

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 april 2019

**CONTROLE
OP DE ZIEKENFONDSEN**

Hoorzittingen

VERSLAG

NAMENS DE VERENIGDE COMMISSIES
VOOR DE SOCIALE ZAKEN
EN VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING UITGEBRACHT
DOOR
MEVROUW **Valerie VAN PEEL** EN
DE HEER **Dirk JANSSENS**

Blz.

INHOUD

I. Hoorzitting van 23 januari 2019.....	3
II. Hoorzitting van 30 januari 2019.....	33

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

23 avril 2019

**CONTRÔLE
DES MUTUALITÉS**

Auditions

RAPPORT

FAIT AU NOM DES COMMISSIONS RÉUNIES
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Valerie VAN PEEL** ET
M. **Dirk JANSSENS**

Pages

SOMMAIRE

I. Audition du 23 janvier 2019	3
II. Audition du 30 janvier 2019	33

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Vincent Van Quickenborne

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Zuhal Demir, Daphné Dumery, Karolien Grosemans,
Jan Spooren
PS Frédéric Daerden, Jean-Marc Delizée, Olivier Henry
MR Sybille de Coster-Bauchau, David Clarinval, Stéphanie
Thoron
CD&V Nahima Lanjri, Stefaan Vercamer
Open Vld Egbert Lachaert, Vincent Van Quickenborne
sp.a Meryame Kitir
Ecolo-Groen Evita Willaert
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Peter De Roover, Rita Gantois, Werner Janssen, Goedele Uyttersprot,
Valerie Van Peel
Emir Kir, Laurette Onkelinx, Daniel Senesael, Fabienne Winckel
Olivier Chastel, Isabelle Galant, Richard Miller, Damien Thiéry

Sonja Becq, Franky Demon, Jef Van den Bergh
Sandrine De Crom, Dirk Janssens, Ine Somers
Karin Jiroflée, Karin Temmerman
Anne Dedry, Gilles Vanden Burre
Michel de Lamotte, Anne-Catherine Goffinet

C. — Niet-stemgerechtigde leden / Membres sans voix délibérative:

PTB-GOI Raoul Hedeboew
DéFI Véronique Caprasse
PP Aldo Carcaci

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GOI	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:	Abréviations dans la numérotation des publications:
DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Beknopt Verslag	CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN: Plenum	PLEN: Séance plénière
COM: Commissievergadering	COM: Réunion de commission
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail: publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel: publications@lachambre.be
De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier	Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissies hebben tijdens hun gemeenschappelijke vergaderingen van 23 en 30 januari 2019 hoorzittingen gehouden over de controle op de ziekenfondsen.

I. — HOORZITTING VAN 23 JANUARI 2019

A. Uiteenzetting door de sprekers

De heer Rudi Moens, raadsheer bij het rekenhof, mevrouw Florence Thys, raadsheer bij het rekenhof, evenals de heer Werner Van Riel, eerste auditeur bij het rekenhof, stellen aan de hand van een presentatie de krachtlijnen voor van het op 12 september 2018 door de algemene vergadering van het Rekenhof goedgekeurde verslag met als titel "Controle op de ziekenfondsen". Die presentatie gaat als bijlage bij dit verslag.

B. Bespreking

1. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) verwijst niet enkel naar de voorgestelde auditverslag over de controle op de ziekenfondsen (hierna ook "derde auditverslag" genoemd) maar ook naar de twee voorgaande auditverslagen, namelijk het auditverslag over de vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling, goedgekeurd door de algemene vergadering van het Rekenhof op 11 januari 2017 (hierna ook "eerste auditverslag" genoemd), en het auditverslag over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, goedgekeurd door de algemene vergadering van het Rekenhof op 28 juni 2017 (hierna ook "tweede auditverslag" genoemd).

De spreekster meent dat deze drie auditverslagen een aantal mankementen in de bestaande werking, financiering en controle op de ziekenfondsen aan het licht hebben gebracht.

— Uit het eerste auditverslag dat betrekking heeft op de vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen blijkt dat niemand echt weet of het jaarlijks forfait van meer dan 1 miljard euro aan werkingsmiddelen dat de landsbonden van de RIZIV krijgen om onder andere hun personeelskosten te dekken voldoende, te hoog, of te laag is, want "de huidige rapportering van de ziekenfondsen is onvoldoende transparant om de toereikendheid van de financiering van de administratiekosten te beoordelen" (blz. 35). De spreekster vindt dat hallucinant. Als men niet weet hoeveel middelen

MESDAMES, MESSIEURS,

Vos commissions ont consacré leurs réunions communes des 23 janvier et 31 janvier 2019 à des auditions sur le contrôle des mutualités.

I. — AUDITION DU 23 JANVIER 2019

A. Exposé des orateurs

M. Rudi Moens, conseiller à la Cour des comptes, Mme Florence Thys, conseillère à la Cour des comptes, et M. Werner Van Riel, premier auditeur à la Cour des comptes, présentent les grandes lignes du rapport d'audit intitulé "Contrôle des mutualités", approuvé par l'assemblée générale de la Cour des comptes le 12 septembre 2018, à l'aide d'une présentation. Cette dernière est jointe en annexe au présent rapport.

B. Discussion

1. Questions et observations des membres

Mme Valerie Van Peel (N-VA) ne renvoie pas seulement au rapport d'audit présenté relatif au contrôle des mutualités (également dénommé ci-après "troisième rapport d'audit"), mais aussi aux deux rapports d'audit précédents, c'est-à-dire au rapport concernant l'indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition, adopté par l'assemblée générale de la Cour des comptes le 11 janvier 2017 (également dénommé ci-après "premier rapport d'audit"), et au rapport concernant la responsabilité financière des mutualités, adopté par l'assemblée générale de la Cour des comptes le 28 juin 2017 (également dénommé ci-après "deuxième rapport d'audit").

L'intervenante estime que ces trois rapports d'audit ont mis en évidence plusieurs manquements dans le fonctionnement, le financement et le contrôle actuels des mutualités.

— Il ressort du premier rapport d'audit concernant l'indemnisation des frais d'administration des mutualités que personne ne sait vraiment si le forfait annuel de plus d'un milliard d'euros de moyens de fonctionnement alloué aux unions nationales par l'INAMI, servant notamment à couvrir leurs frais de personnel, est suffisant, trop élevé, ou trop faible dès lors que "le rapportage actuel des mutualités manque de transparence pour juger de l'adéquation du financement des frais d'administration" (page 35). Selon l'intervenante, cette situation est hallucinante. Si le montant des moyens dont les mutualités

de ziekenfondsen nodig hebben voor hun werking, hoe kan men hen dan aansporen tot meer kostenefficiëntie?

Het Rekenhof verwijst wel naar een auditverslag uit 1987 waaruit blijkt dat de verouderde parameterformule, op basis waarvan dit forfait vandaag nog steeds berekend wordt, met zich meebrengt dat “de enveloppe hoger [ligt] dan het bedrag dat de ziekenfondsen nodig [hebben] voor een efficiënte en doeltreffende uitvoering van hun opdrachten” (blz. 18).

— In het tweede auditverslag over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen staat dat het “bonus-malussysteem” dat de ziekenfondsen moet responsabiliseren om zuinig om te springen met de financiële middelen die zij ontvangen voor de terugbetaling van geneeskundige zorgen totaal niet werkt.

- Ten eerste hebben de ziekenfondsen volgens het Rekenhof maar weinig middelen om een invloed uit te oefenen op de budgetten voor geneeskundige verzorging (de vastlegging van de groeinorm gebeurt immers door de Regering). Het Rekenhof wijst er bovendien op dat de ziekenfondsen de beperkte mogelijkheden die zij hebben om aan budgetbeheersing te doen, zoals de wettelijk vereiste opname van budgettaire correctie-maatregelen in de akkoorden van de overeenkomsten-commissies van het RIZIV, niet toepassen (blz. 25-26).

- In combinatie met de hoge groeinorm, die door de Paarse regering werd opgetrokken tot 4,5 % en tot 2012 op dit hoge niveau werd gehandhaafd, hebben de ziekenfondsen jarenlang hoge boni ontvangen, terwijl zij zelf nauwelijks enige verdienste hebben aan het budgettaire overschot. In 2006 stelde het Rekenhof zelfs nog dat “door de aanpassingen [van de groeinorm] heeft de begroting de uitgavenevoluitie immers veeleer gevolgd dan aangestuurd”. Het Rekenhof stelde in feite dat de te hoge groeinorm gedurende vele jaren eerder gezorgd heeft voor een stimulering van de uitgaven dan voor een beheersing ervan. Van 2005 tot 2011 ontvingen de ziekenfondsen hierdoor nagenoeg enkel boni (blz. 39). Hierdoor hebben de ziekenfondsen hoge reserves kunnen opbouwen waar ze nu bij mali op kunnen terugvallen. Het Rekenhof merkt op: “door de hoogte van die bijzondere reservefondsen zijn ziekenfondsen weinig geneigd begrotingsoverschrijdingen te vermijden.” (blz. 49).

- Bovendien zouden de ziekenfondsen het ingewikkelde bonus-malussysteem zelf niet begrijpen, en gebeurt de definitieve afrekening van het boekjaar ten vroegste 2,5 jaar later (blz. 48). De spreekster meent dat een dergelijk ingewikkeld systeem waarvan men de

ontbrek voor fonctionner n'est pas connu, comment peut-on inciter les mutualités à renforcer leur efficacité en matière de coûts?

La Cour des comptes renvoie toutefois à un rapport d'audit de 1987 indiquant que l'application de l'ancienne formule des paramètres sur la base de laquelle le forfait est encore calculé aujourd'hui avait pour conséquence que “l'enveloppe était supérieure à ce dont les mutualités avaient besoin pour effectuer leurs missions de manière efficace et efficiente” (page 18).

— Le deuxième rapport d'audit concernant la responsabilité financière des mutualités indique que le mécanisme des “bonis et malis” visant à responsabiliser les mutualités de manière à ce qu'elles utilisent avec parcimonie les moyens financiers qu'elles reçoivent pour le remboursement des soins médicaux ne fonctionne pas du tout.

- Premièrement, les mutualités ne disposent, selon la Cour des comptes, que de peu de moyens pour influencer les budgets des soins de santé (la norme de croissance étant en effet fixée par le gouvernement). La Cour des comptes indique en outre que les mutualités n'appliquent pas les possibilités limitées dont elles disposent pour maîtriser les budgets, telles que l'insertion légale de mesures de correction budgétaire dans les accords des commissions de convention de l'INAMI (p. 25-26).

- En combinaison avec la norme de croissance élevée, portée à 4,5 % par la coalition violette et maintenue à ce niveau jusqu'en 2012, les mutualités ont perçu des bonis conséquents pendant de nombreuses années, alors qu'elles n'ont guère de mérite en ce qui concerne l'excédent budgétaire. En 2006, la Cour des comptes indiquait même encore que “les adaptations [de la norme de croissance] ont conduit à adapter le budget à l'évolution des dépenses et non l'inverse”. Selon la Cour des comptes, pendant de nombreuses années, la norme de croissance trop élevée, au lieu de permettre une maîtrise des dépenses, les a en fait plutôt stimulées. De ce fait, de 2005 à 2011, les mutualités n'ont quasi reçu que des bonis (p. 39). Cela a permis aux mutualités de constituer d'importantes réserves grâce auxquelles elles peuvent actuellement compenser les malis. La Cour des comptes fait observer que: “Le montant élevé de ces fonds spéciaux de réserve incite peu à éviter les dépassements budgétaires.” (p. 49)

- En outre, les mutualités mêmes ne comprendraient pas la complexité du système de bonus-malus, le décompte définitif de l'exercice n'intervenant au plus tôt que deux ans et demi plus tard (p. 48). L'intervenante estime qu'un tel système dont on ne perçoit les avantages

lusten of lasten pas jaren later ontvangt, niet effectief responsabiliserend kan werken.

— Uit het derde auditverslag dat betrekking heeft op de controle op de ziekenfondsen blijkt, ten slotte, dat niemand echt weet of de ziekenfondsen over een degelijk en objectief intern controlesysteem beschikken. Bovendien worden belangrijke nuttige data waarover de ziekenfondsen beschikken en die de controletaken van het RIZIV en de Controledienst voor de ziekenfondsen (CDZ) kunnen vergemakkelijken, onvoldoende door de ziekenfondsen doorgegeven aan deze controlediensten.

- Naast het RIZIV en de CDZ zijn de ziekenfondsen zelf verantwoordelijk voor een interne controle en evaluatie. Elke landsbond heeft de taak om een interne controle op te richten die de verrichtingen van de aangesloten ziekenfondsen controleert (bijvoorbeeld het controleren van de betrouwbaarheid van de financiële informatie over verrichtingen), en een interne audit, die dit interne controlesysteem controleert. De controlediensten van het RIZIV en de CDZ weten nauwelijks op welke manier de ziekenfondsen hun interne controles en audit organiseren. Zij weten niet wat er fout loopt en welke hiaten er zijn.

- De controlediensten van het RIZIV (de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)) krijgen moeilijk toegang tot de data en gegevens die nodig zijn om hun controles te kunnen uitvoeren. Belangrijke data lijken door de ziekenfondsen te worden afgeschermd van de controlediensten van de overheid.

Sinds 2018 worden de gegevens over de tarificatie en aanrekeningen van de verplichte ziekteverzekering ter beschikking gesteld aan de overheidsdiensten via het Intermutualistisch agentschap (IMA) die zelf gecontroleerd is door de ziekenfondsen. Maar “de diensten van het RIZIV hebben geen rechtstreekse toegang tot de gegevens en moeten een aanvraag indienen bij het datawarehouse, waar hun aanvraag behandeld wordt door het IMA”. Die drempels maken het volgens het Rekenhof moeilijk voor de controlediensten om “op continue wijze mogelijke anomalieën in de reglementering en/of controles van de ziekenfondsen, alsook misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden te detecteren.” (blz. 30). Mevrouw Van Peel vindt dat het hier om data gaat die eigendom zouden moeten zijn van de overheid. Ziekenfondsen zouden informatie over de aanwending van publieke middelen niet mogen afschermen van de overheid.

Mevrouw Van Peel stelt vervolgens een aantal vragen met betrekking tot deze drie auditverslagen.

et les inconvénients que plusieurs années plus tard ne peut avoir un réel effet responsabilisant.

— Enfin, le troisième rapport d’audit, qui porte sur le contrôle des mutualités, révèle que personne ne sait vraiment si les mutualités disposent d’un système de contrôle interne objectif et adéquat. Il apparaît en outre que les mutualités restent en défaut de transmettre à l’INAMI et à l’Office de contrôle des mutualités (OCM) certaines données importantes dont elles disposent et qui pourraient simplifier les contrôles effectués par l’INAMI et l’OCM.

- À côté de l’INAMI et de l’OCM, les mutualités réalisent elles-mêmes un contrôle interne et une évaluation. Chaque union nationale est chargée de mettre en place un contrôle interne portant sur les opérations des mutualités affiliées (contrôle concernant par exemple la fiabilité des informations financières sur les opérations), ainsi qu’un audit interne visant à contrôler ce système de contrôle interne. Les services de contrôle de l’INAMI et de l’OCM savent toutefois à peine comment les mutualités organisent leurs contrôles et audits internes. Ils ne savent pas quelles sont les fautes imputables à ce système, ni quelles en sont les failles.

- Les services de contrôle de l’INAMI (Service du contrôle administratif [SCA] et Service d’évaluation et de contrôle médicaux [SECM]) ont difficilement accès aux données nécessaires pour pouvoir exercer leurs contrôles. Il semble que les mutualités dissimulent certaines informations importantes aux services de contrôle des pouvoirs publics.

Depuis 2018, les données de tarification et d’imputation des prestations de l’assurance obligatoire soins de santé sont mises à la disposition des services publics par le biais de l’Agence intermutualiste (AIM), qui est elle-même contrôlée par les mutualités. Cependant, “les services de l’INAMI n’ont aucun accès direct aux données et doivent introduire une demande auprès de l’entrepôt de données, où leur requête est examinée par l’AIM”. La Cour des comptes en conclut qu’il est malaisé pour les services de contrôle de “détecter en continu les possibles anomalies dans la réglementation ou les contrôles des mutualités, ainsi que les abus éventuellement commis par les dispensateurs de soins et les ayants droit.” (p. 29). Mme Van Peel estime qu’il s’agit de données dont les pouvoirs publics devraient être propriétaires et que les mutualités ne devraient pas pouvoir dissimuler des informations concernant l’affectation des deniers publics.

Mme Van Peel pose ensuite quelques questions sur les trois rapports d’audit.

Eerste auditverslag: vergoeding van de administratiekosten van de ziekenfondsen

— In het eerste auditverslag wordt gesteld dat het RIZIV en de CDZ de administratiekosten voor de ziekenfondsen wilden doorlichten (zoals opgenomen in het regeerakkoord), maar dat zij deze analyse niet konden uitvoeren omdat zij “over onvoldoende gegevens beschikten om deze analyse uit te voeren”. Volgens het Rekenhof is de huidige rapportering van de ziekenfondsen over hun kostenstructuur “onvoldoende transparant om de toereikendheid van de financiering van de administratiekosten te beoordelen” (blz. 34-35). In het Toekomstpact met de ziekenfondsen werd aan de ziekenfondsen daarom gevraagd om ten laatste voor het boekjaar 2018 een “analytische boekhouding” uit te werken die meer inzicht verschaft in de werkelijke werkingskosten van de ziekenfondsen.

Heeft het Rekenhof weet van het feit of deze analytische boekhouding er effectief staat aan te komen voor het boekjaar 2018? Zo nee, waarom (nog) niet? Als het Rekenhof stelt dat de CDZ en het RIZIV over onvoldoende gegevens beschikt om de toereikendheid van het jaarlijks forfait te kunnen beoordelen, kan het dan ook concrete voorbeelden geven van specifieke werkingsuitgaven die vandaag nog onduidelijk zijn of niet in kaart kunnen worden gebracht? Is het mogelijk dat ziekenfondsen middelen van het jaarlijks forfait laten doorstromen naar gelieerde (patrimonium)-vzw's of naar apotheken die zij zelf mee beheren of uitbaten, zonder dat dit door het RIZIV of de CDZ wordt opgemerkt? Bestaan hier gegevens over?

In het kader van discussies over de efficiënte organisatie van onze verplichte ziekteverzekering, wordt wel eens de vraag gesteld of deze taken kostenefficiënter zouden kunnen worden uitgevoerd door de ziekenfondsen, het RIZIV, of private verzekeringen. Klopt het dat, op basis van de beperkte gegevens die vandaag voorhanden zijn over de werkingskosten van de ziekenfondsen, een objectieve evaluatie van de kostenefficiënte werking van de ziekenfondsen tegenover die van andere hypothetische alternatieven in feite zeer moeilijk tot onmogelijk kan worden uitgevoerd?

— Van de totale werkingskosten van de ziekenfondsen, zou volgens het verslag van het Rekenhof gemiddeld 69,08 % naar personeelskosten gaan. Tussen de ziekenfondsen onderling zou dit percentage variëren tussen 57,65 % en 73,25 % (blz. 34). De personeelskosten zijn dus de grootste hap uit de werkingsmiddelen. Een blik op de jaarrekeningen van de verschillende ziekenfondsen leert ons dat de personeelsinzet tussen ziekenfondsen onderling nogal sterk kan verschillen. Bijvoorbeeld: in 2016 zette de Christelijke Mutualiteit

Premier rapport d'audit: indemnisation des frais d'administration des mutualités

— Le premier rapport d'audit indique que l'intention de l'INAMI et de l'OCM était d'analyser les frais d'administration des mutualités (comme le prévoyait l'accord de gouvernement) mais que l'INAMI et l'OCM n'ont pas pu le faire parce qu'ils “ne disposaient pas de données suffisantes pour effectuer cette analyse”. Selon la Cour des comptes, le rapportage actuel des mutualités sur la structure de leurs coûts “manque de transparence pour juger de l'adéquation du financement des frais d'administration” (p. 34). Le Pacte d'avenir avec les organismes assureurs demande dès lors aux mutualités de se doter, au plus tard pour l'exercice 2018, d'une “comptabilité analytique” qui rende mieux compte de leurs frais de fonctionnement réels.

La Cour des comptes sait-elle si cette comptabilité analytique a effectivement été mise en place pour l'exercice 2018? Si ce n'est pas (encore) le cas, quelles en sont les raisons? La Cour des comptes affirme que l'OCM et l'INAMI ne disposent pas de données suffisantes pour pouvoir juger de l'adéquation du forfait annuel. Peut-elle dès lors donner des exemples concrets de dépenses de fonctionnement spécifiques encore peu claires à ce jour ou qui ne peuvent être identifiées? Certaines mutualités peuvent-elles transférer une partie du forfait annuel, à l'insu de l'INAMI ou de l'OCM, à des ASBL (patrimoniales) liées ou à des pharmacies qu'elles cogèrent ou coexploitent? Dispose-t-on de données à ce sujet?

Dans le cadre des débats sur l'organisation efficace de notre système d'assurance maladie obligatoire, on se demande parfois si ces missions pourraient être exercées de manière plus efficiente par les mutualités, l'INAMI, ou des assurances privées. Est-il exact que, sur la base des données limitées actuellement disponibles concernant les frais de fonctionnement des mutualités, il est en fait très difficile, voire impossible, d'évaluer de manière objective le fonctionnement efficient des mutualités par rapport à celui d'autres alternatives hypothétiques?

— Selon le rapport de la Cour des comptes, les dépenses de personnel représenteraient en moyenne 69,08 % du total des frais de fonctionnement des mutualités. Selon les mutualités, ce pourcentage oscillerait entre 57,65 % et 73,25 % (p. 34). Les frais de personnel absorbent donc la plus grande part des moyens de fonctionnement. Un examen des comptes annuels des différentes mutualités nous indique que le taux de personnel peut varier assez fortement d'une mutualité à l'autre. En 2016, par exemple, la Christelijke Mutualiteit

van Roeselare-Tielt 1 voltijdsequivalent (VTE) in per 1 120 aangesloten leden, tegenover 1 VTE per 674 aangesloten leden bij de Socialistische Mutualiteit ("Solidaris") "Mons-Wallonie picarde". Een opvallend verschil tussen twee ziekenfondsen, die met de toegekende werkingskosten nochtans exact dezelfde taken moeten uitvoeren.

Klopt het dat de landsbonden volledig zelfstandig kunnen beslissen op welke manier zij de middelen van het jaarlijks forfait onder hun aangesloten ziekenfondsen verdelen? Of worden zij op een manier aangespoord "zuinigere" ziekenfondsen te belonen? Bestaat het risico dat zuinigere ziekenfondsen benadeeld worden door dit systeem doordat aan hen een relatief kleiner aandeel van het jaarlijks forfait wordt toegekend? Zo ja, welke mogelijkheden ziet het Rekenhof om de landsbonden te stimuleren om hun ziekenfondsen aan te zetten tot een meer kostenefficiënte inzet van (personeels)middelen?

— Hoewel het Rekenhof erop wijst dat het niet met zekerheid kan beoordelen of de werkingsmiddelen die de landsbonden via het jaarlijks forfait van het RIZIV ontvangen, toereikend zijn, wijst het Rekenhof er in zijn eerste auditverslag op dat:

- een onafhankelijke audit uit 1987 de verouderde parameterformule bekritiseert en aangeeft dat de enveloppe met zo'n 18 % zou kunnen worden verminderd (blz. 18);

- het feit dat de ziekenfondsen tussen 2002 en 2011 een overschot hebben gerealiseerd van 235,3 miljoen euro (of 2,55 % van de toegekende middelen), een aanwijzing is dat het forfait in het verleden de financieringsbehoeften van de ziekenfondsen ruimschoots dekte (blz. 42);

- ondanks het feit dat de regering om budgettaire redenen afweek van de parameterformule en besparingen oplegde van in totaal 234,5 miljoen euro in de periode 2002-2016, het jaarlijks forfait tussen 2012 en 2016 met 43,45 % gestegen is (van 732 miljoen naar 1,05 miljard euro) (blz. 19).

Acht het Rekenhof het mogelijk dat de parameterformule tot een structurele en onnodige groei van de financiering van de werkingskosten van de ziekenfondsen leidt? En dat de besparingen hierop (zoals de recente besparing van 120 miljoen euro tussen 2015 en 2018, zoals opgenomen in het Toekomstpact) mogelijk beschouwd moeten worden als correcties op een te sterk gegroeide financiering van de werkingsmiddelen, eerder dan als een afname van deze financiering? Wat zouden volgens het Rekenhof optimale klijntijnen zijn voor een

de Roulers-Tielt occupait un ETP pour 1 114 affiliés, contre un ETP pour 655 affiliés à la Mutualité socialiste ("Solidaris") de Mons- Wallonie Picarde. Il s'agit d'une différence frappante entre deux mutualités, qui doivent pourtant exercer les mêmes missions avec les moyens de fonctionnement qui leur sont attribués.

Est-il exact que les unions nationales peuvent décider en toute autonomie de quelle manière elles répartissent l'enveloppe forfaitaire annuelle entre les mutualités qui leur sont affiliées? Ou sont-elles incitées d'une certaine manière à récompenser les mutualités "plus économes"? Les mutualités plus économes risquent-elles d'être pénalisées par ce système en se voyant octroyer une part relativement plus faible du forfait annuel? Dans l'affirmative, quelles pistes la Cour des comptes envisage-t-elle pour encourager les unions nationales à inciter leurs mutualités à une utilisation plus efficiente des ressources (humaines)?

— Bien que soulignant qu'elle ne peut évaluer avec certitude si les moyens de fonctionnement reçus par les unions nationales par le biais du forfait annuel de l'INAMI sont suffisants, la Cour des comptes relève dans son premier rapport d'audit:

- qu'un audit indépendant réalisé en 1987 a critiqué la formule des paramètres, qui est obsolète, et indiqué que l'enveloppe pourrait être réduite d'environ 18 % (p. 18);

- que le fait qu'entre 2002 et 2011, les mutualités ont dégagé un excédent de 235,3 millions d'euros (soit 2,55 % des moyens alloués) indique que, dans le passé, le forfait a largement couvert les besoins financiers des mutualités (p. 42);

- qu'en dépit du fait que, pour des raisons budgétaires, le gouvernement se soit écarté de la formule des paramètres et ait imposé des économies totalisant 234,5 millions d'euros sur la période 2002-2016, le forfait annuel a augmenté de 43,45 % entre 2012 et 2016 (de 732 millions à 1,05 milliard d'euros) (page 19).

La Cour des comptes estime-t-elle que la formule des paramètres peut conduire à une augmentation structurelle et inutile du financement des frais de fonctionnement des mutualités? Et que les économies sur ce poste (telles que l'économie récente de 120 millions d'euros entre 2015 et 2018, telle qu'incluse dans le pacte d'avenir) peuvent être considérées comme des corrections à un financement excessif des moyens de fonctionnement, plutôt que comme une diminution de ce financement? De l'avis de la Cour des comptes,

alternatieve financiering van de werkingsmiddelen van de ziekenfondsen?

Tweede auditverslag: financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen

— De ziekenfondsen hebben weinig middelen om zelf de uitgaven in de verplichte ziekteverzekering te beheersen. Wat echter opvalt, is dat in de gevallen waarbij de ziekenfondsen wel een sterke rol kunnen spelen in de beheersing van dit budget, zij hun verplichtingen hieromtrent gewoonweg niet nakomen.

In de overeenkomstencommissies van het RIZIV beslissen de ziekenfondsen samen met vertegenwoordigers van de zorgberoepen mee over de honoraria, remgelden en terugbetalingen. In artikel 51, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna ook de ZIV-wet genoemd) staat ingeschreven dat elk akkoord of elke overeenkomst correctiemechanismen moet bevatten die kunnen worden toegepast zodra een partiële begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.

In het tweede auditverslag wordt erop gewezen dat de ziekenfondsen deze verplichting simpelweg naast zich neerleggen en niet nakomen (blz. 25-26). Een ouder verslag van het Rekenhof uit 2011, geeft enkele concrete voorbeelden van dergelijke “correctiemechanismen”, die zodanig vaag en beperkt omschreven zijn, dat ze in feite nutteloos zijn (bv: “de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag”).

Waarom gebruiken de ziekenfondsen een van de weinige middelen die zij hebben om de uitgaven in de ziekteverzekering te beheersen gewoonweg niet? Heeft dit te maken met het feit dat de ziekenfondsen de financiële responsabilisering te weinig “voelen”? De clause met correctiemechanismen is verplicht, maar wordt ze ook gecontroleerd en bestraft? Op welke manier kunnen ziekenfondsen aangespoord worden om hun wettelijk verplichte verantwoordelijkheid te nemen voor het beheersen van de budgetten van de ziekteverzekering?

— In het tweede auditverslag wordt vaak verwezen naar de groeinorm. Deze groeinorm heeft een sterke invloed op het bonus-malussysteem. Bij een hoge groeinorm is het namelijk veel makkelijker voor de ziekenfondsen om overschotten te boeken, en dus boni te kunnen ontvangen.

quelles seraient les conditions optimales pour un financement alternatif des moyens de fonctionnement des mutualités?

Deuxième rapport d'audit: responsabilité financière des mutualités

— Les mutualités disposent de peu d'instruments leur permettant de maîtriser elles-mêmes les dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Ce qui est frappant, cependant, c'est que dans les cas où les mutualités peuvent jouer un rôle important dans la maîtrise de ce budget, elles ne remplissent tout simplement pas leurs obligations à cet égard.

Dans les commissions de conventions de l'INAMI, les mutualités, de concert avec les représentants des professions de santé, décident des honoraires, des tickets modérateurs et des remboursements. L'article 51, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après également dénommée loi AMI) prévoit que tout accord ou toute convention doit comporter des mécanismes correcteurs applicables en cas de dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel.

Le deuxième rapport d'audit souligne que les mutualités font tout simplement fi de cette obligation et ne s'y conforment pas (p. 25-26). Un rapport antérieur de la Cour des comptes de 2011 donne quelques exemples concrets de tels “mécanismes de correction”, qui sont définis de manière si vague et restreinte qu'ils sont en fait inutiles (par exemple, “Renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription”).

Pourquoi les mutualités n'utilisent-elles tout simplement pas l'un des rares moyens à leur disposition pour maîtriser les dépenses d'assurance maladie? Est-ce dû au fait que les mutualités ne “sentent” pas suffisamment la responsabilisation financière? La clause de correction est obligatoire, mais est-elle également contrôlée et sanctionnée? Comment encourager les mutualités à assumer leurs responsabilités statutaires en matière de contrôle des budgets d'assurance maladie?

— Le deuxième rapport d'audit fait souvent référence à la norme de croissance. Cette norme de croissance a une forte incidence sur le système bonus-malus. En cas de norme de croissance élevée, il est beaucoup plus facile pour les mutualités d'enregistrer des excédents, et donc de pouvoir recevoir des boni.

In een ouder verslag uit 2006 stelt het Rekenhof nog dat “door de aanpassingen [van de groeinorm] heeft de begroting de uitgavenevoluitie immers veeleer gevolgd dan aangestuurd”. Is het Rekenhof nog steeds van mening dat de groeinorm van 4,5 % die door de Paarse regering in 2005 werd ingevoerd en tot 2012 werd gehandhaafd te hoog lag, en de groei van de gezondheidszorguitgaven onnodig gestimuleerd heeft?

— De berekening van de boni en de mali laat soms zeer lang op zich wachten, waardoor de ziekenfondsen na jaren al vergeten zijn waarom zij de bonus of malus hebben ontvangen. Volgens de audit vond de definitieve berekening (fase 3) van de financiële verantwoordelijkheid van het boekjaar 2008 pas plaats in 2016. In 2016 werd een tijdschema opgesteld door het RIZIV om de achterstal van berekeningen weg te werken. Zo zouden volgens dit schema de definitieve berekening van 2014 in december 2017 moeten afgerond zijn (blz. 34).

Heeft het Rekenhof een zicht op hoe het staat met deze berekeningen momenteel? Zit het RIZIV op schema? Welke pistes ziet het Rekenhof om deze berekeningsprocedure korter te maken?

— In dit tweede auditverslag staat ook geschreven: “Door de hoogte van die bijzondere reservefondsen zijn ziekenfondsen weinig geneigd begrotingsoverschrijdingen te vermijden.” (blz. 49). Bij een malus vallen de ziekenfondsen in eerste instantie terug op de verzamelde boni in hun “bijzonder reservefonds”. Als de opgebouwde boni uit het verleden niet volstaan, dan worden de mali bekostigd via de reserves in het “fonds bijdragen” waarin de ziekenfondsen ledenbijdragen en stortingen vanuit eigen middelen hebben opgenomen.

In het auditverslag staat niets vermeld over de “responsabiliseringsbijdrage”: de ziekenfondsen hebben vandaag de mogelijkheid om, naast het lidgeld, een bijkomende “responsabiliseringsbijdrage” te vragen aan hun leden. Deze bijdrage dient om hun reservefonds te spijzen. Deze responsabiliseringsbijdrage is voor het ziekenfondslid fiscaal aftrekbaar. De laatste jaren heffen de meeste ziekenfondsen echter geen responsabiliseringsbijdrage meer. Ze hebben deze dan ook niet nodig dankzij hun hoge gecumuleerde boni. In het hypothetische geval dat de boni uitgeput zijn, en de ziekenfondsen moeten terugvallen op reserves uit ledenbijdragen, dan kunnen de ziekenfondsen uiteindelijk nog steeds deze malus onrechtstreeks verhalen op de publieke middelen via de fiscaal aftrekbare responsabiliseringsbijdrage.

Dans un précédent rapport de 2006, la Cour des comptes avait également indiqué que “Au fil des modifications [de la norme de croissance], le budget a en effet suivi l'évolution des dépenses plutôt qu'il ne l'a pilotée”. La Cour des comptes considère-t-elle toujours que la norme de croissance de 4,5 % fixée par la coalition violette en 2005 et maintenue jusqu'en 2012 était trop élevée et a inutilement stimulé la croissance des dépenses de santé?

— Le calcul des boni et des mali prend parfois beaucoup de temps, de sorte que les mutualités ont déjà oublié après des années pourquoi elles avaient reçu le bonus ou le malus. Selon l'audit, le calcul définitif (phase 3) de la responsabilité financière pour l'exercice 2008 n'a eu lieu qu'en 2016. En 2016, l'INAMI a établi un calendrier pour éliminer l'arriéré au niveau des calculs. Selon ce calendrier, le calcul final pour 2014 devait être achevé en décembre 2017 (p. 34).

La Cour des comptes a-t-elle une idée de l'état actuel de ces calculs? L'INAMI respecte-t-il le calendrier? Quelles pistes la Cour des comptes envisage-t-elle pour raccourcir cette procédure de calcul?

— Ce deuxième rapport d'audit indique également que: “Le montant élevé de ces fonds spéciaux de réserve incite peu à éviter les dépassements budgétaires.” (p. 49) En cas de malus, les mutualités s'appuient dans un premier temps sur les boni collectés dans leur “fonds spécial de réserve”. Si les boni accumulés dans le passé ne sont pas suffisants, les mali sont payés par les réserves du “fonds de cotisations” que les mutualités ont alimenté grâce aux cotisations de leurs affiliés et à des moyens propres.

Rien n'est dit dans le rapport d'audit à propos de la “contribution de responsabilisation”: aujourd'hui, les mutualités peuvent réclamer à leurs membres une “contribution de responsabilisation” en plus de la cotisation qu'ils paient en tant qu'affiliés. Cette contribution sert à alimenter les fonds de réserve des mutualités et est fiscalement déductible pour leurs affiliés. Or, depuis quelques années, la plupart des mutualités ne prélèvent plus de contributions de responsabilisation. Elles n'en ont en effet pas besoin grâce au montant élevé de leurs bonis cumulés. Dans le cas hypothétique où ces bonis s'épuiseraient et où les mutualités devraient se replier sur des réserves constituées de cotisations payées par leurs affiliés, elles pourraient encore récupérer indirectement ce malus sur les moyens publics par le biais de la contribution de responsabilisation fiscalement déductible.

Klopt het dat de ziekenfondsen in feite nooit zelf financieel belast worden met een malus (bijvoorbeeld via hun werkingsmiddelen, of via een niet-fiscaal aftrekbare ledenbijdrage die hen minder aantrekkelijk maakt voor nieuwe leden), ook niet als hun bijzonder reservefonds weinig gevuld is? Zo ja, is de afwezigheid van een potentiële negatieve financiële impact van het bonus-malussysteem op de financiële middelen van het ziekenfonds zelf volgens het Rekenhof een bijkomende reden van het falen van dit bonus-malussysteem?

— In het Toekomstpact staat te lezen dat het auditverslag van het Rekenhof “de basis [zal] vormen voor een voorstel tot aanpassing dat tegen midden 2018 zal worden uitgewerkt in overleg met de verzekeringsinstellingen. Daarbij zal worden onderzocht hoe en onder welke voorwaarden geëvolueerd kan worden van de individuele responsabilisering naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten. Belangrijk is verder dat de verzekeringsinstellingen de beschikking krijgen over voldoende collectieve instrumenten voor uitgavenbeheersing.” Zijn er ondertussen al pistes uitgewerkt voor een hervorming van het bonus-malussysteem?

Derde auditverslag: controle op de ziekenfondsen

— De CDZ moet vastgestelde overtredingen van de ZIV-wet die niet tot de eigen controlebevoegdheid behoren melden aan de controlediensten van het RIZIV (DAC en DGEC). De gegevens die de CDZ mag doorgeven zijn echter strikt beperkt. De CDZ en de bedrijfsrevisoren hebben namelijk een wettelijke discretieplicht “omtrent de feiten waarvan ze wegens hun functie kennis gekregen hebben” (artikel 59 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landbonden van ziekenfondsen) (blz. 15). Hierdoor hebben de controlediensten van het RIZIV (DAC en DGEC) totaal geen zicht op de vereiste interne controles en interne audits die de ziekenfondsen uitvoeren. Het RIZIV kan dus ook geen inefficiënte overlappingen met hun eigen werking of hiaten in de controles door de ziekenfondsen opsporen.

In het auditverslag staat dat de CDZ zou werken aan een aanpassing van dit artikel 59, in uitvoering van het Toekomstpact. Heeft het Rekenhof weet over welke concrete uitbreidingen door de CDZ voorzien werden? Welke noodzakelijke informatie zouden de CDZ en de bedrijfsrevisoren volgens het Rekenhof nog moeten kunnen doorgeven aan de controlediensten van het RIZIV, opdat het RIZIV zijn controletaak optimaal zou kunnen uitvoeren?

Est-il exact qu'en fait, même lorsque leurs fonds spéciaux de réserve sont peu alimentés, les mutualités ne sont jamais financièrement pénalisées par un malus (affectant par exemple leurs moyens de fonctionnement ou découlant d'une cotisation fiscalement non déductible qui les rendrait moins attrayantes pour de nouveaux membres)? Si c'est exact, l'absence d'impact financier négatif potentiel du système de bonus-malus sur les moyens financiers des mutualités constitue-t-elle, selon la Cour des comptes, une cause supplémentaire de l'échec de ce système de bonus-malus?

— Le Pacte d'avenir avec les organismes assureurs indique que le “rapport d'audit formera la base pour une proposition d'adaptation qui sera développée pour mi-2018 en concertation avec les mutualités. Il sera examiné comment et sous quelles conditions la responsabilisation individuelle peut évoluer vers une responsabilité collective, notamment afin d'éviter la sélection des risques et toute concurrence déloyale. En outre, il est important que les organismes assureurs disposent de suffisamment d'instruments collectifs pour la gestion des dépenses.” Des pistes ont-elles déjà été élaborées, à ce jour, dans la perspective d'une réforme du système de bonus-malus?

Troisième rapport d'audit: contrôle des mutualités

— L'OCM doit signaler aux services de contrôle de l'INAMI (SCA et SECM) les infractions à la loi AMI constatées qui ne relèvent pas de son propre pouvoir de contrôle. Les données qui peuvent être communiquées par l'OCM sont toutefois strictement limitées. L'article 59 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités impose en effet à l'OCM et aux réviseurs d'entreprises un devoir de discrétion “quant aux faits dont ils ont eu connaissance en raison de leur fonction” (p. 15). Il s'ensuit que les services de contrôle de l'INAMI (SCA et SECM) ne sont absolument pas informés des contrôles et audits internes obligatoires réalisés par les mutualités. L'INAMI est dès lors dans l'impossibilité de détecter les chevauchements inefficaces avec sa propre organisation ou les lacunes dans les contrôles réalisés par les mutualités.

Le rapport d'audit précise que l'OCM prépare une modification de l'article 59 précité en application du Pacte d'avenir. La Cour des comptes sait-elle quelles sont les extensions concrètes prévues par l'OCM? Quelles sont, selon la Cour des comptes, les informations nécessaires que l'OCM et les réviseurs d'entreprises devraient encore pouvoir transmettre aux services de contrôle de l'INAMI pour permettre à ceux-ci d'exercer leur mission de façon optimale?

— Het Nationaal intermutualistisch college (NIC), een associatie van de mutualiteiten, zou in uitvoering van het Toekomstpact een cartografie opmaken van de verschillende interne controles die er bestaan binnen de ziekenfondsen en landsbonden. Op die manier kan het RIZIV alvast beschikken over enkele basisgegevens wat betreft de interne controles en audits van de ziekenfondsen. Maar het Rekenhof meldt echter dat de uiteindelijke opgeleverde cartografie die het NIC opleverde voor het RIZIV totaal onbruikbaar was. De cartografie was niet gedetailleerd genoeg over de werkelijk uitgevoerde controles.

Waarom leveren de ziekenfondsen hierover geen transparante informatie aan? Is dit omdat de vraag te vaag geformuleerd was? Bestaat er een onwil bij de ziekenfondsen om hierin inzage te geven? Zijn de ziekenfondsen via het NIC uiteindelijk aangespoord om alsnog een duidelijke cartografie van hun interne controles op te maken? Zo nee, waarom niet?

— Naast beperkte informatie over de interne controles van de ziekenfondsen, hebben de controlediensten van het RIZIV vaak ook moeilijk toegang tot administratieve en medische gegevens van verzekerden die voor hun controles noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld aard, datum, plaats en kostprijs van een gefactureerde behandeling of leeftijd, geslacht en gezinstoestand van de patiënt).

- Sinds kort bestaat hiervoor wel het gegevensplatform “NewAttest”. De tarificatie en aanrekeningen van de verplichte ziekteverzekering worden via NewAttest ter beschikking gesteld van de federale gezondheidsadministraties, zoals het RIZIV, op een door het IMA gestandaardiseerde wijze. Maar het IMA (dus de ziekenfondsen) behoudt de controle over de gegevens. Het RIZIV heeft geen rechtstreekse toegang en moet nog steeds een aanvraag indienen bij het IMA.

- Het Rekenhof uit kritiek op de nog steeds indirecte toegang van deze gegevens voor onder andere het RIZIV: “hier [wordt] mogelijk een belangrijke opportuniteit gemist om via een permanente toegang tot de volledige data een regulier performant controle en monitoringsysteem in het leven te roepen dat op continue wijze mogelijke anomalieën in de reglementering en/of controles van de ziekenfondsen, alsook misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden kan detecteren.” (blz. 30)

- Voor de N-VA fractie lijkt het duidelijk dat de overheid, die instaat voor de financiering van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid, eigenaar zou moeten zijn van al deze gegevens, en niet de ziekenfondsen.

— Il avait été décidé que l’association de mutualités constituant le Collège intermutualiste national (CIN) cartographierait, en application du Pacte d’avenir, les différents contrôles internes effectués au sein des mutualités et des unions nationales. Dès lors, l’INAMI aurait déjà pu disposer de quelques données de base concernant les contrôles et audits internes des mutualités. La Cour des comptes observe toutefois que la cartographie fournie par le CIN à l’INAMI est totalement inutilisable parce qu’elle ne contient pas suffisamment de détails quant aux contrôles qui ont réellement eu lieu.

Pourquoi les mutualités ne fournissent-elles pas des informations transparentes en la matière? Est-ce parce que la demande a été formulée de façon trop vague? Les mutualités rechignent-elles à mettre ces données à disposition? Ont-elles finalement été encouragées par le CIN à cartographier clairement leurs contrôles internes et, dans la négative, pourquoi cela n’a-t-il pas été fait?

— Non seulement les informations concernant les contrôles internes des mutualités sont limitées, mais les services de contrôle de l’INAMI ont souvent difficilement accès aux données administratives et médicales des assurés qui leur sont nécessaires pour réaliser un contrôle (par exemple: nature, date, lieu et coût d’un traitement facturé ou âge, sexe et situation familiale du patient).

- La plateforme de données New Attest a toutefois été créée il y a peu à cet effet. La tarification et les imputations de l’assurance maladie obligatoire sont mises à la disposition des administrations fédérales de santé comme l’INAMI par le biais de New Attest, selon une procédure standardisée élaborée par l’Agence intermutualiste (AIM). Mais l’AIM (c’est-à-dire les mutualités) garde le contrôle de ces données: l’INAMI n’y a pas directement accès. Il doit donc introduire une demande d’information à l’AIM.

- La Cour des comptes critique le fait que ces données ne soient toujours pas directement accessibles, notamment pour l’INAMI: “[...] une opportunité importante semble manquée de créer un système de contrôle et de monitoring régulier performant grâce à un accès permanent à l’ensemble des données. Ce système serait capable de déceler en continu les possibles anomalies dans la réglementation ou les contrôles des mutualités, ainsi que les abus éventuellement commis par les dispensateurs de soins et les ayants droit.” (page 29).

