigen ontvangsten van de HZIV en van gelden die door het RIZIV worden gestort in het kader van het globaal beheer.

## Artikel 796.1. — Hypothecaire leningen

Het betreft hypothecaire leningen aangegaan in het kader van de vernieuwing van de SIS-kaart.

## b) Uitgaven

## Artikel 812.4. — Geschillen met het personeel of de leveranciers

De kosten voor rechtszaken die de HZIV moet dragen, hebben voornamelijk betrekking op geschillen in verband met de uitkeringsverzekering en de verzekering voor geneeskundige verzorging. Zij zullen dus worden vermeld onder artikel 805.0. van de opdrachtenbegroting.

## Artikel 812.55. — Honoraria voor vertalingen verricht door derden

De kosten aangerekend voor vertalingen die worden uitbesteed in het kader van de uitvoering van de ZIV-reglementering zijn opgenomen in artikel 805.1.

## Artikel 812.811. — Kantoorbenodigdheden en mechanografische kaarten

De kosten voor drukwerk in het kader van de informatie van de verzekerde in verband met de wetgeving inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen, zullen opgenomen worden in artikel 805.2.

## Artikel 812.812. — Frankering van de briefwisseling

De frankeringskosten in verband met de mailing voor de informatie van de verzekerden in verband met de wetgeving inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen, zullen opgenomen worden in artikel 805.2.

Artikel 812.9. — Gewone financiële lasten

De gewone financiële lasten in verband met de in de gewestelijke diensten verrichte betalingen van geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn opgenomen in artikel 805.3.

Artikel 821.9. — Intresten op hypothecaire leningen

Op dit artikel worden de door de FORTIS-bank aangerekende intresten op zichtrekeningen geboekt. Via deze rekeningen worden de ontvangsten vanwege het globaal beheer gestort, de voorschotten aan de gewestelijke diensten overgemaakt en gebeurt dus de betaling van de tegemoetkomingen van de Staat in de geneeskundige verzorging en de uitkeringen. Het bestaan van deze financiële rekeningen houdt bijgevolg rechtstreeks verband met de operationele basisopdracht : beheer van de thesaurie en verdeling van de fondsen onder de actoren van sociale zekerheid (zorgverleners, verzekerden).

HOOFDSTUK 2. — Berekeningsmethodes

*Sectie 1. — Personeelskosten*

De berekeningsmethode berust op de optelling van :

1. De kosten, berekend op de gemiddelde weging van de loopbanen van alle betrekkingen in een volledige personeelsformatie van 242 personeelsleden, waarbij de kosten van de adviserend geneesheren en het onderhoudspersoneel gevoegd worden.

2. De bezoldigingen en de desbetreffende sociale bijdragen.

Het totaalbedrag van de personeelskosten omvat een forfaitair bedrag per nieuw personeelslid van € 1.258, gebaseerd op artikels 811.3 en 811.7.

Overeenkomstig de vereisten van het koninklijk besluit van 3 april 1997, werd een theoretisch maximumkrediet voor personeelskosten berekend.

*Sectie 2. — Werkingskosten*

Het totaal bedrag van de werkingsuitgaven is de som van :

1. De bedragen in verband met de realisaties 2001, vermeerderd met 3 %, en 1,5 % en 1,3 % voor alle artikels.

2. Informatica :

1. Prestaties SMALS. — Door extrapolatie van de gekende uitgaven in 2002 vermeerderd met het toegelaten groeipercentage.

2. Andere informaticauitgaven : bedragen in verband met de realisaties 2001, vermeerderd met 3 %, en 1,5 % en 1,3 % voor alle artikels.

*Sectie 3. — Investeringskosten*

Het totaalbedrag van de investeringsuitgaven is de som van :

1. De bedragen in verband met de realisaties 2001, vermeerderd met 2X3 % voor de meeste artikels.

2. De aanvullende bedragen afkomstig van de meerjarenplannen voor de investeringsuitgaven (informatica en gebouwen), opgemaakt voor de jaren 2003-2005.

BESTUURSOVEREENKOMST

AANVULLENDE MIDDELEN VOOR PERSONEEL

	Middelen m.b.t. de activiteiten	Middelen m.b.t. de bestuursovereenkomst <sup>1</sup>	Doelstellingen
<b>Algemeen bestuur</b>			
	1 administrateur-generaal	1 administrateur-generaal	
	1 adjunct-administrateur-generaal	1 adjunct-administrateur-generaal	
		2 adjunct-adviseur	<b>Gezondheidsbevordering (coördinatie)</b>
		1 adjunct-adviseur	
		1 informaticus	
	1 directiesecretaresse	1 directiesecretaresse	
	2 programmeur	2 programmeur	
		2 maatschappelijk assistent	<b>"Gezondheidsbemiddeling"</b>
	1 administratief assistent	1 administratief assistent	
<b>Directie algemene diensten</b>			
	1 adviseur	1 adviseur	
Logistieke steun	1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	
	1 industrieel ingenieur	1 industrieel ingenieur	
	1 administratief assistent	1 administratief assistent	
	7 administratief medewerker	6 administratief medewerker	
	2 technisch medewerker	2 technisch medewerker	
Vertaling	1 vertaler-revisor	1 vertaler-revisor	
	1 vertaler	2 vertaler	
Human resources	1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	
	4 administratief assistent	4 administratief assistent	
	2 administratief medewerker	2 administratief medewerker	
<b>Directie financiële dienst</b>			
	1 adviseur	1 adviseur	
	7 adjunct-adviseur	5 adjunct-adviseur	
		1 adjunct-adviseur	<b>Statistische en boekhoudkundige gegevens (stat + betalende derde)</b>
	1 boekhouder	1 boekhouder	
	15 administratief assistent	15 administratief assistent	
	8 administratief medewerker <sup>2</sup>	8 administratief medewerker <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> Vetgedrukt, op rijze achtergrond, specifieke middelen m.b.t. de bestuursovereenkomst.

<sup>2</sup> Hierin zijn 2 oprater-mechanografen inbegrepen.

<sup>3</sup> Hierin zijn 2 oprater-mechanografen inbegrepen.

<b>Medische directie</b>		1 hoofdgeneesheer	1 hoofdgeneesheer	
		1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	
		1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen
		1 maatschappelijk assistent <sup>4</sup>	1 maatschappelijk assistent <sup>5</sup>	
		2 administratief assistent	2 administratief assistent	
		1 administratief medewerker	1 administratief medewerker	
<b>Directie juridische diensten</b>				
		1 adviseur	1 adviseur	
	Geschillen	2 adjunct-adviseur	2 adjunct-adviseur	
		4 administratief assistent	4 administratief assistent	
	Internationale overeenkomsten	1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	
		4 administratief assistent	4 administratief assistent	
	Documentatie - informatie-ombudsdienst	1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	
		1 adjunct-adviseur	1 adjunct-adviseur	Handvest van de sociaal verzekerde (uniek nummer)
		1 administratief assistent	1 administratief assistent	Documentatie
		1 administratief assistent	1 administratief assistent	Informatie
		4 administratief assistent	4 administratief assistent	Handvest van de sociaal verzekerde (revisie formulieren)

<sup>4</sup> Halftijds voor de sociale dienst.

<sup>5</sup> Halftijds voor de sociale dienst.

Gewestelijke diensten			
<b>West-Vlaanderen</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	7 administratief assistent		
	7 administratief medewerker		
<b>Oost-Vlaanderen</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	10 administratief assistent		
	4 administratief medewerker		
<b>Antwerpen- Limburg</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	8 administratief assistent		
	9 administratief medewerker		
<b>Brussel</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	14 administratief assistent		
	6 administratief medewerker		
<b>Henegouwen</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	11 administratief assistent		
	7 administratief medewerker		
<b>Luk- Namen- Luxemburg</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	11 administratief assistent		
	10 administratief medewerker		
<b>Eupen-Malmedy</b>	1 adjunct-adviseur		
	1 deskundige		
	11 administratief assistent		
	13 administratief medewerker		
Synthese van de 3D's	7 adjunct-adviseur		
	7 deskundige assistent		
	80 administratief assistent <sup>6</sup>		
	56 administratief medewerker		

<sup>6</sup> Hierin zijn 8 amtenaren inbegrepen te verdelen tegen 1 voor 10 000 verzekerden.

Samenvatting

	Middelen m.b.t bestuursovereenkomst
Centraal Bestur	92
Gewestelijke Diensten	150
	<b>TOTAL</b>
	<b>242</b>

De personeelsformatie omvat 242 ambtenaren, plus 7 contractuele adviserend geneesheren.  
Gezien om gevoegd te worden bij Ons Besluit van 2 oktober 2003.

## ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Begroting,  
J. VANDE LANOTTE

De Minister van Sociale Zaken,  
R. DEMOTTE

De Minister van Ambtenarenzaken,  
Mevr. M. ARENA

Annexe à l'arrêté royal du 2 octobre 2003

**Projet de contrat d'administration entre l'Etat belge  
et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie - Invalidité**

Institution publique de sécurité sociale

La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie - Invalidité est une institution publique de sécurité sociale dont l'objectif de service est de garantir que tout individu puisse faire valoir ses droits à l'assurance obligatoire maladie - invalidité en dehors de toutes autres contraintes que celles prévues par la loi, notamment d'ordre financier, idéologique, médical et socio-économique.

## Table des matières

- TITRE I<sup>er</sup>. — Dispositions générales**  
**Chapitre 1<sup>er</sup>. — L'objet du contrat**  
**Chapitre 2. — Enoncé des missions de la C.A.A.M.I.**  
**Chapitre 3. — Des missions prioritaires de la C.A.A.M.I.**  
**Chapitre 4. — Définitions**
- TITRE II. — Missions et objectifs de la C.A.A.M.I.**  
**Chapitre 1<sup>er</sup>. — Tâches et objectifs liés à la mission financière**  
Section 1 : Paiement des soins de santé aux affiliés.  
*Articles 1 à 5*  
Section 2 : Paiement des indemnités d'incapacité primaire.  
*Articles 6 à 8*  
**Chapitre 2. — Tâches et objectifs liés à la mission technique.**  
Section 1 : Mise à jour de la carte SIS.  
*Articles 9 à 13*  
Section 2 : Reconnaissance de l'incapacité de travail  
*Articles 14 à 16*  
**Chapitre 3. — Missions sociales**  
Section 1 : Promotion santé  
*Articles 17 à 21*  
Section 2 : Défense des membres et médiation  
*Articles 22 à 29*
- TITRE III. — Missions et objectifs relatifs au contrat d'administration de l'I.N.A.M.I.**  
**Chapitre 1<sup>er</sup>. — Livraison de données statistiques**  
Section 1 : Séjours hospitaliers anonymes  
*Articles 30 à 32*  
Section 2 : Pharmanet  
*Articles 33 à 35*  
Section 3 : Données relatives à l'assurabilité  
*Articles 36 à 38*  
Section 4 : Données statistiques et comptables  
*Articles 39 à 41*  
Section 5 : Reprises partielles de travail  
*Articles 42 à 44*  
**Chapitre 2. — Dossiers Fonds spécial de solidarité**  
*Articles 45 à 47*  
**Chapitre 3. — Participation à la Commission au remboursement des médicaments**  
*Articles 48 à 50*  
**Chapitre 4. — Participation au processus de contrôle médical des Commissions régionales et Conseil médical de l'invalidité**  
*Articles 51 à 53*
- TITRE IV. — Règles de conduite à l'égard du public**  
*Articles 54 à 58*  
**Chapitre 1<sup>er</sup> — Politique d'information**  
*Articles 59 à 63*  
**Chapitre 2 — Application de la charte de l'assuré social**  
*Articles 64 à 69*
- TITRE V. — Des méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs et des règles de conduite**
- TITRE VI. — Des engagements et de la préservation des intérêts de l'Etat**  
Articles 70 à 73
- TITRE VII. — Des sanctions dites positives et négatives**
- TITRE VIII. — Des moyens nécessaires à la réalisation des missions, tâches, objectifs et règles de conduite**  
**Chapitre 1<sup>er</sup>. — Des crédits de gestion**  
*Articles 74 à 76*  
**Chapitre 2. — Plan comptable**  
*Article 77*
- TITRE IX. — Des dispositions finales**  
Articles 78 à 82
- ANNEXE 1 : Tableaux de bord**
- ANNEXE 2 : Budget de gestion**



TITRE 1<sup>er</sup>. — Dispositions générales

Considérant :

que le contrat d'administration ne porte ni sur le contenu de la sécurité sociale ni sur la fixation du montant des recettes ou des dépenses mais vise à optimiser le fonctionnement journalier et la gestion des institutions et pour ce faire, reconnaît une plus grande marge d'administration en matière de politique du personnel et de gestion financière;

que le choix politique du cadre juridique d'un contrat engendre le remplacement du rapport d'autorité classique par un rapport plus contractuel. Les deux parties s'engagent dès lors à une concertation structurelle et à des accords réciproques en tant que partenaires équivalents;

que le présent contrat ne peut en aucun cas remettre en cause les compétences, missions et responsabilités d'autres parties concernées par l'application du régime d'assurance maladie – invalidité;

que le contrat ne lie les parties que dans le cadre de la répartition des compétences entre la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité et les autres institutions de sécurité sociale et les institutions publiques de sécurité sociale;

que les autres institutions de sécurité sociale et les autres institutions publiques de sécurité sociale restent compétentes pour les missions qui leur incombent en vertu de la législation en matière de sécurité sociale;

que les deux parties contractantes s'engagent à respecter les dispositions en matière de gestion paritaire, celle-ci se renforçant vu les responsabilités et l'autonomie accrues accordées à la Caisse Auxiliaire dans le cadre de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale;

que, sauf dispositions contraires, les engagements valent à politique inchangée et que par conséquent l'évaluation des engagements s'effectuera en tenant compte des décisions politiques prises après la date d'entrée en vigueur du présent contrat et qui ont influencé la réalisation des objectifs du contrat;

Il est convenu, en exécution 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 des pensions

entre :

- L'Etat belge,
- et
- La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité

ce qui suit :

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — L'objet du contrat

Le présent contrat est conclu dans le cadre des dispositions de l'article 5 de l'arrêté royal du 3 avril 1997 relatif à la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale et vise à définir les engagements respectifs de l'Etat et de la CAAMI. Ces engagements précisent, en vue d'optimiser son fonctionnement, les conditions nécessaires à la réalisation des missions de service public confiées à la CAAMI par la loi ou en vertu de la loi en matière de sécurité sociale; ils seront mis en œuvre et affinés progressivement de même que les instruments de leur suivi.

CHAPITRE 2. — *Énoncé des missions de la C.A.A.M.I.*

Dans le cadre de sa mission de service public, et en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la C.A.A.M.I. remplit 4 missions de base, à savoir offrir à ses membres :

- une intervention dans les frais de prestations médicales en Belgique;
- une garantie d'intervention de l'assurance dans les frais de prestations médicales dans les Etats membres de l'Espace Economique Européen ou dans un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord bilatéral; pour des soins de santé dans un autre pays, dans des cas exceptionnels, une intervention de l'assurance peut être obtenue en Belgique;
- une indemnité en dédommagement de la perte de rémunération résultant de la maternité, de la maladie ou de l'invalidité;
- une allocation pour frais funéraires à la personne qui a supporté les frais funéraires.

