OCM
OFFICE DE CONTRÔLE
DES MUTUALITÉS

DOMAINES ET INDICATEURS D'APPLICATION POUR L'EVALUATION DE L'EXERCICE 2027

Dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, qui est d'application en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 10 avril 2014, onze domaines ont été fixés dans le chef de l'Office de contrôle, en regard de l'évaluation de l'exercice 2027.

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]
Processus 3	
➢ Domaine 2027/P3/OCM/D1 : La circulation rapide des moyens de paiement.	1
➢ Domaine 2027/P3/OCM/D2 : Le paiement rapide des tiers-payants.	1
Processus 4	
➢ Domaine 2027/P4/OCM/D1 : La détection et la récupération des paiements subrogatoires.	1
Processus 5	
➢ Domaine 2027/P5/OCM/D1 : La qualité du contrôle interne et de l'audit interne des unions nationales et mutualités.	4
➢ Domaine 2027/P5/OCM/D2 : 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.	2
Processus 7	
➢ Domaine 2027/P7/OCM/D1 : Le suivi adéquat des soldes comptables présentés par les comptes de l'assurance obligatoire.	9
➢ Domaine 2027/P7/OCM/D2 : Le respect des délais de paiement pour le régime du tiers payant.	5
➢ Domaine 2027/P7/OCM/D3 : L'imputation des dépenses en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc.	13
➢ Domaine 2027/P7/OCM/D4 : L'imputation des récupérations de paiements effectués à titre subrogatoire en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc.	5

[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.

➢ Domaine 2027/P7/OCM/D5 : Le dépôt des comptes annuels de l'assurance obligatoire.	1

Remarques générales

- 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.
- Le libellé 'assurance obligatoire' vise partout l'assurance obligatoire fédérale.

Domaine 2027/P3/OCM/D1 : La circulation rapide des moyens de paiement

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 2027. Sont également nécessaires les listes des intérêts financiers obtenus en 2027, 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 2027 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 2027) 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 2027 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 2027/P3/OCM/D2 : Le paiement rapide des tiers-payants

A. Justification du domaine

L'article 4, §1, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, §1, 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 2027.

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 2027/P4/OCM/D1 : La détection et la récupération des paiements subrogatoires

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 33 questions établies par l'Office de contrôle et reprises ci-après, ainsi qu'à la circulaire 17/03/D1 du 30 juin 2017, afférente au « Rapport à établir par les réviseurs dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration - Domaine examiné dans le cadre du processus défini à l'article 3, 4°, de l'arrêté royal du 10 avril 2014: La détection et la récupération des paiements subrogatoires ».

C. Données visées et période concernée

Dans le cadre des paiements subrogatoires, les procédures de travail et la mise en œuvre de celles-ci au cours de l'exercice 2027, relatives aux aspects suivants :

- détection des prestations à récupérer ;
- procédures de suivi.

D. Approche suivie

Les dispositions reprises à la circulaire précitée fixent les modalités à respecter par les réviseurs dans le cadre de leur mission. Il est à noter qu'en raison du nombre important des procédures de travail visées par le questionnaire sous revue, le Conseil de l'Office n'a pas souhaité prédéterminer une méthode d'échantillonnage à suivre et a souhaité laisser les réviseurs libres de fixer eux-mêmes les méthodes concernées permettant d'obtenir, sur le plan de la théorie statistique, un taux de fiabilité suffisant.

Les procédures de détection des cas y sont distinguées de celles appliquées en matière de suivi des récupérations. Le réviseur est appelé à vérifier 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 33 questions qui lui sont soumises en précisant si les points concernés sont « rencontrés », « pas rencontrés » ou « partiellement rencontrés ». Il est à noter que certaines questions ne sont pas applicables à la Caisse des soins de santé de HR Rail et que dans ce cas, le poids des questions concernées sera reporté sur les autres questions.

Dans l'exécution de leurs travaux, les réviseurs ne feront pas usage de l'assistance directe du service d'audit interne telle que définie dans l'ISA 610.

Conformément aux dispositions de la circulaire précitée, le rapport du réviseur doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2028.

Les questions concernées sont les suivantes :

1.1 Procédures de détection

A. Accidents

(Par accidents, sont visés les accidents du travail, les accidents de la route, les accidents de responsabilité civile, les agressions et les erreurs médicales présumées)

Réception des documents d'hospitalisation	Oui	Non	Part.	Poids
✓ L'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que les informations reprises aux documents 721bis, 723 et 727 soient examinées afin de déterminer si l'hospitalisation concernée ne résulte pas d'un accident ?				3,03%
✓ Dans l'affirmative, lorsque sur la base de l'examen des informations contenues auxdits documents, il y a une suspicion suffisante d'accident, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à l'envoi d'une déclaration d'accident au membre ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

Réception du certificat d'incapacité de travail	Oui	Non	Part.	Poids
✓ L'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que les informations reprises aux certificats d'incapacité de travail soient examinées afin de déterminer si l'incapacité concernée ne résulte pas d'un accident ?				3,03%
✓ Dans l'affirmative, lorsque sur la base de l'examen des informations contenues auxdits documents, il y a une suspicion suffisante d'accident, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à l'envoi d'une déclaration d'accident au membre ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