- Le groupe N-VA estime qu’il semble évident que l’État, qui finance les soins de santé et la sécurité sociale, devrait être propriétaire de toutes ces données, et non les mutualités.

Op welke manier staat de onrechtstreekse toegang via het IMA een optimale toegang voor het RIZIV tot deze gegevens in de weg? Heeft het Rekenhof weet van de reden waarom er gekozen is voor een onrechtstreekse toegang tot deze gegevens via het IMA? Is de rechtstreekse toegang in strijd met bepaalde bestaande regelgeving? En/of zijn de ziekenfondsen gekant tegen een rechtstreekse toegang van het RIZIV tot deze gegevens? In het verslag wordt ook gewezen op personeelstekorten bij de DGEC. Zou een directere toegang tot de gegevens die vandaag via NewAttest aan de controlediensten van het RIZIV worden doorgegeven, kunnen leiden tot een afname van de nodige personeelsinzet bij de DGEC en de DAC?

— In het derde auditverslag wordt opnieuw teruggekomen op de werkingskosten van de ziekenfondsen. Er wordt opgemerkt dat minstens twee evoluties ertoe zouden moeten bijdragen dat de werkingskosten van de ziekenfondsen significant afnemen: ten eerste, de overdracht van taken naar intermediaire organisaties zoals het IMA, die taken van het ziekenfonds overnemen en hiervoor afzonderlijk kosten aanrekenen aan de overheid, en, ten tweede, de sterk voortschrijdende informatisering en digitalisering van de ziekenfondsen, die eveneens een besparingsparingspotentieel met zich zouden moeten meedragen (blz. 27).

Heeft het Rekenhof een zicht op hoeveel kosten het IMA jaarlijks aanrekenen aan de overheid? Wat zijn volgens het Rekenhof de meest opvallende, kostenbesparende, digitaliseringsprocessen die de laatste jaren werden uitgevoerd en waaraan de financiering van de werkingskosten nog niet is aangepast? Hoe groot schat het Rekenhof de (netto) besparingen die uit de digitalisering zouden kunnen zijn voortgevloeid? Zou het Rekenhof een schatting kunnen maken van de besparingen en eventuele bijkomende kosten die de voortschrijdende digitalisering van de werking van de ziekenfondsen met zich heeft meegebracht?

— In het Toekomstpact wordt gepleit voor een uniformisering van de handhaving van de ziekteverzekeringswetgeving ten opzichte van de sociaal verzekerden. Om dit te realiseren wil men komen tot een minimale uniforme controlesokkel voor alle ziekenfondsen, die gerealiseerd kan worden door controles van technische aard (toegepaste tarieven, opgelegde leeftijdsvoorwaarden) maximaal te informatiseren en te laten plaatsvinden vooraleer de uitbetaling van de tegemoetkoming plaatsvindt. Het Rekenhof stelt dat dit moeilijk te realiseren zal zijn omwille van de sterk verschillende omvang en organisatiestructuur die de ziekenfondsen vandaag hebben. Zij wijzen er fijntjes op dat zelfs een simpele

En quoi l'accès indirect par le biais de l'AIM empêche-t-il l'INAMI d'avoir un accès optimal à ces données? La Cour des comptes a-t-elle connaissance de la raison pour laquelle un accès indirect à ces données par le biais de l'AIM a été choisi? L'accès direct est-il contraire à une réglementation existante bien précise? Et/ou les mutualités sont-elles opposées à ce que l'INAMI accède directement à ces données? Le rapport signale en outre le manque d'effectifs du SECM. Un accès plus direct aux données actuellement transmises aux services de contrôle de l'INAMI par le biais de NewAttest pourrait-il entraîner une réduction des effectifs nécessaires au SECM et au SCA?

— Le troisième rapport d'audit analyse à nouveau les frais de fonctionnement des mutualités. Il souligne que deux évolutions au moins devraient contribuer à une diminution significative des frais de fonctionnement des mutualités: premièrement, le transfert de missions à des organisations intermédiaires comme l'AIM, qui reprennent des missions exercées par la mutualité et qui imputent des frais pour ce travail aux pouvoirs publics et, deuxièmement, l'informatisation et la numérisation croissantes des mutualités, qui devraient également entraîner des économies potentielles (p. 26).

La Cour des comptes a-t-elle une idée du montant des frais que l'AIM impute annuellement aux pouvoirs publics? Quels sont, selon la Cour des comptes, les processus de numérisation les plus marquants en matière d'économies de coûts qui ont été instaurés ces dernières années et auxquels le financement des coûts d'exploitation n'a pas encore été adapté? À combien la Cour des comptes estime-t-elle les économies (nettes) qui auraient pu être réalisées grâce à la numérisation? La Cour des comptes pourrait-elle faire une estimation des économies et des coûts supplémentaires éventuels résultant de la numérisation croissante du fonctionnement des mutualités?

— Le Pacte d'avenir préconise d'uniformiser le contrôle du respect de la législation en matière d'assurance maladie envers les assurés sociaux. Le Pacte d'avenir entend réaliser cette uniformité à l'aide d'un socle de contrôle minimum commun. Pour ce faire, il propose d'informatiser au maximum les contrôles de nature technique (les tarifs à appliquer, les conditions d'âge) et de les appliquer avant le versement de l'intervention. La Cour des comptes précise que ces objectifs sont difficiles à atteindre en raison de la structure organisationnelle et de la taille très différentes des mutualités à l'heure actuelle. Elle souligne finement que même une simple transmission d'informations par

informatieverstrekking over de interne controlemechanismen door de ziekenfondsen aan het RIZIV niet lukt (blz. 19).

Heeft het Rekenhof er weet van of er ondertussen al stappen zijn gezet in de richting van een uniformisering van de handhaving van de wetgeving ten opzichte van de sociaal verzekerden? Welke oplossingen ziet het Rekenhof voor dit probleem? Zou een verschuiving van bepaalde controle- en uitbetalingsmechanismen richting het RIZIV een oplossing kunnen bieden?

— De DGEC staat in voor de controle op de toepassingsregels van de nomenclatuur. In het derde auditverslag wordt gesteld dat de DGEC “al te vaak [moet] concluderen dat de regels te vaag zijn geformuleerd, onder meer op het vlak van begrippen of termijnen, om een efficiënte en effectieve controle mogelijk te maken.” (blz. 20). Hoe verklaart het Rekenhof deze beperkte technische kwaliteit van de nomenclatuur? Zit er mogelijk te weinig technische expertise in de organen van het RIZIV (bijvoorbeeld Verzekeringscomité) die belast zijn met de aanpassing van de nomenclatuur?

— Zeer opvallend is de vaststelling dat de CDZ, net zoals het RIZIV, nauwelijks toezicht kan uitoefenen op de interne controle en audit van de ziekenfondsen. Er bestaat enkel een beperkte inventarisatie van de auditdiensten en een toezicht van de CDZ op de samenstelling van het auditcomité, maar nog geen concreet overleg over planningen en auditresultaten. Voor informatie over de interne controleprocessen en audit is de CDZ bovendien afhankelijk van de bedrijfsrevisoren die voor de ziekenfondsen werken. Zij leveren niet steeds alle nodige informatie aan. “Volgens de CDZ zou ontbrekende informatie in principe kunnen worden aangevuld door inzage in de onderliggende werkpapieren van de bedrijfsrevisoren, wat in de praktijk nog niet gebeurde.” (blz. 29). Heeft het Rekenhof weet van de reden waarom de CDZ nog geen inzage heeft gekregen in de onderliggende werkpapieren van de bedrijfsrevisoren van de ziekenfondsen?

— Tien procent van de jaarlijkse administratiekosten die aan de ziekenfondsen worden toegekend door het RIZIV, zijn “variabel”: ze zijn afhankelijk van een evaluatie van de werking van de ziekenfondsen. Het Rekenhof merkt op dat voor 3 van de 9 domeinen die in de periode 2013-2016 werden geëvalueerd in het kader van de toekenning van het variabele deel van de administratiekosten, een quasi-volledige (100 %) variabele administratiekost kon worden toegekend. Het Rekenhof merkt op dat dergelijke controles misschien nog weinig of geen impact hebben op de werking van

les mutualités à l’INAMI concernant les mécanismes de contrôle internes n’est pas possible (p. 19).

La Cour des comptes sait-elle si des mesures ont déjà été prises pour uniformiser l’application de la législation à l’égard des assurés sociaux? Comment ce problème pourrait-il être résolu selon la Cour des comptes? Le transfert de certains mécanismes de contrôle et de paiement vers l’INAMI pourrait-il être une solution?

— Le SECM est chargé du contrôle des règles d’application de la nomenclature. Le troisième rapport d’audit précise que le SECM “doit trop souvent conclure que la formulation des règles est trop vague, notamment en ce qui concerne les notions ou les délais, pour permettre un contrôle efficient et effectif.” (p. 19) Comment la Cour des comptes explique-t-elle cette piètre qualité technique de la nomenclature? Les organes de l’INAMI (par exemple le Comité de l’assurance) chargés d’adapter la nomenclature ne disposent-ils pas d’une expertise technique suffisante?

— Il est frappant de constater qu’à l’instar de l’INAMI, l’OCM est quasi dans l’impossibilité de vérifier les contrôles et audits internes réalisés par les mutualités. Seuls sont prévus un inventaire restreint des services d’audit et le contrôle par l’OCM de la composition du comité d’audit. Aucune concertation concrète n’a cependant encore été organisée au sujet des plannings et des résultats des audits. De plus, pour ce qui est des informations concernant les processus de contrôle interne et les audits, l’OCM est tributaire des réviseurs d’entreprises qui travaillent pour les mutualités. Or, ceux-ci ne fournissent pas toujours toutes les informations nécessaires. “Selon l’OCM, il est possible de compléter les informations manquantes en consultant les documents de travail des réviseurs d’entreprises, mais cela n’a jamais été réalisé en pratique” (p. 28). La Cour des comptes sait-elle pourquoi l’OCM n’a pas encore pu consulter les documents de travail des réviseurs d’entreprises des mutualités?

— Dix pour cent des frais d’administration annuels alloués aux mutualités par l’INAMI sont “variables”, ce qui signifie qu’ils sont liés à l’évaluation du fonctionnement des mutualités. La Cour des comptes fait observer que la quasi-intégralité (100 %) des frais d’administration variables ont pu être accordés dans trois des neuf domaines évalués au cours de la période 2013-2016 dans le cadre de l’octroi de la part variable des frais d’administration. La Cour des comptes fait observer que ces contrôles n’ont peut-être encore que peu – ou peut-être pas – d’impact sur le fonctionnement des mutualités, et

de ziekenfondsen, en dat er kan worden overwogen om andere thema's mee te nemen in de vaststelling van de variabele financiering.

Aan welke andere thema's denkt het Rekenhof dan concreet? Het koninklijk besluit dat de berekening van het variabele deel van de administratiekosten regelt, werd in 2014 vervangen door een nieuw koninklijk besluit, dat vanaf boekjaar 2016 voor het eerst werd toegepast. Bevat het nieuwe koninklijk besluit nieuwe of bijkomende thema's die onder de oude regelgeving nog niet geëvalueerd werden in het kader van de vaststelling van het variabele deel van de jaarlijkse financiering? Zo ja, hoe beoordeelt het Rekenhof dan deze nieuwe thema's?

Hoe beoordeelt het Rekenhof de rol van de bedrijfs-revisoren in de vaststelling van het variabele deel van de jaarlijkse werkingskosten van de ziekenfondsen? Zij hebben immers ook een rol in de evaluatie van de ziekenfondsen, maar zijn anderzijds financieel afhankelijk van deze ziekenfondsen waarvoor zij in dienst werken. Vormt de afhankelijkheid van de bedrijfsrevisoren van de ziekenfondsen een probleem?

— De ziekenfondsen kunnen in uitvoering van artikel 195, § 2, van de ZIV-wet een vergoeding ("bonus") ontvangen voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen die op eigen initiatief werden vastgesteld. Het Rekenhof wijst erop dat via dit systeem "vrij hoge bedragen" (blz. 41, derde auditverslag) aan de ziekenfondsen werden toegekend: gemiddeld 26,1 miljoen euro per jaar over de periode 2002-2014, en dat nog nooit geëvalueerd werd of dit vergoedingssysteem tot een betere invordering van de onverschuldigde bedragen heeft geleid (blz. 29, eerste auditverslag).

— In het derde auditverslag bespreekt het Rekenhof de sancties die de DAC oplegt aan de ziekenfondsen wanneer zij bepaalde administratieve verplichtingen niet nakomen of fouten maken. Volgens het Rekenhof zijn deze sancties zeer laag en mogelijk niet effectief: "Of deze sancties effectief zijn, heeft DAC nog niet geëvalueerd. Het is wel opmerkelijk dat het bedrag van de toegepaste sancties zeer laag is." (blz. 48). In 2011 stelde het Rekenhof eveneens dat "de sanctie in sommige gevallen slechts een zwakke compensatie vormt in vergelijking tot de verliezen die het stelsel moet dragen voor de onterechte betalingen die na de verjaaringstermijnen worden vastgesteld" (blz. 29).

— Het Rekenhof stelt opnieuw dat deze administratieve sancties zeer laag liggen en dat de effectiviteit ervan in vraag kan worden gesteld. Mevrouw Van Peel herinnert eraan dat zij verleden zomer een voorstel heeft gelanceerd om de boetebedragen te

que l'on pourrait envisager d'intégrer d'autres thèmes dans la fixation du financement variable.

À quels autres thèmes la Cour des comptes songe-t-elle dès lors concrètement? En 2014, l'arrêté royal réglant le calcul de la partie variable des frais d'administration a été remplacé par un nouvel arrêté royal, appliqué pour la première fois à l'exercice 2016. Le nouvel arrêté royal prévoit-il des thèmes nouveaux ou supplémentaires qui n'avaient pas encore été évalués sous l'empire de la réglementation antérieure dans le cadre de la fixation de la partie variable du financement annuel? Dans l'affirmative, quelle est l'appréciation de la Cour des comptes à l'égard de ces nouveaux thèmes?

Que pense la Cour des comptes du rôle des réviseurs d'entreprises dans la fixation de la partie variable des frais de fonctionnement annuels des mutualités? Les réviseurs jouent en effet un rôle dans l'évaluation des mutualités mais dépendent financièrement, d'autre part, des mutualités pour lesquelles ils travaillent. La dépendance des réviseurs d'entreprises des mutualités n'est-elle pas problématique?

— En vertu de l'article 195, § 2, de la loi AMI, les mutualités peuvent recevoir une indemnité ("bonus") pour la récupération de montants indus qui ont été constatés d'initiative. La Cour des comptes signale que des "montants relativement élevés" (troisième rapport d'audit, p. 41) étaient alloués aux mutualités par le biais de ce système (26,1 millions d'euros par an en moyenne pour la période 2002-2014) et que l'amélioration de la récupération des montants indus par le biais de ce système d'indemnisation n'a encore jamais été évaluée (premier rapport d'audit, p. 29).

— Dans le troisième rapport d'audit, la Cour des comptes examine les sanctions que le SCA inflige aux mutualités si elles ne respectent pas certaines obligations administratives ou si elles commettent des erreurs. La Cour des comptes estime que ces sanctions sont très faibles et probablement inefficaces: "Le SCA n'a pas encore évalué l'efficacité de ces sanctions. Le montant des sanctions appliquées demeure très faible." (p. 47). En 2011, la Cour des comptes signalait également que "dans certains cas, la sanction ne représente qu'une faible contrepartie en regard des pertes assumées par le régime pour les indus détectés au-delà des délais de prescription." (p. 27).

— La Cour des comptes fait à nouveau observer que les sanctions administratives sont très faibles et que leur efficacité peut être mise en question. Mme Van Peel rappelle avoir lancé l'été dernier une proposition visant à indexer et à majorer les montants

indexeren en op te trekken et dat de ziekenfondsen toen hierop zeer afwijzend reageerden.

Terwijl het onterecht claimen van een vergoeding voor de terugvordering van een onverschuldigd bedrag beboet wordt met een kleine boete tussen 50 en 250 euro, kunnen de ziekenfondsen beloond worden met vergoedingen van 10 % tot 16 % van dit teruggevorderde bedrag. Het Rekenhof stelt “ongeveer 60 % van die boetes is het gevolg van het fout inschrijven op de lijsten van effectief teruggevorderde bedragen” (blz. 48). Zou het kunnen dat de hoge vergoedingen die ziekenfondsen kunnen ontvangen voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen, in combinatie met de lage boetes, de ziekenfondsen aanspoort om foutieve bedragen aan het RIZIV door te geven om zo een onterecht vergoeding te claimen? Zo ja, ziet het Rekenhof dan heil in hogere boetes, gegeven hun kritiek op dit lagere bedrag? Wat denkt het Rekenhof van een boete ter waarde van 50 % van het foutief aangerekende bedrag?

— Bepaalde bedragen mogen de verzekeringsinstellingen niet terugvorderen bij de verzekerden, krachtens artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde. Als de verzekeringsinstellingen, ten eerste, zelf een fout maken die leidt tot een onverschuldigde betaling, en, ten tweede, de verzekerde te goeder trouw is, dan mogen de verzekeringsinstellingen dit bedrag niet terugvorderen bij de verzekerde. Jarenlang werden de ziekenfondsen hierrond niet geresponsabiliseerd: ze waren wettelijk niet verplicht om deze onterecht uitgekeerde en niet-terugvorderbare bedragen ten laste te nemen van hun werkingskosten. Uiteindelijk werd aan het einde van regering Di Rupo I een systeem uitgewerkt waarbij de verzekeringsinstellingen op een progressieve manier, en in functie van de omvang van hun uitgaven van de verzekeringsinstellingen voor ziekteverzekeringsuitkeringen en terugbetalingen van geneeskundige zorgen, deze bedragen zelf ten laste moeten nemen van hun werkingskosten.

Uit het derde auditverslag blijkt dat deze responsabilisering een lachertje is: “Op basis van deze bedragen stelt het RIZIV voor 2014 vast dat er op 7 miljard euro uitgaven bij de uitkeringen 1 397 678 euro niet terugvorderbare onverschuldigde betalingen (artikel 17 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde) waren en voor 2015 op 7,4 miljard euro, 3 011 751 euro. Daarvan was er in 2014 slechts 1 616 euro boven de drempel en dus ten laste van de administratiekosten, maar in 2015 was dit al 115 950 euro.” (blz. 51). Van de 1,3 miljoen euro aan onverschuldigde bedragen die in 2014 als gevolg van

des amendes, les mutualités ayant alors réagi de façon très négative.

Tandis que prétendre indûment à une indemnité pour la récupération d'un montant indu est puni par une petite amende entre 50 et 250 euros, les mutualités peuvent être récompensées par des indemnités représentant 10 à 16 % du montant récupéré. La Cour des comptes indique que “environ 60 % des amendes de ce type découlent d'une inscription incorrecte sur les listes de montants effectivement récupérés.” (p. 48). Serait-il possible que les remboursements élevés que les mutualités peuvent recevoir pour le recouvrement de montants indus, combinés aux faibles amendes, encouragent les mutualités à transmettre des montants erronés à l'INAMI afin de réclamer un remboursement injustifié par ce biais? Dans l'affirmative, la Cour des comptes estime-t-elle que des amendes plus élevées constitueraient une solution, compte tenu des observations qu'elle a formulées au sujet de ce faible montant? Que pense la Cour des comptes d'une amende équivalant à 50 % du montant facturé par erreur?

— En vertu de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, les organismes assureurs ne sont pas autorisés à recouvrer certains montants auprès des assurés. Si, premièrement, les organismes assureurs commettent eux-mêmes une erreur entraînant un paiement indu et que, deuxièmement, l'assuré est de bonne foi, les organismes assureurs ne peuvent pas recouvrer ce montant auprès de l'assuré. Durant de nombreuses années, les mutualités n'ont pas été responsabilisées à cet égard: elles n'étaient pas légalement tenues de prélever ces montants indûment payés et non récupérables sur leurs frais de fonctionnement. Enfin, à la fin de son mandat, le gouvernement Di Rupo I a mis en place un système qui prévoit que les organismes assureurs doivent prélever eux-mêmes ces montants sur leurs frais de fonctionnement de manière progressive en fonction du volume de leurs dépenses pour les indemnités de l'assurance-maladie et les remboursements de soins médicaux.

Il ressort du troisième rapport d'audit que cette responsabilisation est une plaisanterie. “C'est sur cette base que l'INAMI a constaté pour 2014 que, sur les 7 milliards de dépenses d'indemnités, 1 397 678 euros constituaient des paiements indus non récupérables (article 17 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer “la charte” de l'assuré social). Ces chiffres étaient de 3 011 751 euros sur 7,4 milliards en 2015. En 2014, le montant dépassant le seuil et donc à la charge des frais d'administration était seulement de 1 616 euros, mais il a augmenté à 115 950 euros en 2015.” (p. 51). Sur le montant de 1,3 million d'euros indûment versé en

een fout van het ziekenfonds werden uitbetaald, moest slechts een schamele 1 600 euro (0,11 % van het totale bedrag) door de ziekenfondsen zelf betaald worden. De rest werd afgeschoven op het RIZIV.

Het gaat hier om 1,3 miljoen euro aan publieke middelen dat door een fout of nalatigheid van het ziekenfonds zelf is verspild, en die het ziekenfonds zo goed als volledig kan afwentelen op het RIZIV. Het responsabiliseringsmechanisme werd ingebouwd als gevolg van een advies van het Rekenhof uit 2011 waarin gevraagd wordt “een vorm van responsabilisering van de ziekenfondsen in te voeren waardoor die het geheel of een deel van de financiële last dragen die een gevolg is van hun administratieve of materiële vergissingen”. Komt het ingevoerde responsabiliseringsmechanisme voldoende tegemoet aan de responsabilisering die het Rekenhof in 2011 voor ogen had? Ziet het Rekenhof een noodzaak en een mogelijkheid om het responsabiliseringsmechanisme te versterken?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) verwijst naar blz. 52 van het auditverslag over de controle op de ziekenfondsen waarin het Rekenhof stelt dat de bepaling van de bedragen die al dan niet kunnen worden teruggevorderd van de rechthebbenden afhankelijk is van wat onder een fout, vergissing of nalatigheid van het ziekenfonds kan worden verstaan. Het ontbreken van duidelijke normen heeft dus volgens het Rekenhof een rechtstreeks gevolg op de wijze waarop artikel 17 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde kan worden toegepast. Kan dat worden toegelicht aan de hand van enkele voorbeelden? Kan ook toegelicht worden hoe er daar verfijningen kunnen worden aangebracht opdat hier toch wat meer evenwicht in kan worden gebracht?

De spreker verwijst tevens naar de verbeterpunten die door het Rekenhof werden aangehaald, namelijk de nodige middelen en instrumenten, de moeilijke toegang tot de facturatie- en aanrekeningsgegevens en de normen die niet al te duidelijk zijn. Wat is de verhouding tussen deze drie verbeterpunten en het respectievelijke gewicht ervan?

De heer Benoît Piedboeuf (MR) vraagt bijkomende uitleg over de bladzijden 54 en 55 van het auditverslag aangaande de controle op de ziekenfondsen; die bladzijden betreffen de controleresultaten, in het bijzonder de uitsplitsing van de resultaten tussen de CDZ, het RIZIV en de bedrijfsrevisoren.

Op methodologisch vlak merkt de spreker op dat het auditverslag gebaseerd is op de verklaringen van de diverse controle-instanties, in het bijzonder de CDZ en het RIZIV. Werden de ziekenfondsen en de bedrijfsrevisoren

2014 en raison d'erreurs commises par les mutualités, ces dernières n'ont dû prendre en charge qu'un faible montant de 1 600 euros (0,11 % du total), le reste ayant été pris en charge par l'INAMI.

Or, il s'agit, en l'occurrence, d'un montant de 1,3 million d'euros de deniers publics gaspillé en raison de fautes ou de négligences commises par les mutualités et que celles-ci ont pu faire supporter quasi intégralement par l'INAMI. Le mécanisme de responsabilisation a été instauré à la suite d'un avis de la Cour des comptes rendu en 2011 et demandant “une forme de responsabilisation des mutualités en leur faisant supporter, en tout ou partie, la charge financière de leurs erreurs administratives ou matérielles.” Le mécanisme de responsabilisation instauré correspond-il suffisamment à la responsabilisation souhaitée par la Cour des comptes en 2011? La Cour des comptes estime-t-elle qu'il est nécessaire et possible de renforcer le mécanisme de responsabilisation?

M. Dirk Janssens (Open Vld) renvoie à la page 52 du rapport d'audit relatif au contrôle des mutualités où la Cour des comptes fait observer que, dans ce cas-ci également, le calcul des montants qui peuvent ou non être récupérés auprès de l'ayant droit dépend de ce que l'on entend par faute, erreur ou négligence de la mutualité. L'absence de normes claires a donc une incidence directe sur la façon d'appliquer l'article 17 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer “la charte” de l'assuré social. Ce point peut-il être précisé au moyen de quelques exemples? Peut-on également préciser comment des précisions pourraient être apportées à cet égard de manière à tout de même parvenir à un meilleur équilibre?

L'intervenant renvoie également aux points perfectibles évoqués par la Cour des comptes, en particulier aux moyens et instruments nécessaires, aux difficultés d'accès aux données de facturation et d'attestation et aux normes qui manquent de clarté. Quelles sont les relations entre ces trois points perfectibles et quel est le poids respectif de chacun?

M. Benoît Piedboeuf (MR) demande des explications supplémentaires au sujet des pp. 54 et 55 du rapport d'audit sur le contrôle des mutualités qui concernent les résultats du contrôle, en particulier la ventilation des résultats entre l'OCM, l'INAMI et les réviseurs d'entreprises.

Sur le plan méthodologique, l'intervenant fait remarquer que le rapport d'audit est basé sur les déclarations des différentes instances de contrôle, en particulier l'OCM et l'INAMI. Les mutualités et les réviseurs

gehoord? Zo neen, waarom niet? Zou deelname van de ziekenfondsen en van de bedrijfsrevisoren niet meer informatie hebben kunnen opleveren, bijvoorbeeld met betrekking tot de inhoud en tot de verantwoording van de diverse controles?

De spreker wil ook verduidelijkingen aangaande de door het Rekenhof geformuleerde aanbeveling betreffende de verbetering van de controle op de raadgevend artsen.

De heer Piedboeuf benadrukt dat er in het verslag ook een aantal beschouwingen staan die het onderwerp "controle op de ziekenfondsen" overstijgen en die de werking van de ziekenfondsen betreffen. Wat zijn de conclusies van het Rekenhof aangaande dat onderdeel in verband met de werking?

De spreker geeft aan dat in één van de zinnen de onafhankelijkheid van de bedrijfsrevisoren in twijfel lijkt te worden getrokken. Aangezien het toch om ernstige beroepskrachten gaat, wil de heer Piedboeuf verduidelijkingen aangaande de concrete elementen die het Rekenhof ertoe zouden brengen om die onafhankelijkheid in twijfel te trekken.

De spreker voegt eraan toe dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op de bekendmaking van het verslag van het Rekenhof heeft gereageerd en daarbij de conclusie heeft getrokken dat er geen problemen ten gronde in worden blootgelegd. Is het Rekenhof het met dat standpunt eens?

Ook mevrouw Karin Jiroflée (*sp.a*) vraagt waarom de ziekenfondsen in het kader van dit auditverslag aangaande de controle op de ziekenfondsen niet werden gehoord. Vormt dat aspect geen methodologisch zwak punt van het verslag, bijvoorbeeld met betrekking tot de evaluatie van de gevolgen van de controle op de ziekenfondsen?

De spreekster benadrukt dat het auditverslag meermaals verwijst naar de akkoorden die in het raam van het Toekomstpact met de ziekenfondsen werden gesloten, bijvoorbeeld met betrekking tot het toezicht op de terugbetaling van de geneeskundige verzorging. Hebben de vertegenwoordigers van het Rekenhof zicht op de tenuitvoerlegging van die akkoorden? Zijn de conclusies van het auditverslag nog actueel, gelet op de verbintenissen die de ziekenfondsen in het kader van het Toekomstpact hebben aangegaan?

De spreekster vraagt meer duidelijkheid over de discretieplicht van de CDZ en van de bedrijfsrevisoren. In het verslag wordt erop gewezen dat de discretieplicht niet geldt in geval van schending van de ZIV-wet.

d'entreprise ont-ils été interrogés? Si non, pourquoi? La participation des mutualités et des réviseurs d'entreprise n'aurait-elle pas pu apporter davantage d'informations, par exemple, sur le contenu et la justification des différents contrôles?

L'orateur souhaite également des précisions sur la recommandation formulée par la cour des comptes concernant l'amélioration du contrôle des médecins-conseils.

M. Piedboeuf souligne que le rapport contient également un certain nombre de considérations qui dépassent le sujet du contrôle des mutualités et qui portent sur le fonctionnement des mutualités. Quelles sont les conclusions de la Cour des comptes sur ce volet du fonctionnement?

L'intervenant indique que, dans une phrase, l'indépendance des réviseurs d'entreprise semble mise en doute. Vu le sérieux de cette profession, M. Piedboeuf souhaiterait des précisions sur les éléments concrets qui amèneraient la Cour des comptes à mettre cette indépendance en doute.

L'orateur ajoute que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a réagi à la publication du rapport de la Cour des comptes en concluant qu'il ne révélait pas de problèmes fondamentaux. La Cour des comptes rejoint-elle ce point de vue?

Mme Karin Jiroflée (*sp.a*) demande également pourquoi les mutualités n'ont pas été interrogées dans le cadre de ce rapport d'audit sur le contrôle des mutualités. Cet élément ne constitue-t-il pas une faiblesse méthodologique du rapport, par exemple en ce qui concerne l'évaluation des effets du contrôle sur les mutualités?

L'intervenante souligne que le rapport d'audit se réfère à plusieurs reprises aux accords conclus avec les mutualités dans le cadre du Pacte d'avenir, par exemple, concernant le contrôle des remboursement des prestations médicales. Les représentants de la Cour des comptes ont-ils une vue sur la mise en œuvre de ces accords? Les conclusions du rapport d'audit sont-elles encore d'actualité, vu les engagements pris par les mutualités dans le cadre du Pacte d'avenir?

L'oratrice demande des précisions concernant le devoir de discrétion de l'OCM et des réviseurs d'entreprise. Le rapport indique que le devoir de discrétion ne s'applique pas en cas de violation de la loi AMI.

Wat dient in deze context precies te worden verstaan onder “schending van de ZIV-wet”? Om welke concrete gevallen gaat het?

Betreffende de coherentie van de controles door de CDZ, de DAC en de DGEC, wijst het verslag erop dat de cartografie van die controles thans niet bruikbaar is. Hoe kan die worden verbeterd?

Bovendien wijst het verslag erop dat bepaalde stappen werden gezet naar meer uniforme controles, meer bepaald binnen de ZIV. Mevrouw Jiroflée wenst meer informatie over die vooruitgang.

Het verslag wijst er tevens op dat de “peer-review-controles” van de controleartsen niet volstaan. Hoe kan die controle worden verbeterd?

Het verslag vermeldt ook dat mogelijk een belangrijke kans werd gemist om via een permanente toegang tot alle gegevens een regulier performant controle en monitoringsysteem in het leven te roepen dat op continue wijze mogelijke anomalieën in de reglementering of bij de controles van de ziekenfondsen, alsook misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden kan detecteren (blz. 30). Is dat niet tegenstrijdig met het feit dat het RIZIV de door hem opgevraagde gegevens ontvangt?

Het verslag bevat een tabel met het resultaat van de thematische controles die in 2016 door de Directie controle en responsabilisering van de verzekeringsinstellingen werden uitgevoerd. Mevrouw Jiroflée merkt op dat de foutenmarge heel hoog is. Ze vraagt hoe groot de steekproef was, en of ook het effect van de controles in de tijd werd gemeten.

Qu’entend-on précisément par “violation de la loi AMI” dans ce contexte? Quels cas concrets sont visés?

Concernant la cohérence des contrôles effectués par l’OCM ainsi que par le SCA et le SECM, le rapport indique que la cartographie de ces contrôles n’est actuellement pas utilisable. Comment l’améliorer?

Le rapport indique en outre que certaines avancées ont été réalisées vers une plus grande uniformité des contrôles, notamment au sein de l’AIM. Mme Jiroflée souhaiterait davantage d’informations sur ces avancées.

Le rapport indique également que les contrôles “peer review” des médecins-contrôles ne sont pas suffisants. Comment améliorer ce contrôle?

Le rapport mentionne aussi qu’une opportunité importante semble manquée de créer un système de contrôle et de monitoring régulier performant grâce à un accès permanent à l’ensemble des données afin de déceler en continu les possibles anomalies dans la réglementation ou les contrôles des mutuelles, ainsi que les abus éventuellement commis par les dispensateurs de soins et les ayants droit (p. 29). N’est-ce pas contradictoire avec le fait que l’INAMI reçoit les données qu’elle sollicite?

Le rapport contient un tableau présentant le résultat des contrôles thématiques effectués par la Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs en 2016. Mme Jiroflée remarque que le pourcentage d’erreur est élevé. Elle demande la taille de l’échantillon utilisé et si l’effet des contrôles dans le temps a également été mesuré.

2. Antwoorden

a. Inleiding

De heer Rudi Moens, raadsheer bij het Rekenhof, verduidelijkt meteen dat de inleidende uiteenzetting alleen op het verslag van de controle op de ziekenfondsen van 12 september betrekking had, aangezien dat het aangekondigde onderwerp van de hoorzitting was.

Het klopt evenwel dat het Rekenhof eerder twee andere verslagen had opgesteld in uitvoering van de resolutie van de Kamer van volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015. Het betreft het verslag over de vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen van 11 januari 2017 en het verslag over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen van 28 juni 2017.

Hoewel die verslagen niet rechtstreeks betrekking hebben op het onderwerp van deze hoorzitting, behandelen ze bepaalde aspecten uit het verslag over de controle op de ziekenfondsen. Daarom stelt de heer Moens voor dat de heren Debyser en Van Riel, die aan die verslagen hebben meegewerkt, de vragen daaromtrent beantwoorden.

De spreker is van oordeel dat het niet aan hem is om zich uit te spreken over het feit dat die beide eerdere verslagen niet tot concrete veranderingen in de sector zouden hebben geleid. Betreffende het verslag over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen merkt de spreker niettemin op dat het niet eenvoudig is de bestaande regeling aan te passen zonder een nieuwe regeling voor te stellen ter vervanging ervan.

Het verslag over de controle op de ziekenfondsen bevat algemene aanbevelingen die de spreker gemakkelijker uit te voeren lijken. Volgens de informatie waarover hij beschikt, houden een aantal bepalingen van het toekomstpact met de ziekenfondsen rekening met de aanbevelingen van dat verslag. Bij wijze van voorbeeld verwijst de spreker naar het feit dat het RIZIV gemakkelijker toegang krijgt tot de gegevens van het Inter mutualistisch Agentschap (IMA).

Centraal in het verslag staat de vaststelling dat de Controledienst voor de ziekenfondsen over te weinig informatie beschikt, in het bijzonder over de controles die de ziekenfondsen zelf verrichten. Een betere toegang tot de basisgegevens en tot de informatie over de controles die door de ziekenfondsen zelf worden uitgevoerd, zou de Controledienst voor de ziekenfondsen in staat moeten stellen meer algemene aanbevelingen te formuleren, teneinde de regeling in haar geheel te verbeteren, en

2. Réponses

a. Introduction

M. Rudi Moens, conseiller à la Cour des comptes, précise d'emblée que l'exposé introductif portait uniquement sur le rapport sur le contrôle des mutualités du 12 septembre 2018 puisqu'il s'agissait du sujet annoncé de l'audition.

Il est cependant exact que la Cour des comptes a auparavant réalisé deux autres rapports en exécution de la résolution de la Chambre des représentants du 22 octobre 2015. Il s'agit du rapport relatif à l'indemnisation des frais d'administration des mutualités du 11 janvier 2017 et du rapport relatif à la responsabilité financière des mutualités du 28 juin 2017.

Bien que ces deux rapports ne ressortissent pas directement du sujet de la présente audition, M. Moens propose, dans la mesure où certains éléments de ces rapports recoupent des éléments du rapport sur le contrôle des mutualités, que MM. Debyser et Van Riel qui ont participé à l'élaboration de ces rapports répondent aux questions y relatives.

L'orateur estime qu'il ne lui revient pas de s'exprimer sur le fait que ces deux premiers rapports n'auraient pas débouché sur des changements concrets dans le secteur. En ce qui concerne le rapport relatif à la responsabilité financière des mutualités, l'orateur fait cependant remarquer qu'il n'est pas aisé d'adapter le système existant sans proposer un nouveau système en remplacement.

Le rapport sur le contrôle des mutualités contient, quant à lui, des recommandations d'ordre général qui lui paraissent plus faciles à mettre en œuvre. Selon les informations dont il dispose, un certain nombre de dispositions du pacte d'avenir avec les mutualités tiennent compte des recommandations de ce rapport. À titre d'exemple, l'intervenant cite l'amélioration de l'accès de l'INAMI aux données de l'Agence Inter mutualiste (AIM).

L'élément central qui ressort du rapport concerne le manque d'information dont dispose l'Office de contrôle des mutualités, en particulier sur les contrôles que les mutualités réalisent elles-mêmes. Un meilleur accès aux données de base ainsi qu'aux informations relatives aux contrôles effectués par les mutualités elles-mêmes devraient permettre à l'Office de contrôle des mutualités de formuler des recommandations plus générales afin d'améliorer le système dans son ensemble et pas

zich niet te beperken tot gerichte opmerkingen over bepaalde specifieke aspecten.

De spreker bevestigt dat de ziekenfondsen niet werden bevraagd in het kader van de uitwerking van dit verslag. De voornaamste reden hiervoor is dat het Rekenhof niet bevoegd is om de ziekenfondsen door te lichten. Daarom had de doorlichting hoofdzakelijk betrekking op de Controledienst voor de ziekenfondsen (CDZ) en niet op de eigenlijke ziekenfondsen. Een tweede reden is dat de organisatie en de structuur van de ziekenfondsen sterk verschillen naargelang de landsbond. Daardoor zou een grondig onderzoek van elke landsbond niet mogelijk zijn geweest binnen de toegekende termijn. De spreker is evenwel van oordeel dat het Rekenhof van de CDZ voldoende informatie en documenten ter beschikking heeft gekregen om de in het verslag opgenomen aanbevelingen te kunnen formuleren.

b. Vergoeding van de administratiekosten van de ziekenfondsen

De heer Peter Debyser, eerste auditeur bij het Rekenhof, antwoordt vervolgens op de vragen over het verslag van 11 januari 2017 over de vergoeding van de administratiekosten van de ziekenfondsen.

De spreker verklaart dat de meeste elementen van het verslag die mevrouw Van Peel heeft aangehaald, kloppen. Wat daarentegen niet klopt, is de bewering dat het Rekenhof van oordeel zou zijn dat het bedrag van het forfait te hoog is. In 1987 heeft het auditbureau Arthur Andersen geoordeeld dat het bedrag van het forfait 18 % te hoog was. Dat besluit, alsook de werkwijze die ertoe heeft geleid, werden door de landsbonden echter betwist. Volgens de spreker kan men zich inderdaad niet uitspreken over het feit of het forfait al dan niet adequaat is, zonder een duidelijk zicht te hebben op de kostenstructuur van de ziekenfondsen.

De spreker bevestigt dat er thans werkgroepen bijeenkomen om een betere analytische rapportering te implementeren. Hij is echter van oordeel dat de centrale vraag betreffende de administratiekosten van de ziekenfondsen blijft te achterhalen welke kostenstructuur nodig is om het administratief beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te verwezenlijken, rekening houdend met enerzijds de digitalisering die al een tiental jaar aan de gang is en anderzijds de herstructurering die onlangs in de sector heeft plaatsgevonden. Het Rekenhof kan die vraag niet beantwoorden. Het kan daarentegen wel een aantal vaststellingen meedelen, zoals het feit dat het personeelsbestand van de ziekenfondsen, dat ongeveer 14 500 werknemers telt, de afgelopen twintig jaar niet is veranderd.

uniquement des remarques ponctuelles sur certains aspects spécifiques.

L'orateur confirme que les mutualités n'ont pas été interrogées dans le cadre de l'élaboration de ce rapport. La première raison en est que la Cour des comptes n'est pas compétente pour auditer les mutualités. C'est pourquoi l'audit portait essentiellement sur l'Office de contrôle des mutualités (OCM) et non pas sur les mutualités proprement dites. La seconde raison est que l'organisation et la structure des mutualités diffèrent fortement d'une union nationale à l'autre, de sorte qu'une étude approfondie de chaque union n'aurait pas été possible dans le délai imparti. L'orateur estime cependant que la Cour des comptes a disposé de suffisamment d'informations et de documents fournis par l'OCM pour pouvoir formuler les recommandations qui figurent dans son rapport.

b. Indemnisation des frais d'administration des mutualités

M. Peter Debyser, premier auditeur à la Cour des comptes, répond ensuite aux questions portant sur le rapport relatif à l'indemnisation des frais d'administration des mutualités du 11 janvier 2017.

L'orateur déclare que la plupart des éléments de ce rapport cités par Mme Van Peel sont corrects. Il est en revanche inexact d'affirmer que la Cour des comptes estimerait le montant du forfait trop élevé. En 1987, le bureau d'audit Arthur Andersen avait estimé que le montant du forfait était 18 % trop élevé. Mais, cette conclusion ainsi que la méthodologie de travail qui y a conduit ont été contestées par les unions nationales. L'intervenant estime qu'il n'est en effet pas possible de s'exprimer sur l'adéquation du forfait sans avoir une meilleure vue sur la structure de coûts des mutualités.

L'intervenant confirme que des groupes de travail se réunissent actuellement afin de mettre en œuvre un meilleur rapportage analytique. Il estime toutefois que la question centrale concernant les frais d'administration des mutualités demeure de savoir quelle structure de coûts est nécessaire pour réaliser la gestion administrative de l'assurance maladie-invalidité compte tenu, d'une part, de la digitalisation en cours depuis une dizaine d'années, et d'autre part, de la restructuration qui s'est opérée récemment dans le secteur. La Cour des comptes ne peut pas répondre à cette question. En revanche, elle peut faire part d'un certain nombre de constats, tels le fait que l'effectif des mutualités qui s'élève à environ 14 500 employés n'a pas varié depuis une vingtaine d'années.

c. Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen

De heer Peter Debyser, eerste-auditeur bij het Rekenhof, beantwoordt vervolgens de vragen betreffende het verslag van 28 juni 2017 over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.

De spreker wijst erop dat in dit verslag eerst de positieve elementen van het financieringssysteem van de ziekenfondsen worden belicht. Ziekenfondsen worden vanuit het RIZIV gefinancierd met vaste maandelijkse voorschotten om de betalingen in het kader van de verplichte ziekteverzekering te kunnen waarborgen. Verschillende mechanismen, waaronder een wachtreserve, laten toe om die bedragen aan te vullen tot de reële financieringsnoden of helpen voorkomen dat de ziekenfondsen met ongebruikte voorschotten een onnodige reserve aan kasmiddelen zouden opbouwen. Ook eventuele boni worden in de wachtreserve opgenomen. Anders dan wat vaak wordt aangenomen, is een bonus dus geen bedrag waarover de ziekenfondsen vrij kunnen beschikken, maar een bedrag waarmee ze de lopende uitgaven moeten betalen. Het blijft niettemin wel een schuld van het RIZIV ten aanzien van de ziekenfondsen waarop ze hun eventuele mali mogen aanrekenen.

Het klopt daarentegen dat het huidige systeem niet de mogelijkheid biedt aan te zetten tot een doeltreffender beheer van de uitgaven. Het Rekenhof had dat al in eerdere verslagen aangegeven en dit werd in 2005 zelfs erkend door minister Onkelinx, die destijds opriep tot een grondige evaluatie van het systeem. Het Rekenhof heeft die vaststelling herhaald in zijn verslag van 29 juni 2011 over de raming en de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg.

De belangrijkste reden waarom het systeem niet kan aanzetten tot een doeltreffender beheer van de uitgaven is dat het te bereiken doel niet duidelijk genoeg is of op te korte termijn wordt vastgelegd. Zolang de financiering gekoppeld was aan een vaste groeinorm en aan de index, konden de ziekenfondsen plannen maken voor de toekomst. Thans wordt de financiering jaarlijks bepaald. Zelfs al zouden de ziekenfondsen over de juiste beheersinstrumenten beschikken, de hun opgelegde kortetermijnvisie stelt hen niet in de mogelijkheid om een duidelijk doel en een toereikende termijn voor ogen te hebben om hun uitgaven beter te beheren.

De heer Debyser geeft aan dat, volgens de informatie waarover hij beschikt, het ontwerp van de nieuwe RIZIV-beheersovereenkomst een concrete verbintenis zou bevatten om tegen eind 2020 een nieuw systeem inzake financiële responsabilisering van de ziekenfondsen in te voeren. Dat nieuwe systeem zal ook rekening moeten

c. Responsabilité financière des mutualités

M. Peter Debyser, premier auditeur à la Cour des comptes, répond ensuite aux questions portant sur le rapport relatif à la responsabilité financière des mutualités du 28 juin 2017.

