CDZ
CONTROLEDIENST VOOR
DE ZIEKENFONDSEN

DOMEINEN EN INDICATOREN VAN TOEPASSING VOOR DE EVALUATIE VAN BOEKJAAR 2027

In het kader van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, die van toepassing is krachtens het koninklijk besluit van 10 april 2014, heeft de Controledienst elf domeinen vastgesteld voor de evaluatie van boekjaar 2027.

Deze domeinen, geklasseerd per proces bedoeld door artikel 3 van dat koninklijk besluit, staan in de onderstaande tabel. In de tweede kolom van de tabel staan de wegingscoëfficiënten die de Controledienst aan deze domeinen heeft toegekend.

Processen en domeinen	Weging binnen het proces [1]
Proces 3	
➢ Domein 2027/P3/CDZ/D1: De snelle circulatie van de betaalmiddelen.	1
➢ Domein 2027/P3/CDZ/D2: De snelle betaling van de derdebetalers.	1
Proces 4	
➢ Domein 2027/P5/CDZ/D1: De detectie en de terugvordering van de subrogatoire betalingen.	1
Proces 5	
➢ Domein 2027/P5/CDZ/D1: De kwaliteit van de interne controle en de interne audit van de landsbonden en ziekenfondsen.	4
➢ Domein 2027/P5/CDZ/D2 : De instelling van de validiteitscontroles bepaald in de nomenclatuur voor geneeskundige verzorging voor een categorie van prestaties – Thema van het betreffende jaar.	2
Proces 7	
➢ Domein 2027/P7/CDZ/D1: De adequate opvolging van de boekhoudsaldi in de rekeningen van de verplichte verzekering.	9
➢ Domein 2027/P7/CDZ/D2: Het respecteren van de betalingstermijnen voor de derdebetalersregeling.	5
➢ Domein 2027/P7/CDZ/D3: De toewijzing van de uitgaven geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de uitgavenmodellen ad hoc.	13

[1] Bijvoorbeeld: een cijfer 2 betekent dat binnen het betreffende proces dit domein het dubbele van het gewicht zal hebben van de domeinen met het cijfer 1.

➢ Domein 2027/P7/CDZ/D4: De toewijzing van de terugvorderingen van subrogatoire betalingen inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de uitgavenmodellen ad hoc. ➢ Domein 2027/P7/CDZ/D5: De neerlegging van de jaarrekening van de verplichte verzekering.	5 1

Algemene opmerkingen

- In deze nota verwijst elk gebruik van de term "landsbond" ook naar de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail, behalve voor de domeinen inzake de sector uitkeringen waarbij deze Kas niet betrokken is.
- Met de term 'verplichte verzekering' wordt altijd de 'federale verplichte verzekering' bedoeld.

Domein 2027/P3/CDZ/D1: De snelle circulatie van de betaalmiddelen

A. Rechtvaardiging van het domein

De financiële middelen ter beschikking gesteld van de verzekeringsinstellingen door het RIZIV moeten aan deze verzekeringsinstellingen de betaling toelaten, binnen de termijnen, van de prestaties geneeskundige verzorging alsook van de uitkeringen inzake arbeidsongeschiktheid. Ter zake is de naleving van de wettelijke en reglementaire bepalingen een van de grondslagen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

B. Indicator

De indicator voor dit domein stemt overeen met de waarde van de liquiditeitscoëfficiënt, die de verhouding uitdrukt tussen het gemiddelde van de dagelijkse beschikbare middelen en de financiële uitgaven van de verzekeringsinstellingen. Deze coëfficiënt wordt verbeterd via het in aanmerking nemen van het saldo van de lopende rekening met de aanvullende verzekering.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De voormelde verbeterde liquiditeitscoëfficiënt zal berekend worden op grond van de informatie vervat in de documenten T20 en T21 met betrekking tot het boekjaar 2027. Zijn ook nodig, de lijsten met de financiële intresten verkregen in 2027 door de verschillende verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering. Deze lijsten worden aan de Controledienst meegedeeld door het RIZIV. De gemiddelde rente van de Staatsfondsen op lange termijn (lineaire OLO's) voor het boekjaar 2027 is ook een noodzakelijk gegeven in het kader van dit domein.

D. Gevolgde werkwijze

De evaluatie van de liquiditeiten van de verzekeringsinstellingen is gebaseerd op het in aanmerking nemen van de volgende aspecten die samen behandeld worden:

- de snelheid waarmee de betalingen worden uitgevoerd;
- het behoud van een minimum aan geldmiddelen;
- het rendement van de geldmiddelen;
- de snelheid waarmee een eventuele schuld van de aanvullende verzekering aan de verplichte verzekering wordt aangezuiverd.

Vermits de "snelheid waarmee de betalingen worden uitgevoerd" samengaat met "het behoud van een minimum aan geldmiddelen", worden beide evaluatie-elementen gegroepeerd en geëvalueerd aan de hand van de liquiditeitscoëfficiënt die de verhouding weergeeft tussen het gemiddelde van de dagelijkse beschikbare middelen en de financiële uitgaven van de verzekeringsinstellingen. Het "rendement van de geldmiddelen" staat ook in functie van de liquiditeitscoëfficiënt.

De "snelheid waarmee een eventuele schuld van de aanvullende verzekering aan de verplichte verzekering wordt aangezuiverd" wordt behandeld bij de berekening van de liquiditeitscoëfficiënt via het in aanmerking nemen van het saldo van de lopende rekening met de aanvullende verzekering. Desgevallend wordt een intrestvergoeding, waarvan de berekening gebaseerd is op de gemiddelde rente van de Staatsfondsen op lange termijn (lineaire OLO's van het boekjaar 2027), aangerekend aan de verzekeringsinstellingen die gemiddeld een debetsaldo vertonen op hun lopende rekening met de aanvullende verzekering. De aldus voor elke verzekeringsinstelling verkregen liquiditeitscoëfficiënt wordt vervolgens geëvalueerd in functie van de schaal vermeld in de operationele handleiding.

Ten slotte wordt een correctiemaatregel toegepast om rekening te houden met het bedrag van de debetintresten opgelopen door de verzekeringsinstellingen op hun financiële rekeningen en afgerekend met het stelsel van de verplichte verzekering. Deze maatregel bestaat erin van het aandeel toegekend aan de landsbonden op grond van de voormelde verbeterde liquiditeitscoëfficiënt het bedrag af te trekken van de creditintresten waarvan de verplichte verzekering in 2027 niet kon genieten ingevolge het feit van de compensatie uitgevoerd met de debetintresten. Het bedrag van deze correctiemaatregel vertegenwoordigt in feite 80% van de betreffende debetintresten[(1)].

[(1)] In toepassing van artikel 195, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en overeenkomstig de voorwaarden voorzien door het koninklijk besluit van 12 april 1984, worden de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen vermeerderd met 20% van het bedrag van de intresten gegenereerd door de financiële middelen ter beschikking gesteld van de verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering.

Domein 2027/P3/CDZ/D2: De snelle betaling van de derdebetalers

A. Rechtvaardiging van het domein

Artikel 4, §1, van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alsook de verschillende nationale overeenkomsten tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen, preciseren de termijnen waarbinnen de betalingen aan derdebetalers moeten plaatsvinden. De niet-naleving van deze modaliteiten zou de derdebetalersregeling in vraag kunnen stellen.

B. Indicator

De indicator voor dit domein stemt overeen met de waarde van de jaarlijkse ratio die voortvloeit uit de verhouding tussen de openstaande derdebetalersschulden en de uitgevoerde betalingen aan derdebetalers.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

Die ratio wordt berekend op grond van de informatie vervat in de documenten T20 betreffende het boekjaar 2027.