Réception des feuilles de renseignements indemnités	Oui	Non	Part.	Poids
✓ L'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que les informations reprises aux feuilles de renseignements "indemnités" soient examinées, afin de déterminer si l'indemnisation concernée ne résulte pas d'un accident ?				3,03%
✓ Dans l'affirmative, lorsque sur la base de l'examen des informations contenues auxdits documents, il y a une suspicion suffisante d'accident, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à l'envoi d'une déclaration d'accident au membre ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

Réception d'informations du membre (guichet, courrier, mail, téléphone, …)	Oui	Non	Part.	Poids
✓ Lorsque sur la base d'informations communiquées par un membre, il y a une suspicion suffisante d'accident, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que ces informations soient avec certitude, communiquées au service "accidents" ?				3,03%

✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

Intervention de l'assurance complémentaire	Oui	Non	Part.	Poids
✓ Dans le cadre des prestations accordées en assurance complémentaire, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à détecter une suspicion d'accident ?				3,03%
✓ Dans le cas d'une suspicion suffisante, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à l'envoi d'une déclaration d'accident au membre ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

Envoi et réception de la déclaration d'accident	Oui	Non	Part.	Poids
✓ En l'absence de réponse du membre à l'envoi d'une déclaration d'accident, des rappels sont-ils transmis endéans un délai : - de deux mois, pour le 1er rappel (électronique ou papier) ? - de quatre mois, pour le 2e rappel (électronique ou papier) ? - de six mois, pour le 3e rappel (électronique ou papier)? Ce troisième envoi n'est cependant pas obligatoire lorsque le montant total concerné est inférieur au montant fixé en vertu des dispositions de l'article 326, §3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

B. Maladies professionnelles

	Oui	Non	Part.	Poids
✓ Préalablement à la réception d'une décision du FEDRIS, si le Médecin-conseil a lié l'intervention de l'assurance maladie-invalidité à une potentielle maladie professionnelle, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que cette information soit enregistrée et qu'un listing provisoire des indemnités d'incapacité de travail octroyées dans le cadre de cette maladie soit établi en prévision d'une récupération future éventuelle ?				3,03%
✓ La procédure de travail précitée est-elle appliquée de manière correcte et systématique ?				3,03%

1.2 <u>Procédures de suivi</u>

A. Généralités

	Oui	Non	Part.	Poids
✓ L'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que les dossiers de subrogation non clôturés et qui ne sont pas bloqués par une procédure judiciaire en cours, soient revus au minimum 1 fois par an ?				3,03%

✓ L'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à établir, au moins une fois par an, un inventaire exhaustif des dossiers en cours ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,04%

B. Accidents

(Par accidents, sont visés les accidents du travail, les accidents de la route, les accidents de responsabilité civile, les agressions et les erreurs médicales présumées)

	Oui	Non	Part.	Poids
✓ Suite à la réception du flux "période acceptée d'incapacité", l'organisme assureur a-t-il, sur la base de cette information, arrêté une procédure de travail visant à éviter les risques de double paiement ?				3,03%
✓ Dans le cas d'un accident de la route avec tiers responsable, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail qui vise à ce qu'un courrier soit adressé au membre afin de l'informer qu'elle va exercer son droit de subrogation et que si le membre conclut une transaction, cette dernière n'est pas opposable à l'entité mutualiste sans l'accord de cette dernière [(1)] ?				3,03%
✓ En cas d'accident de la route sans tiers responsable, c'est-à-dire soit un accident où le tiers responsable ne s'est pas fait connaître ou a fait un délit de fuite, soit un accident où le conducteur responsable n'est pas assuré ou encore, si l'assurance du tiers responsable est en faillite ou sans agrément, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à ce que les débours soient adressés au Fonds Commun de Garantie Belge (FCGB) ?				3,03%
✓ Lorsqu'elle réceptionne une déclaration d'accident qui met en cause la responsabilité civile d'un tiers (la date de réception doit donc être attestée, par exemple via l'apposition d'un cachet), l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à informer la compagnie d'assurance du tiers responsable au plus tard dans un délai de deux mois de la date à laquelle elle est en possession des coordonnées de ladite compagnie ?				3,03%
✓ L'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure interne de travail visant à faire en sorte que la liste des débours à transmettre au tiers responsable ou à la compagnie d'assurance de celui-ci, soit la plus complète possible ?				3,03%
✓ Dans le cadre des récupérations de montants payés à titre subrogatoire, en cas de procédure judiciaire, l'entité mutualiste a-t-elle mis en œuvre une procédure qui vise à ce que des intérêts de retard soient réclamés ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