L'orateur fait remarquer que ce rapport souligne d'abord les éléments positifs du système de financement de mutualités. Le financement des mutualités par l'INAMI repose sur des avances mensuelles fixes qui permettent de garantir les paiements effectués dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Divers mécanismes, y compris une réserve d'attente, permettent d'adapter ces avances aux besoins de financement réels ou d'empêcher que les mutualités se constituent une réserve d'argent non nécessaire à partir des avances non utilisées. Tous les boni sont également inclus dans la réserve d'attente. Contrairement à ce que l'on suppose souvent, un bonus n'est donc pas un montant dont les mutualités peuvent disposer librement, mais un montant avec lequel elles doivent payer les dépenses courantes. Cela reste néanmoins une dette de l'INAMI à l'égard des mutualités sur laquelle ces dernières peuvent imputer leurs éventuels mali.

En revanche, il est exact que le système actuel ne permet pas de stimuler une gestion plus efficace des dépenses. La Cour des comptes l'avait déjà indiqué dans des rapports précédents et cela avait même été reconnu en 2005 par la ministre Onkelinx qui, à l'époque, avait plaidé pour une évaluation approfondie du système. La Cour des comptes a répété ce constat dans son rapport sur l'estimation et la maîtrise des dépenses de soins de santé du 29 juin 2011.

La raison pour laquelle le système ne permet pas de stimuler une gestion plus efficace des dépenses réside principalement dans le fait que l'objectif à atteindre n'est pas suffisamment clair ou qu'il est fixé à trop court terme. Tant que le financement était lié à une norme de croissance fixe et à l'index, les mutualités pouvaient se projeter dans le futur. À présent, le financement est déterminé chaque année. Quand bien même les mutualités disposeraient des outils de gestion appropriés, la vision de court terme qui leur est imposée ne leur permet pas d'avoir un objectif clair et un délai suffisant pour mieux gérer leurs dépenses.

M. Debyser fait part que, selon ses informations, le projet de nouveau contrat de gestion de l'INAMI contiendrait un engagement concret de mettre en œuvre un nouveau système de responsabilisation financière des mutualités pour fin 2020. Ce nouveau système devra également tenir compte du système de

houden met het systeem inzake responsabilisering voor de aangelegenheden die in het raam van de zesde staatshervorming werden overgedragen.

In het voormelde verslag over de raming en de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg van 29 juni 2011 wordt ook uitgelegd dat niet de groeinorm van 4,5 % tot te hoge marges voor de ziekenfondsen heeft geleid, maar vooral het indexeringsmechanisme van de uitgaven. Dat indexeringsmechanisme werd inmiddels in 2015 of 2016 herzien.

Voor de spreker is de kwestie van de persoonlijke bijdragen aan het reservefonds om de eventuele mali van de ziekenfondsen te dekken heel theoretisch. In de praktijk zijn de boni zo hoog dat het thans weinig waarschijnlijk is dat de ziekenfondsen hun reservefondsen zullen moeten gebruiken om eventuele mali te dekken.

d. Controle op de ziekenfondsen

De heer Werner Van Riel, eerste-auditeur bij het Rekenhof, beantwoordt tot slot de vragen betreffende het verslag van 12 september 2018 over de controle op de ziekenfondsen.

Discretieplicht van de Controledienst van de ziekenfondsen

Het huidige artikel 59 van de Ziekenfondswet vermeldt dat de leden van de Raad en van het Technisch Comité van de Controledienst van de ziekenfondsen (CDZ), de personeelsleden van deze dienst, de revisoren alsook de personen die voorheen de voornoemde functies hebben uitgeoefend, zwijgplicht hebben omtrent de feiten waarvan ze wegens hun functie kennis gekregen hebben. Naar het RIZIV toe en meer bepaald de Dienst voor Administratieve Controle was slechts een uitzondering voorzien voor wat betreft de mededeling van schendingen van de bepalingen van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of van haar uitvoeringsbesluiten.

In principe zou dit dus een belemmering kunnen vormen voor de ruimere informatie-uitwisseling naar het RIZIV toe, zoals bijvoorbeeld wat betreft het doorstromen van informatie over de organisatie en werking van de ziekenfondsen. Er kan echter worden opgemerkt dat in de praktijk vertegenwoordigers van het RIZIV en de CDZ in elkaars overlegorganen zetelen en dat ze ook meermaals samenkomen in het kader van de evaluatie van de beheerprestaties en het financieel-boekhoudkundig toezicht op de ziekenfondsen.

responsabilisation pour les matières transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'État.

Dans le rapport précité sur l'estimation et la maîtrise des dépenses de soins de santé du 29 juin 2011, il est également expliqué que ce n'est pas la norme de croissance de 4,5 % qui a conduit à des marges trop élevées pour les mutualités mais surtout le mécanisme d'indexation des dépenses. Ce mécanisme d'indexation a entre-temps été révisé en 2015 ou 2016.

Pour l'intervenant, la question des contributions personnelles au fonds de réserve permettant de couvrir les éventuels malis des mutualités est fort théorique. Dans la pratique, les bonis sont si élevés qu'il est actuellement peu probable que les mutualités doivent faire appel à leurs fonds de réserve pour faire face à d'éventuels malis.

d. Contrôle des mutualités

M. Werner Van Riel, premier auditeur à la Cour des comptes, répond enfin aux questions portant sur le rapport relatif au contrôle des mutualités du 12 septembre 2018.

Devoir de discrétion de l'Office de contrôle des mutualités

L'actuel article 59 de la loi relative aux mutualités dispose que les membres du Conseil et du Comité technique de l'Office de contrôle des mutualités (OCM), les membres du personnel de cet Office, les réviseurs, ainsi que les personnes qui ont exercé auparavant les fonctions précitées, sont soumis à un devoir de discrétion quant aux faits dont ils ont eu connaissance en raison de leur fonction. En ce qui concerne l'INAMI, et plus particulièrement le service du contrôle administratif, une exception n'était prévue que pour la communication d'infractions aux dispositions de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ou de ses arrêtés d'exécution.

En principe, ce devoir de discrétion pourrait entraver un renforcement des échanges d'informations en faveur de l'INAMI, comme par exemple la communication d'informations concernant l'organisation et le fonctionnement des mutualités. Il faut cependant souligner que dans la pratique, des représentants de l'INAMI et de l'OCM siègent mutuellement au sein des organes de concertation de leurs institutions respectives et qu'ils se réunissent aussi souvent dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion et du contrôle comptable et financier des mutualités.

Tijdens de audit was er een wijziging van dit wetsartikel voorzien houdende een evolutie naar een geheimhoudingsplicht. Naar aanleiding van de audit van het Rekenhof zou dat artikel nog verder worden bijgestuurd. Het voorstel van de administratie zou nu liggen bij de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

Cartografie van de controles

In het kader van het toekomstpact werd overeengekomen dat de ziekenfondsen op het niveau van het NIC een cartografie opmaken van de bestaande *a priori* en *a posteriori* controles en deze uiterlijk op 31 maart 2017 bezorgen aan de toezichthoudende overheden. De overheden dienen daarbij ook zicht te krijgen inzake de keuzes en onderliggende motieven die door de ziekenfondsen worden gemaakt op vlak van het *a priori* of *a posteriori* controleren. Daarnaast zouden de ziekenfondsen rapporteren over de controles die door hen zijn uitgevoerd, met in deze rapportering onder meer volgende elementen:

- de prioriteiten binnen het handhavingsbeleid van de ziekenfondsen en de criteria of methoden die eraan ten grondslag liggen;
- de volumes en resultaten van de gerealiseerde controles, de verwerpingen en de redenen ervoor en de door de ziekenfondsen gerecupereerde bedragen binnen de gezondheidszorgverzekering; en,
- de verdeling van de controles en de resultaten ervan.

Deze verbintenis moet uiteraard worden bekeken in het licht van de overeengekomen noodzaak tot het uniformiseren en de gelijke behandeling van de rechthebbenden.

Het Rekenhof heeft het document kunnen inkijken dat een antwoord moet bieden op de 2 actiepunten. Het betreft een document van 16 bladzijden waarin in het algemeen en geglobaliseerd over alle ziekenfondsen wordt beschreven:

- hoe het statuut van de rechthebbenden wordt bepaald en gecontroleerd;
- welke informatie wordt verzameld met betrekking tot de zorgverleners en welke controles er in het algemeen op worden toegepast;
- welke basisinformatie wordt bijgehouden over de nomenclatuur, de farmaceutische producten en implantaten;

Au cours de l'audit, il avait été prévu de modifier l'article de la loi et d'y inscrire un devoir de discrétion. L'article devait en outre encore être adapté dans le cadre de l'audit de la Cour des comptes. La proposition de l'administration se trouverait actuellement chez la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration.

Cartographie des contrôles

Dans le cadre du pacte d'avenir, il a été convenu que les mutualités établiraient, au niveau des CIN, une cartographie des contrôles *a priori* et *a posteriori* existants et les enverraient aux autorités de contrôle au plus tard le 31 mars 2017. Les autorités doivent également avoir un aperçu des choix et des motivations sous-jacentes des mutualités en matière de contrôle *a priori* ou *a posteriori*. En outre, les mutualités rendraient compte des contrôles qu'elles ont effectués, notamment des éléments suivants:

- les priorités de la politique de contrôle des mutualités et les critères ou méthodes sur lesquels elle repose;
- les volumes et les résultats des contrôles effectués, les rejets et leurs motifs, ainsi que les montants recouvrés par les mutualités dans le secteur de l'assurance maladie; et,
- la répartition des contrôles et leurs résultats.

Cet engagement doit, bien entendu, être considéré à la lumière de la nécessité convenue d'une uniformisation et d'une égalité de traitement des ayants droit.

La Cour des comptes a pu consulter le document destiné à apporter une réponse aux deux points d'action. Il s'agit d'un document de 16 pages qui décrit la situation générale et globale de toutes les mutualités:

- comment le statut des ayants droit est déterminé et contrôlé;
- quelles informations sont collectées sur les prestataires de soins de santé et quels contrôles leur sont appliqués en général;
- quelles informations de base sont conservées sur la nomenclature, les produits pharmaceutiques et les implants;

- welke informatie wordt bijgehouden met betrekking tot de beslissingen van de adviserend artsen en wat daar vervolgens mee gebeurt (bijvoorbeeld de controle van het bestaan van een akkoord van een adviserend arts vooraleer een prestatie wordt terugbetaald);

- welke controles bestaan met betrekking tot de frequentie van terugbetalingen van prestaties per rechthebbenden (bijvoorbeeld het maximum aantal prestaties op een periode); en,

- welke controles bestaan met betrekking tot verboden of juist verplichte cumulaties.

In het document zit dus geen detailinformatie over hoe men controleert, welke motieven hierachter zitten, hoeveel controles effectief werden uitgevoerd, enzovoort. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vanuit het RIZIV de reactie kwam dat dit document in geen enkel opzicht bruikbaar is om de controleactiviteiten te sturen.

De heer Peter Debyser, eerste auditeur bij het Rekenhof, verduidelijkt dat het handhavingsplan 2018-2020 in bepaalde gevallen voorziet in de mogelijkheid om toegang te krijgen tot informatie over de interne controles die door de ziekenfondsen zelf worden uitgevoerd, bijvoorbeeld in het kader van de fraudebestrijding. Buiten die specifieke gevallen bestaat daarentegen geen algemeen recht van toegang tot de informatie over de interne controles die door de ziekenfondsen zelf worden verricht.

Informatie vanwege de ziekenfondsen

De heer Werner Van Riel, eerste auditeur bij het Rekenhof, gaat vervolgens in op de vraag in welke mate de informatie vanuit de ziekenfondsen kan worden verbeterd. De vaststellingen ter zake zijn een gevolg van het onderzoek van de activiteiten van de controlediensten en de informatie waarover ze beschikken waarbij we konden vaststellen dat inderdaad op een niet doeltreffende wijze thema's worden gekozen.

De oorzaak zit blijkbaar in een gebrek aan informatie. Dat wil niet zeggen dat in het geheel geen informatie wordt aangeleverd. Zo moeten de ziekenfondsen een heel arsenaal van gegevens (zijnde verschillende statistieken en boekhoudkundige staten, verschillende lijsten, uiteraard ook de rekeningen) aanleveren aan enerzijds diensten van het RIZIV en anderzijds de CDZ, maar de vraag rijst of de informatie voldoende is om de zwakke plekken in de controleactiviteiten van de ziekenfondsen te detecteren.

- quelles informations sont conservées sur les décisions des médecins conseils et la suite qui y est réservée (par exemple, la vérification de l'existence d'un accord d'un médecin conseil avant le remboursement d'une prestation);

- quels contrôles sont en place en ce qui concerne la fréquence des remboursements de prestations par ayant droit (p. ex. le nombre maximal de prestations sur une période donnée); et,

- quels contrôles sont en place en ce qui concerne les cumuls interdits ou, au contraire, obligatoires.

Ce document ne contient donc pas d'informations détaillées sur le mode de contrôle, les motifs qui le sous-tendent, le nombre de contrôles effectivement effectués, etc. Il n'est donc pas surprenant que l'INAMI ait réagi en disant que ce document n'était d'aucune utilité pour diriger les activités de contrôle.

M. Peter Debyser, premier auditeur à la Cour des comptes, précise que le plan de maintien 2018-2020 prévoit, dans un certain nombre de cas, la possibilité d'accéder aux informations relatives aux contrôles internes effectués par les mutualités elles-mêmes, par exemple lorsqu'il s'agit de lutter contre la fraude. En revanche, en dehors de ces cas, il n'existe pas de droit général d'accéder aux informations relatives aux contrôles internes que les mutualités effectuent elles-mêmes.

Informations émanant des mutualités

M. Werner Van Riel, premier auditeur à la Cour des comptes, répond ensuite à la question de savoir dans quelle mesure les informations communiquées par les mutualités peuvent être améliorées. Les constatations faites en la matière résultent de l'examen des activités des services de contrôle et des informations dont ils disposent et montrent que les thèmes sont effectivement choisis de manière inefficace.

La cause réside probablement dans le manque d'informations. Cela ne veut pas dire qu'au niveau global, les informations ne sont pas transmises. Ainsi, les mutualités sont-elles tenues de fournir tout un arsenal de données (comprenant différents statistiques et états comptables, différentes listes, ainsi que les comptes, bien sûr) aux services de l'INAMI, d'une part, et à l'OCM, d'autre part, mais la question se pose de savoir si les informations sont suffisantes pour repérer les faiblesses au niveau des activités de contrôle des mutualités.

Voor wat betreft het overkoepelende niveau is zeker informatie beschikbaar in de vorm van algemene beschrijvingen bij onder andere de revisoren en zou er zeker informatie moeten kunnen worden gehaald bij bijvoorbeeld de interne audit (denk aan interne uitgevoerde risicoanalyses en controles) maar die informatie moet dan wel nog ten volle worden geëxploreerd. Een groter probleem zit in het detailniveau, zeker voor wat betreft de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering waar we verwijzen naar onder andere de onbruikbare cartografie.

Hoe moet het nu verder? Het onderzoek spitste zich niet toe op de ziekenfondsen zelf, logischerwijze wegens de beperkte scope van de audit en de beperkte bevoegdheden van het Rekenhof, zodat het moeilijk is voor het Rekenhof om concrete aanbevelingen te doen naar de inhoud van de informatie die moet of kan worden verschaft. Natuurlijk, hoe meer concreet de informatie, hoe beter de controles kunnen worden afgelijnd. Logischerwijze willen we wel stellen dat de hoegrootheid van de noodzakelijke informatie afhangt van de controleopdracht en de doelstellingen van het toezicht. Zo lijkt het logisch dat de controledienst voor zijn toezicht voldoende heeft aan een globaal inzicht van de interne controleprocessen per entiteit waarbij het voor de selectie van meer gedetailleerde controles in het kader van de ziekteverzekering beroep kan doen op de risicoanalyses die het RIZIV uitvoert. Die risicoanalyses kunnen enerzijds worden gevoerd door gedetailleerde controlebeschrijvingen vanwege de ziekenfondsen maar anderzijds door de analyse van de prestatiegegevens zoals die beschikbaar zijn op het Intermutualistisch agentschap (IMA), vandaar de bezorgdheid dat de bevoegde controlediensten daar onbeperkt toegang tot zouden hebben.

Het Rekenhof stelt dan ook voor dat de controlediensten hierover met elkaar, met de revisoren en met de ziekenfondsen in dialoog treden om een optimale afweging te maken tussen enerzijds de nood aan voldoende informatie om een doelmatig toezicht te kunnen uitvoeren en anderzijds de mogelijke bekommernissen van de ziekenfondsen om de kosten die gepaard kunnen gaan met een omvangrijke beschrijving van de interne controles binnen de perken te houden. In dit kader moet worden gewezen op de omvang van de ziekenfondssector.

De spreker heeft ondertussen vernomen dat dergelijke initiatieven voor overleg worden opgestart en dat ook de uitwisseling van data in een stroomversnelling is getreden. Zo kan worden verwezen naar acties in het meest recente handavingsplan 2018-2020 met betrekking tot het verder ontsluiten van gegevens (bijvoorbeeld

En ce qui concerne le niveau transversal, les informations sont certainement disponibles sous la forme de descriptions générales auprès des réviseurs, notamment, et il devrait certainement être possible d'obtenir des informations, par exemple dans le cadre de l'audit interne (songez aux analyses des risques et contrôles effectués en interne), mais ces informations doivent encore être pleinement explorées. Un problème plus important réside dans le niveau de détail, surtout en ce qui concerne la mise en œuvre de l'assurance-maladie obligatoire, en raison notamment d'une cartographie inutilisable.

Quelle suite adopter? Compte tenu de la portée limitée de l'audit et des compétences limitées de la Cour des comptes, il est logique que l'examen ne se soit pas focalisé sur les mutualités mêmes. Il est dès lors difficile pour la Cour de formuler des recommandations concrètes quant au contenu des informations qui doivent ou peuvent être fournies. Il est évident que plus l'information sera concrète, mieux les contrôles pourront être alignés. Il est logique de souligner que la quantité des informations requises dépend de la mission de contrôle et des objectifs poursuivis par le contrôle. Par exemple, il semble logique que, pour sa supervision, l'office de contrôle se satisfasse d'une vision globale des processus de contrôle internes par entité, tout en ayant la possibilité de recourir aux analyses de risques réalisées par l'INAMI pour la sélection de contrôles plus détaillés dans le cadre de l'assurance maladie. Ces analyses de risques peuvent être alimentées, d'une part, par des descriptions d'audit détaillées émanant des mutualités et, d'autre part, par l'analyse des données de performance disponibles auprès de l'Agence intermutualiste (IMA), d'où l'inquiétude que les services de contrôle compétents y aient accès sans restriction.

La Cour des comptes propose dès lors que les services de contrôle entament un dialogue entre eux, avec les réviseurs et avec les mutualités afin d'établir un équilibre optimal entre, d'une part, le besoin de disposer d'informations suffisantes pour pouvoir exercer un contrôle efficace et, d'autre part, les préoccupations éventuelles des mutualités de limiter les coûts qui peuvent être liés à une description détaillée des contrôles internes. Dans ce contexte, il convient de noter la taille du secteur des mutualités.

Entre-temps, l'orateur a appris que de telles initiatives de concertation sont en cours de lancement et que l'échange de données a également pris de l'ampleur. Il peut ainsi être renvoyé aux actions prévues dans le plus récent plan de maintien 2018-2020 concernant la poursuite de l'ouverture des données (par exemple, l'accès

de rechtstreekse toegang tot gegevens bij het IMA in een IMA-werkruimte) en de optimalisatie van het gebruik en analyseren van data (bijvoorbeeld het koppelen van gegevens met externe bronnen).

Het Intermutualistisch agentschap

Het IMA is een kostendelende vereniging van de ziekenfondsen: haar werkzaamheden zijn gericht op het gemeenschappelijk organiseren, coördineren en uitvoeren van diensten, alsook het realiseren van aankopen ten behoeve van haar leden, teneinde door schaalvergroting te komen tot een meer economisch beheer in de sociale sector.

Ze heeft volgende opdrachten opgenomen in haar statuten:

- de door de ziekenfondsen in het kader van hun opdrachten verzamelde gegevens analyseren en de informatie hieromtrent verstrekken; en,
- die informatie ter beschikking stellen van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC), de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) en de dienst voor Geneeskundige Verzorging (DGV) van het RIZIV opdat ze hun wettelijke opdrachten kunnen uitvoeren. Het IMA staat die diensten bij, bij de selectie van de nodige IMA-gegevens en bij het afleveren van deze gegevens.

Ze houdt onder andere volgende gegevens bij:

- Facturatiegegevens (bijvoorbeeld de datum, de plaats en de kostprijs van uitgevoerde prestaties en behandelingen) en administratieve gegevens van zijn leden (bijvoorbeeld het geslacht en de leeftijd).
- Naast het uitvoeren van studies stelt het IMA ook permanent een IMA ATLAS ter beschikking. Ze bevat statistieken en cijfergegevens, onderverdeeld in zes thema's: demografie en socio-economie, preventie, gezondheidstoestand, zorgconsumptie, toegankelijkheid en organisatie van gezondheidszorg. De cijfers gaan tot tien jaar terug en worden jaarlijks geactualiseerd.

Ze wordt voor haar werking ondersteund door de ziekenfondsen (personeel, materieel, ...) en ontvangt ook middelen vanuit het RIZIV. De extra financiering aan de ziekenfondsen vanuit het RIZIV voor onder andere ICT-ontwikkelingen kwam al aan bod in het eerste rapport van het Rekenhof.

direct aux données de l'AIM dans un espace de travail AIM) et à l'optimisation de l'utilisation et de l'analyse des données (par exemple, la liaison des données de sources externes).

L'Agence intermutualiste

L'AIM est une association de partage de frais des mutualités: ses activités sont axées sur l'organisation, la coordination et la prestation communes de services, ainsi que la réalisation d'achats pour ses membres, afin d'arriver, par un accroissement d'échelle, à une gestion plus économique dans le secteur social.

Elle a inscrit les missions suivantes dans ses statuts:

- analyser les données recueillies par les mutualités dans le cadre de leurs missions et transmettre les informations à ce sujet,
- mettre ces informations à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), du Service du contrôle administratif (SCA) et du Service des soins de santé (SSS) de l'INAMI, de manière à ce qu'ils puissent accomplir leurs missions légales. L'AIM assiste ces services dans la sélection des données requises de l'AIM et dans la transmission de ces données.

Elle gère notamment les données suivantes:

- Les données de facturation (par exemple, la date, le lieu et le coût des prestations et traitements effectués) et les données administratives de ses membres (par exemple, le sexe et l'âge).
- Outre la réalisation d'études, l'AIM met aussi à disposition un Atlas AIM. Celui-ci contient des statistiques et des données chiffrées, réparties selon six thèmes: démographie et socio-économie, prévention, état de santé, consommation de soins, accessibilité et organisation des soins de santé. Les chiffres remontent jusqu'à il y a 10 ans et sont actualisés annuellement.

Pour son fonctionnement, elle est soutenue par les mutualités (personnel, matériel, etc.) et perçoit aussi des moyens de la part de l'INAMI. Ce financement supplémentaire accordé aux mutualités par l'INAMI, notamment pour les développements TIC, a déjà été abordé dans le premier rapport de la Cour des comptes.

Toegevoegde waarde om een volledige onbeperkte toegang te hebben tot de data bij het Intermutualistisch agentschap

Op het moment van de audit werd informatie verkregen over het project *New Attest* op basis waarvan facturatiegegevens ter beschikking zouden worden gesteld aan de controlediensten van het RIZIV. In het kader hiervan werd ook een artikel 9^{quater} in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ingelast dat toestaat dat de diensten van het RIZIV gebruikmaken van de informatie van het IMA. Qua gebruiksmodaliteiten was het de bedoeling dat de RIZIV-diensten een aanvraag indienen bij het IMA die vervolgens de gegevens ter beschikking stelt of zelf die analyses uitvoert op vraag van die dienst. Nu kan uit het tweede handavingsplan worden afgeleid dat de toegang tot de data zou worden uitgebreid tot bijvoorbeeld een specifieke set van data ter plaatse bij het IMA. Er wordt ook gedacht aan een uitgebreide koppeling met externe data. Er bestaat aldus een zeker mate van progressiviteit met betrekking tot de toegang tot data sinds het afronden van de auditwerkzaamheden.

De vraag rijst in welke mate dit voldoende is. Momenteel voert het RIZIV controles uit op specifieke sets van data op basis waarvan dan vaststellingen worden gedaan (bijvoorbeeld controles met betrekking tot het respecteren van de voorwaarden gedefinieerd in de nomenclatuur). Die controles leveren niet altijd het gewenste resultaat op. Maar aangezien een groot deel van de data nu gecentraliseerd is in één entiteit (IMA) stelt zich de vraag of een deel van die controles nu niet meer kunnen worden veralgemeend en periodiek kunnen worden uitgevoerd op basis waarvan dus periodiek een stand van zaken kan worden opgemaakt over de interne controles uitgevoerd door de ziekenfondsen. Hiervoor moeten de nodige afspraken worden gemaakt voor een verruimde toegang en gebruik van de data waarbij mogelijks een conflict kan optreden met betrekking tot de privacyregels.

Wijze van informatieverzameling met betrekking tot de activiteiten van de revisoren.

De vraag werd gesteld in welke mate contact werd opgenomen met de revisoren. Het doel van de audit was het toezicht door de controledienst en de twee diensten van het RIZIV te evalueren waarbij ook moest worden gekeken naar eventuele samenwerking met andere controleactoren.

In eerste instantie werd hier gedacht aan de interne audit en voornamelijk de revisoren die uitdrukkelijk

Valeur ajoutée d'un accès illimité et complet aux données de l'agence intermutualiste

Au moment de l'audit, des informations ont été obtenues sur le projet *New Attest*, sur la base duquel des données de facturation seraient mises à la disposition des services de contrôle de l'INAMI. Dans ce contexte, il a également été inséré un article 9^{quater} dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui permet aux services de l'INAMI d'utiliser les informations fournies par l'AIM. Concernant les modalités d'utilisation, le but était que les services de l'INAMI introduisent une demande auprès de l'AIM qui mettrait ensuite les données à disposition ou effectuerait elle-même des analyses à la demande de ce service. Il est maintenant permis de déduire du deuxième plan de maintien que l'accès aux données serait étendu, par exemple, à un ensemble spécifique de données sur place à l'AMI. Il est également envisagé d'établir un lien étroit avec les données externes. Il existe ainsi une certaine progressivité en matière d'accès aux données depuis la fin des travaux d'audit.

La question se pose de savoir dans quelle mesure cela est suffisant. Actuellement, l'INAMI effectue des contrôles sur des ensembles spécifiques de données sur la base desquels des constatations sont faites (par exemple, des contrôles relatifs au respect des conditions définies dans la nomenclature). Ces contrôles n'ont pas toujours les résultats escomptés. Toutefois, étant donné qu'une grande partie des données est désormais centralisée au sein d'une entité unique (AIM), la question se pose de savoir s'il n'est à présent plus possible de généraliser et d'effectuer périodiquement certains de ces contrôles sur la base desquels un état des lieux peut être réalisé périodiquement en ce qui concerne les contrôles internes auxquels les mutualités procèdent. À cet effet, les accords nécessaires doivent être conclus en vue d'étendre l'accès à ces données et leur utilisation, ce qui est susceptible de conduire à un conflit en ce qui concerne les règles de protection de la vie privée.

Mode de collecte des informations concernant les activités des réviseurs.

La question a été posée de savoir dans quelle mesure les réviseurs ont été contactés. L'objectif de l'audit était d'évaluer la supervision exercée par l'Office de contrôle et les deux services de l'INAMI, en envisageant également une éventuelle coopération avec d'autres acteurs du contrôle.

En premier lieu, on a songé à cet égard à l'audit interne et principalement aux réviseurs, qui sont expressément

worden vermeld in de ziekenfondswet. Het was echter niet de bedoeling om uitgebreid de werking van de revisoren te evalueren aangezien dit buiten de scope van de audit viel en de revisoren hier eigenlijk hun opdrachten (onder andere de rekeningencontrole) uitvoeren bij de ziekenfondsen zelf (en ook door hun worden betaald).

Het is wel zo dat ze extra opdrachten uitvoeren voor de CDZ, maar hun contractuele band ligt met de ziekenfondsen wat toch zeker beperkingen met zich meebrengt. De samenwerking met de revisoren werd voornamelijk bekeken op basis van de instructies die de Controledienst uitvaardigt ten aanzien van de revisoren (bijvoorbeeld voor de evaluatie van de beheersprestatie van de ziekenfondsen), de gesprekken met de controle-ambtenaren van de Controledienst, voorbeelden van notulen van vergaderingen en verslagen die de revisoren aan de Controledienst bezorgen. Op basis hiervan heeft het Rekenhof vastgesteld dat de samenwerking vrij goed is georganiseerd.

De heer Rudi Moens, raadsheer bij het Rekenhof, voegt eraan toe dat het Rekenhof naar aanleiding van de publicatie van het verslag over de controle op de ziekenfondsen een brief van het Instituut van de bedrijfsrevisoren (IBR) heeft ontvangen, waarin werd bevestigd dat er nood is aan nauwere samenwerking tussen de verschillende actoren die belast zijn met de controle op de ziekenfondsen. Daarbij zou men zich moeten baseren op het concept *single audit*, wat inhoudt dat het IBR en het Rekenhof bepaalde instellingen samen zouden controleren. Het IBR benadrukt in dat verband dat een wetgevend initiatief nodig is om het beroepsgeheim van de bedrijfsrevisoren ten aanzien van andere controle-instanties op te heffen. Het IBR zou een dergelijk initiatief steunen.

De intentie om de samenwerking tussen de verschillende actoren van de controle op de ziekenfondsen te versterken, heeft ook tot enkele concrete initiatieven geleid. Zo werd tijdens een gezamenlijke vergadering van de CDZ en het IBR op 2 oktober 2018 beslist tot de oprichting van een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de CDZ, het RIZIV, de ziekenfondsen en het IBR. Die stuurgroep zou tot doel hebben de concrete samenwerkingsvormen tussen de verschillende actoren van de controle op de ziekenfondsen verder uit te werken.

Onafhankelijkheid van de revisoren

Het Rekenhof stelt de onafhankelijkheid van de revisoren niet in vraag. Er werd alleen op gewezen dat het gegeven, dat voor de domeinen behandeld door de revisoren quasi steeds 100 % wordt toegekend, ook was opgevallen door de Raad van de CDZ.

mentionnés dans la loi relative aux mutualités. Le but n'était toutefois pas d'évaluer le fonctionnement des réviseurs dans les détails, car cela ne relevait pas du champ de l'audit et les réviseurs accomplissent en réalité leurs missions (le contrôle des comptes, entre autres) auprès des mutualités elles-mêmes (qui les rémunèrent également).

Les réviseurs accomplissent toutefois des missions complémentaires pour l'OCM, mais leurs liens contractuels avec les mutualités impliquent tout de même assurément des restrictions. La collaboration avec les réviseurs a principalement été examinée sur la base des instructions que l'Office de contrôle donne aux réviseurs (par exemple en ce qui concerne les prestations de gestion des mutualités), des entretiens avec les fonctionnaires contrôleurs de l'Office de contrôle, des exemples de procès-verbaux de réunions et des rapports que les réviseurs remettent à l'Office de contrôle. La Cour des comptes en a conclu que la collaboration est relativement bien organisée.

M. Rudi Moens, conseiller à la Cour des comptes, ajoute que, suite à la publication du rapport sur le contrôle des mutualités, l'Institut des Réviseurs d'Entreprises (IRE) a adressé un courrier à la Cour des comptes confirmant qu'il y avait lieu de renforcer la collaboration entre les différents acteurs du contrôle des mutualités, en s'inspirant du concept de *single audit*, en vertu duquel certaines institutions sont contrôlées conjointement par l'IRE et la Cour des comptes. L'IRE souligne à cet égard la nécessité d'une initiative législative afin de lever le secret professionnel des réviseurs d'entreprises vis-à-vis autres acteurs du contrôle. L'IRE soutiendrait une telle initiative.

L'intention de renforcer la collaboration entre les différents acteurs du contrôle des mutualités a également débouché sur des initiatives concrètes. Ainsi, lors d'une réunion conjointe entre l'OCM et l'IRE le 2 octobre 2018, il a été décidé de constituer un groupe de pilotage composé de représentants de l'OCM, de l'INAMI, des mutuelles et de l'IRE, dont l'objectif consiste à élaborer davantage les formes concrètes de collaborations entre les différents acteurs du contrôle des mutualités.

Indépendance des réviseurs

La Cour des comptes ne remet pas en question l'indépendance des réviseurs. Il a seulement été souligné que le Conseil de l'OCM avait également remarqué le fait que quasiment 100 % sont toujours octroyés pour les domaines traités par les réviseurs.

Een van de mogelijke redenen die werd aangehaald bestond uit de mogelijke moeilijke positie die de revisoren in dit kader innemen ten aanzien van de ziekenfondsen. Immers in dit geval, de evaluatie van de beheersprestaties leiden eventuele negatieve opmerkingen van de revisoren tot een vermindering van de administratiekosten van de ziekenfondsen wat niet het geval is in het kader van de reguliere rekeningencontrole. Men ging zelfs zo ver om te overwegen om een deel van de controles, o.a. de evaluatie van de interne controle en audit, over te dragen naar het *Institute of Internal Auditors*, maar dat werd uiteindelijk achterwege gelaten. Het is wel een feit dat de uitbreiding van de onderzoeken door de revisoren wel in overleg gebeurt met de ziekenfondsen die ter zake soms opmerkingen hebben. Zo zou bijvoorbeeld een nieuwe vragenlijst voor de evaluatie van de interne controle en audit minder uitgebreid worden. Het is natuurlijk zo dat bijkomende controleactiviteiten door de revisoren moeten worden betaald door de ziekenfondsen.

Uiteindelijk heeft het IBR de onafhankelijkheid van de revisoren benadrukt, ook voor de bijkomende taken, en werd o.a. overeengekomen dat de gevraagde onderzoeken worden uitgebreid, wat nog in volle gang is.

Daarnaast gaat de CDZ dus een aantal domeinen overnemen. Zo gaat het domein “De betaling van derdebetalers in chronologische volgorde” waarschijnlijk door de CDZ in 2020 worden vervangen door het domein “De naleving van de betaaltermijnen in de derdebetalersregeling” waarbij men een exhaustievere controle wil uitvoeren, o.a. de uitvoering van een controle op een gehele populatie waar dit vroeger door de revisoren gebeurde op basis van een steekproef. Andere domeinen die men overweegt over te nemen zijn de detectie en de terugvordering van de onterechte betalingen en de bijzondere terugbetalingsmodaliteiten van de prestaties.

Dit kan een impact hebben op de andere activiteiten van de CDZ maar naar verluid zouden in 2019 extra personeelsleden worden aangeworven zodat o.a. plenaire controles sneller kunnen worden uitgevoerd. Het Rekenhof wil echter nog niet verder ingaan op de concrete actieplannen van de CDZ als antwoord op de aanbevelingen van het Rekenhof aangezien deze nog door de Raad dienen te worden goedgekeurd.

Mevrouw Florence Thys en de heer Rudi Moens, raadsheren bij het Rekenhof, komen terug op de vraag van de heer Piedboeuf over slide 12. Die slide laat zien dat het deel van de variabele administratiekosten dat, ingevolge de controles door de CDZ, de bedrijfsrevisoren en het RIZIV, niet aan de ziekenfondsen werd toegekend, in 2016 6,7 % van de totale administratiekosten bedroeg,

L'une des raisons possibles invoquées visait la position difficile que les réviseurs pouvaient avoir dans ce cadre à l'égard des mutualités. En effet, dans le cadre de l'évaluation de la performance de la gestion, les observations négatives éventuelles des réviseurs peuvent entraîner une réduction des frais d'administration des mutualités, ce qui n'est pas le cas dans le cadre du contrôle régulier des comptes. Il a même été envisagé de confier une partie des contrôles à l'Institut des auditeurs internes, notamment l'évaluation du contrôle interne et de l'audit, mais cette piste a finalement été abandonnée. Il est cependant vrai que l'extension des contrôles réalisés par les réviseurs s'opère en concertation avec les mutualités, qui ont parfois des observations à formuler à ce sujet. Par exemple, un nouveau questionnaire pour l'évaluation du contrôle interne et de l'audit serait moins complet. Il va de soi que les activités de contrôle supplémentaires réalisées par les auditeurs doivent être payées par les mutualités.

Enfin, l'IRE a souligné l'indépendance des réviseurs, y compris pour les tâches supplémentaires, et il a notamment été convenu que les contrôles demandés seraient étendus, ce qui est toujours en cours.

En outre, l'OCM reprendra certains domaines. Par exemple, le domaine afférent au “paiement des tiers payants dans l'ordre chronologique” sera probablement remplacé par l'OCM en 2020 par un nouveau domaine afférent au “respect des délais de paiement pour le régime du tiers payant”, l'intention étant de réaliser un contrôle plus complet, portant sur toute une population tandis que le contrôle était précédemment effectué sur la base d'un échantillon. D'autres domaines qu'il est envisagé de reprendre concernent la détection et la récupération des paiements indus ainsi que les modalités particulières de remboursement des prestations.

Cela pourrait avoir un impact sur les autres activités de l'OCM mais il a été indiqué que du personnel supplémentaire serait recruté en 2019, notamment afin d'accélérer les contrôles pléniers. Toutefois, la Cour des comptes ne souhaite pas encore approfondir la question des plans d'action concrets de l'OCM répondant aux recommandations de la Cour des comptes car ceux-ci doivent encore être approuvés par le Conseil.

Mme Florence Thys, conseillère à la Cour des comptes, et M. Rudi Moens, conseiller à la Cour des comptes, reviennent sur la question de M. Piedboeuf concernant le slide 12. Ce slide montre que la partie de la part variable des frais d'administration qui, suite aux contrôles effectués par l'OCM, les réviseurs et l'INAMI, n'est pas octroyée aux mutuelles s'élevait

wat overeenstemde met een bedrag van ongeveer 7,25 miljoen euro.

Ook al is dat bedrag niet zo groot ten opzichte van het totaalbedrag van de administratiekosten van de ziekenfondsen, het gaat niettemin om een significante stijging in vergelijking met vroeger.

Het feit dat de door het RIZIV verrichte controles strenger lijken dan die van de CDZ – ze leiden immers tot het niet-toekennen van een groter bedrag – is een gevolg van de door het RIZIV gekozen controledomeinen en van het feit dat het RIZIV recent nieuwe controledomeinen heeft toegevoegd, iets wat de CDZ in een nabije toekomst ook overweegt te doen.

Terugvorderingen door de ziekenfondsen

De heer Werner Van Riel, eerste auditeur bij het Rekenhof, geeft aan dat de Ziekteverzekeringswet twee oorzaken voor terugvordering onderscheidt:

— de wettelijke voorrangsregeling: de ziekte- en invaliditeitsverzekering neemt de uitgaven alleen ten laste als de schade niet wordt vergoed overeenkomstig een andere Belgische of buitenlandse wetgeving. Als het niet onmiddellijk duidelijk is overeenkomstig welke wetgeving de schade wordt vergoed, moeten de ziekenfondsen voorlopig de prestaties van de ziekteverzekering terugbetalen en de uitkeringen betalen. Als blijkt dat de schade door een andere schuldenaar wordt vergoed, moeten zij de door hen betaalde uitgaven bij de schuldenaar terugvorderen. Omdat zij daarvoor subrogeren in de rechten van de sociaal verzekerde, wordt dit type van terugvorderingen hierna aangeduid als de subrogatiedossiers.

— de onverschuldigd betaalde uitkeringen of vergoede verstrekkingen van de ziekteverzekering. Die onverschuldigde betalingen kunnen voortvloeien uit bedrog, fouten of vergissingen van zorgverleners en sociaal verzekerden of uit fouten van het ziekenfonds.

Om de ziekenfondsen aan te zetten tot een beter beheer van die terugvorderingen, kent de wetgever hen een bijkomende vergoeding toe. Die vergoeding wordt aangepast aan het recuperatieniveau van het ziekenfonds: deze kan schommelen tussen 8 % en 20 % op de effectief geïnde terugvorderingen. Dat percentage wordt afzonderlijk berekend voor de ziekteverzekering, de uitkeringsverzekering voor de werknemers en de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen. De vergoeding ontvangen de ziekenfondsen alleen voor zover de terugvordering niet het gevolg is van hun eigen fout of nalatigheid.

en 2016 à 6,7 % du total des frais d'administration, ce qui correspondait à un montant d'environ 7,25 millions d'euros.

Même si ce montant n'est pas très important au regard du montant total des frais d'administration des mutuelles, il s'agit néanmoins d'une augmentation significative par rapport à avant.

Le fait que les contrôles réalisés par l'INAMI apparaissent comme plus sévères que ceux réalisés par l'OCM, car débouchant sur un non octroi plus important, découle du choix des domaines de contrôle réalisé par l'INAMI et du fait que l'INAMI avait récemment ajouté de nouveaux domaines de contrôle, ce que l'OCM envisage également de faire dans un avenir proche.

Récupérations par les mutualités

M. Werner Van Riel, premier auditeur à la Cour des comptes, explique que la loi sur l'assurance maladie distingue deux causes de récupération:

— la règle légale de priorité: l'assurance maladie et invalidité ne prend les dépenses en charge que si le préjudice n'est pas indemnisé en vertu d'une autre législation belge ou étrangère. S'il n'est pas possible de déterminer immédiatement en vertu de quelle législation il y a lieu d'indemniser le préjudice, les mutualités remboursent provisoirement les prestations d'assurance maladie et paient les indemnités. Quand il apparaît que le préjudice est indemnisé par un autre débiteur, elles récupèrent les dépenses engagées auprès de ce dernier. Comme elles sont en l'occurrence subrogées dans les droits de l'assuré social, ces dossiers de récupération sont dénommés ci-après "dossiers de subrogation".

— les indemnités payées indûment ou les prestations de l'assurance maladie remboursées indûment. Ces paiements indus peuvent résulter de fraudes, d'erreurs ou d'omissions de la part de prestataires de soins et d'assurés sociaux, ou d'erreurs de la mutualité.

Pour inciter les mutualités à mieux gérer ces récupérations, le législateur leur octroie une intervention complémentaire. Cette intervention est adaptée au niveau de récupération de la mutualité: celui-ci peut osciller entre 8 % et 20 % des récupérations réellement perçues. Ce pourcentage est calculé séparément pour l'assurance maladie, l'assurance indemnités des travailleurs salariés et l'assurance indemnités des travailleurs indépendants. Les mutualités ne perçoivent cette intervention que dans la mesure où la récupération n'est pas imputable à une faute ou à une négligence de leur part.

Het aspect van de vergoeding voor de terugvorderingen werd niet expliciet besproken in het auditverslag over de controle op de ziekenfondsen maar kwam wel aan bod in het auditverslag over de vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen.

De vraag is terecht of dergelijke vergoedingen wel niet contraproductief zijn en niet juist aanzetten tot een toename van de terugvorderingen waarbij de ziekenfondsen slechts verantwoordelijk worden gesteld voor de bedragen die niet kunnen worden teruggevorderd indien ze het gevolg zijn van hun eigen fouten, nalatigheden of vergissingen.

Cruciaal in deze discussie is echter wat onder een fout, nalatigheid of vergissing wordt verstaan. Is het in alle gevallen voldoende duidelijk wat van de ziekenfondsen wordt verwacht? Welke *a priori* of *a posteriori* controles moeten zij bijvoorbeeld uitvoeren? Zolang er geen duidelijkheid bestaat, is het ook moeilijk voor de controlediensten om eventuele sancties op te leggen of o.a. niet-teruggevorderde bedragen ten laste te leggen van de administratiekosten van de ziekenfondsen.

In die context lijkt het ook logischer om een groter gewicht te leggen bij de evaluatie van de beheersprestaties als een sturingsinstrument om het beheer door de ziekenfondsen te verbeteren. Zo worden bijvoorbeeld via één van de domeinen ziekenfondsen gestimuleerd om meer in te zetten op *a priori* controles. Dat het beleid voor deze keuze is, wordt aangetoond door het variabele gedeelte op te trekken tot uiteindelijk 20 %. Hierbij moeten wel de nodige voorzorgsmaatregelen worden genomen om erop te letten dat het geplande gebruik van het niet-toegekende gedeelte van de administratiekosten voor meer efficiëntie en innovatie op voorzichtige wijze wordt toegepast.

3. Replik en aanvullend antwoord

De heer Benoît Piedboeuf (MR) komt terug op de conclusie die de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie uit het auditverslag over de controle op de ziekenfondsen trekt, namelijk dat er geen fundamenteel probleem is. Trekken de vertegenwoordigers van het Rekenhof dezelfde conclusie of geven zij er de voorkeur aan zich niet over deze kwestie uit te spreken?

De heer Rudi Moens, raadsheer bij het Rekenhof, antwoordt dat de minister de nadruk heeft gelegd op de positieve elementen van het auditverslag, namelijk dat er geen overlapping is bij de uitgevoerde controles en dat er geen domeinen zijn die helemaal niet worden gecontroleerd. Hij voegt eraan toe dat de minister zich ervan bewust is dat het auditverslag ook een aantal

Cet aspect de l'intervention en cas de récupération n'a pas été abordé explicitement dans le rapport d'audit sur le contrôle des mutualités. Il en est bien question, en revanche, dans le rapport d'audit sur l'indemnisation des frais d'administration des mutualités.