D. Gevolgde werkwijze

Dit domein behandelt specifiek de snelheid waarmee de verzekeringsinstellingen de betalingen uitvoeren aan de derdebetalers en wordt geëvalueerd bij middel van de jaarlijkse ratio die voortvloeit uit de verhouding tussen de openstaande derdebetalersschulden en de uitgevoerde betalingen aan derdebetalers. De berekening van deze ratio sluit uitdrukkelijk de bedragen uit inzake de ziekenhuistwaalfden, en dit om de factoren te neutraliseren waarop de verzekeringsinstellingen geen invloed kunnen uitoefenen.

In geval van overschrijding door het RIZIV van zijn begrotingsdoelstelling en van uitputting van de "lopende rekening liquiditeitsoverschotten" door één of meerdere verzekeringsinstellingen, voorziet een correctieprocedure bovendien dat de waarde van de weerhouden coëfficiënt wordt bepaald door de oorspronkelijk voor de betrokken verzekeringsinstelling(en) verkregen ratio te verminderen met het overschrijdingspercentage van de begrotingsdoelstelling, afgerond naar de hogere eenheid. Indien bijvoorbeeld de coëfficiënt van een verzekeringsinstelling die haar "lopende rekening liquiditeitsoverschotten" zou hebben uitgeput, 1,04 zou bedragen en het RIZIV een overschrijding zou hebben opgetekend van zijn begrotingsdoelstelling met 2,35%, zou de waarde van de coëfficiënt gebruikt in het kader van de evaluatie van deze verzekeringsinstelling verminderd worden met 0,03 en van 1,04 op 1,01 gebracht worden.

Domein 2027/P4/CDZ/D1: De detectie en de terugvordering van de subrogatoire betalingen

A. Rechtvaardiging van het domein

Artikel 136, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, legt de modaliteiten vast die van toepassing zijn inzake de behandeling van de subrogatoire betalingen.

B. Indicator

De indicator van dit domein bestaat uit antwoorden van de revisoren op een reeks van 33 vragen die de Controledienst heeft opgesteld en die hieronder staan en in de omzendbrief 17/03/D1 van 30 juni 2017 over het "Verslag dat de revisoren moeten opstellen in het kader van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten – Domein onderzocht in het kader van het proces vastgelegd in artikel 3, 4°, van het koninklijk besluit van 10 april 2014: De detectie en terugvordering van subrogatoire betalingen".

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De werkprocedures en de uitvoering ervan in het boekjaar 2027 voor de subrogatoire betalingen over de volgende aspecten:

- detectie van terug te vorderen prestaties;
- opvolgingsprocedures.

D. Gevolgde werkwijze

De bepalingen in de omzendbrief leggen de modaliteiten vast die de revisoren bij de uitvoering van hun opdracht moeten naleven. Omdat de vragenlijst een groot aantal werkprocedures betreft, wilde de Raad van de Controledienst niet vooraf een te volgen steekproefmethode vastleggen, maar verkoos de revisoren vrij te laten om zelf de methodes te bepalen om een voldoende hoge betrouwbaarheidsgraad te verkrijgen op het vlak van de statistische theorie.

De opsporingsprocedures worden gescheiden van de procedures voor de opvolging van de terugvorderingen. De revisor wordt verzocht om bij elk ziekenfonds na te gaan of de procedures van de landsbond correct worden toegepast. Na afloop van dat onderzoek geeft de revisor zijn beoordeling op 33 vragen die hem worden voorgelegd door aan te geven of de punten "voldaan", "niet voldaan" of "gedeeltelijk voldaan" zijn. Er wordt opgemerkt dat bepaalde vragen niet van toepassing zijn op de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail en dat hierdoor het gewicht van deze vragen wordt overgedragen op de overige vragen.

Bij het uitvoeren van de werkzaamheden zullen de revisoren geen gebruik maken van directe ondersteuning door de interne auditdienst zoals gedefinieerd in ISA 610'.

In overeenstemming met de bepalingen van voornoemde omzendbrief moet het verslag van de revisor tegen 15 maart 2028 aan de Controledienst worden bezorgd.

Het gaat over de volgende vragen:

1.1 Detectieprocedures

A. Ongevallen
(met ongevallen wordt bedoeld: arbeidsongevallen, ongevallen op de weg, ongevallen van burgerlijke aansprakelijkheid, agressie en vermoedelijke medische fouten)

Ontvangst van de hospitalisatiedocumenten	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld zodat de informatie in de documenten 721bis, 723 en 727 wordt onderzocht om te bepalen of de hospitalisatie in kwestie niet het gevolg is van een ongeval?				3,03%
✓ Indien ja, heeft de mutualistische entiteit wanneer er op basis van het onderzoek van de informatie in die documenten een voldoende vermoeden van ongeval is, een werkprocedure ingesteld om een aangifte van ongeval aan het lid te versturen?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

Ontvangst van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld zodat de informatie in de getuigschriften van arbeidsongeschiktheid wordt onderzocht om te bepalen of de ongeschiktheid niet het gevolg is van een ongeval?				3,03%
✓ Indien ja, heeft de mutualistische entiteit wanneer er op basis van het onderzoek van de informatie in die documenten een voldoende vermoeden van ongeval is, een werkprocedure ingesteld om een aangifte van ongeval aan het lid te versturen?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

Ontvangst van het inlichtingenblad "uitkeringen"	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld zodat de informatie in de inlichtingenbladen "uitkeringen" wordt onderzocht om te bepalen of de uitkering niet het gevolg is van een ongeval?				3,03%
✓ Indien ja, heeft de mutualistische entiteit wanneer er op basis van het onderzoek van de informatie in die documenten een voldoende vermoeden van ongeval is, een werkprocedure ingesteld om een aangifte van ongeval aan het lid te versturen?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

Ontvangst van informatie van het lid (loket, brief, mail, telefoon …)	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit, wanneer er op basis van informatie overgemaakt door een lid een voldoende vermoeden van ongeval is, een werkprocedure ingesteld zodat die informatie met zekerheid aan de dienst "ongevallen" wordt bezorgd?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

Tegemoetkoming van de aanvullende verzekering	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit in het kader van de toegekende prestaties in de aanvullende verzekering een werkprocedure ingesteld om een vermoeden van ongeval te detecteren?				3,03%
✓ In geval van een voldoende vermoeden, heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld om een aangifte van ongeval aan het lid te verzenden?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

Verzending en ontvangst van de aangifte van ongeval	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Indien het lid na het versturen van een aangifte van ongeval niet antwoordt, worden er herinneringen verstuurd binnen de volgende termijnen: - twee maanden, voor de eerste herinnering (elektronisch of op papier)? - vier maanden, voor de tweede herinnering (elektronisch of op papier)? - zes maanden, voor de derde herinnering (elektronisch of op papier)? Deze derde zending is evenwel niet verplicht als het totaal betrokken bedrag lager is dan het bedrag vastgesteld in toepassing van artikel 326, §3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

B. Beroepsziekten

	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit, indien de adviserend geneesheer de tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft gekoppeld aan een mogelijke beroepsziekte, voorafgaandelijk aan de ontvangst van een beslissing van het FEDRIS een werkprocedure ingesteld om die informatie te registeren en om een voorlopige listing op te stellen van de toegekende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het kader van die ziekte met het oog op een eventuele toekomstige terugvordering?				3,03%
✓ Wordt bovenstaande werkprocedure correct en systematisch toegepast?				3,03%

1.2 <u>Opvolgingsprocedures</u>

A. Algemeen

	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld zodat de subrogatiedossiers die niet zijn afgesloten en die niet door een lopende gerechtelijke procedure worden geblokkeerd, minstens één keer per jaar worden herzien?				3,03%
✓ Heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld om minstens één keer per jaar een exhaustieve inventaris van de lopende dossiers op te stellen?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,04%

B. Ongevallen
(met ongevallen wordt bedoeld: arbeidsongevallen, ongevallen op de weg, ongevallen van burgerlijke aansprakelijkheid, agressie en vermoedelijke medische fouten)