[(1)] Article 136, §2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

C. Maladies professionnelles

	Oui	Non	Part.	Poids
✓ Lorsqu'une décision positive du FEDRIS est réceptionnée par une mutualité par l'intermédiaire de l'union nationale, la mutualité a-t-elle mis en œuvre des procédures de travail visant à vérifier l'existence des débours (indemnités) à récupérer auprès de cet organisme ?				3,03%
✓ A la réception d'une décision positive du FEDRIS concernant une indemnisation pour maladie professionnelle, et si l'indemnité proposée ne fait pas l'objet d'une quelconque contestation, la mutualité a-t-elle mis en œuvre une procédure de travail visant à renvoyer au FEDRIS, le document MP5 dûment complété endéans les deux mois ?				3,03%
✓ Suite à une décision positive du FEDRIS concernant une incapacité permanente, la mutualité a-t-elle mis en œuvre des procédures de travail visant à adapter immédiatement les indemnités octroyées au membre concerné en fonction des indemnités que le FEDRIS va désormais verser à ce membre ?				3,03%
✓ Suite à une décision positive du FEDRIS concernant une maladie professionnelle, la mutualité a-t-elle mis en œuvre des procédures de travail visant à récupérer les indemnités liées à cette maladie qu'elle aurait déjà payées ?				3,03%
✓ Les procédures de travail précitées sont-elles appliquées de manière correcte et systématique ?				3,03%

Domaine 2027/P5/OCM/D1 : La qualité du contrôle interne et de l'audit interne des unions nationales et mutualités.

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. Par la circulaire 10/11/D1 du 18 octobre 2010, entretemps remplacée par la circulaire 24/04/D1 du 2 juillet 2024, l'Office de contrôle a fixé le modèle COSO-ERM comme base lors de l'identification des risques et lors de leur évaluation et gestion afin de réaliser les objectifs posés.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine se présente sous la forme des réponses apportées par les réviseurs à une liste de 84 questions qui sont classées selon les 8 composantes fixées par le modèle COSO-ERM (5 de ces questions ne concernent pas la Caisse des soins de santé de HR Rail). Ledit questionnaire, qui figure en annexe 1, sera à compléter par les réviseurs désignés par les différents organismes assureurs en regard de l'assurance obligatoire. A chaque question, il est attribué un poids identique, soit 1,2195% (100%/82) pour les cinq unions nationales et 1,2987% (100%/77) pour la Caisse des soins de santé de HR Rail.

C. Données visées et période concernée

Les questions concernées portent sur la situation constatée par les réviseurs au cours de l'exercice 2027.

D. Approche suivie

En regard de chaque question et après examen de celle-ci, le réviseur est invité à indiquer à son rapport l'une des réponses suivantes :

- NON (si rien n'a été fait) ;
- Plutôt NON (si le point n'est pas rencontré, sans que l'on puisse dire que rien n'a été fait) ;
- Plutôt OUI (si le point est dans une grande mesure rencontré, mais que de nouvelles étapes sont néanmoins encore à réaliser) ;
- OUI (si le point est rencontré).

- pour les questions où le réviseur estime que la réponse à apporter est « NON », « Plutôt NON » ou « Plutôt OUI », il est demandé au réviseur de reprendre un commentaire étayant son appréciation. Dans ce cas, le réviseur se doit également d'indiquer si ladite appréciation est ou non extrapolable à l'ensemble de l'organisme assureur concerné. Dans l'hypothèse où certaines remarques ne concerneraient pas toutes les mutualités, le rapport devra mentionner explicitement l'appréciation attribuée à chacune de celles-ci ;

- préalablement à l'examen qui sera réalisé par les réviseurs, chaque entité mutualiste devra réaliser une auto-évaluation sous la forme d'un questionnaire complété, et dont les réponses seront suffisamment circonstanciées et documentées. Il est à noter que le questionnaire complété par les soins de l'entité mutualiste sera destiné exclusivement à l'usage des réviseurs et ne sera pas communiqué à l'Office de contrôle. Le rapport transmis à l'Office de contrôle reprendra uniquement le questionnaire complété par le réviseur à l'issue de son examen ;

- compte tenu du fait que chaque organisme assureur dispose de sa propre structure organisationnelle, il appartiendra à chaque réviseur de juger si la question traitée doit seulement être examinée au niveau de l'union nationale ou si elle doit également faire l'objet d'un examen en regard de chacune des mutualités de celle-ci. Lorsqu'une question nécessite un examen auprès des mutualités, il est impératif que ledit examen soit réalisé auprès de toutes les mutualités affiliées à l'organisme assureur concerné ;

- un rapport unique doit être présenté par organisme assureur, lequel concernera néanmoins toutes les mutualités qui lui sont affiliées. Dans l'hypothèse où les mutualités examinées ne seraient pas toutes soumises au contrôle du même réviseur, il appartient au réviseur désigné par le secrétariat national pour l'assurance obligatoire de centraliser l'ensemble des informations dans un rapport unique.

Le rapport du réviseur doit être communiqué à l'Office de contrôle pour le 15 mars 2028.

Domaine 2027/P5/OCM/D2 : 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

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 retenu par l'Office englobe des prestations relevant des articles 5 et 6 « Soins dentaires », 11 « Prestations spéciales générales », 17 « Radiologie » et 17 quater « Médecin spécialiste (B), à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic (R) » de la nomenclature des soins de santé.