La question se pose à juste titre de savoir si de telles interventions ne sont pas contreproductives et n'encouragent pas, une augmentation des récupérations, les mutualités n'étant tenues responsables des montants qui ne peuvent être récupérés que s'ils résultent de leurs propres fautes, erreurs ou négligences.

Le point crucial dans cette discussion est, cependant, de savoir ce que l'on entend par faute, erreur ou négligence. Ce que l'on attend des mutualités est-il suffisamment clair dans tous les cas? Quels contrôles *a priori* ou *a posteriori* doivent-elles, par exemple, effectuer? Faute de clarté, il est également difficile pour les services de contrôle d'infliger des sanctions ou d'imputer, notamment, les montants non récupérés aux frais d'administration des mutualités.

Dans ce contexte, il semble également plus logique d'accorder plus d'importance à l'évaluation des performances de gestion en tant qu'outil d'orientation permettant d'améliorer la gestion par les mutualités. Ainsi, par exemple, via un des domaines, les mutualités sont incitées à miser davantage sur les contrôles *a priori*. Le fait que la politique soit favorable à ce choix est démontré par l'augmentation de la part variable à 20 %. Toutefois, les précautions nécessaires doivent être prises pour s'assurer que la partie non octroyée des frais d'administration soit utilisée avec prudence afin d'améliorer l'efficacité et l'innovation.

3. Réplique et réponse complémentaire

M. Benoît Piedboeuf (MR) revient sur la conclusion que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration tire du rapport d'audit sur le contrôle des mutualités, à savoir qu'il n'y a pas de problème fondamental. Les représentants de la Cour des comptes partagent-ils cette conclusion ou préfèrent-ils ne pas se prononcer sur cette question?

M. Rudi Moens, conseiller à la Cour des comptes, répond que la ministre a mis l'accent sur les éléments positifs qui ressortaient du rapport d'audit, à savoir l'absence de chevauchement au niveau des contrôles effectués ainsi que l'absence de domaines échappant à tout contrôle. Il ajoute que la ministre est consciente que le rapport d'audit avance aussi qu'un certain nombre

verbeterpunten om het controlesysteem aan te passen naar voren brengt en om aldus te komen tot meer concrete aanbevelingen en tot een beter beheer van de administratiekosten van de ziekenfondsen.

De heer Benoît Piedboeuf (MR) vraagt ook verduidelijkingen over de aanbevelingen inzake een betere controle van de adviserend artsen.

De heer Peter Debyser, eerste-auditor bij het Rekenhof, licht toe dat het auditverslag geen betrekking had op de werking van de adviserend artsen als zodanig. Dat onderwerp werd echter besproken met de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. Het lijkt erop dat dit onderwerp zich op een keerpunt bevindt. Uit een onderzoek van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV is namelijk gebleken dat de huidige bevoegdheden van de adviserend artsen als te zwaar worden ervaren en dat een onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen de centrale taken van de adviserend artsen en de administratieve taken die hun worden opgelegd. In ieder geval lijkt het nodig hierover na te denken en dit onderwerp aan te snijden in het raam van het volgende toekomstpact voor de ziekenfondsen.

De heer Rudi Moens, raadsheer bij het Rekenhof, voegt hieraan toe dat in het raam van de evaluatie van 2019 verschillende controledomeinen werden toegevoegd, in het bijzonder betreffende de werking van de adviserend artsen, opdat bij de evaluatie van de beheersprestaties van de ziekenfondsen ook met de analyse van hun werk rekening wordt gehouden. Het is nog niet mogelijk hieruit conclusies te trekken, aangezien die evaluatie nog niet heeft plaatsgevonden, maar het is bemoedigend om vast te stellen dat bepaalde aanbevelingen van het Rekenhof in het veld worden uitgevoerd.

de points qui peuvent être améliorés afin d'adapter le dispositif de contrôle et de déboucher sur davantage de recommandations concrètes ainsi qu'une meilleure gestion des frais d'administration des mutuelles.

M. Benoît Piedboeuf (MR) demande également des précisions sur les recommandations concernant un meilleur contrôle des médecins-conseils.

M. Peter Debyser, premier auditeur à la Cour des comptes, précise que le rapport d'audit ne portait pas sur le fonctionnement des médecins-conseils en tant que tel. Ce sujet a cependant été abordé avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI. Il semble que ce sujet soit à un moment charnière. En effet, il ressort d'une enquête du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI que les attributions actuelles des médecins-conseils soient vécues comme trop lourdes et qu'il y aurait lieu d'établir une distinction entre les tâches centrales des médecins-conseils et les tâches administratives qui leur incombent. Quoiqu'il en soit, il paraît nécessaire de réfléchir à ce sujet et que ce dernier soit abordé dans le cadre du prochain pacte d'avenir des mutuelles.

M. Rudi Moens, conseiller à la Cour des comptes, ajoute que, dans le cadre de l'évaluation 2019, différents domaines de contrôle ont été ajoutés qui concernent notamment le fonctionnement des médecins-conseils afin que l'analyse de leur travail soit également prise en compte dans le cadre de l'évaluation des prestations de gestion des mutuelles. Il n'est pas encore possible d'en tirer des conclusions puisque cette évaluation n'a pas encore eu lieu, mais il est encourageant d'observer que certaines recommandations formulées par le Cour des comptes sont mises en œuvre sur le terrain.

II. — HOORZITTING VAN 30 JANUARI 2019

A. Uiteenzettingen van de sprekers

1. Uiteenzetting van de vertegenwoordiger van de Controledienst voor de ziekenfondsen

De heer Laurent Guinotte, administrateur-generaal van de Controledienst voor de ziekenfondsen, geeft aan dat het auditrapport van het Rekenhof betreffende de controle op de ziekenfondsen werd uitgebracht op 17 september 2018, maar betrekking heeft op de situatie bij de CDZ eind 2017.

In dat verband is het van belang te preciseren dat de CDZ toen bezig was met de tenuitvoerlegging van een strategisch meerjarenplan dat de periode van 2015 tot 2018 bestreek. Dat plan hield rekening met de engagementen die waren aangegaan in het Meerjarenpact dat eind 2016 werd gesloten tussen de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de verzekeringsinstellingen, het RIZIV en de CDZ. De verzekeringsinstellingen hebben zich er bijvoorbeeld toe verbonden om, met ingang van het boekjaar 2018, via een analytische rapportering aan te geven waartoe de administratiekosten precies dienen. Een ander engagement bestond erin de voorwaarden te scheppen om een nieuwe golf van fusies tussen ziekenfondsen op gang te brengen. Toen het Rekenhof zijn auditrapport uitbracht, waren dus tal van initiatieven volop in uitvoering, wat impliceert dat de situatie inmiddels is geëvolueerd.

Toch beschouwt de CDZ dit auditrapport als een aansporing om op de ingeslagen weg voort te gaan en de al genomen initiatieven uit te diepen. Zo heeft de CDZ van bij de ontvangst van het rapport een lijst opgesteld van de te ondernemen acties; die lijst zal in het strategisch plan 2019-2021 worden opgenomen. Hierna volgen de krachtlijnen dienaangaande.

a. Intensere samenwerking met de interne-auditdiensten van de verzekeringsinstellingen, met het RIZIV en met de bedrijfsrevisoren

Thans bestaat er al samenwerking in de vorm van een dialoog tussen de verzekeringsinstellingen, de bedrijfsrevisoren en de CDZ. Die samenwerking moet worden versterkt, met name door te komen tot een risicoanalyse voor elke verzekeringsinstelling, die echter toegepast zou worden door zowel die verzekeringsinstellingen als door hun bedrijfsrevisoren en de CDZ. Uiteraard zal het RIZIV daarbij worden betrokken voor de aangelegenheden die die instantie aanbelangen. Bijzondere aandacht zal daarbij uitgaan naar de eerbiediging van de competenties en de onafhankelijkheid van elke instantie die bij de controle betrokken is. Tevens is het

II. — AUDITION DU 30 JANVIER 2019

A. Exposé des orateurs

1. Exposé du représentant de l'Office de contrôle des mutualités

M. Laurent Guinotte, administrateur général de l'Office de contrôle des mutualités, indique que le rapport d'audit de la Cour des comptes relatif au contrôle des mutualités, publié le 17 septembre 2018, reflète la situation telle qu'elle était à l'OCM fin 2017.

Il est important de préciser à ce sujet que l'OCM exécutait à ce moment un plan stratégique pluriannuel s'étalant de 2015 à 2018. Ce plan tenait compte des engagements repris dans le Pacte pluriannuel conclu fin 2016 entre la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, les organismes assureurs, l'INAMI et l'OCM. Parmi ceux-ci figurent le développement par les organismes assureurs d'un reporting analytique relatif à l'utilisation des frais d'administration, qui sera d'application pour l'année comptable 2018, ainsi que la création des conditions pour une nouvelle vague de fusions entre mutualités. Au moment de l'audit de la Cour des comptes, de nombreux chantiers étaient donc en cours, de sorte que la situation a entre-temps évolué.

L'OCM estime néanmoins que le rapport constitue une opportunité de poursuivre dans la même voie et de renforcer les initiatives déjà prises. Ainsi, dès la réception du rapport, l'OCM a dressé une liste d'actions à entreprendre, qui va être intégrée dans le plan stratégique 2019-2021. En voici les lignes de force.

a. Renforcement de la collaboration avec l'audit interne des organismes assureurs, l'INAMI et les réviseurs d'entreprises

La collaboration existe déjà aujourd'hui, sous la forme de dialogues entre les organismes assureurs, les réviseurs et l'OCM. L'objectif est de la renforcer, et d'aboutir à une analyse de risque relative à chaque organisme assureur qui serait commune à l'organisme assureur, à ses réviseurs et à l'OCM. L'INAMI y sera bien entendu associé pour ce qui le concerne. Une attention particulière sera consacrée au respect des compétences et de l'indépendance de chaque acteur du contrôle. L'échange des plans et rapports d'audit des organismes assureurs est également prévu, ainsi que celui des procès-verbaux des réunions des comités d'audit. L'OCM

de bedoeling dat de auditverslagen en -plannen van de verzekeringsinstellingen, alsook de notulen van de vergaderingen van de auditcomités, worden uitgewisseld. De CDZ zal eveneens op zoek gaan naar een adequate manier om van de goede werking van de IT-applicaties en -systemen van de verzekeringsinstellingen een prioriteit te maken.

De betrokken actoren moeten geregeld samenkomen om via overleg aan die samenwerking vorm te geven; dankzij dat overleg moet de doorlichting van de ziekenfondssector gecoördineerder verlopen. Op aangeven van het Rekenhof zal de wet worden aangepast om komaf te maken met alle obstakels die de doorstroming van informatie van de CDZ naar het RIZIV in de weg staan.

Overigens heeft het Instituut van de Bedrijfsrevisoren zich bereid verklaard om een wetswijziging te steunen die ertoe strekt het beroepsgeheim van de revisoren niet langer te doen gelden ten aanzien van de CDZ, inzonderheid wat hun werkdocumenten betreft.

Al die initiatieven zullen bijdragen tot betere interne-controleprocedures bij de verzekeringsinstellingen, maar ook de controle op die procedures zal er wel bij varen.

b. Evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen

In het rapport van het Rekenhof wordt er – terecht – op gewezen dat de evaluatie van de beheersprestaties voor de controle-instanties een sleutelement vormt om de werking van de verzekeringsinstellingen te verbeteren.

Die evaluatie maakt een belangrijk deel uit van het takenpakket van de CDZ. Zowel de periodieke evaluatie zelf als de inspanningen om de bestaande controledomeinen te verbeteren, vergen veel energie. Het is de bedoeling om daar mee door te gaan, in nauwe samenwerking met het RIZIV.

Overigens bepaalt het Meerjarenpact dat het nieuwe systeem voor de evaluatie van de beheersprestaties na afloop van het tweede jaar van de tenuitvoerlegging ervan zelf moet worden geëvalueerd. De CDZ heeft besloten niet zolang te wachten en heeft, samen met het RIZIV en de sector, in de loop van 2018 een eerste evaluatie uitgevoerd met betrekking tot de evaluatie omtrent 2016.

Naar aanleiding daarvan kwam een consensus tot stand over de dienstige verbeteringen van het systeem. Een en ander zal als basis dienen voor de krachtens het

veillera également à trouver une manière adéquate de mettre le focus sur le bon fonctionnement des applications et systèmes IT des organismes assureurs.

Cette collaboration doit faire l'objet de réunions de concertation périodiques entre les acteurs concernés, de manière à aboutir à un audit plus coordonné du secteur des mutualités. Comme le suggère la Cour des comptes, la loi sera adaptée pour lever tous les obstacles liés à la communication d'information de l'OCM vers l'INAMI.

Par ailleurs, l'Institut des réviseurs d'entreprises a confirmé qu'il était disposé à soutenir une modification de la loi permettant de lever le secret professionnel des réviseurs à l'égard de l'OCM, en particulier concernant leurs documents de travail.

L'ensemble permettra d'améliorer les processus de contrôle interne des organismes assureurs, ainsi que le contrôle sur ces processus.

b. Évaluation des performances de gestion des organismes assureurs

Le rapport de la Cour des comptes relève à juste titre que l'évaluation des performances de gestion constitue un instrument majeur dont disposent les administrations de contrôle pour améliorer le fonctionnement des organismes assureurs.

Cette mission constitue une part importante des missions de l'OCM. Beaucoup d'énergie y est consacrée, tant pour la réalisation périodique de l'évaluation que pour l'amélioration des domaines de contrôle existants. Il est prévu de poursuivre dans cette voie, en collaboration étroite avec l'INAMI.

Par ailleurs, le Pacte pluriannuel prévoit que le nouveau système d'évaluation des performances de gestion doit faire l'objet d'une évaluation à l'issue de la seconde année d'application. La décision a été prise de ne pas attendre, et l'OCM a mené, en collaboration avec l'INAMI et le secteur, une première évaluation dans le courant de l'année 2018, relative à l'exercice d'évaluation 2016.

Dans ce cadre, un consensus a été trouvé sur les points d'amélioration à apporter au système. Cela servira de base pour l'évaluation prévue dans le cadre

Meerjarenpact in uitzicht gestelde evaluatie, alsook voor de voorstellen die tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid moeten worden gericht.

Tevens zal de CDZ in dit verband nagaan hoe de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering het beste bij het proces kan worden betrokken.

c. Impact van de Zesde Staatshervorming

Bij de tenuitvoerlegging van de Zesde Staatshervorming op het stuk van de gezondheidszorg zal de CDZ in 2019 contacten blijven onderhouden met de deelstaten, teneinde te vernemen wat die van de CDZ verwachten, bovenop de algemene controle op de boekhouding en het financiële beheer van de ziekenfondsentiteiten die taken uitvoeren voor rekening van de deelstaten.

Een en ander vergt wel een aanpassing van de manier waarop de CDZ wordt gefinancierd, opdat rekening wordt gehouden met die nieuwe institutionele realiteit.

d. Interne werking van de CDZ

Hoewel het Rekenhof zich in zijn rapport doorgaans positief uitlaat over de interne werking van de CDZ, zal ook op dat vlak actie worden ondernomen om op de aanbevelingen van het Rekenhof in te spelen.

In 2019 zal de CDZ vier bijkomende inspecteurs in dienst nemen. Zo kan meer tijd worden besteed aan de thema's die uit de risicoanalyse naar voren zijn gekomen.

Tevens zal bijzondere aandacht uitgaan naar de opleiding van het inspecteursteam, opdat de inspecteurs zich de nieuwste audit- en *data analytics*-technieken eigen kunnen maken.

Tot slot zal, teneinde de situatie te objectiveren, werk worden gemaakt van een benchmark met de andere organisaties en werkgevers die in hetzelfde domein als de CDZ actief zijn. Bedoeling is mensen in dienst te kunnen nemen, maar ook – en vooral – de medewerkers met een hoogtechnisch profiel in huis te kunnen houden.

Tot besluit kan worden gesteld dat de CDZ gunstig staat tegenover het rapport van het Rekenhof. De CDZ is vastbesloten om gevolg te geven aan de verschillende suggesties die in het rapport zijn opgenomen.

du Pacte pluriannuel, et servira de base pour les propositions à adresser à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

L'OCM examinera également dans ce cadre la meilleure manière d'intégrer la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité dans le processus.

c. Impact de la sixième réforme de l'État

Dans le cadre de l'exécution de la sixième réforme de l'État en matière de soins de santé, l'OCM poursuivra en 2019 les contacts avec les entités fédérées afin de préciser ce qu'elles attendent de l'OCM, au-delà du contrôle général de l'OCM sur la comptabilité et la gestion financière des entités mutualistes qui exécutent des tâches pour le compte des entités fédérées.

Ceci impliquera également de revoir le mode de financement de l'OCM afin de tenir compte de cette nouvelle réalité institutionnelle.

d. Fonctionnement interne de l'OCM

Bien que le rapport de la Cour des comptes soit globalement positif à propos du fonctionnement interne de l'OCM, des actions seront également entreprises dans ce domaine, conformément aux recommandations de la Cour des comptes.

L'OCM procèdera au recrutement de 4 inspecteurs supplémentaires en 2019. Ceci permettra de consacrer plus de temps aux thèmes qui ont été identifiés dans le cadre de l'analyse de risque.

Une attention spéciale sera également accordée à la formation du corps d'inspection aux dernières techniques d'audit et de *data analytics*.

Enfin un *benchmark* sera réalisé avec les autres organisations et employeurs avec lesquels l'OCM est en concurrence, afin d'objectiver la situation. L'objectif est de pouvoir recruter mais aussi et surtout de conserver des professionnels avec des profils techniques pointus.

En conclusion, l'OCM accueille favorablement le rapport de la Cour des comptes, et est bien décidé à donner suite aux différentes suggestions qu'il contient.

2. Uiteenzettingen van de vertegenwoordigers van het RIZIV

a. Uiteenzetting van de heer Jo De Cock

De heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, geeft aan dat op 15 juni 2018, een aantal opmerkingen overgemaakt werden aan het Rekenhof in het kader van de tegensprekelijke procedure. In het rapport werd evenwel niet met alle opmerkingen die werden geformuleerd rekening gehouden.

Resultaat van de controleactiviteiten van de verzekeringsinstellingen

De afgelopen periode werden inspanningen geleverd om het resultaat van de controleactiviteiten van de verzekeringsinstellingen beter in kaart te brengen.

Op basis van het laatst beschikbare jaar (2017) kan worden vastgesteld dat ongeveer 227,2 miljoen euro door de ziekenfondsen in mindering werd gebracht van de geboekte uitgaven. Dit bedrag heeft voor 170,2 miljoen euro betrekking op bedragen verschuldigd door derden en voor 57 miljoen euro op terugvorderingen op verzekerden en zorgverleners.

Wat de geneeskundige verzorging betreft, verlopen deze controles in verschillende stappen: procedure van aanvaarding van de facturen; inschrijving van de weerhouden facturen in het factuurboek; tarificatie (mag de factuur betaald worden); boeking van de factuur in de documenten N; correcties van de geboekte bedragen (subrogatie wanneer de verstrekkingen ten laste zijn van een derde – de correctie gebeurt op het ogenblik van de betaling –); vaststellingen ten aanzien van de zorgverleners (a posteriori); vaststellingen ten aanzien van verzekerden (statuutswijziging: maximum factuur, voorkeurregeling, gezinssituatie, enz.); interne fouten en correcties omwille van reglementaire aanpassingen.

Sinds 2018 beschikt het RIZIV over het detail van de “correcties” voor en na boeking.

Uit de cijfers van het laatst beschikbare trimester (september, oktober, november 2018) kan worden vastgesteld dat 5,163 miljard euro aan facturen werd ingediend. Hiervan werden 263,3 miljoen euro, of circa 5 %, verworpen omdat de facturatie niet beantwoordde aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden. In een tweede fase werden nog 106,9 miljoen euro verworpen bij het tarificatieproces alvorens geboekt te worden. Vervolgens worden nog correcties uitgevoerd op de geboekte bedragen.

2. Exposés des représentants de l'INAMI

a. Exposé de M. Jo De Cock

M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI, indique qu'un certain nombre d'observations ont été transmises le 15 juin 2018 à la Cour des comptes dans le cadre de la procédure contradictoire. Le rapport ne tient toutefois pas compte de l'ensemble de ces observations.

Résultats des activités de contrôle des organismes assureurs

Au cours de la période écoulée, des efforts ont été consentis pour mieux cartographier les résultats des activités de contrôle des organismes assureurs.

Sur la base de la dernière année disponible (2017), il peut être établi que les mutualités ont déduit des dépenses comptabilisées environ 227,2 millions d'euros, dont 170,2 millions d'euros correspondent à des montants dus par des tiers et 57 millions d'euros, à des recouvrements effectués auprès des assurés et des prestataires de soins.

En ce qui concerne les soins médicaux, ces contrôles s'effectuent en plusieurs phases: procédure d'acceptation des factures; inscription des factures retenues dans le facturier; tarification (la facture peut-elle être payée?); enregistrement de la facture dans les documents N; correction des montants comptabilisés (subrogation lorsque les prestations sont à la charge d'un tiers – la correction est effectuée au moment du paiement –); constatations concernant les prestataires de soins (*a posteriori*); constatations concernant les assurés (modification de statut: maximum à facturer, régime préférentiel, situation familiale, etc.); erreurs internes et corrections liées aux adaptations de la réglementation.

Depuis 2018, l'INAMI dispose du détail des “corrections” effectuées antérieurement ou postérieurement à la comptabilisation.

Il ressort des chiffres du dernier trimestre disponible (septembre, octobre, novembre 2018) que des factures ont été introduites pour un montant de 5,163 milliards d'euros. Environ 5 % de ces factures (263,3 millions d'euros) ont été rejetées pour le motif que la facturation ne remplissait pas les conditions de recevabilité. Dans une seconde phase, 106,9 millions d'euros ont encore été rejetés avant comptabilisation, dans le cadre du processus de tarification. Des corrections seront encore apportées aux montants comptabilisés.

Inzake de uitkeringen arbeidsongeschiktheid is de controle niet gefocust op facturen maar inzonderheid op de staat van arbeidsongeschiktheid en de gezins-situatie van de betrokkene. Ook hier zijn de regels van subrogatie van toepassing. De evaluatie van de arbeidsongeschiktheid gebeurt door de adviserend arts. De controle op primaire arbeidsongeschiktheid gebeurt door de artsen van de Dienst uitkeringen van het RIZIV, het gaat om een herbeoordeling van 7 500 dossiers per jaar (at random gekozen). Inzake invaliditeit worden 10 % van alle aanvragen door de artsen van de Dienst uitkeringen gedubbelcheckt evenals alle dossiers die aan een risicoprofiel beantwoorden. Bovendien worden de te recupereren bedragen gemonitord.

De DGEC speelt op dit vlak een rol van externe auditor ten aanzien van de adviserend artsen. Hierbij wordt onder meer het respect van de richtlijnen inzake opropbeleid nagegaan. Deze dienst voert ook analyses uit op de attesten arbeidsongeschiktheid bij de voorschrijvers. De bevraging in 2018 nopens het aantal contacten van de medische directies met arbeidsongeschikte verzekerden had heel wat voeten in de aarde.

Uniformiteit van de controles uitgeoefend door de verzekeringsinstellingen

Het Rekenhof wijst op het feit dat “momenteel duidelijke normen ontbreken die de ziekenfondsen moeten naleven”. Deze zienswijze behoeft nuancering. In de eerste plaats bestaan wel degelijk richtlijnen en onder-richtingen die moeten worden nageleefd, zowel op het vlak van de geneeskundige verzorging als op het vlak van de uitkeringen.

In dit verband kan gewezen worden op de gedetailleerde facturatie instructies die permanent worden ontwikkeld die een lijst met 1 900 errorcodes omvat, alsook op de regeling met betrekking tot interpretatie van de nomenclatuur waarop een bijzondere procedure op het vlak van de interpretatie bestaat. Bovendien moet gewezen worden op het feit dat de verzekeringsinstellingen in het merendeel van de commissies en beheersorganen zijn vertegenwoordigd. De spreker beklemtoont ten slotte dat het RIZIV voorstander is van het ontwikkelen van generieke en gestandaardiseerde tools die door alle verzekeringsinstellingen zouden worden toegepast. Het werken met en op eenzelfde platform kan geenszins beschouwd worden als een aantasting van hun autonomie. Vijf jaar geleden werd op initiatief van het RIZIV ter zake een analyse uitgevoerd. Deze werd niet op gejuich onthaald hoewel dit een middel zou kunnen zijn om de informatica-uitgaven te beheersen.

En ce qui concerne les allocations d'incapacité de travail, le contrôle n'est pas axé sur les factures, mais plus particulièrement sur l'état d'incapacité de travail et sur la situation familiale de l'intéressé. Les règles de la subrogation s'appliquent également en l'espèce. C'est le médecin-conseil qui évalue l'incapacité de travail. Le contrôle de l'incapacité de travail primaire est effectué par les médecins du Service des indemnités de l'INAMI. Il s'agit d'une réévaluation de 7 500 dossiers par an (qui sont choisis de façon aléatoire). En ce qui concerne l'invalidité, 10 % de l'ensemble des demandes, ainsi que tous les dossiers correspondant à un profil de risque, sont revérifiés par les médecins du Service des indemnités. Les montants à récupérer font en outre l'objet d'un suivi.

Le SECM joue, à cet égard, un rôle d'auditeur externe à l'égard des médecins-conseils. Il vérifie notamment le respect des directives en matière de politique d'appel. Ce service procède également à des analyses des attestations d'incapacité de travail auprès des prescripteurs. L'enquête de 2018 relative au nombre de contacts des directions médicales avec des assurés en incapacité de travail n'était pas une mince affaire.

Uniformité des contrôles effectués par les organismes assureurs

La Cour des comptes souligne qu' "il manque actuellement de normes claires à respecter par les mutualités". Ce point de vue est à nuancer. En premier lieu, il existe en effet des directives et des instructions à respecter, tant sur le plan des soins médicaux que sur celui des allocations.

À cet égard, on peut évoquer les instructions détaillées en matière de facturation développées en permanence, qui contiennent une liste de 1 900 codes d'erreur, ainsi que la réglementation relative à l'interprétation de la nomenclature, qui fait l'objet d'une procédure particulière en matière d'interprétation. Il faut encore ajouter que les organismes assureurs sont représentés au sein de la plupart des commissions et organes de gestion. L'orateur fait enfin observer que l'INAMI est favorable au développement d'outils génériques et standardisés pouvant être appliqués par tous les organismes assureurs. Le fait de fonctionner avec une plateforme unique ne peut en aucun cas être considéré comme une atteinte à leur autonomie. Il y a cinq ans, à l'initiative de l'INAMI, une analyse a été réalisée à cet égard. Celle-ci n'a pas reçu un accueil positif, bien que cela puisse être un moyen de maîtriser les dépenses en informatique.

De conclusies van deze studie luiden als volgt: “Uit de gevoerde gesprekken met diverse actoren is duidelijk naar voor gekomen dat het huidige systeem van nomenclatuur en facturatie zijn limieten bereikt. Niet iedereen is echter van mening dat een uniform tarificatieprogramma hier de beste oplossing is. Dit vooral te wijten aan de complexiteit van de huidige nomenclatuur en de moeilijke werking op het terrein bij de invoer van wijzigingen maar ook aan de impact voor en de rol van verschillende actoren zoals softwareleveranciers en verzekeringsinstellingen in een hertekend landschap. (...) Evenwel zou een gezamenlijk systeem de input kunnen vormen voor een synkronisatie van tarificatiesystemen.”

Opgemerkt moet worden dat door het RIZIV onder tussen partiële tools ter beschikking werden gesteld bijvoorbeeld in het kader van Hoofdstuk IV toepassingen.

Aansluitend bij het voorgaande is er de problematiek van de cartografie van de controles vermeld in punt 24 tot 26 van het Toekomstpact. Op 20 juni 2017 nam het RIZIV in het kader van een bespreking in de Commissie antifraude van het RIZIV kennis van de nota van het NIC in uitvoering van voornoemd Toekomstpact. Hierin wordt het volgende vermeld: “*Ce dossier constitue un descriptif général qui permet de comprendre les logiques de contrôles de fond suivis par les OA. Il n’entre pas dans ce dossier de fixer les moyens et l’organisation mis en place par chaque OA.*” Hieruit blijkt wel degelijk dat de verzekeringsinstellingen in kennis zijn van de uit te voeren controles. Evenwel wordt in de nota niet gerept over de aard van de a posteriori controles die op hun initiatief worden uitgevoerd hetzij individueel hetzij gezamenlijk (bijvoorbeeld in het kader van het Nationale college van adviserend geneesheren). Op basis van de beschikbare gegevens is het effect hiervan beperkt.

Transparantie van de affectatie van de administratiekosten

Het is noodzakelijk dat een onderscheid kan gemaakt worden tussen de kosten ten laste van de uitkeringsverzekering en ten laste van de verzekering geneeskundige verzorging. Tevens is het noodzakelijk – ook naar internationale vergelijkingen toe – een inzicht te bekomen in de personeelskosten, de klassieke werkingskosten, de informatica-uitgaven en de investeringen. Door de CDZ en het RIZIV werd een rapportering ontwikkeld die zulks vanaf 2018 mogelijk maakt. Evenwel is hier nog *finetuning* noodzakelijk.

Les conclusions de cette étude étaient formulées comme suit: “Il est clairement ressorti des entretiens menés avec les différents acteurs que le système actuel de nomenclature et de facturation a atteint ses limites. Tout le monde ne considère cependant pas qu’un programme de tarification uniforme constitue la meilleure solution en l’espèce. Cette réaction est surtout due à la complexité de la nomenclature actuelle et aux difficultés de fonctionnement sur le terrain lorsqu’il s’agit d’apporter des modifications, mais aussi à l’impact sur différents acteurs, comme les fournisseurs de logiciels, et au rôle de ceux-ci dans un paysage redessiné. (...) Un système commun pourrait toutefois être la base d’une synchronisation des systèmes de tarification.” (traduction)

Il convient d’observer que l’INAMI a aujourd’hui mis des outils partiels à disposition, par exemple dans le contexte des applications du Chapitre IV.

Le problème de la cartographie des contrôles mentionnés aux points 24 à 26 du Pacte d’avenir se situe dans le droit fil de ce qui précède. Le 20 juin 2017, dans le cadre d’une discussion menée au sein de la Commission anti-fraude créée à l’INAMI, l’INAMI a pris connaissance de la note du Collège intermutualiste national (CIN), établie en exécution du Pacte d’avenir susmentionné, indiquant ce qui suit: “Ce dossier constitue un descriptif général qui permet de comprendre les logiques de contrôles de fond suivis par les OA. Il n’entre pas dans ce dossier de fixer les moyens et l’organisation mis en place par chaque OA”. Il en ressort que les organismes assureurs ont bien connaissance des contrôles à effectuer. Toutefois, cette note n’évoque pas la nature des contrôles *a posteriori* effectués à leur initiative, à titre individuel ou conjointement (par exemple dans le cadre du Collège national des médecins-conseils). Compte tenu des données disponibles, l’impact est limité.

Transparence de l’affectation des frais d’administration

Il faut pouvoir distinguer les coûts imputés à l’assurance indemnités des coûts imputés à l’assurance soins de santé. Il convient aussi – également dans la perspective des comparaisons internationales – de disposer d’un relevé des frais de personnel, des frais de fonctionnement classiques, des dépenses dans le domaine de l’informatique et des investissements. L’OCM et l’INAMI ont mis au point un système de rapportage qui permettra d’en disposer à partir de 2018. Toutefois, certains ajustements seront encore nécessaires à cet égard.

Toegang tot de gegevens

Wat de toegang tot de gegevens betreft, benadrukt de spreker dat er niet zoiets bestaat als een “mammoet-database” die zonder enig probleem vlot consulteerbaar is. Het RIZIV heeft een onbelemmerde maar georganiseerde toegang tot de gegevens op het vlak van de gezondheidszorg in functie van de behoeften van de verschillende RIZIV diensten. Naast de toegang tot de gegevens door het RIZIV moeten de verzekeringsinstellingen via een reeks fluxen heel wat gegevens ter beschikking stellen.

Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan het systeem NewAttest dat een vlotte toegang door de RIZIV-medewerkers tot de integrale database bij het IMA mogelijk maakt. Daarnaast staat ook nog een steekproefdatabase met cohortegegevens ter beschikking die toelaat precieze simulaties te maken.

Vanuit het RIZIV wordt erop aangedrongen dat de gegevens sneller in de IMA-database kunnen worden geïntegreerd. Bovendien is het ook nodig dat een goed systeem van kwaliteitscontrole wordt opgezet door de verzekeringsinstellingen.

Bovendien is het niet meer dan logisch dat de controlediensten van het RIZIV die een externe auditfunctie uitvoeren maximaal inzicht zouden bekomen in de interne controleprocedures die door de verschillende verzekeringsinstellingen werden ontwikkeld alsook in de risicoanalyses die aan de grondslag liggen van hun controleacties. Ter zake moeten de bestaande belemmeringen worden weggewerkt.

Ten slotte moet door de verzekeringsinstellingen een goede rapportering worden ontwikkeld over hun uitgevoerde eerstelijnscontroles. In dit verband beveelt de spreker aan dat een jaarlijks verslag van hun controleacties aan de betrokken controlediensten zou worden overgemaakt. Dit laat niet alleen toe om beter risico's in te schatten maar ook om terug te koppelen naar de sectoren waar specifieke problemen worden vastgesteld.

b. Uiteenzetting van mevrouw Patricia Heidbreder

Mevrouw Patricia Heidbreder, directeur-generaal van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV, brengt eerst de belangrijkste taken van de DAC in herinnering:

— de werking van de verzekeringsinstellingen in het raam van de verplichte verzekering toetsen aan de wet, nagaan of de wetgeving eenvormig wordt toegepast

Accès aux données

En ce qui concerne l'accès aux données, l'orateur souligne qu'il n'existe pas de “banque de données mammoth” qui puisse être facilement consultée sans le moindre problème. L'INAMI dispose d'un accès illimité aux données sur les soins de santé mais organisé en fonction des besoins des différents services de l'INAMI. Outre l'accès aux données pour l'INAMI, les organismes assureurs doivent mettre un grand nombre de données à disposition au travers d'une série de flux.

Le système NewAttest, qui permettra au personnel de l'INAMI d'accéder facilement à l'intégralité de la base de données de l'Agence Intermutualiste (AIM), est actuellement en phase de finalisation. Par ailleurs, il existe également une base d'échantillonnage qui comporte des données de cohortes et permet d'effectuer des simulations précises.

De son côté, l'INAMI insiste pour que les données puissent être intégrées plus rapidement dans la base de données de l'AIM. Il serait également nécessaire que les organismes assureurs mettent au point un système performant en matière de contrôle de la qualité.

Il n'est par ailleurs que logique que les services de contrôle de l'INAMI exerçant une fonction d'audit externe puissent avoir une vision la plus claire possible des procédures de contrôle interne mises en œuvre par les différents organismes assureurs, ainsi que des analyses de risques qui sont à la base de leurs opérations de contrôle. Les obstacles qui existent en la matière doivent être levés.

Enfin, les organismes assureurs doivent élaborer une procédure de rapportage efficace des contrôles de première ligne qu'ils effectuent. À ce propos, l'orateur recommande aux organismes assureurs de remettre chaque année aux services de contrôle concernés un rapport portant sur leurs opérations de contrôle. Cela permettrait non seulement de mieux évaluer les risques, mais aussi d'envoyer un feedback aux secteurs où certains problèmes spécifiques sont constatés.

b. Exposé de Mme Patricia Heidbreder

Mme Patricia Heidbreder, directeur général du Service de contrôle administratif de l'INAMI, commence par rappeler les principales missions du SCA, à savoir:

- assurer un contrôle de la légalité sur le fonctionnement des organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire, veiller à l'application uniforme

en waarborgen dat de sociaal verzekerden een gelijke behandeling genieten;

— fraude door sociaal verzekerden tegengaan: fictieve aansluiting, fictieve domiciliëring, zwartwerk, niet-toegestane werkhervatting door arbeidsongeschikte werknemers, illegaal verblijf in het buitenland enzovoort;

— ervoor zorgen dat de sociaal verzekerden toegang hebben tot de verzekeringsprestaties: de gegevensstroom voor de toekenning van een verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur beheren, verzekerbaarheidsattesten afleveren bij problemen met de bijdragebonnen, erop toezien dat de werkgevers de inlichtingsbladen tijdig bezorgen opdat de arbeidsongeschikte werknemers kunnen worden vergoed.

Informatieoverdracht

Het Rekenhof onderstreept de noodzaak om te zorgen voor een transparante informatieverstrekking tussen de diensten. Overeenkomstig artikel 59 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen geldt voor de CDZ discretieplicht; die verplichting zou moeten worden bijgestuurd, omdat die de transparantie verhindert.

Concreet wenst de DAC jaarlijks van de CDZ de auditplannen van de verschillende verzekeringsinstellingen te ontvangen, om te kunnen nagaan welke thema's omtrent reglementering door de instellingen aan een eerstelijnscontrole werden onderworpen, en om die informatie te kunnen gebruiken bij de eigen thematische controles.

Tevens zou de DAC graag kunnen beschikken over de controleresultaten van de bedrijfsrevisoren aangaande de toepassing van de regelgeving inzake de verplichte verzekering.

De goede samenwerking tussen de DAC, de DGEC en de CDZ mag worden onderstreept, zeker als het erom gaat de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen te evalueren wat het variabele deel van de administratiekosten betreft (werkvergaderingen, informatie-uitwisseling enzovoort). Die samenwerking zal worden voortgezet en uitgediept.

Vereiste middelen voor een efficiënte controle

Het Rekenhof stelt met name vast dat de personele middelen fors werden ingeperkt.

De personele middelen van (meer specifiek) de DAC blijven op peil, maar de dienst heeft er wel meer

de la législation et garantir une égalité de traitement entre les assurés sociaux;

- lutter contre les fraudes des assurés sociaux: assujettissements fictifs, domiciles fictifs, travail au noir, reprises de travail non autorisées des personnes en incapacité de travail, séjours irréguliers à l'étranger, etc.; et

- veiller à l'accessibilité des assurés sociaux aux prestations de l'assurance: gérer des flux de données pour l'octroi de l'intervention majorée et du maximum à facturer, délivrer des attestations d'assurabilité en cas de problèmes dans les bons de cotisation, veiller à ce que les employeurs délivrent dans les délais les feuilles de renseignements permettant l'indemnisation des travailleurs en incapacité de travail.

Transfert des informations

La Cour des comptes relève la nécessité de garantir une information transparente entre les services et le devoir de discrétion incombant à l'OCM en vertu de l'article 59 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités qui constitue un obstacle à cette transparence et devrait être aménagé.

Concrètement, le SCA souhaite obtenir chaque année de l'OCM les plans d'audit des différents organismes assureurs pour identifier les thèmes réglementaires contrôlés en première ligne par les organismes assureurs et pouvoir les utiliser dans le cadre de ses propres contrôles thématiques.

Le SCA est aussi intéressé par la communication des résultats des contrôles réalisés par les réviseurs d'entreprise en lien avec l'application de la réglementation relative à l'assurance obligatoire.

Il convient de souligner la bonne collaboration entre le SCA, le SECM et l'OCM notamment dans le cadre du système d'évaluation des performances de gestion des organismes assureurs sur la partie variable des frais d'administration (réunions de travail, partage d'informations, etc.). Cette collaboration sera poursuivie et renforcée.

Moyens à mettre en œuvre pour la réalisation d'un contrôle efficient

La Cour des comptes constate notamment une restriction importante des moyens alloués en personnel.

Plus particulièrement, les moyens en personnel du SCA restent stables tandis que ses responsabilités

verantwoordelijkheden en taken bijgekregen: coördinatie van de totstandbrenging van een nieuw systeem ter evaluatie van de verzekeringsinstellingen, controle op de werkgevers wat de afgifte van de inlichtingsbladen betreft, uitbouw van de acties ter bestrijding van sociale fraude en samenwerking met de RVA.

De DAC heeft extra middelen gekregen, maar dan alleen om meer inspectiepersoneel in dienst te nemen voor de fraudebestrijding. Extra geld voor de controle op de verzekeringsinstellingen en de werkgevers kwam er echter niet.

Concreet zou de DAC middelen moeten krijgen om bijkomend inspectie- en administratief personeel in dienst te nemen, opdat de ziekenfondsen beter kunnen worden gecontroleerd. Ook is er nood aan een *data analyst* om de *datamatching*- en *datamining*technieken te kunnen verfijnen.

Organisatie van de controles

De DAC zal ingaan op de opmerkingen van het Rekenhof over de risicoanalyse en de selectie van de te controleren thema's. Daartoe zal de DAC:

- performante informaticamiddelen en digitale dossiers ter beschikking stellen van de inspecteurs;
- de inspecteurs toegang doen verschaffen tot de databanken van de verzekeringsinstellingen, zoals al het geval is voor de databanken en gegevensstromen van andere diensten van het RIZIV en voor NewAttest;
- blijven onderzoeken hoe de herhaalde fouten van de verzekeringsinstellingen ruimer kunnen worden onderzocht in het raam van themacontroles;
- feedbackprocedures en informatie-uitwisselingen met de verzekeringsinstellingen voort optimaliseren, teneinde de resultaten van de door de ziekenfondsen gevoerde eerstelijnscontroles in kaart te brengen;
- samen met de verzekeringsinstellingen in 2019 een stand van zaken van hun interne eerstelijnscontroles omtrent hun reglementering opstellen, en analyseren hoe die informatie kan worden geïntegreerd in de eigen controleprocessen;
- de detectieactiviteiten van de cel data-analyse, waarvan het Rekenhof de proactieve meerwaarde erkent, voort uitbouwen;
- en tot slot controles over dezelfde thema's herhalen, om na te gaan of de verzekeringsinstellingen de aanbevelingen opvolgen die systematisch door de

et missions se développent: coordination des travaux dans le cadre du nouveau système d'évaluation des organismes assureurs, contrôle des employeurs en matière de délivrance des feuilles de renseignements, développement des actions de lutte contre la fraude sociale et des collaborations avec l'ONEM.

Le SCA a reçu des moyens supplémentaires uniquement pour renforcer le personnel d'inspection dédié à la lutte contre la fraude, mais aucun crédit pour le contrôle des organismes assureurs et des employeurs.

Concrètement, le SCA devrait recevoir des moyens pour engager du personnel d'inspection et administratif supplémentaire pour développer le contrôle des mutualités et un *data analyst* pour affiner les techniques de *datamatching* et de *datamining*.

Organisation des contrôles

En réponse aux observations de la Cour sur l'analyse des risques et l'affinement de la sélection des thèmes à contrôler, le SCA:

- dotera les inspecteurs d'outils informatiques performants et de dossiers digitaux;
- veillera à l'accès des inspecteurs aux bases de données des organismes assureurs, comme c'est déjà le cas pour les bases et flux de données d'autres services de l'INAMI et pour NewAttest;
- poursuivra l'examen des erreurs récurrentes des organismes assureurs pour le choix des contrôles thématiques à mener à plus grande échelle;
- continuera de développer des procédures de feed-back et des échanges d'informations avec les organismes assureurs pour identifier les résultats des contrôles de première ligne réalisés par les mutualités;
- dressera avec les organismes assureurs, en 2019, un état des lieux de leurs contrôles internes "réglementaires" de première ligne et analysera la manière d'intégrer ces informations dans ses propres processus de contrôle;
- développera encore les activités de recherche de sa Cellule de data analyse, dont l'apport proactif est souligné par la Cour des comptes; et
- réitérera des contrôles sur les mêmes thèmes pour vérifier que les organismes assureurs suivent les recommandations qui leur sont systématiquement adressées

DAC worden meegedeeld in de eindrapporten met de bevindingen van de themacontroles. Daarin worden ook aanbevelingen opgenomen voor de beheersdiensten van de verplichte verzekering omtrent de vereenvoudiging van bepaalde aspecten van de reglementering, of tot de verduidelijking van die reglementering.

Gebruik van de sancties en de middelen voor de omkadering

Het Rekenhof stelt vast dat de bedragen van de aan de verzekeringsinstellingen opgelegde sancties laag zijn, alsook dat de waarschuwingen meer uithalen.

De DAC onderstreept het belang van de waarschuwingen, aangezien zij de verzekeringsinstellingen een termijn geven om de vastgestelde fouten weg te werken, hun procedures aan te passen en aldus de toepassing van de sanctie te voorkomen. Het gaat om een doeltreffend middel om te voorkomen dat fouten ingevolge een verkeerde informaticaprogrammering of een onjuiste interpretatie van de reglementering, zich blijven voordoen.

Sancties die meteen worden toegepast, zelfs waarbij een maar beperkte geldboete wordt opgelegd, blijven zinvol aangezien ze inbreuken in individuele dossiers bestraffen en de lokale ziekenfondsen responsabiliseren wat hun werkwijze betreft.

Er moet worden gewezen op het belang van het gebruik van het evaluatiesysteem van de verzekeringsinstellingen omtrent het variabele gedeelte van de administratiekosten, vooral dan vanwege de flexibiliteit. Het Rekenhof stelt vast dat de procedures werden opgestart om dit systeem te doen functioneren, met een “cel financiële responsabilisering” binnen de DAC om de werking van de diensten van het RIZIV te omkaderen, en een “interdienstenwerkgroep” (waarin ook een vertegenwoordiger van de CDZ zitting heeft). Tot slot heeft het RIZIV nieuwe domeinen in dit systeem opgenomen, wat een reële impact heeft gehad op de toekenning van het variabele gedeelte van de administratiekosten voor het eerste evaluatiejaar.

