



**OFFICE DE CONTROLE
DES MUTUALITES**

**DOMAINES ET INDICATEURS D'APPLICATION POUR L'EVALUATION
DE L'EXERCICE 2016**

Dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, qui sera mise en application pour la première fois en 2016, en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 10 avril 2014, quatorze domaines ont été fixés dans le chef de l'Office de contrôle.

Ces domaines, classés par processus visés à l'article 3 de l'arrêté royal précité, sont repris au tableau ci-après. Dans la seconde colonne du tableau, sont indiqués les coefficients de pondération attribués par l'Office de contrôle auxdits domaines.

Processus et domaines	Pondération au sein du processus ⁽¹⁾
<u>Processus 1</u> ➤ <u>Domaine 1</u> : La gestion des plaintes.	1
<u>Processus 3</u> ➤ <u>Domaine 2</u> : La circulation rapide des moyens de paiement. ➤ <u>Domaine 3</u> : Le paiement rapide des tiers-payants.	1 1
<u>Processus 4</u> ➤ <u>Domaine 4</u> : La détection et la récupération des paiements indus. ➤ <u>Domaine 5</u> : La détection et la récupération des paiements subrogatoires.	1 1
<u>Processus 5</u> ➤ <u>Domaine 6</u> : Le respect des différentes dispositions du règlement pris en exécution de l'article 31 de la loi du 6 août 1990. ➤ <u>Domaine 7</u> : Le respect des modalités particulières de remboursement des prestations. ➤ <u>Domaine 8</u> : La mise en œuvre des contrôles de validité définis à la nomenclature des soins de santé en regard d'une catégorie de prestations – Thème de l'année sous-revue. ➤ <u>Domaine 9</u> : La mise en œuvre des contrôles de validité définis à la nomenclature des soins de santé en regard d'une catégorie de prestations – Révision des thèmes des années précédentes.	2 1 3 3

⁽¹⁾ A titre d'exemple, un chiffre 2 signifie qu'au sein du processus concerné, ce domaine aura le double du poids des domaines dotés du chiffre 1.

<p><u>Processus 6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Domaine 10</u> : La participation active à des études réalisées en vue de déterminer une politique en matière de santé. 	1
<p><u>Processus 7</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Domaine 11</u> : Le suivi adéquat des soldes comptables présentés par les comptes de l'assurance obligatoire. ➤ <u>Domaine 12</u> : Le paiement des tiers-payants dans l'ordre chronologique. ➤ <u>Domaine 13</u> : L'imputation des dépenses en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc. ➤ <u>Domaine 14</u> : L'imputation des récupérations de paiements effectués à titre subrogatoire en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc. 	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p>

Remarque générale

Il est à noter que, dans la présente note, chaque mention du terme "union nationale" fait également référence à la Caisse des soins de santé de HR Rail, excepté en ce qui concerne les domaines afférents au secteur des indemnités pour lequel la Caisse n'est pas concernée.

Domaine 1 : La gestion des plaintes (processus 1)

A. Justification du domaine

Afin d'offrir une prestation de services de qualité et être en mesure de s'améliorer, les organismes assureurs doivent, dans la mesure où elles sont fondées, prendre en considération les insatisfactions éventuelles rencontrées par leurs membres, mais également par tout autre tiers avec lesquels ils sont appelés à collaborer.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme des réponses apportées par l'ensemble des entités mutualistes, à une batterie de 16 questions établies par l'Office de contrôle.

C. Données visées et période concernée

Les procédures de travail et la mise en œuvre de celles-ci au cours de l'exercice 2016, relatives aux aspects suivants :

- réception des plaintes;
- traitement des plaintes;
- analyse des plaintes et rapport;
- révision permanente des procédures.

D. Approche suivie

L'Office de contrôle a établi une liste de 16 questions et octroie à chacune de celle-ci un poids de 5% ou de 7,5%, en fonction de l'importance du point concerné. Ces questions sont ensuite soumises à l'ensemble des entités mutualistes afin qu'elles fournissent en regard de chacune de celles-ci une réponse en indiquant selon le cas "oui", "non" ou "partiellement". En cas de réponse positive, il est demandé aux entités mutualistes de fournir une information probante afin de justifier leur réponse, tels que par exemple un formulaire de plaintes normalisé, la description de la procédure de plaintes, un dépliant, etc. En cas de réponse "partiellement", les entités mutualistes sont invitées à expliciter leur réponse.

Le questionnaire sous revue doit être introduit pour le 31 janvier 2016, de telle manière à pouvoir être vérifié sur place par les inspecteurs de l'Office de contrôle, lors des visites de contrôles effectuées en 2016.

Le questionnaire concerné est le suivant :

1. Réception des plaintes

		Oui	Non	Partielle ment ⁽¹⁾	Pond érati on
1	Existe-t-il un coordinateur désigné pour centraliser les plaintes ⁽²⁾ ? ➤ Si "oui", veuillez donner les coordonnées du coordinateur, ainsi qu'un organigramme.				5%
2	Existe-il une description des procédures internes de gestion des plaintes ? ➤ Si "oui", veuillez joindre cette description.				7,5%
3	Cette procédure a-t-elle été validée par le conseil d'administration de l'organisme assureur ou par des personnes physiques auxquelles ou par l'organe auquel cette compétence a été déléguée par le conseil d'administration? ➤ Si la procédure a été validée, veuillez en fournir la preuve ➤ Si le conseil d'administration de l'organisme assureur a délégué la compétence de valider la procédure, en application de l'article 23, alinéa 2 de la loi du 6 août 1990, veuillez en fournir la preuve.				5%
4	Cette procédure a-t-elle été communiquée à tous les collaborateurs? ➤ Si "oui", veuillez joindre une description de la manière de communiquer, ainsi que, en cas de communication par écrit, une copie de cette communication.				7,5%
5	L'existence de la procédure de traitement des plaintes et l'endroit où cette procédure peut être consultée (site web ou agence) sont-ils communiqués et mis particulièrement en évidence dans cette communication au moins une fois par an aux assurés et ce, soit à l'occasion d'une communication écrite individuelle soit par l'intermédiaire d'un média écrit d'information aux membres ? ➤ Si "oui", veuillez joindre un exemple d'une communication écrite.				7,5%
6	Existe-il un formulaire de plaintes normalisé ? ➤ Si "oui", veuillez joindre ce formulaire.				5%
7	La procédure de plaintes est-elle expliquée sur votre site internet ? ➤ Si "oui", veuillez joindre la référence à la page concernée du site web.				5%
8	Existe-il un dépliant mis à disposition des assurés expliquant la procédure de gestion des plaintes ? ➤ Si "oui", veuillez joindre cette brochure.				5%

⁽¹⁾ En cas de réponse "partiellement", veuillez expliciter votre réponse.

⁽²⁾ On entend par "plainte" "Une réaction formulée ou confirmée par écrit d'un assuré/stakeholder qui a fait usage d'un produit ou d'une prestation de services par l'OA et qui n'est pas satisfait d'un acte, d'une prestation ou d'un service presté. Il s'agit d'une réaction dont l'utilisateur attend que l'OA en fasse quelque chose. Il faut entendre par « stakeholder », un prestataire de soins, une institution de soins et un citoyen qui n'est pas affilié ou inscrit à l'organisme assureur". Cette définition vise également les plaintes relatives au contenu de la réglementation.