B. Indicateur

L'indicateur afférent à ce domaine correspond à la manière dont sont exécutés les contrôles de validité dans le cadre des prestations relevant des articles précités de la nomenclature des soins de santé qui sont considérés comme devant être réalisés a priori. Selon les prestations concernées, ces contrôles de validité peuvent notamment viser le respect d'une règle portant sur l'âge, l'existence d'un accord préalable d'un médecin-conseil, un nombre maximum de prestations sur une période donnée, un cumul interdit de prestations, un cumul exclusif de prestations (prestations qui ne peuvent être cumulées qu'avec certaines autres), un ordre chronologique de prestations à respecter, une catégorie de prestataires ou de prescripteurs, un type d'établissement ou de service hospitalier, ou encore toute autre règle énoncée dans la nomenclature des soins de santé.

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 retenues par l'Office de contrôle et introduites dans les modèles N par les organismes assureurs au cours du premier semestre 2027.

D. Approche suivie

En regard des catégories de prestations retenues, 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). Il va de soi que pour les prestations retenues visées aux articles concernés de la nomenclature, ce contrôle ne doit être exécuté qu'a priori. 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 contrôles de validité a posteriori sont réalisés annuellement (depuis au moins deux ans) ou dans un délai de trois mois qui suit la date d'introduction de la demande de remboursement auprès de l'organisme assureur.

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, a priori signalétiques et a posteriori, qui ne sont pas strictement rencontrés. Ce pourcentage de cas fautifs est obtenu soit au départ de l'examen de la population totale des records concernés par un code de nomenclature, soit au moyen de l'examen d'un échantillon. La manière de procéder dépend de la nature des contrôles de validité soumis à l'examen. A titre d'exemple, un fichier complet peut aisément être examiné dans le cadre d'un contrôle lié à un critère d'âge du bénéficiaire lorsque cette information y figure, alors que le contrôle d'une règle d'interdiction de cumul nécessite une consultation complémentaire de banques de données internes aux organismes assureurs.

Domaine 2027/P7/OCM/D1 : Le suivi adéquat des soldes comptables présentés par les comptes de l'assurance obligatoire

A. Justification du domaine

L'article 10, § 1er, de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1er 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 2025.

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 de contrôle 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 21/01/D1 du 30 avril 2021.

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.

L'examen réalisé portera uniquement sur la vérification que les « montants anciens » déjà notifiés dans le cadre des contrôles des inventaires précédents ont été régularisés et qu'ils ne figurent donc plus aux inventaires de l'exercice 2025.

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 2027/P7/OCM/D2 : Le respect des délais de paiement pour le régime du tiers payant

A. Justification du domaine

L'article 4, § 1er, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que les décisions des différentes commissions de conventions et d'accords avec les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, précisent les délais endéans lesquels les paiements aux tiers payants doivent être effectués. Le non-respect de ces modalités pourrait remettre en question le système du tiers payant.

B. Indicateur

L'évaluation est réalisée sur la base du pourcentage de factures qui n'ont pas été payées dans les délais réglementaires ou décidés par les commissions de conventions et d'accords, en faisant une distinction entre les paiements accusant des retards limités, importants et très importants.

C. Données visées et période concernée

Les données visées sont toutes les factures inscrites dans le facturier « tiers payant » de l'organisme assureur de l'année précédant l'année d'évaluation. Les inscriptions dans le cadre de la gestion du « dossier médical global » et celles relatives aux trajets de soins, qui sont soumises à un régime spécifique, ne relèvent pas de l'examen.

D. Approche suivie

À l'aide du logiciel d'audit Galvanize (ACL), les factures inscrites dans le facturier du régime tiers payant sont réparties dans les groupes suivants, constitués en fonction des délais de paiement à respecter. Avant le lancement des contrôles par les inspecteurs, il sera demandé à l'INAMI quels délais de paiement sont effectivement applicables pendant l'année examinée. En fonction des réponses de l'INAMI, la classification en groupes ci-dessous sera actualisée, et le tableau reprenant une ventilation en trois catégories de retard sera également adapté.

Groupe 1 : Prestataires et établissements de soins pour lesquels le délai de paiement général est d'application ;
Groupe 2 : Médecins généralistes (support papier ou magnétique) ;
Groupe 3 : Médecins généralistes et dentistes (facturation électronique) ;
Groupe 4 : Médecins spécialistes (facturation électronique) ;
Groupe 5 : Services de tarification des pharmaciens ;
Groupe 6 : Infirmiers et sages-femmes (facturation électronique) ;
Groupe 7 : Bandagistes, orthopédistes, opticiens, audiciens et technologues orthopédiques ;
Groupe 8 : Kinésistes et logopèdes ;
Groupe 9 : Sages-femmes (support papier ou magnétique) ;
Groupe 10 : Maisons médicales, laboratoires de génétique humaine et laboratoires d'anatomo-pathologie (facturation électronique) ;
Groupe 11 : Notes d'échéance qui doivent être payées au plus tard le premier jour du 3e mois.