Er zal voor worden gezorgd dat meerdere evaluatiedomeinen worden geselecteerd, zoals bepaald bij het koninklijk besluit van 10 april 2014.

Voor proces 1 – “informatie van de verzekeringsinstellingen aan de verzekerden” – zullen steeds thema's worden gekozen die een preventieve impact hebben op de gezondheid en die de verzekerden informeren over hun rechten.

De informatie aan de verzekeringsinstellingen over de controles die zullen plaatsvinden tijdens het

par le SCA dans les rapports présentant les résultats des contrôles thématiques. Des recommandations sont également adressées aux services de gestion de l'assurance obligatoire relatives à la simplification de certains aspects de la réglementation ou à la clarification de celle-ci.

Utilisation des sanctions et des moyens d'encadrement

La Cour des comptes constate que le montant des sanctions aux organismes assureurs est peu élevé et que les avertissements s'avèrent plus pertinents.

Le SCA souligne l'intérêt des avertissements étant donné qu'ils donnent un délai aux organismes assureurs pour régulariser les manquements, adapter leurs procédures et ainsi éviter l'application de la sanction. Il s'agit d'un moyen efficace pour éviter la récurrence d'erreurs liées à une programmation informatique inadéquate ou une mauvaise interprétation des textes réglementaires.

Les sanctions applicables immédiatement, même d'un montant limité, conservent leur intérêt car elles sanctionnent des infractions dans des dossiers individuels et responsabilisent les mutualités locales dans leur mode de gestion.

Il y a lieu de souligner l'intérêt de l'utilisation du système d'évaluation des performances de gestion des organismes assureurs sur la partie variable des frais d'administration en raison notamment de sa flexibilité. La Cour des comptes constate que les procédures ont été mises en place pour faire fonctionner ce système: une cellule responsabilité financière créée au SCA pour encadrer les travaux des services de l'INAMI et un groupe de travail interservices dans lequel siège aussi un représentant de l'OCM. L'INAMI a inséré des nouveaux domaines dans ce système, ce qui a eu un réel impact sur l'attribution de la partie variable des frais d'administration pour la première année d'évaluation.

Une attention sera apportée pour sélectionner plusieurs domaines d'évaluation tels que définis dans l'arrêté royal du 10 avril 2014.

Pour le processus 1 “informations données par les organismes assureurs aux assurés”, des thèmes continueront à être choisis pour avoir un impact préventif sur la santé et informer les assurés de leurs droits.

La communication donnée aux organismes assureurs, sur les contrôles qui seront réalisés au cours de

evaluatiejaar werkt “preventief”: dit zet hen ertoe aan hun procedures te verbeteren vóór de controle, en maakt het hen mogelijk de beheersdiensten van de verplichte verzekering aan te spreken om duidelijke en uniforme interpretaties van de reglementering te verkrijgen.

Het RIZIV en de CDZ hebben samen met de verzekeringsinstellingen een eerste evaluatie van het nieuwe systeem gemaakt, ingevolge waarvan enkele voor verbetering vatbare punten konden worden aangewezen. Die evaluatie wordt herhaald eind 2019.

Met toepassing van het ontwerp van bestuursovereenkomst 2019-2021 voor het RIZIV zal de DAC tegen eind 2019 een rapport opstellen met de evaluatie van de domeinen die door de diensten van het RIZIV werd geselecteerd.

c. Uiteenzetting van de heer Philip Tavernier

De heer Philip Tavernier, waarnemend arts-directeur-generaal van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV, licht de opdrachten van de DGEC toe. Deze opdrachten staan beschreven in artikel 139 van de GvU-wet en hebben als doelstelling een impact te hebben op het voorschrijf- en aanrekeninggedrag van zorgverleners.

Om een coherent controlebeleid van de ziekteverzekering te voeren is vooreerst toegang tot kwalitatieve data belangrijk. Zoals reeds toegelicht door de heer Jo De Cock en mevrouw Patricia Heidbreder, werd er opvolging gegeven op het vlak van de toegang maar ook van de kwaliteit van de data, zowel in de bestuurs-overeenkomsten als in de handavingsplannen en in de VARAK.

Wat de controle betreft, meldt de spreker dat de verzekeringsinstellingen en de DGEC samenwerken: vóór de uitbetaling gebeurt de controle op het niveau van de verzekeringsinstellingen en is de controle geautomatiseerd; na de uitbetaling werken de verzekeringsinstellingen en de DGEC samen. Bepaalde samenwerkingen zijn voorzien in het handavingsplan 2018-2020, zoals bijvoorbeeld de meldpunt fraude en verspilling in de gezondheidszorg alsook de aanpak per type van ontvangen klacht. Daarnaast bestaan er ook concrete afspraken met de verzekeringsinstellingen, met de IMA of met het NIC rond de aanpak van ad-hocdossiers.

Het aantal meldingen van de verzekeringsinstellingen op het totale aantal meldingen bij de DGEC is zeer beperkt. Het ging in 2018 om 86 meldingen op een totaal van 1 164.

l'année d'évaluation a un effet préventif: cela les incite à améliorer leurs procédures avant le contrôle et permet d'interpeller les services de gestion de l'assurance obligatoire afin d'obtenir des interprétations claires et uniformes de la réglementation.

L'INAMI et l'OCM, en collaboration avec les organismes assureurs ont réalisé une première évaluation du nouveau système qui a abouti à certaines améliorations à apporter dans sa mise en œuvre. Cette évaluation sera réitérée fin 2019.

En application du contrat d'administration de l'INAMI 2019-2021 en préparation, le SCA réalisera également pour fin 2019 un rapport d'évaluation des domaines sélectionnés par les services de l'INAMI.

c. Exposé de M. Philip Tavernier

M. Philip Tavernier, médecin, directeur général ff. du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, présente les missions du SECM. Ces missions sont décrites à l'article 139 de la loi SSI et visent à avoir une incidence sur le comportement en matière de prescription et d'attestation de prestations des dispensateurs de soins.

Afin de mener une politique de contrôle cohérente de l'assurance maladie, il importe tout d'abord d'avoir accès à des données de qualité. Ainsi qu'il a déjà été indiqué par M. Jo De Cock et Mme Patricia Heidbreder, un suivi a été assuré tant en ce qui concerne l'accès aux données qu'en ce qui concerne la qualité de celles-ci, à la fois dans les conventions de gestion, les plans d'action et les FAV.

En ce qui concerne les contrôles, l'orateur indique que les organismes assureurs et le SECM collaborent: avant le paiement, le contrôle, automatisé, a lieu au niveau des organismes assureurs; après le paiement, les organismes assureurs et le SECM collaborent. Certaines collaborations sont prévues dans le plan d'action 2018-2020, telles que le point de contact “fraude et gaspillage” dans les soins de santé ainsi que l'approche par type de plainte reçue. D'autres accords concrets existent par ailleurs avec les organismes assureurs, avec l'IMA ou avec le CIN concernant l'approche de dossiers *ad hoc*.

Le nombre de signalements effectués par les organismes assureurs est très limité par rapport au nombre total de signalements enregistrés par le SECM. En 2018, il s'agissait de 86 signalements sur un total de 1 164.

Meldingen van de verzekeringsinstellingen en het Nationaal college van adviserend artsen leiden tot 10 % van de controleonderzoeken met een bedrag ten laste, met 5 % van het totale ten laste gelegde bedrag. Meldingen van verzekerden, zorgverleners en instellingen leiden daarentegen tot 12 % van de controleonderzoeken met een bedrag ten laste, met 9 % van het totale ten laste gelegde bedrag. Daarnaast moet ook worden vermeld dat de controleonderzoeken die tot een hoger bedrag ten laste leiden zijn degene die hun oorsprong vinden in een eigen analyse van de DGEC. De cijfers tonen ook aan de impact van de administratieve procedure na tenlastelegging daar het jaarlijkse bedrag dat aan het RIZIV wordt aangerekend door zorgverleners/fraudeurs significant daalt na een dergelijke procedure.

Wat het toezicht op de adviserend artsen betreft, verklaart de spreker dat het grootste takenpakket van de adviserend artsen arbeidsongeschiktheid betreft en opgevolgd is door de Dienst uitkeringen van het RIZIV. De DGEC is ook bevoegd om toezicht uit te oefenen op de activiteit van de adviserend artsen. Bijvoorbeeld staan in de VARAK 2019 twee projecten daarrond: de evaluatie van de contacten van de adviserend artsen in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid en de controle op de kwaliteit van de data arbeidsongeschiktheid (CIT 3.0). In de bestuursovereenkomst 2018-2020 staan eveneens zaken rond arbeidsongeschiktheid, zoals bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag of het opvolgen van bepaalde richtlijnen. De DGEC werkt ook mee aan de delegatie van taken in een context van dalend aantal adviserend artsen voor toenemende taken.

3. Uiteenzetting van de vertegenwoordiger van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De heer Xavier Brenez (Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen) geeft aan dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen het op prijs stellen door deze commissie te worden gehoord in verband met het rapport van het Rekenhof over de controle op de ziekenfondsen. In tegenstelling tot hoe het rapport over de financiële verantwoordelijkheid tot stand kwam, werden de ziekenfondsen niet bevraagd omtrent het ter bespreking voorliggende rapport over de controle op de ziekenfondsen. Dat ware nochtans wenselijk geweest, omdat de ziekenfondsen aldus toelichting en voorstellen hadden kunnen verstrekken over de wijze waarop ze thans worden gecontroleerd, te meer daar het Rekenhof in zijn rapport een standpunt inneemt over de werking

Les signalements effectués par les organismes assureurs et le Collège national des médecins-conseils mènent à 10 % des enquêtes de contrôle avec un montant à charge, représentant 5 % du montant indu global. En revanche, les signalements effectués par les assurés, les dispensateurs de soins et les établissements conduisent à 12 % des enquêtes de contrôle avec un montant à charge, représentant 9 % du montant indu global. Il y a également lieu de signaler que les enquêtes de contrôle débouchant sur un montant à charge plus important sont celles résultant d'une analyse réalisée par le SECM même. Les chiffres illustrent également l'impact d'une procédure administrative appliquée après l'imputation, étant donné que le montant annuel réclamé à l'INAMI par les dispensateurs de soins/fraudeurs baisse de manière significative après une telle procédure.

En ce qui concerne le contrôle des médecins-conseils, l'orateur indique que la majeure partie des tâches de ces médecins concerne l'incapacité de travail et que ces tâches sont suivies par le Service des indemnités de l'INAMI. Le SECM est également compétent pour superviser les activités des médecins-conseils. Par exemple, en ce qui concerne les frais d'administration variables pour 2019, deux projets sont prévus à cet égard: l'évaluation des contacts des médecins-conseils durant la période d'incapacité de travail primaire et le contrôle de la qualité des données concernant l'incapacité de travail (CIT 3.0). Le Contrat d'administration 2018-2020 vise également l'incapacité de travail, par exemple la prescription ou le suivi de certaines directives. Le SECM participe également à la délégation de tâches dans un contexte de diminution du nombre de médecins-conseils pour des tâches croissantes.

3. Exposé du représentant de l'Union Nationale des Mutualités Libres

M. Xavier Brenez (Union Nationale des Mutualités Libres) indique que les Mutualités Libres apprécient d'être entendues par la présente commission sur le rapport de la Cour des comptes relatif au contrôle des mutualités. Contrairement au rapport relatif à la responsabilisation financière, les mutualités n'ont pas été interrogées dans le cadre de ce rapport. Il aurait été souhaitable qu'elles soient entendues afin de permettre d'intégrer leur éclairage et leurs suggestions sur la manière dont elles sont actuellement contrôlées, d'autant plus que la Cour des comptes prend, dans son rapport, position sur le fonctionnement des mutualités. Cette démarche aurait permis de contextualiser et de nuancer certains constats afin d'éviter toute

van de ziekenfondsen. Bepaalde vaststellingen hadden in een bredere context kunnen worden geplaatst, met nuances, teneinde foute interpretaties van de door het Rekenhof aangevoerde aspecten te voorkomen.

a. Opmerkingen over de belangrijkste vaststellingen en aanbevelingen betreffende de verzekeringsinstellingen

— Transparantie omtrent de verrichte controles op de uitgaven

Overeenkomstig het Toekomstpact wenste het RIZIV te beschikken over de lijst van de *a priori* en *a posteriori* door de ziekenfondsen uitgevoerde controles. Via het rapport van het Rekenhof hebben de ziekenfondsen vernomen dat de door de verzekeringsinstellingen aangeleverde informatie te geaggregeerd en onbruikbaar was.

Wat de Onafhankelijke Ziekenfondsen betreft, bevatten de informaticasystemen alles samen 3 620 *a priori*-controles op de tarifieringsketen. Die controleregels kunnen op talrijke manieren worden gecombineerd en krijgen een nomenclatuurcode (15 415 codes). Bijgevolg levert een zoekopdracht in die database 204 592 controles op. Die worden aangevuld met *a posteriori*-controles in 14 domeinen waar een *a-priori*controle niet mogelijk is.

Er is zeker geen terughoudendheid om die informatie aan het RIZIV mee te delen. Gezien de vele data omtrent de controles is er volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen daarentegen wel nood aan afstemming met het RIZIV over de manier waarop die informatie ter beschikking wordt gesteld.

Voorts is het zinvol te wijzen op alle andere initiatieven met het oog op transparantie en op het verstrekken van informatie aan de controle-instanties.

— De verzekeringsinstellingen verstrekken meer dan 70 statistische modellen (geneeskundige verzorging en uitkeringen). Die gegevens worden geconsolideerd door de diensten van het RIZIV die aan *datamanagement* doen; diezelfde gegevens worden door de verzekeringsinstellingen ook nauwgezet gecontroleerd en in opvolgingsrapporten opgenomen.

— In 2018 werd NewAttest opgestart, een project waarbij de van alle verzekeringsinstellingen afkomstige gegevens omtrent geneeskundige verzorging beschikbaar worden gesteld via een geconsolideerde databank inzake gezondheidszorg.

— Voorts worden meerdere belangrijke thema's onderworpen aan intermutualistische *a posteriori*-controles met betrekking tot geconsolideerde

interpretation erronée des éléments avancés par la Cour des comptes.

a. Commentaires sur les principaux constats et recommandations relatives aux organismes assureurs

— Transparence sur les contrôles effectués en matière de dépenses

Conformément au Pacte d'avenir, l'INAMI a souhaité recevoir la liste des contrôles *a priori* et *a posteriori* effectués par les mutualités. Via le rapport de la Cour des comptes, les mutualités ont appris que l'information fournie par les organismes assureurs était trop agrégée et inutilisable.

En ce qui concerne les Mutualités Libres, les systèmes informatiques disposent d'une bibliothèque de 3 620 contrôles *a priori* dans la chaîne de tarification. Ces règles de contrôles peuvent faire l'objet de multiples combinaisons et sont associés à un code de nomenclature (15 415 codes). De cette manière, le moteur de règles fait référence à 204 592 contrôles. Ceux-ci sont complétés par des contrôles *a posteriori* dans 14 domaines où un contrôle *a priori* n'est pas possible.

Il n'y a aucune réticence à communiquer ces informations à l'INAMI. Par contre, vu le volume élevé de contrôles, nous souhaitons nous aligner avec l'INAMI sur les modalités de mise à disposition de ces informations.

Ceci étant dit, il est utile de mentionner toutes les autres initiatives de transparence et de transmission d'information aux autorités de contrôles:

— Les organismes assureurs transmettent plus de 70 modèles statistiques (soins de santé et indemnités). Ces données sont consolidées par les services Data management de l'INAMI et font l'objet d'un contrôle scrupuleux et de rapports de suivi par les organismes assureurs.

— Le projet NewAttest, qui vise la mise à disposition d'une base de données consolidée pour les soins de santé de tous les organismes assureurs des soins de santé, est disponible depuis 2018.

— Plusieurs thématiques importantes font par ailleurs l'objet de contrôles *a posteriori* de manière intermutualiste sur des données consolidées. Ils visent

gegevens. Die controles moeten gevallen van medische overconsumptie, wanpraktijken of fraude aan het licht brengen; die gevallen worden vervolgens aan het RIZIV gemeld met het oog op een grondige analyse en een onderzoek bij de zorgverstrekkers.

— In verband met de medische sector wordt de gedetailleerde informatie over de medische beslissingen uit het IDES-systeem bezorgd aan de inspectiedienst van het RIZIV. Daar vindt een steekproefsgewijze controle van de dossiers plaats, waarbij de artsen-inspecteurs de gegrondheid van de beslissingen van de adviserend artsen controleren.

— Wat tot slot het financiële aspect betreft, zijn de jaarrekeningen openbaar. Ook werd in het kader van het Toekomstpact voor het boekjaar 2018 overeengekomen dat inzake administratiekosten een gemeenschappelijke analytische boekhouding zou worden gevoerd.

— Toegang tot de informatie over de interne audit en de interne controle van de verzekeringsinstellingen

Thans worden de auditplannen gedeeld met de CDZ. Tevens werd inzage gevraagd van de interne auditverslagen van de verzekeringsinstellingen en van de werkdocumenten van de bedrijfsrevisoren. Daar is geen enkel bezwaar tegen.

Inzake de interne controle baseren de verzekeringsinstellingen zich op COSO (een internationaal referentiesysteem voor interne controle) en op een model met drie “verdedigingslijnen”: interne controle, risicomanagement en interne audit. Voor de sector van de ziekenfondsen gaat het overigens om vijf verdedigingslijnen, gezien de belangrijke rol van de bedrijfsrevisoren in de vierde lijn, en van de CDZ en het RIZIV in de vijfde lijn. De uitdaging blijft niettemin het waarborgen van een gemeenschappelijke, op een risicoanalyse gebaseerde visie op de prioriteiten en van een optimale coördinatie van de interne en externe actoren.

— Samenwerking tussen verzekeringsinstellingen

Het Rekenhof pleit voor een betere ICT-samenwerking tussen de verzekeringsinstellingen. Het is belangrijk erop te wijzen dat reeds talrijke projecten gezamenlijk werden verwezenlijkt via het intermutualistisch platform NIPPIN, dat de interacties tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers beheert (facturatie, uitwisseling van medisch-administratieve gegevens enzovoort). Er zijn tevens analyses aan de gang met het oog op het delen van toepassingen (bijvoorbeeld het berekenen van de verzekerbaarheid). Tot slot bestaan er al bilaterale samenwerkingsvormen, die nog worden uitgebreid.

à détecter des cas de surconsommation, de mauvaises pratiques ou de fraude qui sont transmis à l’INAMI pour analyse approfondie et enquête auprès des prestataires.

— Pour le secteur médical, les flux IDES reprenant le détail des décisions médicales sont transmis au service d’inspection de l’INAMI qui assure un échantillonnage des dossiers permettant aux médecins inspecteurs de vérifier le bien-fondé de la décision du médecin-conseil.

— En matière financière, les comptes annuels sont publics et une comptabilité analytique commune sur les frais d’administration a été convenue dans le cadre du Pacte d’avenir pour l’exercice 2018.

— Accès aux informations relatives à l’audit interne et au contrôle interne des organismes assureurs

A l’heure actuelle, les plans d’audit sont partagés avec l’OCM. Il a également été demandé de pouvoir avoir accès aux rapports d’audit interne des organismes assureurs et aux documents de travail des réviseurs d’entreprise, ce à quoi il n’y a aucune objection.

En matière de contrôle interne, les organismes assureurs se reposent sur le référentiel international de contrôle interne COSO et un modèle des 3 lignes de défense (contrôle interne, risk management, audit interne). On peut, d’ailleurs, parler pour le secteur mutualiste de 5 lignes de défense vu les rôles importants des réviseurs d’entreprise en quatrième ligne et de l’OCM et de l’INAMI en cinquième ligne. Le défi reste néanmoins de garantir une vision commune des priorités reposant sur une analyse de risques et d’assurer une coordination optimale des intervenants internes et externes.

— Collaboration entre organismes assureurs

La Cour des comptes recommande une meilleure collaboration entre organismes assureurs au niveau informatique. Il est important de rappeler que de nombreux projets sont déjà réalisés en collaboration au travers de la plateforme intermutualiste NIPPIN qui gère les interactions entre les organismes assureurs et les prestataires (facturation, échanges de données médico-administratives, etc.). Des analyses sont également en cours en vue de partager des applications telles que le calcul de l’assurabilité. Par ailleurs, des collaborations bilatérales existent déjà et sont en voie d’extension.

b. Bijkomende voorstellen

Om te kunnen ingaan op bepaalde vaststellingen van het Rekenhof en teneinde een optimaal beheer van de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te waarborgen, is het volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen belangrijk nadrukkelijk te wijzen op bepaalde prioriteiten.

— Het Toekomstpact implementeren: die overeenkomst voorziet in bepaalde acties die van wezenlijk belang zijn voor de goede werking van de verzekeringsinstellingen en voor de samenwerking met de controleinstanties (het kader voor de aanvullende verzekering, de rol van de adviserend arts, de consolidatie van de sector, het herzien van de financiële verantwoordelijkheid enzovoort).

— De verzekeringsinstellingen toegang bieden tot de gegevens (diagnoses, registers, toeslagen voor ambulante zorgverstrekkingen enzovoort), zodat ze de controles die voortvloeien uit hun taak als uitbetalingsinstelling kunnen uitvoeren.

— De digitaliseringsprojecten van de sector ten volle toepassen (het elektronisch attest voor verstrekte hulp, het doorsturen van informatie door de werkgevers, het elektronisch getuigschrift enzovoort). Door het gebruik van die digitale kanalen te verplichten, zal men kunnen beschikken over gestructureerde en kwalitatief betere informatie die ook sneller wordt aangeleverd, hetgeen automatische controles mogelijk maakt en kan voorkomen dat als gevolg van ontbrekende of foute informatie ten onrechte bedragen worden uitbetaald. In dat verband dringt de spreker er ook op aan dat bij de consulten steeds de eID wordt gelezen.

— De samenwerking tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen versterken, teneinde de regelgeving te verduidelijken en te vereenvoudigen, een kernvoorwaarde voor een eenvormige toepassing van de wetgeving en voor een doeltreffende controle. Voorts is het wenselijk samen te werken in domeinen met een risico van onaangepaste zorg, medische overconsumptie of fraude.

4. Uiteenzetting van de vertegenwoordiger van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten

De heer Geert Messiaen (Landsbond van Liberale Mutualiteiten) geeft aan dat de Landsbond van Liberale Mutualiteiten enigszins verrast was om het resultaat van de audit van het Rekenhof over de controle op de ziekenfondsen via de pers te moeten vernemen. Hij merkt op dat de pers daarenboven niet de essentie van de conclusies meegaf, zijnde een gebrek aan efficiëntie

b. Propositions complémentaires

Dans la perspective de répondre à certains constats de la Cour des comptes et d'assurer une gestion optimale des dépenses d'assurance maladie-invalidité, il nous paraît important d'insister sur certaines priorités:

— Mettre en œuvre le Pacte d'avenir: le pacte prévoit certaines actions essentielles pour le bon fonctionnement des organismes assureurs et la collaboration avec les autorités de contrôle (cadre pour l'assurance complémentaire, rôle du médecin-conseil, consolidation du secteur, révision de la responsabilisation financière, etc.).

— Permettre aux organismes assureurs d'avoir accès aux données (diagnostics, registres, suppléments pour les prestations ambulatoires, etc.) leur permettant d'exercer les contrôles liés à leur mission d'organisme payeur.

— Déployer complètement les projets de digitalisation du secteur (attestation de soins électronique, transmission des informations de la part des employeurs, certificat électronique, etc.). L'obligation d'utiliser ces circuits digitaux permettra d'avoir des informations structurées, de meilleure qualité et dans un délai plus rapide, permettant ainsi de réaliser des contrôles automatiques, d'éviter des indus suite à une information manquante ou erronée. Dans ce cadre, l'intervenant insiste également sur la généralisation de la lecture de la carte eID lors des consultations.

— Intensifier la collaboration entre l'INAMI et les organismes assureurs afin de clarifier et simplifier la réglementation, condition essentielle pour une application uniforme de la législation et un contrôle efficace. Par ailleurs, il est également souhaitable de travailler conjointement sur les domaines présentant des risques de soins inappropriés, de surconsommation ou de fraude.

4. Exposé du représentant de l'Union nationale des mutualités libérales

M. Geert Messiaen (Union nationale des mutualités libérales) indique que l'Union nationale des mutualités libérales a été quelque peu surprise de devoir prendre connaissance par voie de presse du résultat de l'audit de la Cour des comptes sur le contrôle des mutualités. Il observe que la presse n'a, en outre, pas communiqué l'essentiel de ses conclusions, à savoir le manque

in de controles door de controle-instanties van de ziekenfondsen, maar verwees vooral naar een gebrek aan transparantie door de mutualistische sector zelf.

Het NIC heeft bewust gekozen om niet via de media te reageren om negatieve stemmingmakerij te vermijden. Op 28 september 2018 werd dan ook een schrijven gericht aan de voorzitter van het Rekenhof met de vraag om een bijeenkomst. Bij schrijven van 5 december 2018 heeft het Rekenhof laten weten dat de ziekenfondsen niet tot haar eigenlijke controleperimeter behoren, zodat ze dus niet ingaat op het verzoek van de mutualistische sector.

a. Werkingsmiddelen

De verzekeringsinstellingen ontvangen voor hun werking een bedrag van iets meer dan 1 miljard euro. Dit moet gerelateerd worden aan het totaal beheerd budget van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zijnde ongeveer 35 miljard euro, wat een percentage van ongeveer 3 % betekent. Dit is beduidend minder dan het percentage werkingmiddelen bij de privéverzekeraars.

Bovendien is er in de periode 2015-2018 een structurele besparing van 120 miljoen euro opgelegd. Dit staat haaks op de stijgende werkdruk door toename van de regelgeving (complexer, nieuwe verplichtingen inzake overheidsopdrachten en GDPR) en sociaal-demografische ontwikkelingen.

Uit een vergelijking tussen de theoretische en de reële toegekende administratiekosten werd er voor de 5 verzekeringsinstellingen sinds 2005 volgens de parameterformule over een totaal van 13 dienstjaren liefst 257,7 miljoen euro te weinig uitgekeerd aan administratiekosten.

b. Informatie en transparantie

De heer Messiaen betwist dat de ziekenfondsen geen, onvoldoende of fragmentarisch informatie ter beschikking stelt. De verzekeringsinstellingen maken per jaar 9 financiële T-documenten aan het RIZIV over, waarvan 4 maandelijks en 5 jaarlijks. Zo betreft het document T2 het detail van de administratiekosten. Alle door het RIZIV en de CDZ gewenste informatie en documenten worden hen verstrekt.

De jaarrekening van het dienstjaar 2015 verplichte verzekering zou de eerste jaarrekening zijn die de ziekenfondsen moeten publiceren. Dit is nog niet gebeurd

d'efficacité des contrôles effectués par les instances de contrôle des mutualités, mais qu'elle a surtout souligné un manque de transparence de la part du secteur mutualiste lui-même.

Le CIN a délibérément choisi de ne pas réagir par l'intermédiaire des médias afin d'éviter toute polémique négative. Le 28 septembre 2018, une lettre a dès lors été adressée au président de la Cour des comptes pour lui demander de convoquer une réunion. Par lettre du 5 décembre 2018, la Cour des comptes a répondu que les mutualités ne relevaient pas de son périmètre de contrôle et qu'elle ne pouvait dès lors pas accéder à cette demande du secteur mutualiste.

a. Moyens de fonctionnement

Pour leur fonctionnement, les organismes assureurs reçoivent un montant d'un peu plus d'un milliard d'euros. Ce montant doit être mis en rapport avec le budget total de l'assurance maladie-invalidité, qui est d'environ 35 milliards d'euros, si bien qu'il en représente environ 3 %. Ce pourcentage de frais de fonctionnement est nettement inférieur à celui des assureurs privés.

De plus, au cours de la période 2015-2018, une économie structurelle de 120 millions d'euros a été imposée, ce qui va totalement à contre-courant de l'augmentation de la charge de travail engendrée par la prolifération de la réglementation (complexification, nouvelles obligations en matière de marchés publics et RGPD) et par les évolutions sur le plan sociodémographique.

Une comparaison entre les frais d'administration théoriquement et réellement octroyés révèle que depuis 2005, selon la formule des paramètres, le montant non perçu par les cinq organismes assureurs sur un total de 13 années de fonctionnement atteint pas moins de 257,7 millions d'euros.

b. Information et transparence

M. Messiaen conteste l'idée selon laquelle les mutualités ne donneraient pas d'informations ou de manière partielle ou insuffisante. Les organismes assureurs remettent chaque année à l'INAMI 9 "documents T" à caractère financier: quatre mensuels et cinq annuels. Le document T2 comporte un relevé détaillé des frais d'administration. Toutes les informations et tous les documents que souhaitent obtenir l'INAMI et l'OCM leurs sont transmis.

En principe, les comptes annuels de l'assurance obligatoire de l'exercice 2015 devaient être les premiers comptes annuels publiés par les mutualités. Si ce n'est

omdat de rekeningen 2015 verplichte verzekering tot op heden nog niet zijn afgesloten door het RIZIV, dus buiten de wil en de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Inzake de aanvullende verzekering daarentegen publiceren we reeds sinds de jaarrekening 2015 bij de Nationale Bank. De jaarrekeningen van de aanvullende verzekering geven een beeld van de administratiekosten en zijn toegankelijk voor alle burgers.

De ziekenfondsen zijn zeker niet tegen een analytische rapportering, wel integendeel, want overeenkomstig actieverbintenissen 46 en 47 van het Toekomstpact, betreffende het versterken van de financiële transparantie, zullen de verzekeringsinstellingen vanaf het dienstjaar 2018 een analytisch rapport met betrekking tot de administratiekosten afleveren. Te dien einde werd een werkgroep "Finance" opgericht binnen het NIC om tot een uniforme methodiek en rapportering te komen. De Landsbond van Liberale Mutualiteiten stelt ook administratieve en financiële informatie ter beschikking via zijn jaarverslag dat publiekelijk toegankelijk is voor de leden en alle instanties zowel op papier als via de website.

c. Controle

Naast het ter beschikking stellen van alle gevraagde informatie wordt de mutualistische sector ook grondig gecontroleerd door verschillende instanties en dit sedert tientallen jaren.

- De interne audit maakt jaarlijks zijn auditplan over aan de CDZ. Wat de eigen controles van de prestaties betreft, is de Landsbond van Liberale Mutualiteiten voorstander van a-prioricontroles, maar hier gelden soms restricties door problemen inzake informatica.

- De externe audit gebeurt door een door de CDZ erkende bedrijfsrevisor. Verder worden de controles van de jaarrekening verplichte verzekering en aanvullende verzekering uitgevoerd door deze bedrijfsrevisor.

- De CDZ controleert boekhoudkundig en juridisch-statutair.

- Het RIZIV controleert de toepassing van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen via haar Dienst voor administratieve controle (DAC) en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGECE).

toujours pas le cas à ce jour, c'est parce que l'INAMI n'a pas encore clôturé les comptes 2015 pour l'assurance obligatoire. Il s'agit d'un fait indépendant de la volonté des mutualités, qui ne peuvent donc en être tenues pour responsables. En ce qui concerne l'assurance complémentaire, en revanche, les mutualités déposent déjà leurs comptes annuels à la Banque Nationale depuis l'exercice 2015. Les comptes annuels de l'assurance complémentaire donnent une idée des frais d'administration et sont accessibles à tous les citoyens.

Les mutualités ne sont certainement pas opposées à un rapportage analytique, bien au contraire, étant donné qu'aux termes des actions-engagements 46 et 47 du Pacte d'avenir, qui concernent le renforcement de la transparence financière, les organismes assureurs fourniront, à compter de l'exercice 2018, un rapport analytique au sujet des frais d'administration. À cette fin, un groupe de travail "Finance" a été créé au sein du CIN afin d'élaborer une méthodologie et un rapportage uniformes. L'Union nationale des mutualités libérales met également des informations administratives et financières à disposition par le biais de son rapport annuel, accessible au public, tant aux membres qu'à toutes les instances, et tant sur papier que via le site internet.

c. Contrôle

Outre la mise à disposition de toutes les informations demandées, le secteur mutualiste est également contrôlé en profondeur par plusieurs instances, et ce, depuis des dizaines d'années.

- L'audit interne transmet annuellement son plan d'audit à l'OCM. En ce qui concerne les contrôles propres des prestations, l'Union des mutualités libérales est favorable à des contrôles *a priori* mais, en l'occurrence, des restrictions s'appliquent parfois en raison de problèmes informatiques.

- L'externe audit est réalisé par un réviseur d'entreprises désigné par l'OCM. En outre, les contrôles des comptes annuels relatifs à l'assurance obligatoire et à l'assurance complémentaire sont effectués par ce réviseur d'entreprises.

- L'OCM contrôle la comptabilité et l'aspect juridico-statutaire.

- L'INAMI contrôle l'application de l'assurance soins de santé et des allocations par l'intermédiaire de son Service du contrôle administratif (SCA) et de son Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

d. Responsabilisering

— Administratiekosten en responsabilisering

Inzake werkingskosten wordt 10 % van de toegekende administratiekosten voorwaardelijk toegekend, de zogenaamde variabele administratiekosten. Deze worden toegekend op basis van een aantal indicatoren waaraan moet voldaan worden om als goed werkend ziekenfonds beschouwd te worden. Dit variabel deel stijgt jaarlijks vanaf 2019 met 2,5 % om op 20 % te komen in 2022. Het beschikbare budget wordt dus meer en meer bepaald op basis van de kwaliteit van de werking en controle op de activiteiten.

— Van individuele naar collectieve verantwoordelijkheid in het stelsel gezondheidsuitgaven

De individuele verantwoordelijkheid betekent dat elke verzekeringsinstelling afzonderlijk verantwoordelijk wordt gesteld voor het verschil tussen het vastgelegde begrotingsdoelstelling en de reële uitgaven. De overschrijdingen die de verzekeringsinstellingen moeten dragen of het overschot dat zij ontvangen wordt geplafonneerd op 25 % van het totaal boni of mali.

Wat de uitgaven van het stelsel betreft, werd in het kader van het Toekomstpact (actieverbintenis 66) en als gevolg van de audit van het Rekenhof betreffende de collectieve verantwoordelijkheid, een intermutualistische werkgroep binnen het NIC opgericht om over te gaan naar een systeem van collectieve verantwoordelijkheid. De verzekeringsinstellingen worden dan allemaal samen verantwoordelijk. Het NIC heeft zijn conclusies aan de beleidscel van de minister voor Sociale Zaken en Volksgezondheid al overgemaakt op 8 februari 2018. Ook het RIZIV werd door het NIC aangeschreven op 22 juni 2018 met het voorstel om de modernisering van de financiële responsabilisering in het toekomstige beheerscontract op te nemen.

e. Conclusies

— Door de ondertekening van het Toekomstpact op 28 november 2016 en de talrijke actieverbintenissen in verband met transparantie en controle, bewijzen de verzekeringsinstellingen hun engagement tot een constructieve samenwerking met alle partners. Hierbij moet zeker worden bevestigd dat de verzekeringsinstellingen als partners in de gezondheidszorg en overeenkomstig het Toekomstpact, al hun taken met betrekking tot de actieverbintenissen hebben uitgevoerd en zullen blijven uitvoeren.

d. Responsabilisation

— Frais d'administration et responsabilisation

En ce qui concerne les frais de fonctionnement, 10 % des frais d'administration octroyés le sont sous conditions, il s'agit des frais d'administration variables. Ils sont alloués sur la base d'une série d'indicateurs auxquels il faut satisfaire pour être considéré comme une mutualité qui fonctionne correctement. Cette partie variable augmente annuellement de 2,5 % à partir de 2019 pour atteindre 20 % en 2022. Le budget disponible est donc de plus en plus déterminé sur la base de la qualité du fonctionnement et du contrôle des activités.

— De la responsabilité individuelle à la responsabilité collective dans le régime des dépenses de santé

La responsabilité individuelle implique que chaque organisme assureur est tenu individuellement responsable de la différence existant entre l'objectif budgétaire fixé et les dépenses réelles. Les dépassements à charge des organismes assureurs ou les excédents qu'ils perçoivent sont plafonnés à 25 % du montant total des bonis ou malis.

En ce qui concerne les dépenses du système, un groupe de travail intermutualiste a été créé au sein du CIN dans le cadre du Pacte d'avenir (action-engagement 66) et à la suite de l'audit de la Cour des comptes relatif à la responsabilité collective, le but étant de passer à un système de responsabilité collective et de faire assumer la responsabilité conjointement par les différents organismes assureurs. Le CIN a transmis ses conclusions à la cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique dès le 8 février 2018. Le CIN a par ailleurs contacté l'INAMI le 22 juin 2018 pour lui proposer d'inscrire la modernisation de la responsabilisation financière dans le futur contrat de gestion.

e. Conclusions

— En signant le Pacte d'avenir le 28 novembre 2016 et en marquant leur accord sur les nombreuses actions-engagements fixées en matière de transparence et de contrôle, les organismes assureurs ont prouvé leur volonté de s'investir en faveur d'une coopération constructive avec l'ensemble de leurs partenaires. Il convient de souligner à cet égard qu'en tant que partenaires dans le secteur des soins de santé et conformément au Pacte d'avenir, les organismes assureurs ont accompli et continueront à accomplir toutes les missions qui leur incombent dans le cadre des actions-engagements.

— De verzekeringsinstellingen gaan niet akkoord dat zij geen transparantie nastreven. Hoe transparant kunnen zij immers zijn als de rekeningen 2015 nog steeds niet zijn afgesloten door het RIZIV? Graag vernemen de verzekeringsinstellingen in welke concrete dossiers zij niet transparant zouden zijn.

— De verzekeringsinstellingen leveren aan het RIZIV en aan de CDZ de gevraagde informatie zodat er een volledige controle kan gebeuren van alle processen. Zij vervullen alle opdrachten binnen het ons ter beschikking gesteld wettelijk instrumentarium. Zij betreuren dat zij niet gehoord werden door het Rekenhof in dit dossier.

— De verzekeringsinstellingen wensen een uniforme werking door de controle-instanties (CDZ en RIZIV). Zij zijn dan ook blij dat op het Technisch Comité van de CDZ beslist werd om een werkgroep op te starten met een kleine delegatie revisoren en verzekeringsinstellingen onder de vorm van een stuurcomité voor de opvolging van de aanbevelingen door het Rekenhof.

— In elk geval onderschrijft de Landsbond van Liberale Mutualiteiten de verzekeringsinstellingen actieverbintenissen 55 en 56 van het Toekomstpact waarin alle verzekeringsinstellingen zich verbinden dat alle nieuwe ICT-projecten in uitvoering van opdrachten in de verplichte verzekering en in de context van eGezondheid maximaal gemeenschappelijk door de verzekeringsinstellingen worden ontwikkeld.

— Het overheidsbeleid moet, in samenspraak met het RIZIV en met de CDZ, aan de verzekeringsinstellingen instrumenten ter beschikking stellen voor de essentiële controles in de sectoren gezondheidszorgen en uitkeringen.

— Alle betrokken actoren, waaronder de ziekenfondsen, moeten onmiddellijk betrokken worden bij nieuwe audits inzake gezondheidszorgen en uitkeringen.

5. Uiteenzetting van de vertegenwoordiger van Solidaris – Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten

De heer Paul Callewaert (Solidaris – Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten) geeft aan dat de ziekenfondsen betreuren dat zij niet betrokken werden bij de doorlichting door het Rekenhof omtrent de controle op de ziekenfondsen, want hun inbreng zou het mogelijk hebben gemaakt de informatie en de conclusies van dat auditverslag te nuanceren.

— Les organismes assureurs réfutent l'assertion selon laquelle ils n'agiraient pas en toute transparence. En effet, qu'attend-on d'eux en termes de transparence quand on sait que l'INAMI n'a toujours pas clôturé les comptes 2015 ? Les organismes assureurs aimeraient savoir dans quels dossiers concrets ils feraient preuve d'un manque de transparence.

— Les organismes assureurs fournissent les informations demandées à l'INAMI et à l'OCM afin que tous les processus puissent être soumis à un contrôle complet. Ils remplissent toutes les missions dans le cadre des outils qui leur sont légalement mis à disposition. Ils regrettent ne pas avoir été entendus par la Cour des comptes dans ce dossier.

— Les organismes assureurs sont demandeurs d'une unité de fonctionnement des instances de contrôle (OCM et INAMI). Ils se félicitent dès lors de la décision prise au Comité technique de l'OCM de lancer un groupe de travail composé d'une délégation restreinte de réviseurs et d'organismes assureurs sous la forme d'un comité de direction pour le suivi des recommandations de la Cour des comptes.

— L'Union nationale des mutualités libérales souscrit en tout cas aux actions engagements 55 et 56 des organismes assureurs inscrites dans le Pacte d'avenir, par lesquelles tous les organismes assureurs s'engagent à ce que tous les nouveaux projets ICT en exécution des missions au sein de l'assurance soins de santé obligatoire et dans le contexte d'e-Santé soient développés au maximum conjointement.

— De concert avec l'INAMI et l'OCM, la politique publique doit fournir aux organismes assureurs des outils permettant d'exercer les contrôles essentiels dans les secteurs des soins de santé et des indemnités.

— Tous les acteurs concernés, dont les mutualités, doivent être d'emblée associés aux nouveaux audits en matière de soins de santé et d'indemnités.

5. Exposé du représentant de Solidaris – Union Nationale des Mutualités Socialistes

M. Paul Callewaert (Solidaris – Union Nationale des Mutualités Socialistes) indique que les mutualités déplorent de ne pas avoir été impliquées dans l'audit de la Cour de compte sur le contrôle des mutualités, car leur implication aurait permis de nuancer les informations et les conclusions de ce rapport d'audit.

In de eerste plaats meent de spreker dat de conclusies van het auditverslag niet langer echt actueel zijn, want er is vooruitgang ingevolge de verbintenissen die de ziekenfondsen in het kader van het Toekomstpact zijn aangegaan.

De heer Callewaert schaart zich achter het betoog van de heer Messiaen, waaruit blijkt dat de ziekenfondsen sterk worden gecontroleerd: er zijn fiscale, sociale en economische controles, de controles door de CDZ, de controles door de inspectiediensten van het RIZIV (DAC en DGEC), de controles door de externe revisoren, de controles door de verplichte interne controle- en doorlichtingssystemen, om nog maar te zwijgen van de periodieke controles die het Rekenhof uitvoert. Bovenop die controles komt nog een tweeledige responsabilisering inzake de uitgaven voor gezondheidszorg en inzake het variabele deel van de administratiekosten. De personen die stellen dat die controles niet volstaan, mogen volgens de spreker aanstippen welke elementen aan de bestaande controles ontsnappen.

De ziekenfondsen staan uiteraard open voor een verbetering van de bestaande regelingen.

Het cruciale aspect van het auditverslag heeft betrekking op het vermogen van de toezichthoudende instanties om controles uit te voeren. Om controles te kunnen verrichten, zijn gegevens nodig. De heer Callewaert herinnert eraan dat de verzekeringsinstellingen jaarlijks 91 modellen en statistieken afleveren, evenals diverse *ad-hoc*lijsten en -statistieken.

Daarnaast verstrekken de verzekeringsinstellingen, meer bepaald in het kader van het NewAttest-project, ook specifieke gegevensstromen over de verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede over de uitkeringsverzekering. Die gegevens verschaffen een heel volledige kijk op de situatie. Met betrekking tot de uitkeringsverzekering gaat het aldus om de gegevens over de situaties waarin iemand opnieuw deeltijds aan de slag gaat, om de gegevens betreffende de gevallen van arbeidsongeschiktheid, alsook om de gegevens aangaande de consulten, de klinische onderzoeken en de beslissingen. De spreker attendeert erop dat de aldus doorgespeelde gegevens nog niet worden geanonimiseerd. Aangezien het gaat om kiese gegevens die voor controledoeleinden worden doorgegeven, ware het volgens hem verkieslijk die gegevens te anonimiseren.

De heer Callewaert voegt eraan toe dat er vóór het NewAttest-project al veel controles bestonden. Zo werden er bij de socialistische ziekenfondsen in 9 jaar tijd, van 2010 tot 2019, 9 774 routineonderzoeken verricht op 709 299 626 datalijnen en 289 ad-hoconderzoeken op 550 578 363 datalijnen.

L'orateur estime tout d'abord que les avancées découlant des engagements endossés par les mutualités dans le cadre du Pacte d'avenir font que les conclusions du rapport d'audit ne sont plus entièrement d'actualité.

Il appuie la démonstration de M. Messiaen: les mutualités sont beaucoup contrôlées. Il s'agit des contrôles fiscaux, sociaux et économiques, des contrôles réalisés par l'OCM, de ceux des services de contrôles de l'INAMI (SCA et SECM), des contrôles des réviseurs externes, les contrôles réalisés par les systèmes obligatoires de contrôle interne et d'audit interne, sans parler des contrôles périodiques effectués par la Cour des comptes. A ces contrôles s'ajoute une double responsabilisation en ce qui concerne les dépenses en matière de soins de santé ainsi qu'en ce qui concerne la part variable des frais d'administration. L'intervenant invite les personnes qui estimerait que ces contrôles sont insuffisants à indiquer quels éléments ne sont pas couverts par les contrôles existants.

