

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

29 januari 2019

WETSVOORSTEL

**ter bevordering van de financiële
responsabilisering van de
verzekeringsinstellingen wat de
terugvordering van onverschuldigde
bedragen betreft**

(ingediend door mevrouw Valerie Van Peel
en de heer Jan Spooren)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

29 janvier 2019

PROPOSITION DE LOI

**renforçant la responsabilité financière
des organismes assureurs en
ce qui concerne la répétition
de l'indu**

(déposée par Mme Valerie Van Peel
et M. Jan Spooren)

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

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

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

SAMENVATTING

Ziekenfondsen hebben de wettelijke opdracht om onterecht uitgekeerde of onverschuldigde bedragen terug te vorderen voor geneeskundige verzorging en uitkeringen die door een andere verzekeringsinstelling hadden moeten worden uitbetaald. Als zij er niet in slagen een onverschuldigd bedrag tijdig terug te vorderen, moeten zij dit bedrag in principe verhalen op hun eigen werkingskosten.

De werkingskosten worden gefinancierd door het RIZIV, dat naast een jaarlijkse forfaitaire vergoeding, ook een bijkomende vergoeding voor geslaagde terugvorderingen uitkeert. Daarenboven kunnen de ziekenfondsen in bepaalde gevallen de kosten van niet-terugvorderbare bedragen en niet-geslaagde terugvorderingen van het RIZIV recupereren.

Nochtans zijn de kosten van de niet-terugvordering onlosmakelijk verbonden aan de risico's van het beheer, en logisch gelinkt aan hun wettelijke opdracht waarvoor ze gefinancierd worden. De financiële vergoedingen die de verzekeringsinstellingen ontvangen voor een correcte invordering staan overigens niet in verhouding tot de lage boetebedragen die de verzekeringsinstellingen in bepaalde gevallen moeten betalen bij een niet-tijdige of niet-correcte terugvordering of een niet-terugvorderbare uitbetaling. In tegenstelling tot de jaarlijkse forfaitaire vergoeding worden deze boetebedragen bovendien niet geïndexeerd, waardoor ze de facto afnemen in de tijd.

Dit wetsvoorstel schaft de mogelijkheid voor de ziekenfondsen af om (deels) vrijgesteld te worden van de aansprakelijkheid voor een niet-geslaagde terugvordering of een niet-terugvorderbare uitbetaling te wijten aan de ziekenfondsen zelf. De boetebedragen voor niet-tijdige of niet-correcte terugvordering of een niet-terugvorderbare uitbetaling worden voortaan jaarlijks aangepast aan de gezondheidsindex. Ook worden boetes wegens het niet stuiten van een verjaring en voor het onrechtmatig opeisen van een financiële vergoeding opgetrokken tot een bedrag van 50 % van het onverschuldigde bedrag in kwestie.

RÉSUMÉ

Les mutualités sont légalement obligées de récupérer les montants indûment versés pour des soins médicaux ainsi que les remboursements qui auraient dû être effectués par un autre organisme assureur. Si elles ne parviennent pas à récupérer un indu à temps, elles doivent en principe le répercuter sur leurs propres frais de fonctionnement.

Les frais de fonctionnement sont financés par l'INAMI, qui outre une indemnité forfaitaire annuelle, verse également une indemnité complémentaire pour les récupérations réussies. En outre, les mutualités peuvent dans certains cas récupérer les coûts de montants non récupérables et des récupérations non réussies auprès de l'INAMI.

Or, les coûts de la non-récupération sont indissociablement liés aux risques de la gestion et sont logiquement en lien avec leur obligation légale pour laquelle elles sont financées. Les indemnités financières que reçoivent les organismes assureurs pour une récupération correcte sont d'ailleurs disproportionnées par rapport aux faibles montants des amendes que les organismes assureurs doivent payer dans certains cas de récupération tardive ou incorrecte ou de paiement non récupérable. Contrairement à l'indemnité forfaitaire annuelle, ces montants des amendes ne sont en outre pas indexés, ce qui a pour effet qu'ils diminuent de facto avec le temps.

Cette proposition de loi supprime la possibilité pour les mutualités d'être (partiellement) exonérées de leur responsabilité en cas d'une récupération non réussie ou d'un paiement non récupérable qui leur est imputable. Les montants des amendes pour récupération tardive ou incorrecte ou un paiement non récupérable seront désormais adaptés chaque année à l'indice santé. Par ailleurs, les amendes infligées pour ne pas avoir interrompu une prescription et pour avoir indûment réclamer une indemnité financière seront portées à un montant égal à 50 % de l'indu en question.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De verzekeringsinstellingen¹ hebben de wettelijke opdracht om onterecht uitgekeerde of onverschuldigde bedragen terug te vorderen². Het gaat om de terugvordering van prestaties voor geneeskundige verzorging, arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen, moederschapsuitkeringen of van bedragen die door een andere verzekeringsinstelling hadden moeten worden uitbetaald. Als de verzekeringsinstellingen er niet in slagen om een onverschuldigd bedrag tijdig terug te vorderen, moeten zij dit bedrag in de regel ten laste nemen van hun eigen werkingskosten³. Zo worden ziekenfondsen financieel verantwoordelijker gemaakt.

De verzekeringsinstellingen ontvangen voor de uitvoering van hun wettelijke opdrachten jaarlijks een forfaitaire vergoeding van het RIZIV om hun werkingskosten te vergoeden. In zijn recente audit wees het Rekenhof er nog op dat deze forfaitaire vergoeding zorgt voor een systematische overfinanciering van de verzekeringsinstellingen⁴. Bovendien ontvangen de ziekenfondsen bovenop hun forfaitaire vergoeding ook nog een bijkomende beloning van het RIZIV voor de terugvorderingen die wel geslaagd zijn⁵.

Ondanks deze uitgebreide financiering bestaat er voor de verzekeringsinstellingen toch een mogelijkheid om in bepaalde gevallen de kosten van niet-terugvorderbare bedragen en niet-geslaagde terugvorderingen toch te recupereren van het RIZIV⁶. Nochtans zijn de kosten van de niet-terugvordering onlosmakelijk verbonden aan de risico's van het beheer, en logisch gelinkt aan hun wettelijke opdracht waarvoor ze gefinancierd worden. De financiële beloningen die de verzekeringsinstellingen ontvangen voor een correcte invordering staan bovendien niet in verhouding tot de lage boetebedragen die de verzekeringsinstellingen in bepaalde gevallen moeten betalen bij een niet-tijdige of niet-correcte terugvordering of een niet-terugvorderbare uitbetaling⁷. In tegenstelling

¹ Met de term “verzekeringsinstellingen” verwijzen we hier naar de ziekenfondsen en de landsbonden, en dus niet naar andere, private, verzekeringsinstellingen.

² Zoals bepaald in artikel 136, § 2, en in artikel 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

³ Zoals bepaald in artikel 327, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

⁴ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

⁵ Zoals bepaald in artikel 195, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

⁶ Zoals bepaald in artikel 327, § 2, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

⁷ Zoals bepaald in artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les organismes assureurs¹ sont légalement obligés de récupérer les montants indûment versés². Il s'agit de la récupération de prestations de soins de santé, d'indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité, d'indemnités de maternité ou de montants qui auraient dû être payés par un autre organisme assureur. Si les organismes assureurs ne parviennent pas à récupérer à temps un montant indu, ils doivent généralement inscrire ce montant à charge de leurs propres frais de fonctionnement³. Les mutualités sont ainsi responsabilisées sur le plan financier.

Ces organismes assureurs reçoivent annuellement, pour l'exécution de leurs missions légales, une indemnité forfaitaire de l'INAMI afin de couvrir leurs frais de fonctionnement. Dans son audit récent, la Cour des comptes a encore souligné que cette intervention forfaitaire génère un surfinancement systématique des organismes assureurs⁴. Outre leur indemnité forfaitaire, les mutualités reçoivent de surcroît une gratification supplémentaire de l'INAMI pour les récupérations réussies⁵.

En dépit de ce vaste financement, les organismes assureurs disposent encore, dans certains cas, de la possibilité de récupérer malgré tout auprès de l'INAMI les frais liés aux montants irrécupérables et aux récupérations non réussies⁶. Le coût de la non-récupération est toutefois indissociable des risques de la gestion, et logiquement lié à la mission légale pour laquelle les organismes assureurs sont financés. Les gratifications financières que reçoivent ceux-ci en cas de récupération correcte sont en outre disproportionnées par rapport au faible montant des amendes qu'ils doivent parfois payer en cas de récupération tardive ou incorrecte, ou de paiement irrécupérable⁷. Contrairement à l'indemnité forfaitaire annuelle, les montants de ces amendes ne

¹ Par “organismes assureurs”, nous entendons en l'espèce les mutualités et les unions nationales, et donc pas les autres compagnies d'assurance privées.

² Conformément à l'article 136, § 2, et à l'article 164 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

³ Conformément à l'article 327, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

⁴ COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*, 2017.