De plus, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996 (arrêté royal du 28 mars 1995) assurer la défense de ses membres dans certaines matières définies à l'article 39, § 1<sup>er</sup> de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Ces tâches recouvrent des missions :

— financières : remboursement des prestations de soins de santé en Belgique (aux membres et aux institutions, prestataires dans le cadre du régime tiers-payant), paiement de l'intervention de l'assurance dans les frais soins de santé dans le cadre des conventions internationales, versement d'indemnités, perception de cotisations personnelles, récupérations des montants indus,.....

— techniques : fixation de l'assurabilité et délivrance des cartes SIS, tarification des prestations de soins de santé, fixation des indemnités, reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, octroi de l'autorisation par le médecin conseil pour le remboursement de certaines prestations en matière de soins de santé,.....

— sociales : défense de ses assurés, accompagnement de ses membres dans le cadre de la Charte de l'assuré social et des demandes d'intervention au Fonds spécial de solidarité.

— d'information : transmission à l'I.N.A.M.I. de statistiques et divers états, établissement d'un rapport annuel.

— de gestion : représentation de la C.A.A.M.I.; dans divers organes de gestion de l'assurance maladie invalidité obligatoire (commissions et conseils de l'I.N.A.M.I.).

CHAPITRE 3. — *Des missions prioritaires de la C.A.A.M.I.*

Deux axes seront privilégiés dans le cadre des engagements de la C.A.A.M.I. vis à vis de l'Etat.

Au cours du contrat d'administration, l'accent sera porté sur l'optimisation du service aux membres. Dans l'exécution de ses tâches et de ses missions, la C.A.A.M.I. s'engage à faire du service rendu au membre un axe stratégique prioritaire. Les articles qui font état de délais à respecter, d'une plus grande disponibilité du personnel, d'un traitement davantage automatisé de certaines données doivent se lire avec cette perspective en toile de fond.

Le deuxième axe développé sera constitué d'objectifs découlant de ceux énoncés par l'I.N.A.M.I. dans son contrat d'administration. De par son statut d'organisme assureur, la CAAMI représente le lien entre les assurés et l'Institut. A différents niveaux, la réalisation des engagements de ce dernier nécessite la collaboration des organismes assureurs.

## CHAPITRE 4. — Définitions

Pour l'application du présent contrat, il y a lieu d'entendre par :

1. « Etat » : l'Etat belge représenté par le Ministre des Affaires sociales et des Pensions, M. Franck VANDENBROUCKE, le Ministre du Budget, de l'Intégration sociale et de l'Economie sociale, M. Johan VANDE LANOTTE et, le Ministre de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration, M. Luc VAN DEN BOSSCHE;

2. « Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité » (C.A.A.M.I.) : la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité comme visé par la loi du 14 juillet 1955 modifiant l'Arrêté – loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, représentée par l'Administrateur général, Monsieur Joël LIVYNS, et l'Administrateur général adjoint, Monsieur August Adriaensen.

3. « Comité de gestion » : le Comité de gestion de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité visé à l'article 1, 5° de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale;

4. « Tableaux de bord » : les tableaux de bord tels que visés à l'article 10 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 des pensions;

5. « Plan d'administration » : le plan d'administration comme visé à l'article 10 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 des pensions;

6. « Organisme assureur » : 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;

## TITRE II. — Missions et objectifs de la C.A.A.M.I.

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Tâches et objectifs liés à la mission financière

## Section 1. — Paiement des soins de santé aux affiliés

## Article 1. — Contexte et situation actuelle

La C.A.A.M.I. rembourse les attestations de soins présentées par ses affiliés au guichet, en permanence ou envoyées par courrier. Selon les offices régionaux, ces remboursements s'effectuent en liquide (1) ou par virement bancaire ou postal.

En 2001, la C.A.A.M.I. a remboursé 495 252 attestations (2) contre 506 166 en 2000. En 2000 et 2001, environ 96 % des attestations remboursées concernent des soins prodigués en Belgique, les autres attestations ont été remboursées dans le cadre des conventions internationales.

En ce qui concerne le remboursement des soins de santé effectués en Belgique, environ 43 % des attestations remises par les assurés (envoyées par courrier, présentées aux guichets ou en permanences) ont été remboursées en 2001 (3) sur un compte bancaire ou par virement postal. En 2001, un peu moins de 17 % (4) des attestations remboursées en liquide ont été présentées en permanences, les autres étant présentées au guichet.

Le nombre d'attestations remboursées ne reflète pas à lui seul la charge de travail de cette mission, il faut également tenir compte :

- du nombre de prestations remboursées par attestation,
- du nombre de quittances réalisées,
- du nombre d'attestations remboursées en permanence,
- des demandes de remboursement nécessitant l'accord du médecin-conseil.

## Article 2. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à assurer un paiement rapide et correct des soins de santé aux assurés.

## Article 3. — Paiement rapide

Sur base d'un sondage, le délai de remboursement de ces attestations en 2001 varie entre 3 et 12 jours.

La C.A.A.M.I. s'engage :

- pour autant que toutes les dispositions réglementaires requises soient remplies, à rembourser les attestations :

2003	2004	2005
dans les 10 jours ouvrables	dans les 7 jours ouvrables	dans les 5 jours ouvrables

- à améliorer la procédure de traitement des attestations par l'augmentation de la fréquence de paiement, la standardisation dans les offices régionaux de l'envoi des attestations par courrier,.....

## Article 4. — Paiement correct

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à développer un outil afin de cibler les causes possibles d'un paiement inexact (enquête sur base d'un échantillon statistique) et au terme du contrat, à fournir une analyse complète de la situation;
- à informatiser progressivement les permanences dans trois offices régionaux « pilotes »;
- à assurer au personnel chargé du paiement aux membres une formation continue.
- à prendre, toutes les dispositions nécessaires afin d'éviter les paiements indus ou le cas échéant, éviter que les montants de l'indu ne deviennent pas trop importants

## Article 5. — Contraintes

Le délai de paiement dépend en partie des services bancaires.

## Section 2. — Paiement des indemnités d'incapacité primaire

## Article 6. — Contexte et situation actuelle

L'indemnité d'incapacité primaire doit être payée la première fois dans les trente jours du début de l'incapacité (article 20 du règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).

Afin de pouvoir indemniser l'assuré, la C.A.A.M.I. doit pouvoir disposer de divers documents (certificat médical, feuille de renseignements dûment complétée, .....). Actuellement, la fréquence de paiement de ces indemnités varie selon les offices régionaux. Toutefois, deux paiements au minimum sont effectués chaque mois (5). En fonction de la situation sociale de l'assuré ou lorsque les documents nécessaires à l'indemnisation ont été reçus tardivement, un paiement intermédiaire est réalisé dans certains offices régionaux.

Au cours de l'année 2001, 2 436 premiers paiements d'incapacité primaire ont été effectués.

En 2000, sur base d'un échantillon de 529 dossiers, le premier paiement de l'incapacité primaire a été payé en moyenne dans les 48 jours après le début d'incapacité. Dans ces dossiers sont inclus les salariés, qui bénéficient de 30 jours de salaire garanti.

Une analyse plus détaillée des dossiers pour lesquels le statut de l'assuré était précisé a permis de mettre en évidence deux problématiques concernant la constitution d'un dossier:

- les certificats médicaux des assurés parviennent à la C.A.A.M.I. en dehors des délais dans lesquels ils doivent être introduits (17 % des certificats).(6)
- près de la moitié (48 %) des feuilles de renseignements sont reçues au-delà de 15 jours.

## Article 7. — Objectifs

La C.A.A.M.I. souhaite diminuer progressivement les délais actuels de paiement de la première indemnité d'incapacité primaire dans l'optique de la réglementation en prenant en considération le statut de ses affiliés.

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à standardiser la procédure de travail au sein des différents offices régionaux.
- à poursuivre le développement de l'informatisation des indemnités
- à adopter une attitude active dans la constitution d'un dossier complet qui permet l'indemnisation de l'assuré par :
  - la sensibilisation des assurés via une information adéquate afin de réduire le délai entre le début de maladie et la réception du certificat médical, de diminuer le nombre de certificats tardifs et d'éviter les sanctions.
  - l'envoi avec chaque feuille de renseignements d'une lettre informant l'assuré des avantages à renvoyer rapidement cette dernière.
  - la mise en œuvre d'un rappel automatique dans les 15 jours calendrier pour les assurés n'ayant pas rentré leur feuille de renseignement.
- à augmenter la fréquence des 1<sup>er</sup> paiements (7) d'incapacité primaire afin de réduire le délai entre le moment où les documents nécessaires au paiement sont disponibles (8) et le moment auquel il est effectué. Les paiements seront réalisés quatre fois par mois, dont un par semaine au minimum.

## Article 8. — Contraintes

La collaboration active de différents intervenants est requise afin de pouvoir indemniser rapidement l'assuré. Selon les cas, il s'agit de l'assuré, de l'assureur loi, des organismes de paiement des allocations de chômage et de l'employeur. Plus largement, les modalités et les délais définis pour la mise en place de la déclaration multifonctionnelle et plus particulièrement de la déclaration de risque social pourront aussi représenter une contrainte.

## CHAPITRE 2. — Tâches et objectifs liés à la mission technique

## Section 1. — Mise à jour de la carte SIS

## Article 9. — Contexte et situation actuelle

Lorsque les droits de l'assuré social en matière d'assurance soins de santé évoluent, sa carte SIS doit être mise à jour. Cette procédure de mise à jour de la carte est définie par l'Arrêté ministériel du 20 décembre 1999.

La C.A.A.M.I. est tenue, à chaque adaptation nécessaire des données d'assurabilité d'informer l'assuré social qu'il doit faire procéder à la mise à jour de sa carte dans un délai de quatorze jours (9), suivant la date à laquelle elle a connaissance de la modification. Les assurés sociaux sont tenus de présenter leur carte SIS en vue de leur mise à jour dans les quatorze jours à dater de la transmission de cette information. Si l'assuré social n'a pas soumis, dans le délai fixé, sa carte d'identité sociale à son organisme assureur, celui-ci doit lui envoyer une lettre de rappel. Ce rappel doit être envoyé dans les quatorze jours qui suivent l'expiration du délai susvisé.

## Article 10. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à ce que la carte SIS reflète la situation dans laquelle se trouve l'assuré du point de vue de l'assurabilité et d'autres données, afin que ce dernier puisse, notamment, bénéficier d'un plus grand remboursement (droit à l'intervention majorée) ou éviter une désagréable surprise s'il doit rembourser des montants indûment perçus, en cas de diminution de droit.

## Article 11. — Respect du délai de mise à jour des cartes SIS

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à effectuer la mise à jour de la carte SIS dans le délai légal.
- à réaliser un contrôle systématique des cartes SIS au guichet.
- à réduire progressivement le délai entre la modification de l'assurabilité et le moment où la carte SIS peut être adaptée. Au terme du contrat, ce délai sera annulé.

## Article 12. — Respect de la procédure

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à envoyer une lettre personnalisée et automatique à l'assuré.
- à effectuer un suivi des convocations, rappels et recommandés.
- à mettre en place une procédure de rappel systématique destinée à diminuer le pourcentage d'assurés convoqués qui ne viennent pas mettre leur carte à jour.

## Article 13. — Contraintes

La collaboration active de l'assuré est indispensable car il est fréquent que ce dernier ait été convoqué par courrier et qu'il ne se présente pas à l'office régional pour faire adapter sa carte SIS.

La participation de la SMALS à la réalisation de cet objectif est fondamentale en ce qui concerne la réduction du délai entre la modification de l'assurabilité et le moment où la carte SIS peut être adaptée.

Il faut également tenir compte des discussions qui sont tenues actuellement au sujet de l'avenir de la carte SIS et d'un possible renouvellement de celle-ci.

## Section 2. — Reconnaissance de l'incapacité de travail

## Article 14. — Contexte et situation actuelle

Sans préjudice des dispositions des articles 177 et 190 de l'AR du 03/07/1996, le médecin-conseil notifie sa décision au titulaire au plus tard le troisième jour civil qui suit celui de la réception du certificat médical.

Toutefois, ce délai est porté à cinq jours civils, soit en cas de déclaration tardive de l'incapacité, soit en cas d'intervention du médecin-inspecteur du Service du contrôle médical à la demande du médecin-conseil (AMI/indemnités, Règl. du 16/04/1997, art. 11).

Sur base d'un échantillon de 996 dossiers (10), dans 77 % des cas le médecin-conseil a pris une décision (11) dans les 3 jours civils suivant la réception du certificat médical au cabinet médical.

Dans 23 % des dossiers, cette décision est intervenue au-delà de ce délai, ce qui s'explique par la présence dans cet échantillon de :

- de dossiers pour lesquels la déclaration de l'incapacité de travail était tardive ou pour lesquels le médecin-inspecteur du Service du contrôle médical est intervenu. Le médecin-conseil doit alors se prononcer dans un délai de 5 jours.
- de dossiers pour lesquels la C.A.A.M.I. a reçu un certificat incomplet. Pour ces certificats, c'est la date de réception du 1<sup>er</sup> certificat incomplet qui est pris en compte comme date de réception du certificat au cabinet médical. Dès lors, le délai s'en trouve considérablement allongé car la décision n'intervient qu'au moment où la C.A.A.M.I. reçoit un certificat complet.

## Article 15. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à ce que le médecin conseil reconnaisse les certificats médicaux complets, dans les délais fixés par les dispositions légales.
- à tenter de diminuer le pourcentage de certificats médicaux incomplets qu'elle reçoit par une information destinée à sensibiliser l'assuré.
- à appliquer les dispositions légales de manière identique et à rendre un service uniforme aux assurés, sur l'ensemble des structures décentralisées.

## Article 16. — Contraintes

La réalisation de cet objectif n'est entravée par aucune contrainte.

## CHAPITRE 3. — Missions sociales

## Section 1. — Promotion santé

## Article 17. — Contexte et situation actuelle

Dans son rapport de 1996 (pp 5-6), la Cour des Comptes soulignait que les objectifs (tels que formulés dans la loi organique) étaient relativement vagues. A l'occasion de la conclusion d'un contrat d'administration, elle suggérait que certaines missions incombant à la C.A.A.M.I. soient précisées, et notamment les efforts en vue de promouvoir l'éducation de la santé et d'encourager l'emploi de formules de soins de santé moins onéreuses sans préjudice de la qualité des soins dispensés.

## Article 18. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à créer une cellule « Relais Santé » comprenant un service d'étude et de documentation « promotion santé » ainsi qu'une cellule « politique sociale ».