	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft de verzekeringsinstelling bij ontvangst van de gegevensstroom 'aanvaarde periode van arbeidsongeschiktheid', op basis van die informatie, een procedure vastgesteld om de risico's op een dubbele betaling te vermijden?				3,03%
✓ Heeft de mutualistische entiteit in geval van een ongeval op de weg met een aansprakelijke derde een werkprocedure ingesteld zodat er een brief wordt verstuurd aan het lid om hem of haar mee te delen dat de entiteit haar recht van subrogatie gaat uitoefenen en dat als het lid een transactie afsluit, die transactie niet tegenstelbaar is aan de mutualistische entiteit zonder akkoord ervan(1)?				3,03%
✓ In geval van een ongeval op de weg zonder aansprakelijke derde, dus ofwel een ongeval waarbij de aansprakelijke derde zich niet bekend heeft gemaakt of vluchtmisdrijf heeft gepleegd, ofwel een ongeval waarbij de aansprakelijke bestuurder niet verzekerd is, ofwel indien de verzekering van de aansprakelijke derde failliet is of geen erkenning heeft, heeft de mutualistische entiteit dan een werkprocedure ingesteld zodat de onkosten worden verstuurd naar het Belgisch Gemeenschappelijk Waarborgfonds (BGWF)?				3,03%
✓ Wanneer ze een aangifte van ongeval ontvangt die een derde burgerlijk aansprakelijk stelt (de ontvangstdatum moet vermeld staan, bijvoorbeeld via poststempel), heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld om de verzekeringsonderneming van de derde aansprakelijke op de hoogte te brengen ten laatste binnen de twee maanden nadat zij de gegevens van die verzekeringsonderneming heeft ontvangen?				3,03%
✓ Heeft de mutualistische entiteit een werkprocedure ingesteld zodat de lijst met de onkosten die moet worden overgemaakt aan de aansprakelijke derde of aan de verzekeringsmaatschappij van die aansprakelijke derde zo volledig mogelijk is?				3,03%
✓ Heeft de mutualistische entiteit in het kader van de terugvordering van de subrogatoir betaalde bedragen bij een gerechtelijke procedure een procedure ingesteld om de verwijlintresten op te eisen?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

(1) Artikel 136, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

C. Beroepsziekten

	Ja	Nee	Ged.	Gew.
✓ Heeft het ziekenfonds, wanneer het via de landsbond een positieve beslissing heeft ontvangen van het FEDRIS, werkprocedures ingesteld om na te gaan of er terug te vorderen onkosten (uitkeringen) bij die instelling bestaan?				3,03%
✓ Heeft het ziekenfonds bij ontvangst van een positieve beslissing van het FEDRIS inzake een vergoeding voor beroepsziekte, en indien de voorgestelde uitkering niet wordt betwist, een werkprocedure ingesteld om het naar behoren ingevulde MP5-document binnen de twee maanden terug te sturen naar het FEDRIS?				3,03%
✓ Heeft het ziekenfonds bij een positieve beslissing van het FEDRIS over een permanente ongeschiktheid werkprocedures ingesteld om de toegekende uitkeringen aan het lid in kwestie onmiddellijk aan te passen in functie van de uitkeringen die het FEDRIS voortaan aan dat lid zal storten?				3,03%
✓ Heeft het ziekenfonds bij een positieve beslissing van het FEDRIS over een beroepsziekte werkprocedures ingesteld om de uitkeringen die het voor die ziekte al zou hebben betaald, terug te vorderen?				3,03%
✓ Worden bovenstaande werkprocedures correct en systematisch toegepast?				3,03%

Domein 2027/P5/CDZ/D1: De kwaliteit van de interne controle en interne audit van de landsbonden en ziekenfondsen

A. Rechtvaardiging van het domein

In artikel 31 van de wet van 6 augustus 1990 staat dat *"Elke landsbond moet beschikken over een systeem van interne controle en interne audit dat betrekking heeft op het geheel van zijn activiteiten, alsmede op deze van de erbij aangesloten ziekenfondsen ".* De kwaliteit van het systeem van interne controle en interne audit is een van de fundamentele elementen voor de goede werking van de verzekeringsinstellingen en de nodige voorwaarde voor de correcte uitvoering van de opdrachten die hen worden toevertrouwd. In de omzendbrief 10/11/D1 van 18 oktober 2010, ondertussen vervangen door omzendbrief 24/04/D1 van 2 juli 2024, heeft de Controledienst het model COSO-ERM als basis vastgesteld voor het identificeren van de risico's en het beoordelen en beheren ervan met het oog op het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen.

B. Indicator

De indicator van dit domein betreft de antwoorden gegeven door de revisoren op een lijst van 84 vragen die gerangschikt zijn volgens de 8 componenten van het model COSO-ERM (5 van deze vragen hebben geen betrekking op de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail). Deze vragenlijst, opgenomen in bijlage 1, dient vervolledigd door de door de verschillende verzekeringsinstellingen aangestelde revisoren in het kader van de verplichte verzekering. Aan elke vraag wordt een identiek gewicht toegekend, zijnde 1,2195% (100%/82) voor de vijf landsbonden en 1,2987% (100%/77) voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De betreffende vragen betreffen de situatie vastgesteld door de revisoren in de loop van het boekjaar 2027.

D. Gevolgde werkwijze

Voor elke vraag wordt de revisor verzocht, na onderzoek ervan, in zijn rapport een van de volgende antwoorden te geven :

- NEEN (als er niets gedaan is).
- Eerder NEEN (als aan het punt niet is voldaan, zonder dat gezegd kan worden dat er niets gedaan is).
- Eerder JA (als aan het punt in grote mate is voldaan, maar dat er nog nieuwe stappen gezet moeten worden).
- JA (als aan het punt is voldaan).

- voor de vragen waar de revisor van mening is dat het antwoord 'NEEN', 'Eerder NEEN' of 'Eerder JA' moet zijn, wordt de revisor verzocht om zijn beoordeling toe te lichten. De revisor moet in dat geval ook vermelden of de beoordeling al dan niet geldt voor de volledige verzekeringsinstelling. Als bepaalde opmerkingen niet gelden voor alle ziekenfondsen, moet het verslag expliciet de beoordeling vermelden die aan elke ziekenfonds wordt toegekend;

- vóór het onderzoek van de revisoren moet elke mutualistische entiteit een zelfevaluatie uitvoeren. Dat gebeurt aan de hand van de vragenlijst. De antwoorden op de vragen moeten voldoende gedetailleerd en onderbouwd zijn. De vragenlijst die de mutualistische entiteit heeft ingevuld, is uitsluitend bedoeld voor de revisoren en wordt niet aan de Controledienst bezorgd. Het verslag voor de Controledienst bevat alleen de vragenlijst die de revisor na afloop van zijn onderzoek invult;

- rekening houdend met het feit dat elke verzekeringsinstelling over haar eigen organisatorische structuur beschikt, zal het aan elke revisor zijn om te beoordelen of de behandelde vraag enkel op het niveau van de landsbond onderzocht moet worden of ook het voorwerp moet uitmaken van een onderzoek voor elk ziekenfonds van de landsbond. Wanneer een vraag een onderzoek bij de ziekenfondsen vereist, is het absoluut noodzakelijk dat dat onderzoek wordt uitgevoerd bij alle ziekenfondsen die aangesloten zijn bij de betreffende verzekeringsinstelling;

- per verzekeringsinstelling moet er een verslag worden voorgelegd dat alle aangesloten ziekenfondsen betreft. Als de onderzochte ziekenfondsen niet aan de controle van een en dezelfde revisor werden onderworpen, moet de revisor die het nationaal secretariaat heeft aangesteld voor de verplichte verzekering alle informatie in een enkel verslag verzamelen.

Het verslag van de revisor moet aan de Controledienst worden overgemaakt tegen 15 maart 2028.