⁵ Conformément à l'article 195, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

⁶ Conformément à l'article 327, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

⁷ Conformément à l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

tot hun jaarlijkse forfaitaire vergoeding, worden deze boetebedragen bovendien niet geïndexeerd, waardoor ze *de facto* afnemen in de tijd.

In dit wetsvoorstel stellen we daarom voor om de mogelijkheid voor de verzekeringsinstellingen af te schaffen om in bepaalde gevallen (deels) vrijgesteld te worden van de betaling van een niet-geslaagde terugvordering of een niet-terugvorderbare uitbetaling die hun eigen fout is. Bovendien stellen we voor om de boetebedragen jaarlijks aan te passen aan de gezondheidsindex. Ten slotte willen we de boetes voor de verzekeringsinstellingen in geval van het niet stuiten van een verjaring en in geval van het onrechtmatig opeisen van een financiële beloning optrekken tot een boetebedrag met een waarde van 50 % van het onverschuldigde bedrag in kwestie.

1. De hoge forfaitaire vergoeding

Voor de uitvoering van hun wettelijke opdrachten worden de verzekeringsinstellingen in België vergoed. Elk jaar ontvangen de verzekeringsinstellingen van het RIZIV een forfaitaire beloning voor de betaling van hun werkings- en administratiekosten. In de begroting van 2017 ging het om zo'n 1,06 miljard euro voor de vijf landsbonden⁸. Deze beloning dekt zo'n 97 % van de totale werkingsmiddelen waarover de verzekeringsinstellingen beschikken⁹.

De berekening van deze forfaitaire beloning gebeurt voornamelijk aan de hand van de zogenaamde "parameterformule"¹⁰. Via deze formule wordt het bedrag van deze forfaitaire beloning afgestemd op de evolutie van een aantal parameters, zoals de stijging van de lonen in de verzekeringssector of de groeinorm van het budget voor de betaling van geneeskundige prestaties.

Deze parameterformule stamt uit 1982 en is ondertussen verouderd. Een recente audit van het Rekenhof wees erop dat deze parameterformule zorgt voor een systematische overfinanciering van de verzekeringsinstellingen. Vanaf 2005 week de regering om budgettaire redenen dan ook vaak af van de parameterformule¹¹. Niettemin steeg het totaalbedrag van de forfaitaire beloning van 732,1 miljoen euro in 2002 tot 1 050,2 miljoen euro in 2016 (+ 43,45 %). Indien de parameterformule vanaf 2002 onverkort zou zijn toegepast,

⁸ Begroting van de Z.I.V. dienstjaar 2017.

⁹ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

¹⁰ De "parameterformule" wordt gebruikt om het "vaste" deel van de forfaitaire vergoeding te bepalen, dat 90 % van het totaal uitmaakt. 10 % van de forfaitaire vergoeding omvat een "variabel" deel dat afhankelijk is van het prestatievermogen van het beheer van de verzekeringsinstellingen, zie ook titel 3.3.

¹¹ Hierdoor zouden de landsbonden over de periode 2002-2016 zo'n 234,5 miljoen euro minder hebben ontvangen.

sont en outre pas indexés, si bien qu'ils diminuent *de facto* avec le temps.

Par la présente proposition de loi, nous proposons dès lors de supprimer la possibilité pour les organismes assureurs d'être (partiellement) exonérés, dans certains cas, du paiement d'un montant qui n'a pu être récupéré ou d'un paiement irrécupérable dont la faute leur incombe. Nous proposons en outre d'adapter annuellement les montants des amendes à l'indice santé. Enfin, nous entendons porter à l'équivalent de 50 % de l'indu en question les amendes infligées aux organismes assureurs en cas de non-interruption de la prescription et de réclamation indue d'une intervention financière.

1. Le niveau élevé de l'indemnité forfaitaire

Les organismes assureurs sont indemnisés en Belgique pour l'exécution de leurs missions légales. Ils perçoivent chaque année de l'INAMI une intervention forfaitaire pour couvrir leurs frais de fonctionnement et d'administration. Dans le budget de 2017, l'intervention s'élevait à environ 1,06 milliard d'euros pour les cinq unions nationales⁸. Cette intervention couvre quelque 97 % de l'ensemble des moyens de fonctionnement dont les organismes assureurs disposent⁹.

Le calcul de cette intervention forfaitaire se fonde essentiellement sur la formule dite des paramètres¹⁰. Cette formule permet d'adapter le montant de cette intervention forfaitaire à l'évolution d'un certain nombre de paramètres, tels que la hausse des salaires dans le secteur des assurances ou la norme de croissance du budget pour le paiement des prestations médicales.

Datant de 1982, la formule des paramètres est désormais désuète. Selon un récent audit de la Cour des comptes, cette formule des paramètres entraîne un surfinancement systématique des organismes assureurs. À partir de 2005, le gouvernement a dès lors souvent dérogé, pour des raisons d'ordre budgétaire, à la formule des paramètres¹¹. Le montant total est néanmoins passé de 732,1 millions d'euros en 2002 à 1 050,2 millions d'euros en 2016 (+43,45 %). Si la formule des paramètres avait été appliquée telle quelle

⁸ Budget de l'A.M.I. exercice 2017.

⁹ COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais administratifs des Mutualités: fixation et répartition*, 2017.

¹⁰ La "formule des paramètres" est utilisée pour déterminer la partie "fixe" de l'indemnité forfaitaire, qui représente 90 % du total. L'indemnité forfaitaire comprend une partie "variable" représentant 10 %, qui dépend des performances de la gestion des organismes assureurs, voir aussi le titre 3.3.

¹¹ C'est ainsi que les unions nationales auraient perçu 234,5 millions d'euros de moins au cours de la période 2002-2016.

zou de enveloppe volgens het Rekenhof in 2016 zo'n 1 310,45 miljoen euro hebben bedragen¹².

Merk op dat de verzekeringsinstellingen het teveel aan ontvangen werkingsmiddelen volledig mogen houden, en dus niet dienen terug te storten aan het RIZIV¹³. Mede hierdoor zouden alle verzekeringsinstellingen tussen 2002 en 2011 gezamenlijk een overschot van zo'n 235,3 miljoen euro geboekt hebben¹⁴.

Uiteraard blijven al die overmatig toegekende werkingsmiddelen niet allemaal geboekt staan als overschotten. Overmatige financiering maakt het mogelijk dat inefficiënte en overbodige werkingsuitgaven niet aangepakt worden of zelfs verder uit de hand kunnen lopen. Of dit effectief het geval is, is moeilijk in te schatten volgens het Rekenhof, dat stelt dat "de huidige rapportering van de ziekenfondsen [...] onvoldoende transparant [is] om de toereikendheid van de financiering van de administratiekosten te beoordelen."¹⁵

Niettemin lijken er wel aanwijzingen te bestaan dat niet alle verzekeringsinstellingen even efficiënt met hun werkingsmiddelen omspringen. Neem bijvoorbeeld de personeelskosten, die gemiddeld zo'n 69,08 % van de totale werkingskosten uitmaken¹⁶. Tussen de ziekenfondsen onderling lijken hierin nogal wat verschillen te bestaan. In 2016 zette de Christelijke Mutualiteit van Roeselare-Tielt 1 VTE in per 1 114 aangesloten leden, tegenover 1 VTE per 655 aangesloten leden bij de Socialistische Mutualiteit ("Solidaris") van Mons Wallonie Picarde^{17,18}.

depuis 2002, selon la Cour des comptes, l'enveloppe aurait atteint 1 310,45 millions d'euros en 2016¹².

Soulignons que les organismes assureurs peuvent conserver la totalité des moyens de fonctionnement excédentaires qu'ils reçoivent. Ils ne doivent donc pas rembourser ces montants à l'INAMI¹³. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'ensemble des organismes assureurs auraient dégagé un excédent d'environ 235,3 millions d'euros entre 2002 et 2011¹⁴.

Bien entendu, tous ces moyens de fonctionnement excessifs ne sont pas comptabilisés comme des excédents. Lorsqu'on bénéficie d'un financement excessif, on peut se permettre de ne pas lutter contre les dépenses de fonctionnement inefficaces et superflues, qui risquent même de devenir encore plus incontrôlables. Pour la Cour des comptes, il est difficile d'évaluer si c'est effectivement ce qui se passe en l'espèce. Elle indique ainsi que "le rapportage actuel des mutualités manque de transparence pour juger de l'adéquation du financement des frais d'administration."¹⁵

Toutefois, certains éléments donnent à penser que tous les organismes assureurs ne se montrent pas aussi efficaces dans l'affectation de leurs moyens de fonctionnement. Prenons par exemple les frais de personnel, qui représentent en moyenne 69,08 % du total des frais de fonctionnement¹⁶. Il semble qu'il y ait en la matière de nombreuses différences entre les mutualités. En 2016, la *Christelijke Mutualiteit* de Roulers-Tielt occupait un ETP pour 1 114 affiliés, contre un ETP pour 655 affiliés à la Mutualité socialiste ("Solidaris") de Mons Wallonie Picarde^{17,18}.