## Article 19. — Service d'études et de documentation « Promotion santé »

La C.A.A.M.I. s'engage

- à établir une base de données de type socio-démographique afin de permettre l'analyse du profil des membres et de leurs besoins. De plus, une collaboration avec le service du personnel sera entamée afin de définir un nouvel indice d'activité adapté aux nouvelles missions;
- à gérer des projets « promotion santé » en réponse aux priorités – besoins identifiés des membres avec la collaboration avec les différents services (information, développement politique sociale, médecin conseil...) en adéquation avec l'analyse du profil des membres réalisée par le service d'étude;
- à établir des contacts avec les observatoires de la santé et les diverses institutions travaillant en promotion santé (CLPS / Maisons médicales / les expériences Ville-Santé / les expériences d'Ecoles en santé / etc.) dans le cadre de ces projets « promotion santé ».
- à mettre des outils de travail à disposition des assistants sociaux, du service d'information/communication de la Caisse en particulier, et aux autres services;
- à rechercher activement des informations « santé » via différentes sources, Internet, littérature spécialisée, presse, conférences, colloques,..., les archiver de manière thématique et les mettre à jour.

## Article 20. — Cellule « développement d'une politique sociale »

La C.A.A.M.I. s'engage, par le biais des assistants sociaux,

- à développer une politique d'intervention sociale active afin d'éviter la médicalisation des problèmes sociaux vécus par les affiliés (éviter le recours automatique à des institutions de soins : urgences, hôpitaux, ..., et parvenir à solutionner les problèmes sociaux qui se présentent « en interne »).

Cette politique concentrera le service d'accompagnement social sur l'aide sociale de première ligne. La cellule accordera, parmi les problématiques prises en charge, la priorité aux problèmes rencontrés par les assurés qui sont liés à une compréhension erronée ou incomplète du rôle d'une mutuelle, de la législation en matière des soins de santé (octroi de certains droits,...) et de son évolution (information –recours possible (12); aide pour remplir les formulaires, ...).

Cette cellule assumera une fonction de synthèse sociale par le biais d'un travail de coordination avec des intervenants extérieurs, dans le cadre des problématiques traitées en collaboration avec des services de 2<sup>e</sup> ligne (CPAS, planning familial, maisons médicales, centres de santé mentale, services de traitement de maladies graves, services d'aide juridique, centres de médiation de dette, ASBL spécialisées dans les divers domaines sociaux ...).

De manière concrète, la C.A.A.M.I. s'engage à mettre en place les mesures suivantes :

- assurer le volet social des dossiers « Fonds de solidarité » (I.N.A.M.I.).
- assurer un accueil et une écoute adaptée au moyen d'un cadre adéquat et d'une formation continue des assistants sociaux
- création d'un dossier social qui constituera un outil de travail identique pour chaque assistant social, permettant d'établir un diagnostic social et généralisation de l'utilisation de ce dossier.
- création d'une base de données à orientation sociale (statut, logement, maladies à retentissement social).
- mise en place d'un service social de proximité aux assurés :

2003	2004	2005
Mise en place de permanences par office, en fonction du nombre d'affiliés et de l'étendue du territoire couvert par l'OR concerné.	Evaluation et élargissement des permanences sociales si nécessaire	Evaluation et élargissement des permanences sociales si nécessaire

- création d'un tableau de réseau social que chaque assistant social complètera en fonction de son terrain d'activité (identification des contacts privilégiés au sein des institutions, des divers réseaux associatifs repérés) et extension des contacts vers extérieur.

#### Article 21. — Contraintes

La réalisation de cet objectif n'est entravée par aucune contrainte.

#### Section 2. — Défense des membres et médiation

#### Article 22. — Contexte et situation actuelle

En vertu de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales des mutualités et de l'arrêté d'exécution du 24 juin 1993 (13), la C.A.A.M.I. doit assurer la défense des membres.

La défense des membres fait référence au traitement en justice des plaintes contre des prestataires de soins émanant d'affiliés dans les limites des possibilités et des contraintes légales de l'article 39 de la loi précitée du 6 août 1990 et dans la mesure où celui-ci est applicable à la C.A.A.M.I. La médiation, quant à elle, concerne le traitement de demandes d'information écrites et téléphoniques, de plaintes contre la C.A.A.M.I. émanant de membres et de prestataires.

En 2001, le service médiation a traité 46 dossiers pour lesquels une recherche complémentaire d'information a été entreprise, dont :

- 21 dossiers de médiation : plaintes des membres ou des prestataires contre la C.A.A.M.I. (17) et plaintes des membres contre les prestataires (4).
- 25 demandes d'information.

Jusqu'à présent, aucun dossier n'a été intenté en justice étant donné que les problèmes ont toujours trouvé leur solution par la médiation.

Les nombreux contacts téléphoniques avec les affiliés ou les agents des offices régionaux ne sont pas actuellement comptabilisés.

#### Article 23. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à garantir un suivi rapide des demandes d'information et des plaintes, et à mettre en place une instance à laquelle les assurés sociaux insatisfaits peuvent s'adresser afin d'obtenir une médiation (dans le respect des procédures légales et réglementaires existantes).

#### Article 24. — Réponses à des demandes d'information

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à fournir une réponse complète aux demandes d'information dans un délai de 22 jours ouvrables :

2003	2004	2005
66 %	75 %	100 %

- à formuler une réponse dans un langage compréhensible.

#### Article 25. — Médiation dans des dossiers de plaintes contre la C.A.A.M.I.

La C.A.A.M.I. s'engage

- à traiter les plaintes émanant de membres et de prestataires contre la C.A.A.M.I. avec soin et dans un délai raisonnable, c.-à-d. à tenter de résoudre le problème à l'origine de la plainte par une médiation et une collaboration avec les services concernés.

- en cas de plainte écrite, à envoyer un accusé de réception (mentionnant la personne de contact) au membre ou au prestataire :

2003	2004	2005
Dans les 7 jours ouvrables	dans les 5 jours ouvrables	dans les 5 jours ouvrables.

- à traiter définitivement les plaintes écrites et téléphoniques, lorsque l'assuré ou le prestataire a fourni toutes les informations et la documentation utiles demandées :

2003	2004	2005
Dans les 33 jours ouvrables	dans les 33 jours ouvrables	dans les 22 jours ouvrables

Article 26. — Médiation dans des dossiers de plaintes contre des prestataires

La C.A.A.M.I. s'engage

- à traiter les plaintes émanant des membres contre des prestataires avec soin et dans un délai raisonnable, c.-à-d. à tenter de résoudre le problème à l'origine de la plainte par une médiation et une collaboration avec les services et prestataires concernés.

- en cas de plainte écrite, à envoyer un accusé de réception (mentionnant la personne de contact) au membre :

2003	2004	2005
dans les 7 jours ouvrables	dans les 5 jours ouvrables	dans les 5 jours ouvrables.

- à traiter 75 % des plaintes écrites et téléphoniques, lorsque le dossier comporte toutes les informations et la documentation utiles demandées (assuré, prestataires,...) :

2003	2004	2005
Dans les 66 jours ouvrables	dans les 55 jours ouvrables	dans les 44 jours ouvrables

- si le problème n'a pu être résolu par l'action du service de médiation dans le délai défini ci-dessus, à transmettre le dossier au service "contentieux", en tenant compte des réserves citées précédemment ( Article 22 du présent contrat) et à en informer le membre :

2003	2004	2005
dans les 7 jours ouvrables: 75 %	dans les 5 jours ouvrables: 75 %	dans les 5 jours ouvrables: 90 %.

Article 27. — Action en justice contre les prestataires

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à envisager une procédure en justice, dans les limites des possibilités et contraintes légales, chaque fois que des plaintes émanant d'affiliés contre des prestataires ne peuvent être résolues par la médiation dans les délais définis ci-dessus;

- en concertation avec l'affilié, et pour autant que la C.A.A.M.I. décide d'aller en justice, à intenter cette procédure judiciaire dans un délai de 180 jours calendrier à dater de la réception du dossier complet comprenant un avis médical, au service "contentieux".

- à informer régulièrement l'affilié, soit au moins deux fois par an, d'office du déroulement de la procédure;
- à informer l'assuré du jugement dans les 14 jours calendrier;
- à envisager, en concertation avec l'affilié, une procédure en appel;
- à prendre en charge nos frais d'avocat (14) et, si nécessaire, également selon les cas les frais de justice.

Article 28. — Suivi des demandes d'information et plaintes

La C.A.A.M.I. s'engage

- à partir de 2003, à établir un inventaire des défauts d'information constatés et des problèmes ayant entraîné des plaintes;

- à évaluer le degré de satisfaction des membres après traitement définitif de la demande ou de la plainte, par le biais de la prolongation ou non de leur affiliation (en 2004) et au moyen d'enquêtes individuelles (à partir de 2005);

- à rédiger et diffuser une documentation et des instructions générales (circulaires) en vue d'améliorer le fonctionnement de la C.A.A.M.I. et le service aux affiliés :

2004	2005
1 x par an	2 x par an

Article 29. — Contraintes

La collaboration active de l'assuré, du prestataire ainsi que d'autres organisations (l'I.N.A.M.I., l'ONEM, le FAT, d'autres OA, ..... ) auxquels des informations supplémentaires ont été demandées, est indispensable à un traitement rapide des dossiers.

**TITRE III. — Missions et objectifs relatifs au contrat d'administration de l'I.N.A.M.I.****CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Livraison de données statistiques****Section 1<sup>re</sup>. — Séjours hospitaliers anonymes****Article 30. — Contexte et situation actuelle**

Depuis quelques années, les OA sont tenus de fournir à l'I.N.A.M.I. des données concernant les séjours hospitaliers anonymisés, appelées données SHA. Ces données se rapportent aux séjours en hôpitaux généraux (15) achevés dans le courant d'une année civile et sont extraites de six trimestres comptables.

Les OA doivent fournir ces données dans un délai de 6 mois suivant la fin de la période comptable couverte (16).

Dans son contrat d'administration, l'I.N.A.M.I. s'engage à améliorer la qualité et les délais de mise à disposition des données statistiques par « Séjour Hospitalier Anonyme » et intensifier l'exploitation de ces données. Au niveau des OA, l'I.N.A.M.I. a constaté de nombreux problèmes au niveau des délais de fourniture des bandes magnétiques et de la qualité des fichiers livrés.

Plus précisément, il s'est engagé, au cours de l'année 2002, à analyser de manière approfondie les différentes versions des fichiers SHA 1998, 1999 et 2000 qui lui seront adressées et à dresser systématiquement à l'intention de chaque OA un rapport détaillé (17) concernant l'exhaustivité et la qualité de ses données et à organiser, le cas échéant, des réunions avec chaque OA ou avec l'ensemble de ceux-ci en vue de remédier aux problèmes identifiés.

La C.A.A.M.I. a fourni les fichiers relatifs aux séjours achevés en 1998 (18) en octobre 2000. Suite aux corrections demandées par l'I.N.A.M.I., une version définitive a été envoyée en décembre 2001.

En ce qui concerne les séjours 1999 (19), 3 versions du même fichier ont été envoyées, respectivement en mars, mai et novembre 2001.

Les données relatives aux séjours 2000 (20) n'ont pu être communiquées à l'I.N.A.M.I. qu'après l'accord de l'I.N.A.M.I. sur le contrôle de qualité des fichiers fournis pour les séjours 1998 et 1999. La première version leur a été transmise dans le courant du mois de février 2002.

Seul des informations précises sur la qualité sont disponibles pour les données SHA 1997 (21) :

- les données C.A.A.M.I. ont été livrées dans 4 versions différentes, contre 2,3 en moyenne pour l'ensemble des OA.
- l'I.N.A.M.I. a constaté 3.3 % de séjours avec rejets pour la C.A.A.M.I. contre 11.5 % en moyenne pour l'ensemble des OA.
- le taux d'exhaustivité des données par rapport aux nombres de journées a été estimé à 99.6 % (comparaison avec le modèle H - en %), contre 100.2 % en moyenne pour l'ensemble des OA. Le taux d'exhaustivité des données par rapport aux montants hors journées a été estimé à 93.2 % (comparaison avec le modèle P - en %), contre 98.3 % en moyenne pour l'ensemble des OA.

**Article 31. — Objectifs**

Au terme de son contrat d'administration, la C.A.A.M.I. s'engage :

- à respecter les délais fixés par l'I.N.A.M.I. pour la livraison de ses données.
- à apporter des solutions aux problèmes d'exhaustivité et de qualité des données identifiés dans les rapports I.N.A.M.I. correspondants aux données livrées.
- à ce qu'il soit tenu compte d'une possibilité d'extraction rapide et automatique des données, lors de la mise en place de nouvelles procédures.

**Article 32. — Contraintes**

La réalisation de cet objectif dépend :

- de l'I.N.A.M.I., à la fois pour les délais fixés et la qualité des données attendues.
- de la Smals, en ce qui concerne la qualité et le délai de livraison des données

**Section 2. — Pharmanet****Article 33. — Contexte et situation actuelle**

Depuis 1996, les offices de tarification transmettent, par l'intermédiaire des OA, des données statistiques relatives au médicament à l'I.N.A.M.I. Ce transfert d'informations est désigné par le terme « Pharmanet » et porte uniquement sur la prescription des médicaments remboursables dans le cadre de la médecine ambulatoire.

Dans son contrat d'administration, l'I.N.A.M.I. s'engage à améliorer l'exploitation et la diffusion des données Pharmanet. L'institut interviendra auprès des OA et des offices de tarification en vue de diminuer les délais de transmission des données et d'en améliorer la qualité par l'envoi d'un rapport annuel reprenant les constats et d'éventuelles directives à la fin de chaque année (22).

La C.A.A.M.I. transmet ces données 2 fois par an à l'I.N.A.M.I. Elle doit les transmettre au plus tard dans les 3 mois qui suivent la fin du semestre concerné. Parfois, les données doivent être corrigées en fonction des remarques de l'I.N.A.M.I. et leur être à nouveau envoyées.

Les données relatives au 2<sup>e</sup> semestre 2000 ont été envoyées dans le courant du mois de mai 2001. Suite aux remarques de l'I.N.A.M.I., une nouvelle version leur a été communiquées au 1<sup>er</sup> juin 2001. Les données relatives au 1<sup>er</sup> semestre 2001 ont été envoyées au début d'octobre 2001.

L'I.N.A.M.I. a constaté 7.80 % (23) d'enregistrements erronés (24) dans les données fournies par la C.A.A.M.I. en 2000.

**Article 34. — Objectifs**

La C.A.A.M.I. s'engage à :

- diminuer les délais de transmission des données Pharmanet à l'I.N.A.M.I.
- améliorer la qualité des données Pharmanet fournies.
- déterminer ultérieurement les délais optimaux et la procédure à mettre en place en fonction des desiderata exprimés dans les rapports annuels établis par l'I.N.A.M.I. et des réunions de concertation avec les autres OA (CIN).

**Article 35. — Contraintes**

L'I.N.A.M.I. constitue une contrainte dans la mesure où ils doivent fournir à la C.A.A.M.I. des fichiers corrects des produits pharmaceutiques et des pharmaciens. Les délais imposés pour fournir des données correctes pourraient également représenter une contrainte ainsi que la vitesse à laquelle il communique les adaptations à mettre en œuvre.

La réalisation de cet objectif dépend de la Smals en ce qui concerne le délai de livraison des données et la qualité de celles-ci.

La réalisation de cet objectif sera envisagée dans le contexte général de transmission des données en ligne dans le cadre de l'extension du projet CARENET.