Domein 2027/P5/CDZ/D2: De instelling van de validiteitscontroles bepaald in de nomenclatuur voor geneeskundige verzorging voor een categorie van prestaties – Thema van het betreffende jaar

A. Rechtvaardiging van het domein

De validiteitscontroles en de naleving van de regels bepaald in de nomenclatuur voor geneeskundige verzorging zijn essentieel voor het verzekeren van een correcte terugbetaling van de prestaties en een adequaat gebruik van de fondsen van de verplichte verzekering. Het door de Controledienst weerhouden thema omvat prestaties die vallen onder de artikelen 5 en 6 'Tandverzorging', 11 'Algemene speciale verstrekkingen', 17 'Radiologie' en 17quater 'Specialist (B), met uitzondering van de specialist in röntgendiagnose (R)' van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging.

B. Indicator

De indicator met betrekking tot dit domein stemt overeen met de wijze waarop de validiteitscontroles worden uitgevoerd in het kader van de prestaties die onder de voormelde artikelen van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging vallen en die worden beschouwd a priori te moeten worden uitgevoerd. Afhankelijk van de betrokken prestaties kunnen deze validiteitscontroles met name betrekking hebben op de naleving van een regel inzake leeftijd, het bestaan van een voorafgaand akkoord van een adviserend arts, een maximumaantal prestaties over een bepaalde periode, een verboden cumulatie van prestaties, een exclusieve cumulatie van prestaties (prestaties die alleen met bepaalde andere prestaties mogen worden gecumuleerd), een chronologische volgorde van prestaties die moet worden nageleefd, een categorie van zorgverleners of voorschrijvers, een type instelling of ziekenhuisdienst, of elke andere regel die in de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging is vastgelegd.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De gegevens gebruikt voor de evaluatie van dit domein zijn de bedragen van de uitgaven verstrekt door de verzekeringsinstellingen voor de door de Controledienst weerhouden prestaties en door de verzekeringsinstellingen ingebracht in de modellen N in de loop van het eerste semester 2027.

D. Gevolgde werkwijze

Met betrekking tot de weerhouden prestatiecategorieën stelt de Controledienst een lijst van nomenclatuurcodes op waarvoor de validiteitscontroles in principe moeten worden uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen om over te gaan tot een correcte terugbetaling van de betreffende prestaties.

Op basis van voormelde lijst kent de Controledienst een gewicht toe aan elke code van de lijst in functie van de verhouding tussen de som van de uitgaven m.b.t. de betrokken code enerzijds en het totaal van de uitgaven dat ingeboekt werd voor alle codes die op de lijst staan anderzijds. Het gewicht toegekend aan elke code wordt vervolgens proportioneel verdeeld over de betrokken validiteitscontroles.

De Controledienst maakt vervolgens aan de verzekeringsinstellingen de lijst van de weerhouden nomenclatuurcodes over en vraagt hen deze lijst aan te vullen en voor elk van de codes aan te geven of de betreffende validiteitscontroles worden uitgevoerd. Indien dit het geval is, wordt hen ook gevraagd te vermelden of deze controles plaatsvinden op het ogenblik van de tarifering van de betreffende prestaties (controles a priori) of later (controles a posteriori). Het spreekt voor zich dat voor de weerhouden prestaties bedoeld in de betrokken artikelen van de nomenclatuur, deze controle enkel a priori kan worden uitgevoerd. Er wordt hen bovendien gevraagd een onderscheid te maken naargelang:

- de validiteitscontroles a priori blokkerend of signalerend zijn; die laatste zijn controles met als enige functie aan de tarifeerder signaleren dat er voor een bepaalde prestatie een regel moet worden nagekeken, maar ze zijn niet blokkerend;
- de a posteriori validiteitscontroles jaarlijks (sedert minstens twee jaar) worden uitgevoerd of binnen een termijn van drie maanden na de indieningsdatum van de aanvraag tot terugbetaling bij een verzekeringsinstelling.

De aldus door de verzekeringsinstellingen overgemaakte informatie maakt vervolgens het voorwerp uit van nazichten ter plaatse door de inspecteurs van de Controledienst. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de percentages foutieve gevallen van de a priori blokkerende, a priori signalerende en a posteriori controles die niet strikt worden nageleefd. Dit percentage foutieve gevallen wordt verkregen door ofwel de totale populatie van de records die onder een nomenclatuurcode vallen te onderzoeken, ofwel door een steekproef te onderzoeken. De werkwijze hangt af van de aard van de aan het onderzoek onderworpen validiteitscontroles. Zo kan bijvoorbeeld een volledig bestand gemakkelijk worden onderzocht in het kader van een controle in verband met een criterium inzake de leeftijd van de begunstigde wanneer deze informatie daarin is opgenomen, terwijl voor de controle van een regel inzake cumulatieverbod een aanvullende raadpleging van interne databanken van de verzekeringsinstellingen nodig is.

Domein 2027/P7/CDZ/D1: De adequate opvolging van de boekhoudsaldi in de rekeningen van de verplichte verzekering

A. Rechtvaardiging van het domein

Artikel 10, § 1, van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bepaalt dit: *"Elke mutualistische instelling verricht, omzichtig en te goeder trouw, ten minste eens per jaar de nodige opnemingen, verificaties, onderzoekingen en waarderingen om vóór de afsluiting van elk boekjaar de inventaris op te maken van al haar bezittingen, vorderingen, schulden en verplichtingen van welke aard ook, die betrekking hebben op elk van haar activiteiten, en van de eigen middelen daaraan verstrekt."*

B. Indicatoren

Er zijn hier twee kwalitatieve indicatoren, namelijk:
- de aanwezigheid van een uitvoerige en gedetailleerde inventaris voor elk van de rekeningen met een saldo bij de afsluiting van het boekjaar;
- de aanwezigheid van "oude bedragen" in de saldi van de rekeningen betreffende de rechten en verplichtingen van de leden in het kader van de prestaties en de bijdragen af te rekenen met het RIZIV.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De saldi van de onderzochte rekeningen zijn deze bij de afsluiting van boekjaar 2025.

D. Gevolgde werkwijze

De inzameling van de gegevens nodig voor de evaluatie van dit domein wordt uitgevoerd in alle ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen, alsook bij de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail, door de inspecteurs van de Controledienst. Het gewicht toegekend aan dit domein wordt gelijk verdeeld over de voormelde twee indicatoren.

Aanwezigheid van een uitvoerige en gedetailleerde inventaris

Op grond van de inventarissen bijgehouden door elke mutualistische entiteit in het kader van de verplichte verzekering, gaan de inspecteurs van de Controledienst de aanwezigheid na van een uitvoerige en gedetailleerde inventaris voor elk van de rekeningen met een saldo bij de afsluiting van het onderzochte boekjaar, overeenkomstig de bepalingen van de omzendbrief van de Controledienst 21/01/D1 van 30 april 2021.

Inzake de aanwezigheid van een gedetailleerde inventaris, zal het aantal rekeningen waarvoor de mutualistische entiteit geen volledige en uitvoerige inventaris kan voorleggen, als basis dienen voor de evaluatie.

Aanwezigheid van "oude bedragen" in de voormelde saldi

Het onderzoek heeft enkel betrekking op het nazicht dat de "oude bedragen" die reeds werden betekend in het kader van de controles van de voorgaande inventarissen werden geregulariseerd en dus niet meer voorkomen in de inventarissen van boekjaar 2025.

Onder "oude bedragen" moet worden verstaan: de aanwezigheid in de saldi van de rekeningen betreffende de rechten en verplichtingen van de leden in het kader van de prestaties en de bijdragen af te rekenen met het RIZIV (rekeningen vervat onder de boekhoudcodes "40 – Vorderingen uit prestaties en bijdragen Z.I.V.", "42 – Te verwerken uitgaven Z.I.V.", "44 – Schulden Z.I.V. op ten hoogste een jaar" en "49 – Overlopende en wachtrekeningen", met uitzondering evenwel van de rekeningen 490 tot 493), van bedragen die krachtens de

termijnen die voortvloeien uit de wettelijke en reglementaire bepalingen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering of de algemene boekhoudprincipes niet meer op deze rekeningen zouden moeten voorkomen. De gedetecteerde oude bedragen worden onderscheiden naargelang van het boekjaar waarin zij deze aard verkregen hebben.