¹² REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

¹³ Zoals bepaald in artikel 195, § 5, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

¹⁴ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

¹⁵ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

¹⁶ In 2014, zie REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

¹⁷ Gebaseerd op gegevens uit de jaarrekening van het boekjaar 2016 van beide ziekenfondsen en op basis van cijfers van de ledenaantallen op 31 december 2016, te vinden via de webtoepassing van het RIZIV.

¹⁸ CM Tielt-Roeselare zette in 2016 152,5 VTE in voor 169 813 aangesloten leden, Solidaris Mons Wallonie Picarde zette in dat jaar 381,7 VTE in voor 249 893 aangesloten leden. Beide ledenaantallen zijn inclusief personen ten laste van de aangesloten leden.

¹² COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais administratifs des Mutualités: fixation et répartition*, 2017.

¹³ Ainsi que le prévoit l'article 195, § 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

¹⁴ COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*, 2017.

¹⁵ COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*, 2017.

¹⁶ En 2014, voir COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*, 2017.

¹⁷ Ces chiffres se fondent sur les comptes annuels de l'exercice 2016 de ces deux mutualités et sur le nombre de membres qu'elles comptaient au 31 décembre 2016. Ces informations peuvent être consultées sur l'application internet de l'INAMI.

¹⁸ En 2016, la CM de Tielt-Roulers occupait 152,5 ETP pour 169 813 affiliés, contre 381,7 ETP pour 249 893 affiliés chez Solidaris Mons Wallonie Picarde. Le nombre de membres inclut chaque fois les personnes à charge des membres affiliés.

Een opvallend verschil tussen twee ziekenfondsen, die met de toegekende werkingskosten nochtans dezelfde taken moeten uitvoeren^{19,20}.

2. De wettelijke terugvorderingsopdracht: financiële beloningen en vrijstellingen

2.1. Wat is de terugvorderingsopdracht?

De verzekeringsinstellingen hebben sinds 1963 de wettelijke opdracht om onterecht uitbetaalde en onverschuldigde bedragen terug te vorderen. Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen twee soorten van onverschuldigde betalingen die kunnen worden teruggevorderd.

Onverschuldigde betalingen door "indeplaatsstellingen"²¹

Als een schade door ongeval of ziekte niet wordt vergoed door een andere Belgische of buitenlandse verzekeraar (bijvoorbeeld de arbeidsongevallenverzekeraar), neemt in de regel de verzekeringsinstelling de uitbetaling hiervan voor zijn rekening. Als blijkt dat de schade toch door een andere verzekeraar moest worden vergoed, dienen de verzekeringsinstellingen de door hen betaalde uitgaven bij deze andere verzekeraar terug te vorderen. Dergelijke terugvorderingsdossiers worden ook aangeduid als "subrogatiedossiers".

Onverschuldigde uitkeringen of verstrekkingen²²

Dit heeft betrekking op onterecht uitbetaalde moederschaps-, arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsuitkeringen, of op onterechte verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Aan de oorzaak van de terugvordering liggen, onder andere, bedrog, fouten of vergissingen die gemaakt werden door de zorgverleners, door de sociaal verzekerden, of door de verzekeringsinstellingen zelf. Bij de uitkeringsverzekering wordt een terugvordering gevraagd in geval van, onder andere: een cumulatie met een andere uitkering of met een beroepsinkomen, een niet gemelde hervatting

¹⁹ Het Rekenhof bevestigt in zijn eerste auditrapport nog dat het aandeel van de werkingsmiddelen die de ziekenfondsen aanwenden voor de bekostiging van personeel varieert tussen de 57,65 % en de 73,25 %.

²⁰ Merk op dat de forfaitaire vergoeding niet toegekend wordt aan de individuele ziekenfondsen, maar wel aan de landsbonden, die vervolgens zelf bepalen hoe ze die middelen verdelen onder hun ziekenfondsen. In theorie kunnen de landsbonden ziekenfondsen die efficiënter met hun personeelsmiddelen omspringen "bestrafen" met een kleiner aandeel van de forfaitaire vergoeding.

²¹ De wettelijke basis vormt artikel 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

²² De wettelijke basis vormt artikel 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Une différence frappante entre deux mutualités, qui doivent pourtant exercer les mêmes missions avec les moyens de fonctionnement qui leur sont attribués^{19,20}.

2. La mission de récupération prévue par la loi: gratifications financières et dispenses

2.1. Qu'est-ce que la mission de récupération?

Depuis 1963, les organismes assureurs sont légalement tenus de récupérer les montants indûment versés. En l'occurrence, il s'impose d'opérer une distinction entre deux types de paiements indus pouvant être récupérés.

Montants indus par suite de "subrogations"²¹

Lorsqu'un dommage découlant d'un accident ou d'une maladie n'est pas réparé par un autre assureur belge ou étranger (par exemple, l'assurance des accidents du travail), l'organisme assureur prend généralement le paiement de la réparation à sa charge. S'il s'avère que le dommage devait quand même être réparé par un autre assureur, les organismes assureurs doivent récupérer auprès de cet autre assureur les montants qu'ils ont versés. Ce genre de dossier de récupération est également appelé "dossier de subrogation".

Versements ou prestations indus²²

Il s'agit d'indemnités indûment versées dans le cadre de la maternité, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ou de prestations indues de l'assurance soins de santé. La récupération se fonde notamment sur la fraude, des fautes ou des erreurs commises par les dispensateurs de soins, les assurés sociaux ou les organismes assureurs mêmes. Dans le cas de l'assurance indemnités, le remboursement est demandé notamment en cas de cumul avec une autre indemnité ou avec un revenu professionnel, de non signalement d'une reprise du travail, d'une modification de la composition du

¹⁹ La Cour des comptes confirme encore dans son premier rapport d'audit que la part des moyens de fonctionnement affectée par les mutualités au paiement du personnel varie entre 57,65 % et 73,25 %.

²⁰ Soulignons que l'indemnité forfaitaire n'est pas accordée aux mutualités considérées individuellement, mais aux unions nationales, qui décident ensuite de la répartition des moyens entre leurs mutualités. En théorie, les unions nationales peuvent "pénaliser" les mutualités qui utilisent leurs moyens en personnel plus efficacement, en leur accordant une part plus réduite de l'indemnité forfaitaire.

²¹ L'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en constitue la base légale.

²² L'article 164 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en constitue la base légale.

van arbeid, een wijziging van de gezinssamenstelling, of een wijziging van het gezinsinkomen. Bij de verzekering voor geneeskundige verzorging gaat het vaak om verschillen tussen de voorschotten die de zorgverleners mogen aanrekenen en de uiteindelijke afrekening²³.

2.2. Bijkomende financiële beloningen

Ondanks het feit dat de verzekeringsinstellingen via de jaarlijkse forfaitaire vergoeding structureel overgefinancierd worden om hun wettelijke opdrachten – zoals de terugvordering van onverschuldigde bedragen – uit te voeren (zie titel 1), ontvangen zij bovenop deze forfaitaire vergoeding ook nog eens een financiële beloning per geslaagde terugvordering. Deze financiële beloning werd in 1982 ingevoerd voor de terugvordering van subrogatiedossiers²⁴. Tien jaar later werd de beloning uitgebreid tot de terugvordering van uitkeringen en prestaties van de ziekteverzekering²⁵. De hoogte van deze financiële beloningen schommelt tussen de 10 % en de 16 % van het teruggevorderde bedrag²⁶.

Onder bepaalde voorwaarden wordt de financiële beloning niet toegekend, meer bepaald:

- als de zorgverlener of de sociaal verzekerde het bedrag spontaan heeft terugbetaald;
- als het ziekenfonds zelf aan de oorzaak ligt van de onverschuldigde toekenning van het bedrag, als gevolg van een fout, vergissing of nalatigheid;
- als het onverschuldigde bedrag werd ontdekt door de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) of door de Controledienst voor de ziekenfondsen.

Welke meerwaarde deze financiële beloningen hebben is onduidelijk. Wij vinden het alleszins bedenkelijk dat verzekeringsinstellingen financieel beloond worden

²³ Indien deze niet kunnen worden verrekend bij een volgende factuur.

²⁴ Zie koninklijk besluit nr. 176 van 30 december 1982.

²⁵ Zie koninklijk besluit van 7 oktober 1993 tot vaststelling van het percentage waarmee de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden vermeerderd in geval van terugvordering van betaalde sommen, en artikel 195, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

²⁶ De hoogte van de financiële beloning hangt af van het "recuperatieniveau" van het ziekenfonds: hoe hoger het teruggevorderde bedrag in verhouding tot de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in datzelfde jaar, hoe hoger de financiële beloning die de verzekeringsinstellingen ontvangen. Afhankelijk van dit recuperatieniveau ontvangen de verzekeringsinstellingen jaarlijks een financiële beloning met een waarde die varieert tussen 10 % (bij een beperkt recuperatieniveau) en 16 % (bij een hoog recuperatieniveau) van het totale bedrag dat dat jaar werd teruggevorderd. De financiële beloning wordt berekend door de DAC op basis van jaarlijkse input van de verzekeringsinstellingen.

ménage ou d'une modification du revenu du ménage. Dans le cas de l'assurance soins de santé, il s'agit souvent d'écarts entre les avances pouvant être facturées par les dispensateurs de soins et le décompte final²³.