Dans l'étape suivante, le nombre total de factures reçues et le nombre total de factures payées tardivement sont calculés par groupe. Les factures qui ont été payées en dehors du délai de paiement en raison d'une cause externe ne sont pas considérées comme payées trop tard. Les causes externes possibles sont énumérées dans la liste non exhaustive suivante :

- les factures qui, à la demande de l'INAMI, ne peuvent pas être payées en raison d'une (suspicion de) fraude dans le chef du prestataire ou établissement de soins ;
- les factures pour lesquelles il y a lieu d'attendre l'obtention de l'accord nécessaire du Collège des médecins-directeurs ou du Conseil technique dentaire ;
- les factures de MRS et MRPA pour lesquelles l'INAMI n'a pas encore communiqué les nouveaux tarifs aux organismes assureurs ;
- les factures adressées par des prestataires et établissements de soins à l'issue d'une période de sanction imposée par l'INAMI, pour lesquelles l'INAMI n'a pas encore communiqué les nouveaux tarifs à appliquer aux organismes assureurs ;
- les factures relatives à des membres qui ont récemment fait mutation, pour lesquelles l'organisme assureur a dû attendre le dossier médical qui doit être transmis par l'ancien organisme assureur ;
- les factures pour lesquelles l'organisme assureur a dû attendre une réponse suite à la demande d'informations ou de documents formulée dans les délais au prestataire ou établissement de soins ;
- les factures qui ne sont pas payées parce qu'un montant plus élevé que celui de la facture doit être récupéré auprès du même tiers payant ;
- les factures qui ne sont pas payées en raison d'une procédure judiciaire à l'encontre du tiers payant (saisie conservatoire, règlement collectif de dettes, faillite, nantissement).

La nature de la cause externe doit être démontrée par l'organisme assureur. Ensuite, les factures payées tardivement sont, par groupe, réparties en trois catégories : retard « limité », retard « important » et retard « très important ». Le tableau suivant détermine ce que ces catégories impliquent pour chacun des groupes :

Groupes [(1)]	**Retard « limité » (catégorie 1)**	**Retard « important » (catégorie 2)**	**Retard « très important » (catégorie 3)**
Groupe 1 (60 jours calendrier)	1 - 6 jours trop tard	7 - 30 jours trop tard	>30 jours trop tard
Groupe 2 (30 jours calendrier)	1 - 3 jours trop tard	4 - 15 jours trop tard	>15 jours trop tard
Groupe 3 (14 jours calendrier)	1 - 2 jours trop tard	3 - 7 jours trop tard	>7 jours trop tard
Groupe 4 (14 jours calendrier)	1 - 2 jours trop tard	3 - 7 jours trop tard	>7 jours trop tard
Groupe 5 (24 jours calendrier)	1 - 3 jours trop tard	4 - 12 jours trop tard	>12 jours trop tard
Groupe 6 (14 jours calendrier)	1 - 2 jours trop tard	3 - 7 jours trop tard	>7 jours trop tard
Groupe 7 (42 jours calendrier)	1 - 5 jours trop tard	6 - 21 jours trop tard	>21 jours trop tard

(1) Les délais mentionnés dans ce tableau ne sont qu'une reproduction synthétique des délais de paiement. Lors de l'examen sur place, il est tenu compte des délais exacts.

Groupe 8 (30 jours calendrier)	1 - 3 jours trop tard	4 - 15 jours trop tard	>15 jours trop tard
Groupe 9 (42 jours calendrier)	1 - 5 jours trop tard	6 - 21 jours trop tard	>21 jours trop tard
Groupe 10 (14 jours calendrier)	1 - 2 jours trop tard	3 - 7 jours trop tard	>7 jours trop tard
Groupe 11 (notes d'échéance)	1 - 2 jours trop tard	3 - 10 jours trop tard	>10 jours trop tard

Les factures payées tardivement sont totalisées par catégorie, tous groupes confondus. Ensuite, le pourcentage de factures payées tardivement par rapport au nombre total de factures examinées peut être calculé par catégorie. Une marge de tolérance de 0,05 % est appliquée par catégorie en ce qui concerne les factures payées tardivement, ce qui signifie qu'un OA est seulement sanctionné pour la partie du pourcentage de factures payées tardivement qui dépasse la marge de tolérance de 0,05 % dans chaque catégorie. Aux pourcentages ainsi obtenus par catégorie s'appliquent les échelles d'évaluation qui sont reprises dans le guide opératoire.

Les dispositions pratiques pour l'examen sur place par les inspecteurs de l'Office de contrôle sont reprises à la circulaire 19/04/D1 du 12 juin 2019.

Domaine 2027/P7/OCM/D3 : L'imputation des dépenses en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc

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 inexacts 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 2026.

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 Galvanize (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 2027/P7/OCM/D4 : L'imputation des récupérations de paiements effectuées à titre subrogatoire en soins de santé et en indemnités aux modèles de dépenses ad hoc

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, §§ 1er 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 2026, que les organismes assureurs doivent faire parvenir avant le 31 mars 2027 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 :

- 1er 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 ;

- 2ème 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 termes 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) ;

- 3ème 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 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.