*Section 3. — Données relatives à l'assurabilité*

## Article 36. — Contexte et situation actuelle

Les OA sont tenus, depuis 2001, de transmettre par voie électronique deux fois par an (situation du 30/06 et 31/12) les données sur les effectifs au service du contrôle administratif de l'I.N.A.M.I..

Les supports électroniques doivent être remis dans un délai de deux mois après la date à laquelle les données se rapportent.

Lors de la réalisation de son contrat d'administration, l'I.N.A.M.I. utilisera ces données dans le cadre de 2 objectifs :

1) pour effectuer des opérations financières en établissant le rapport entre les dépenses et les affiliés par régime et par catégorie de bénéficiaires.

2) pour organiser des contrôles ciblés de l'assurabilité des bénéficiaires qui ne sont pas en ordre d'assurabilité (absence de documents de type bons de cotisation, non-paiement des cotisations personnelles dues).

En ce qui concerne les OA, l'institut s'est engagé à rédiger un rapport décrivant les études réalisées, les anomalies identifiées et les situations critiques nécessitant des contrôles ciblés dans les mutualités (25).

La C.A.A.M.I. a transmis sur support les données relatives à la situation au 30 juin et au 31 décembre 2001 dans les délais imposés (26).

## Article 37. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage :

- respecter les délais de livraison des données
- améliorer la qualité des relevés transmis par :

a) la correction des éventuelles anomalies communiquées par le Service du contrôle administratif suite au développement d'un programme (27) de détection des anomalies par comparaison des situations, ainsi que suite au rapport relevant les anomalies identifiées et situations critiques.

b) un renforcement du soutien aux agents pour la compréhension de la réglementation relative à l'assurabilité (formations, circulaires, réponses aux questions, demandes d'information des agents...).

c) une révision du programme interne du contrôle de l'assurabilité, qui est un outil essentiel pour repérer les assurés non en ordre auxquels l'I.N.A.M.I. va porter une attention particulière.

d) une réforme des codes qualités.

- garantir, aux inspecteurs I.N.A.M.I., l'accessibilité de la banque de données relative à l'assurabilité existant au sein de la C.A.A.M.I.

## Article 38. — Contraintes

L'engagement relatif à l'amélioration de la qualité des données fournies est soumis à une contrainte extérieure, l'I.N.A.M.I., en fonction du nombre et type d'anomalies relevés par celui-ci.

De même, la Smals constitue une contrainte dans le délai de fourniture du support électronique.

*Section 4. — Données statistiques et comptables*

## Article 39. — Contexte et situation actuelle

Dans le cadre de la gestion de l'assurance soins de santé, l'I.N.A.M.I. doit disposer d'un grand nombre de données chiffrées, fondamentales à la maîtrise du budget. Ces données, c.a.d. les données comptables et statistiques de base, sont fournies par les OA.

Au cours de son contrat d'administration, il souhaite 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.

Dans son analyse de la situation actuelle, l'I.N.A.M.I. a constaté que la qualité et les délais de fourniture par les OA de ces données demandaient une analyse critique.

De plus, les données comptabilisées et transmises mensuellement par les OA présentent des variations qui ne peuvent en aucun cas être la conséquence de l'évolution de la morbidité et de la consommation médicale.

L'I.N.A.M.I. identifie deux causes potentielles :

1) une modification permanente de la vitesse et de la régularité selon lesquelles les hôpitaux introduisent les données de facturation

2) le manque de régularité avec laquelle certains OA reprennent les dépenses acceptées dans les documents comptables qu'ils sont tenus de transmettre à l'I.N.A.M.I.

En 2000, 4 070 095 prestations ont été tarifées dans le cadre du tiers-payant dont 94,7 % sur bande magnétique, 4,8 % sur support papier et 0,5 % liés aux offices de tarification.

Pour la période s'écoulant de début février à fin novembre 2001, environ 32,4 % des montants à facturer en début de mois ont été comptabilisés à la fin du mois avec un minimum de 21 % en février et un maximum de 40 % en août et septembre.

Au cours de son contrat, l'I.N.A.M.I. s'est engagé à :

— à dresser, pour la fin de l'année 2003, un inventaire des mesures envisagées, tant au sein de l'Institut qu'au sein des OA afin d'améliorer la qualité et les délais de mise à disposition tant des données fournies par les OA que des informations produites par l'Institut

— à analyser annuellement au niveau de chaque OA, la rapidité et la régularité tant du traitement des bandes magnétiques de facturation que de la comptabilisation des montants remboursés.

— à proposer de nouvelles règles, pour la fin de l'année 2003, en matière de facturation pour les hôpitaux et de comptabilisation par les OA, autorisant un meilleur suivi par l'I.N.A.M.I. de la réalité des dépenses.

## Article 40. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage :

- en fonction de l'inventaire dressé fin 2003 par l'I.N.A.M.I., à mettre en place des mesures destinées à améliorer la qualité et les délais de mise à disposition des données fournies.

- à définir une nouvelle procédure interne du processus de travail liée au régime tiers-payant

- à remédier aux problèmes identifiés par l'I.N.A.M.I. afin d'améliorer la rapidité et la régularité du traitement des bandes magnétiques de facturation et de la comptabilisation des montants remboursés.

- au terme du contrat, à comptabiliser, par mois, 80 % des montants à tarifier dans le cadre du tiers payant.

- au terme du contrat, à comptabiliser les montants de 90 % des factures dans les 2 mois.

- à suivre les nouvelles règles en matière de comptabilisation.



## Article 41. — Contraintes

La réalisation de cet objectif dépend :

- de la mise en place de la facturation par Carenet qui entraînerait la disparition des bandes magnétiques.
- de la mise en œuvre, dès juillet 2002, du nouveau système de financement des hôpitaux (1/12) dont on ne peut actuellement estimer les conséquences.
- de la Smals, en ce qui concerne les délais de contrôle des bandes magnétiques et la qualité de la livraison des données statistiques.

## Section 5. — Reprises partielles de travail

## Article 42. — Contexte et situation actuelle

En cas d'incapacité de travail, le médecin conseil peut, dans certaines conditions précisées par la réglementation, autoriser le titulaire à reprendre certaines activités. Lorsqu'une activité de type professionnelle a été reprise, une règle de cumul permet de déterminer le montant de l'indemnité en fonction de l'importance des revenus (28).

La réadaptation professionnelle constitue une autre voie de remédiation à l'inactivité pour cause d'incapacité de travail.

Au cours de son contrat d'administration, l'I.N.A.M.I. souhaite évaluer 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 MC, 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.

Dans ce cadre, l'Institut s'est engagé à instaurer une collecte de données plus larges au sujet de l'activation ou reprise partielle d'activités, en collaboration avec les OA et via une transmission sur support électronique pour la fin de l'année 2004.

En 2000, la C.A.A.M.I. a autorisé 61 reprises partielles d'activités (29). En 2001, 50 reprises partielles d'activités ont été autorisées.

En 2000, le Collège des médecins-directeurs de l'I.N.A.M.I. a pris 503 décisions concernant la rééducation professionnelle, 5 demandes étaient issues de la C.A.A.M.I.

En 2001, la C.A.A.M.I. a transféré 1 demande de rééducation professionnelle au CMD.

## Article 43. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à :

- à réécrire le programme informatique concernant les données d'activation ou de reprise partielle d'activités en fonction de la demande de l'I.N.A.M.I.

## Article 44. — Contraintes

La réalisation de cet objectif dépendra de la disponibilité des moyens accordés par la SMALS (délai de réécriture du programme concerné).

## CHAPITRE 2. — Dossiers Fonds spécial de solidarité

## Article 45. — Contexte et situation actuelle

Lorsque des prestations de santé exceptionnelles ne sont pas remboursées par l'assurance soins de santé, le bénéficiaire peut introduire une demande d'intervention auprès du Fonds Spécial de Solidarité de l'I.N.A.M.I., moyennant certaines conditions fixées par l'AR du 26 février 2001. Parmi ces dernières figure notamment l'exigence que ces prestations visent une affection rare et portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire. Ces demandes sont introduites via les organismes assureurs à l'I.N.A.M.I., où elles sont principalement traitées par le Collège des médecins directeurs.

Dans son contrat, l'I.N.A.M.I. s'est engagé à améliorer les délais maximums de traitement administratif des dossiers individuels relevant de ce Fonds et élargir la procédure par une phase d'information du patient.

Parmi les engagements pris par ce dernier, certains ont une implication pour la C.A.A.M.I.. L'I.N.A.M.I. s'est notamment engagé à :

— quantifier les renvois de dossiers aux OA dès 2002 (30) et dresser un inventaire des motifs de renvoi à l'expiration de l'année 2004.

— diffuser la brochure d'information sur le Fonds Spécial de Solidarité auprès des OA, de groupes d'intérêt, d'associations de patient,.....ou sur demande, directement auprès des assurés sociaux, pour la fin de l'année 2003.

— améliorer l'information des assurés sociaux qui ont introduit un dossier auprès du FSS par l'envoi d'un courrier dans les 15 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'OA 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'I.N.A.M.I.

Par ces mesures, l'I.N.A.M.I. souhaite parvenir à :

- une amélioration des délais d'introduction des dossiers à l'I.N.A.M.I. par les OA
- une réduction du taux de dossiers incomplets introduits à l'I.N.A.M.I. par les OA

La C.A.A.M.I. a ouvert 5 dossiers « fonds spécial de solidarité » en 2000 et 26 dossiers en 2001. Ces dossiers ont été introduits à l'I.N.A.M.I. dans un délai moyen de 14 jours en 2000 à partir de l'envoi du dossier complet de l'OR et 16 jours en 2001. La procédure interne garantit l'introduction de dossiers complets à l'I.N.A.M.I., à l'exception peut être de la communication du numéro national (31).

## Article 46. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à :

- respecter un délai d'introduction de dossiers complets de 15 jours ouvrables à l'I.N.A.M.I.
- accélérer la constitution d'un dossier complet envoyé à l'I.N.A.M.I., par des mesures appropriées comme par exemple l'envoi de rappels auprès des intervenants concernés (bénéficiaires, prestataires, ....)
- avertir ses affiliés de la date d'introduction de leur dossier auprès de l'I.N.A.M.I.
- promouvoir l'information des assurés sur le Fonds Spécial de solidarité, par la diffusion de la brochure réalisée par l'I.N.A.M.I., le biais du travail des assistants sociaux, de la brochure générale d'information de la C.A.A.M.I. et des valves d'information des offices et bureaux régionaux.

## Article 47. — Contraintes

Les demandes pour le Fonds spécial de solidarité doivent comporter le numéro national du bénéficiaire. Dans le cas de dossier introduit pour des nouveaux-nés, les communes peuvent constituer une contrainte externe.

Lors de la constitution d'un dossier complet, différents intervenants peuvent ralentir la procédure en ne fournissant pas les données nécessaires. Il s'agit des prestataires de soins ou encore du bénéficiaire de l'intervention, .....

CHAPITRE 3. — *Participation à la Commission au remboursement des médicaments*

## Article 48. — Contexte et situation actuelle

L'I.N.A.M.I. vise l'optimisation des procédures de fixation et de modification des modalités de remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Un délai de 180 jours est imposé par la législation pour fixer le prix des médicaments et les inclure dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie.

C'est la Commission de remboursement des médicaments (CRM) qui traite les dossiers de demandes de remboursement des spécialités pharmaceutiques. Dans son contrat, l'I.N.A.M.I. a pour objectif :

- de respecter des délais légaux notamment en encourageant la CRM à mener des discussions efficaces sur la base d'un processus décisionnel standardisé,
- d'offrir un soutien de qualité au processus décisionnel,
- d'utiliser de façon plus rationnelle le budget par une évaluation pharmaco- économique de l'efficacité de la spécialité.

La C.A.A.M.I. est impliquée via la participation de son médecin-directeur à cette commission. Actuellement, ces réunions se tiennent environ une fois tous les 15 jours, à raison d'une demi-journée. Afin de respecter le délai des 180 jours, cette commission sera très certainement amenée à se réunir plus fréquemment.

## Article 49. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage :

- via sa participation à la CRM, à collaborer de manière active et structurée au processus décisionnel.
- à préparer les dossiers traités à la CRM.

## Article 50. — Contraintes

La réalisation de cet objectif n'est entravée par aucune contrainte (32).

CHAPITRE 4. — *Participation au processus de contrôle médical des Commissions régionales et Conseil médical de l'invalidité*

## Article 51. — Contexte et situation actuelle

L'évaluation et le contrôle de l'incapacité de travail au cours de la 1<sup>re</sup> année (période 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 (CMI). A la fin de la période primaire, le M-C 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. Ensuite, la Commission supérieure de ce conseil se prononce 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 (CR). La C.A.A.M.I. est impliquée via la participation de ses médecins conseils à ces commissions régionales. Celles-ci 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.

Entre 1994 et 2000, l'I.N.A.M.I. a constaté des fluctuations du nombre des séances des CR-CMI et d'examen corporels, qui ont interpellé le Service du contrôle médical sur l'application uniforme de la législation dans les CR et le traitement des dossiers individuels d'invalidité.

Sur base d'un échantillon en février et mars 2000, l'I.N.A.M.I. a également relevé des anomalies de type qualitatif dans le traitement des 11.4 % des dossiers :

- dans 41 % des ces dossiers, une décision de mettre fin à l'incapacité aurait dû être prise par le M-C
- dans 25 % des ces dossiers, l'assuré a été convoqué de manière injustifiée par la Commission supérieure pour la prise de décision de reconnaissance ou de prolongation de l'invalidité
- dans 23 % des ces dossiers, la proposition, formulée par le M-C, d'entrée ou de prolongation de l'invalidité était incomplètement motivée
- dans 10 % des ces dossiers, les dossiers étaient incomplets à la présentation (par ex : absence d'examen techniques demandés)

Dès lors, l'I.N.A.M.I. s'est engagé à effectuer un monitoring du processus médical de contrôle d'octroi d'indemnités en invalidité en CR et CMI. Plus précisément, l'Institut produira annuellement (33) un rapport sur l'évolution du fonctionnement des CR-CMI avec une description comprenant notamment une analyse de la qualité des dossiers des M-C et des décisions du CMI.

Les médecins conseils de la C.A.A.M.I. ont été conviés à participer à 224 commissions régionales au cours de l'année 2001.

En 2001, 736 dossiers d'invalides ont été constitués à la C.A.A.M.I. et envoyés à l'I.N.A.M.I.. 69 dossiers ont été examinés par le CMI. Dans 31 dossiers (44 %), la décision a abouti à une remise au travail. Dans 38 dossiers (66 %), une reconnaissance de l'invalidité a été confirmée.

## Article 52. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage :

- en fonction des rapports annuels produits par l'I.N.A.M.I., à mettre en place des mesures tenant compte des adaptations demandées.

## Article 53. — Contraintes

La réalisation de cet objectif n'est entravée par aucune contrainte.

**TITRE IV. — Règles de conduite à l'égard du public**

La notion de public fait principalement référence aux assurés de la C.A.A.M.I. Il est à noter que ce public est plus spécifique par rapport aux autres mutuelles. En 2001, la C.A.A.M.I. assurait environ 45 % de personnes de nationalité étrangère et un peu plus de 14 % d'assurés « résidents en Belgique » (34), ce qui est supérieur au pourcentage national (35). En conséquence, la politique de conduite à l'égard du public doit être adaptée et ciblée.