2.2. Gratifications financières supplémentaires

Bien que les organismes assureurs soient structurellement surfinancés, par le biais de l'indemnité forfaitaire annuelle, pour effectuer leurs missions légales – comme la récupération de montants indus – (voir titre 1), ils reçoivent, en plus de cette indemnité forfaitaire, une gratification financière par récupération réussie. Cette gratification financière a été instaurée en 1982 pour la récupération des dossiers de subrogation²⁴. Dix ans plus tard, la gratification a été étendue à la récupération des allocations et des prestations de l'assurance maladie²⁵. La hauteur de ces gratifications financières varie entre 10 % et 16 % du montant récupéré²⁶.

Sous certaines conditions, la gratification financière n'est pas accordée, et plus particulièrement:

- lorsque le praticien ou l'assuré social a spontanément remboursé le montant;
- lorsque la mutualité est elle-même à l'origine de l'octroi indu du montant, à la suite d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence;
- lorsque le montant indu a été découvert par le Service du contrôle administratif (SCA) ou par l'Office de contrôle des Mutualités.

On ne perçoit pas clairement l'intérêt de ces gratifications financières. Il nous semble en tout cas contestable que des organismes assureurs soient récompensés

²³ Si ceux-ci ne peuvent être imputés sur une facture suivante.

²⁴ Voir l'arrêté royal n° 176 du 30 décembre 1982.

²⁵ Voir l'arrêté royal du 7 octobre 1993 fixant le pourcentage dont les frais d'administration des organismes assureurs sont majorés en cas de récupération de sommes payées, et l'article 195, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

²⁶ La hauteur de la gratification financière dépend du "niveau de récupération" de la mutualité: plus le montant récupéré est élevé par rapport aux dépenses de l'assurance maladie-invalidité au cours de l'année en question, plus la gratification financière que reçoivent les organismes assureurs augmente. En fonction de ce niveau de récupération, les organismes assureurs reçoivent annuellement une gratification financière dont la valeur oscille entre 10 % (en cas de niveau de récupération limité) et 16 % (en cas de niveau de récupération élevé) du montant total récupéré au cours de cette année. La gratification financière est calculée par le SCA sur la base de l'apport annuel des organismes assureurs.

voor een loutere uitvoering van hun wettelijke opdracht. Niettemin lijkt het ons aannemelijk dat deze financiële beloningen wel een stimulans kunnen zijn voor de verzekeringsinstellingen om zich zelf meer actief in te zetten voor een terugvordering van onverschuldigde bedragen, en dat de maatregel dus wel een terugverdieneffect heeft²⁷.

2.3. Vrijstellingen

Ondanks de jaarlijkse forfaitaire vergoeding die de verzekeringsinstellingen van het RIZIV ontvangen, en ondanks de uitgebreide beloningen die zij krijgen voor geslaagde terugvorderingen, kunnen de verzekeringsinstellingen toch nog een deel van de niet-teruggevorderde bedragen overdragen aan het RIZIV. Gebaseerd op cijfers voor de periode 2012-2016, ontvangen alle verzekeringsinstellingen samen jaarlijks een vrijstelling voor een bedrag van gemiddeld zo'n 1,15 miljoen euro. In totaal werd tussen 2012 en 2016 een bedrag van 5,76 miljoen euro vrijgesteld²⁸.

Hoe kan dit? Zoals opgenomen in artikel 174 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, verjaart een vordering tot terugvordering van onverschuldigde bedragen binnen twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed²⁹. Na de verjaring kunnen de bedragen in de regel dus niet meer worden teruggevorderd. De verzekeringsinstellingen hebben de opdracht om de onverschuldigde bedragen terug te vorderen binnen een periode van twee jaar na de vaststelling ervan³⁰. Als de terugvordering niet binnen zes maanden na het aflopen van deze termijn van twee jaar gebeurt, dienen de verzekeringsinstellingen het niet-teruggevorderde bedrag zelf te betalen: de bedragen dienen dan te worden geboekt als administratiekosten ten laste van de verzekeringsinstellingen³¹.

²⁷ Het Rekenhof wijst er alvast op dat het helemaal niet zeker is of deze financiële beloningen leiden tot een betere invordering van de onverschuldigde bedragen. Het hele systeem werd immers nog nooit geëvalueerd. Een eerder rapport van het Rekenhof wijst er bovendien op dat voor de terugvordering van bepaalde subrogatiedossiers de terugvordering grotendeels geautomatiseerd gebeurt, en nauwelijks enige administratie werklust met zich meebrengt. Ook voor deze terugvorderingen, die zo goed als altijd makkelijk teruggevorderd kunnen worden, ontvangen de verzekeringsinstellingen dus een financiële beloning.

²⁸ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 1914 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

²⁹ Zoals opgenomen in artikel 174, 5° en 6°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. In geval de onterechte betaling het gevolg is van "bedrieglijke handelingen" door de sociaal verzekerde, geldt een verjaringstermijn van 5 jaar (zie art. 174, 10°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994).

³⁰ Zoals opgenomen in artikel 326, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

³¹ Zoals opgenomen in artikel 327, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit.

financieel voor het eenvoudige uitoefenen van hun wettelijke taak. We kunnen echter niet ontkennen dat deze financiële beloningen kunnen aanzetten tot een meer actieve houding van de verzekeraars in het herwinnen van de verschuldigde bedragen, en dat de maatregel dus wel een terugverdieneffect heeft²⁷.

2.3. Dispenses

Malgré l'indemnité forfaitaire annuelle que les organismes assureurs reçoivent de l'INAMI et malgré les gratifications élevées qu'ils obtiennent pour les récupérations réussies, les organismes assureurs peuvent tout de même encore transférer une partie des montants non récupérés à l'INAMI. Sur la base des chiffres relatifs à la période 2012-2016, tous les organismes assureurs bénéficient, ensemble, chaque année, d'une dispense de comptabilisation pour un montant s'élevant en moyenne à près de 1,15 million d'euros. Au total, un montant de 5,76 millions d'euros a été dispensé entre 2012 et 2016²⁸.

Comment cela se peut-il? Comme le prévoit l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une action en récupération d'indus se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué²⁹. En règle générale, les montants ne peuvent donc plus être récupérés après la prescription. Les organismes assureurs sont chargés de récupérer les montants indûment versés dans une période de deux ans suivant la constatation³⁰. Si la récupération n'a pas lieu dans les six mois suivant l'expiration de ce délai de deux ans, les organismes assureurs doivent payer eux-mêmes le montant non récupéré: les montants doivent alors être inscrits en frais d'administration à charge des organismes assureurs³¹.

²⁷ En tout état de cause, la Cour des comptes souligne qu'aucun élément ne permet d'affirmer avec certitude que ces gratifications financières entraînent un meilleur recouvrement des montants indus. L'ensemble du système n'a en effet jamais été évalué. Un rapport antérieur de la Cour des comptes souligne en outre que, pour la récupération de certains dossiers de subrogation, la récupération est en grande partie automatisée et n'entraîne généralement que peu de charge administrative. Pour ces récupérations également, qui peuvent presque toujours être facilement effectuées, les organismes assureurs reçoivent donc une gratification financière.

²⁸ Réponse à la question écrite n° 1914 de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

²⁹ Voir l'article 174, 5° et 6°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Si le paiement indûment effectué résulte de "manœuvres frauduleuses" de l'assuré social, le délai de prescription est de 5 ans (voir l'article 174, 10°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).

³⁰ Comme le prévoit l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

³¹ Comme le prévoit l'article 327, § 1^{er}, du même arrêté royal.

Niettemin kan de leidend ambtenaar van de DAC de verzekeringsinstelling vrijstellen van de verplichting om de niet-teruggevorderde bedragen van minstens 600 euro als administratiekosten te boeken. Dit kan om onderstaande redenen:

- de onverschuldigde betaling is niet het gevolg van een fout, vergissing of nalatigheid van de verzekeringsinstelling;
- de verzekeringsinstelling kan aantonen dat ze alle beschikbare middelen heeft aangewend om de terugbetaling te vorderen.

Het niet kunnen terugvorderen van een onverschuldigd bedrag behoort tot de risico's van het beheer. Het is een financieel risico dat logisch voortvloeit uit de verantwoordelijkheid en de wettelijke opdracht om onverschuldigde bedragen terug te vorderen, en waarvoor de verzekeringsinstellingen ook zeer uitgebreid financieel vergoed worden. Deze vrijstellingsmogelijkheid gaat in tegen het hele principe van het financieel aansprakelijk maken van de verzekeringsinstellingen.