Domaine 2027/P7/OCM/D5 : Le dépôt des comptes annuels de l'assurance obligatoire

A. Justification du domaine

En application de l'article 30bis de la loi du 6 août 1990, inséré par la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, les comptes annuels doivent être déposés à la BNB dans les trente jours suivant l'approbation par l'assemblée générale / le comité de gestion, en même temps que la liste des administrateurs et réviseurs et le rapport du (des) réviseur(s) sur ces comptes annuels. L'arrêté royal du 6 septembre 2016, qui fixe les modalités de ce dépôt, a rendu cette obligation applicable à partir des comptes annuels de l'exercice 2015. Cette obligation a été instaurée en vue de favoriser la transparence du secteur mutualiste.

B. Indicateurs

L'évaluation est réalisée au moyen des trois questions reprises dans le tableau ci-dessous. Ces questions concernent le respect du délai, ainsi que la qualité du dépôt. L'administration répondra par « oui » ou « non » à chacune de ces questions. Le poids de chaque question est indiqué dans la deuxième colonne du tableau ci-après.

	Poids
1. Les comptes annuels ont-ils été déposés dans le délai lors du premier dépôt pour un exercice déterminé (les dépôts suivants ne sont pas pris en considération), c'est-à-d. dans les trente jours suivant l'approbation de l'assemblée générale / du comité de gestion, et ce premier dépôt a-t-il été réalisé dans la version correcte (version BNB de MutWeb) et avec les pages correctes des comptes annuels? *La réponse à cette question ne tient pas compte du caractère exhaustif ou non des informations visées à la question 2, ni de la présence ou non du rapport visé à la question 3.*	0,70
2. Lors du premier dépôt, la liste des administrateurs et du (des) réviseur(s) a-t-elle été complétée sur la page de garde (nom, prénoms et fonction) ?	0,10
3. Lors du premier dépôt, le rapport du réviseur à l'assemblée générale / au comité de gestion a-t-il été joint (rapport adéquat, rapport complet, ...) ?	0,20

C. Données visées et période concernée

L'évaluation est réalisée sur les comptes annuels de l'assurance obligatoire qui ont été approuvés pendant la période du 2 décembre 2026 au 1er décembre 2027 inclus par l'assemblée générale / le comité de gestion du dernier des six organismes assureurs qui a fait approuver ses comptes annuels.

Dans l'hypothèse où pendant la période sous revue plusieurs comptes annuels auraient été approuvés par l'organisme assureur dont l'assemblée générale s'est réunie en dernier lieu, le montant total octroyé pour ce domaine sera scindé selon le nombre d'exercices pour lesquels le dépôt doit être évalué.

Dans l'hypothèse où aucun organisme assureur n'aurait fait approuver de comptes annuels pendant la période concernée, la totalité du montant à attribuer sera accordée compte tenu du principe fixé au guide opératoire et selon lequel un domaine non évalué, sans mise en cause de la responsabilité des organismes assureurs, est attribué à 100%.

D. Méthode de travail suivie

Un score de 100 % est octroyé à une réponse « Oui », et un score de 0 % à une réponse « Non ».

Le pourcentage à octroyer est calculé au moyen de la formule suivante, dans laquelle il est tenu compte du poids de chaque question :

$X\ (\%) = (A_1 * 0{,}70) + (A_2 * 0{,}10) + (A_3 * 0{,}20)$

A_1, A_2, et A_3 étant les scores pour respectivement les questions 1 à 3.

Annexe 1

Questions à examiner par les réviseurs en regard du domaine afférent la qualité du contrôle interne et de l'audit interne

Composante COSO	Thème	Thème n°	n° question	Descriptif question	Réponses réviseur(s) (NON/Plutôt NON/Plutôt OUI/OUI)	Observations réviseur(s)
Environnement interne	Politique en matière de gestion des risques	1	1	L'union nationale a-t-elle défini une politique en matière de gestion des risques concrétisée par une charte ?		
			2	Le Comité d'Audit, le Conseil d'administration et la direction effective suivent-ils de manière périodique les activités concrètes permettant l'application de cette politique de gestion des risques ?		
	Appétence au risque	2	3	L'appétence aux risques a-t-elle été clairement définie et formalisée par rapport aux objectifs ?		
			4	Existe-t-il un organigramme dans lequel les fonctions sont clairement définies ?		
			5	Le principe de séparation des fonctions incompatibles au sein de l'entité mutualiste est-il assuré pour toutes les fonctions-clés qui ont été définies comme telles par l'entité mutualiste ?		
			6	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'entité mutualiste ?		
			7	Les règles à suivre et les responsabilités des organes de gouvernance sont-elles définies dans une charte ou dans un autre document ?		
	Comité d'audit: sa composition, son rôle	3	8	La composition du comité d'audit est-elle conforme à celle définie au règlement ? C'est-à-dire qu'elle compte au moins 4 membres, dont la moitié au moins appartient au conseil d'administration de l'union nationale et n'assume aucune responsabilité dans la gestion journalière de ladite union ou de ses mutualités.		
			9	Le Comité d'audit a-t-il, via le service d'audit, la capacité d'obtenir tout renseignement ou document et de procéder à toute investigation qu'il juge nécessaire ?		
			10	Le Comité d'audit a-t-il la possibilité de prendre connaissance des rapports d'activité et du résumé des principales recommandations individuelles formulées par le service d'audit interne, ainsi que de l'état de la situation quant à la suite qui leur est donnée ?		
			11	Le Comité d'audit fait-il au moins une fois par an rapport au Conseil d'administration ?		
			12	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 ?		
	Service d'audit interne, plan d'audit et méthode de travail	4	13	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 ?		
			14	L'indépendance du service d'audit interne au sein de l'organisation est-elle garantie par les dispositions de la charte d'audit ?		
			15	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 ?		
			16	Le service d'audit interne a-t-il accès à tous les documents, fichiers et informations de l'entité 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 ?		
			17	Les membres du service d'audit interne ont-ils les bonnes compétences au bon moment, par la formation permanente et/ou est-il fait, si nécessaire, appel à de l'expertise externe ?		
			18	Les missions du service d'audit font-elles l'objet de la part de ce service de l'établissement d'un plan d'audit ?		
			19	Les plans validés par le comité d'audit sont-ils respectés ?		
			20	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 ?		
			21	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 ?		
			22	La mise en œuvre des plans d'audit s'appuie-t-elle sur des échantillons représentatifs de la population étudiée ?		