**Article 54**

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 55**

La C.A.A.M.I. 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 56**

Lorsque les règles et législations en vigueur laissent une certaine marge d'appréciation dans le cadre de décisions individuelles, la C.A.A.M.I. établira des critères objectifs transparents et uniformes.

**Article 57**

La C.A.A.M.I. 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 58**

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.

**CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Politique d'information****Article 59. — Contexte et situation actuelle**

Dans son rapport de 1996 (p.5), la Cour des comptes avait recommandé à la C.A.A.M.I. de « s'efforcer, dans les limites propres au secteur, d'être mieux connue auprès du public ».

Cette mission doit s'accomplir en tenant compte de la réglementation et des instructions existant en la matière, comme, notamment, la Charte de l'utilisateur des services publics" et la Charte de l'assuré social".

Dans le courant de l'année 2001, divers projets se sont concrétisés, en l'occurrence :

- le dépliant de présentation des services de la C.A.A.M.I.
- le guide pratique des médicaments génériques.
- le mailing aux affiliés dans le cadre de l'extension du dossier médical global.
- les courriers adressés aux présidents des CPAS ayant pour objectif l'établissement de partenariats.
- les divers courriers en réponse aux demandes d'information.

Un projet de construction de site Internet a également été développé et ce site devrait être opérationnel dans le courant de l'année 2002.

Toutefois, la mise à jour de la brochure de contact n'a plus été effectuée depuis 2000 pour la version néerlandaise et française, et depuis 1999 pour la version allemande. A ce jour, la brochure 2002 (36) dans les trois langues est en cours de réalisation.

**Article 60. — Objectifs**

La C.A.A.M.I. s'engage à créer une cellule « information/communication » chargée d'une double mission , de l'information aux membres et de l'information vis-à-vis de l'extérieur .

**Article 61. — Information aux membres**

Il s'agit de l'information générale et régulière auprès des affiliés. Celle-ci sera établie et diffusée en collaboration avec les offices régionaux.

La C.A.A.M.I. s'engage

- à mettre à jour les valves d'information présentes dans les offices régionaux :

2003	2004	2005
1X par trimestre	1X tous les 2 mois	1X par mois

- à réaliser une enquête (dans les 3 langues nationales) auprès des affiliés au moyen d'un formulaire à suggestions disponible dans les salles d'attente et aux guichets :

2003	2004	2005
Elaboration d'un formulaire à questions fermées au travers de réponses à cocher.	Evaluation pour le début de l'année 2004 et adaptation de la méthode de l'enquête si nécessaire.	
	Traitement des réponses en cours d'année (retour d'informations demandées / adaptation des services C.A.A.M.I. en fonction des besoins rencontrés).	

- à réaliser un feuillet d'information (embryon du journal de la C.A.A.M.I.) - dans les 3 langues - qui sera diffusé à l'ensemble des assurés.

2003	2004	2005
3 numéros	4 numéros	6 numéros

- rééditer une fois par an la brochure de contact de la C.A.A.M.I. dans les 3 langues :

De 2003 à 2005	2005
Mise à jour une fois par an dans les 3 langues nationales	Repenser la brochure en fonction des intérêts de l'affilié, en tant qu'instrument pédagogique d'information sur les droits et devoirs de l'assuré social en Soins de Santé / Invalidité

- à rééditer le dépliant de présentation des services de la C.A.A.M.I., dans les 3 langues, en fonction de l'évolution de la réglementation soins de santé en vigueur ou des services de la C.A.A.M.I..
- à fournir une formation Information-Education-Communication aux agents en contact avec les affiliés (guichetiers / personnel des permanences / assistants sociaux). Au terme du contrat, 30 agents seront formés, au rythme de 10 agents par an.
- à élaborer de grands projets d'information ponctuels concernant l'évolution de la politique des soins de santé, comme par exemple, la brochure des médicaments génériques, la facture maximale,.....

#### Article 62. — Information vis-à-vis de l'extérieur

Il s'agit du devoir d'information des activités de la C.A.A.M.I. auprès du public, dans les limites propres à son statut et à ses attributions légales.

La C.A.A.M.I. s'engage

- au terme du contrat, à fournir le rapport annuel d'une année X, 5 mois après réception des chiffres de clôture de l'I.N.A.M.I. de l'année X concernée. Le rapport annuel sera rédigé selon une structure améliorée à la fois sur le fond et la forme (meilleure lisibilité et meilleur aperçu des spécificités des OR),
- pour le site Internet :

2003 - 2004	2005
Mettre en ligne les informations contenues dans la brochure de contact.	Mise à jour régulière des informations repensées en termes d'outil pédagogique de l'assuré.

- à améliorer l'identification de la C.A.A.M.I. par l'uniformisation de la présentation extérieure des bureaux/offices régionaux de la C.A.A.M.I. (utilisation du logo, affichage similaire des heures d'ouverture...) afin de trouver un style propre à la C.A.A.M.I. La C.A.A.M.I. veillera également à ce que ses services soient mentionnés dans les annuaires traditionnels (téléphoniques, sociaux, autres...) les fichiers (informatiques, administratifs, autres...) reprenant la liste des mutuelles.
- à étendre ses partenariats au moyen d'un courrier d'information concernant les services de la C.A.A.M.I. à destination de diverses institutions d'intérêt général, notamment les CPAS; les maisons médicales; les grandes communes via le Collège du bourgmestre et des échevins; les guichets de la Poste; les centres d'accueil pour personnes en situation irrégulière; ..... Sur base des réponses positives obtenues, la C.A.A.M.I. établira des prises de contacts avec les partenaires concernés.

#### Article 63. — Contraintes

La réalisation du rapport annuel dépend de la SMALS et de l'I.N.A.M.I. dans la mesure où ces derniers fournissent les chiffres nécessaires ( données comptables, franchise sociale, forfaits maladies chroniques et forfaits incontinences).

Les imprimeurs privés constituent une contrainte pour la publication de la brochure et des dépliants, ....

#### CHAPITRE 2. — Application de la charte de l'assuré social

#### Article 64. — Contexte et situation actuelle

La Loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social reprend un certain nombre de droits et d'obligations tant pour les institutions publiques de sécurité sociale que pour les assurés sociaux (37).

Dans son plan d'action pour une protection sociale plus accessible et plus conviviale, la Commissaire du Gouvernement a ciblé deux actions :

- l'octroi automatique de droits sociaux et d'allocations par une simplification des procédures.
- l'information correcte, conviviale et rapide à l'assuré par une simplification des formulaires.

#### Article 65. — Objectifs

La C.A.A.M.I. s'engage à une uniformisation de l'application de la législation.

La C.A.A.M.I. s'engage à optimiser l'utilisation des réseaux informatiques en vue de ne consulter l'assuré social que dans le cas où les données ne sont pas disponibles.

Dans le cadre des décisions qu'elle prend vis-à-vis des personnes ou des institutions, et conformément à la réglementation relative à la motivation des actes administratifs et à la charte de l'assuré social, La C.A.A.M.I. s'engage à communiquer, voire si nécessaire à élargir et préciser, toutes les mentions et motivations requises.

La C.A.A.M.I. s'engage notamment à motiver tout refus d'octroi de droit ou de prestation, et à diffuser l'information relative à tous les éléments motivant une réduction de la prestation ou l'octroi partiel du droit.

## Article 66. — Simplification des formulaires

La C.A.A.M.I. s'engage

- à revoir tous les formulaires qu'elle envoie aux assurés de manière à ce qu'ils soient conformes à la charte (informations claires, précises, complètes). La priorité sera donnée aux formulaires qui communiquent une décision.

2003	2004	2005
Inventaire exhaustif des formulaires dans les OR et à l'AC et établissement des formulaires à adapter en priorité en 2004.	Adaptation de la totalité des formulaires sélectionnés comme prioritaires en 2003.	Adaptation de la totalité des documents inventoriés en 2003. Utilisation par l'ensemble de la C.A.A.M.I. des documents adaptés.
Nouveaux formulaires créés de manière conforme à la Charte.		

## Article 67. — Mise en place d'un numéro d'appel téléphonique unique

La C.A.A.M.I. s'engage

- à mettre en place un numéro d'appel téléphonique unique accessible aux membres.

2003	2004	2005
- Les membres pourront poser leurs questions à un interlocuteur et trouver une réponse à leur(s) question(s).  - Analyse des services susceptibles d'être rendu via ce numéro unique (délivrance de vignettes, document E,.....) et des adaptations de programmes à envisager.	- Les membres pourront poser leurs questions à un interlocuteur et trouver une réponse à leur(s) question(s).  - Adaptation des programmes pour augmenter le nombre des services offerts via ce numéro.	- Réponses aux questions des membres.  - Les services supplémentaires choisis en 2003 seront opérationnels.

## Article 68. — Participation à la simplification des formulaires proposés par l'I.N.A.M.I.

La C.A.A.M.I. s'engage :

- à offrir sa participation aux engagements pris par l'I.N.A.M.I. dans le cadre de la simplification des formulaires :
  - de demande d'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance
  - relatif à l'activité professionnelle dans le cadre de la déclaration d'incapacité de travail effectuée par les travailleurs indépendants (questionnaire).

## Article 69. — Contraintes

La réalisation de cet objectif n'est entravée par aucune contrainte.

**TITRE V. — Des méthodes permettant de mesurer et de suivre le degré de réalisation des objectifs et des règles de conduite**

La C.A.A.M.I. s'engage à assurer la mesure du suivi des objectifs précités au moyen d'indicateurs pertinents repris dans les tableaux de bord ou d'autres instruments de mesure.

Les objectifs quantifiables seront mesurés périodiquement (par mois, trimestre,.....) et évalués à l'aide de tableaux de bord comprenant des indicateurs tels que les nombres, les délais, les pourcentages,.....

Actuellement, toutes les données nécessaires à la construction des indicateurs ne sont pas encodées dans le système informatique. Dès lors, la C.A.A.M.I. s'engage à construire ces indicateurs pendant le contrat et les rendre opérationnel au plus tard un an avant la fin de celui-ci.

Les objectifs qualitatifs seront mesurés et évalués à l'aide de méthodes appropriées telles l'inventaire, les enquêtes, rapports, .....

Une méthodologie spécifique sera développée, par exemple dans le cadre de l'exactitude du paiement des soins de santé, au cours de la première année du contrat. Au cours des années suivantes, elle sera mise en œuvre et évaluée.

Pour chaque engagement repris dans le présent contrat, un tableau de bord a été défini (cfr annexe 1) et reprend :

a) Les actions, moyens ou solutions que la C.A.A.M.I. s'engage à mettre en œuvre. Le plus souvent, l'indicateur fait référence à une date à laquelle l'action aura été réalisée et qui pourra être comparée avec la date préalablement fixée.

Parfois, l'indicateur fait référence à une valeur cible. Pour ces actions, la valeur actuelle ainsi que les valeurs attendues ou ciblées pour les trois années du contrat d'administration sont fixées.

b) Les résultats sont liés aux actions menées et doivent être mesurés. En regard de chaque résultat figure un ou plusieurs indicateurs. Dans la mesure du possible, une valeur actuelle est indiquée pour chaque indicateur. Les valeurs-cible ou attendues sont également définies, soit par année, soit au terme du contrat. Elles pourront être comparées aux valeurs obtenues lors de la réalisation du contrat.

c) Les contraintes sont des facteurs sur lesquels la C.A.A.M.I. a peu ou pas de prises et qui déterminent l'atteinte de l'objectif.

d) Les effets attendus représentent les résultats que la C.A.A.M.I. espère obtenir compte tenu des contraintes définies précédemment.

**TITRE VI. — Des engagements et de la préservation des intérêts de l'Etat**

Article 70

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 71

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 leur besoins de manière telle qu'ils puissent garantir la continuité dans l'exercice de leurs missions.

## Article 72

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 entraînés une augmentation perceptible des tâches ou de certaines dépenses.

## Article 73

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 VII. — Des sanctions dites positives et négatives**

Pour mémoire

En ce qui concerne les sanctions dites positives et négatives prévues dans l'arrêté royal, un arrêté royal d'exécution doit encore être pris.

**TITRE VIII. — Des moyens nécessaires à la réalisation des missions, tâches, objectifs et règles de conduite****CHAPITRE 1. — Des crédits de gestion**

## Article 74

Les crédits de gestion qui sont octroyés à la C.A.A.M.I. comprennent tous les crédits relatifs au personnel, au fonctionnement et aux investissements tels qu'ils font partie du budget de gestion et tiennent compte de l'objectif visant à prévoir de façon suffisante des crédits en personnel pour les agents statutaires.

La détermination des crédits de gestion et des crédits maximum de personnel pour le personnel statutaire a été effectuée suivant les méthodes décrites dans l'annexe 2.

Pour 2003, le crédit de gestion global qui comprend le montant maximum de crédits de personnel pour le personnel statutaire (€ 12.365.147) s'élève à :

	Années		
	2003	2004 <sup>i</sup>	2005 <sup>i</sup>
Dépenses (en euro)			
Dépenses en personnel	11.360.976 (38)	K2	K2
Dépenses en fonctionnement	4.721.189	K2	K2
Hors informatique	1.619.648	K2	K2
Informatique	3.101.541	3.101.541	3.101.541
Prestations de la Smals-MvM	2.266.144	2.266.144	2.266.144
Autres dépenses informatiques	835.397	835.397	835.397
Dépenses d'investissement	2.771.371	K2	K2
Hors informatique	119.280	K2	K2
Bâtiments (enveloppe fermée)	1.032.316 (39)	1.032.316	1.032.316
Informatique	1.619.775	1.145.708	1.145.708
total	18.853.536 €	-	-

K2 > Facteurs de correction liés à l'indice santé et de la croissance du pacte de stabilité.

Chaque année le budget sera adapté en tenant compte :

- De l'indexation, c.-à-d. de l'indice santé et de la croissance retenue par le gouvernement dans le pacte de stabilité 2001-2005,

- 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. 14 §2 de l'arrêté royal du 3 avril 1997),

- Des changements de la réglementation ayant un impact sur le budget de gestion,
- Des frais de personnel en exécution des sanctions positives prévues par la loi.

## Article 75

Dans les limites de ses missions, la C.A.A.M.I. 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, 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 76

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.

### CHAPITRE 2. — *Plan comptable*

#### Article 77

La C.A.A.M.I. s'engage à passer au développement et à l'introduction d'un plan comptable basé sur le nouveau plan comptable normalisé pour les institutions de sécurité sociale.

Ce nouveau plan comptable entrera en vigueur l'année suivant la publication au *Moniteur belge* de l'arrêté royal portant approbation du nouveau plan comptable normalisé proposé par la Commission de la normalisation de la Comptabilité des Institutions publiques de sécurité sociale.

### TITRE IX. — Des dispositions finales

#### Article 78. — Autres missions

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 79. — Révision du contrat

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 suffisamment sérieuse. Ils feront tout ce qu'il faut pour l'examiner de façon à la fois constructive et rapide.

#### Article 80. — Non respect des engagements

En cas de non respect des engagements souscrits par une des parties, l'autre partie saisira la première sans retard en vue de convenir des mesures à prendre pour y remédier.