Domein 2027/P7/CDZ/D2: Het respecteren van de betalingstermijnen voor de derdebetalersregeling

A. Rechtvaardiging van het domein

Artikel 4, § 1, van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alsook de beslissingen van de verschillende akkoorden- en overeenkomstencommissies met de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen, preciseren de termijnen waarbinnen de betalingen aan derdebetalers moeten plaatsvinden. De niet-naleving van deze modaliteiten zou de derdebetalersregeling in vraag kunnen stellen.

B. Indicator

De evaluatie wordt uitgevoerd op basis van het procentueel aantal facturen dat niet is betaald binnen de reglementaire of door de akkoorden- en overeenkomstencommissies besliste termijnen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen beperkte, grote en zeer grote vertragingen in de betalingen.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De geviseerde gegevens zijn alle facturen ingeschreven in het factuurboek “derdebetalersregeling” van de verzekeringsinstelling van het jaar voorafgaand aan het evaluatiejaar. Inschrijvingen in het kader van het beheer van het ‘globaal medisch dossier’ en inzake zorgtrajecten, beiden onderworpen aan een specifieke regeling, behoren niet tot de scope van het onderzoek.

D. Gevolgde werkwijze

Met behulp van de auditsoftware Galvanize (ACL) worden de facturen die zijn ingeschreven in het factuurboek derdebetalersregeling ingedeeld in onderstaande groepen overeenkomstig de betalingstermijnen die van toepassing zijn. Voordat de controles door de inspecteurs worden gestart, zal aan het RIZIV worden gevraagd welke betalingstermijnen effectief van toepassing zijn tijdens het onderzochte jaar. In functie van de antwoorden hierop zal onderstaande indeling in groepen worden geactualiseerd en zal ook de tabel met indeling in de drie categorieën van vertraging worden aangepast.

Groep 1: Zorgverleners en zorginstellingen waarvoor de algemene betalingstermijn van toepassing is;
Groep 2: Algemeen geneeskundigen (papieren drager of EMD);
Groep 3: Algemeen geneeskundigen en tandartsen (elektronische facturatie);
Groep 4: Arts-specialisten (elektronische facturatie);
Groep 5: Tariferingsdiensten van apothekers;
Groep 6: Verpleegkundigen en vroedvrouwen (elektronische facturatie);
Groep 7: Bandagisten, orthopedisten, opticiens, audiciens en orthopedisch technologen;
Groep 8: Kinesisten en logopedisten;
Groep 9: Vroedvrouwen (papieren drager of EMD);
Groep 10: Medische huizen, laboratoria voor antropogenetica en laboratoria voor anatomopathologie (elektronische facturatie);
Groep 11: Vervaldagnota’s die dienen betaald uiterlijk de eerste dag van de derde maand.

In een volgende stap wordt per groep enerzijds het totaal aantal ontvangen facturen bepaald en anderzijds het totaal aantal te laat betaalde facturen. Facturen die na afloop van de betalingstermijn werden betaald wegens een externe oorzaak worden niet beschouwd als te laat betaald. In de volgende niet exhaustieve lijst worden de mogelijke externe oorzaken opgesomd:

- facturen die op vraag van het RIZIV niet mogen worden betaald wegens (vermoeden) van fraude in hoofde van de zorgverlener of -instelling;

- facturen waarvoor dient gewacht op het bekomen van het vereiste akkoord van het College van artsen-directeurs of van de Technisch tandheelkundige raad;
- facturen van RVT's en ROB's waarvoor het RIZIV de nieuwe tarieven nog niet heeft medegedeeld aan de verzekeringsinstellingen;
- in geval van facturatie door zorgverleners en -instellingen na afloop van een periode tijdens dewelke het RIZIV hen een sanctie heeft opgelegd, de nieuwe toe te passen tarieven nog niet werden medegedeeld door het RIZIV aan de verzekeringsinstellingen;
- facturen m.b.t. recent gemuteerde leden waarvoor de verzekeringsinstelling heeft moeten wachten op het medisch dossier dat door de vorige verzekeringsinstelling moet worden overgemaakt;
- facturen waarvoor de verzekeringsinstelling heeft moeten wachten op een antwoord op tijdig aan de zorgverlener of -instelling gevraagde informatie of documenten;
- facturen die niet worden betaald omdat voor een groter bedrag dan het factuurbedrag moet worden teruggevorderd van dezelfde derdebetaler;
- facturen die niet worden betaald wegens een gerechtelijke procedure tegen de derdebetaler (bewarend beslag, collectieve schuldenregeling, faillissement, pandgeving).

De aard van de externe oorzaak dient aangetoond door de verzekeringsinstelling. Vervolgens worden per groep de te laat betaalde facturen opgedeeld in drie categorieën: 'beperkte' vertraging, 'grote' vertraging en 'zeer grote' vertraging. Volgende tabel legt vast wat deze categorieën inhouden voor elk van de groepen:

Groepen [(1)]	**'Beperkte' vertraging (categorie 1)**	**'Grote' vertraging (categorie 2)**	**'Zeer grote' vertraging (categorie 3)**
Groep 1 (60 kalenderdagen)	1 – 6 dagen te laat	7 – 30 dagen te laat	>30 dagen te laat
Groep 2 (30 kalenderdagen)	1 – 3 dagen te laat	4 – 15 dagen te laat	>15 dagen te laat
Groep 3 (14 kalenderdagen)	1 – 2 dagen te laat	3 – 7 dagen te laat	>7 dagen te laat
Groep 4 (14 kalenderdagen)	1 – 2 dagen te laat	3 – 7 dagen te laat	>7 dagen te laat
Groep 5 (24 kalenderdagen)	1 – 3 dagen te laat	4 – 12 dagen te laat	>12 dagen te laat
Groep 6 (14 kalenderdagen)	1 – 2 dagen te laat	3 – 7 dagen te laat	>7 dagen te laat
Groep 7 (42 kalenderdagen)	1 – 5 dagen te laat	6 – 21 dagen te laat	>21 dagen te laat
Groep 8 (30 kalenderdagen)	1 – 3 dagen te laat	4 – 15 dagen te laat	>15 dagen te laat
Groep 9 (42 kalenderdagen)	1 – 5 dagen te laat	6 – 21 dagen te laat	>21 dagen te laat
Groep 10 (14 kalenderdagen)	1 – 2 dagen te laat	3 – 7 dagen te laat	>7 dagen te laat
Groep 11 (vervaldagnota's)	1 – 2 dagen te laat	3 – 10 dagen te laat	>10 dagen te laat

Over alle groepen heen worden per categorie de te laat betaalde facturen getotaliseerd. Vervolgens kan dan per categorie het percentage te laat betaalde facturen ten opzichte van het totaal aantal onderzochte facturen berekend worden. Per categorie wordt een tolerantiemarge van 0,05 % toegepast voor wat betreft de te laat betaalde facturen, wat inhoudt dat een VI enkel gesanctioneerd wordt voor het deel van het percentage te laat betaalde facturen dat de tolerantiemarge van 0,05 % overschrijdt binnen elke categorie. Op de op deze

(1) De termijnen vermeld in deze tabel zijn slechts een synthetische weergave van de betalingstermijnen. Bij het onderzoek ter plaatse wordt rekening gehouden met de exacte termijnen.

manier bekomen percentages per categorie worden de evaluatieschalen toegepast die zijn opgenomen in de operationele handleiding.

De praktische bepalingen voor het onderzoek ter plaatse door de inspecteurs van de Controledienst zijn opgenomen in omzendbrief 19/04/D1 van 12 juni 2019.