Daarom stellen we voor om deze vrijstellingsmogelijkheid af te schaffen. Naast een jaarlijkse besparing van zo'n 1,15 miljoen, komen hierdoor mogelijk ook tijd en middelen vrij die de DAC niet langer moet inzetten op het nagaan van het recht op deze vrijstelling. Vandaag worden hiervoor 3,5 VTE ingezet bij de Directie Controle op de verzekeringsinstellingen van de DAC, en 0,5 VTE bij de FOD Financiën. Hun totale loonkosten zouden in 2017 251 638,50 euro hebben bedragen³². Bovendien worden de verzekeringsinstellingen hierdoor financieel geresponsabiliseerd om zelf volledig in te staan voor de kosten en baten die voortvloeien uit hun terugvorderingsopdracht.

2.4. Niet-terugvorderbare bedragen

Bepaalde bedragen mogen de verzekeringsinstellingen niet terugvorderen bij de verzekerden, krachtens artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde. Dit artikel bepaalt dat – wanneer de verzekeringsinstelling een vergissing begaat – een nieuwe beslissing over het toegekende bedrag geen terugwerkende kracht heeft, op voorwaarde dat deze nieuwe beslissing ertoe leidt dat een lager bedrag moet worden toegekend. Het derde lid van artikel 17 verduidelijkt dat deze bepaling enkel van toepassing is wanneer de verzekerde te goeder trouw is: als hij niet weet of niet had moeten weten dat dit bedrag te hoog was.

³² Antwoord op schriftelijke vraag nr. 2390 van 8 mei 2018 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Toutefois, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut dispenser les organismes assureurs de l'obligation d'inscrire en frais administratifs les montants non récupérés d'au moins 600 euros. Il peut le faire pour les raisons suivantes:

- le paiement indûment effectué ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur;
- l'organisme assureur peut prouver qu'il a utilisé tous les moyens à sa disposition pour demander le remboursement.

L'impossibilité de récupérer un indu fait partie des risques de la gestion. Il s'agit d'un risque financier qui découle logiquement de la responsabilité et de la mission légale de récupérer les indus, et pour lequel les organismes assureurs reçoivent une compensation financière substantielle. Cette possibilité de dispense va à l'encontre de l'ensemble du principe de la responsabilisation financière des organismes assureurs.

Nous proposons dès lors de supprimer cette dispense. Outre une économie annuelle de quelque 1,15 million, cette mesure libérera aussi probablement du temps et des moyens que le SCA ne devra plus consacrer au contrôle du droit à cette dispense. Aujourd'hui, 3,5 ETP sont affectés à cette mission à la Direction Contrôle des organismes assureurs du SCA et 0,5 ETP au SPF Finances. Leur coût salarial total se serait élevé à 251 638,50 euros en 2017³². En outre, les organismes assureurs seront ainsi responsabilisés financièrement afin d'assumer eux-mêmes intégralement les coûts et bénéfices qui découlent de leur mission de récupération.

2.4. Montants non récupérables

Les organismes assureurs ne peuvent pas récupérer certains montants auprès des assurés, en vertu de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social. Cet article prévoit que – lorsque l'organisme assureur commet une erreur – une nouvelle décision concernant le montant accordé n'a pas d'effet rétroactif à condition que celle-ci ait pour effet qu'un montant inférieur doive être accordé. L'alinéa 3 de l'article 17 précise que cette disposition n'est d'application que si l'assuré est de bonne foi, c'est-à-dire s'il ne sait pas ou n'aurait pas dû savoir que ce montant était trop élevé.

³² Réponse à la question écrite n° 2390 du 8 mai 2018 de Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Kort gezegd: als de verzekeringsinstellingen (1) zelf een fout maken die leidt tot een onverschuldigde betaling, en (2) de verzekerde te goeder trouw is, dan mogen de verzekeringsinstellingen dit bedrag niet terugvorderen bij de verzekerde.

Deze wet van 11 april 1995 werd jarenlang niet nageleefd. De verzekeringsinstellingen bleven deze bedragen vaak terugvorderen. Bovendien werden de verzekeringsinstellingen niet geresponsabiliseerd: ze waren wettelijk niet verplicht om deze onterecht uitgekeerde en niet-terugvorderbare bedragen ten laste te nemen van hun werkingskosten. Dit had tot gevolg dat het RIZIV de volledige financiële gevolgen droeg van fouten die door de verzekeringsinstellingen gemaakt werden. Naar aanleiding van deze problematiek oordeelde het Rekenhof in 2011 dat: “moet worden nagedacht [...] om, in de gevallen waarin het handvest van de sociaal verzekerde van toepassing is, een vorm van responsabilisering van de ziekenfondsen in te voeren waardoor die het geheel of een deel van de financiële last dragen die een gevolg is van hun administratieve of materiële vergissingen³³.” Het Grondwettelijk Hof oordeelde een jaar later dat het aan de wetgever is om deze regelgeving te wijzigen zodat “de financiële gevolgen van zulk een vergissing geheel of gedeeltelijk zouden worden gedragen door de verzekeringsinstellingen, die verantwoordelijk zijn voor de onterechte uitbetaling van prestaties aan de sociaal verzekerde.³⁴”

Merk op dat zowel het Rekenhof en het Grondwettelijk Hof de optie vrijlaten voor de wetgever om te kiezen voor een volledige of een gedeeltelijke financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. De wetgever koos, jammer genoeg, voor een gedeeltelijke responsabilisering. Deze werd via de wet van 10 april 2014 “houdende diverse bepalingen inzake gezondheid” ingevoerd in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Er werd een systeem uitgewerkt waarbij de verzekeringsinstellingen op een progressieve manier, en op basis van de omvang van hun uitgaven van de verzekeringsinstellingen voor ZIV-uitkeringen en terugbetalingen van geneeskundige zorgen, deze bedragen zelf ten laste moeten nemen van hun werkingskosten³⁵. Meer specifiek gelden de volgende bepalingen wat betreft de aansprakelijkheid van de verzekeringsinstellingen:

En résumé: si les organismes assureurs (1) commettent une faute entraînant un paiement indu, et (2) que l'assuré est de bonne foi, les organismes assureurs ne peuvent pas récupérer ce montant auprès de l'assuré.

Pendant des années, cette loi du 11 avril 1995 est demeurée lettre morte. La plupart du temps, les organismes assureurs ont continué à récupérer ces montants. En outre, ces organismes n'étaient pas responsabilisés: ils n'étaient pas obligés par la loi de répercuter ces montants indûment versés et non récupérables sur leurs frais de fonctionnement. Cette situation a contraint l'INAMI à prendre en charge l'ensemble des conséquences financières découlant de fautes commises par les organismes assureurs. Dans le cadre de cette problématique, la Cour des comptes a, en 2011, estimé qu'une réflexion doit être menée [...] afin de rétablir, dans les cas où la charte de l'assuré social est d'application, une forme de responsabilisation des mutualités en leur faisant supporter, en tout ou partie, la charge financière de leurs erreurs administratives ou matérielles³³. Un an plus tard, la Cour constitutionnelle a considéré qu'il appartient “au législateur de modifier la réglementation pertinente afin de faire peser, totalement ou partiellement, les conséquences financières d'une telle erreur sur les organismes assureurs, responsables du versement indu des prestations à l'assuré social.³⁴”

Il est à noter que tant la Cour des comptes que la Cour constitutionnelle laissent au législateur la liberté de choisir entre une responsabilisation financière totale ou partielle des organismes assureurs. Le législateur a malheureusement opté pour une responsabilisation partielle. Celle-ci a été introduite par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Le système qui a été développé oblige les organismes assureurs à prendre en charge ces montants de façon progressive et en fonction du montant de leurs dépenses relatives au paiement des indemnités AMI et aux remboursements des soins de santé, dans le cadre de leurs frais de fonctionnement³⁵. S'agissant de la responsabilité des organismes assureurs, ce sont plus particulièrement les dispositions suivantes qui s'appliquent:

³³ REKENHOF, *Beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering*, 2011.

³⁴ Arrest n°66/2012 van 24 mei 2012, zie http://www.etaamb.be/nl/wet_n2012203188.html.

³⁵ Zie artikel 71 van de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, en, artikel artikel 194, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

³³ COUR DES COMPTES, *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*, 2011.

³⁴ Arrêt n°66/2012 du 24 mai 2012, voir http://www.etaamb.be/fr/loi_n2012203188.html.