2. Traitement des plaintes

		Oui	Non	Partielle ment ⁽¹⁾	Pond ération
1	Chaque plainte est-elle enregistrée ⁽²⁾ et obtient-elle un numéro unique ⁽³⁾ ? ➤ <i>Si "oui", veuillez joindre une description de la procédure d'enregistrement, ainsi qu'un aperçu des plaintes enregistrées avec leur numéro unique pour les trois derniers mois.</i>				5%
2	Un accusé de réception est-il envoyé systématiquement à la personne ayant introduit une plainte ? ➤ <i>Si "oui", veuillez joindre un exemplaire d'accusé de réception.</i> ➤ <i>Si "non", veuillez joindre une liste des cas où un accusé de réception est oui ou non envoyé, un exemplaire de la notification de réception qui est envoyée dans certains cas, ainsi que la raison pour laquelle une notification de réception n'est dans certains cas pas envoyée⁽⁴⁾.</i>				5%
3	Dans la réponse définitive, est-il précisé qu'en cas d'insatisfaction de la manière dont la plainte a été gérée par la mutualité, il existe une possibilité de s'adresser au service compétent de l'union nationale ou à l'ombudsman de l'union nationale ? ➤ <i>Si "oui", veuillez joindre un exemple de réponse définitive.</i>				5%
4	La description des procédures internes pour le traitement des plaintes prévoit-elle un délai de 45 jours calendrier ou moins pour l'octroi d'une réponse définitive et ce délai est-il respecté ⁽⁵⁾ ? (<i>voir ci-dessous pour quelques modalités pratiques</i>)				7,5%

3. Analyse des plaintes et rapport

		Oui	Non	Partielle ment ⁽⁶⁾	Pond ération
1	Les plaintes sont-elles analysées et un rapport d'analyse ⁽⁷⁾ est-il transmis au conseil d'administration au moins une fois par an? ➤ <i>Si "oui", veuillez joindre un exemple de rapport d'analyse transmis au conseil d'administration.</i>				7,5%
2	Un plan d'actions ayant pour but d'éviter les plaintes récurrentes est-il rédigé au moins une fois par an ? ➤ <i>Si "oui", veuillez joindre un exemple de plan d'actions concernant les plaintes récurrentes.</i>				7,5%

(1) En cas de réponse "partiellement", veuillez expliciter votre réponse.

(2) Il peut s'agir d'un enregistrement papier ou sur support électronique.

(3) Si chaque contact avec les membres (questions, plaintes,...) reçoit un numéro unique, il n'est pas indispensable que les numéros qui sont attribués aux plaintes se suivent.

(4) A documenter par l'entité mutualiste.

(5) Compte tenu de la suspension de ce délai tant que l'intéressé ou un organisme tiers n'a pas donné une suite complète à des renseignements demandés par l'entité mutualiste qui sont nécessaires à la prise d'une décision.

(6) En cas de réponse "partiellement", veuillez expliciter votre réponse.

(7) Etant donné que chaque mutualité peut avoir une procédure de traitement des plaintes différente, un rapport d'analyse doit être établi par mutualité. L'établissement d'un rapport consolidé pour l'union nationale dans son ensemble est toutefois exigé également.

4. Révision permanente des procédures

		Oui	Non	Partielle ment ⁽¹⁾	Pond érati on
1	Le système de gestion des plaintes est-il (auto-)évalué au moins une fois par an et un rapport d'évaluation est-il transmis au conseil d'administration ⁽²⁾ ? ➤ Si "oui", veuillez joindre le rapport de cette (auto-)évaluation.				7,5%
2	Si une (auto)évaluation du système de gestion des plaintes est réalisée, et que des recommandations aient été formulées en vue d'améliorer la qualité de la gestion des plaintes ⁽³⁾ , des mesures ont-elles été prises afin de satisfaire aux recommandations émises ? ⁽⁴⁾ ➤ Si "oui", veuillez joindre une description des mesures prises.				7,5%

Pour ce qui concerne la question 2.4, il est à noter que le respect du délai pour l'octroi d'une réponse définitive sera vérifié pendant un contrôle sur place sur la base d'un échantillon de 20 dossiers de plainte qui ont été ouverts depuis le 1^{er} janvier 2016. Toutefois, si moins de 20 dossiers de plainte ont été ouverts à la date du contrôle, le volume de l'échantillon sera limité au nombre de dossiers de plainte effectivement ouverts. Lors de l'évaluation de cet aspect de la question, un seuil de tolérance de 5% est prévu, ce qui signifie qu'un "oui" n'est octroyé que si une réponse définitive a été donnée dans les 45 jours calendrier pour 19 ou 20 des 20 dossiers examinés. Si la population à examiner est plus petite que 20 dossiers, un seuil de tolérance de 1 dossier est également prévu pour l'obtention d'un "oui". Si une réponse définitive n'a pas été donnée dans les 45 jours calendrier pour plus de 50% des dossiers examinés (c.-à-d. par exemple pour 11 dossiers ou plus sur 20), un "non" est octroyé.

Étant donné que pendant l'année 2016, aucun rapport d'analyse et aucun rapport d'évaluation ne pourront être établis, et qu'aucun plan d'action et aucune (auto-)évaluation du système de gestion des plaintes ne seront réalisés, les questions 3.1., 3.2., 4.1. et 4.2. seront exceptionnellement neutralisées pour l'année 2016, ce qui signifie que la "pondération" de ces questions, à savoir 30% (4 X 7,5%), est ajoutée proportionnellement aux autres questions relatives au domaine 1.

⁽¹⁾ En cas de réponse "partiellement", veuillez expliciter votre réponse.

⁽²⁾ Étant donné que chaque mutualité peut avoir une procédure de traitement des plaintes différente, un rapport d'évaluation doit être établi par mutualité. L'établissement d'un rapport consolidé pour l'union nationale dans son ensemble est toutefois exigé également.

⁽³⁾ Étant donné que chaque mutualité peut avoir une procédure de traitement des plaintes différente, un plan d'action doit être établi par mutualité. L'établissement d'un plan d'action consolidé pour l'union nationale dans son ensemble est toutefois exigé également.

⁽⁴⁾ Dans le cas où il a été répondu "non" à la question 4.1, ainsi que dans le cas où une (auto)évaluation est réalisée mais n'entraîne pas l'émission de recommandations, le poids afférent à cette question est ajouté à la question précédente (question 4.1).

Domaine 2 : La circulation rapide des moyens de paiement (processus 3)

A. Justification du domaine

Les moyens financiers mis à la disposition des organismes assureurs par l'INAMI ont pour but de permettre auxdits organismes d'assurer le paiement dans les délais, des prestations de soins de santé, ainsi que des indemnités d'incapacité de travail. A cet égard, le respect des dispositions légales et réglementaires constitue l'un des fondements de l'assurance maladie - invalidité.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine correspond à la valeur du coefficient de liquidité, qui exprime le rapport entre la moyenne des disponibilités journalières et les dépenses financières des organismes assureurs. Ledit coefficient est corrigé via la prise en considération du solde du compte courant avec l'assurance complémentaire.

