

I. E-did, overgang van het papieren naar het digitale tijdperk: stand van zaken

1. Inleiding

Het E-did-project, het elektronische invaliditeitsdossier, richt zich op het maximaal informatiseren van de volledige procedure die invaliditeitsdossiers doorlopen. Het doel: overstappen van een papieren naar een elektronische omgeving.

Via een snellere behandeling van de dossiers, zowel vanuit medisch als vanuit administratief oogpunt, wil men zorgen voor een betere dienstverlening aan de verzekerden.

a. De actoren

- De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling (V.I.) is verantwoordelijk voor de follow-up en de controle van de gevallen van primaire ongeschiktheid (het 1° jaar arbeidsongeschiktheid).
- De Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI), orgaan van de Dienst uitkeringen van het RIZIV:
 - beheert de medische invaliditeitsdossiers die de V.I. doorsturen
 - brengt de V.I. op de hoogte van zijn beslissingen.

Meer concreet beheert de GRI de erkenningen van de intrede in invaliditeit en de follow-up van het tijdvak van invaliditeit (met name na het 1° jaar arbeidsongeschiktheid). Dit steeds in nauwe samenwerking met de adviserend geneesheer.

De GRI is samengesteld uit artsen die de verschillende instellingen vertegenwoordigen die bij de follow-up van de invaliditeit betrokken zijn.

De GRI bestaat uit de Hoge commissie en Gewestelijke commissies.

- De Hoge commissie van de GRI bestaat uit:
 - adviserend geneesheren die de V.I. vertegenwoordigen, naar evenredigheid van hun respectieve aantal leden (14 werkende leden en 28 plaatsvervangende leden)
 - geneesheren-inspecteurs die de Dienst uitkeringen van het RIZIV vertegenwoordigen (3 werkende leden en 2 plaatsvervangende leden)
 - geneesheren-inspecteurs die de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) vertegenwoordigen (2 werkende leden en 2 plaatsvervangende leden).

De Hoge commissie van de GRI erkent, onder meer, de toestand van invaliditeit van de verzekerde.

- De Gewestelijke commissies van de GRI bestaan uit adviserend geneesheren en worden voorgezeten door een geneesheer-inspecteur van de DGEC. Zij hebben hun zetel in de provincie. Zij zijn belast met het medisch onderzoek van de verzekerden.
- De Directie medische zaken (DMZ) van de Dienst uitkeringen zorgt voor de administratieve en logistieke ondersteuning. Zij houdt zich bezig met het:
 - voorbereiden en voorleggen van de dossiers aan de GRI
 - opsturen naar de provincie van de dossiers van verzekerden voor onderzoek
 - invoeren van de beslissingen alvorens ze naar de V.I. te versturen.

b. Het invaliditeitsdossier: 10 fasen

1. Indien zijn pathologie kan leiden tot een arbeidsongeschiktheid, raadpleegt de verzekerde zijn huisarts of een geneesheer-specialist.
2. Indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid maakt de laatstgenoemde een medisch getuigschrift van arbeidsongeschiktheid op, met daarop de aanvangsdatum van de ongeschiktheid en een diagnose of een klacht.
3. De verzekerde bezorgt dat document aan de adviserend geneesheer van zijn V.I.
4. De verzekerde krijgt in ruil daarvoor administratieve documenten die hij zelf en zijn werkgever moeten invullen. Op basis van die documenten kan zijn vergoeding worden berekend.
5. De adviserend geneesheer roept de verzekerde op. Gedurende het 1^e jaar van de ongeschiktheid is hij het die zorgt voor de medische follow-up en de controle van de arbeidsongeschiktheid.
6. Indien de medische situatie van de betrokkene een intrede in invaliditeit wettigt, met andere woorden als de arbeidsongeschiktheid meer dan een jaar zal duren, stelt de adviserend geneesheer een medisch dossier samen dat bestemd is voor de GRI en het volgende bevat:
 - de administratieve identificatiegegevens van de verzekerde, een beschrijving van de gevolgde studies en opleidingen en van de loopbaan
 - een medisch gedeelte met de door de adviserend geneesheer opgestelde fiche en een voorstel tot erkenning, evenals medische verslagen die nuttig zijn bij de evaluatie van de invaliditeit.
7. De adviserend geneesheer stuurt het dossier door naar de GRI, en dat binnen een minimumtermijn van 6 weken voor de intrede in invaliditeit of voor het verstrijken van het vorige tijdvak van erkenning van de invaliditeit.
8. De administratieve medewerkers van de DMZ bereiden het dossier voor en voeren de gegevens in in het informaticasysteem.
9. Dat dossier wordt voorgelegd aan de Hoge commissie van de GRI, die uitsluitend op basis van documenten zal beslissen over de erkenning van de invaliditeit.
De Hoge commissie heeft 3 opties:
 - ze aanvaardt het voorstel van de adviserend geneesheer
 - ze vraagt bijkomende inlichtingen van medische of administratieve aard
 - ze roept de verzekerde op om te verschijnen voor de Gewestelijke commissie.
 Ingeval wijzigingen worden aangebracht in het voorstel van de adviserend geneesheer wordt de beslissing doorgaans medeondertekend door een 2^e lid van de Hoge commissie van de GRI. Bovendien behandelt een adviserend geneesheer die zitting heeft in de GRI, nooit de dossiers van verzekerden die bij zijn eigen V.I. zijn aangesloten.
Indien de intrede in invaliditeit wordt geweigerd of als een einde wordt gesteld aan de erkenning, is het de Gewestelijke commissie die op basis van het klinisch onderzoek van de verzekerde een beslissing zal nemen en de verzekerde op de hoogte zal brengen van de negatieve beslissing.
10. De administratieve medewerkers van de DMZ voeren de beslissing in, stellen de eventuele brieven op, roepen de verzekerde eventueel op om te verschijnen voor de Gewestelijke commissie. In dat geval versturen zij het dossier per aangetekende zending naar de provincie.