Environnement interne (suite)	Structure organisationnelle	5	23	La direction de l'union nationale exerce-t-elle un suivi régulier des activités, entre autre pour tout ce qui se rapporte aux éventuelles "opérations décentralisées" ?		
			24	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 ?		
			25	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'entité mutualiste a-t-elle mis au point des procédures visant à assurer le respect desdites dispositions ?		
			26	Existe-t-il une politique de congés obligatoires pour les personnes en charge de fonctions-clés ?		
			27	La structure de protection du système d'information (sécurité physique ou logique: accès au paramétrage, initiation et modification des transactions) est-elle appropriée à la structure de l'entité mutualiste ?		
			28	Le Conseil d'administration, la Direction effective et le Comité d'audit sont-ils autonomes et compétents pour leur domaine de décision ?		
			29	La communication entre le Conseil d'administration, la Direction effective et/ou le Comité d'audit, et les auditeurs internes ou externes (fréquence, qualité) est-elle considérée comme adéquate ?		
			30	Les réunions, sujets abordés avec la Direction effective, et actions décidées par le Conseil d'administration et/ou le Comité d'audit sont-ils appropriés ? (examen des thèmes, participation à la préparation du reporting financier)		
			31	Les recommandations du Comité d'audit (y compris les recommandations internes et externes) sont-elles prises en compte et rapportée par la Direction effective ?		
	Principes d'intégrité et de valeurs éthiques	6	32	Les valeurs éthiques et principes d'intégrité ont-ils été formalisés dans un code de conduite ?		
			33	Le code de conduite a-t-il été communiqué à chaque membre du personnel ?		
			34	Le Conseil d'administration dispose-t-il d'une procédure permettant de s'assurer des compétences et de l'honorabilité des membres ?		
			35	Les dépenses des membres de la direction font-elles l'objet d'une procédure indépendante d'approbation ?*		
			36	Un comité de rémunération a-t-il été instauré ?*		
			37	La composition du comité de rémunération est-elle adéquate ?*		
			38	Le comité de rémunération fonctionne-t-il de façon indépendante ?*		
			39	Les procédures standard d'embauche, de formation, de motivation, d'évaluation, de rémunération, de transfert ou de licenciement du personnel sont-elles adaptées ?*		
	Environnement de contrôle interne	7	40	La surveillance de la Direction effective par le Conseil d'administration et le Comité d'audit est-elle adéquate ? (à savoir: absence de limitation volontaire de la communication et absence de domination excessive des organes de direction par une personne ou un nombre limité de personnes).		
			41	Les choix des principes comptables, d'estimations comptables et d'imputations sont-ils économiquement justifiés et conformes aux directives de l'OCM ?		
			42	Le management a-t-il une connaissance suffisante de l'activité, de la planification (plan stratégique, plans d'actions opérationnels, budget ...), du suivi de l'activité, et/ou de la prise de décisions ?		
			43	Le management a-t-il suffisamment de connaissances relatives au respect des obligations légales et réglementaires (prise en compte des spécificités sectorielles) ?		
Définition des objectifs	Objectifs stratégiques	8	44	Les objectifs stratégiques sont-ils clairement définis ?		
			45	Les objectifs stratégiques sont-ils liés à la mission/vision de l'union nationale ?		
			46	Les objectifs stratégiques ont-ils été communiqués à tous les niveaux de l'union nationale ?		
			47	Les objectifs stratégiques ont-ils été formalisés et approuvés ?		
			48	Les objectifs stratégiques ont-ils été intégrés dans la gestion des risques ?		
	Tolérance et appétence au risque	9	49	L'union nationale a-t-elle identifié son niveau de tolérance au risque, les indicateurs pouvant la mesurer ainsi que les variations acceptables par rapport à l'atteinte des objectifs ?		
Identification des événements	Niveau de l'identification des événements	10	50	L'inventaire des risques a-t-il été formalisé ?		
	Techniques d'identification des risques	11	51	Des gestionnaires en matière de risques ont-ils été identifiés au sein de l'union nationale ?		
			52	Ces gestionnaires en matière de risques ont-ils été formés ?		
			53	Des techniques qualitatives et quantitatives d'identification des risques sont-elles mises en œuvre ?		
			54	L'audit interne s'assure-t-il de la mise à jour de l'inventaire des risques?		