C. Données visées et période concernée

Le coefficient de liquidité corrigé susmentionné sera calculé sur la base de l'information contenue dans les documents T20 et T21, afférents à l'exercice 2016. Sont également nécessaires les listes des intérêts financiers obtenus en 2016, par les différents organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire. Ces listes sont communiquées à l'Office de contrôle par l'INAMI. La rente moyenne des fonds d'Etat à longue échéance (OLO linéaire) pour l'exercice 2016 constitue également une donnée nécessaire dans le cadre de l'évaluation du domaine sous-revue.

D. Approche suivie

L'évaluation des liquidités des organismes assureurs est basée sur la prise en considération des aspects suivants qui sont traités de manière conjointe :

- la rapidité avec laquelle les paiements sont effectués ;
- le maintien au minimum de la trésorerie ;
- le rendement de la trésorerie ;
- la rapidité avec laquelle une dette éventuelle de l'assurance complémentaire envers l'assurance obligatoire est apurée.

Étant donné que "la rapidité avec laquelle les paiements sont effectués" va de pair avec "le maintien au minimum de la trésorerie", les deux éléments d'évaluation sont groupés et évalués à l'aide du coefficient de liquidité, qui exprime le rapport entre la moyenne des disponibilités journalières et les dépenses financières des organismes assureurs. Le "rendement de la trésorerie" est également fonction du coefficient de liquidité.

La "rapidité avec laquelle une dette éventuelle de l'assurance complémentaire envers l'assurance obligatoire est apurée" est traitée lors du calcul du coefficient de liquidité, via la prise en considération du solde du compte courant avec l'assurance complémentaire. Le cas échéant une indemnité d'intérêt dont le calcul se base sur la rente moyenne des fonds d'État à longue échéance (OLO linéaires de l'exercice 2016), est imputée à charge des organismes assureurs accusant un solde moyen débiteur sur leur compte courant avec l'assurance complémentaire. Le coefficient de liquidité ainsi obtenu pour chaque organisme assureur, est ensuite évalué en fonction de l'échelle reprise au guide opératoire.

Enfin, une mesure corrective est appliquée afin de tenir compte du montant des intérêts débiteurs encourus par les organismes assureurs sur leurs comptes financiers et décomptés vis-à-vis du régime de l'assurance obligatoire. Cette mesure consiste à ôter de la quote-part octroyée aux unions nationales sur base du coefficient de liquidité corrigé précité, le montant des intérêts créditeurs dont l'assurance obligatoire n'a pu bénéficier en 2016 du fait de la compensation réalisée avec les intérêts débiteurs. Le montant de cette mesure corrective représente en fait 80% des intérêts débiteurs concernés⁽¹⁾.

⁽¹⁾ En application de l'article 195, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et conformément aux conditions prévues par l'arrêté royal du 12 avril 1984, les frais d'administration des organismes assureurs sont majorés de 20% du montant des intérêts générés au départ des moyens financiers mis à la disposition des organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Domaine 3 : Le paiement rapide des tiers-payants (processus 3)

A. Justification du domaine

L'article 2, alinéa 2, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, §1, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que les différentes conventions nationales enregistrées entre les prestataires de soins et les organismes assureurs, précisent les délais dans lesquels les paiements tiers-payants doivent avoir lieu. Le non-respect de ces modalités serait susceptible de remettre en cause le système du régime tiers-payant.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine correspond à la valeur du ratio annuel, résultant du rapport entre les dettes tiers-payants en souffrance et les paiements tiers-payants effectués.

C. Données visées et période concernée

Le ratio susmentionné est calculé sur base de l'information contenue dans les documents T20 afférents à l'exercice 2016.

D. Approche suivie

Ce domaine traite spécifiquement de la rapidité avec laquelle les organismes assureurs exécutent les paiements en faveur des tiers-payants et est évaluée au moyen du ratio annuel résultant du rapport entre les dettes tiers-payants en souffrance et les paiements tiers-payants effectués. Le calcul dudit ratio exclut expressément les montants afférents aux douzièmes des hôpitaux et ce, de façon à neutraliser en la matière les facteurs sur lesquels les organismes assureurs ne sont pas en mesure d'exercer une influence.

En cas de dépassement par l'INAMI de son objectif budgétaire et d'épuisement du "compte courant excédents de liquidité" d'un ou de plusieurs organismes assureurs, une procédure corrective prévoit en outre que la valeur du coefficient retenu soit fixée en diminuant le ratio initialement obtenu, pour le ou les organismes assureurs concernés, du pourcentage de dépassement de l'objectif budgétaire arrondi à l'unité supérieure. Par exemple, dans l'hypothèse où le coefficient d'un organisme assureur qui aurait épuisé son "compte courant excédents de liquidité" serait de 1,04, et que l'INAMI aurait enregistré un dépassement de son objectif budgétaire de 2,35%, la valeur du coefficient utilisée dans le cadre de l'évaluation dudit organisme assureur, serait diminuée de 0,03 et ainsi portée de 1,04 à 1,01.

Domaine 4 : La détection et la récupération des paiements indus (processus 4)

A. Justification du domaine

L'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, fixe les modalités applicables en matière de traitement des paiements indus.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme des réponses apportées par les réviseurs à une batterie de 8 questions établies par l'Office de contrôle et reprises à la circulaire 09/14/D1 du 26 octobre 2009.

C. Données visées et période concernée

Les procédures de travail et la mise en œuvre de celles-ci au cours de l'exercice 2016, relatives aux aspects suivants :

- détection des prestations à récupérer;
- suivi et récupération des prestations.

D. Approche suivie

Les dispositions reprises à la circulaire précitée fixent les modalités à respecter par les réviseurs dans le cadre de leur mission concernant la détection et la récupération des paiements indus.

Les procédures de détection des cas sont distinguées de celles appliquées en matière de suivi des récupérations.

Sur la base des dossiers contenus à l'échantillon déterminé en fonction des dispositions prévues à la circulaire précitée, le réviseur vérifie auprès de chaque mutualité, la bonne application des procédures définies par l'union nationale. A l'issue de ses examens, le réviseur donne son appréciation par rapport aux 8 questions qui lui sont soumises sous forme de réponses ("oui", "non" ou "partiellement").

Conformément aux dispositions de la circulaire précitée, le rapport du réviseur doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2017.