c. Activiteitsvolume

Op 31 december 2007 telde men 223 684 invaliden in de sector van de werknemers en 18 402 invaliden in de sector van de zelfstandigen. Dat komt neer op een totaal van 242 174. Zij vertegenwoordigen 5,4% van de uitkeringsgerechtigde bevolking, die wordt geraamd op 4 447 634 personen. Daarvan zijn er 2 412 592 mannen en 2 035 042 vrouwen.

Bovendien bewaart de GRI een groter aantal dossiers met betrekking tot verzekerden die invalide zijn geweest maar van wie de invaliditeit een einde heeft genomen door een spontane of opgelegde werkhervatting, het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, het overlijden, ...

Zo loopt het activiteitsvolume van de GRI op tot 600 medische beslissingen per werkdag. De Hoge commissie van de GRI vergadert daarom gemiddeld gedurende 8 tot 9 halve dagen per week in beperkte commissie om het noodzakelijke volume aan beslissingen te halen.

2. E-did

a. Waarom een elektronisch invaliditeitsdossier?

E-did moet niet alleen een programma worden waarmee gescande documenten kunnen worden geraadpleegd. Het moet tevens de integrale verwerking en het beheer van de invaliditeitsdossiers mogelijk maken.

Het is ook de bedoeling het aantal manuele handelingen en het opslaan van de papieren documenten te beperken.

De nadelen van het papieren dossier zijn immers van uiteenlopende aard:

- het opslaan van papier neemt zeer veel ruimte in beslag
- er komen veel manuele handelingen bij kijken: bij de ontvangst van een document het dossier uit het klassement halen, het ontvangen document eraan toevoegen, naargelang van de aard van het document het dossier aan de GRI of aan de administratief verantwoordelijke bezorgen, het dossier met het behandelde document recupereren, de beslissing invoeren of de brieven opstellen, het dossier opnieuw klasseren.
Op die manier circuleren de dossiers, hetzij binnen de DMZ, hetzij binnen een andere directie van de Dienst uitkeringen (Directie Internationale verdragen, Directie Juridische zaken, Directie Financiën en statistieken) of zelfs buiten de Dienst uitkeringen (verzending naar de provinciale diensten van de DGEC als de verzekerde daar moet worden onderzocht).
- aan het laten circuleren van dossiers zijn risico's verbonden: bij de behandeling van een problematisch dossier hebben meerdere personeelsleden dringend hetzelfde dossier nodig. Als dat dossier echter niet beschikbaar is, kunnen zij geen correct en duidelijk antwoord geven aan hun gesprekspartner, of dat nu de verzekerde zelf is, zijn V.I. of een andere instelling.
- met de papieren drager zijn de mogelijkheden om de gegevens met betrekking tot de invaliditeitsdossiers te benutten, beperkt.

b. De oplossingen: reorganiseren en informatiseren

De Dienst uitkeringen heeft 2 beslissingen genomen in zijn strijd tegen de problemen die voortvloeien uit het verwerken van een dergelijk volume aan dossiers en de brede stroom documenten:

- bestuderen en informatiseren van de dossiers en scannen van de medische documenten.
Doelstellingen:
 - verbeteren van de dienstverlening aan de verzekerde en aan de V.I. door een grotere beschikbaarheid van het dossier
 - beperken van het aantal manuele handelingen en van het opslaan van de papieren documenten
- reorganiseren van de DMZ om de administratieve procedure voor de verwerking van de dossiers te vereenvoudigen en te rationaliseren. Hoe? Door de taken beter te definiëren en de polyvalentie van de personeelsleden te verhogen.

c. E-did staat borg voor de vertrouwelijkheid van de gegevens

Het is noodzakelijk dat de respectieve toegangsrechten worden vastgesteld, beschreven en geïmplementeerd. Er zijn immers tal van actoren die een rol spelen in het proces dat het medisch invaliditeitsdossier doorloopt.