Les mutualités sont bien entendu ouvertes à améliorer les dispositifs existants.

Le point essentiel du rapport d'audit porte sur la capacité des instances de contrôles à effectuer des contrôles. Pour pouvoir réaliser des contrôles, des données sont nécessaires. M. Callewaert rappelle que les organismes assureurs livrent chaque année 91 modèles et statistiques ainsi que différentes listes et statistiques ad hoc.

Les organismes assureurs transmettent en outre des flux de données individuelles concernant l'assurance soins de santé, notamment dans le cadre du projet NewAttest, et concernant l'assurance indemnité. Ces données donnent une vue très complète de la situation. Ainsi, concernant l'assurance indemnité, il s'agit des données relatives aux reprises de travail à temps partiel, des données relatives aux incapacités de travail ainsi que celles concernant les consultations, les enquêtes cliniques et les décisions. L'intervenant attire l'attention sur le fait que les données ainsi transmises ne sont pas encore anonymisées. Ce dernier estime que s'agissant de données sensibles transmises à des fins de contrôle, il serait préférable qu'elles soient anonymisées.

M. Callewaert ajoute que, avant le projet NewAttest, il existait déjà de nombreux contrôles. Ainsi, au sein des mutualités socialistes, il y a eu en 9 ans, de 2010 à 2019, 9 774 enquêtes de routine réalisées portant sur 709 299 626 lignes de données, et 289 enquêtes ad hoc portant sur 550 578 363 lignes de données.

Het NewAttest-project is sinds mei 2018 operationeel en verleent rechtstreeks toegang tot de gedetailleerde gegevens over alle ontvangen of geregistreerde facturen. Bij NewAttest is de anonimiteit gegarandeerd omdat de gegevens versleuteld zijn. Er geldt één uitzondering op de rechtstreekse gegevenstoegang als het gaat om complexe aanvragen. Het is onjuist te stellen dat die uitzondering aantoonde dat de ziekenfondsen transparantie willen belemmeren. Het is louter de bedoeling het IMA de mogelijkheid te bieden uitleg te verstrekken over de manier waarop de door gespeelde gegevens werden vergaard en samengevoegd, om aldus de kwaliteit van de op grond van die gegevens opgestelde verslagen te waarborgen. Sinds mei 2018 hebben de verschillende RIZIV-diensten 76 aanvragen gedaan.

De heer Callewaert voegt daaraan toe dat de socialistische ziekenfondsen hun jaarrekeningen bij de Nationale Bank van België bekendmaken, behalve dan (tot voor kort) wat de verplichte verzekering aangaat. Als reactie op de kritiek maken de socialistische ziekenfondsen thans ook de voorlopige rekeningen van de verplichte verzekering bekend op hun webstek, ook al zijn die rekeningen nog niet definitief afgesloten gelet op de responsabiliseringsregeling.

Voorts voeren de ziekenfondsen zelf talrijke controles uit, die worden opgenomen in een voor alle verzekeringsinstellingen identieke groene brochure. Daarnaast hebben de ziekenfondsen in mei 2018 de intern bij de verzekeringsinstellingen verrichte controles in kaart gebracht (verzekeraarbaarheid, tegemoetkomingsvoorwaarden, tarieven, haalbaarheid en geldigheid van de verstrekte zorg). Er bestaan verticale én horizontale a priori-controles; er worden ook a posteriori-controles verricht. Naarmate er op informaticagebied vooruitgang wordt geboekt, kunnen almaar meer controles die vroeger a posteriori plaatsvonden, nu a priori worden uitgevoerd. Het gehele systeem wordt aangevuld met een kwaliteitscontrole door het RIZIV, op grond van de gegevens die het IMA bezorgt.

Bovendien vindt de spreker dat de responsabiliseringsregeling omtrent het variabele deel van de administratiekosten van de ziekenfondsen goed werkt, en dat die regeling motiverend en stimulerend is voor de kwaliteit van de dienstverlening. Het bewijs daarvan zijn de toenemende verliezen van de verzekeringsinstellingen en het gedaalde percentage foutieve gevallen als gevolg van de *datamatching* tussen de uitkeringen voor invaliditeit en de RSZ-gegevens.

Het IMA wordt voor 75 % gefinancierd door de verzekeringsinstellingen en voor 25 % door derden. De gegevens worden nooit gefactureerd. De anonimiteit van

Le projet NewAttest est, quant à lui, opérationnel depuis mai 2018 et permet un accès direct aux données détaillées de toutes les factures reçues ou enregistrées. Dans le cadre de NewAttest, l'anonymat est garanti car les données sont codées. Il existe une exception à l'accès direct aux données qui concerne les demandes complexes. Il est inexact d'affirmer que cette exception serait le reflet d'une volonté des mutualités de faire obstacle à la transparence. Il s'agit uniquement de permettre à l'IMA de donner des explications sur la manière dont les données transmises ont été collectées et agrégées afin de garantir la qualité des rapports établis sur la base de ces données. Depuis mai 2018, les différents services de l'INAMI ont procédé à 76 demandes.

M. Callewaert ajoute que les mutualités socialistes publient leurs comptes annuels auprès de la Banque nationale de Belgique, sauf, jusque récemment, en ce qui concerne l'assurance obligatoire. En réaction aux critiques, les mutualités socialistes publient à présent également les comptes provisoires de l'assurance obligatoire sur leur site web, alors même que ces comptes ne sont pas encore définitivement clôturés en tenant compte du mécanisme de responsabilisation.

Par ailleurs, les mutualités effectuent elles-mêmes de nombreux contrôles qui sont repris dans une brochure verte, laquelle est identique pour tous les organismes assureurs. Par ailleurs, en mai 2018, les mutualités ont fourni une cartographie des contrôles effectués au sein des organismes assureurs (assurabilité, conditions d'intervention, tarifs, praticabilité et validité des soins dispensés). Il existe des contrôles a priori tant verticaux qu'horizontaux. Il existe également des contrôles a posteriori. Au fur et à mesure des progrès réalisés sur le plan informatique, de plus en plus de contrôles qui étaient réalisés a posteriori peuvent être effectués a priori. L'ensemble du dispositif est complété par un contrôle de qualité par l'INAMI sur la base des données transmises par l'IMA.

L'intervenant estime en outre que le mécanisme de responsabilisation que constitue la part variable des frais d'administration des mutualités fonctionne bien et à un effet motivant et stimulant sur la qualité de services prestés. En témoignent l'augmentation des pertes des organismes assureurs et la diminution du pourcentage de cas erronés résultant du *datamatching* entre les indemnités d'invalidité et les données de l'ONSS.

L'IMA est financé à 75 % par les organismes assureurs et à 25 % par des tiers. Les données ne sont jamais facturées. L'anonymat des données est

de gegevens is eveneens gegarandeerd. Wel klopt het dat de *knowhow* die de verzekeringsinstellingen aan het IMA verschaffen in de vorm van de terbeschikkingstelling van personeel, in rekening wordt gebracht. Ook een aantal deelgegevens wordt ter beschikking gesteld van derden die een abonnement nemen.

Als gevolg van wat voorafgaat, wordt nu al uitvoering gegeven aan diverse verbintenissen die waren aangegaan in het raam van het Toekomstpact. De bekendmaking van de jaarrekeningen bij de Nationale Bank van België vindt dus daadwerkelijk plaats. Het voorstel voor een analytische boekhouding is besproken en ten uitvoer gelegd samen met de CDZ. De controles werden in kaart gebracht en bezorgd. Het NewAttest-project is operationeel. De gemeenschappelijke controles door middel van datamining hebben plaats via het NIC.

Volgens de heer Callewaert blijkt uit het bovenstaande dat de ziekenfondsen niet alleen blijf geven van transparantie door tal van gegevens beschikbaar te stellen, maar ook dat ze zijn onderworpen aan uitgebreide en grondige controles. Niettemin zijn de verzekeringsinstellingen zich ervan bewust dat elk systeem voor verbetering vatbaar is; zij staan derhalve open voor een verbetering van de bestaande controlesystemen, teneinde eventuele tekortkomingen weg te werken.

6. Uiteenzetting van het Nationaal Intermutualistisch College

De heer Jean Hermesse (Nationaal Intermutualistisch College) geeft aan dat de verzekeringsinstellingen nauwlettend gecontroleerde organisaties zijn. Zo moet bijvoorbeeld elke wijziging van hun statuut vooraf ter goedkeuring worden voorgelegd aan de CDZ. Die statuten moeten openbaar worden gemaakt.

De verzekeringsinstellingen vernamen via de media de publicatie van het auditverslag van het Rekenhof. Zij zijn nooit betrokken geweest bij de verschillende werkzaamheden die tot de opstelling van dat rapport hebben geleid; al evenmin werden zij gehoord over de verschillende daarin vervatte elementen. Na de publicatie van het rapport heeft het Nationaal Intermutualistisch College op 28 september 2018 het Rekenhof een brief gestuurd, met het verzoek elkaar te ontmoeten om het vraagstuk af te bakenen, te bepalen welke actieplannen nodig zijn en de erin vervatte prioriteiten vast te leggen. Bij brief van 5 december 2018 heeft het Rekenhof dat verzoek afgewezen.

Het auditverslag van het Rekenhof maakt gewag van de geringe vooruitgang van de werkzaamheden in verband met het Toekomstpact. De verzekeringsinstellingen zijn het met die vaststelling niet eens. Zij maken voluit werk

en outre garanti. Il est en revanche exact que le *know how* mis à disposition de l'IMA par les organismes assureurs sous la forme d'une mise à disposition de personnel est, quant à lui, facturé. Un certain nombre d'échantillons sont également mis à la disposition de tiers qui souscrivent un abonnement.

Il résulte de ce qui précède qu'un certain nombre d'engagements pris dans le cadre du Pacte d'avenir ont d'ores et déjà été mis en œuvre. Ainsi, la publication des comptes annuels auprès de la Banque nationale de Belgique est effective. La proposition de comptabilité analytique a été discutée et mise en œuvre avec l'OCM. La cartographie des contrôles a été fournie. Le projet NewAttest est opérationnel. Les contrôles communs par datamining ont lieu via le CIN.

M. Callewaert estime qu'il ressort de ce qui précède que, non seulement les mutualités font preuve de transparence en mettant de nombreuses données à disposition, mais qu'elles font en outre l'objet de contrôles larges et approfondis. Les organismes assureurs sont néanmoins conscients que tout système est perfectible et sont dès lors ouverts à améliorer les dispositifs de contrôle existants afin de remédier aux failles qui seraient éventuellement découvertes.

6. Exposé du représentant du Collège intermutualiste national

M. Jean Hermesse (Collège intermutualiste national) déclare que les organismes assureurs sont des organisations très contrôlées. A titre d'exemple, toute modification dans leur statut doit être soumise au préalable à l'OCM pour approbation. Ces statuts doivent être rendus publics.

Les organismes assureurs ont été informés par la presse de la publication du rapport d'audit de la Cour des comptes. Ils n'ont jamais été associés aux différents travaux ayant conduit à l'élaboration de ce rapport, ni entendus sur les différents éléments repris. Suite à la publication du rapport, le Collège intermutualiste national a adressé le 28 septembre 2018 un courrier à la Cour des comptes demandant un moment de rencontre leur permettant de mieux cerner la problématique, de fixer les plans d'action à mettre en place et d'en déterminer les priorités. Par courrier du 5 décembre 2018, la Cour des comptes a répondu de manière négative à cette demande.

Le rapport d'audit de la Cour des comptes mentionne le peu d'avancement des travaux relatifs au Pacte d'avenir. Les organismes assureurs ne partagent pas ce constat. Ils sont investis pleinement dans la mise en

van de tenuitvoerlegging van dat Pact. Zij hebben talrijke intermutualistische werkgroepen opgericht. Zij hebben veel voorstellen bezorgd aan de beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid alsook aan de betrokken administraties.

a. De informatieverstrekking

Jaarlijks worden ongeveer 80 boekhoudkundige en statistische modellen bezorgd aan het RIZIV (bijvoorbeeld de uitbetaling van de uitkeringen, de door de verzekeringsinstellingen verrichte terugvorderingen enzovoort). Die modellen bevatten alle door het RIZIV gevraagde gegevens voor alle sectoren van de verplichte verzekering.

In verband met de toegang van de RIZIV-diensten tot de gegevens van de verzekeringsinstellingen, hebben die instellingen aanvaard om al hun tarifierings- en uitgavengegevens op één plaats samen te brengen (het NewAttest-project) en ze ter beschikking te stellen van het RIZIV. Die gegevens zijn voor de verschillende RIZIV-diensten elektronisch toegankelijk, volgens bij wet vastgelegde regels.

Gemeenschappelijke a posteriori-controles worden uitgevoerd door de intermutualistische commissie Datamining, die ook deelneemt aan de RIZIV-werkzaamheden in verband met fraudebestrijding.

De verzekeringsinstellingen hebben ermee ingestemd om hun jaarrekeningen bij de Nationale Bank van België bekend te maken. De statuten van de ziekenfondsen worden gepubliceerd op de websites van de verzekeringsinstellingen.

Sinds het boekjaar 2018 is een analytische rapportering per kostenstructuur opgezet, die begin 2019 uitwerking zal krijgen bij de boekhoudkundige afsluiting.

b. De toegang tot de bij de verzekeringsinstellingen beschikbare informatie

Aangaande de controles die de verschillende verzekeringsinstellingen op de gezondheidszorg-verstrekkingen uitvoeren, herinnert de spreker eraan dat die instellingen elke dag meer dan 2 000 000 uitgavenlijnen verwerken en controleren. Zij doen dat uitgaande van de door het RIZIV opgestelde nomenclatuur met meer dan 10 000 nomenclatuurcodes, en van eveneens door het RIZIV uitgewerkte instructies. Zulks vertegenwoordigt duizenden controles op die verschillende verstrekkingen, niet alleen op grond van de rechten van de verzekerden, van de nomenclatuur en van de desbetreffende interpretatieregels, maar evenzeer van de betrokken zorgverlener. Daarenboven dient te worden

œuvre de ce pacte. Ils ont créé de nombreux groupes de travail intermutualistes. Ils ont transmis de nombreuses propositions à la cellule stratégique du cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et aux administrations impliquées.

a. La transmission d'information

Environ 80 modèles comptables et statistiques sont transmis annuellement à l'INAMI (ex.: paiement des indemnités, récupérations effectuées par les organismes assureurs, etc.). Ils reprennent toutes les informations demandées par l'INAMI pour tous les secteurs de l'assurance obligatoire.

En ce qui concerne l'accès par les services de l'INAMI aux données des organismes assureurs, les organismes assureurs ont accepté de rassembler l'ensemble de leurs données de tarification et de dépenses en un endroit (projet NewAttest) et les mettent à disposition de l'INAMI. Ces données sont accessibles, de manière électronique, aux différents services de l'INAMI selon des règles qui ont été fixées dans la loi.

Des contrôles a posteriori communs sont réalisés par la commission intermutualiste "data mining" qui participe également aux travaux de l'INAMI en matière de lutte contre la fraude.

Les organismes assureurs ont marqué leur accord sur la publication de leurs comptes annuels auprès de la Banque nationale de Belgique. Les statuts des mutualités sont publiés sur les sites web des organismes assureurs.

Depuis l'année comptable 2018, un rapportage analytique par structure de coût a été mis en place et produira ses effets début 2019 lors de la clôture comptable.

b. L'accès aux informations disponibles au sein des organismes assureurs

En ce qui concerne les contrôles réalisés par les différents organismes assureurs sur les prestations soins de santé, l'orateur rappelle que les organismes assureurs traitent et vérifient chaque jour plus de 2 000 000 de lignes de dépenses sur base d'une part de la nomenclature rédigée par l'INAMI concernant plus de 10 000 codes de nomenclature et d'autre part sur la base d'instructions rédigées également par l'INAMI. Cela représente des milliers de contrôle sur ces différentes prestations en fonction des droits des assurés, de la nomenclature et de ses règles interprétatives ainsi que du prestataire concerné. Il convient également de noter que ces matières sont en permanente

opgemerkt dat die materies voortdurend evolueren (geneeskundige ontwikkelingen, aanpassingen ingevolge de Overeenkomstencommissies, bijgestuurde procedures, digitalisering via *e-Health*, grootschalige hervormingen zoals de Zesde Staatshervorming). Een en ander vereist van de verzekeringsinstellingen voortdurend het vermogen aanpassingen door te voeren; soms moet dat gebeuren binnen heel krappe termijnen. Gelet op die volumes zijn de verzekeringsinstellingen genoodzaakt geweest veel controles te informatiseren; bijgevolg kunnen zij dan ook stellen dat zij voorrang geven aan de a priori-controles.

Uit het bovenstaande vloeit voort dat de controles op de gezondheidszorgverstrekkingen een feit zijn en dat daaraan in de loop der jaren uitvoering is gegeven door de verzekeringsinstellingen. Een exhaustief overzicht verstrekken van al die door de verzekeringsinstellingen uitgevoerde controles vertegenwoordigt een titanenwerk, dat moet worden verricht parallel met nieuwe belangrijke bijstellingen die te maken hebben met verscheidene onderdelen van de nomenclatuur. Toch willen de verzekeringsinstellingen daar hun medewerking aan verlenen. Niettemin is het wenselijk om voor die aanpak een werkwijze vast te leggen, want anders zouden de “leveringstermijnen” heel lang kunnen uitvallen, waardoor het controlesysteem maar weinig meerwaarde krijgt.

Het IMA heeft zijn Commissie Gezondheidszorg gevraagd een dossier over dit thema voor te bereiden in samenwerking met de diensten van het RIZIV.

Aangaande de toegang tot de informatie van de auditdiensten van de verzekeringsinstellingen en van de interne-controlediensten, hebben de verzekeringsinstellingen in het licht van deze verbintenissen van het Toekomstpact een eerste nota over het auditcomité, het risicocomité, de structuur van de organisatie en de interne controle bezorgd aan de beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de CDZ. Eens te meer zijn de verzekeringsinstellingen bereid op constructieve wijze de nodige informatie uit te wisselen met de controlediensten van de CDZ en het RIZIV.

Om hun controletaak ten volle te kunnen uitoefenen, moeten de verzekeringsinstellingen toegang kunnen hebben tot de gegevens die ze daartoe nodig hebben (diagnoses, toegang tot bepaalde registers enzovoort). De verzekeringsinstellingen hebben de diensten van het RIZIV en de beleidscel meermaals aangeschreven om toegang tot die gegevens te krijgen.

évolution (évolutions médicales, adaptations suite aux commissions de convention, modifications de procédures, digitalisation au travers de *e-health*, grands chantiers comme la sixième réforme de l'État) et nécessitent des capacités d'adaptation permanentes et parfois dans des délais très courts des organismes assureurs. Face à ces volumes, les organismes assureurs ont été dans l'obligation d'informatiser de nombreux contrôles ce qui leur permet d'affirmer qu'ils privilégient les contrôles a priori.

Il découle de ce qui précède que les contrôles sur les prestations de soins de santé existent et qu'ils ont été mis en œuvre par les organismes assureurs au fil des années. Fournir un relevé exhaustif de tous les contrôles réalisés par les organismes assureurs représente un travail gigantesque à mener en parallèle avec de nouvelles adaptations importantes touchant plusieurs volets de la nomenclature. Les organismes assureurs veulent toutefois s'inscrire de manière volontaire dans cet exercice. Il convient toutefois de fixer une méthodologie d'approche de cet exercice sous peine de rencontrer des délais de livraison très longs et n'apportant que peu de plus-value au système de contrôle.

Le CIN a demandé à sa commission soins de santé de préparer un dossier sur ce thème en collaboration avec les services de l'INAMI.

En ce qui concerne l'accès aux informations des services d'audit des organismes assureurs et des services de contrôle interne, les organismes assureurs ont, dans le cadre de cet engagement du Pacte d'avenir, transmis à la cellule stratégique du cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à l'OCM une première note relative au comité audit et au comité des risques, à la structure de l'organisation et du contrôle interne. De nouveau, les organismes assureurs sont prêts, dans une démarche constructive à échanger les informations nécessaires avec les services de contrôle de l'OCM et de l'INAMI.

Pour pouvoir réaliser pleinement leur mission de contrôle, les organismes assureurs doivent pouvoir accéder aux données nécessaires à la réalisation de ceux-ci (diagnostics, accès à certains registres, etc.). Les organismes assureurs ont transmis plusieurs courriers à l'attention des services de l'INAMI et de la cellule stratégique du cabinet en vue d'obtenir l'autorisation d'accès à ces données.

Doordat er zowel elektronisch als met “papier” wordt gewerkt, moeten de verzekeringsinstellingen verschillende circuits in stand houden voor het verwerken van de informatie, hetgeen veel geld kost. De verzekeringsinstellingen willen dat uiterste data worden afgesproken voor een veralgemeend gebruik van de elektronische circuits. Aldus kunnen ook mogelijke frauderisico's worden voorkomen.

c. De evaluatie van de beheersprestaties

Het nieuwe systeem werd in 2016 voor het eerst toegepast en werd eind 2017 door de verzekeringsinstellingen aan een eerste evaluatie onderworpen. De resultaten van die evaluatie werden meegedeeld aan de CDZ en het RIZIV. Gezamenlijke vergaderingen van de CDZ, het RIZIV en de verzekeringsinstellingen mondden uit in een gemeenschappelijk verslag dat eind 2018 door de deelnemers werd goedgekeurd. Dat rapport biedt een antwoord op meerdere aspecten die aan bod kwamen in de door het Rekenhof verrichte audit.

In zijn rapport toont het Rekenhof zich verbaasd over de hoge bedragen omtrent de vastgestelde fouten. Er dient op te worden gewezen dat het bij meerdere controles zo is dat de te controleren gevallen niet lukraak worden gekozen, maar op basis van een gerichte preselectie van de verdachte gevallen. In verhouding tot het aantal verdachte gevallen kan het aantal fouten inderdaad hoog lijken, maar ten opzichte van de totale populatie is het aantal fouten in werkelijkheid heel laag.

d. Conclusies

De verzekeringsinstellingen zijn van oordeel dat een doeltreffend en performant controlesysteem noodzakelijk en onontbeerlijk is om de uniformiteit te waarborgen van de procedures die binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering van toepassing zijn. Het vormt bovendien de schakel die een voortdurende verbetering van de werking van de verzekeringsinstellingen mogelijk maakt.

De verzekeringsinstellingen hebben goed kennis genomen van de aanbevelingen in de audit van het Rekenhof. De verzekeringsinstellingen zijn bereid om constructief mee te werken aan de voortdurende verbetering van de controleactiviteiten.

De verzekeringsinstellingen willen een positieve rol spelen bij de verwezenlijking van de aanbevelingen en staan open voor elk contact met de betrokken controlediensten met het oog op het vastleggen van de lijst met de te ondernemen acties, en het uitwerken van een werkwijze en een lijst met taken die elke belanghebbende partij toekomen.

La coexistence de circuits électroniques et de circuits “papier” oblige les organismes assureurs à maintenir des circuits différents de traitement de l'information ce qui nécessite des coûts de maintenance élevés. Les organismes assureurs souhaitent que des dates ultimes de généralisation des circuits électroniques soient fixées. Cela permettra également d'éviter les risques potentiels de fraude.

c. L'évaluation des prestations de gestion

Le nouveau système a été mis en œuvre pour la première fois en 2016. Fin 2017, les organismes assureurs ont réalisé une première évaluation de ce système. Cette évaluation a été transmise à l'OCM et à l'INAMI. Des réunions conjointes ont été organisées entre l'OCM, l'INAMI et les organismes assureurs qui ont donné lieu à un rapport commun approuvé par les participants fin 2018. Ce rapport répond à plusieurs points mentionnés dans l'audit réalisé par la Cour des comptes.

Le rapport de la Cour des comptes s'étonne des montants importants d'erreurs détectées. Il convient de mentionner que pour plusieurs contrôles, la pré-sélection des cas à contrôler n'est pas réalisée au hasard mais cible des cas suspects. Si on rapporte le nombre d'erreurs par rapport au nombre de cas suspects, le nombre d'erreur peut paraître élevé mais si on le rapporte à la population totale le nombre d'erreurs est en réalité très faible.

d. Conclusions

Les organismes assureurs estiment qu'un système de contrôle efficient et performant est nécessaire et indispensable pour assurer l'uniformité dans les procédures mises en œuvre au sein de l'assurance maladie invalidité. De plus, il est le chaînon qui permet une amélioration continue du fonctionnement des organismes assureurs.

Les organismes assureurs ont bien pris connaissance des recommandations de l'audit de la Cour des comptes. Les organismes assureurs sont prêts à collaborer de façon constructive à l'amélioration continue des activités de contrôle.

Ils souhaitent s'inscrire positivement dans la mise en œuvre de ces recommandations et sont ouverts à tout contact avec les services de contrôle concernés en vue de déterminer la liste des actions à mettre en œuvre, la mise en place d'une méthode de travail et la liste des tâches incombant à chaque partie prenante.

B. Bespreking

1. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) stipt aan dat vertegenwoordigers van het Rekenhof in de hoorzitting van 23 januari 2019 verschillende problemen met betrekking tot de controle van de ziekenfondsen hebben aangekaart. Raadsheer Rudi Moens stelde dat het informatiegebrek bij het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) het grootste pijnpunt is. Door over meer informatie met betrekking tot die controles te kunnen beschikken, zouden de CDZ en het RIZIV op een meer gerichte wijze kunnen controleren. Het RIZIV en de CDZ moeten meer inzicht krijgen in de interne controles die de ziekenfondsen zelf uitvoeren en data over verrichtingen dienen zo laagdrempelig mogelijk te worden aangeleverd aan het RIZIV.

Er werd vooropgesteld dat het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), een associatie van de ziekenfondsen, in uitvoering van het toekomstpact een cartografie zou opmaken van de verschillende interne controles die binnen de ziekenfondsen en de landsbonden bestaan. Op die manier zou het RIZIV alvast kunnen beschikken over enkele basisgegevens met betrekking tot de interne controles en audits van de ziekenfondsen. Het Rekenhof meldt echter dat de cartografie die het NIC aanleverde voor het RIZIV volstrekt onbruikbaar is, met name omdat zij niet gedetailleerd genoeg is over de werkelijk uitgevoerde controles. Het Rekenhof verduidelijkt vorige week nog dat enkele essentiële elementen nog moeten worden onderzocht. Welke gegevens wenst het Rekenhof van de ziekenfondsen nog te ontvangen? Waarom zorgen de ziekenfondsen niet voor volledige transparantie? Zullen de ziekenfondsen alsnog een duidelijke cartografie van hun interne controles opstellen? Zo neen, waarom weigeren zij om dat te doen?

Naast beperkte informatie over de interne controles van de ziekenfondsen hebben de controlediensten van het RIZIV in veel gevallen ook moeilijk toegang tot administratieve en medische gegevens van verzekerden die voor hun controles noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld aard, datum, plaats en kostprijs van een gefactureerde behandeling of leeftijd, geslacht en gezinstoestand van de patiënt). Sinds kort bestaat daarvoor wel het gegevensplatform *New Attest*. De tarificatie en aanrekeningen van de verplichte ziekteverzekering worden via *New Attest* ter beschikking gesteld van de federale gezondheidsadministraties, zoals het RIZIV, op een door het Intermutualistisch Agentschap (IMA) gestandaardiseerde wijze. Maar het IMA (dus eigenlijk de ziekenfondsen) behoudt wel de controle over de gegevens: het RIZIV heeft geen rechtstreekse toegang en moet een aanvraag indienen bij het IMA om informatie

B. Discussion

1. Questions et observations des membres

Mme Valerie Van Peel (N-VA) souligne qu'au cours de l'audition du 23 janvier 2019, les représentants de la Cour des comptes ont soulevé différents problèmes concernant le contrôle des mutualités. Le conseiller Rudi Moens a indiqué que le problème principal réside dans le fait que l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités (OCM) ne disposent pas de suffisamment d'informations en la matière. S'il en était autrement, l'OCM et l'INAMI pourraient effectuer des contrôles plus ciblés. L'INAMI et l'OCM devraient être mieux informés des contrôles internes exercés par les mutualités elles-mêmes. La communication à l'INAMI des données relatives aux opérations devrait par ailleurs se faire de façon aussi fluide que possible.

Il avait été proposé que le Collège Intermutualiste National (CIN), une association de mutualités, cartographie en application du pacte d'avenir les différents contrôles internes effectués au sein des mutualités ou des unions nationales. De cette manière, l'INAMI aurait déjà pu disposer de quelques données de base concernant les contrôles internes et les audits des mutualités. La Cour des comptes signale toutefois que la cartographie fournie par le CIN à l'INAMI est totalement inutilisable, parce qu'elle n'est pas suffisamment détaillée quant aux contrôles qui ont réellement eu lieu. La Cour des comptes a précisé la semaine passée que plusieurs éléments essentiels doivent encore être examinés. Quelles sont les informations qu'elle souhaite encore recevoir des mutualités? Pourquoi ces dernières ne travaillent-elles pas en toute transparence? Les mutualités vont-elles encore réaliser une cartographie claire de leurs contrôles internes? Dans la négative, pourquoi refusent-elles de le faire?

Non seulement les informations concernant les contrôles internes des mutualités sont limitées, mais les services de contrôle de l'INAMI ont souvent difficilement accès aux données administratives et médicales des assurés qui leur sont nécessaires pour réaliser un contrôle (par exemple: nature, date, lieu et coût d'un traitement facturé ou âge, sexe et situation familiale du patient). La plateforme de données *New Attest* a toutefois été créée il y a peu à cet effet. La tarification et les imputations de l'assurance maladie obligatoire sont mises à la disposition des administrations fédérales de santé comme l'INAMI par le biais de *New Attest*, selon une procédure standardisée élaborée par l'Agence intermutualiste (AIM). Mais l'AIM (c'est-à-dire les mutualités) garde le contrôle de ces données: l'INAMI n'y a pas directement accès. Il doit donc introduire une demande d'information à l'AIM. La Cour des comptes

te krijgen. Het Rekenhof uit kritiek op de nog steeds onrechtstreekse toegang tot deze gegevens voor onder meer het RIZIV: “hier [wordt] mogelijk een belangrijke opportuniteit gemist om via een permanente toegang tot de volledige data een regulier performant controle- en monitoringsysteem in het leven te roepen dat op continue wijze mogelijke anomalieën in de reglementering en/of controles van de ziekenfondsen, alsook misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden, kan detecteren.” (p. 30). Het lijkt evident dat niet de ziekenfondsen, maar de overheid, die verantwoordelijk is voor de financiering van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid, eigenaar zou moeten zijn van al die gegevens.

Het Rekenhof merkt op dat werk zou worden gemaakt van concrete verbeteringen om de gegevens van het IMA sneller ter beschikking te stellen van het RIZIV. Kunnen de ziekenfondsen meer uitleg geven over welke vorm die verbeteringen concreet aannemen? Waarom is het behoud van die omweg via het IMA noodzakelijk voor de ziekenfondsen? Volgens welke logica kan verantwoord worden dat persoonsgegevens afgeschermd worden van neutrale overheidsdiensten, maar wel rechtstreeks toegankelijk zijn voor gepolitiseerde en verzuilde ziekenfondsen?

Het Rekenhof pleit voor “een permanente toegang tot de volledige data” voor het RIZIV. Is het RIZIV zelf ook voorstander van een volledige en rechtstreekse toegang voor de controlediensten van het RIZIV tot gegevens over verrichtingen, zonder tussenkomst van het IMA? In het rapport wordt ook gewezen op personeelstekorten bij de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC). Zou een rechtstreekse toegang tot de gegevens die vandaag via *New Attest* aan de controlediensten van het RIZIV worden doorgegeven kunnen leiden tot een efficiëntere personeelsinzet bij de DGEC en de Dienst voor Administratieve Controle (DAC)?

Zowel in het eerste als in het derde auditrapport van het Rekenhof wordt ingegaan op de werkingskosten van de ziekenfondsen. In het eerste auditrapport wordt vermeld dat de ziekenfondsen jaarlijks 1,2 miljard euro ontvangen voor hun werkingskosten, zonder dat duidelijk is of dat jaarlijkse forfait de werkelijke kosten dekt. In het derde rapport wordt opgemerkt dat minstens twee evoluties ertoe zouden moeten bijdragen dat de werkingskosten van de ziekenfondsen significant afnemen:

— de overdracht van taken naar intermediaire organisaties, zoals het IMA, dat taken van de ziekenfondsen overneemt en daarvoor afzonderlijk kosten aanrekent aan de overheid;

a critiqué le fait que ces données ne soient toujours pas directement accessibles, notamment pour l’INAMI: “[...] une opportunité importante semble manquée de créer un système de contrôle et de *monitoring* régulier performant grâce à un accès permanent à l’ensemble des données. Ce système serait capable de détecter en continu les possibles anomalies dans la réglementation ou les contrôles des mutualités, ainsi que les abus éventuellement commis par les dispensateurs de soins et les ayants droit.” (p. 29). Il semble manifeste que ce ne sont pas les mutualités mais bien les pouvoirs publics – qui sont responsables du financement des soins de santé et de la sécurité sociale – qui devraient être propriétaires de toutes ces informations.

La Cour des comptes fait observer que des améliorations concrètes seraient mises en œuvre afin d’accélérer la mise à disposition des données de l’AIM pour l’INAMI. Les mutualités peuvent-elles fournir de plus amples explications sur la forme concrète que prendront ces améliorations? Pour quelle raison le maintien de ce détour par l’AIM reste-t-il nécessaire pour les mutualités? Quelle logique permet de justifier que des données à caractère personnel soient protégées de services publics neutres, mais qu’elles soient directement accessibles à des mutualités politisées et cloisonnées.

La Cour des comptes préconise que l’INAMI puisse avoir un accès permanent à la totalité des données. L’INAMI est-il, lui aussi, favorable à ce que ses services de contrôle aient un accès intégral et direct aux données sur les opérations, sans intervention de l’AIM? Le rapport pointe également des déficits de personnel au sein du Service d’évaluation et de contrôle médicaux (SECM). Un accès direct aux données qui sont aujourd’hui transmises aux services de contrôle par le biais de la plateforme *New Attest* pourrait-il conduire à une utilisation plus efficace du personnel au sein du SECM et du Service de contrôle administratif (SCA)?

Dans son premier comme dans son troisième rapport d’audit, la Cour des comptes a analysé les frais de fonctionnement des mutualités. Dans son premier rapport d’audit, elle relève que les mutualités toucheraient annuellement 1,2 milliard d’euros pour leurs frais de fonctionnement, sans que l’on sache clairement si ce forfait annuel couvre les coûts réels. Dans le troisième rapport, elle fait observer qu’au moins deux évolutions devraient contribuer à réduire significativement les frais de fonctionnement des mutualités:

— le transfert de missions à des organisations intermédiaires comme l’AIM, qui reprend des missions exercées par les mutualités et qui impute des frais pour ce travail aux pouvoirs publics.

— de sterk voortschrijdende informatisering en digitalisering van de ziekenfondsen, die eveneens een besparingspotentieel teweegbrengt.

Bevestigt de CDZ die stelling van het Rekenhof? Heeft de CDZ inderdaad nauwelijks zicht op de vraag of het jaarlijks forfait dat de landsbonden ontvangen de werkelijke kosten dekt? Zou de CDZ een objectieve evaluatie van de kostenefficiëntie van de uitvoering van de taken van de ziekenfondsen tegenover die van hypothetische alternatieven (bijvoorbeeld private verzekeringen of de overheid) kunnen uitvoeren? Of beschikken zij daarvoor over te weinig concrete gegevens? Heeft de CDZ zicht op de meest opvallende kostenbesparende digitaliseringsprocessen die de laatste jaren werden ingevoerd en waaraan de financiering van de werkingskosten nog niet werd aangepast? Hoe groot schat de CDZ de (netto) besparingen die uit de digitalisering zouden kunnen zijn voortgevloeid?

Uit de jaarverslagen blijkt dat sommige ziekenfondsen dezelfde taken met dubbel zoveel personeelsleden uitvoeren in vergelijking met andere. Hoe verklaren de ziekenfondsen die verschillen? Proberen de landsbonden bij de verdeling van het jaarlijkse forfait onder de aangesloten ziekenfondsen een vorm van responsabilisering te hanteren, waarbij kostenefficiënte ziekenfondsen worden beloond? Of worden kostenefficiënte ziekenfondsen gestraft met een kleiner deel van het forfait?

De ziekenfondsen kunnen in uitvoering van artikel 195, § 2, van de ZIV-wet een vergoeding (“bonus”) ontvangen voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen die op eigen initiatief werden vastgesteld. Het Rekenhof wijst er op dat via dat systeem “vrij hoge bedragen” (p. 41, derde rapport) aan de ziekenfondsen werden toegekend (gemiddeld 26,1 miljoen euro per jaar over de periode 2002-2014) en dat nog nooit werd geëvalueerd of dat vergoedingssysteem heeft geleid tot een betere invordering van de onverschuldigde bedragen (p. 29, eerste rapport).

In het derde rapport bespreekt het Rekenhof de sancties die de DAC oplegt aan de ziekenfondsen wanneer zij bepaalde administratieve verplichtingen niet nakomen of fouten maken. Volgens het Rekenhof zijn die sancties zeer laag en mogelijk niet effectief: “Of deze sancties effectief zijn, heeft de DAC nog niet geëvalueerd. Het is wel opmerkelijk dat het bedrag van de toegepaste sancties zeer laag is.” (p. 48). In 2011 stelde het Rekenhof eveneens dat “de sanctie in sommige gevallen slechts een zwakke compensatie vormt in vergelijking met de verliezen die het stelsel

— l’informatisation et la numérisation croissantes des mutualités, qui influent donc aussi (vraisemblablement) sur la structure de leurs coûts.

L’OCM confirme-t-il ce qu’indique la Cour des comptes? Est-il exact que l’OCM a peu de vue sur la question de savoir si le forfait annuel reçu par les unions nationales couvre les coûts réels? L’OCM pourrait-il mener une évaluation objective concernant l’efficacité des coûts lors de la mise en œuvre des missions confiées aux mutualités par rapport aux alternatives hypothétiques (par exemple des assurances privées ou des pouvoirs publics)? Ou dispose-t-on de trop peu de données concrètes pour ce faire? L’OCM a-t-il une idée des processus de numérisation les plus marquants en matière d’économies de coûts qui ont été instaurés ces dernières années et auxquels le financement des coûts d’exploitation n’a pas encore été adapté? À combien l’OCM estime-t-il les économies (nettes) qui auraient pu être réalisées par la numérisation?

Il ressort des rapports annuels que certaines mutualités effectuent les mêmes tâches avec un personnel deux fois plus nombreux par rapport à d’autres mutualités. Comment les mutualités expliquent-elles ces différences? Les unions nationales essaient-elles d’appliquer une forme de responsabilisation au travers de la répartition du forfait annuel parmi les mutualités affiliées récompensant les mutualités efficaces en termes de coûts? Ou celles-ci sont-elles sanctionnées en se voyant octroyer une plus petite part du forfait?

En vertu de l’article 195, § 2, de la loi AMI, les mutualités peuvent recevoir une indemnité (“bonus”) pour la récupération de montants indus qui ont été constatés d’initiative. La Cour des comptes signale que des “montants relativement élevés” (page 41, troisième rapport) étaient alloués aux mutualités par le biais de ce système (26,1 millions d’euros par an en moyenne pour la période 2002-2014) et que l’amélioration de la récupération des montants indus par le biais de ce système d’indemnisation n’a encore jamais été évaluée (page 29, premier rapport).

Dans le troisième rapport, la Cour des comptes examine les sanctions que le SCA inflige aux mutualités si elles ne respectent pas certaines obligations administratives ou si elles commettent des erreurs. La Cour des comptes estime que ces sanctions sont très faibles et probablement inefficaces: “Le SCA n’a pas encore évalué l’efficacité de ces sanctions. Le montant des sanctions appliquées demeure très faible.” (page 47). En 2011, la Cour des comptes signalait également que “dans certains cas, la sanction ne représente qu’une faible contrepartie en regard des pertes assumées par

moet dragen voor de onterechte betalingen die na de verjaringstermijnen worden vastgesteld.”

Het is positief dat het Rekenhof opnieuw vaststelt dat die administratieve sancties zeer licht zijn en dat de effectiviteit ervan in vraag kan worden gesteld. Toen de spreekster een voorstel lanceerde om de boetebedragen te indexeren en op te trekken, reageerden de ziekenfondsen zeer afwijzend. Terwijl het onterecht claimen van een vergoeding voor de terugvordering van een onverschuldigd bedrag beboet wordt met een kleine boete tussen 50 en 250 euro, kunnen de ziekenfondsen beloond worden met vergoedingen van 10 tot 16 % van het teruggevorderde bedrag. Het Rekenhof stelt dat “ongeveer 60 % van die boetes het gevolg is van het fout inschrijven op de lijsten van effectief teruggevorderde bedragen” (p. 48).

Is het RIZIV het eens met de stelling van het Rekenhof dat de bedragen van die administratieve boetes “zeer laag” zijn en “een zwakke compensatie vormen voor de verliezen die het sociale zekerheidsstelsel moet leiden”? Identificeert de DAC effectief vaak dergelijke fout ingeschreven bedragen? Acht het RIZIV het mogelijk dat de hoge vergoedingen die ziekenfondsen kunnen ontvangen voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen, in combinatie met de lage boetes, de ziekenfondsen aansporen om foutieve bedragen aan het RIZIV door te geven om zo onterechte vergoedingen te claimen? Hoe reageren de ziekenfondsen op de kritiek van het Rekenhof dat de boetebedragen “zeer laag” zijn? Zijn zij bereid in te stemmen met een verhoging van de boetebedragen als zou blijken dat daar een meer effectieve responsabilisering uit zou voortvloeien?

De verzekeringsinstellingen mogen bepaalde bedragen niet terugvorderen bij de verzekerden, krachtens artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde. Als de verzekeringsinstellingen zelf een fout maken die leidt tot een onverschuldigde betaling en de verzekerde te goeder trouw is, dan mogen de verzekeringsinstellingen het betreffende bedrag niet terugvorderen bij de verzekerde. Jarenlang werden de ziekenfondsen daarvoor niet geresponsabiliseerd: zij waren wettelijk niet verplicht om die onterecht uitgekeerde en niet-terugvorderbare bedragen ten laste te nemen van hun werkingskosten.

Uiteindelijk werd aan het einde van de regering-Di Rupo I een systeem uitgewerkt waarbij de verzekeringsinstellingen op een progressieve manier, in functie van de omvang van hun uitgaven voor ZIV-uitkeringen en terugbetalingen van geneeskundige

le régime pour les indus détectés au-delà des délais de prescription.”

Il est positif que la Cour des comptes constate de nouveau que ces sanctions administratives sont très faibles et que leur efficacité peut être remise en cause. Lorsque l'intervenante a formulé une proposition visant à indexer et à majorer les montants de l'amende, les mutualités ont réagi de manière très négative. Tandis que prétendre indûment à une indemnité pour la récupération d'un montant indu est puni par une petite amende entre 50 et 250 euros, les mutualités peuvent être récompensées par des indemnités représentant 10 à 16 % du montant récupéré. La Cour des comptes indique que “environ 60 % des amendes de ce type découlent d'une inscription incorrecte sur les listes de montants effectivement récupérés.” (page 48).

L'INAMI partage-t-il l'avis de la Cour des comptes, qui estime que les montants de ces amendes administratives sont “très faibles” et ne représentent “qu'une faible contrepartie en regard des pertes assumées par le régime de la sécurité sociale”? Le Service du contrôle administratif (SCA) identifie-t-il souvent de tels montants enregistrés par erreur? L'INAMI estime-t-il qu'il est possible que les remboursements élevés que les mutualités peuvent recevoir pour le recouvrement de montants indus, combinés aux faibles amendes, encouragent les mutualités à transmettre des montants erronés à l'INAMI afin de réclamer des remboursements injustifiés par ce biais? Comment les mutualités réagissent-elles à la critique de la Cour des comptes selon laquelle les amendes sont “très faibles”? Sont-elles disposées à accepter une augmentation des amendes dans l'hypothèse où cette augmentation se traduirait par une responsabilisation plus efficace?

En vertu de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, les organismes assureurs ne sont pas autorisés à recouvrer certains montants auprès des assurés. Si les organismes assureurs commettent eux-mêmes une erreur entraînant un paiement indu et que l'assuré est de bonne foi, les organismes assureurs ne peuvent pas recouvrer ce montant auprès de l'assuré. Durant de nombreuses années, les mutualités n'ont pas été responsabilisées à cet égard: elles n'étaient pas légalement tenues de prélever ces montants indûment payés et non récupérables sur leurs frais de fonctionnement.

Enfin, à la fin de son mandat, le gouvernement Di Rupo I a mis en place un système qui prévoit que les organismes assureurs doivent prélever eux-mêmes ces montants sur leurs frais de fonctionnement de manière progressive en fonction du volume de leurs dépenses pour les

verzorging, die bedragen zelf ten laste moeten nemen van hun werkingskosten. Uit het rapport van het Rekenhof blijkt dat die responsabilisering weinig inhoudt: “Op basis van deze bedragen stelt het RIZIV voor 2014 vast dat er, op een totaal van 7 miljard euro aan uitgaven bij de uitkeringen, 1 397 678 euro niet-terugvorderbare onverschuldigde betalingen (artikel 17 van het handvest) waren en voor 2015, op een totaal van 7,4 miljard euro, 3 011 751 euro. Daarvan was er in 2014 slechts 1 616 euro boven de drempel en dus ten laste van de administratiekosten, maar in 2015 was het bedrag al 115 950 euro.” (p. 51). Van de 1,3 miljoen euro aan onverschuldigde bedragen die in 2014 als gevolg van een fout van het ziekenfonds werden uitbetaald, moest slechts een schamele 1 600 euro (0,11 % van het totale bedrag) door de ziekenfondsen zelf worden betaald. De rest werd afgewenteld op het RIZIV.