Les questions concernées, ainsi que les poids accordés à chacune de celles-ci, à savoir 12,5% par question (100% / 8), figurent ci-après:

Détection des prestations à récupérer

	Oui	Non	Part.	Poids
• Les modes de détection sont-ils performants ?				12,5 %
• Lesdits modes de détection sont-ils appliqués correctement et systématiquement ?				12,5 %
• Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les modes de détection mis en œuvre puissent être éludés et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				12,5 %
• Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des modes de détection ?				12,5 %

Suivi et récupération des prestations

	Oui	Non	Part.	Poids

• Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?				12,5 %
• Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?				12,5 %
• Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				12,5 %
• Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?				12,5 %

Domaine 5 : La détection et la récupération des paiements subrogatoires (processus 4)

A. Justification du domaine

L'article 136, §2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, fixe les dispositions applicables en matière de récupération des montants payés à titre subrogatoire.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme des réponses apportées par les réviseurs à une batterie de 8 questions établies par l'Office de contrôle et reprises à la circulaire 09/14/D1 du 26 octobre 2009.

C. Données visées et période concernée

Les procédures de travail et la mise en œuvre de celles-ci au cours de l'exercice 2016, relatives aux aspects suivants :

- détection des prestations à récupérer;
- suivi et récupération des prestations.

D. Approche suivie

Les dispositions reprises à la circulaire précitée fixent les modalités à respecter par les réviseurs dans le cadre de leur mission concernant la détection et la récupération des paiements subrogatoires.

Les procédures de détection des cas sont distinguées de celles appliquées en matière de suivi des récupérations.

Sur la base des dossiers contenus à l'échantillon déterminé en fonction des dispositions prévues à la circulaire précitée, le réviseur vérifie auprès de chaque mutualité, la bonne application des procédures définies par l'union nationale. A l'issue de ses examens, le réviseur donne ensuite son appréciation par rapport aux 8 questions qui lui sont soumises sous forme de réponses ("oui", "non" ou "partiellement").

Conformément aux dispositions de la circulaire précitée, le rapport du réviseur doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2017.

Les questions concernées, ainsi que les poids accordés à chacune de celles-ci, à savoir 12,5% par question (100% / 8), figurent ci-après:

Détection des prestations à récupérer

	Oui	Non	Part.	Poids
• Les modes de détection sont-ils performants ?				12,5 %
• Lesdits modes de détection sont-ils appliqués correctement et systématiquement ?				12,5 %
• Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les modes de détection mis en œuvre puissent être éludés et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				12,5 %
• Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des modes de détection ?				12,5 %

Suivi et récupération des prestations

	Oui	Non	Part.	Poids

• Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?				12,5 %
• Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?				12,5 %
• Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				12,5 %
• Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?				12,5 %

Domaine 6 : Le respect des différentes dispositions du règlement pris en exécution de l'article 31 de la loi du 6 août 1990 (processus 5)

A. Justification du domaine

Conformément aux dispositions de l'article 31 de la loi du 6 août 1990, " chaque union nationale doit disposer d'un système de contrôle interne et d'audit interne qui porte sur l'ensemble de ses activités, ainsi que sur celles des mutualités qui lui sont affiliées". La qualité du système de contrôle interne et d'audit interne est l'un des éléments fondamentaux du bon fonctionnement des organismes assureurs et la condition nécessaire à l'exécution correcte des missions qui leur sont confiées.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme des réponses apportées par les réviseurs à une batterie de 35 questions établies par l'Office de contrôle et reprises à la circulaire 09/14/D1 du 26 octobre 2009.

C. Données visées et période concernée

Les questions concernées portent sur la situation constatées par les réviseurs au cours de l'exercice 2016, en matière :

- du rôle et de la composition du Comité d'audit;
- du rôle de la direction effective;
- du fonctionnement du service d'audit interne;
- de l'appréciation globale du système de contrôle interne et d'audit interne.

D. Approche suivie

Les questions reprises à la circulaire 09/14/D1 du 26 octobre 2009, portent sur les principes généraux auxquels doit répondre le système de contrôle interne et d'audit interne qui ont, en application des dispositions de l'article 31, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990, été définis à la circulaire de l'Office de contrôle 06/13/AD-D1 du 20 octobre 2006.

En référence à ce questionnaire, qui figure ci-après, le réviseur vérifie auprès de chaque mutualité et de l'union nationale, le respect des principes généraux précités. A l'issue de ses examens, le réviseur établit un rapport global dans lequel il donne son appréciation par rapport aux 35 questions qui lui sont soumises. Cette appréciation est formulée sous forme de réponses "oui", "non" ou "partiellement".

Conformément aux dispositions de la circulaire précitée, le rapport du réviseur doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2017.

Les questions concernées, au nombre de 35, ainsi que le poids de celles-ci, sont les suivants :

1. Le Comité d'audit – sa composition, son rôle.

	Oui	Non	Part.	Poids
1. La composition du Comité d'audit est-elle conforme à celle définie au règlement? C'est-à-dire de 6 à 10 membres maximum, dont 3 appartenant au Conseil d'administration de l'union nationale, et qui n'assument aucune responsabilité dans la gestion journalière de ladite union ou de ses mutualités, les autres membres étant des représentants des directions effectives ou des directions opérationnelles de l'union nationale, dont le directeur financier.				3 %
2. Le Comité d'audit a, via le service d'audit, la capacité d'obtenir tout renseignement ou document et de procéder à toute investigation qu'il juge nécessaire. A-t-il fait usage de cette prérogative au cours de la période sous revue ?				2 %
3. Le Comité d'audit a la possibilité de prendre connaissance des rapports d'activité et du résumé des principales recommandations individuelles formulées par le				2 %

service d'audit interne, ainsi que de l'état de la situation quant à la suite qui leur est donnée. A-t-il recouru à cette possibilité au cours de la période sous revue ?				
4. Le Comité d'audit fait-il régulièrement rapport au Conseil d'administration ?				2 %
5. Les modalités des rapports que le Comité d'audit doit adresser au Conseil d'administration ont-elles été clairement définies par le Conseil d'administration ⁽¹⁾ ?				2 %

2. La direction effective – son rôle.

A. *La direction effective s'assure que les éléments de base du contrôle interne, tant au sein de l'union nationale qu'en celui de chaque mutualité y affiliée, sont bien appliqués*

	Oui	Non	Part.	Poids
1. Existe-t-il une identification et une analyse des risques ("risk management") ?				2 %
2. Chaque département dispose-t-il des informations pertinentes devant lui permettre d'exercer valablement sa mission et de pouvoir ainsi atteindre ses objectifs ?				2 %
3. Vu l'importante décentralisation des activités au sein du secteur mutualiste, il est essentiel que les règles de traitement administratif, comptable et informatique soient rigoureusement uniformes. Est-ce le cas ?				3 %
4. Vu l'importance, au sein du secteur mutualiste, de l'application des dispositions légales et réglementaires diverses (entre autres de l'INAMI et de l'Office de contrôle), l'organisme mutualiste a-t-il mis au point des procédures contraignantes visant à assurer le respect desdites dispositions ?				3 %
5. Une séparation suffisante des fonctions incompatibles de l'organisme mutualiste est-elle assurée ?				3 %
6. L'intégrité et la capacité des membres du personnel sont-elles régulièrement appréciées au moyen d'une grille d'évaluation adéquate ?				2 %
7. Le principe de surveillance mutuelle, notamment par la mise en œuvre de doubles signatures ou de contrôles croisés, est-il appliqué au sein de l'organisme mutualiste ?				3 %
8. Les systèmes d'information électroniques sont-ils suffisamment fiables ? ^(*)				3 %
9. Les systèmes d'information électroniques sont-ils protégés contre des agressions extérieures ? ^(*)				3 %

B. *Questions d'ordre formel:*

	Oui	Non	Part.	Poids
1. La direction effective a-t-elle élaboré un guide opératoire décrivant de façon précise, pour l'ensemble des services et des opérations, les procédures de travail à suivre ?				3 %
2. La direction effective de l'union nationale évalue-t-elle au moins une fois par an le contrôle interne ?				2 %
3. La direction effective de l'union nationale informe au moins une fois par an le Conseil d'administration du fonctionnement du contrôle interne ?				2 %
4. Les procès-verbaux, tant de la direction effective que du conseil d'administration, font-ils mention des délibérations concernant l'état du système de contrôle interne ainsi que de son évaluation ?				2 %

⁽¹⁾ Il est demandé au réviseur de communiquer la date de la séance du Conseil d'administration durant laquelle ces modalités ont été définies.