³⁵ Voir l'article 71 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé et l'article 194, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

— Sector van de uitkeringen

Percentage van de niet-terugvorderbare onterechte betalingen in verhouding tot het totale bedrag van de uitgaven	Percentage van de onverschuldigd uitbetaalde bedragen ten laste van de verzekeringsinstellingen
Minder dan 0,05 %	0 %
Tussen 0,05 % en 0,1 %	10 %
Tussen 0,1 % en 0,2 %	25 %
Tussen 0,2 % en 0,35 %	50 %
Tussen 0,35 % en 0,50 %	75 %
Meer dan 0,50 %	100 %

— Sector van de gezondheidszorgen

Percentage van de niet-terugvorderbare onterechte betalingen in verhouding tot het totale bedrag van de uitgaven	Percentage van de onverschuldigd uitbetaalde bedragen ten laste van de verzekeringsinstellingen
0,0000 < 0,0069 %	0 %
≥ 0,0069 % < 0,0083 %	10 %
≥ 0,0083 % < 0,0097 %	20 %
≥ 0,0097 % < 0,0111 %	30 %
≥ 0,0111 % < 0,0125 %	40 %
≥ 0,0125 % < 0,0139 %	50 %
≥ 0,0139 % < 0,0153 %	60 %
≥ 0,0153 % < 0,0167 %	70 %
≥ 0,0167 % < 0,0181 %	80 %
≥ 0,0181 % < 0,0195 %	90 %
≥ 0,0195 %	100 %

— Secteur des indemnités

Pourcentage des indus irrécupérables par rapport au montant global des dépenses	Pourcentage des montants indûment versés à charge des organismes assureurs
Moins de 0,05 %	0 %
Entre 0,05 % e 0,1 %	10 %
Entre 0,1 % et 0,2 %	25 %
Entre 0,2 % et 0,35 %	50 %
Entre 0,35 % et 0,50 %	75 %
Plus de 0,50 %	100 %

— Secteur des soins de santé

Pourcentage des indus irrécupérables par rapport au montant global des dépenses	Pourcentage des montants indûment versés à charge des organismes assureurs
0,0000 < 0,0069 %	0 %
≥ 0,0069 % < 0,0083 %	10 %
≥ 0,0083 % < 0,0097 %	20 %
≥ 0,0097 % < 0,0111 %	30 %
≥ 0,0111 % < 0,0125 %	40 %
≥ 0,0125 % < 0,0139 %	50 %
≥ 0,0139 % < 0,0153 %	60 %
≥ 0,0153 % < 0,0167 %	70 %
≥ 0,0167 % < 0,0181 %	80 %
≥ 0,0181 % < 0,0195 %	90 %
≥ 0,0195 %	100 %

In ons wetsvoorstel stellen we voor om dit systeem aan te passen, zodat de verzekeringsinstellingen volledig geresponsabiliseerd worden voor de onterecht uitgekeerde bedragen die door hun eigen fout niet meer teruggevorderd kunnen worden. Hiervoor halen we hierna volgende redenen aan.

1) Het huidige systeem is niet-responsabiliserend: als de verzekeringsinstellingen zelf een fout maken, zouden ze ten minste ook zelf de volledige financiële gevolgen daarvan dienen te dragen. Het beheer van de uitkeringen behoort tot de wettelijke opdracht van de verzekeringsinstellingen. Waarom zouden zij dan niet de financiële risico's dienen te dragen die hier logisch uit voortvloeien?

2) Het huidige systeem is niet consequent: als de verzekeringsinstellingen een onverschuldigd bedrag dat wel terugvorderbaar is, te laat terugvorderen (buiten de wettelijke termijn), wordt dit bedrag wel volledig verhaald op hun werkingskosten. Zij worden vandaag dus sterker financieel geresponsabiliseerd voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen die niet door hun eigen fouten zijn uitgekeerd, dan voor de onverschuldigde, niet-terugvorderbare bedragen, die wel hun eigen fout zijn.

3) De verzekeringsinstellingen worden voldoende gefinancierd: er bestaat geen enkele reden om te veronderstellen dat (efficiënt georganiseerde) verzekeringsinstellingen deze bijkomende responsabilisering financieel niet zouden kunnen dragen. Zoals blijkt uit de rapporten van het Rekenhof, bestaan er zelfs redenen om te veronderstellen dat de huidige financiering van hun werkingskosten net structureel te hoog ligt³⁶. Waarom moeten deze werkingskosten dan worden ontzien, en moet het RIZIV een deel van de kost dragen van de fouten die de verzekeringsinstellingen maken?

3. Het boetesysteem

3.1. Lage boetes en hoge beloningen

Uit de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen voor het beheer van de ziekteverzekering volgt ook dat zij enkele verplichtingen dienen na te leven. Indien zij deze verplichtingen niet naleven, kan aan hen een financiële sanctie worden opgelegd door de leidend ambtenaar van de DAC, zoals bepaald in artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Er wordt in dit artikel 166 een onderscheid gemaakt tussen negen verschillende sancties. Het belemmeren van de controle door de DAC door informatie achter te

³⁶ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

Notre proposition de loi vise à adapter ce système afin de responsabiliser pleinement les organismes assureurs par rapport aux montants indûment versés qui ne peuvent être récupérés par suite de leur propre erreur. Nous justifions ce choix de la manière suivante.

1) Le système actuel ne responsabilise pas: lorsqu'une erreur incombe aux organismes assureurs, ils devraient à tout le moins également en supporter toutes les conséquences financières. La gestion des prestations relève de la mission légale des organismes assureurs. Pourquoi ne devraient-ils dès lors pas en supporter les risques financiers qui en sont le corollaire?

2) Le système actuel n'est pas logique: lorsque les organismes assureurs récupèrent tardivement (hors délai légal) un indu pouvant être récupéré, ce montant est entièrement imputé sur leurs frais de fonctionnement. Pour l'heure, ils sont donc davantage responsabilisés financièrement pour la récupération d'indus dont le versement ne leur incombe pas que pour les indus irrécupérables, dont la faute leur incombe.

3) Le financement des organismes assureurs est suffisant: rien ne permet de supposer que des organismes assureurs (organisés de manière efficace) ne seraient pas en mesure de supporter cette responsabilisation financière supplémentaire. Ainsi qu'il ressort des rapports de la Cour des comptes, il y a même lieu de présumer que le financement actuel de leurs frais de fonctionnement est structurellement trop élevé³⁶. Pourquoi dès lors ces frais de fonctionnement devraient-ils être épargnés et l'INAMI doit-il supporter une partie des coûts résultant des erreurs commises par les organismes assureurs?

3. Le système d'amendes

3.1. Amendes légères et gratifications élevées

Les missions légales confiées aux organismes assureurs dans le cadre de la gestion de l'assurance maladie sont également assorties d'obligations. En cas de non-respect de ces obligations, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut infliger une sanction financière à ces organismes, ainsi que le prévoit l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Cette disposition opère une distinction entre neuf types de sanctions. Le fait d'entraver le contrôle exercé par le SCA en omettant de communiquer

³⁶ COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais administratifs des Mutualités: fixation et répartition*, 2017.

houden, of het niet oplossen van een vaak terugkomende tekortkoming in de organisatie of het dossierbeheer, wordt gesanctioneerd met een boete van 1 250 euro. De meeste andere inbreuken worden bestraft met een boete van 125 euro. Het gaat dan bijvoorbeeld over het niet tijdig boeken van een niet-teruggevorderd bedrag ten koste van de eigen werkingskosten, of over het maken van een fout die tot een onverschuldigde uitbetaling leidt.

De hoge totaalbedragen die de verzekeringsinstellingen ontvangen voor correct uitgevoerde terugvorderingen (zie titel 2.2) staan nogal in schril contrast met de boetebedragen die de verzekeringsinstellingen dienen te betalen wanneer zij fouten maken in terugvorderingsdossiers.

Volgens het Rekenhof kosten de financiële beloningen het RIZIV jaarlijks gemiddeld zo'n 26,1 miljoen euro. Tussen 2002 en 2014 werd aan de ziekenfondsen in totaal zo'n 339,5 miljoen euro toegekend aan financiële beloningen voor terugvorderingen³⁷. In 2015, toen de verzekeringsinstellingen gezamenlijk een financiële beloning ontvingen van zo'n 26,3 miljoen euro, bedroeg het gezamenlijke boetebedrag dat de verzekeringsinstellingen moesten betalen als gevolg van fouten gelinkt aan de terugvorderingstermijn zo'n 18 500 euro^{38,39,40}. Nadat de ziekenfondsen jaarlijks een bonus ontvangen die in de miljoenen loopt, worden zij dus geacht om afschrikt te worden van boetebedragen die hoogstens enkele duizenden euro's bedragen. Ook het Rekenhof is van oordeel dat "de sanctie in sommige gevallen slechts een zwakke compensatie vormt in vergelijking tot de verliezen die het stelsel moet dragen voor de onterechte betalingen die na de verjaringstermijnen worden vastgesteld."⁴¹

³⁷ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 2017.

³⁸ We verwijzen hier naar de boetes die gelinkt zijn aan de terugvorderingstermijn en opgenomen zijn in artikel 166, § 1, c), d) en h) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Ook andere sancties opgenomen in artikel 166 kunnen gelinkt zijn aan fouten bij de terugvordering. Maar ook daar merk je dat als je het aantal boetes tijdens de laatste jaren zoals gerapporteerd in de activiteitenverslagen van de DAC (505 in 2016, 835 in 2015, 558 in 2014) zou vermenigvuldigen met het hoogst mogelijke boetebedrag (met name 1 250 euro), je nog steeds zou moeten concluderen dat het bedrag van het totaal aan opgelegde boetes ver onder de miljoenenbedragen van de jaarlijkse financiële beloningen ligt.