Het betreft dus een bedrag van 1,3 miljoen euro aan publieke middelen dat door een fout of een nalatigheid van het ziekenfonds werd verspild en dat het ziekenfonds zo goed als volledig kan afwentelen op het RIZIV. Wat vinden de ziekenfondsen er zelf van dat het responsabiliseringsmechanisme als gevolg heeft dat hun fouten bijna volledig worden afgewenteld op de betaler van sociale bijdragen? Zijn zij bereid om mee te stappen in een eventuele versterking van het responsabiliseringsmechanisme?

De DGEC staat in voor de controle op de toepassingsregels van de nomenclatuur. In het derde auditrapport wordt gesteld dat de DGEC “al te vaak [moet] concluderen dat de regels te vaag zijn geformuleerd, onder meer op het vlak van begrippen of termijnen, om een efficiënte en effectieve controle mogelijk te maken.” (p. 20). Hoe verklaart het RIZIV die beperkte technische kwaliteit van de nomenclatuur? Is er mogelijk te weinig technische expertise in de organen van het RIZIV (bijvoorbeeld het Verzekeringscomité) die belast zijn met de aanpassing van de nomenclatuur?

In verband daarmee wenst de spreekster nog even in te gaan op het bonus-malussysteem in het tweede auditrapport van het Rekenhof, dat de ziekenfondsen beoogt te responsabiliseren opdat ze zuinig zouden om springen met de middelen die zij ontvangen voor de terugbetaling van geneeskundige verzorging aan hun leden. Uit het rapport bleek dat de ziekenfondsen weinig mogelijkheden hebben om die uitgaven effectief te beheersen, maar ook dat zij de beperkte mogelijkheden die zij wel hebben in de praktijk nauwelijks gebruiken. In de overeenkomstencommissies van het RIZIV beslissen de ziekenfondsen samen met vertegenwoordigers van de zorgberoepen mee over de honoraria, remgelden en terugbetalingen. In artikel 51, § 2, van de ZIV-wet staat ingeschreven dat elk akkoord of elke overeenkomst

indemnités AMI et des remboursements de soins médicaux. Le rapport de la Cour des comptes indique que cette responsabilisation n'est pas très significative: Sur la base de ces montants, l'INAMI constate que, pour 2014, sur un total de 7 milliards d'euros de dépenses de prestations, 1 397 678 euros de paiements indus non recouvrables (article 17 de la charte) ont été enregistrés et que, pour 2015, sur un total de 7,4 milliards d'euros, ce montant s'est élevé à 3 011 751 euros. Sur ce total, en 2014, 1 616 euros seulement ont dépassé le seuil prévu et ont donc été imputés sur les frais d'administration, mais en 2015, ce montant a atteint 115 950 euros. (p. 51). Sur les 1,3 million d'euros de paiements indus effectués en 2014 à la suite d'une erreur d'une mutualité, 1 600 euros seulement (soit 0,11 % du montant total) ont dû être payés par les mutualités elles-mêmes, le reste ayant été mis à la charge de l'INAMI.

Il s'agit donc d'un montant d'1,3 million d'euros de moyens publics qui ont été gaspillés en raison d'une erreur ou d'une négligence de la mutualité et que la mutualité peut presque entièrement répercuter sur l'INAMI. Que pensent les mutualités elles-mêmes du fait que le mécanisme de responsabilisation a pour conséquence que leurs erreurs sont presque entièrement répercutées sur celui qui paie les cotisations sociales? Sont-elles prêtes à participer à un éventuel renforcement du mécanisme de responsabilisation?

Le SECM est responsable du contrôle des règles d'application de la nomenclature. Dans le troisième rapport d'audit, il est affirmé que le SECM “doit trop souvent conclure que la formulation des règles est trop vague, notamment en ce qui concerne les notions ou les délais, pour permettre un contrôle efficient et effectif.” (p. 19). Comment l'INAMI explique-t-il cette qualité technique limitée de la nomenclature? Y aurait-il trop peu d'expertise technique au sein des organes de l'INAMI (par exemple le Comité de l'assurance) chargés de l'adaptation de la nomenclature?

À cet égard, l'intervenante souhaite encore aborder le système bonus-malus dans le deuxième rapport d'audit de la Cour des comptes, qui vise à responsabiliser les mutualités afin qu'elles utilisent avec parcimonie les moyens qu'elles reçoivent pour rembourser les soins médicaux de leurs membres. Il ressort du rapport que les mutualités ont peu de possibilités de maîtriser effectivement ces dépenses, mais aussi qu'elles n'utilisent presque pas, dans la pratique, les moyens limités dont elles disposent. Au sein des commissions de conventions de l'INAMI, les mutualités prennent des décisions avec des représentants des professions des soins de santé concernant les honoraires, les tickets modérateurs et les remboursements. Dans l'article 51, § 2, de la loi AMI, il est inscrit que chaque accord ou

correctiemechanismen moet bevatten die kunnen worden toegepast zodra een partiële begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden. In het tweede rapport wordt er op gewezen dat de ziekenfondsen die verplichting simpelweg naast zich neerleggen en niet nakomen (p. 25-26). Een ouder rapport van het Rekenhof uit 2011 geeft enkele concrete voorbeelden van dergelijke “correctiemechanismen”, die zodanig vaag en beperkt omschreven zijn, dat ze in feite nutteloos zijn (bijvoorbeeld: “de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag”).

Waarom gebruiken de ziekenfondsen een van de weinige instrumenten waarover zij beschikken om de uitgaven in de ziekteverzekering te beheersen niet? Hebben zij wel onvoldoende interesse voor de beheersing van de uitgaven? Bevestigt het RIZIV dat daar in de praktijk weinig gebruik van wordt gemaakt? De clausule met correctiemechanismen is verplicht, maar wordt ze ook gecontroleerd en bestraft? Welke oplossingen ziet het RIZIV?

De heer Damien Thiéry (MR) betreurt dat de verzekeringsinstellingen niet door het Rekenhof werden gehoord, wat het auditrapport minder transparant en weloverwogen maakt. Kan dat gebrek nog worden rechtgezet? Hoe verloopt de voortgang van de implementatie van de 66 acties?

Na kennisname van het rapport van het Rekenhof en na de beide hoorzittingen komt de spreker tot de conclusie dat er geen belangrijke disfuncties zijn, al zijn er wel kleinere problemen die moeten worden opgelost.

Mevrouw Els Van Hoof (CD&V) begrijpt het onbegrip van de verzekeringsinstellingen over het feit dat zij door het Rekenhof niet bij het auditrapport werden betrokken. Daardoor komen de 66 acties van het toekomstpact en de diverse initiatieven van werkgroepen in het rapport onvoldoende uit de verf.

De door mevrouw Van Peel geformuleerde kritiek snijdt op de meeste punten geen hout. Zo hebben de ziekenfondsen een grondig plan uitgewerkt om te evolueren van individuele naar collectieve financiële verantwoordelijkheid en tonen zij zich ook bereid tot volledige transparantie. Hun kosten bedragen 3 % van de uitgaven, wat in de context van vergrijzing zeker niet overdreven is. Hoe oogt het kostenplaatje in België in vergelijking met andere landen? Wat zijn volgens de ziekenfondsen de prioritaire werven?

chaque convention doit contenir des mécanismes de correction pouvant être appliqués aussitôt qu’il est constaté qu’un objectif budgétaire partiel est dépassé ou risque d’être dépassé. Dans le deuxième rapport, il est souligné que les mutualités font tout simplement fi de cette obligation et ne la respectent pas (p. 25-26). Un rapport plus ancien de la Cour des comptes, datant de 2011, donne quelques exemples concrets de ce type de “mécanismes de correction”, qui sont définis de manière tellement vague et limitée qu’ils sont en fait inutiles (par exemple: “renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d’un comportement mieux ciblé en matière de prescription”).

Pourquoi les mutualités n’utilisent-elles pas l’un des seuls instruments dont elles disposent pour maîtriser les dépenses liées à l’assurance maladie? Ne s’intéressent-elles pas suffisamment à la maîtrise des dépenses? L’INAMI confirme-t-il que les mutualités ne font pas beaucoup usage de cet instrument dans la pratique? La clause relative aux mécanismes de correction est obligatoire, mais fait-elle l’objet de contrôles et des sanctions y sont-elles liées? Quelles solutions propose l’INAMI?

M. Damien Thiéry (MR) regrette que les organismes assureurs n’aient pas été entendus par la Cour des comptes, le rapport d’audit étant de ce fait moins transparent et moins réfléchi. Cette lacune peut-elle encore être comblée? Où en est la mise en œuvre des 66 actions?

Après avoir pris connaissance du rapport de la Cour des comptes et après les deux auditions, l’intervenant conclut à l’absence de dysfonctionnements importants, même si certains problèmes mineurs doivent être résolus.

Mme Els Van Hoof (CD&V) comprend l’incompréhension des organismes assureurs de ne pas avoir été associés par la Cour des comptes au rapport d’audit. Les 66 actions du pacte d’avenir et les diverses initiatives des groupes de travail ne sont dès lors pas suffisamment mises en exergue dans le rapport.

La critique formulée par Mme Van Peel ne tient pas sur la plupart des points. C’est ainsi que les mutualités ont élaboré un plan approfondi visant à évoluer de la responsabilité financière individuelle vers la responsabilité financière collective et qu’elles sont disposées à faire preuve d’une totale transparence. Leurs coûts représentent 3 % des dépenses, ce qui n’est pas excessif au vu du vieillissement de la population. Comment les coûts se présentent-ils en Belgique par rapport à d’autres pays? Quels sont les chantiers prioritaires, selon les mutualités?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) oordeelt positief over de manier waarop de ziekenfondsen actief naar een verbetering van hun organisatie streven.

De DGEC en de DAC blijken weinig informatie te hebben over de uitgevoerde controles. De ziekenfondsen hebben een cartografie van de controles *a priori* en *a posteriori* bij de ziekenfondsen en landsbonden opgesteld, maar die wordt door het RIZIV als onbruikbaar beschouwd. Een hervorming, met in het bijzonder een verduidelijking van de inhoud van de cartografie, dringt zich op om dit instrument effectief te maken.

Uniformiteit van de controle vergt een uniforme controlesokkel die steunt op een evolutie naar gemeenschappelijke gegevensverwerking en informatiseringsprojecten. Wat is de oorzaak van de onmogelijkheid om gezamenlijke controles uit te voeren?

Kan het RIZIV een raming geven van de administratiekosten voor controles die betrekking hebben op werkzaamheden die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren?

Waarom heeft het Rekenhof niet geëvalueerd of het vergoedingssysteem in uitvoering van artikel 195, § 2, van de ZIV-wet, dat tot responsabilisering zou moeten leiden, aanleiding geeft tot een betere invordering van verschuldigde bedragen.

De DAC voert jaarlijks een *a posteriori*-gegevenskruising uit om na te gaan of personen die een uitkering ontvangen op grond van primaire of secundaire arbeidsongeschiktheid op de arbeidsmarkt actief zijn. Het aantal ongeoorloofde cumulaties van uitkering en loon blijft hoog. Kunnen die controles in de toekomst driemaandelijks worden uitgevoerd?

In de controles van de DGEC is gebleken dat er problemen zijn met de selectie van de controlethema's. Meer bepaald is het niet duidelijk wat de verwachtingen ten aanzien van ziekenfondsen zijn op het vlak van interne controles, bovendien gekoppeld aan een gebrek aan informatie over de procedures en een te beperkte toegang tot de gegevens over de verrichtingen. Het zwaartepunt van de controles zou op *a priori*-controles moeten liggen, terwijl er nu vooral *a posteriori*-controles zijn. Hoe kan dat volgens het RIZIV worden verbeterd?

In de afgelopen jaren werden geen sancties genomen ten aanzien van de adviserend geneesheren. Wat is de verklaring daarvan? Wat is de stand van zaken in het dossier van de evaluatie van de functie van de adviseerend geneesheren?

M. Dirk Janssens (Open Vld) se félicite de la manière dont les mutualités s'efforcent d'améliorer leur organisation.

Il s'avère que le SECM et le SCA disposent de peu d'informations concernant les contrôles effectués. Les mutualités ont établi une cartographie des contrôles *a priori* et *a posteriori* auprès des mutualités et des unions nationales, mais l'INAMI considère qu'elle est inutilisable. Une réforme, précisant plus particulièrement la teneur de la cartographie, s'impose afin de rendre cet instrument efficace.

L'uniformité du contrôle requiert un socle de contrôle uniforme tablant sur une évolution vers un traitement de données et des projets d'informatisation communs. Comment l'impossibilité de réaliser des contrôles communs s'explique-t-elle?

L'INAMI peut-il fournir une estimation des coûts administratifs des contrôles portant sur des activités relevant des compétences des Communautés?

Pourquoi la Cour des comptes n'a-t-elle pas évalué si le système d'indemnisation prévu par l'article 195, § 2 de la loi AMI, qui est censé responsabiliser, a conduit à une meilleure récupération des montants indus?

Le SCA effectue un croisement de données annuel *a posteriori* afin de contrôler si des personnes qui reçoivent une indemnité sur la base d'une incapacité de travail primaire ou secondaire sont actives sur le marché du travail. Le nombre de cumuls illicites d'une allocation et d'un salaire reste élevé. Ces contrôles pourront-ils être réalisés trimestriellement à l'avenir?

Il ressort des contrôles du SECM que la sélection des thèmes de contrôle pose des problèmes, notamment: l'absence d'accords clairs sur les attentes vis-à-vis des mutualités en matière de procédures de contrôle interne, conjuguée de surcroît à un manque d'informations sur ces procédures mêmes et à un accès insuffisant aux données relatives aux prestations. L'accent devrait être mis sur les contrôles *a priori*, tandis que les contrôles sont surtout effectués *a posteriori* actuellement. Comment cette situation peut-elle être améliorée d'après l'INAMI?

Au cours des dernières années, aucune sanction n'a été prise contre les médecins-conseils. Pour quelle raison? Quel est l'état d'avancement du dossier de l'évaluation de la fonction des médecins-conseils?

Wat zijn de absolute prioriteiten in de 66 acties van het toekomstplan? Hoe zullen die zo snel mogelijk kunnen worden gerealiseerd?

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) is van oordeel dat de verzekeringsinstellingen op een zeer doeltreffende manier werken. Slechts 1 % van de uitkeringen blijkt uiteindelijk onverschuldigd te zijn, waarvan slechts de helft niet kan worden ingevorderd.

Bij de uitvoering van controles door de DAC blijkt het foutenpercentage zeer hoog te liggen. De verzekeringsinstellingen maken dezelfde inschatting.

Door het toekomstpact, dat positieve hervormingen heeft bewerkstelligd, zijn sommige conclusies in het auditrapport al achterhaald.

De verzekeringsinstellingen werden niet betrokken bij de opstelling van het auditrapport, terwijl dat wel logisch zou zijn geweest. Als dat wel was gebeurd, zou er meer draagvlak zijn geweest voor de besluiten van het auditrapport.

De IT-platformen zullen zo veel mogelijk gemeenschappelijk zijn. Volgens welk tijdpad zal die doelstelling worden bereikt?

Wat wordt bedoeld met de stelling dat de overheid middelen ter beschikking moet stellen voor controles?

De kosten van de verzekeringsinstellingen zouden 3 % van de omzet bedragen. Bevestigt het Rekenhof dat? Is dat percentage lager dan bij de private instellingen?

Mevrouw Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) stelt met tevredenheid vast dat de verzekeringsinstellingen actief meewerken aan goede hervormingstrajecten en dat de controles werken. De kritiek van mevrouw Van Peel snijdt duidelijk geen hout. De spreker betreurt wel dat de verzekeringsinstellingen niet werden betrokken bij de opstelling van het auditrapport en dat de bevoegde minister te weinig met hen samenwerkt.

Opportuniteitscontroles kunnen nuttig zijn. Hoe kunnen die vorm krijgen?

De herwaardering van de functie van de adviserend artsen is een belangrijk dossier.

Belangrijke financiële opbrengsten kunnen niet worden gevonden bij de ziekenhuizen, maar bij de honorariumsupplementen van sommige arts-specialisten,

Quelles sont les priorités absolues parmi les 66 actions du plan d'avenir? Comment pourront-elles être réalisées le plus rapidement possible?

Mme Karin Jiroflée (sp.a) estime que les organismes assureurs travaillent très efficacement. Il apparaît que les indemnités indues ne représentent qu'1 %, des indemnités versées et que la moitié seulement de ce pourcentage ne peut pas être récupérée.

Il apparaît que le taux d'erreur est très élevé lors des contrôles effectués par le SCA. Les organismes assureurs font la même évaluation.

En raison du pacte d'avenir, qui a concrétisé des réformes positives, certaines conclusions du rapport d'audit sont déjà dépassées.

Les organismes assureurs n'ont pas été associés à l'élaboration du rapport d'audit, alors que cela eût été logique. Si tel avait été le cas, les conclusions du rapport d'audit auraient rencontré une plus grande adhésion.

Les plateformes TIC seront communes dans la mesure du possible. Selon quel calendrier cet objectif sera-t-il atteint?

Qu'entend-on lorsque l'on affirme que les pouvoirs publics doivent mettre des moyens à disposition pour les contrôles?

Les frais des organismes assureurs s'élèveraient à 3 % du chiffre d'affaires. La Cour des comptes confirme-t-elle ce chiffre? Ce pourcentage est-il inférieur par rapport aux organismes privés?

Mme Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) constate avec satisfaction que les organismes assureurs collaborent activement à des trajets de réforme efficaces et que les contrôles fonctionnent. La critique formulée par Mme Van Peel est clairement non fondée. L'intervenante déplore toutefois que les organismes assureurs n'aient pas été associés à la rédaction du rapport d'audit et que le ministre compétent collabore trop peu avec ces derniers.

Des contrôles d'opportunité pourraient s'avérer utiles. Comment les concrétiser?

La revalorisation de la fonction des médecins-conseils est un dossier majeur.

Ce n'est pas dans les hôpitaux que l'on trouvera d'importants produits financiers, mais dans les suppléments d'honoraires de certains médecins spécialistes,

bij de farmaceutische industrie en in de preventie. De medische huizen zijn een motor van besparingen omdat ze op preventie inzetten.

De spreekster hekelt ten slotte dat mevrouw Van Peel besparingen belangrijker acht dan goede dienstverlening aan in sommige gevallen kwetsbare mensen.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) meent dat de opvolging van de acties in het toekomstpact beter kunnen worden georganiseerd.

Controles van de prestaties hebben vooral betrekking op de zorgverstrekkers. Een knelpunt is de controle van de afschriften van de ziekenfondsen, die zeer complex zijn. Is een hervorming op korte termijn mogelijk?

De heer Marco Van Hees (PTB-GO!) is voorstander van goed bestuur en behoorlijke controles. Mevrouw Van Peel zoekt echter naar kleine onvolkomenheden bij de ziekenfondsen, terwijl zij grotere problemen, zoals de erelonen van artsen en de winsten van de farmaceutische industrie, onvermeld laat. De introductie van het kiwi-model zou voor een belangrijke financiële opbrengst zorgen, maar een dergelijke wezenlijke hervorming wordt geweigerd.

Het Rekenhof werd in de vraag naar een auditrapport geïnstrumentaliseerd door de vroegere regeringsmeerderheid om de werkingskosten van de ziekenfondsen aan te pakken, terwijl er duidelijk andere prioriteiten zijn. Het door de regering opgelegde soberheidsbeleid maakt het bovendien moeilijker om adequate controles uit te voeren.

De heer Frédéric Daerden (PS) verheugt zich over de denkoefening in de commissie, die toelaat om alle kanten van het verhaal te evalueren. In het algemeen functioneren de ziekenfondsen op een efficiënte manier. De controlediensten en de engagementen in het toekomstpact hebben tot meer efficiëntie en de invordering van onverschuldigde betalingen geleid. Er zal nooit een nulfraude zijn en het is ook niet haalbaar om dat resultaat te bereiken omdat de uitgaven voor controles daardoor te hoog zouden liggen, maar de algemene werking is goed.

Welke aanbevelingen van het Rekenhof moeten nog goed en wel worden opgestart? Welke aanbevelingen kunnen leiden tot meer efficiënte controles? Wie heeft de belangrijkste verantwoordelijkheid voor verbeteringen?

dans l'industrie pharmaceutique et dans la prévention. Les maisons médicales sont un moteur d'économies parce qu'elles misent sur la prévention.

Enfin, l'intervenante fustige Mme Van Peel qui considère qu'il est plus important de faire des économies que de fournir des services de qualité à des personnes vulnérables dans certains cas.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) estime que le suivi des mesures pourrait être mieux organisé dans le pacte d'avenir.

Les contrôles des prestations portent principalement sur les prestataires de soins. Un problème se pose au niveau du contrôle des copies des mutualités, qui sont extrêmement complexes. Une réforme est-elle possible à brève échéance?

M. Marco Van Hees (PTB-GO!) est favorable à une bonne gouvernance et à des contrôles corrects. Mme Van Peel recherche toutefois de petites imperfections dans le chef des mutualités, mais omet de parler de problèmes plus importants, comme les honoraires des médecins et les profits de l'industrie pharmaceutique. L'instauration du modèle kiwi rapporterait un produit financier important, mais l'on refuse de mener cette réforme essentielle.

Lorsqu'elle a été saisie d'une demande de rapport d'audit, la Cour des comptes a été instrumentalisée par l'ancienne majorité gouvernementale pour s'attaquer aux frais de fonctionnement des mutualités, alors qu'il y a clairement d'autres priorités. La politique d'austérité imposée par le gouvernement complique en outre la mise en œuvre de contrôles adéquats.

M. Frédéric Daerden (PS) se réjouit de la réflexion menée en commission, qui permet d'évaluer cette thématique sous toutes ses facettes. D'une manière générale, les mutualités fonctionnent efficacement. Les services de contrôle et les engagements pris dans le pacte d'avenir ont accru l'efficacité et permis la récupération des paiements indus. On ne fera jamais disparaître la fraude et cet objectif n'est pas non plus envisageable parce que les dépenses relatives aux contrôles seraient trop élevées. Mais le fonctionnement général est bon.

Quelles sont les recommandations de la Cour des comptes qui doivent encore bel et bien être mises à exécution? Lesquelles permettront de mener des contrôles plus efficaces? Qui porte la responsabilité principale des améliorations?

2. Antwoorden van de genodigden

De heer Peter Debyser, eerste-auditeur bij het Rekenhof, preciseert dat de ziekenfondsen enkel bij het derde auditrapport niet werden betrokken. Hij heeft begrip voor de onvrede over het feit dat zij niet werden gehoord, maar benadrukt dat daar goede redenen voor zijn:

— het Rekenhof heeft geen algemene bevoegdheid met betrekking tot de ziekenfondsen;

— overeenkomstig de opdracht van het Parlement in de resolutie werden niet de werking en de interne controles van de ziekenfondsen zelf doorgelicht: het onderzoek moest zich toespitsen op de controles die worden uitgevoerd ten overstaan van de ziekenfondsen;

— het betrekken van de ziekenfondsen was in de praktijk niet haalbaar.

Er werden in het verleden grote verschillen tussen de landsbonden vastgesteld wat de interne controles en de transparantie van gegevens betreft, maar dat was niet de focus van deze audit. De verbeterpunten in het kader van het toekomstpact komen aan bod en verdienen in de toekomst verdere aandacht, met name in een opvolgingsaudit. In dat opzicht moet wel worden benadrukt dat het Rekenhof veel andere opdrachten heeft en dus niet op permanente wijze de ziekenfondsen kan opvolgen; daarvoor zijn er dan ook de specifiek daartoe opgerichte controlediensten.

De heer Werner Van Riel, eerste-auditeur bij het Rekenhof, merkt op dat de ziekenfondsen al zeer veel informatie aanleveren aan het RIZIV, de DAC en de DGEC. Die verschillende instanties kunnen dus invulling geven aan hun controletaak, maar hebben in sommige gevallen te weinig informatie om een goede selectie van controles te maken. Er werd wel een cartografie van controles opgesteld, maar dat instrument is momenteel niet adequaat om een nuttige selectie te maken en de problemen correct te identificeren.

De heer Laurent Guinotte, administrateur-generaal van de Controledienst voor de ziekenfondsen, somt de belangrijkste werven op: het creëren van de voorwaarden voor een fusieoperatie, de geleidelijke perfectionering van de beheersing van de administratiekosten, de toekenning van aanvullende voordelen door de ziekenfondsen, de versterking van de interne *governance*-regels van de ziekenfondsen, de verbetering van de rapportage van de ziekenfondsen over hun samenwerking met derden. Er is zeer duidelijk

2. Réponses des invités

M. Peter Debyser, premier auditeur à la Cour des comptes, précise que seul le troisième rapport d'audit a été rédigé sans consulter les mutualités. Il dit comprendre le mécontentement dû au fait que celles-ci n'ont pas été entendues, mais il souligne qu'il y a de bonnes raisons à cela:

— la Cour des comptes n'exerce aucune compétence générale en ce qui concerne les mutualités;

— conformément à la mission que lui a assigné le Parlement dans la résolution, la Cour ne devait pas passer au crible le fonctionnement et les contrôles internes des mutualités mêmes: l'examen devait se concentrer sur les contrôles exercés sur les mutualités;

— associer les mutualités n'était pas réalisable en pratique.

Par le passé, de grandes différences ont été constatées entre les unions nationales en ce qui concerne les contrôles internes et la transparence des données, mais ce n'était pas l'objectif de cet audit. Les points d'amélioration dans le cadre du pacte d'avenir sont abordés et méritent une attention continue à l'avenir, à savoir dans un audit de suivi. À cet égard, il convient toutefois de souligner que la Cour des comptes effectue de nombreuses autres missions et ne pourra donc pas suivre les mutualités en permanence: pour ce faire, il existe des services de contrôle qui ont été spécialement créés à cet effet.

M. Werner Van Riel, premier auditeur à la Cour des comptes, souligne que les mutualités fournissent déjà une multitude d'informations à l'INAMI, au SCA et au SECM. Ces différents organes peuvent donc effectivement accomplir leur mission de contrôle, mais dans certains cas, elles n'ont pas assez d'informations pour pouvoir bien sélectionner les contrôles. Bien qu'une cartographie des contrôles ait été élaborée, cet outil ne permet pas, à l'heure actuelle, d'effectuer une sélection utile ni d'identifier correctement les problèmes.

M. Laurent Guinotte, administrateur général de l'Office de contrôle des mutualités, dresse la liste des principaux chantiers: la création des conditions préalables à une opération de fusion, le perfectionnement progressif de la maîtrise des coûts administratifs, l'octroi d'avantages additionnels par les mutualités, le renforcement des règles internes des mutualités en matière de gouvernance, l'amélioration du rapportage des mutualités concernant leur collaboration avec des tiers. L'orateur indique qu'une évolution

een positieve evolutie bezig, die vorm krijgt in een meerjarenplanning.

De heer Dirk Doom (Controledienst voor de ziekenfondsen) stelt dat de administratiekosten van de ziekenfondsen worden geboekt overeenkomstig een rekeningstelsel dat is opgelegd door de CDZ en dat gebaseerd is op het minimum algemeen rekeningstelsel (MAR) van de privésector. Vanaf het boekjaar 2015 worden de jaarrekeningen neergelegd bij de Balanscentrale van de NBB. Geglobaliseerde gegevens hiervan worden door de Controledienst ter beschikking gesteld op de website. Binnenkort zal een omzendbrief worden gepubliceerd, waarin regels worden opgelegd voor de analytische rapportering van de administratiekosten, meer bepaald door een opsplitsing van de kosten tussen de vier kerntaken van de ziekenfondsen. In de toewijzing van de kosten zal maximale uniformiteit worden nagestreefd. Er is geen algemeen bindend model voor de structuur van de administratiekosten, maar er zijn duidelijk waarneembare evoluties: meer efficiëntie door consolidatie, informatisering en digitalisering en homogene en vergelijkbare rapportering. Het is niet de opdracht van de Controledienst om een inhoudelijke structuur voor de administratiekosten op te leggen aan de ziekenfondsen.

Sommige kosten moeten worden geboekt in de verplichte verzekering, andere in de aanvullende verzekering. Zo wordt in de waarderingsregels bepaald dat de voorzieningen voor bruggpensioen en vakantiegeld en de investeringen volledig worden geboekt in de aanvullende verzekering, waarna jaarlijks een verrekening tussen de aanvullende en de verplichte verzekering gebeurt voor het aandeel ten laste van de verplichte verzekering.

Mevrouw Patricia Heidbreder, directeur-generaal van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV, bevestigt dat het bedrag van de administratieve sancties die worden opgelegd in het kader van de aanmoediging bedoeld in artikel 195, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, beperkt is.

In het algemeen geeft de DAC de voorkeur aan een waarschuwing om de ziekenfondsen tot actie aan te zetten, waardoor geen sancties hoeven te worden opgelegd.

Niettemin dragen de sancties, zelfs die welke een beperkt bedrag vertegenwoordigen, ook in belangrijke mate bij tot de oplossing van de problemen door de ziekenfondsen.

Naast de administratieve sancties zijn er ook andere instrumenten om de verzekeringsinstellingen

positive se dessine clairement sous la forme d'un planning pluriannuel.

M. Dirk Doom (Office de contrôle des mutualités) explique que les frais administratifs des mutualités font l'objet d'une comptabilité conforme au plan comptable imposé par l'OCM, lequel est basé sur le plan comptable minimum normalisé (PCMN) du secteur privé. Depuis l'année comptable 2015, les comptes annuels sont déposés auprès de la Centrale des bilans de la BNB. Les données détaillées sont, quant à elles, mises à disposition par l'OCM sur le site internet. Une circulaire sera bientôt publiée, dans laquelle figureront les règles qui seront imposées en matière de rapportage analytique des frais administratifs. Il s'agira, plus précisément, de ventiler les coûts entre les quatre missions de base des mutualités. En matière d'allocation des coûts, on tendra vers une uniformité maximale. Il n'existe pas de modèle général contraignant pour la structure des frais administratifs, mais on observe clairement certaines évolutions: efficacité renforcée par la consolidation, l'informatisation et la numérisation, et rapportage homogène et comparable. Il n'appartient pas à l'Office de contrôle des mutualités d'imposer aux mutualités une structure du contenu des frais d'administration.

Certains frais doivent être comptabilisés dans l'assurance obligatoire, d'autres dans l'assurance complémentaire. C'est ainsi par exemple que dans les règles d'évaluation, il est prévu d'enregistrer intégralement les provisions pour prépension et pécules de vacances ainsi que les investissements dans la comptabilité de l'assurance complémentaire, après quoi on procède chaque année à un rééquilibrage entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire pour la partie à charge de l'assurance obligatoire.

Mme Patricia Heidbreder, directeur général du Service de contrôle administratif de l'INAMI, confirme que le montant des sanctions administratives infligées dans le cadre de l'encouragement visé à l'article 195, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est limité.

D'une manière générale, le SCA privilégie l'utilisation d'avertissements qui encouragent les mutuelles à agir, évitant ainsi la nécessité de sanctions.

Les sanctions, même d'un montant limité, ont néanmoins aussi un impact important sur la résolution des problèmes par les mutualités.

Outre les sanctions administratives, il existe d'autres instruments de responsabilisation des

te responsabiliseren, met name evaluaties van hun prestaties inzake het beheer van het variabele deel van hun administratiekosten en de procedure bedoeld in artikel 194, § 3, van de voornoemde wet.

Een belangrijke vaststelling is ook dat er zowel bij de verzekeringsinstellingen als bij de controlediensten een duidelijke wil bestaat om tot een overeenstemming te komen over de punten die voor verbetering vatbaar zijn.

Met toepassing van artikel 195, § 2, van de voornoemde wet, worden de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen vermeerderd met minimum 8 % en maximum 20 % van de bedragen die worden teruggevorderd met toepassing van artikel 136, § 2, en artikel 164 van diezelfde wet. Voor het toekennen van die vermeerdering moeten evenwel bepaalde strikte voorwaarden worden nageleefd: het onverschuldigde bedrag mag niet het gevolg zijn van een vergissing, een fout of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling. Er gelden ook andere voorwaarden: het moet gaan om terugvorderingen die daadwerkelijk hebben plaatsgevonden (niet om boekhoudkundige regularisaties) en het onverschuldigde bedrag moet door de ziekenfondsen op eigen initiatief zijn vastgesteld. De verzekeringsinstellingen delen jaarlijks de desbetreffende invorderingen mee aan de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV, die vervolgens controleert of aan de voorwaarden werd voldaan.

Bij die controles verwerpt de DAC een aantal bedragen van die lijsten, omdat ze niet aan de wettelijke voorwaarden voldoen. Als het bedrag wordt verworpen, krijgt de verzekeringsinstelling een administratieve sanctie opgelegd. Bovendien vormt die controle thans een evaluatiedomein van het nieuwe systeem om de verzekeringsinstellingen te responsabiliseren op het vlak van het variabele deel van hun administratieve kosten.

Deze aangelegenheid wordt daarom heel nauw opgevolgd en gecontroleerd. De DAC stelt wat dat betreft vast dat de verzekeringsinstellingen in dat domein correct te werk gaan en dat het aantal verworpen bedragen van de lijsten in de loop der jaren afneemt. Dat de wetgever deze stimulans heeft aangenomen, heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat de verzekeringsinstellingen de invorderingen van de onverschuldigde bedragen proactief opvolgen.

Op het vlak van het opsporen van ongeoorloofde cumulaties van uitkeringen wegens arbeids-ongeschiktheid met beroepsinkomsten of daarmee gelijkgestelde inkomsten, hebben de verzekeringsinstellingen hun interne controles de jongste jaren aanzienlijk verbeterd.

organismes assureurs, notamment l'évaluation de leurs performances de gestion sur la partie variable de leurs frais d'administration et la procédure visée à l'article 194, § 3 de la loi précitée.

Il est également important de noter qu'il existe une volonté claire de la part des organismes assureurs et des services de contrôle de s'entendre sur ce qui doit encore être amélioré.

En application de l'article 195, § 2 de la loi précitée, les frais d'administration des organismes assureurs sont majorés de minimum 8 % et de maximum 20 % des sommes récupérées en application des articles 136, § 2 et 164 de cette même loi. L'octroi de cette majoration est toutefois lié au respect de certaines conditions strictes: l'indu ne peut pas être causé par une erreur, une faute ou négligence de l'organismes assureur. D'autres conditions sont aussi prévues: il doit s'agir de récupérations réellement effectuées (pas de régularisations comptables) et l'indu doit avoir été constaté par les mutualités de leur propre initiative. Les organismes assureurs communiquent annuellement les recouvrements concernés au Service du contrôle administratif de l'INAMI qui vérifie ensuite si les conditions sont bien remplies.

Lors de ces contrôles le SCA rejette un certain nombre de montants de ces listes car ils ne correspondent pas aux conditions légales requises. En cas de rejet, l'organisme assureur se voit infliger une sanction administrative. En outre, ce contrôle constitue à ce jour un domaine d'évaluation entrant dans le nouveau système de responsabilisation des organismes assureurs sur la partie variable de leurs frais d'administration.

Cette matière est par conséquent très bien suivie et contrôlée. Le SCA constate à ce sujet que les organismes assureurs travaillent correctement dans ce domaine et qu'au fil des années, le nombre des montants rejetés sur les listes diminue. L'adoption de cet incitant par le législateur a certainement eu un rôle positif pour amener les organismes assureurs à suivre proactivement les récupérations des sommes indues.

En ce qui concerne le dépistage des cumuls interdits entre des indemnités d'incapacité de travail et des revenus d'activités professionnelles ou assimilées, les organismes assureurs ont considérablement amélioré leurs contrôles internes au cours de ces dernières années.

Die verbetering is meer bepaald een gevolg van de door de DAC verrichte controles via een procedure van gegevenskruising (datamatching). Zo worden de gegevens over de uitkeringen wegens primaire en secundaire arbeidsongeschiktheid gekruist met de DmfA-gegevens. Daarbij worden twee doelstellingen beoogd: het opsporen van ongeoorloofde cumulaties en het onderzoeken van de manier waarop de verzekeringsinstellingen die cumulaties proactief opsporen. Hoewel op bepaalde vlakken nog vooruitgang moet worden geboekt, blijkt die verbetering uit de positieve evolutie van de resultaten van de datamatching door de DAC van het RIZIV en uit het feit dat jaarlijks op initiatief van de verzekeringsinstellingen aanzienlijke bedragen worden teruggevorderd.

Het RIZIV voert die controle jaarlijks a posteriori uit om ze aan een bepaald tijdvak te kunnen toerekenen en om ook de terugvorderingen van de onverschuldigde betalingen op initiatief van de verzekeringsinstellingen in aanmerking te nemen. Dit domein past binnen de evaluaties van de beheerprestatie van de verzekeringsinstellingen. Daarom moet de controle door de DAC hun werkzaamheden correct weerspiegelen.

Alle inspecteurs van de DAC worden op een bepaald tijdstip met die controle belast, opdat coherente en snelle conclusies kunnen worden getrokken. Een werkgroep bestudeert hoe die datamatchingprocedure nog kan worden verbeterd en of de frequentie ervan eventueel kan worden opgevoerd.

De thematische controles door de DAC hangen samen met het streven naar meer efficiëntie bij de ziekenfondsen. De verzekeringsinstellingen kunnen kennis nemen van de techniek voor de samenstelling van controlestaten. Er vinden vijf thematische controles per jaar plaats, waarvan er drie recurrent zijn – zoals de voormelde datamatchingverrichtingen – en twee variabel. De spreekster beschrijft gedetailleerd hoe de controles worden opgevat en uitgevoerd

De heer Philip Tavernier, waarnemend arts-directeur-generaal van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV, geeft aan dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de toegang tot data en de opslag van data: het RIZIV heeft toegang tot alle data, maar die worden in veel gevallen niet bij het RIZIV opgeslagen. Systematische datamining is niet mogelijk als de opslag zich elders bevindt: een dataset moet dan worden opgevraagd om aan punctuele datamining te kunnen doen. Voor datastromen die wel bij het RIZIV worden opgeslagen, is systematische datamining wel mogelijk. Voor het aantal personeelsleden dat controles uitvoert, maakt het geen verschil of de opslag al dan niet bij het RIZIV gebeurt.

Cette amélioration s'explique notamment par les contrôles menés par le SCA via une procédure de croisements de données (datamatching). Les données sur les indemnités d'incapacité primaire et d'invalidité sont ainsi croisées avec les données DmfA, avec deux objectifs: la détection des cumuls non autorisés et l'examen de la manière dont les organismes assureurs recherchent proactivement ces cumuls. L'évolution positive des résultats des opérations de datamatching du SCA de l'INAMI et les montants substantiels récupérés chaque année à l'initiative des organismes assureurs, témoignent de cette amélioration même si des progrès restent encore à faire.

L'INAMI effectue ce contrôle annuellement et a posteriori afin de pouvoir les imputer à une période déterminée et de prendre aussi en compte les récupérations des paiements indus à l'initiative des organismes assureurs. Ce domaine entre dans le cadre des évaluations de la performance de gestion des organismes assureurs, c'est pourquoi le contrôle du SCA doit refléter correctement leur travail.

Tous les inspecteurs du SCA sont affectés à ce contrôle à un moment donné afin que des conclusions cohérentes et rapides puissent être tirées. Un groupe de travail étudie les possibilités de perfectionner encore cette procédure de datamatching et d'en augmenter éventuellement la fréquence.

Les contrôles thématiques du SCA, sont liés à l'objectif d'accroître l'efficacité des mutualités. Les organismes assureurs peuvent prendre connaissance de la technique de composition des échantillons de contrôle. Il y a cinq contrôles thématiques par an, dont trois sont récurrents comme par exemple les opérations de datamatching précitées et deux variables. L'oratrice décrit en détail la façon dont les contrôles sont conçus et réalisés.

M. Philip Tavernier, médecin, directeur général ff. du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, souligne la nécessité d'opérer distinction entre l'accès aux données et le stockage de celles-ci: l'INAMI a accès à toutes les données, mais dans de nombreux cas, celles-ci ne sont pas stockées à l'INAMI. Le datamining systématique des données n'est pas possible si le stockage est situé ailleurs: un ensemble de données doit alors être demandé afin de pouvoir effectuer un datamining ponctuel. Pour les flux de données qui sont stockés à l'INAMI, il est possible de procéder à un datamining systématique. Le fait que les données soient conservées ou non à l'INAMI n'a aucune incidence sur la quantité de personnel qui effectue les contrôles.

In tegenstelling tot individuele controles worden de thematische controles niet gekozen op basis van meldingen, maar op basis van risicoanalyses. Als de verzekeringsinstellingen zelf al onderzoek hebben gedaan, zijn meer specifieke thematische controles mogelijk.

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen het onderzoek van goede praktijken enerzijds en tuchtzaken tegen adviserend artsen die de regels niet hebben gevolgd.

De heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, verwijst naar een arrest van het Grondwettelijk Hof, op grond waarvan de wetgever moet bepalen in welke gevallen er in hoofde van een ziekenfonds sprake is van een fout. In sommige gevallen is dat duidelijk, in andere gevallen kan de toewijzing van de fout betwist zijn. Als een werkgever een foutief attest van arbeidsongeschiktheid verzendt en als op basis daarvan een ongeoorloofde betaling wordt uitgevoerd, ligt de fout dan bij de betreffende werkgever of bij het ziekenfonds? Als in een register van de burgerlijke stand personen als samenwonend worden vermeld, terwijl zij in werkelijkheid alleenstaand zijn, welke instantie is dan verantwoordelijk? In dergelijke gevallen is er sprake van ketenaansprakelijkheid. De openbare instellingen van sociale zekerheid hebben aan de bevoegde minister gevraagd om artikel 17 op dit punt te verduidelijken.

Het is wenselijk dat de financiële vergoeding van de ziekenfondsen wordt geëvalueerd en gewogen, wat vroeger niet gebeurde. De kosten in de sectoren geneeskundige verzorging en uitkeringen moeten afzonderlijk worden onderzocht omdat ze niet dezelfde trends volgen.

Een *benchmarking* met het buitenland kan niet worden uitgevoerd voor de uitkeringen omdat landen die sector onder verschillende rubrieken onderbrengen. Voor geneeskundige verzorging is er ook een uitzuivering nodig om een objectieve vergelijking mogelijk te maken.

Het systeem van financiële verantwoordelijkheid dat in 1994 werd geconcipeerd, heeft nu wellicht geen effecten meer. De ziekenfondsen hebben wel zelf een systeem van zogenaamde collectieve verantwoordelijkheid uitgewerkt, maar dat heeft nadelen: de afsluiting van de rekeningen wordt erdoor vertraagd (omdat de parameters permanent moeten worden bijgesteld), de impact van de staatshervorming moet in rekening worden gebracht en de data waarop het systeem gebaseerd is, moeten een herweging ondergaan. De spreker is voorstander van de conceptie van een ander systeem, waarin verantwoordelijkheid vanzelfsprekend nog altijd een kernpunt moet zijn.

Contrairement aux contrôles individuels, les contrôles thématiques ne sont pas choisis sur la base de notifications, mais sur la base d'analyses des risques. Si les organismes assureurs eux-mêmes ont déjà effectué des recherches, des contrôles thématiques plus spécifiques sont possibles.

Il convient d'établir une distinction entre l'examen des bonnes pratiques, d'une part, et les procédures disciplinaires à l'encontre de médecins conseils qui n'ont pas respecté les règles, d'autre part.

M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI, renvoie à un arrêt de la Cour constitutionnelle, en vertu duquel le législateur doit déterminer dans quels cas il y a erreur dans le chef d'une mutualité. Dans certains cas, les choses sont claires, dans d'autres, l'attribution de l'erreur peut être contestée. Si un employeur envoie un certificat d'incapacité de travail incorrect et qu'un paiement non autorisé est effectué sur la base de celui-ci, la faute en incombe-t-elle à l'employeur concerné ou à la mutualité? Si un registre d'état civil mentionne que des personnes sont cohabitantes alors qu'elles sont en fait isolées, quelle est l'instance responsable? Dans de tels cas, il existe une responsabilité en chaîne. Les institutions publiques de sécurité sociale ont demandé au ministre compétent de clarifier l'article 17 sur ce point.

Il est souhaitable de procéder à une évaluation de l'indemnité financière des mutualités, ce qui n'a pas été fait dans le passé. Les coûts dans les secteurs des soins médicaux et des prestations doivent être examinés séparément, car ils ne suivent pas les mêmes tendances.

Il n'est pas possible d'effectuer une analyse comparative avec l'étranger en ce qui concerne les prestations, car des pays classent ce secteur sous des rubriques différentes. Les soins médicaux nécessitent également un filtrage pour permettre une comparaison objective.

Le système de responsabilité financière conçu en 1994 ne produit vraisemblablement plus d'effets à l'heure actuelle. Les mutualités ont élaboré elles-mêmes un système de "responsabilité collective", qui présente toutefois certains inconvénients: ce système retarde la clôture des comptes (car les paramètres doivent être ajustés en permanence), l'impact de la réforme de l'État doit être pris en compte et les données sur lesquelles se fonde ce système doivent être revues. L'orateur préconise l'élaboration d'un autre système dans lequel la responsabilité devrait bien entendu également occuper une place centrale.