^(*) Il convient de noter que n'est pas ici visé l'aspect spécifique "chronologie des paiements". Ce dernier aspect étant traité dans le cadre du domaine 12.

5. Les modalités des rapports que la direction effective doit adresser au Conseil d'administration ont-elles été clairement définies par le Conseil d'administration ⁽¹⁾ ?				2 %
---	--	--	--	-----

3. Le service d'audit interne.

	Oui	Non	Part.	Poids
1. La fonction d'audit interne est-elle exercée par un service autonome, agissant par délégation et pour le compte de la direction effective de l'union nationale ?				3 %
2. L'indépendance du service d'audit interne au sein de l'organisation est-elle garantie par les dispositions de la charte d'audit ?				3 %
3. Le service d'audit interne se situe-t-il réellement en dehors de l'élaboration, de la mise en place et de l'exécution des mesures d'organisation et de contrôle interne ?				3 %
4. Le service d'audit interne peut prendre connaissance de tous les documents, fichiers et informations de l'organisme mutualiste, en ce compris l'information en matière de gestion et les procès-verbaux des organes consultatifs et décisionnels, et ce dans la mesure requise pour l'exercice de sa mission. A-t-il fait usage de cette prérogative au cours de la période sous revue ?				3 %
5. Une formation permanente et adaptée des membres du service d'audit interne est-elle assurée et ce tant dans le domaine des compétences propres à leur mission que dans celui de l'utilisation de l'outil informatique ?				2 %

4. Plan d'audit et méthode de travail.

	Oui	Non	Part.	Poids
1. Les missions du service d'audit font-elles l'objet de la part de ce service de l'établissement d'un plan d'audit ?				2 %
2. Les plans établis sont-ils respectés ?				2 %
3. Les documents de travail sont-ils établis selon une méthode déterminée préalablement, permettant de vérifier si la mission a été effectuée dans son intégralité, et la manière dont elle a été réalisée ?				2 %
4. Les documents afférents aux missions, qui ont été réalisées, reflètent-ils suffisamment les contrôles effectués et, étayent-ils assez les appréciations formulées au rapport d'audit ?				2 %
5. La mise en œuvre des plans d'audit s'appuie-t-elle sur des échantillons représentatifs de la population étudiée ?				3 %
6. Est-ce que chaque mission du service d'audit interne fait l'objet d'un rapport écrit à l'attention de la direction effective de l'union nationale et du Comité d'audit ?				2 %
7. Les recommandations du service d'audit interne sont-elles suffisamment prises en considération par la direction effective de l'union nationale, et notamment par la mise en œuvre de procédures ad hoc ?				3 %

⁽¹⁾ Il est demandé au réviseur de communiquer la date de la séance du Conseil d'administration durant laquelle ces modalités ont été définies.

5. Appréciation globale.

	Oui	Non	Part.	Poids
1. L'organisme assureur sous revue dispose-t-il de procédures de contrôle interne suffisamment décrites et exhaustives ?				6 %
2. Les procédures évoquées ci-dessus sont-elles, de façon générale, bien appliquées tant au niveau de l'union nationale proprement dite que de ses mutualités et se révèlent-elles adéquates ?				6 %
3. L'organisme assureur dispose-t-il à ce jour d'un service d'audit interne suffisant par rapport à l'importance des missions qui lui sont confiées ?				6 %
4. Les missions accomplies par le service d'audit interne sont-elles suffisantes quant aux matières abordées ?				6 %

Domaine 7 : Le respect des modalités particulières de remboursement des prestations (processus 5)

A. Justification du domaine

Le respect des modalités particulières de remboursement des prestations est essentiel dans le cadre du respect des droits des membres et de la bonne gestion des fonds de l'assurance obligatoire.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme de réponses apportées par les réviseurs à une batterie de 16 questions établies par l'Office de contrôle et reprises à la circulaire 09/14/D1 du 26 octobre 2009.

C. Données visées et période concernée

Les procédures de travail et la mise en œuvre de celles-ci en 2016, relatives aux aspects suivants :

- application des taux de remboursement préférentiels des prestations;
- compatibilité de la prestation avec le code de qualification du prestataire de soins;
- renouvellement des prestations;
- approbation par l'autorité compétente de certains remboursements spécifiques (Médecins-conseils ou Collège des médecins-directeurs).

D. Approche suivie

L'Office de contrôle a établi une liste de 16 questions et octroie à chacune de celle-ci un poids identique, à savoir 6,25% (100% / 16). Ces questions sont ensuite soumises aux réviseurs afin qu'ils expriment en regard de chacune de celles-ci leur appréciation. Le questionnaire sous revue doit être rempli de manière individuelle pour chaque mutualité (et le cas échéant, pour l'union nationale si celle-ci est concernée par de tels paiements). Ainsi, après avoir décrit les modifications de procédures intervenues au cours de la période d'évaluation concernée, le réviseur donne son appréciation sous forme de réponses ("oui", "non", ou "partiellement") aux questions concernées.

Conformément aux dispositions de la circulaire précitée, le rapport du réviseur doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2017.

Les questions concernées et les poids qui leur sont accordés, figurent ci-après :

1. Application des taux de remboursement préférentiels des prestations

	Oui	Non	Part.	Poids
– Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?				6,25 %
– Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?				6,25 %
– Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				6,25 %
– Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?				6,25 %

2. Compatibilité de la prestation avec le code de qualification du prestataire de soins

	Oui	Non	Part.	Poids
– Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?				6,25 %
– Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?				6,25 %
– Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				6,25 %
– Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?				6,25 %

3. Renouvellement des prestations

	Oui	Non	Part.	Poids
– Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?				6,25 %
– Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?				6,25 %
– Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				6,25 %
– Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?				6,25 %

4. Approbation par l'autorité compétente de certains remboursements spécifiques (Médecins-conseils ou Collège des médecins-directeurs)

	Oui	Non	Part.	Poids
– Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?				6,25 %
– Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?				6,25 %
– Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées et l'utilisation éventuelle de procédures alternatives laisse-t-elle une trace dans le système informatique ?				6,25 %
– Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?				6,25 %

Domaine 8 : La mise en œuvre des contrôles de validité définis à la nomenclature des soins de santé en regard d'une catégorie de prestations – Thème de l'année sous revue (processus 5)

A. Justification du domaine

Les contrôles de validité et le respect des règles définies à la nomenclature des soins de santé sont essentiels afin d'assurer un remboursement correct des prestations et un usage adéquat des fonds de l'assurance obligatoire. Le thème avancé par l'INAMI est celui afférent à la "dermato-vénérologie" (section 9, article 21, de la nomenclature des soins de santé), pour lequel l'INAMI justifie sa proposition par l'importance des dépenses, du nombre des dispensateurs et des prestations concernés.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine correspond à la manière dont sont exécutés les contrôles de validité dans le domaine des prestations de "dermato-vénérologie" dont l'INAMI a indiqué qu'ils doivent être réalisés a priori.