Domein 2027/P7/CDZ/D3: De toewijzing van de uitgaven geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de uitgavenmodellen ad hoc

A. Rechtvaardiging van het domein

Dit actiedomein betreft de naleving van de termijnen inzake de toewijzing aan de uitgavenmodellen van de geboekte prestaties geneeskundige verzorging en uitkeringen. De toewijzing van de uitgaven moet inderdaad voor de geneeskundige verzorging gebeuren aan een bepaalde boekhoudmaand en voor de uitkeringen moet deze toewijzing gebeuren aan een bepaald trimester. Iedere verschuiving van uitgaven tussen maanden of trimesters zou tot gevolg hebben dat de door de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV ingediende uitgavenmodellen onjuist zijn. Het belang van dergelijke verschuivingen is in het bijzonder groot in geval van verschuivingen tussen maanden of trimesters van verschillende boekjaren.

B. Indicator

De indicator voor dit domein stemt overeen met de bedragen van de uitgaven geneeskundige verzorging en uitkeringen inzake arbeidsongeschiktheid die niet zijn toegewezen aan respectievelijk de maand of het trimester ad hoc.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

Zowel inzake de uitgaven geneeskundige verzorging als voor de uitkeringen betreffen de controles de totaliteit van de toegewezen uitgaven over de periode van het eerste tot het vierde trimester van het boekjaar 2026.

D. Gevolgde werkwijze

De "naleving van de termijnen van toepassing inzake geneeskundige verzorging" krijgt een gewicht van 90% en aan het tweede aspect "naleving van de termijnen van toepassing inzake uitkeringen" wordt een gewicht van 10% toegekend.

De controles worden uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst met behulp van de software Galvanize (ACL) overeenkomstig de bepalingen vermeld in de omzendbrief van de Controledienst 12/10/D1 van 14 december 2012. De cijfermatige impact van de vastgestelde verschuivingen zijn de indicatoren van dit domein.

De verschuivingen worden onderscheiden naar gelang zij voor effect hebben een transfer van uitgaven tussen:

1. twee maanden (of twee trimesters indien het uitkeringen betreft) die behoren tot eenzelfde boekjaar;
2. twee maanden (of twee trimesters indien het uitkeringen betreft) die niet behoren tot eenzelfde boekjaar.

Domein 2027/P7/CDZ/D4: De toewijzing van de terugvorderingen van subrogatoire betalingen inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de uitgavenmodellen ad hoc

A. Rechtvaardiging van het domein

De bepalingen van artikel 6, § 2, 3°, van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 voorzien: *"de terugvorderingen van prestaties die bij indeplaatsstelling zijn verleend, zoals bedoeld bij artikel 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, worden door de mutualistische instellingen geboekt op het ogenblik van de effectieve terugbetaling."* Op basis van die bepalingen moeten de betreffende terugvorderingen in aftrek van de uitgaven van het stelsel geboekt worden in de maand van hun terugvordering voor wat betreft de geneeskundige verzorging en in het trimester van hun terugvordering voor wat betreft de uitkeringen. De niet-naleving van deze bepalingen zou tot gevolg hebben dat de door de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV ingediende uitgavenmodellen onjuist zijn.

B. Indicator

Op grond van het onderzoek door de inspecteurs van de Controledienst is de indicator voor dit domein het aantal gevallen dat werd toegewezen aan een verkeerde maand of een verkeerd trimester naar gelang het handelt over terugvorderingen van geneeskundige verzorging of van uitkeringen.

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

Een controle per steekproef wordt uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst op grond van nominatieve en samenvattende jaarlijkse lijsten van boekjaar 2026 die de verzekeringsinstellingen voor 31 maart 2027 moeten overmaken aan de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV om aan het Instituut toe te laten het percentage vast te stellen waarmee de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden vermeerderd in geval van terugvordering van ten onrechte betaalde bedragen.

D. Gevolgde werkwijze

Vertrekkende van de nominatieve lijsten die hem worden overgemaakt door het RIZIV, stelt de Controledienst "beperkte" lijsten op, door uit de door het RIZIV overgemaakte lijsten alle records weg te laten die niet direct betrekking hebben op terugvorderingen van oorspronkelijk subrogatoir betaalde bedragen of die betrekking hebben op terugvorderingen van bedragen met een zeer gering belang. Zo worden uit de te onderzoeken lijsten de negatieve bedragen weggelaten, de bedragen inzake terugvorderingen van intresten en de bedragen kleiner dan 100,00 EUR.

Op grond van de volgende principes legt de Controledienst overigens voor elke mutualistische entiteit de grootte vast van de te onderzoeken steekproef, alsook de betreffende records:

- 1ste principe: het theoretisch aantal te onderzoeken records voor het geheel van de verzekeringsinstelling staat in functie van het aantal gerechtigden van deze instelling. Dit aantal wordt als volgt bepaald:
  - voor de schijf van 1 tot 500.000 gerechtigden, één record per schijf van 1.000 gerechtigden;
  - voor de schijf van 500.001 tot 1.000.000 gerechtigden, één record per schijf van 5.000 gerechtigden;
  - voor de schijf groter dan 1.000.000 gerechtigden, één record per schijf van 10.000 gerechtigden;

- 2de principe: het volume van de voor elke mutualistische entiteit te bepalen steekproef wordt verkregen door het totaal aantal te onderzoeken records binnen de betrokken verzekeringsinstelling te wegen door het respectieve gewicht van elke mutualistische entiteit in termen van records ten opzichte van het geheel van de bedoelde verzekeringsinstelling (aantal records van een entiteit/aantal records voor het geheel van de entiteiten van de verzekeringsinstelling);

- 3de principe: het aantal te onderzoeken records per mutualistische entiteit mag niet kleiner zijn dan 10 en niet groter dan 40. Op het aantal aldus voor elke mutualistische entiteit verkregen records wordt een weging toegepast zodat 80% van de te onderzoeken gevallen betrekking heeft op de sector van de geneeskundige verzorging en 20% op de sector van de uitkeringen. De aan de controle onderworpen records worden bepaald via een stap, berekend in het kader van elk van beide sectoren, die het resultaat is van de verhouding tussen het totale aantal records van de betreffende sector vermeld op de "beperkte" lijst, gedeeld door het aantal te onderzoeken records, verkregen in de vorige stap.

Dit domein wordt beoordeeld op grond van controles ter plaatse door de inspecteurs van de Controledienst. Deze controles bepalen per verzekeringsinstelling en voor elk van de beide betreffende aspecten het aantal foutieve records, d.w.z. de records waarvoor de herindiening in mindering van de uitgavenmodellen niet gebeurde tijdens de ad hoc boekhoudperiode (d.w.z. de maand of het trimester van de terugvordering van de betreffende uitgaven naar gelang het handelt over geneeskundige verzorging of uitkeringen arbeidsongeschiktheid). Dit aantal wordt vervolgens in verhouding gesteld tot het totale aantal onderzochte gevallen in hoofde van deze verzekeringsinstelling, om een globaal percentage van foutieve records te verkrijgen.

Domein 2027/P7/CDZ/D5: De neerlegging van de jaarrekening van de verplichte verzekering

A. Rechtvaardiging van het domein

In toepassing van artikel 30bis van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd door de wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, dient binnen de dertig dagen na de goedkeuring door de algemene vergadering / beheerscomité de jaarrekening neergelegd bij de NBB, tezamen met de lijst van de bestuurders en revisor(en) en het verslag van de revisor(en) over deze jaarrekening. Door het koninklijk besluit van 6 september 2016, dat de modaliteiten van deze neerlegging bepaalt, bestaat deze verplichting vanaf de jaarrekening van het boekjaar 2015. Deze verplichting werd ingevoerd in het belang van de transparantie van de mutualistische sector.

B. Indicatoren

De evaluatie wordt uitgevoerd aan de hand van de drie vragen in onderstaande tabel. Deze vragen hebben betrekking op de naleving van de termijn en op de kwaliteit van de neerlegging. Op elk van deze vragen zal door de administratie met 'ja' of 'neen' worden geantwoord. In de tweede kolom van onderstaande tabel wordt het gewicht aangeduid van elke vraag.