En cas de litige sur l'existence même du non respect de tout ou partie du contrat ou en cas de désaccord sur les mesures à prendre pour remédier à une défaillance contractuelle, les parties conviendront si possible de la meilleure manière de se départager par le recours à une tierce personne ou un tiers organe.

A défaut d'un tel accord ou en cas de non respect du suivi donné à un tel accord, le Conseil des Ministres tranchera après avis du Conseil National du Travail et avis du Collège des institutions publiques de sécurité sociale.

#### Article 81. — Durée du présent contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée de trois ans.

#### Article 82. — Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Au nom de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité :

Président du Comité de Gestion,  
W. TAMINIAUX

Administrateur général,  
J. LIVYNS

Administrateur général adjoint,  
A. ADRIAENSEN

Membre du Comité de gestion,  
K. ROSIER

Membre du Comité de gestion,  
L. DE VOS

Membre du Comité de gestion,  
D. VAN DAELE

Membre du Comité de gestion,  
I. VAN DAMME

Au nom de l'Etat belge :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,  
F. VANDENBROUCKE

Le Ministre du Budget,  
J. VANDE LANOTTE

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

## Notes

(1) Les offices régionaux de Gand et des Brabants remboursent les soins de santé uniquement via un compte bancaire ou par chèque postal.

(2) En 2001, 18 386 attestations ont été remboursées dans le cadre des conventions internationales, contre 18823 en 2000.

(3) Ce pourcentage est identique pour l'année 2000.

(4) Ce pourcentage équivaut à 17 % pour l'année 2000.

(5) A l'exception de l'office régional du Luxembourg, qui en raison du nombre très réduit de cas d'incapacité primaire a la possibilité d'effectuer le paiement dès que le dossier permet l'indemnisation. Seul l'office régional du Limbourg effectue 4 paiements par mois à date fixe.

(6) Cette problématique est encore plus visible chez les chômeurs (40 % des certificats reçus au-delà du délai légal).

(7) Les dossiers courants seront toujours payés deux fois par mois mais la fréquence de paiement sera augmentée dans le cas d'un premier paiement d'incapacité primaire. Le premier paiement sera effectué dès que le dossier est complet.

(8) Feuille de renseignement ou réception de l'attestation tardive

(9) Ce délai sera mesuré en jours calendriers.

(10) Cet échantillon comprend tous les certificats pour lesquels le médecin-conseil a pris une décision entre le 16/01/02 et le 15/04/02.

(11) Décision de refus ou de reconnaissance du certificat médical.

(12) En référence à la Charte de l'assuré social.

(13) Modifié par l'AR du 28 mars 1995.

(14) Si la C.A.A.M.I. a décidé d'aller en justice pour défendre un membre, la C.A.A.M.I. prendra en charge les frais de l'avocat qui la représente. Par contre, si la C.A.A.M.I. décide de ne pas aller en justice, mais le membre va lui-même en justice, la C.A.A.M.I. ne prendra pas en charge les frais d'avocat qui le représente.

(15) Hors hospitalisations de jour.

(16) Par exemple, les données relative aux séjours hospitaliers achevés dans le courant de l'année 2001 doivent être extraites des données comptables couvrant la période du 1/01/2001 au 30/06/2002 et doivent être envoyées à l'I.N.A.M.I. au plus tard le 31/12/2002.

(17) Ce rapport devrait être disponible au plus tard pour le 31/12/2002.

(18) Edition 6

(19) Edition 7

(20) Edition 8.

(21) Données comptabilisées jusqu'au 30 juin 1998.

(22) Au 31.12.2003, 31.12.2004, 31.12.2005.

(23) Pourcentage fourni dans le contrat d'administration de l'I.N.A.M.I..

(24) La moyenne pour l'ensemble des OA est de 3.40 %.

(25) Rapport prévu pour le 01.03.2004

(26) Respectivement le 30.08.2001 et 28.02.2002/2002.

(28) Nouvelle règle de cumul applicable en 2002.

(29) Chiffre globalisé pour les reprises partielles en incapacité de travail et en invalidité.

(30) Pour le 01.07.2002

(31) Voir article 47.

(32) A la condition que le personnel nécessaire nous soit accordé.

(33) C.-a.-d. pour le 31.12.2002, 2003 et 2004.

(34) En référence à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15° de la Loi coordonnée du 14/7/1994. Par exemple, des candidats réfugiés, des personnes relevant du minimex,.....

(35) 2,3 % de personnes « résidants en Belgique » au niveau national pour 2000 (chiffres issus du rapport annuel I.N.A.M.I. 2000).

(36) Rédigée dans les trois langues

(37) Modifiée par la loi du 25 juin 1997.

i) Dans l'attente de l'évolution des paramètres (K2), qui seront connus ultérieurement, aucun total n'est mentionné, sauf concernant les estimations pluriannuelles des dépenses courantes en informatique et en investissements informatiques.

(38) Dans ce montant est inclus une estimation du coût de la mise en place du plan Copernic (prime de compétence et augmentation de la prime de vacances annuelles) connu à la signature du présent contrat d'administration.

(39) Ce montant comprend l'achat de 3 nouveaux bâtiments à Mons, à Charleroi et à Liège, ainsi que les dépenses liées à l'aménagement de ces bâtiments. En 2003, un montant de € 79.325 a été inscrit dans les recettes pour la vente du bâtiment de Malmédy. En 2004, un montant de € 495.787 est prévu pour la vente des bâtiments de Liège et de Mons.



## Annexe 1 : Tableaux de bord

## Paiement des soins de santé aux affiliés

VOLET : PAIEMENT RAPIDE

Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour autant que toutes les dispositions réglementaires requises soient remplies, à rembourser les attestations :</li> </ul>	Délai <sup>1</sup> moyen entre le jour de présentation (exclu) de l'attestation soins de santé complète et conforme, et la date de paiement <sup>2</sup> de celle-ci (calculé en jours ouvrables).	Entre 3 et 12 jours sur base d'un sondage	dans les 10 jours ouvrables	dans les 7 jours ouvrables	dans les 5 jours ouvrables
Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer la procédure de traitement des attestations par l'augmentation de la fréquence de paiement, la standardisation dans les offices régionaux de l'envoi des attestations par courrier,.....</li> </ul>		12/2005			
Contraintes					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Services bancaires. Cette contrainte sera mesurée par le délai entre la date d'ordre de paiement et la date à laquelle la banque exécute le paiement des attestations soins de santé lorsque les délais de remboursement fixé à l'article 3 ne seront pas respectés.</li> </ul>					
VOLET : PAIEMENT CORRECT					
Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement d'un outil afin de cibler les causes possibles d'un paiement inexact (enquête sur base d'un échantillon statistique)</li> <li>Fournir une analyse complète de la situation<sup>3</sup></li> <li>Informatisation progressive des permanences dans trois OR « pilotes »</li> <li>Assurer au personnel chargé du paiement aux membres une formation continue.</li> </ul>	12/2004  12/2005 12/2005 12/2005				

<sup>1</sup> Indicateur mesuré mensuellement.

<sup>2</sup> Qui correspond à la date de débit de compte de la CAAMI en faveur de l'assuré

<sup>3</sup> Sur base des données issues de l'outil développé et du contrôle des anomalies qui entraînent un paiement inexact.

### Paiement des indemnités d'incapacité de travail

Actions - engagements		Date limite	Réalisation			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisation de la procédure de travail au sein des différents offices régionaux.</li> </ul>		12/2003				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre le développement de l'informatisation des indemnités.</li> </ul>		12/2004				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adoption d'une attitude active dans la constitution d'un dossier complet qui permet l'indemnisation de l'assuré par :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilisation des assurés via une information adéquate</li> <li>Envoi avec chaque feuille de renseignements d'une lettre informant l'assuré des avantages à renvoyer rapidement cette dernière</li> <li>Mise en œuvre d'un rappel automatique dans les 15 jours calendrier pour les assurés n'ayant pas rentré leur feuille de renseignements</li> </ul> </li> </ul>		12/2003				
		12/2003				
		12/2004				
		(en parallèle avec informatisation)				
Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation de la fréquence des 1<sup>er</sup> paiement d'incapacité primaire.</li> </ul>	Fréquence de paiement	De 2 à 4 fois par mois selon les OR	4 fois par mois, dont un par semaine au minimum.	4 fois par mois, dont un par semaine au minimum.	4 fois par mois, dont un par semaine au minimum.	

Effets attendus	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction du délai de premier paiement de l'indemnité d'incapacité primaire.</li> </ul>	Délai entre le début de l'incapacité primaire et le premier paiement de l'indemnité d'incapacité primaire	50 jours <sup>4</sup>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réception au certificat médical dans les délais légaux.</li> </ul>	Délai moyen entre le début de la maladie et la réception à l'OR du certificat médical	16 jours – employés 7 jours – ouvriers 6 jours – chômeurs 3 jours - intérimaires			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction au nombre de déclarations tardives.</li> </ul>	Nombre de déclarations tardives	Chiffres au 30/06/02			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction du délai de réception d'une feuille de renseignements complète.</li> </ul>	Délai entre la date d'envoi d'une feuille de renseignements et la date de réception d'une feuille de renseignements complète	20 jours <sup>5</sup> (tous statuts confondus)			
<b>Contraintes</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assuré, l'assureur ou le statut a été identifié, payés dans le courant de l'année 2000.</li> <li>Les modalités et les délais définis pour la mise en place de la déclaration multifonctionnelle et la déclaration de risque social.</li> </ul>					

<sup>4</sup> Echantillon de 414 dossiers où le statut a été identifié, payés dans le courant de l'année 2000.

<sup>5</sup> Echantillon de 299 dossiers payés dans le courant de l'année 2000.

### Mise à jour de la carte SIS

#### VOLET : RESPECT DU DELAI DE MISE A JOUR DES CARTES SIS

Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
• Réaliser un contrôle systématique des cartes SIS au guichet		12/2003	2003	2004	2005
Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
• Effectuer la mise à jour de la carte SIS dans le délai légal	Délai moyen entre la date à laquelle la connaissance de la modification et la date de mise à jour de la carte SIS (calculé en jours calendrier)	Sur base d'un échantillon entre 14 jours et 1 an.			
• Réduire progressivement le délai entre la modification de l'assurabilité et le moment où la carte SIS peut être adaptée.	Délai entre la modification de l'assurabilité et le moment où la carte SIS peut être adaptée. (calculé en jours calendrier)	15 jours			0 jours

#### VOLET : RESPECT DE LA PROCEDURE

Actions - engagements		Date limite	Réalisation
• Envoi d'une lettre personnalisée et automatique à l'assuré		12/2003	
• Effectuer un suivi des convocations, rappels et recommandés		12/2003	
• Mise en place d'une procédure de rappel systématique destinée à diminuer le pourcentage d'assurés qui ne viennent pas mettre leur carte à jour.		12/2003	

Effets attendus	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du pourcentage d'assurés qui ne viennent pas mettre leur carte à jour.</li> </ul>	Pourcentage d'assurés qui suite à une convocation ne viennent pas mettre leur carte à jour.	Sur base d'une estimation entre 10 et 50% selon les OR			

#### Contraintes

- Assuré qui ne vient pas mettre sa carte à jour.
- La participation de la SMALS en ce qui concerne la réduction du délai entre la modification de l'assurabilité et le moment où la carte SIS peut être adaptée.
- Avenir de la carte SIS et son renouvellement potentiel.

### Reconnaissance de l'incapacité de travail

Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Information destinée à sensibiliser l'assuré vis-à-vis des certificats médicaux incomplets reçus.</li> </ul>		12/2003			
Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>A ce que le médecin conseil reconnaisse <b>les certificats médicaux complets</b>, dans les délais fixés par les dispositions légales.</li> </ul>	Délai entre la réception d'un dossier complet au cabinet médical et l'envoi de la notification à l'assuré.	?			
Effets attendus	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du nombre de certificats médicaux incomplets reçus</li> </ul>	Nombre de certificats médicaux incomplets	?			

**Promotion santé**

VOLET : SERVICE D'ETUDES ET DE DOCUMENTATION « PROMOTION SANTE »

Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir une base de données de type socio-démographique afin de permettre l'analyse du profil des membres et de leurs besoins.</li> <li>• En collaboration avec le service du personnel, définition d'un nouvel indice d'activité adapté aux nouvelles missions .</li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de projets « promotion santé » en réponse aux priorités – besoins identifiés des membres avec la collaboration avec les différents services en adéquation avec l'analyse du profil des membres réalisée par le service d'étude.</li> </ul>		12/2005			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prises de contacts avec les observatoires de la santé et les diverses institutions travaillant en promotion santé (CLPS / Maisons médicales / les expériences: Ville-Santé / les expériences d'Écoles en santé / etc.) dans le cadre de ces projets « promotion santé ».</li> </ul>		12/2003			
Actions - engagements		Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre des outils de travail à disposition des assistants sociaux, du service d'information/communication de la Caisse en particulier, et des autres services .</li> <li>• Recherche active des informations « santé » via différentes sources , Internet, littérature spécialisée, presse, conférences, colloques,... , archivage de manière thématique et mise à jour.</li> </ul>					
Indicateurs					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre et type de demandes effectuées au service documentation</li> <li>Nombre de mises à jour des outils destinés aux agents de la CAAMI</li> </ul>					

## VOLET: CELLULE POLITIQUE SOCIALE

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une politique d'intervention sociale active afin d'éviter la médicalisation des problèmes sociaux vécus par les affiliés :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Concentrer le service d'accompagnement social sur l'aide sociale de première ligne.</li> <li>Accorder, parmi les problématiques prises en charge, la priorité aux problèmes rencontrés par les assurés qui sont liés à une compréhension erronée ou incomplète du rôle d'une mutuelle, de la législation en matière des soins de santé et de son évolution</li> <li>Assumer une fonction de synthèse sociale par le biais d'un travail de coordination avec des intervenants extérieurs, dans le cadre des problématiques traitées en collaboration avec des services de 2<sup>ème</sup> ligne</li> </ul> </li> </ul>	12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer le volet social des dossiers « Fonds de solidarité » (INAMI).</li> </ul>	Cfr objectif lié à l'INAMI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer le volet social des dossiers « Fonds de solidarité » (INAMI). Création d'une base de données à orientation sociale (statut, logement, maladies à retentissement social).</li> </ul>	12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un service social de proximité aux assurés :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de permanences par office, en fonction du nombre d'affiliés et de l'étendue du territoire couvert par l'OR concerné</li> <li>Evaluation et élargissement des permanences sociales si nécessaire</li> <li>Evaluation et élargissement des permanences sociales si nécessaire</li> </ul> </li> </ul>	12/2003  12/2004  12/2005	



Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de mesures concrètes Assurer un accueil et une écoute adaptée au moyen d'un cadre adéquat et d'une formation continue des assistants sociaux</li> </ul>	Nombre de bureaux aménagés (en fonction de la structure du bâtiment) Nombre d'heures de formation données aux assistants sociaux <sup>6</sup>	0%			
Création d'un dossier social <sup>7</sup> permettant d'établir un diagnostic social et généralisation de l'utilisation de ce dossier	Nombre de dossiers sociaux ouverts par OR Nombre de contacts avec l'AS par assuré				
Mise en place d'un service social de proximité aux assurés	Nombre de permanences sociales, par OR Nombre de visites à l'extérieur de l'OR, par OR				
Création d'un tableau de réseau social et extension des contacts vers extérieur	Création d'un tableau de réseau social et extension des contacts vers extérieur Progression du nombre de contacts créés vers l'extérieur				

<sup>6</sup> A définir en concertation avec les directeurs de formation.