C. Données visées et période concernée

Les données utilisées pour l'évaluation de ce domaine sont les montants des dépenses fournies par les organismes assureurs, en regard des prestations soumises aux contrôles de validité retenus par l'Office de contrôle et introduites dans les modèles N par les organismes assureurs au cours du premier semestre 2016, concernant le thème spécifique susvisé.

D. Approche suivie

En concertation avec l'INAMI, une catégorie de prestations reprise à la nomenclature des soins de santé est choisie annuellement par le Conseil de l'Office de contrôle. Ensuite, et toujours en concertation avec l'INAMI, l'Office établit une liste de codes de la nomenclature en regard desquels des contrôles de validité doivent être en principe réalisés par les organismes assureurs dans le but de procéder au remboursement correct des prestations concernées.

Sur la base de la liste précitée, l'Office de contrôle attribue un poids à chaque code de la liste en fonction du rapport existant entre d'une part, la somme des dépenses afférentes au code concerné, et d'autre part, le total des dépenses enregistrées pour l'ensemble des codes repris à la liste. Le poids attribué à chaque code est ensuite proportionnellement réparti entre les contrôles de validité qui le concernent.

L'Office de contrôle transmet ensuite aux organismes assureurs la liste des codes de la nomenclature retenus et les invite à compléter cette liste en indiquant en regard de chacun des codes si les contrôles de validité concernés sont exécutés. Dans l'affirmative, il leur est également demandé de mentionner si ces contrôles ont eu lieu au moment de la tarification des prestations concernées (contrôles a priori) ou ultérieurement à celle-ci (contrôles a posteriori). En outre, il leur est demandé d'opérer une distinction selon que les contrôles de validité a priori sont bloquants ou signalétiques; ces derniers se définissant comme des contrôles dont la seule fonction est de signaler au tarificateur qu'une règle est à vérifier relativement à une prestation donnée mais qui ne présentent pas un caractère bloquant.

Les informations ainsi communiquées par les organismes assureurs font ensuite l'objet de vérifications effectuées sur place par les inspecteurs de l'Office de contrôle. A cette occasion, il est également tenu compte des pourcentages de cas fautifs en regard des contrôles a priori bloquants et a posteriori qui ne sont pas strictement rencontrés.

Domaine 9 : La mise en œuvre des contrôles de validité définis à la nomenclature des soins de santé en regard d'une catégorie de prestations – Révision des thèmes des années précédentes (processus 5)

A. Justification du domaine

Ce domaine a pour objet de vérifier que les constatations précédemment notifiées dans le cadre du domaine 8 ont été prises en considération par les organismes assureurs.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine correspond à la manière dont sont exécutés les contrôles de validité relatifs aux thèmes particuliers traités lors des évaluations précédentes pour lesquels il restait des constatations pendantes dans le chef d'au moins un organisme assureur.

C. Données visées et période concernée

Les données utilisées pour l'évaluation de ce domaine sont les montants des dépenses fournies par les organismes assureurs, en regard des prestations soumises aux contrôles de validité retenus par l'Office de contrôle et introduites dans les modèles N par les organismes assureurs au cours du premier trimestre 2016.

En regard de l'évaluation de l'exercice 2016, ces contrôles porteront sur la révision des constatations réalisées lors de l'examen des thèmes des années précédentes, à savoir la physiothérapie (thème 2009), la logopédie (thème 2010), la réanimation (thème 2011), les prestations interventionnelles (thème 2013)⁽¹⁾.

D. Approche suivie

Lors de chaque période d'évaluation, en concertation avec l'INAMI, une catégorie de prestations reprise à la nomenclature des soins de santé est choisie par le Conseil de l'Office de contrôle. Ensuite, et toujours en concertation avec l'INAMI, l'Office établit une liste de codes de la nomenclature en regard desquels des contrôles de validité doivent en principe être réalisés par les organismes assureurs dans le but de procéder au remboursement correct des prestations concernées.

Les thèmes traités au cours des évaluations précédentes et pour lesquels des constatations restaient pendantes dans le chef d'un ou de plusieurs organismes assureurs sont examinés afin de vérifier si les constatations précitées ont été régularisées.

⁽¹⁾ Si lors de l'évaluation 2014, les constatations précédemment notifiées concernant l'un des thèmes sous revue étaient complètement régularisées, ledit thème ne serait plus repris dans le cadre de l'évaluation 2016.

Domaine 10 : La participation active à des études réalisées en vue de déterminer une politique en matière de santé (processus 6)

A. Justification du domaine

Dans le cadre de la conduite de sa politique de santé, le législateur doit pouvoir être en mesure de s'appuyer sur les résultats d'études qui se fondent sur des données probantes. Cette possibilité est essentielle afin de juger de la nécessité des mesures à prendre, ainsi que d'appréhender la portée exacte des décisions adoptées.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme de données communiquées à l'Office de contrôle par les organismes qui ont sollicités les études concernées (INAMI, Centre d'expertise des soins de santé, ...).

C. Données visées et période concernée

Les données concernées pourront être celles afférentes à toutes les études auxquelles les organismes assureurs seront invités à participer au cours de l'année 2016. La qualité de la participation des organismes assureurs à des études sera évaluée par étude, et par le biais de la communication dans les délais des données nécessaires à ces études, ainsi que la qualité de celles-ci.

D. Approche suivie

Chaque étude prise en considération par l'évaluation se voit attribuer un poids identique, sauf si préalablement au début de la période d'évaluation considérée, l'INAMI ou tout autre organisme public concerné, informe l'Office de contrôle d'une préséance.

L'évaluation réalisée pour ce domaine s'attache à distinguer, par étude, les trois grandes rubriques que sont, "la transmission des données dans les délais prévus", "la qualité de ces données" et "la participation active des organismes assureurs aux études", qui se voient attribuer une pondération respective de 20%, 50% et 30%. Si aucune donnée afférente à la rubrique "participation active des organismes assureurs aux études" n'était communiquée, les deux autres rubriques se verraient attribuer une pondération respective de 25% et 75%.