	Gewicht
1. Werd de jaarrekening binnen de termijn neergelegd bij de eerste neerlegging voor een bepaald boekjaar (daaropvolgende neerleggingen worden hierbij buiten beschouwing gehouden), d.w.z. binnen de dertig dagen na de goedkeuring door de algemene vergadering / het beheerscomité, en werden de juiste versie (versie NBB van MutWeb) en de juiste bladzijden van de jaarrekening neergelegd? *Het antwoord op deze vraag houdt geen rekening met het al dan niet volledig zijn van de informatie bedoeld in vraag 2, noch met de aanwezigheid of niet van het verslag bedoeld in vraag 3.*	0,70
2. Werd bij de eerste neerlegging de lijst van de bestuurders en de revisor(en) ingevuld op het voorblad (naam, voornamen en functie)?	0,10
3. Werd bij de eerste neerlegging het verslag van de revisor aan de algemene vergadering / het beheerscomité bijgevoegd (juiste verslag, volledige verslag,…)?	0,20

C. Geviseerde gegevens en betrokken periode

De evaluatie wordt uitgevoerd op de jaarrekening van de verplichte verzekering die is goedgekeurd tijdens de periode vanaf 2 december 2026 tot en met 1 december 2027 door de algemene vergadering / het beheerscomité van de laatste van de zes verzekeringsinstellingen die de jaarrekening heeft laten goedkeuren.

Indien tijdens de bedoelde periode meerdere jaarrekeningen werden goedgekeurd door de verzekeringsinstelling met de laatste algemene vergadering, zal het totale bedrag toegekend voor dit domein, worden opgesplitst over het aantal boekjaren waarvoor de neerlegging dient geëvalueerd.

Indien geen enkele verzekeringsinstelling een jaarrekening zou hebben laten goedkeuren in de betreffende periode, zal het volledige toe te kennen bedrag worden toegekend rekening houdend met het principe vastgelegd in de operationele handleiding dat zegt dat een domein dat niet geëvalueerd wordt, zonder dat de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk worden gesteld, voor 100 % wordt toegekend.

D. Gevolgde werkwijze

Aan een antwoord ‘Ja’ wordt een score van 100 % toegekend en aan een antwoord ‘Neen’ een score van 0 %.

Het toe te kennen percentage wordt berekend aan de hand van de volgende formule waarin rekening wordt gehouden met het gewicht van elke vraag:

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

waarbij A_1, A_2 en A_3 de scores zijn voor respectievelijk de vragen 1 tot en met 3.

Bijlage 1

Door de revisoren te onderzoeken vragen m.b.t. het domein inzake de kwaliteit van de interne controle en de interne audit

Onderdeel COSO	Thema	Thema nr	Vraag nr	Formulering vraag	Antwoord revisor (NEEN/Eerder NEEN/Eerder JA/JA)	Opmerkingen revisor(en)
	Risicobeheersings-politiek	**1**	1	Heeft de landsbond een risicobeheersingspolitiek uitgewerkt die is vastgelegd in een charter?		
			2	Volgen het auditcomité, de raad van bestuur en de effectieve leiding op een periodieke wijze de concrete activiteiten die de toepassing van deze risicobeheersingspolitiek toelaten?		
	Risicobereidheid	**2**	3	Werd de risicobereidheid duidelijk bepaald en geformaliseerd ten overstaan van de doelstellingen?		
			4	Bestaat er een organigram waarin de functies duidelijk worden gedefinieerd?		
			5	Is het principe van de scheiding van de onverenigbare functies binnen de mutualistische entiteit verzekerd voor alle sleutelfuncties die als zodanig zijn gedefinieerd door de mutualistische entiteit?		
			6	Vindt er in de mutualistische entiteit een wederzijdse controle plaats, vooral via dubbele handtekeningen en kruiscontroles?		
			7	Staan de te volgen regels en de verantwoordelijkheden van de bestuursorganen in een charter of in een ander document?		
	Samenstelling en rol van het auditcomité	**3**	8	Is de samenstelling van het auditcomité in overeenstemming met de samenstelling die in het reglement werd bepaald? Met andere woorden, heeft het auditcomité minstens 4 leden, waarvan minstens de helft behoort tot de raad van bestuur van de landsbond en geen enkele verantwoordelijkheid heeft in het dagelijks bestuur van die landsbond of zijn ziekenfondsen?		
			9	Heeft het auditcomité via de auditdienst de mogelijkheid om alle inlichtingen of documenten te bekomen en over te gaan tot elk onderzoek dat hij nodig acht?		
			10	Heeft het auditcomité de mogelijkheid kennis te nemen van de activiteitenverslagen en van de samenvatting van de belangrijkste individuele aanbevelingen geformuleerd door de auditdienst, alsook van de stand van zaken wat betreft het hieraan gegeven gevolg?		
			11	Rapporteert het auditcomité minstens éénmaal per jaar aan de raad van bestuur?		
			12	Heeft de raad van bestuur duidelijke modaliteiten vastgelegd voor de verslagen die het auditcomité aan de raad van bestuur moet richten?		

Interne omgeving	**Interne auditdienst, auditplan en werkwijze**	**4**	13	Wordt de interne auditfunctie uitgeoefend door een autonome dienst, die handelt bij volmacht en voor rekening van de effectieve leiding van de landsbond?		
			14	Verzekeren de bepalingen van het auditcharter de onafhankelijkheid van de interne auditdienst in de organisatie?		
			15	Staat de interne auditdienst werkelijk los van het opstellen, invoeren en uitvoeren van organisatorische en internecontrolemaatregelen?		
			16	Heeft de interne auditdienst toegang tot alle documenten, bestanden en informatie van de mutualistische entiteit, met inbegrip van de informatie inzake beheer en de notulen van de raadgevende en beslissende organen, en dit in de mate vereist voor de uitoefening van de opdracht?		
			17	Beschikken de leden van de interne auditdienst op het goede moment over de vereiste competenties door permanente vorming en/of wordt, indien nodig, beroep gedaan op externe expertise?		
			18	Heeft de auditdienst een auditplan opgesteld over de opdrachten van die dienst?		
			19	Worden de door het auditcomité goedgekeurde plannen nageleefd?		
			20	Worden de werkdocumenten opgesteld volgens een vooraf vastgelegde methode, waaruit blijkt of de opdracht volledig werd uitgevoerd en hoe die opdracht werd uitgevoerd?		
			21	Geven de documenten over de uitgevoerde opdrachten voldoende weer welke controles werden uitgevoerd en ondersteunen ze voldoende de beoordelingen in het auditverslag?		
			22	Is de uitvoering van de auditplannen gebaseerd op steekproeven die representatief zijn voor de onderzochte populatie?		
	Organisatiestructuur	**5**	23	Volgt de directie van de landsbond regelmatig de activiteiten op, onder andere voor alles dat verband houdt met de eventuele 'gedecentraliseerde verrichtingen'?		
			24	Wegens de grote decentralisatie van de activiteiten in de mutualistische sector is het essentieel dat de regels voor administratieve, boekhoudkundige en informatieverwerking uniform zijn. Is dat het geval?		
			25	Aangezien er in de mutualistische sector diverse wettelijke en reglementaire bepalingen worden toegepast (onder andere van het RIZIV en van de Controledienst), heeft de mutualistische entiteit procedures uitgewerkt om te verzekeren dat die bepalingen worden nageleefd?		
			26	Bestaat er een beleid rond verplicht verlof voor de personen die belast zijn met sleutelfuncties?		
			27	Is de beschermingsstructuur van het informatiesysteem (fysieke of logische beveiliging: toegang tot parametrering, initiatie en wijziging van de transacties) aangepast aan de structuur van de mutualistische entiteit?		
			28	Zijn de raad van bestuur, de effectieve leiding en het auditcomité autonoom en bevoegd voor hun beslissingsdomein?		
			29	Verloopt de communicatie tussen de raad van bestuur, de effectieve leiding en het auditcomité en de interne of externe auditeurs adequaat (frequentie, kwaliteit)?		
			30	Zijn de vergaderingen, de onderwerpen die met de effectieve leiding worden besproken en de acties die de raad van bestuur en/of het auditcomité beslissen, gepast? (onderzoek van de thema's, deelname aan de voorbereiding van de financiële rapportering)		
			31	Worden de aanbevelingen van het auditcomité (met inbegrip van de interne en externe aanbevelingen) in rekening genomen en gerapporteerd door de effectieve leiding?		