De cartografie is slechts een inventaris van controles die moeten gebeuren, maar houdt geen verband met de bepaling van de *a posteriori*-controles die worden uitgevoerd, wat wel een belangrijke oefening is in het kader van het toekomstpact. De terugvorderingen in de sector van de geneeskundige verzorging moeten nog beter worden georganiseerd, naar het voorbeeld van de terugvorderingen in de sector van de uitkeringen.

De afspraken in het toekomstpact met betrekking tot *New Attest* moeten nog worden geëvalueerd, maar het betreft wel een belangrijk instrument. Het RIZIV heeft gewaarmerkte gegevens nodig, in het bijzonder voor de voorbereiding van rechtszaken, terwijl een directe toegang tot gegevens in databanken waarvan de correctheid niet wordt gewaarborgd niet nuttig is. Dat impliceert dat er tijd nodig is voor de opvraging, verzending en analyse van gegevens, maar daardoor is de informatie wel gewaarborgd.

Bij controles moet niet alleen aandacht gaan naar wat gecontroleerd wordt en op welke wijze de controles worden verricht; er moet ook en vooral aandacht gaan naar de resultaten. Omdat de resultaten in het verleden te beperkt waren, wordt daar nu sterk op ingezet. Inzake informatisering worden grote veranderingen doorgevoerd, maar de kosten die daarmee samenhangen zijn soms te groot in functie van de opbrengsten.

Het toekomstpact was geen voorwerp van de audit. Het systeem van collectieve verantwoordelijkheid werd door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV voorgesteld, maar is daarom nog geen realiteit, ook al staat het RIZIV positief tegenover hervormingen die tot vooruitgang leiden.

De werkingskosten van de ziekenfondsen blijken bij *benchmarking* binnen de Europese Unie niet op een te hoog niveau te liggen, al kunnen op het vlak van *governance* zeker nog efficiëntiewinsten worden geboekt.

Vroeger was het door het ontbreken van een analytische boekhouding niet mogelijk om het gedeelte van de administratiekosten dat betrekking heeft op de bevoegdheden van de Gemeenschappen precies te bepalen, maar het betreffende gedeelte werd geraamd op 22 miljoen euro. In 2018 wordt het op een bedrag van 39 miljoen euro ingeschat, in 2019 wordt uitgegaan van 36,1 miljoen euro.

Het toekomstpact betreft vooral de geneeskundige verzorging, terwijl 75 % van de activiteiten van de adviserend geneesheren op de uitkeringen betrekking

La cartographie n'est qu'un inventaire des contrôles qui doivent être effectués. Elle n'est pas liée à la réalisation de contrôles *a posteriori*, qui constituent pourtant un exercice important dans le cadre du pacte d'avenir. Il est important d'améliorer encore l'organisation des récupérations dans le secteur des soins de santé, à l'exemple de ce qui se passe dans le secteur des allocations.

Les dispositions du pacte d'avenir relatives à *New Attest* doivent encore être évaluées, mais l'orateur souligne qu'il s'agit d'un instrument important. L'INAMI a besoin de données certifiées conformes, en particulier en vue de la préparation de procédures judiciaires. Il est inutile d'avoir un accès direct à des banques de données reprenant des informations dont l'exactitude n'est pas garantie. La demande, la transmission et l'analyse de données prennent bien entendu un certain temps, mais une telle façon de faire garantit l'exactitude des informations.

Lors de la réalisation de contrôles, il ne faut pas seulement s'intéresser à ce qui est contrôlé et à la façon dont les contrôles sont effectués, mais aussi et surtout aux résultats obtenus. Les résultats étaient trop modestes dans le passé: cet élément est aujourd'hui fortement pris en compte. Des changements importants ont lieu concernant l'informatisation, mais les coûts qui en résultent sont parfois trop élevés par rapport aux gains obtenus.

Le pacte d'avenir n'a pas été soumis à l'audit. Le système de responsabilité collective a été proposé à l'INAMI par les organismes assureurs, mais il n'est pas encore effectif, même si l'INAMI est favorable aux réformes qui conduisent au progrès.

Un *benchmarking* révèle que les frais de fonctionnement des mutualités ne sont pas trop élevés par rapport à la moyenne européenne, bien que des gains d'efficacité puissent certainement encore être réalisés en termes de gouvernance.

Dans le passé, il était impossible de définir avec exactitude la part des frais d'administration relative aux compétences des Communautés, en raison de l'absence de comptabilité analytique. Cette part était estimée à 22 millions d'euros. Elle a été évaluée à 39 millions d'euros en 2018 et on table sur un montant de 36,1 millions d'euros pour 2019.

Le pacte d'avenir s'intéresse principalement aux soins de santé, alors que 75 % des activités des médecins-conseils portent sur les allocations. La réflexion sur les

hebben. De reflectie over de adviserend artsen handelt met name over de goede organisatie van een medische directie met een eigen verantwoordelijkheid, die gestoeld is op de onafhankelijkheid van de medische beoordeling. De moeilijkheid ligt in de combinatie van de uitoefening van een vrij beroep en een behoorlijk management. Het debat wordt met alle betrokken actoren gevoerd, maar heeft nog niet tot definitieve conclusies geleid.

De controles met betrekking tot de zorgverstrekkers betreffen vooral de administratieve contacten tussen die beroepsgroep en de ziekenfondsen en de transparantie van de afrekeningen.

De heer Jean Hermesse (Nationaal Intermutualistisch College) merkt op dat in verschillende onderdelen van het toekomstpact vooruitgang werd geboekt. Diverse aanbevelingen van het Parlement figureren in het pact en werden al gedeeltelijk geïmplementeerd: de analytische boekhouding, het *New Attest*, het e-atteest, de variabele administratiekosten, de auditdiensten, de controles, ... De stand van zaken in de uitvoering van het pact zal met de minister worden besproken.

Het bedrag van de administratiekosten van de ziekenfondsen bedraagt vandaag niet 1,2 miljard euro, zoals mevrouw Van Peel beweert, maar 1,054 miljard euro en is in 7 jaar tijd slechts met 2 % gestegen bij een inflatie van 11 % en toenemende loonkosten, wat impliceert dat de besparingen zich in diezelfde periode zich op een niveau van 15 % bevinden. De parameterformule werd wel in de wet opgenomen, maar in de praktijk nooit toegepast. Als de formule wel was toegepast, zouden de administratiekosten nu op een niveau van 1,376 miljard euro liggen; in plaats van dat systeem werden in de loop van de jaren uiteenlopende criteria ingevoerd. De onzekerheid over de beschikbare middelen maakt het voor de ziekenfondsen moeilijk om te plannen.

Het systeem van financiële verantwoordelijkheid dat in 1994 werd ingevoerd, functioneert niet en moet dus worden vervangen door een regeling die een beter beheer mogelijk maakt. De ziekenfondsen hebben in het systeem een groot bedrag aan boni opgebouwd, die evenwel door politieke beslissingen niet werden toegekend. Daarom hebben de verzekeringsinstellingen zelf het initiatief genomen voor een beter instrument, dat een instrument van collectieve verantwoordelijkheid wordt genoemd omdat alle ziekenfondsen bereid zijn om verantwoordelijkheid te dragen voor financiële tekorten. Dat moeilijke debat werd nooit gevoerd, terwijl het nochtans absoluut noodzakelijk is.

De interne controles van de ziekenfondsen hebben betrekking op conformiteit, maar er is ook nood aan controle op overeenstemming met de realiteit,

médecins-conseils est avant tout axée sur la bonne organisation d'une direction médicale investie d'une responsabilité propre fondée sur l'indépendance de l'évaluation médicale. La difficulté consiste à combiner l'exercice d'une profession libérale avec une gestion correcte. Le débat est mené avec l'ensemble des acteurs concernés, mais aucune conclusion définitive n'a encore pu être dégagée.

Les contrôles afférents aux prestataires de soins portent principalement sur les contacts administratifs existant entre cette catégorie professionnelle et les mutualités et sur la transparence des décomptes.

M. Jean Hermesse (Collège intermutualiste national) souligne que des progrès ont été enregistrés dans différents volets du pacte d'avenir. Plusieurs recommandations du Parlement figurent dans le pacte et ont déjà été partiellement mises en œuvre. On peut citer à cet égard la comptabilité analytique, *New Attest*, l'e-atteest, les frais d'administration variables, les services d'audit, les contrôles, ... L'état d'avancement de la mise en œuvre du pacte sera discuté avec la ministre.

Le montant des frais d'administration des mutualités s'élève aujourd'hui non pas à 1,2 milliard d'euros, comme le soutient Mme Van Peel, mais à 1,054 milliard d'euros. Il n'a augmenté que de 2 % en 7 ans malgré une inflation de 11 % et la croissance des frais salariaux, ce qui signifie que les économies s'élèvent pour la même période à 15 %. Si la formule des paramètres est reprise dans la loi, force est de constater qu'elle n'a jamais été appliquée en pratique. Si elle l'avait été, les frais d'administration s'élèveraient aujourd'hui à 1,376 milliard d'euros; au lieu de ce système, on a instauré au fil des ans des critères variés. Eu égard à l'incertitude quant aux moyens disponibles, les mutualités ont des difficultés à planifier correctement.

Le système de la responsabilité financière instauré en 1994 ne fonctionne pas et doit donc être remplacé par une réglementation permettant une meilleure gestion. Dans le cadre de ce système, les mutualités ont constitué d'importants bonis qui n'ont toutefois pas été alloués en raison de décisions politiques. C'est pourquoi les organismes assureurs ont eux-mêmes pris l'initiative de développer un meilleur instrument, qualifié d'instrument de responsabilité collective étant donné que toutes les mutualités sont disposées à supporter la responsabilité de déficits financiers. Ce débat difficile n'a jamais été mené bien qu'il soit absolument nécessaire de le faire.

Les contrôles internes des mutualités portent sur la conformité, mais il convient également de contrôler la correspondance avec la réalité, ce qui implique par

wat bijvoorbeeld betekent dat de elektronische identiteitskaart van een verzekerde wordt ingelezen. Als de cartografie wordt vertaald in bepaalde regels, impliceert dit dat de conformiteit wordt gecontroleerd aan de hand van 200 000 mogelijke lijnen van verwerping. Veel controles moeten noodzakelijkerwijs *a posteriori* gebeuren op basis van profielen, bijvoorbeeld wat het voorschrijven van antibiotica betreft. De moeilijkheid ligt onder meer in de vraag of bepaalde *a posteriori*-vaststellingen kunnen worden geëxtrapoleerd, maar uiteindelijk kan de positieve impact van dit type van controles wel zeer groot zijn.

De digitalisering van de attesten van huisartsen is een belangrijk informatiseringsproject dat momenteel lopend is. In een volgende fase zullen de andere zorgverstrekkers ook digitale attesten kunnen uitreiken.

In het kader van het begrotingstoezicht zijn er partiële begrotingen per sector. Bij de overschrijding van een partiële begroting hebben alle betrokken actoren de verplichting om maatregelen voor te stellen die de middelen inperken, bijvoorbeeld door geen indexering toe te passen.

De heer Xavier Brenez (Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen) merkt op dat de informatiseringsprojecten tot nu toe meer hebben gekost dan ze hebben opgebracht. Hopelijk kan die verhouding in de toekomst worden omgekeerd door een besparing op de administratiekosten.

De wens om synergieën te creëren door middel van het gemeenschappelijk informaticaplatform is algemeen, maar het betreft een complexe oefening. Op termijn kan belangrijke vooruitgang worden verwacht.

De mogelijkheid om op administratiekosten te besparen door de overdracht van opdrachten van de ziekenfondsen naar het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is zeer beperkt.

Uit de boekhoudkundige gegevens blijkt dat de administratiekosten in het algemeen niet volledig worden gedekt door de vergoedingen die de overheid toekent.

Of er mechanismen van responsabilisering tussen de landsbonden en de ziekenfondsen bestaan, is een zaak van de interne organisatie van die entiteiten. Bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen bestaan er interne responsabiliseringsmechanismen.

De heer Geert Messiaen (Landsbond van Liberale Mutualiteiten) merkt op dat de administratiekosten

exemple la lecture des cartes d'identité électroniques des assurés. Lorsque la cartographie se traduit sous la forme de certaines règles, la conformité est contrôlée sur la base de 200 000 lignes de rejet possibles. De nombreux contrôles doivent nécessairement avoir lieu *a posteriori* sur la base de profils, par exemple pour la prescription d'antibiotiques. La difficulté réside notamment dans la question de savoir si certaines constatations *a posteriori* peuvent être extrapolées. Cependant, en fin de compte, l'impact positif de ce type de contrôles peut être très important.

La numérisation des attestations de soins des médecins généralistes est un important projet d'informatisation actuellement en cours. Au cours d'une phase ultérieure, les autres prestataires de soins pourront également délivrer des attestations de soins numériques.

Dans le cadre du contrôle budgétaire, des budgets partiels sont prévus par secteur. En cas de dépassement du budget partiel, tous les acteurs concernés sont obligés de proposer des mesures visant à limiter les moyens, par exemple la non-application de l'indexation.

M. Xavier Brenez (Union Nationale Mutualités Libres) fait observer que, jusqu'à présent, les projets d'informatisation ont coûté plus qu'ils n'ont rapporté. Il est à espérer que ce rapport puisse être inversé à l'avenir grâce à des économies sur les frais d'administration.

Le souhait de créer des synergies grâce à une plate-forme informatique commune est général mais il s'agira d'un exercice complexe. À terme, des avancées importantes peuvent être attendues.

La possibilité de faire des économies sur les frais d'administration en transférant certaines tâches des mutualités à l'Agence intermutualiste (AIM) est très limitée.

Il ressort des données comptables que les frais d'administration ne sont généralement pas entièrement couverts par les indemnités octroyées par les autorités publiques.

Quant à la question de savoir si des mécanismes de responsabilisation existent entre les unions nationales et les mutualités, elle relève de l'organisation interne de ces entités. Il existe cependant des mécanismes de responsabilisation internes au sein des Mutualités libres.

M. Geert Messiaen (Union nationale des mutualités libérales) fait observer que les frais d'administration

van de ziekenfondsen in België zeer laag liggen in vergelijking met private organisaties en met het buitenland: 3 tot 4 % van de omzet. Sinds 2016 werden nieuwe, strengere regels uitgevaardigd om een goed werkend ziekenfonds te bekomen via de variabele administratiekosten. Van 10 evaluatiecriteria werd overgegaan naar 7 sleutelprocessen. Helaas werden de investeringen in gezondheidspromotie afgebouwd, terwijl dit toch één van de belangrijkste opdrachten van het ziekenfonds is die indirect leidt tot besparingen in de uitgaven voor de gezondheidszorg.

Bij de introductie van nieuwe beheersinstrumenten moeten voldoende bijkomende middelen ter beschikking worden gesteld van de ziekenfondsen om de instrumenten op het terrein waar te maken.

Op 28 november 2016 hebben de minister en de verzekeringsinstellingen een plan met 66 acties goedgekeurd, dat ondertussen al in belangrijke mate werd uitgevoerd. Er werd dus niet gewacht op de resolutie en de auditrapporten van het RIZIV om belangrijke verbeteringen te realiseren.

De heer Paul Callewaert (Solidaris, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten) formuleert eerst een rechtzetting: hij heeft geen kritiek op het rapport van het Rekenhof, maar brengt er wel nuanceringen en aanvullingen bij aan. Het is hem opgevallen dat de meeste leden een positieve analyse maken van de uitgebreide inspanningen van de verzekeringsinstellingen voor een beheersing van de administratiekosten terwijl enkel mevrouw Van Peel een negatieve evaluatie maakt. In haar persbericht citeerde zij overigens foutieve cijfers om haar stellingen te ondersteunen. Verbeteringen blijven altijd mogelijk, maar de wezenlijke vooruitgang kan niet worden geloofend.

Het responsabiliseringsmechanisme uit 1994 heeft vroeger wel degelijk vruchten afgeworpen. Het functioneert nu niet meer door uiteenlopende factoren, zoals de staatshervorming en de toevoeging van nieuwe parameters, waardoor een nieuw instrument noodzakelijk is geworden.

De verzekeringsinstellingen responsabiliseren de artsen, met name wat hun voorschrijfgedrag betreft. Jongere artsen staan in het algemeen meer open voor bijsturing dan hun oudere collega's. Ook op dit terrein werd reeds vooruitgang geboekt. Om een controle *a posteriori* te doen die in de diepte gaat en de gedragingen van zorgverstrekkers analyseert, moeten alle gegevens beschikbaar zijn. Die controles

des mutualités sont très faibles, en Belgique, par rapport aux organisations privées et à l'étranger: 3 à 4 % du chiffre d'affaires. Depuis 2016, de nouvelles règles plus sévères ont été édictées en vue de parvenir à une mutualité qui fonctionne bien par le biais de frais d'administration variables. Dans ce cadre, on est passé de dix critères d'évaluation à sept processus clés. Malheureusement, les investissements dans la promotion de la santé ont été réduits alors qu'il s'agit quand-même d'une des missions les plus importantes des mutualités qui conduit indirectement à réaliser des économies dans les soins de santé.

Lors de l'introduction de nouveaux instruments de gestion, il convient de mettre suffisamment de moyens supplémentaires à la disposition des mutualités pour pouvoir mettre ces instruments en œuvre sur le terrain.

Le 28 novembre 2016, le ministre et les organismes assureurs ont approuvé un plan prévoyant 66 actions, plan qui a aujourd'hui déjà été largement mis en œuvre. On n'a donc pas attendu la résolution et les rapports d'audit de l'INAMI pour réaliser d'importantes améliorations.

M. Paul Callewaert (Solidaris, Union Nationale des Mutualités Socialistes) procède d'abord à une rectification: il n'a pas de critiques à l'égard du rapport de la Cour des comptes mais y apporte quelques nuances et des compléments d'information. L'orateur a été frappé de constater que la plupart des membres font une analyse positive des efforts importants déployés par les organismes assureurs en vue de maîtriser les coûts administratifs et que seule l'évaluation de Mme Van Peel est négative. Dans son communiqué de presse, elle a d'ailleurs cité des chiffres erronés pour soutenir ses affirmations. Des améliorations restent toujours possibles, mais on ne peut nier les progrès substantiels qui ont été réalisés.

À une époque, le mécanisme de responsabilisation de 1994 a bel bien porté ses fruits. S'il ne fonctionne plus aujourd'hui, c'est en raison de facteurs très divers, comme la réforme de l'État et l'ajout de nouveaux paramètres, ce qui a rendu un nouvel instrument nécessaire.

Les organismes assureurs responsabilisent les médecins, notamment en matière de prescriptions. En général, les jeunes médecins sont davantage disposés que leurs aînés à modifier leur comportement en la matière. Des avancées ont déjà été réalisées dans ce domaine. Pour effectuer un contrôle *a posteriori*, qui aille en profondeur et analyse les comportements des prestataires de soins, toutes les données doivent être

vinden altijd in nauw overleg tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen plaats.

In de hypothese van 1 minuut per transactie zou het socialistisch ziekenfonds over 12 000 medewerkers moeten beschikken, terwijl er nu slechts 6 000 zijn. Er zijn ook belangrijke terugverdieneffecten voor de overheid, met name door belastingen en sociale bijdragen.

Alle sectoren zijn financieel in evenwicht, met uitzondering van de sector van de geneeskundige verzorging. Besparingsvoorstellen van de verzekeringsinstellingen worden regelmatig van tafel geveegd, terwijl ze nuttig kunnen zijn.

New Attest maakt de terbeschikkingstelling van documenten eenvoudiger, maar leidt niet automatisch tot adequate controlemechanismen. Het is wel een belangrijke stap op de weg naar een efficiënte controle.

De grootste besparingen (125 miljoen euro) werden aan de verzekeringsinstellingen opgelegd op een ogenblik dat er juist nood was aan belangrijke investeringen om de overstap te maken van uitbetaling naar brede dienstverlening, terwijl de banksector in dezelfde periode door de overheid werd geherfinancierd. Te ver doorgedreven besparingen leiden onvermijdelijk tot een vermindering van de dienstverlening.

Er was aanvankelijk een misverstand over de cartografie: de verzekeringsinstellingen interpreteerden dit als een terbeschikkingstelling van gegevens over de uitgevoerde controles, terwijl het RIZIV verwachtte om op de hoogte te worden gebracht van de resultaten op de controles. Zodra dat duidelijk was, hebben de verzekeringsinstellingen ook die bijkomende informatie meegedeeld.

De spreker besluit dat inzake controle en transparantie van de verzekeringsinstellingen belangrijke vooruitgang werd en wordt geboekt.

3. Replieken van de leden

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) blijft bij de essentie van haar kritiek: administratiekosten worden toegekend zonder dat duidelijk is waaraan de middelen worden besteed en of ze op een doeltreffende wijze worden aangewend. De invoering van een analytische boekhouding zal hopelijk tot meer transparantie leiden.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) stelt dat de audit in de eerste plaats betrekking heeft op toezichtsorganen

beschikbaar. Ces contrôles ont toujours lieu en étroite concertation entre l'INAMI et les organismes assureurs.

Dans l'hypothèse où l'on compterait en moyenne une minute par transaction, la mutualité socialiste devrait disposer de 12 000 collaborateurs, alors qu'elle n'en compte que 6 000 à l'heure actuelle. Il y a également des retombées importantes pour les pouvoirs publics, notamment par le biais des impôts et des cotisations sociales.

Tous les secteurs sont en équilibre sur le plan financier, à l'exception du secteur des soins médicaux. Les propositions d'économies formulées par les organismes assureurs sont régulièrement rejetées, alors qu'elles pourraient être utiles.

La plate-forme *New Attest* facilite la mise à disposition de documents mais ne débouche pas automatiquement sur des mécanismes de contrôle adéquats. Il s'agit toutefois d'un pas important vers un contrôle efficace.

Les économies les plus importantes (125 millions d'euros) ont été imposées aux organismes assureurs à un moment où ils avaient justement besoin d'investissements importants pour passer de l'activité de remboursement à un large éventail de services, alors qu'à la même période, le secteur bancaire était refinancé par les pouvoirs publics. Des économies excessives entraînent inévitablement une diminution du service.

Il y a eu au départ un malentendu à propos de la cartographie: aux yeux des organismes assureurs, il s'agissait d'une mise à disposition de données relatives aux contrôles effectués, tandis que l'INAMI s'attendait à être mis au courant des résultats des contrôles. Dès que les choses ont été précisées, les organismes assureurs ont également communiqué ces informations supplémentaires.

L'orateur conclut en soulignant qu'en matière de contrôle et de transparence des organismes assureurs, des avancées importantes ont été – et sont encore – réalisées.

3. Répliques des membres

Mme Valerie Van Peel (N-VA) maintient l'essentiel de sa critique: les frais administratifs sont imputés sans que l'on sache clairement à quoi ont servi les moyens engagés et s'ils ont été utilisés de manière efficace. La mise en place d'une comptabilité analytique devrait, espère-t-elle, déboucher sur plus de transparence.

Mme Monica De Coninck (sp.a) indique que l'audit portait avant tout sur les organes de contrôle et sur le

en interne controle. Een audit is een nuttig instrument op voorwaarde dat overleg wordt gepleegd met alle actoren om draagvlak te creëren en er daardoor meer kansen op een effectieve implementatie zijn. Er is ook nood aan opvolgingsaudits om de aanbevelingen op het terrein waar te maken.

Er moet worden benadrukt dat er andere prioriteiten zijn dan de beheersing van de administratiekosten: preventief beleid, effectiviteit en het imago van de ziekenfondsen.

De finaliteit moet duidelijk worden gedefinieerd. Kostenbeheersing lijkt centraal te staan, maar de vorm van de controle en de doelstellingen van de controle moeten ook duidelijk worden geïdentificeerd. Anders zullen de resultaten te beperkt zijn.

De rapporteurs,

Valerie
VAN PEEL

Dirk JANSSENS

De voorzitters,

Vincent
VAN QUICKENBORNE

Anne DEDRY

contrôle interne. Un audit est un instrument utile, à condition qu'il y ait une concertation avec tous les acteurs concernés afin de susciter une adhésion et augmenter ainsi les chances d'une mise en œuvre effective des recommandations. L'intervenante souligne également la nécessité de réaliser des audits de suivi afin de s'assurer de la concrétisation des recommandations sur le terrain.

Mme De Coninck souligne qu'il y a d'autres priorités que la maîtrise des frais administratifs: la politique de prévention, l'efficacité et l'image des mutualités.

Les finalités doivent être clairement définies. La maîtrise des coûts semble occuper une place centrale, mais la forme et les objectifs du contrôle doivent également être clairement identifiés, faute de quoi les résultats seront trop limités.

Les rapporteurs,

Valerie
VAN PEEL

Dirk JANSSENS

Les présidents,

Vincent
VAN QUICKENBORNE

Anne DEDRY

BIJLAGE

ANNEXE

25/04/2019



Controle op de ziekenfondsen

Audit in uitvoering van de resolutie van de
Kamer van Volksvertegenwoordigers van 22
oktober 2015

Onderzoeksvragen (OV)

- Zijn de controlediensten voldoende in staat hun wettelijke toezichtsoverdrachten op de ziekenfondsen uit te oefenen en beschikken ze hiervoor over de nodige middelen en instrumenten (OV₁)?
- Hoe organiseren de controlediensten hun controles en in welke mate is hierbij sprake van een coherent controlebeleid binnen en tussen die diensten (OV₂)?
- Op welke wijze wordt er afgestemd en voortgebouwd op het werk van de andere toezichtsactoren binnen de ziekenfondsen (OV₃)?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

2

25/04/2019



SCOPE

- Controles door CDZ en diensten DAC en DGEC van het RIZIV op het beheer en de activiteiten van de ziekenfondsen.
 - Andere diensten RIZIV (DGV, DU, etc.) → evaluatie beheersprestaties.
 - Budget: bijna 50 miljoen euro (2016).

Activiteiten van de ziekenfondsen:

- Ziekteverzekering: geneeskundige verzorging (circa 26,5 miljard euro in 2019) en uitkeringen (circa 9,1 miljard euro in 2019).
 - O.a. eerstelijnscontroles op prestaties en uitkeringen.
 - Administratiekosten (circa 1,2 miljard euro in 2019).
- Verplichte en vrije aanvullende verzekeringen + verzekeringsactiviteiten (circa 1,6 miljard euro in 2017).
 - Ledenbijdragen.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

3



Lopende initiatieven

- Toekomstpact met de ziekenfondsen
- Handhavingsplan(nen)
- Redesign

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

4

25/04/2019

Organisatie van de controle (OV2)

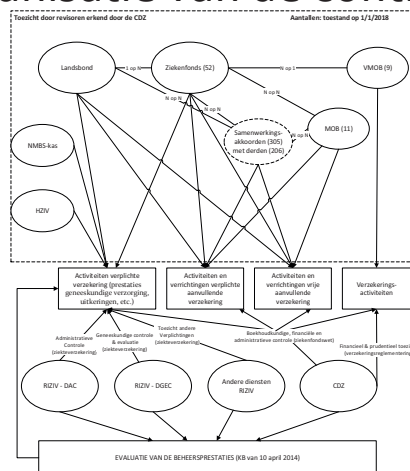
Algemeen:

- CDZ en DAC/DGEC: verschillende opdrachten en wettelijk kader.
- Gemeenschappelijk: evaluatie van de beheersprestaties.
- Weinig overlappingsen of hiaten.
- Wederzijdse informatieverstrekking (behoudens impact discretieplicht CDZ).

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

5

Organisatie van de controle (OV2)



Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

6

25/04/2019



Organisatie van de controle (OV2)

Specifieke aandachtspunten CDZ:

- Moeilijk toezicht op samenwerking met derden.
- Toestand uitzuivering aanvullende diensten?
- Selectie van domeinen evaluatie + uitvoering door de externe revisoren (zie verder).
- Minder tijd voor thematische /plenaire controles voorgesteld in risicoanalyse.
- Aanbevelingen?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

7



Organisatie van de controle (OV2)

Aandachtspunten DAC/DGEC:

- Moeilijke selectie van doeltreffende thematische controles (DAC) en controles terugbetaling geneeskundige verzorging (DGEC).
 - Impact op controles uitgeoefend door CDZ!
 - Meer eerstelijnscontroles.
- Toezicht op de werking van adviserend artsen (DGEC) (toekomstpact)?
- Aanbevelingen?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

8

25/04/2019

Organisatie van de controle (OV2)

Voorbeeld DGEC:

Tabel 3 – Overzicht controles DGEC in het kader van de variabele administratiekost 2015-2016 (bedragen in euro)

Jaar	Omschrijving	% foute controles	Onverschuldigd bedrag
2015	Cumulverboden ingrepen knie	0,00%	0,00
2015	Cumulverbod chir/endoscopie sinussen	1,19%	7.395,68
2015	Meerdere coronaro's per dag	0,47%	43.334,34
2015	Meer dan 3 diagnostische blokkades per jaar	0,42%	2.233,91
2015	Cumul amygdalectomie en adenoïdectomie	20,54%	36.223,86
2015	Cumul aanwezigheid pediater en maagcatherisatie	0,10%	332,50
2015	Levering van optiekproducten door niet-geconventioneerde opticiens	2,64%	24.923,30
2015	Verpleegkundige toediening van medicamenten 1x per dag	0,12%	204,21
2015	Cumul PETscan met meerdere scannerverstrekingen	1,23%	8.043,50
2016	Reanimatie-code van een dienst	1,29%	nb.
2016	Reanimatie-code plaats prestaties	0,25%	nb.
2016	Heelkunde-analyse van de aparte opereerstreken	1,14%	1.036,68
2016	Medische beeldvorming-code plaats prestaties	16,67%	14.453.448,61
2016	Implantaten-controle verstrekingen	33,42%	7.714,21

Bron: DGEC

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

9

Afstemming met andere interne controleactoren (OV3)

- Voornamelijk tussen CDZ en externe revisoren, minder met interne audit.
- Overlap CDZ – revisoren vermeden via:
 - Omzendbrieven en onderrichtingen.
 - Informatie-uitwisseling.
 - Gebruik werkdoos revisoren?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

10

25/04/2019

Afstemming met andere interne controleactoren (OV₃)

- Maar: verschil werkwijze revisoren – CDZ
 - zichtbaar bij evaluatie beheersprestaties.
- Acties CDZ:
 - Overname van enkele domeinen (controles) vroeger uitgevoerd door revisor.
 - Uitbreiding gevraagde controles (vb. algemene evaluatie interne controle en interne audit).
- Toekomstpact: meer samenwerking en coördinatie tussen CDZ, landsbonden en revisoren?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

11

Afstemming met andere interne controleactoren (OV₃)

Resultaten evaluatie beheersprestaties 2016:

Tabel 7 – Resultaten 2016 verdeeld over CDZ en RIZIV – 5 landsbonden + NMBS-kas (in duizend euro)

Controleactor	Toe te kennen	Toegekend	%	Gewicht van de domeinen op het totaal variabel deel in %
CDZ	59.481	57.945	97,42	54,77
%Waarvan revisoren	13.987	13.969	99,88	12,80
RIZIV	48.865	43.141	88,29	45,23
Eindtotaal	108.345	101.086	93,30	100

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

12

25/04/2019



Middelen en instrumenten (OV₁)

- Personeel: moeilijkheden om gekwalificeerd personeel te vinden én te houden.
 - CDZ: weinig concurrentieel – beperkte doorgroeimogelijkheden.
 - RIZIV: probleem artsen en apothekers.
- Financiering: invulling van de financiering m.b.t. de overgedragen bevoegdheden naar gemeenschappen?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

13



Middelen en instrumenten (OV₁)

Wat ontbreekt?

- Belang van uniformiteit (toekomstpact).
- Informatie interne controle en audit bij de ziekenfondsen.
 - Weinig bruikbare cartografie van controles.
- Rechtstreekse toegang tot facturatie- en aanrekeningsgegevens (IMA): toestand?
- Duidelijke (controleerbare) afspraken (vb. nomenclatuur).

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

14

25/04/2019

Handhaving en sturing (OV1)

- Focus op preventie en regularisatie! → Effect niet gekend.
- Sancties (boetes): weinig opgelegd (effect niet onderzocht, probleem dubbele bestraffing, betwistingen).
- Responsabilisering ziekenfondsen voor niet-teruggevorderde bedragen.
 - Onduidelijk effect.
 - Ontbrekende normen.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

15

Handhaving en sturing (OV1)

Evaluatie beheersprestaties:

- Ontstaan in 1993 (6 criteria, 10 in 2002).
- Vanaf 2016: Evaluatie 7 beheersprocessen met jaarlijks te bepalen domeinen en indicatoren met als voornaamste doel: flexibiliteit ↑
- Toekomstpact:
 - Variabel deel (10%): vanaf 2019 + 2,5% tot 20% in 2022.
 - Niet-toegekende gedeelte: te gebruiken voor innovatie en efficiëntieverbeteringen.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

16

25/04/2019

Handhaving en sturing (OV1)

Evaluatie beheersprestaties: impact

Tabel 6 - Impact van de evaluatie van de beheersprestaties periode 2014 - 2016 - 5 landsbonden + NMBS-kas (in duizend euro)

Jaar	Variabel deel	Toegekend		Niet-toegekend	
	Bedrag	Bedrag	%	Bedrag	%
2014	108.180	104.748	96,83	3.432	3,17
2015	109.980	107.767	97,99	2.213	2,01
2016	108.345	101.086	93,30	7.260	6,70

Bron: CDZ

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

17

Handhaving en sturing (OV1)

Maar:

- Onduidelijke selectie van domeinen (geen risico-afweging).
- Weinig doelstellingen en verbintenissen toekomstpact.
- Geen aanpassing evaluatieschalen (opdracht CDZ).
- Verschillen domeinen RIZIV-CDZ-revisoren.
- Geen evaluatie HZIV.
- Evolutief proces: eerste evaluatie door CDZ-RIZIV-ziekenfondsen ondertussen afgerond?

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

18

25/04/2019



Conclusies

Positief:

- Goede taakverdeling en samenwerking.
- Weinig overlapping.

Middelen en instrumenten niet optimaal:

- Weinig informatie over de controles door ziekenfondsen (cartografie weinig bruikbaar).
- Onduidelijke normen.
- Drempels toegang facturatie- en aanrekeningsgegevens.
 - gebrek aan transparantie: vermindert de doelmatigheid van het toezicht en de uniformiteit.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

19



Conclusies

Controles van CDZ-RIZIV (DAC/DGEC):

- Selectie controles en domeinen evaluatie beheersprestaties: weinig gebaseerd op analyses.
- Weinig nieuwe domeinen CDZ en toekomstpact.
- Weinig aandacht voor aanbevelingen.
- Toezicht adviserend artsen: verdere uitwerking.

Andere interne controleactoren: slechts afstemming met revisoren (CDZ), weinig gebruik werkdoosier.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

20

25/04/2019

Aanbevelingen

In het kader van het toenemend belang aan uniformiteit (zie toekomstpact):

- Duidelijke afspraken over controles ziekenfondsen.
- Informatie over hoe de ziekenfondsen werken.
- Ruime toegang tot gegevens verrichtingen.
 - Op basis hiervan: op punt stellen selectiemethodes, ook voor domeinen evaluatie beheersprestaties.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

21

Aanbevelingen

- Meer aandacht voor concrete aanbevelingen.
- Optimalisering evaluatie beheersprestaties.
- Versterkte samenwerking/informatie-uitwisseling met revisoren en interne audit: impact toekomstpact?
- Nog diverse standpunten in te nemen.

Maar: Uitrol toekomstpact nog gaande + initiatieven gestart bij de controlediensten.

Rekenhof: Controle op de ziekenfondsen

22

25/04/2019



25/04/2019



Cour des comptes

Contrôle des mutualités

Audit en exécution de la résolution de la
Chambre des représentants du 22 octobre
2015



Questions d'audit (QA)

- Les services de contrôle sont-ils suffisamment en mesure d'exercer leurs missions de contrôle légal sur les mutualités et disposent-ils des moyens et instruments nécessaires à cet effet (QA 1) ?
- De quelle façon les services de contrôle organisent-ils leur contrôle et dans quelle mesure y a-t-il une politique de contrôle cohérente au sein de ces services et entre ces services (QA 2) ?
- Dans quelle mesure est-il tenu compte du travail réalisé par les autres acteurs de contrôle au sein des mutualités et celui-ci est-il poursuivi (QA 3) ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

2

25/04/2019

Champ

- Contrôles de la gestion et des activités des mutualités par l'OCM et les services SCA et SECM de l'Inami.
 - Autres services de l'Inami (Service des soins de santé, Service des indemnités, etc.) ? → évaluation des prestations de gestion.
 - Budget : près de 50 millions d'euros (2016).

Activités des mutualités :

- Assurance maladie : soins de santé (environ 26,5 milliards d'euros en 2019) et indemnités (environ 9,1 milliards d'euros en 2019).
 - E. a. contrôles de première ligne des prestations et indemnités.
 - Frais d'administration (environ 1,2 milliard d'euros en 2019).
- Assurances obligatoires et complémentaires libres + activités d'assurance (environ 1,6 milliard d'euros en 2017).
 - Cotisations des affiliés.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

3

Initiatives en cours

- Pacte d'avenir avec les mutualités
- Plan(s) d'action
- Redesign

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

4

25/04/2019

Organisation du contrôle (QA 2)

Points d'attention spécifiques OCM :

- Contrôle difficile de la collaboration avec des tiers.
- Situation de l'épuration des services complémentaires ?
- Sélection des domaines d'évaluation + exécution par les réviseurs externes (voir ci-dessous).
- Moins de temps alloué aux contrôles thématiques/pléniers proposés dans l'analyse de risques.
- Recommandations ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

7

Organisation du contrôle (QA 2)

Points d'attention SCA/SECM :

- Difficulté de sélectionner des contrôles thématiques (SCA) et des contrôles du remboursement des prestations de santé (SECM) pertinents.
 - Incidence sur les contrôles effectués par l'OCM !
 - Davantage de contrôles de première ligne.
- Contrôle du fonctionnement des médecins-conseils (SECM) (pacte d'avenir) ?
- Recommandations ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

8

25/04/2019

Organisation du contrôle (QA 2)

Exemple SECM :

Tableau 3 – Liste des contrôles SECM dans le cadre des frais d'administration variables 2015-2016 (montants en euros)

Année	Libellé	% de contrôles erronés	Montant indu
2015	Interdiction de cumul chirurgie du genou	0,00 %	0,00
2015	Interdiction de cumul chirurgie/endoscopie sinus	1,19 %	7.395,68
2015	Plusieurs coronaro par jour	0,47 %	43.334,34
2015	Plus de trois blocages diagnostiqués par an	0,42 %	2.233,91
2015	Cumul amygdaléctomie et adénoïdectomie	20,54 %	36.223,86
2015	Cumul présence pédiatre et tubage gastrique	0,10 %	332,50
2015	Fournitures d'optique par les opticiens non conventionnés	2,64 %	24.923,30
2015	Administration médicaments par infirmière 1 x par jour	0,12 %	204,21
2015	Cumul PETscan et autres prestations techniques	1,23 %	8.043,50
2016	Réanimations - code service	1,29 %	nb.
2016	Réanimations - code lieu de prestation	0,25 %	nb.
2016	Soins de chirurgie	1,14 %	1.036,68
2016	Imagerie - code de lieu de prestation	16,67 %	14.453.448,61
2016	Implants - contrôle prestations	33,42 %	7.714,21

Source : SECM

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

9

Prise en compte du travail d'autres acteurs du contrôle interne (QA 3)

- Principalement entre l'OCM et les réviseurs externes, moins avec l'audit interne.
- Chevauchement OCM – réviseurs évité via :
 - Des circulaires et des instructions.
 - Un échange d'informations.
 - Utilisation du dossier de travail des réviseurs ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

10

25/04/2019

Prise en compte du travail d'autres acteurs du contrôle interne (QA 3)

- Mais : méthode différente réviseurs - OCM
 - visible au niveau de l'évaluation des prestations de gestion.
- Actions de l'OCM :
 - Reprise de certains domaines (contrôles) réalisés auparavant par les réviseurs.
 - Extension des contrôles demandés (p. ex. évaluation générale du contrôle interne et de l'audit interne).
- Pacte d'avenir : renforcement de la collaboration et de la coordination entre l'OCM, les unions nationales et les réviseurs ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

11

Prise en compte du travail d'autres acteurs du contrôle interne (QA 3)

Résultats de l'évaluation des prestations de gestion 2016 :

Tableau 7 – Résultats 2016 ventilés entre l'OCM et l'Inami – 5 unions nationales + Caisse SNCB (en milliers d'euros)

Akteur du contrôle	À octroyer	Octroyé	%	Pondération des domaines sur la partie variable totale
OCM	59.481	57.945	97,42%	54,77%
<i>Dont les réviseurs</i>	<i>13.987</i>	<i>13.969</i>	<i>99,88%</i>	<i>12,80%</i>
Inami	48.865	43.141	88,29%	45,23%
Total final	108.345	101.086	93,30%	100%

Source : OCM

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

12

25/04/2019



Moyens et instruments (QA 1)

- Personnel : difficultés pour trouver et conserver du personnel qualifié.
 - OCM : peu concurrentiel – faibles possibilités de carrière.
 - Inami : problème médecins et pharmaciens.
- Financement : régime de financement concernant les compétences transférées aux communautés ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

13



Moyens et instruments (QA 1)

Que manque-t-il ?

- Importance de l'uniformité (pacte d'avenir).
- Informations sur le contrôle et l'audit internes auprès des mutualités.
 - Cartographie peu utilisable des contrôles.
- Accès direct aux données de facturation et d'imputation (AIM) : situation ?
- Accords clairs (contrôlables) (p. ex., nomenclature).

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

14

25/04/2019

Sanctions et encadrement (QA 1)

- Accent sur la prévention et la régularisation ! → Effet inconnu.
- Sanctions (amendes) : peu appliquées (effet pas examiné, problème de double sanction, contestations).
- Responsabilisation des mutualités pour les montants non récupérés.
 - Effet peu clair.
 - Absence de normes.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

15

Sanctions et encadrement (QA 1)

Évaluation des prestations de gestion :

- Démarrage en 1993 (6 critères, 10 en 2002).
- Depuis 2016 : évaluation de 7 processus de gestion et sélection annuelle de domaines et indicateurs, avec comme but principal d'augmenter la flexibilité
- Pacte d'avenir :
 - Partie variable (10%) : à partir de 2019 + 2,5% pour arriver à 20% en 2022.
 - Partie non octroyée : à utiliser pour l'innovation et l'amélioration de l'efficacité.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

16

25/04/2019

Sanctions et encadrement (QA 1)

Évaluation des prestations de gestion : incidence

Tableau 6 – Incidence de l'évaluation des prestations de gestion pour la période 2014-2016 – 5 unions nationales + Caisse SNCB (en milliers d'euros)

Année	Partie variable	Octroyé		Non octroyé	
	Montant	Montant	%	Montant	%
2014	108.180	104.748	96,83%	3.432	3,17%
2015	109.980	107.767	97,99%	2.213	2,01%
2016	108.345	101.086	93,30%	7.260	6,70%

Source : OCM

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

17

Sanctions et encadrement (QA 1)

Mais :

- Sélection imprécise des domaines (pas de pondération des risques).
- Peu d'objectifs et d'engagements du pacte d'avenir.
- Pas d'adaptation des échelles d'évaluation (tâche OCM).
- Différences entre les domaines Inami - OCM - réviseurs.
- Absence d'évaluation de la Caami.
- Processus évolutif : première évaluation par l'OCM-l'Inami-les mutualités clôturée entre-temps ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

18

25/04/2019



Conclusions

Positif :

- Bonne répartition des tâches et collaboration.
- Peu de chevauchements.

Moyens et instruments pas optimaux :

- Peu d'informations sur les contrôles effectués par les mutualités (cartographie peu utilisable).
- Normes peu claires.
- Accès limité aux données de facturation et d'imputation.
→ Manque de transparence : diminue l'efficacité du contrôle et l'uniformité.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

19



Conclusions

Contrôles de l'OCM-de l'Inami (SCA/SECM) :

- Sélection des contrôles et des domaines pour l'évaluation des prestations de gestion : guère basée sur des analyses.
- Peu de nouveaux domaines à l'OCM et pacte d'avenir.
- Faible attention accordée aux recommandations.
- Surveillance médecins conseils : à développer.

Autres acteurs du contrôle interne : uniquement prise en compte des travaux des réviseurs (OCM), faible utilisation du dossier de travail.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

20

25/04/2019



Recommandations

Vu l'importance croissante de l'uniformité (voir pacte d'avenir) :

- Accords clairs quant aux contrôles des mutualités.
- Informations sur la manière dont les mutualités travaillent.
- Large accès aux données concernant les opérations.
 - Sur cette base : mise au point de méthodes de sélection, y compris pour les domaines de l'évaluation des prestations de gestion.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

21



Recommandations

- Attention accrue pour les recommandations concrètes.
- Optimisation de l'évaluation des prestations de gestion.
- Renforcement de la collaboration/l'échange d'informations avec les réviseurs et l'audit interne : incidence pacte d'avenir ?
- Diverses positions encore à prendre.

Mais : déploiement du pacte d'avenir encore en cours + initiatives lancées par les services de contrôle.

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

22

25/04/2019



Merci.

Des questions ?

Cour des comptes : Contrôle des mutualités

23