Domaine 11 : Le suivi adéquat des soldes comptables présentés par les comptes de l'assurance obligatoire (processus 7)

A. Justification du domaine

L'article 10, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 21 octobre 2002, portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, dispose que " *Toute entité mutualiste procède, une fois l'an au moins, avec bonne foi et prudence, aux opérations de relevé, de vérification, d'examen et d'évaluation nécessaires pour établir avant la clôture de chaque exercice comptable un inventaire complet de ses avoirs et droits de toute nature, de ses dettes, obligations et engagements de toute nature relatifs à chacune de ses activités et des moyens propres qui y sont affectés.*"

B. Indicateurs

Il existe ici deux indicateurs qualitatifs, à savoir :

- la présence d'un inventaire exhaustif et détaillé pour chacun des comptes présentant un solde à la clôture de l'exercice;
- la présence de "montants anciens" au sein des soldes des comptes afférents aux droits et obligations des membres dans le cadre des prestations et des cotisations à décompter avec l'INAMI.

C. Données visées et période concernée

Les soldes des comptes examinés sont ceux arrêtés à la clôture de l'exercice 2014.

D. Approche suivie

La collecte des données nécessaires à l'évaluation de ce domaine est réalisée dans l'ensemble des mutualités et unions nationales de mutualités, ainsi qu'auprès de la Caisse des soins de santé de HR Rail, par les inspecteurs de l'Office de contrôle. Le poids accordé au domaine sous revue est réparti de façon égale sur les deux indicateurs précités.

Présence d'un inventaire exhaustif et détaillé.

Sur la base des inventaires tenus par chaque entité mutualiste dans le cadre de l'assurance obligatoire, les inspecteurs de l'Office vérifient la présence d'un inventaire exhaustif et détaillé pour chacun des comptes présentant un solde à la clôture de l'exercice examiné, conformément aux dispositions de la circulaire de l'Office 09/19/D1 du 3 novembre 2009.

En ce qui concerne la présence d'un inventaire détaillé, le nombre de comptes pour lesquels l'entité mutualiste n'a pu fournir un inventaire complet et exhaustif, servira de base à l'évaluation.

Présence de "montants anciens" au sein des soldes précités.

Par "montants anciens", il y a lieu de considérer la présence au sein des soldes des comptes afférents aux droits et obligations des membres dans le cadre des prestations et des cotisations à décompter avec l'INAMI (comptes repris sous les codes comptables "40 – Créances résultant de prestations et cotisations A.M.I.", "42 – Dépenses A.M.I. à traiter", "44 – Dettes A.M.I. à un an au plus" et "49 – Comptes de régularisation et comptes d'attente", à l'exception toutefois des comptes 490 à 493), de montants qui aux termes des délais résultant des dispositions légales et réglementaires de l'assurance maladie-invalidité ou des principes généraux de la comptabilité, ne devaient plus figurer à ces comptes.

Les montants anciens détectés sont distingués selon l'exercice au cours duquel ils ont acquis ce caractère.

Domaine 12 : Le paiement des tiers-payants dans l'ordre chronologique (processus 7)

A. Justification du domaine

En application des dispositions de la circulaire de l'Office de contrôle 12/08/D1 du 12 décembre 2012, le paiement des avances et le règlement définitif des tiers-payants s'effectuent en fonction de l'inscription chronologique dans le facturier. Dans le cadre d'un traitement équitable des différents prestataires, le respect des règles concernées est essentiel.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme des réponses données par les réviseurs à une checklist de 18 questions, soit 14 questions liées spécifiquement au respect d'une procédure de travail en matière de paiement des factures dans les délais et dans l'ordre chronologique, et 4 questions afférentes à une appréciation globale de la problématique sous revue.

C. Données visées et période concernée

Les données visées concernent d'une part, les procédures mises en œuvre afférentes au paiement des tiers-payants et d'autre part, l'appréciation globale de ces dernières et ce, pour l'exercice 2016.

D. Approche suivie

Sur la base de l'échantillon déterminé en fonction des dispositions prévues à la circulaire de l'Office de contrôle 09/15/D1 du 27 octobre 2009, le réviseur vérifie auprès de chaque mutualité, la bonne application des procédures sous revue et établit un rapport global par union nationale. Conformément aux dispositions de la circulaire précitée, ledit rapport doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2017.

Les 14 questions spécifiques auxquelles il est accordé à chacune un poids de 5%, ainsi que les 4 questions dont le poids est de 7,5% pour chacune, sont les suivantes :

1. Questions spécifiques à une procédure

	Oui	Non	Partielle- ment
1. Il existe une procédure permettant de s'assurer de l'exactitude de la date de réception des factures (papiers, bandes magnétiques et supports électroniques) ?			
2. Il existe une procédure afin que chaque facture entrante, bordereau d'envoi, ou impression d'écran (système "Caret"), comporte la mention de la date de réception (cachet dateur ou date fixée par le système "Caret") ?			
3. Les factures papiers, ainsi que les bandes magnétiques et les supports électroniques sont inscrits au jour le jour dans le facturier ?			
4. Il existe une procédure afin d'éviter qu'un même numéro soit attribué à des factures différentes ?			
5. Il existe une procédure afin de pallier à toute rupture dans la séquence des numéros de facture ("gap detection") ?			
6. Une procédure de nature à garantir l'exactitude du calcul des échéances de paiement est instaurée, pour les différents cas spécifiques de tiers payant fixés par convention nationale (hôpitaux, MRS, Offices de tarification, ...) ?			

<p>7. Il existe une procédure qui garantit que la liste détaillée des paiements collectifs correspond bien aux paiements effectués par l'organisme assureur ?</p> <p>8. Il existe une procédure qui veille à s'assurer de ce que la date de réception de la bande magnétique ou du support électronique est identique à la date renseignée dans le facturier ?</p> <p>9. Des procédures ont été mises en œuvre par la mutualité afin de détecter les délais "anormaux" de paiement (en ce qui concerne par exemple les hôpitaux, les MRS, ..) ?</p> <p>10. L'échéancier fait une sélection automatique des factures qui, après tarification, entrent en ligne de compte pour le paiement chronologique, sur base de la date de réception des factures et en fonction des dates limites de paiement ?</p> <p>11. La balance âgée de la dette fait régulièrement l'objet d'un examen afin de s'assurer que les délais de paiements sont respectés ?</p> <p>12. Il existe une procédure afin que, au cas où la chronologie des paiements n'a pas pu être scrupuleusement respectée à cause de la date de la tarification, ceci ne donne pas lieu à un privilège délibéré pour certains prestataires de soins ?</p> <p>13. Le paiement n'intervient effectivement que lorsque les 2 supports ont été réceptionnés (dans l'hypothèse où un support magnétique ou électronique est obligatoire) ?</p> <p>14. Il existe une procédure qui a pour effet que les notes d'échéance sont considérées, au sein de l'organisme mutualiste, au même titre que toute autre facture, sur les plans de l'inscription dans le facturier et de la chronologie des paiements ?</p>			
--	--	--	--

2. Questions visant l'appréciation globale

<p>1. Les procédures mises en place se révèlent-elles suffisantes que pour atteindre l'objectif souhaité ?</p> <p>2. Lesdites procédures sont-elles appliquées correctement et systématiquement ?</p> <p>3. Du point de vue de la sécurité, des mesures suffisantes ont-elles été adoptées afin d'éviter, autant que possible, que les procédures mises en œuvre puissent être éludées ?</p> <p>4. Est-il donné une suite adéquate aux manquements éventuels qui auraient été constatés dans l'application des procédures ?</p>			
---	--	--	--