<sup>7</sup> Sous la forme d'une fiche de diagnostic et de synthèse des problématiques sociales de l'assuré.

### Défense des membres et médiation

VOLET: REPONSES A DES DEMANDES D'INFORMATION

Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir une réponse complète aux demandes d'information dans un délai de 22 jours ouvrables :</li> </ul>	<p>Délai entre la date de réception du dossier et la date de clôture du dossier - % de dossiers traités dans les 22 jours ouvrables</p> <p>Nombre de dossiers d'information ventilé selon la source ( lettre , téléphone, e-mail)</p>		66%	75%	100%
<p>Actions - engagements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formuler une réponse dans un langage compréhensible.</li> </ul>		Date limite	Réalisation		
		12/2003			

VOLET: MEDIATION DANS DES DOSSIERS DE PLAINTES CONTRE LA CAAMI

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traiter les plaintes émanant de membres et de prestataires contre la CAAMI avec soin et dans un délai raisonnable, c.-à-d. à tenter de résoudre le problème à l'origine de la plainte par une médiation et une collaboration avec les services concernés.</li> </ul>	12/2003	
Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de plainte écrite, à envoyer un accusé de réception (mentionnant la personne de contact) au membre ou au prestataire :</li> </ul>	Délai entre la date de réception d'une plainte écrite et la date d'envoi d'un accusé de réception	Dans les 7 jours ouvrables
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traiter définitivement les plaintes écrites et téléphoniques, lorsque l'assuré ou le prestataire a fourni toutes les informations et la documentation utiles demandées</li> </ul>	Délai entre la date d'un dossier complet et la date de clôture du dossier	Dans les 33 jours ouvrables
		Dans les 5 jours ouvrables
		Dans les 5 jours ouvrables
		Dans les 22 jours ouvrables

VOLET: MEDIATION DANS DES DOSSIERS DE PLAINTE CONTRE DES PRESTATAIRES

Actions - engagements		Date limite		Réalisation	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traiter les plaintes émanant des membres contre des prestataires avec soin et dans un délai raisonnable, c.-à-d. à tenter de résoudre le problème à l'origine de la plainte par une médiation et une collaboration avec les services et prestataires concernés.</li> </ul>		12/2003			
Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de plainte écrite, à envoyer un accusé de réception (mentionnant la personne de contact) au membre ou au prestataire :</li> </ul>	Délai entre la date de réception d'une plainte écrite et la date d'envoi d'un accusé de réception		Dans les 7 jours ouvrables	Dans les 5 jours ouvrables	Dans les 5 jours ouvrables
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traiter définitivement 75 % des plaintes écrites et téléphoniques, lorsque le dossier comporte toutes les informations et la documentation utiles demandées (assuré, prestataires,...).</li> </ul>	Délai entre la date d'un dossier complet et la date de clôture du dossier		Dans les 66 jours ouvrables	Dans les 55 jours ouvrables	Dans les 44 jours ouvrables
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le problème n'a pu être résolu par l'action du service de médiation dans le délai défini ci-dessus, transmettre le dossier au service "contentieux", en tenant compte des réserves citées précédemment (Article 22 du présent contrat) et à en informer le membre :</li> </ul>	Délai entre la date de transmission du dossier au service contentieux et date d'envoi d'une lettre d'information à l'assuré		Dans les 7 jours ouvrables: 75%	Dans les 5 jours ouvrables: 75%	Dans les 5 jours ouvrables: 90%.

## VOLET: ACTION EN JUSTICE CONTRE LES PRESTATAIRES

Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager une procédure en justice, dans les limites des possibilités et contraintes égales, chaque fois que des plaintes émanant d'affiliés contre des prestataires ne peuvent être résolues par la médiation dans les délais définis ci-dessus ;</li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informier régulièrement l'affilié, soit au moins deux fois par an, d'office du déroulement de la procédure</li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informier l'assuré du jugement dans les 14 jours calendrier</li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Envisager, en concertation avec l'affilié, une procédure en appel</li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre en charge nos frais d'avocat et, si nécessaire, également selon les cas les frais de justice.</li> </ul>		12/2003			
Résultats	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>En concertation avec l'affilié, et pour autant que la CAAMI décide d'aller en justice, intenter cette procédure judiciaire dans un délai de 180 jours calendrier à dater de la réception du dossier complet comprenant un avis médical, auservice "contentieux".</li> </ul>	Délai entre la date de réception du dossier complet comprenant un avis médical au service "contentieux" et la date d'introduction d'une procédure judiciaire.				180 jours calendrier

## VOLET: SUIVI DES DEMANDES D'INFORMATION ET PLAINTES

Actions - engagements		Date limite	Réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir un inventaire des défauts d'information constatés et des problèmes ayant entrainé des plaintes<sup>8</sup></li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer le degré de satisfaction des membres après traitement définitif de la demande ou de la plainte : par le biais de la prolongation ou non de leur affiliation au moyen d'enquêtes individuelles</li> </ul>		12/2004 12/2005			
Actions - engagements		Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédiger et diffuser une documentation et des instructions générales (circulaires) en vue d'améliorer le fonctionnement de la CAAMI et le service aux affiliés</li> </ul>				1X par an	2X par an
Indicateurs					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'édition de la documentation et des instructions en vue d'améliorer le fonctionnement de la CAAMI et le service aux affiliés</li> </ul>					

<sup>8</sup> Qui recense le nombre de dossiers d'information, de plaintes contre la CAAMI, de plaintes contre les prestataires, de procédures en justice ventilés selon la source (lettre, téléphone, E-mail) et par type (médical, erreur de remboursement, ...)

**Séjour hospitalier anonyme.**

Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respecter les délais fixés par l'INAMI pour la livraison de ses données.</li> </ul>	Délai entre la fin de période comptable couverte par les données et la livraison de la 1 <sup>ère</sup> version	485 j (SHA 1998)  265 j (SHA 1999)  229 j (SHA 2000)			180 j
	Délai entre la date de demande de modification des données de l'INAMI et la réalisation de celles-ci	Varie entre 55j et 198 <sup>9</sup>	Max 180 j sauf délai plus court imposé par Inami	Max 180 j sauf délai plus court imposé par Inami	Max 180 j sauf délai plus court imposé par Inami
	Délai entre la fin de période comptable couverte par les données et la livraison de fichiers acceptables à l'INAMI	890 j (SHA1998)  518 j (SHA1998)			

<sup>9</sup> Estimation du délai entre deux versions.

Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apporter des solutions aux problèmes d'exhaustivité et de qualité des données identifiés dans les rapports INAMI correspondants aux données livrées.</li> </ul>	Nombre de versions différentes d'un même fichier	4 (SHA1997) 2 (SHA1998) 3 (SHA1999)			2 versions
	Pourcentage de séjours avec rejets	3.3% (SHA1997)			Egal ou < 0 3.3%
	Taux d'exhaustivité des données :				
	- nombres de journées (comparaison avec le modèle H – en %)	99.6% (SHA1997)			> à 99.6%
	- montants hors journées (comparaison avec le modèle P – en %).	93.2% (SHA1997)			> à 93.2%
<b>Contraintes</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>INAMI en fonction des exigences en matière de qualité et d'exhaustivité des données demandées.</li> <li>Smals en ce qui concerne les délais de fourniture et la qualité des données.</li> </ul>					

## Pharmanet

Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuer les délais de transmission des données Pharmanet à l'Inami.</li> </ul>	<p>Nombre de jours de retard pour la transmission de la 1<sup>ère</sup> version en référence au délai légal</p> <p>Nombre de jours de retard pour la transmission de la version définitive en référence au délai légal</p>	<p>34 jours (2<sup>ème</sup> semest.2000)</p> <p>12 jours (1<sup>er</sup> semest.2000)</p> <p>62 jours (2<sup>ème</sup> semest.2000)</p> <p>12 jours (1<sup>er</sup> semest.2000)</p>			<p>0 jours</p> <p>Dépend de l'ampleur des corrections à apporter</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer la qualité des données Pharmanet fournies.</li> </ul>	<p>Pourcentage<sup>10</sup> d'enregistrements erronés établi par l'INAMI est de 7.80%</p>	7.80%	Inférieur à 7.80%	Inférieur à 7.80%	Inférieur à 7.80%

<sup>10</sup> Pourcentage relatif au 2<sup>ème</sup> semestre 1999 et 1<sup>er</sup> semestre 2000 fourni dans le contrat d'administration de l'INAMI.



Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détermination ultérieure des délais optimaux et d'une procédure à mettre en place en fonction des desiderata exprimés dans les rapports annuels établis par l'INAMI et des réunions de concertation avec les autres OA (CIN).</li> </ul>	30/01/2003 30/01/2004 30/01/2005	
<b>Contraintes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'INAMI en ce qui concerne la fourniture à la CAAMI des fichiers corrects des produits pharmaceutiques et des pharmaciens., les délais imposés pour fournir des données correctes et la vitesse à laquelle il communique les adaptations à mettre en œuvre .</li> <li>• La Smals en ce qui concerne le délai de livraison des données et la qualité de celles-ci.</li> <li>• La transmission des données en ligne dans le cadre de l'extension du projet CARENET.</li> </ul>		

### Livraison des données concernant l'assurabilité

Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respecter les délais de livraison des données.</li> </ul>	Délai entre la date à laquelle les données se rapportent ( 30 juin ou 31 décembre ) et date d'envoi du support électronique à l'inami	2 mois	Max 2 mois	Max 2 mois	Max 2 mois
<b>Actions - engagements</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Correction des éventuelles anomalies communiquées :               <ul style="list-style-type: none"> <li>par le Service du contrôle administratif suite au développement d'un programme<sup>11</sup> de détection des anomalies par comparaison des situations</li> <li>suite au rapport relevant les anomalies identifiées et situations critiques.</li> </ul> </li> <li>Renforcement du soutien aux agents pour la compréhension de la réglementation relative à l'assurabilité ( formations, circulaires, réponses aux questions,...).</li> <li>Révision du programme interne du contrôle de l'assurabilité.</li> <li>Réforme de: codes qualités.</li> </ul>	Indicateurs En fonction des contraintes, dépend du nombre et type d'anomalies relevés par l'INAMI	Date limite	Date de réalisation		
<b>Contraintes</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampleur des anomalies détectées par l'INAMI.</li> <li>Délai de fourniture du support électronique par la SMALS.</li> </ul>					

<sup>11</sup> Celui-ci devrait être opérationnel fin de l'année 2002.

**Données comptables et statistiques de base.**

Actions - engagements		Date limite	Date de réalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>En fonction de l'inventaire dressé fin 2003 par l'INAMI, mettre en place des mesures destinées à améliorer la qualité et les délais de mise à disposition des données fournies.</li> </ul>		12/2004	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir une nouvelle procédure interne du processus de travail liés au régime tiers-payant.<sup>12</sup></li> </ul>		12/2003			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Remédier aux problèmes identifiés par l'INAMI afin d'améliorer la rapidité et la régularité du traitement des bandes magnétiques de facturation et de la comptabilisation des montants remboursés.</li> </ul>		6 mois après réception du rapport INAMI			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi des nouvelles règles en matière de comptabilisation.</li> </ul>		Dès 2004			
Résultats		Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Au terme du contrat, à comptabiliser, par mois, 80% des montants à arifier dans le cadre du tiers payant.</li> </ul>		32.4% <sup>13</sup>			80%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Au terme du contrat, à comptabiliser les montants de 90% des factures dans les 2 mois.</li> </ul>		Sur base d'un échantillon: 60 jours <sup>14</sup> 30 jours <sup>15</sup>			90% des factures comptabilisées dans les 2 mois

<sup>12</sup> Susceptible d'être adaptée en fonction de l'évolution de la législation comme par exemple la suppression de la facture papier.

<sup>13</sup> Valeur moyenne pour la période allant du 1.02.01 au 31.11.01.

<sup>14</sup> Pour les factures reçues sur support magnétique.

<sup>15</sup> Pour les factures papier.

Effets attendus	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la qualité et les délais de mise à disposition des données fournies.</li> </ul>	Taux de rejet et taux de données inexploitable dans leur totalité -flags- comptables et modèles statistiques)				
	Délai entre la fin de la période comptable concernée et la date de mise à disposition des données				
<b>Contraintes</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de la facturation par Carenet.</li> <li>Mise en œuvre, dès juillet 2002, du nouveau système de financement des hôpitaux (1/12).</li> <li>Smals en ce qui concerne les délais de contrôle des bandes magnétiques et la qualité de la livraison des données statistiques.</li> </ul>					

#### Fourniture de données statistiques concernant les reprises partielles de travail

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réécrire le programme informatique concernant les données d'activation ou de reprise partielle d'activités en fonction de la demande de l'INAMI.</li> </ul>	31/12/04	
<b>Contraintes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des moyens accordés par la SMALS (délai de réécriture du programme concerné).</li> </ul>		

**Fonds spécial de solidarité**

Actions - engagements		Date limite	Réalisation			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélérer la constitution d'un dossier complet envoyé à l'INAMI, par des mesures appropriées comme par exemple l'envoi de rappels auprès des intervenants concernés (bénéficiaires, prestataires, ....)</li> <li>• Promouvoir l'information des assurés sur le Fonds Spécial de solidarité, par la diffusion de la brochure réalisée par l'INAMI, par le biais du travail des assistants sociaux, de la brochure générale d'information de la CAAMI et des valves d'information des offices et bureaux régionaux</li> <li>• Avertir ses affiliés de la date d'introduction de leur dossier auprès de l'INAMI.</li> </ul>		Dès 2003	2003	2004	2005	
<b>Résultats</b>		<b>Indicateur</b>	<b>Valeur actuelle</b>	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter un délai d'introduction de dossiers complets de 15 jours ouvrables à l'INAMI.</li> </ul>		Délai entre la date d'un dossier complet et l'envoi du dossier à l'INAMI	16 jours en 2001	15 jours ouvrables	15 jours ouvrables	15 jours ouvrables
<b>Contraintes</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liée aux communes pour l'obtention du numéro national des nouveaux-nés, numéro indispensable à la constitution du dossier</li> <li>• Différents intervenants fournissant les données nécessaires à la constitution d'un dossier complet (prestataires de soins, bénéficiaire de l'intervention, .....).</li> </ul>						

**Participation active à la Commission de remboursement des médicaments**

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Via sa participation à la CRM , collaboration active et structurée au processus décisionnel.</li> </ul>	03/2003 <sup>16</sup>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Préparation des dossiers traités à la CRM</li> </ul>	03/2003	

**Participation au processus médical de contrôle d'octroi d'indemnités en invalidité en CR et CMI**

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des mesures tenant compte des adaptations demandées par l'INAMI( en fonction des rapports annuels produits ).</li> </ul>	Au plus tard 3 mois après réception du rapport INAMI	

<sup>16</sup> Date déterminée en fonction du délai pour obtenir le personnel nécessaire.