*** Ces questions ne sont pas applicables dans le cadre de l'évaluation de la Caisse des soins de santé HR Rail.**

Identification des événements	**Gestion du risque de fraude**	**12**	55	La Direction effective a-t-elle mis en place des mesures préventives pour couvrir les risques de tout type de fraude interne et externe ?		
			56	En cas de fraude, la Direction effective prend-elle des mesures correctives ?		
Evaluation des risques	**Méthodologie d'évaluation des risques**	**13**	57	L'évaluation des risques repose-t-elle sur des échelles d'évaluation de probabilité et d'impact ?		
			58	L'audit interne s'assure-t-il de la mise à jour de l'évaluation des risques ?		
	Facteurs de risque opérationnels	**14**	59	Les évolutions significatives ont-elles été prises en compte dans le cadre de l'analyse des risques (changements concernant le management, le système d'information, les prestations, les avantages, la structure en général, ...) ?		
			60	En matière de blanchiment d'argent, des politiques et procédures ont-elles été mises en place afin de limiter les risques liés à l'activité avec des ressortissants de pays tiers et/ou des pays où les pratiques sont opaques ?		
			61	Des politiques et procédures ont-elles été mises en place afin d'identifier les transactions inhabituelles ?		
	Facteurs de risque financiers et comptables	**15**	62	Des politiques et procédures ont-elles été mises en place afin de réduire les risques liés aux éventuelles difficultés de financement de l'activité (capacité à maintenir des ressources suffisantes) ?		
			63	Des politiques et procédures ont-elles été mises en place afin de réduire le risque lié au financement des frais d'administration mis à disposition par l'INAMI en application des dispositions légales ?		
Traitement des risques	**Réponses aux risques**	**16**	64	Des mesures ont-elles été prises suite aux risques identifiés dans l'inventaire des risques ?		
			65	L'audit interne s'assure-t-il des actions prises pour répondre aux risques soulevés ?		
			66	La responsabilité et la date prévue de mise en œuvre des mesures de contrôle interne planifiées sont-elles définies ?		
			67	Le risque résiduel a-t-il été réduit à un niveau acceptable dans le cadre de l'appétence aux risques définie par le Conseil d'administration, ou sinon des actions sont-elles en cours ?		
Activités de contrôle	**Activités de contrôle**	**17**	68	Le type/nature de contrôle a-t-il été intégré dans l'inventaire des risques et/ou dans les autres outils de gestion des risques s'il en existe ?		
			69	Le moment du contrôle (a priori ou a posteriori) a-t-il été intégré dans l'inventaire des risques et/ou dans les autres outils de gestion des risques s'il en existe ?		
			70	La fréquence du contrôle (a priori ou a posteriori) a-t-il été intégré dans l'inventaire des risques et/ou dans les autres outils de gestion des risques s'il en existe ?		
			71	Des manuels de procédures récents existent-ils ?		
			72	Les systèmes automatisés d'information électroniques sont-ils suffisamment fiables ?		
			73	Le système de contrôles internes est-il adaptée à la taille et la nature des activités de l'entité ?		
			74	Les politiques de développement et de modification des systèmes comptables et des contrôles comptables sont-elles adaptées ?		
Informa-tion et commu-nication	**Information et communication**	**18**	75	Les systèmes de traitement de l'information, tant automatisés que non automatisés, disposent-ils de la capacité de délivrer l'information financière et comptable, dans des délais raisonnables, aussi bien vers les utilisateurs opérationnels que vers la Direction effective ?		
			76	L'union nationale a-t-elle élaboré un plan de communication relatif à la gestion des risques ?		
Surveillance et monitoring	**Surveillance et monitoring**	**19**	77	L'union nationale dispose-t-elle d'un système de surveillance continue de ses risques dans ses activités normales d'exploitation ?		
			78	L'audit interne rapporte-t-il sur l'évaluation du fonctionnement du contrôle interne établi par la Direction effective ?		
			79	Le suivi des procédures de contrôle interne, notamment pour les activités décentralisées, est-il suffisant ?		
			80	L'audit interne fait-il l'objet d'une évaluation par le Comité d'audit, et à défaut, par le Conseil d'administration ?		
			81	La direction effective de l'union nationale évalue-t-elle au moins une fois par an le contrôle interne ?		
			82	La direction effective de l'union nationale informe-t-elle au moins une fois par an le Conseil d'administration du fonctionnement du contrôle interne ?		
			83	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 ?		
			84	Les modalités des rapports que la direction effective doit adresser au Conseil d'administration ont-elles été clairement définies par le Conseil d'administration ?		