Domaine 13 : L'imputation des dépenses en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc (processus 7)

A. Justification du domaine

Ce domaine d'action porte sur le respect des délais quant à l'imputation aux modèles de dépenses des prestations de soins de santé et d'indemnités comptabilisées. L'imputation des dépenses doit en effet pour les soins de santé, se référer à un mois comptable déterminé, tandis que pour les indemnités ladite imputation doit se référer à un trimestre déterminé. Tout déplacement des dépenses entre des mois ou des trimestres aurait pour effet de rendre inexact les modèles de dépenses introduits par les organismes assureurs auprès de l'INAMI. L'importance de tels déplacements est particulièrement aiguë en cas de déplacements entre des mois ou des trimestres appartenant à des exercices différents.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine correspond aux montants des dépenses de soins de santé et d'indemnités d'incapacité de travail non imputés respectivement au mois ou au trimestre ad hoc.

C. Données visées et période concernée

Tant en ce qui concerne les dépenses de soins de santé, que celles d'indemnités, les contrôles portent sur la totalité des dépenses imputées sur la période courant du premier trimestre au quatrième trimestre de l'exercice 2015.

D. Approche suivie

Le "respect des délais applicables en matière de soins de santé" se voit assigner un poids de 90%, le second aspect "respect des délais applicables en matière d'indemnités" se voit quant à lui octroyer un poids de 10 %.

Les contrôles sont réalisés par les inspecteurs de l'Office à l'aide du logiciel ACL, conformément aux dispositions reprises à la circulaire de l'Office de contrôle 12/10/D1 du 14 décembre 2012. L'impact chiffré des déplacements constatés, représentent les indicateurs de ce domaine.

Les déplacements concernés sont distingués selon qu'ils ont eu pour effet de réaliser un transfert de dépenses entre :

1. deux mois (ou deux trimestres s'il s'agit d'indemnités) appartenant à un même exercice ;
2. deux mois (ou deux trimestres s'il s'agit d'indemnités) n'appartenant pas à un même exercice.

Domaine 14 : L'imputation des récupérations de paiements effectuées à titre subrogatoire en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc (processus 7)

A. Justification du domaine

Les dispositions de l'article 6, § 2, 3°, de l'arrêté royal du 21 octobre 2002, portant exécution de l'article 29, §§ 1^{er} et 5, de la loi du 6 août 1990, stipulent que *"les récupérations de prestations accordées par subrogation, telles que visées à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sont comptabilisées par les entités mutualistes au moment du remboursement effectif."* Ainsi, sur la base de ces dispositions, les récupérations concernées doivent être comptabilisées en déduction des dépenses du régime sur le mois de leur récupération en ce qui concerne les soins de santé et sur le trimestre de leur récupération en ce qui concerne les indemnités. Le non-respect de ces dispositions aurait pour effet que les modèles de dépenses introduits par les organismes assureurs auprès de l'INAMI ne seraient pas exacts.

B. Indicateur

Sur la base des examens réalisés par les inspecteurs de l'Office de contrôle, l'indicateur afférent à ce domaine est le nombre de cas imputés à un mauvais mois ou à un mauvais trimestre, selon qu'il s'agit de récupérations de soins de santé ou d'indemnités.

C. Données visées et période concernée

Un contrôle par sondage est réalisé sur place par les inspecteurs de l'Office de contrôle au départ des listes nominatives et récapitulatives annuelles concernant l'exercice 2015, que les organismes assureurs doivent faire parvenir avant le 31 mars 2016⁽¹⁾ au Service du contrôle administratif de l'INAMI, en vue de permettre à l'Institut de fixer le pourcentage dont les frais d'administration des organismes assureurs sont majorés en cas de récupération de sommes payées indûment.

D. Approche suivie

Au départ des listes nominatives qui lui sont communiquées par l'INAMI, l'Office de contrôle établit des listes "limitées", en retirant des listes de départ communiquées par l'INAMI, l'ensemble des records qui ne concernent pas directement des récupérations de montants payés initialement à titre subrogatoire ou qui se rapportent à des récupérations de montants de minime importance. Ainsi sont retirés des listes à examiner les montants négatifs, les montants afférents à des récupérations d'intérêts et les montants inférieurs à 100,00 EUR.

Par ailleurs, sur la base des principes suivants, l'Office de contrôle fixe pour chaque entité mutualiste, la taille de l'échantillon de records à examiner, ainsi que les records concernés :

- 1^{er} principe : le nombre théorique de records à examiner pour l'ensemble de l'organisme assureur concerné est fonction du nombre de titulaires dudit organisme. Ce nombre étant déterminé comme suit :
 - pour la tranche de 1 à 500.000 titulaires, un record par tranche de 1.000 titulaires;
 - pour la tranche de 500.001 à 1.000.000 de titulaires, un record par tranche de 5.000 titulaires;
 - pour la tranche supérieure à 1.000.000 de titulaires, un record par tranche de 10.000 titulaires;
- 2^{ème} principe : le volume de l'échantillon à déterminer au niveau de chaque entité mutualiste est obtenu en pondérant le nombre total de records à examiner au sein de l'organisme assureur concerné, par le poids respectif de chacune des entités mutualistes en terme de records présentés par rapport à l'ensemble de l'organisme assureur visé (nombre de records d'une entité/nombre de records pour l'ensemble des entités de l'organisme assureur);
- 3^{ème} principe : le nombre de records à examiner par entité mutualiste ne peut être ni inférieur à 10, ni supérieur à 40. Au nombre de records ainsi obtenu en regard de chaque entité mutualiste, il est appliqué une pondération de façon que 80% des cas à examiner concernent le secteur des soins de santé et que 20% des cas soient afférents au secteur des indemnités. Les records soumis au contrôle sont enfin fixés au

⁽¹⁾ Cf. circulaire O.A. n° 94/91 – 65/19 du 15 mars 1994.

moyen d'un pas, calculé dans le cadre de chacun des deux secteurs, et qui est le résultat du rapport entre le nombre total de records afférent au secteur concerné repris à la liste "limitée", divisé par le nombre de records à examiner obtenu à l'étape précédente.

Ce domaine est apprécié sur la base de contrôles réalisés sur place par les inspecteurs de l'Office de contrôle. Lesdits contrôles visent à déterminer par organisme assureur et pour chacun des deux aspects concernés, le nombre de records fautifs, c'est-à-dire les records pour lesquels la réintroduction en diminution des modèles de dépenses n'est pas intervenue au cours de la période comptable ad hoc (c'est-à-dire sur le mois ou sur le trimestre de la récupération des dépenses concernées selon qu'il s'agit de soins de santé ou d'indemnités d'incapacité de travail). Ce nombre est ensuite rapporté au nombre total de records examinés dans le chef de cet organisme assureur, de manière à obtenir un pourcentage global de records fautifs.