**Politique d'information**

VOLET : INFORMATION AUX MEMBRES

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser une enquête <sup>17</sup> auprès des affiliés au moyen d'un formulaire à suggestions disponible dans les salles d'attente et aux guichets : Élaboration d'un formulaire à questions fermées au travers de réponses à cocher. Evaluation pour le début de l'année 2004 et adaptation de la méthode de l'enquête si nécessaire. Traitement des réponses en cours d'année (retour d'informations demandées / adaptation des services CAAMI en fonction des besoins rencontrés)</li> </ul>	<p>12/2003</p> <p>12/2004</p> <p>2004 - 2005</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rééditer 1: par an la brochure de contact de la CAAMI dans les 3 langues.</li> <li>Repenser la brochure en fonction des intérêts de l'affilié, en tant qu'instrument pédagogique d'information sur les droits et devoirs de l'assuré social en Soins de Santé / Invalidité.</li> </ul>	<p>12/2003</p> <p>12/2004</p> <p>12/2005</p> <p>12/2005</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rééditer le dépliant de présentation des services de la CAAMI, dans les 3 langues.</li> </ul>	<p>En fonction de l'évolution de la réglementation soins de santé en vigueur ou des services de la CAAMI.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborer des projets d'information ponctuels concernant l'évolution de la politique des soins de santé, comme par exemple, la brochure des médicaments génériques, la facture maximale, .....</li> </ul>	<p>Dès 2003 jusqu'en 2005</p>	

<sup>17</sup> Dans le but de déterminer les besoins d'information des membres.

Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à jour les valves d'information présentes dans les offices régionaux :</li> </ul>	Nombre de mises à jour des valves d'information		1X par trimestre	1X tous les 2 mois	1X par mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser unfeuillet d'information (embryon du journal de la CAAMI) - dans les 3 langues - qui sera diffusé à l'ensemble des assurés.</li> </ul>	Nombre de numéros de feuillet d'information dans les 3 langues, réalisés en fonction des objectifs évolutifs décidés		3 numéros	4 numéros	6 numéros
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à jour de la brochure de contact une fois par an dans les 3 langues nationales.</li> </ul>	Nombre de mise à jour dans les 3 langues de la brochure de contact		1X dans les trois langues nationales	1X dans les trois langues nationales	1X dans les trois langues nationales
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir une formation Information-Education-Communication aux agents en contact avec les affiliés (guichetiers / personnel des permanences / assistants sociaux).</li> </ul>	Nombre de formations IEC suivies chaque année		10	10	10
<b>Contraintes</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les imprimeurs privés pour la publication de la brochure et des dépliants, ....</li> </ul>					



## VOLET : INFORMATION VIS-A-VIS DE L'EXTERIEUR

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rédaction du rapport annuel selon une structure améliorée à la fois sur le fond et la forme (meilleure lisibilité et meilleur aperçu des spécificités des OR)</li> </ul>	12/2004	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Site Interne : Mettre en ligne les informations contenues dans la brochure de contact. Mise à jour régulière des informations repensées en termes d'outil pédagogique de l'assuré</li> </ul>	12/2004 12/2005	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'identification de la CAAMI par l'uniformisation de la présentation extérieure des bureaux/offices régionaux de la CAAMI ( utilisation du logo, affichage similaire des heures d'ouverture... ) afin de trouver un style propre à la CAAMI. Présence de la CAAMI dans les annuaires traditionnels (téléphoniques, sociaux, autres...) et les fichiers (informatiques, administratifs, autres...) reprenant la liste des mutuelles.</li> </ul>	12/2005	

Actions - engagements	Indicateurs	Valeur actuelle	2003	2004	2005
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir le rapport annuel d'une année X, 5 mois après réception des chiffres de clôture de l'INAMI de l'année X concernée.</li> </ul>	Délai entre la date de réception des chiffres de clôture de l'INAMI et la date d'édition du rapport annuel	13 mois <sup>18</sup>	9 mois	7 mois	5 mois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etendre ses partenariats au moyen d'un courrier d'information concernant les services de la CAAMI à destination de diverses institutions d'intérêt général. Sur base des réponses positives obtenues, la CAAMI établira des prises de contacts avec les partenaires concernés.</li> </ul>	Bilan présentant le type de partenaires contactés, le nombre de réponses obtenues et le nombre de partenariat(s) réellement noué(s).		x	x	x
<b>Contraintes</b>					
Pour le rapport annuel :					
<ul style="list-style-type: none"> <li>SMALS et INAMI pour la fourniture des chiffres nécessaires ( données comptables, franchise sociale, forfaits maladies chroniques et forfaits incontinence).</li> <li>Les imprimeurs privés pour la publication.</li> </ul>					

<sup>18</sup> Rapport annuel 1998.

**Application chate de l'assuré social**  
**VOLET : SIMPLIFICATION DES FORMULAIRES**

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir tous les formulaires qu'elle envoie aux assurés de manière à ce qu'ils soient conformes à la charte (informations claires, précises, complètes). La priorité sera donnée aux formulaires qui communiquent une décision :</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">Inventaire exhaustif des formulaires dans les OR et à l'AC et établissement des formulaires à adapter en priorité en 2004</p> <p style="margin-left: 40px;">Adaptation de la totalité des formulaires sélectionnés comme prioritaires en 2003</p> <p style="margin-left: 40px;">Adaptation de la totalité des documents inventoriés en 2003</p> <p style="margin-left: 40px;">Utilisation par l'ensemble de la CAAMI des documents adaptés</p>	<p style="margin-left: 40px;">12/2003</p> <p style="margin-left: 40px;">12/2004</p> <p style="margin-left: 40px;">12/2005</p>	

**VOLET : MISE EN PLACE D'UN NUMERO D'APPEL TELEPHONIQUE UNIQUE**

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un numéro d'appel téléphonique unique accessible aux membres :</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">Les membres pourront poser leurs questions à un interlocuteur et trouver une réponse à leur(s) question(s)</p> <p style="margin-left: 40px;">Analyse des services susceptibles d'être rendu via ce numéro unique (délivrance de vignettes, document E,.....) et des adaptations de programmes à envisager</p> <p style="margin-left: 40px;">Adaptation des programmes pour augmenter le nombre des services offerts via ce numéro</p> <p style="margin-left: 40px;">Les services supplémentaires choisis en 2003 seront opérationnels</p>	<p style="margin-left: 40px;">12/2003</p> <p style="margin-left: 40px;">12/2004</p> <p style="margin-left: 40px;">12/2005</p>	

## VOLET: PARTICIPATION A LA SIMPLIFICATION DES FORMULAIRES PROPOSES PAR L'INAMI

Actions - engagements	Date limite	Réalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir sa participation aux engagements pris par l'INAMI dans le cadre de la simplification du formulaires :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- de demande d'octroi du droit à l'intervention majorée de l'assurance</li> <li>- relatif à l'activité professionnelle dans le cadre de la déclaration d'incapacité de travail effectuée par les travailleurs indépendants (questionnaire)</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;">12/2004</p> <p style="text-align: center;">12/2004</p>	

## Annexe 2 : Budget de gestion

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Transfert d'articles du budget de gestion au budget des missions*

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 2003, du budget de gestion au budget des missions. Il s'agit des rubriques de recettes et des dépenses suivantes :

## a) Recettes

## Article 706.9. — Recettes diverses avec affectation spéciale

Il s'agit des recettes qui résultent :

- Des subventions à charge du Ministère de la Santé publique relatives aux données concernant les journées d'hospitalisation fournies par la C.A.A.M.I.
- Du Fonds Spécial de Solidarité de l'I.N.A.M.I.

## Article 712.1. — Frais de justice – remboursement par des tiers

Il s'agit essentiellement de l'intervention de tiers (compagnies d'assurance, membres,...) dans nos frais de justice liés aux missions.

## Article 726.9. — Produits divers sur placement.

Il s'agit des intérêts perçus par la C.A.A.M.I. sur divers comptes financiers servant à la perception des recettes propres de la Caisse et des Fonds versés par l'I.N.A.M.I. dans le cadre de la gestion globale.

## Article 796.1. — Emprunts hypothécaires.

Il s'agit des emprunts hypothécaires contractés dans le cadre du renouvellement de la carte SIS.

## b) Dépenses

## Article 812.4. — Contentieux avec le personnel ou les fournisseurs.

Les frais pour affaires judiciaires à supporter par la C.A.A.M.I., sont principalement liés à des litiges relatifs à l'assurance indemnités et à l'assurance soins de santé. Ils seront donc repris à l'article 805.0. du budget des missions.

## Article 812.55. — Honoraires de traduction exécutés par des tiers.

Les frais demandés pour des traductions effectuées à l'extérieur dans le cadre de l'exécution de la réglementation AMI sont repris à l'article 805.1.

## Article 812.811. — Fourniture de bureau et cartes mécanographiques.

Les frais d'impression, liés à l'information de l'assuré en matière de législation soins de santé et indemnités, sont repris à l'article 805.2.

## Article 812.812. — Affranchissement du courrier.

Les frais d'affranchissement du courrier relatifs au mailing d'information des assurés en matière de législation soins de santé et indemnités sont repris à l'article 805.2.

## Article 812.9. — Frais financiers courants

Les frais financiers courants liés aux paiements des soins de santé et des indemnités effectués dans les offices régionaux sont repris à l'article 805.3.

## Article 821.9. — Intérêts sur emprunts hypothécaires.

Dans cet article sont comptabilisés les intérêts sur comptes à vue facturés par la banque FORTIS. Sur les comptes en question sont versées les recettes provenant de la gestion globale, sont effectuées les avances des offices régionaux et ainsi sont payées les interventions de l'Etat dans les soins de santé et les indemnités. Dès lors, les comptes financiers sont directement liés à la mission de base opérationnelle : la gestion de la trésorerie et la répartition des fonds entre les acteurs de la sécurité sociale ( prestataires, assurés).

## CHAPITRE 2. — Méthodes de calcul

## Section 1. — Frais de personnel

La méthode de calcul repose sur une totalisation :

1. des coûts, calculés sur base des barèmes réels du personnel présent et le personnes au delà de la norme constituant un cadre de 242 agents à laquelle est ajoutée le coût des médecin-conseils et des agents d'entretien.
2. des rémunérations et des cotisations sociales y afférentes.

Le montant total de dépenses en personnel comprend un montant forfaitaire par nouvel agent de € 1.258 basé sur les articles 811.3 et 811.7.

Conformément aux exigences de l'arrêté royal du 3 avril 1997, un crédit maximum théorique des frais de personnel a été calculé.

## Section 2. — Frais de fonctionnement

Le montant total des dépenses de fonctionnement représente l'addition :

1. Hors informatique : des montants liés aux réalisations 2001 majorées de 3 % et de 1,5 % et 1,3 % pour tous les articles.

2. Informatique :

1. Prestations SMALS : Par extrapolation des dépenses connues en 2002 augmentées du taux d'accroissement autorisé.

2. Autres dépenses informatiques : des montants liés aux réalisations 2001 majorées de 3 % et de 1,5 % et 1,3 % pour tous les articles.

## Section 3. — Frais d'investissement

Le montant total de dépenses d'investissement représente l'addition :

1. des montants liés aux réalisations 2001 majorées de 3 %, 1,5 % et de 1,3 % pour la plupart des articles,

2. des montants supplémentaires issus des plans pluriannuels de dépenses d'investissement (informatiques et bâtiments) établis pour les années 2003-2005.

CONTRAT D'ADMINISTRATION

MOYENS SUPPLEMENTAIRES EN PERSONNEL

	Moyens relatifs aux activités	Moyens relatifs au Contrat d'administration <sup>1</sup>	Objectifs
<b>Administration générale</b>			
	1 administrateur général	1 administrateur général	
	1 administrateur général adjoint	1 administrateur général adjoint	
		2 conseiller adjoint	
		<b>1 conseiller adjoint</b>	<b>Promotion santé (coordination)</b>
		1 informaticien	
	1 secrétaire de direction	1 secrétaire de direction	
	2 programmeur	2 programmeur	
		<b>2 assistant social</b>	<b>« Relais Santé »</b>
	1 assistant administratif	1 assistant administratif	
<b>Direction des services généraux</b>			
	1 conseiller	1 conseiller	
Appui logistique	1 conseiller adjoint	1 conseiller adjoint	
	1 ingénieur industriel	1 ingénieur industriel	
	1 assistant administratif	1 assistant administratif	
	7 collaborateur administratif	6 collaborateur administratif	
	2 collaborateur technique	2 collaborateur technique	
Traduction	1 traducteur réviseur	1 traducteur réviseur	
	1 traducteur	2 traducteur	
Ressources humaines	1 conseiller adjoint	1 conseiller adjoint	
	4 assistant administratif	4 assistant administratif	
	2 collaborateur administratif	2 collaborateur administratif	
<b>Direction du financier</b>			
	1 conseiller	1 conseiller	
	7 conseiller adjoint	5 conseiller adjoint	
		<b>1 conseiller adjoint</b>	<b>Données comptables et statistiques (statistique + tiers-payant)</b>
	1 comptable	1 comptable	
	15 assistant administratif	15 assistant administratif	
	8 collaborateur administratif <sup>2</sup>	8 collaborateur administratif <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> En gras sur foncgris, moyens spécifiques relatifs au contrat d'administration.

<sup>2</sup> En ce compris 2opérateurs mécanographes.

<sup>3</sup> En ce compris 2opérateurs mécanographes.





Offices régionaux			
Flandre Occidentale	1 conseiller adjoint		
	1 expert		
	7 assistant administratif		
	7 collaborateur administratif		
	1 conseiller adjoint		
	1 expert		
	10 assistant administratif		
	4 collaborateur administratif		
	1 conseiller adjoint		
	1 expert		
Anvers- Limbourg	8 assistant administratif		
	9 collaborateur administratif		
	1 conseiller adjoint		
Bruxelles	1 expert		
	14 assistant administratif		
Hainaut	6 collaborateur administratif		
	1 conseiller adjoint		
	1 expert		
Liège-Namur- Luxembourg	11 assistant administratif		
	7 collaborateur administratif		
	1 conseiller adjoint		
	1 expert		
	11 assistant administratif		
Eupen-Malmedy	10 collaborateur administratif		
	1 conseiller adjoint		
	1 expert		
Synthèse des OI	11 assistant administratif		
	13 collaborateur administratif		
	7 conseiller adjoint		
	7 expert		
	80 assistant administratif <sup>6</sup>		
	56 collaborateur administratif		

<sup>6</sup> En ce compris 8 agents à répartir sur la clé de 1 agent pour 10 000 assurés.

## Récapitulatif

	Moyens relatifs au Contrat d'administration
Administration Centrale	92
Offices Régionaux	150
<b>TOTAL</b>	<b>242</b>

Le cadre est de 242 agents auquel s'ajoute 7 médecins conseils contractuels.  
Vu pour être annexé à Notre Arrêté du 2 octobre 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre du Budget,  
J. VANDE LANOTTE

Le Ministre des Affaires sociales,  
R. DEMOTTE

Le Ministre de la Fonction publique,  
Mme M. ARENA