Door het vertrouwelijke karakter van de medische gegevens in de invaliditeitsdossiers is de strikte controle van het toegangsrecht van elke tussenpersoon noodzakelijk. Toegang mag slechts mogelijk zijn mits gewettigde redenen voor het raadplegen van een dossier met het oog op een beslissing of een actie. Die toegang moet eindigen zodra die niet langer nodig is.

d. De 4 dimensies van het project

HET INFORMATISEREN VAN HET PROCES: HET VOORBEREIDEN EN NUMMEREN

- Het voorbereiden en indexeren van het document met oog op het scannen ervan. Daarbij gaat het om het voorbereiden en het etiketteren van het document om het via een barcode, in chronologische volgorde, aan het desbetreffende dossier vast te hechten. Metalen of andere elementen die het scannen bemoeilijken, worden verwijderd.
- De nummering en de kwaliteitscontrole: de scanner zal de barcode herkennen en het document aan het dossier vasthechten. Hier dient een link te komen met de kwaliteitscontrole (leesbaarheid van het document).

DE MEDISCHE BESLISSING

De geneesheer zal zich voor zijn beslissing baseren op de gescande documenten.

DE MENSELIJKE FACTOREN

De geneesheren

De overgrote meerderheid van de geneesheren in de GRI vertegenwoordigen de V.I. en komen dus van buiten het RIZIV. Een beslissing nemen op basis van een elektronisch dossier via een computer en de documenten op scherm raadplegen, vergt van hen een aanzienlijke aanpassing van hun gewoontes. Zonder hun betrokkenheid kan het project niet slagen en zij zullen dus een individuele training moeten krijgen.

De paramedici

De paramedici die de pathologie invoeren, staat dezelfde verandering te wachten.

De administratieve medewerkers

De administratieve medewerkers van de DMZ zullen hun werk fundamenteel zien veranderen door de overgang van een “volledig papieren” omgeving naar een “volledig elektronische” omgeving. Die evolutie zal in fasen verlopen. Er zal een beroep worden gedaan op vrijwilligers die naargelang het project evolueert, voor een trapsgewijze coaching zullen zorgen.

De perifere diensten

De andere directies van de Dienst uitkeringen moeten medische dossiers raadplegen. Hun medewerkers moeten bij de ontwikkeling van het project worden betrokken:

- in een 1^e fase enkel om te raadplegen
- in een 2^e fase zullen hun informaticaprogramma's (beheer van de geschillen, statistieken en controle van de uitgaven) moeten worden gewijzigd om in E-did te kunnen werken.

De sponsors

Het belang van het project, de betrokkenheid van verschillende RIZIV-diensten (Dienst uitkeringen, DGEC, ICT) maar ook van de V.I. en hun adviserend geneesheren zorgen voor een sterk signaal. Ze doen de boodschap “deze verandering is van levensbelang” nog luider weerklinken. Zowel de leidend ambtenaar van de Dienst uitkeringen als het Directiecomité en de ICT-manager spelen een sleutelrol in de ondersteuning van het project. De voorzitter van de GRI vergemakkelijkt ook de toetreding van de adviserend geneesheren van de V.I. en fungeert als bemiddelaar.

Andere sleutelfiguren

Er is ook een sleutelrol weggelegd voor de 2 projectleiders (business en ICT), voor de 1^e gebruikers, de verantwoordelijken van het administratieve team, het team van programmeurs en het team van een informaticabedrijf dat gespecialiseerd is in het scannen en in de optische herkenning van documenten.