	Principes van integriteit en ethische waarden	**6**	32	Werden de ethische waarden en integriteitsprincipes geformaliseerd in een gedragscode?		
			33	Werd die gedragscode aan elk personeelslid meegedeeld?		
			34	Beschikt de raad van bestuur over een procedure om zich te verzekeren van de competenties en de eerbiedwaardigheid van de leden?		
			35	Maken de uitgaven van de directieleden het voorwerp uit van een onafhankelijke goedkeuringsprocedure?*		
			36	Is er een remuneratiecomité ingesteld?*		
			37	Heeft dat remuneratiecomité een adequate samenstelling?*		
			38	Werkt het remuneratiecomité onafhankelijk?*		
			39	Zijn er gepaste standaardprocedures voor de aanwerving, opleiding, motivatie, evaluatie, remuneratie, transfer of ontslag van het personeel?*		
	Omgeving van de interne controle	**7**	40	Is er een goed toezicht van de raad van bestuur en het auditcomité op de effectieve leiding? (met andere woorden: geen opzettelijke beperking van de communicatie en geen overdreven dominantie door een persoon of een beperkte groep personen van de bestuursorganen)		
			41	Zijn de keuzes van de boekhoudprincipes en de boekhoudkundige ramingen en toewijzingen economisch verantwoord en in overeenstemming met de richtlijnen van de CDZ?		
			42	Heeft het management voldoende kennis van de activiteit, de planning (strategisch plan, operationele actieplannen, budget, ...), de opvolging van de activiteit en/of de besluitvorming?		
			43	Heeft het management voldoende kennis over het naleven van de wettelijke en reglementaire verplichtingen (rekening houdend met de eigenheden van de sector)?		
Doelstellingen bepalen	**Strategische doelstellingen**	**8**	44	Zijn de strategische doelstellingen duidelijk gedefinieerd?		
			45	Zijn de strategische doelstellingen gekoppeld aan de missie/visie van de landsbond?		
			46	Werden de strategische doelstellingen meegedeeld aan alle niveaus van de landsbond?		
			47	Zijn de strategische doelstellingen geformaliseerd en goedgekeurd?		
			48	Zijn de strategische doelstellingen geïntegreerd in het risicobeheer?		
	Risicobereidheid en -tolerantie	**9**	49	Heeft de landsbond zijn niveau van risicobereidheid, de indicatoren die de risicobereidheid kunnen meten en de aanvaardbare schommelingen ten opzichte van het bereiken van de doelstellingen geïdentificeerd?		
Identificatie van gebeurtenissen	**Niveau van identificatie van de gebeurtenissen**	**10**	50	Werd er een inventaris van de risico's opgemaakt?		
	Risico-identificatie-technieken	**11**	51	Werden risicobeheerders aangeduid binnen de landsbond?		
			52	Werden deze risicobeheerders opgeleid?		
			53	Werden kwalitatieve en kwantitatieve technieken van risicoidentificatie geïmplementeerd?		
			54	Vergewist de interne audit zich van het bijwerken van de risico-inventaris?		
	Beheer van het risico op fraude	**12**	55	Heeft de effectieve leiding preventieve maatregelen genomen om de risico's op alle soorten interne en externe fraude af te dekken?		
			56	Neemt de effectieve leiding corrigerende maatregelen bij fraude?		

*** Deze vragen zijn niet van toepassing in het kader van de evaluatie van de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.**

Risicobeoordeling	**Methodologie om de risico's te evalueren**	**13**	57	Is de risicobeoordeling gebaseerd op evaluatieschalen van waarschijnlijkheid en impact?		
			58	Vergewist de interne audit zich van het bijwerken van de risicobeoordeling?		
	Operationele risicofactoren	**14**	59	Werd er in de risicoanalyse rekening gehouden met de significante evoluties (wijzigingen in het management, het informatiesysteem, de prestaties, de voordelen, de structuur in het algemeen, ...)?		
			60	Werden er inzake het witwassen van geld beleidslijnen en procedures ingesteld om het risico verbonden aan activiteiten met buitenlanders en/of landen met ondoorzichtige praktijken te beperken?		
			61	Werden er beleidslijnen en procedures ingesteld om ongewone transacties op te sporen?		
	Financiële en boekhoudkundige risicofactoren	**15**	62	Werden er beleidslijnen en procedures ingesteld om het risico op eventuele financieringsmoeilijkheden van de activiteit te verminderen (capaciteit om voldoende middelen te behouden)?		
			63	Werden er beleidslijnen en procedures ingesteld om het risico verbonden aan de financiering van de administratiekosten die het RIZIV in toepassing van de wettelijke bepalingen ter beschikking stelt, te verminderen?		
Risicobehan-deling	**Reageren op risico's**	**16**	64	Werden er maatregelen genomen ingevolge de risico's die werden geïdentificeerd in de risico-inventaris?		
			65	Vergewist de interne audit zich van de genomen acties om te antwoorden op de vastgestelde risico's?		
			66	Zijn de verantwoordelijkheid en de voorziene datum van de instelling van de geplande internecontrolemaatregelen bepaald?		
			67	Werd het restrisico teruggebracht tot een aanvaardbaar niveau in het kader van de risicobereidheid die de raad van bestuur heeft gedefinieerd, of zo niet, zijn er acties lopende?		
Controleactiviteiten	**Controleactiviteiten**	**17**	68	Werd de aard/natuur van de controle opgenomen in de risico-inventaris en/of in de andere instrumenten voor het risicobeheer als die er zijn?		
			69	Werd het controlemoment (a priori of a posteriori) opgenomen in de risico-inventaris en/of in de andere instrumenten voor het risicobeheer als die er zijn?		
			70	Werd de frequentie van de controle (a priori of a posteriori) opgenomen in de risico-inventaris en/of in de andere instrumenten voor het risicobeheer als die er zijn?		
			71	Bestaan er recente handleidingen van de procedures?		
			72	Zijn de geautomatiseerde elektronische informatiesystemen voldoende betrouwbaar?		
			73	Is het internecontrolesysteem gepast voor de grootte en de aard van de activiteiten van de entiteit?		
			74	Zijn de regels rond ontwikkeling en wijziging van de boekhoudsystemen en -controles gepast?		

Informatie en commu-nicatie	**Informatie en communicatie**	**18**	75	Beschikken de systemen voor de behandeling van de informatie, zowel geautomatiseerd als niet-geautomatiseerd, over de capaciteit om de financiële en boekhoudkundige informatie te leveren, binnen redelijke termijnen, zowel aan de operationele gebruikers als aan de effectieve leiding?		
			76	Heeft de landsbond een communicatieplan opgesteld over risicobeheersing?		
Toezicht en monitoring	**Toezicht en monitoring**	**19**	77	Beschikt de landsbond over een systeem van permanent toezicht op de risico's in haar normale activiteiten?		
			78	Rapporteert de interne audit over de evaluatie van de werking van de interne controle ingesteld door de effectieve leiding?		
			79	Worden de internecontroleprocedures, onder meer voor de gedecentraliseerde activiteiten, voldoende opgevolgd?		
			80	Wordt de interne audit geëvalueerd door het auditcomité, of bij gebrek daaraan, door de raad van bestuur?		
			81	Evalueert de effectieve leiding van de landsbond minstens een keer per jaar de interne controle?		
			82	Brengt de effectieve leiding van de landsbond de raad van bestuur minstens een keer per jaar op de hoogte van de werking van de interne controle?		
			83	Vermelden de notulen, zowel van de effectieve leiding als van de raad van bestuur, de besprekingen over de stand van zaken en de evaluatie van het internecontrolesysteem?		
			84	Heeft de raad van bestuur de modaliteiten bepaald van de verslagen die de effectieve leiding aan de raad van bestuur moet richten?		