³⁹ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 2263 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

⁴⁰ In 2016 bedroeg het totale boetebedrag 10 062,5 euro, in 2017 36 875 euro.

⁴¹ REKENHOF, *Beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering*, 2011.

certaines informations ou encore de ne pas remédier à un manquement à caractère répétitif constaté dans l'organisation ou dans la gestion du dossier est puni d'une amende de 1 250 euros. La plupart des autres infractions sont punies d'une amende de 125 euros. Relève notamment de cette dernière catégorie le fait de ne pas comptabiliser en temps utile un montant non récupéré – ce qui grève les frais de fonctionnement de l'organisme concerné – ou de commettre une erreur qui entraîne un paiement indu.

Les montants considérables que les organismes assureurs perçoivent pour les récupérations correctement effectuées (voir le titre 2.2) contrastent fortement avec ceux qu'ils doivent déboursier lorsqu'ils commettent une erreur dans le cadre d'un dossier de récupération.

D'après la Cour des comptes, les gratifications financières coûtent en moyenne 26,1 millions d'euros par an à l'INAMI. Entre 2002 et 2014, les mutualités ont perçu au total 339,5 millions d'euros à titre de gratifications financières liées aux récupérations³⁷. En 2015, lorsque les organismes assureurs ont perçu ensemble une gratification financière d'environ 26,3 millions d'euros, le montant total des amendes qui leur avaient été infligées en raison d'erreurs liées au délai de récupération s'élevait à environ 18 500 euros^{38,39,40}. Ainsi, après avoir perçu chaque année un bonus qui se chiffre à plusieurs millions d'euros, les mutualités sont censées être intimidées par des amendes qui ne dépassent pas quelques milliers d'euros. La Cour des comptes estime, elle aussi, que "dans certains cas, la sanction ne représente qu'une faible contrepartie en regard des pertes assumées par le régime pour les indus détectés au-delà des délais de prescription."⁴¹

³⁷ COUR DES COMPTES, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*, 2017.

³⁸ Nous visons en l'espèce les amendes liées au délai de récupération, qui sont énumérées à l'article 166, § 1^{er}, c), d) et h), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. D'autres sanctions prévues par l'article 166 punissent aussi des erreurs commises au niveau de la récupération. Mais l'on constate également dans ce cas-ci que si l'on multiplie le nombre des amendes figurant dans les rapports d'activité du SCA publiés au cours de ces dernières années (505 en 2016, 835 en 2015 et 558 en 2014) par le montant maximum prévu par la réglementation (1 250 euros), on obtient un montant total bien inférieur aux millions que représentent les gratifications financières annuelles.

³⁹ Réponse à la question écrite n° 2263 posée par Mme Valerie Van Peel à la ministre de la Santé publique et des Affaires sociales.

⁴⁰ En 2016, le montant total des amendes s'élevait à 10 062,5 euros, contre 36 875 euros en 2017.

⁴¹ COUR DES COMPTES, *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*, 2011.

3.2. Naar een responsabiliserend boetesysteem

Wij stellen voor om de boetes aan de verzekeringsinstellingen een meer responsabiliserend karakter te geven, door – net zoals bij de financiële beloningen – de link tussen het niet-teruggevorderde bedrag en de boetebedragen sterker te maken. Vandaag bestaat een dergelijke link tussen het bedrag en de boete al deels, maar er is nog veel ruimte voor een verdere optimalisering. Bijvoorbeeld: als de verzekeringsinstellingen een verjaring van een onverschuldigd bedrag (van minstens 151 euro) niet stuiten, wordt aan hen een boete opgelegd van 62,50 euro. Als het onverschuldigde bedrag hoger ligt dan 1 250 euro, dan wordt de boete verhoogd tot 125 euro. Merk op dat een verjaring van een klein onverschuldigd bedrag dus beboet wordt met een – in verhouding – hogere boete dan een verjaring van een hoger bedrag⁴².

Als een verzekeringsinstelling de verjaring niet stuit, kunnen de financiële consequenties nochtans groot zijn. Het betekent namelijk dat het bedrag niet meer kan teruggevorderd worden bij de debiteur (sociaal verzekerde, zorgverlener, enz.), tenzij die debiteur zou afzien van de verjaring. De verjaringstermijn kan gelukkig relatief eenvoudig gestuit worden, met name door een aangetekende brief van de crediteur (verzekeringsinstelling) naar de debiteur⁴³. Desondanks werden er in 2017 zo'n 91 boetes opgelegd naar aanleiding van het niet stuiten van een verjaring. Deze 91 boetes waren goed voor een gezamenlijk boetebedrag van een magere 6 500 euro⁴⁴.

Wij stellen daarom voor dat de verzekeringsinstellingen een boete betalen met een waarde van 50 % van het verjaarde onverschuldigde bedrag⁴⁵. We behouden de bepaling dat deze boete pas wordt opgelegd voor onverschuldigde bedragen van minstens 151 euro. De laagst mogelijke boete wordt dan 75,5 euro (in tegenstelling tot 62,5 euro nu). In geval van een verjaring van een onverschuldigd bedrag van 1 250 euro zullen de verzekeringsinstellingen dan een boete moeten betalen van 625 euro (in tegenstelling 125 euro nu).

⁴² De boete bij een verjaring van een bedrag van 151 euro bedraagt 41 % van dit bedrag (meer bepaald 62,5 euro), terwijl de boete bij een verjaring van een bedrag van 1 250 euro slechts 10 % van dit verjaarde bedrag bedraagt (meer bepaald 125 euro).

⁴³ Zoals opgenomen in artikel 174 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

⁴⁴ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 2263 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

⁴⁵ In het wetsvoorstel "tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994" werd dit tijdens de vorige legislatuur al voorgesteld door Nadia Sminate en Manu Beuselincq in de Kamer (nr. 53-1745/1) en door Louis Ide en Elke Sleurs in de Senaat (nr. 5-1331).

3.2. Vers un régime d'amendes responsabilisant

Nous proposons de conférer un caractère plus responsabilisant aux amendes infligées aux organismes assureurs en renforçant le lien entre le montant non récupéré et le montant des amendes comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les gratifications financières. Un lien de cette nature entre le montant et l'amende existe déjà en partie aujourd'hui mais beaucoup de paramètres pourraient encore être optimisés. Par exemple, lorsque les organismes assureurs n'interrompent pas le délai de prescription d'un montant indu (d'au moins 151 euros), elles se voient infliger une amende de 62,50 euros et si le montant indu dépasse 1 250 euros, l'amende est portée à 125 euros. Cela signifie que la prescription d'un petit montant indu est – proportionnellement – sanctionné par une amende plus élevée que la prescription d'un montant plus élevé⁴².

Or, lorsque l'organisme assureur n'interrompt pas la prescription, les conséquences financières peuvent être lourdes. En effet, le montant dû ne peut pas être récupéré auprès du débiteur (assuré social, prestataire de soins, etc.), sauf si ce dernier renonce à la prescription. Heureusement, le délai de prescription peut être interrompu assez facilement. Il suffit pour cela que le créancier (organisme assureur) adresse une lettre recommandée au débiteur⁴³. Cependant, en 2017, quelque 91 amendes ont été infligées pour cause de non-interruption du délai de prescription, amendes dont le total a atteint 6 500 euros⁴⁴ à peine.

C'est pourquoi nous proposons que les organismes assureurs paient une amende d'une valeur de 50 % de l'indu prescrit⁴⁵. Nous conservons la disposition selon laquelle cette amende ne peut être infligée que pour les montants indus d'au moins 151 euros. L'amende la plus basse possible s'élève donc à 75,5 euros (contre 62,5 euros actuellement). En cas de prescription d'un montant indu de 1 250 euros, les organismes assureurs devront dès lors payer une amende de 625 euros (contre 125 euros actuellement).

⁴² Pour la prescription d'un montant de 151 euros, l'amende s'élève à 41 % de ce montant (soit 62,5 euros) tandis que, pour la prescription d'un montant de 1 250 euros, l'amende n'excède pas 10 % du montant prescrit (soit 125 euros).

⁴³ Comme le prévoit l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

⁴⁴ Réponse à la question écrite n° 2263 de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (QRVA 54 155).

⁴⁵ Cela avait déjà été proposé durant la précédente législature dans la proposition de loi "modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à la Chambre, par Nadia Sminate et Manu Beuselincq (n° 53-1745/1) et, au Sénat, par Louis Ide et Elke Sleurs (n° 5-1331).

Een gelijkaardig boetesysteem stellen we voor ingeval de verzekeringsinstellingen een financiële beloning vragen voor een bedrag op basis waarvan zij hier helemaal geen aanspraak kunnen op maken. Zoals vermeld in titel 2.2. kunnen de ziekenfondsen een financiële beloning krijgen voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen. Echter, bepaalde terugvorderingen geven geen recht op een dergelijke financiële beloning, bijvoorbeeld terugvorderingen die het gevolg zijn van een eigen fout van de verzekeringsinstellingen of bedragen die de verzekerde spontaan heeft terugbetaald⁴⁶. Dit wordt vandaag bestraft met een boete van 50 euro. Het bedrag van de geldboete wordt verhoogd tot 125 euro voor een ten onrechte vermeld bedrag tussen 300 euro en 1 250 euro en tot 250 euro indien het ten onrechte vermelde bedrag hoger is dan 1 250 euro.