DE INFRASTRUCTUUR EN DE TOOLS

Om dit project te ontwikkelen, zijn grote aanpassingen in de infrastructuur nodig voor het opslaan en beveiligen van de scans en de veiligheidsback-ups. Zoals bv. telefoonlijnen “BILAN”, veiligheidsaspect, scanners en software voor het scannen en voor het raadplegen, DB2 voor het opslaan van de metagegevens, WORM-support (Write Once Read Many).

e. Boordtabellen

Het voordeel van het geïnformatiseerd verwerken van de dossiers is dat ze toelaat elke fase op precieze en automatische wijze te meten. E-did omvat een “boordtabel”-module en een statistische module. Dankzij de gegevens is elke fase in de verwerking van een dossier gekend (invoeren van het document, scannen van het document, ...). Dit laat toe om correctiemaatregelen te nemen om knelpunten langs het parcours uit de weg te ruimen.

De boordtabellen maken het inkorten mogelijk van de termijnen voor de overdracht en verwerking zodat verschillen in de verwerking en eventuele vertragingen worden vermeden.

f. De verschillende fasen en de big bang

De beslissing van de GRI om het E-did-project te lanceren, dateert van april 2004.

Het grote volume te verwerken documenten, de ongeveer 600 dagelijkse medische beslissingen en vooral de sociaal verzekerden, wachtend op die beslissingen om hun invaliditeitsuitkeringen te kunnen ontvangen, hebben 2 gevolgen:

- De 2 systemen, papier en E-did, zullen verschillende jaren naast elkaar moeten blijven bestaan
- De uitbreiding van E-did tot alle dossiers zal in fasen moeten verlopen en aan de hand van doelstellingen en streefdata.

In de bestuursovereenkomst werd een uitbreiding gepland naar een groot aantal dossiers, of naar een grote V.I., waarbij de streefdatum was vastgesteld op 1 juli 2007.

Om alle V.I. bij het project te betrekken en te zorgen voor een sterk signaal naar het personeel toe (geen nieuwe papieren dossiers meer), is de uitbreiding al op 1 januari 2007 doorgevoerd voor alle fiches met betrekking tot de intrede in invaliditeit. Weliswaar met uitzondering van de fiches waarvoor al een papieren dossier bestond met betrekking tot een op dat moment al afgesloten tijdvak van arbeidsongeschiktheid. De uitbreiding wordt voor alle V.I. doorgevoerd.

In november 2006 is begonnen met de opleiding van het administratief personeel. De personeelsleden van de dienst die al in E-did werken geven deze opleiding. Op die manier is nu iedereen van het administratief personeel bij E-did betrokken.

In oktober 2006 werd aan de adviserend geneesheren van de Hoge commissie die al ervaring hadden met E-did, gevraagd om vooral papieren dossiers te behandelen. Zo konden ook de andere geneesheren vóór de uitbreiding met E-did oefenen.

Eind 2008 viel bijna 70% van de medische beslissingen in E-did terwijl slechts 33% van de dossiers in E-did werd geïntegreerd.

Dat komt doordat de recente dossiers sneller circuleren dan de oude dossiers. In recente dossiers zijn de termijnen voor de erkenning van de invaliditeit korter waardoor in die dossiers meer medische beslissingen worden genomen dan in oude dossiers, waarin de erkenning soms tot de pensioenleeftijd loopt.

Er blijven nog 240000 dossiers over waarvoor de metagegevens (administratieve gegevens en tijdvakken waarin de invaliditeit is erkend) nog in E-did moeten worden ingevoerd. Dankzij aanpassingen aan de software en hardware blijft de tijd die daadwerkelijk nodig is voor de gegevensoverdracht beperkt.

Met deze big bang zullen alle dossiers in E-did te vinden zijn, met uitzondering van de gearchiiveerde dossiers.

3. De toekomstperspectieven

Momenteel wordt in het RIZIV met de big bang de laatste hand gelegd aan de ontwikkeling van E-did.

Twee ontwikkelingen ten opzichte van de V.I. zullen de evolutie verder bepalen:

- de medische beslissingen zullen via Carenet naar de V.I. worden verstuurd en niet langer op magnetische drager of via de sFTP-server. Aan die realisatie wordt nog gewerkt.
- de medische fiches, afkomstig van de V.I., zouden eveneens via Carenet naar het RIZIV kunnen worden verstuurd.

Sommige V.I. drukken enkel voor het RIZIV de fiche af en sturen die op. Het RIZIV scant de fiche. Het is verleidelijk om de fase van het afdrukken en de daaropvolgende fase van het scannen af te schaffen. Er zijn echter problemen met de bewijskracht (authenticiteit van het document, handtekening van de adviserend geneesheer onder het voorstel, ...).

Ook voor het RIZIV stelt zich het probleem van de bewijskracht van de gescande documenten. Daarom bewaart het RIZIV momenteel alle papieren documenten, door ze op te slaan in volgorde van scandatum. Het zou interessant zijn om die papierberg te kunnen opruimen.