Het ontvangen van een onrechtmatige financiële beloning is natuurlijk een ongeoorloofde belasting van de overheidsmiddelen. Indien dit bewust gebeurt, is het ontegensprekelijk een vorm van fraude. Zeker als het om zeer hoge bedragen gaat, moet de boete in verhouding staan tot de gepleegde inbreuk en de (vermeden) financiële gevolgen ten aanzien van de verplichte ziekteverzekering. Daarom stellen we ook hier voor om een boete op te leggen ter waarde van 50 % van het onverschuldigde bedrag, met een minimumboete van 58 euro. Indien het ten onrechte vermelde bedrag van een vorig jaar niet werd geregulariseerd, wordt aan de verzekeringsinstelling een geldboete opgelegd die 100 % bedraagt van dit bedrag.

3.3. Een eerlijke indexering

Merk op dat de boetebedragen waar we het hier over hebben niet geïndexeerd worden. En dat terwijl de jaarlijkse forfaitaire vergoeding aan de verzekeringsinstellingen wel aangepast wordt aan, onder andere, de stijging van de lonen in de verzekerings- en overheidssector en de groeinorm van de uitgaven voor geneeskundige verzorging. Op die manier dalen de boetebedragen *de facto* stelselmatig.

Daarom stellen we voor om voortaan de boetes jaarlijks te indexeren, door ze aan te passen aan de gezondheidsindex. Bovendien verhogen we ook de boetebedragen die ingeschreven zijn in artikel 166. Ze werden immers sinds 2010 – het jaar dat ze in de regelgeving zijn ingeschreven – nooit geïndexeerd. We passen daarom ook deze bedragen aan aan de indexeringen die zouden hebben plaatsgevonden tussen 2010 en 2019 mochten de bepalingen uit dit wetsvoorstel toen al in voege zijn getreden.

⁴⁶ De verzekeringsinstellingen dienen jaarlijks lijsten in van teruggevorderde bedragen die hen recht geven op deze financiële beloningen bij het RIZIV. De DAC controleert deze lijsten steekproefgewijs.

Nous proposons un système d'amendes similaire lorsque les organismes assureurs demandent une gratification financière pour un montant sur la base duquel ils n'auraient absolument pas pu y prétendre. Comme mentionné dans le titre 2.2., les mutualités peuvent obtenir une gratification financière pour la récupération de montants indus. Cependant, certaines récupérations ne donnent pas droit à cette gratification financière, par exemple les récupérations qui résultent d'une propre erreur des organismes assureurs ou les montants que l'assuré a spontanément remboursés⁴⁶. Cette demande injustifiée est aujourd'hui sanctionnée par une amende de 50 euros. Le montant de l'amende est porté à 125 euros pour un montant inscrit à tort de 300 à 1 250 euros et à 250 euros si le montant inscrit à tort est supérieur à 1 250 euros.

La perception irrégulière d'une gratification financière constitue naturellement une atteinte non autorisée aux moyens de l'État. Si elle a eu lieu de manière délibérée, il s'agit indéniablement d'une forme de fraude. *A fortiori* s'il s'agit de montants très élevés, l'amende doit être proportionnelle à l'infraction commise et aux répercussions en ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire. C'est pourquoi nous proposons aussi d'infliger en l'espèce une amende d'une valeur de 50 % du montant indu, avec un minimum de 58 euros. Si le montant inscrit à tort une année précédente n'a pas été régularisé, l'organisme assureur se verra infliger une amende s'élevant à 100 % de ce montant.

3.3. Une indexation équitable

Il convient d'observer que les amendes évoquées plus haut ne sont pas indexées alors que l'allocation forfaitaire annuelle accordée aux organismes assureurs est adaptée, entre autres, à l'augmentation des salaires dans le secteur de l'assurance et dans le secteur public, ainsi qu'à la norme de croissance des dépenses de soins de santé. Dès lors, les montants des amendes diminuent *de facto* systématiquement.

Nous proposons dès lors que les amendes soient dorénavant indexées annuellement en fonction de l'indice santé. Nous proposons en outre de majorer les amendes prévues à l'article 166. En effet, ces amendes n'ont jamais été indexées depuis 2010, année de leur inscription dans la réglementation. Nous adaptons dès lors ces montants aux indexations qui auraient eu lieu entre 2010 et 2019 si les dispositions de la présente proposition de loi avaient déjà été en vigueur à cette date.

⁴⁶ Les organismes assureurs déposent annuellement des listes des montants récupérés qui leur donnent droit à ces gratifications financières auprès de l'INAMI. Le SCA contrôle ces listes par coup de sonde.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt de administratieve sancties die worden opgelegd aan de verzekeringsinstellingen wanneer zij bepaalde fouten maken of inbreuken plegen, onder andere bij de terugvordering van onverschuldigde bedragen. Met dit artikel wijzigen we deze bepaling op verschillende manieren.

1) We voegen een nieuwe paragraaf 6 toe die bepaalt dat de boetebedragen voor alle administratieve sancties die opgenomen zijn in artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 elk jaar op 1 januari en voor de eerste keer vanaf 2020 aangepast moeten worden aan de gezondheidsindex. De forfaitaire vergoeding die de verzekeringsinstellingen jaarlijks ontvangen, wordt immers ook stelselmatig verhoogd rekening houdende met – onder andere – de groeinorm van de uitgaven voor geneeskundige verzorging en de evolutie van de gemiddelde daglonen in de sector van krediet en verzekering en in de overheidssector⁴⁷. Als de boetebedragen niet geïndexeerd worden, betekent dit dus dat de boetebedragen *de facto* stelselmatig verlaagd worden, en dus geleidelijk aan hun responsabiliserende karakter verliezen.

2) In lijn met de wijziging opgenomen in bovenstaand punt 1 indexeren we ook de boetebedragen die in artikel 166 van deze wet zijn opgenomen. Deze boetebedragen werden immers voor het eerst in de wet opgenomen via de wet van 19 mei 2010 “houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid”, die in werking trad in juni 2010. Vermits we in ons wetsvoorstel voorstellen om de boetebedragen jaarlijks aan te passen op basis van de gezondheidsindex van november van het laatste jaar, passen we ook de boetebedragen in de wet aan op een zodanige manier dat ze al vanaf 2010 geïndexeerd geweest zouden zijn (tot november 2018)⁴⁸.

3) Het Rekenhof gaf in het verleden al aan dat de sancties die worden opgelegd in geval de verzekeringsinstellingen de verjaring niet kunnen stuiten “slechts een zwakke compensatie [vormen] in vergelijking tot de verliezen die het stelsel moet dragen voor de onterechte betalingen die na de verjaringstermijnen worden

⁴⁷ REKENHOF, *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*, 11 januari 2017.

⁴⁸ De bedragen werden berekend door de boetebedragen in de wet te vermenigvuldigen met de nieuwe index (november 2018=149,05 (basisjaar 1996)) en gedeeld door de oorspronkelijke index (juni 2010=128,26 (basisjaar 1996)). Bijvoorbeeld: 1 250 euro * (149,05/128,26) = 1 453 euro.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

L'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 fixe les sanctions administratives appliquées aux organismes assureurs en cas d'erreur ou d'infraction, notamment à l'égard de la récupération des paiements indus. Cet article modifie la disposition précitée sur plusieurs points:

1) Nous ajoutons un nouveau § 6 qui dispose que les montants des amendes de toutes les sanctions administratives visées à l'article 166 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 devront être adaptés à l'indice santé le 1^{er} janvier de chaque année et, pour la première fois, à partir de 2020. En effet, l'allocation forfaitaire accordée annuellement aux organismes assureurs est également systématiquement majorée compte tenu, entre autres, de la norme de croissance des dépenses de soins de santé et de l'évolution de la rémunération journalière moyenne dans le secteur du crédit et des assurances et dans le secteur public⁴⁷. Si les amendes ne sont pas indexées, les amendes diminuent *de facto* systématiquement et perdent dès lors progressivement leur caractère responsabilisant.

2) Conformément à la modification prévue au point 1 susmentionné, nous indexons également les montants des amendes figurant à l'article 166 de cette loi. Ces montants ont en effet été inscrits pour la première fois dans la législation par la loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de Santé publique, qui est entrée en vigueur en juin 2010. Dès lors que nous proposons d'adapter annuellement les montants des amendes sur la base de l'indice santé du mois de novembre de l'année précédente, nous adaptons également les montants des amendes prévus dans la loi comme s'ils avaient été indexés depuis 2010 (jusqu'en novembre 2018)⁴⁸.

3) Comme la Cour des comptes l'a déjà souligné dans le passé, les sanctions infligées en cas d'impossibilité pour les organismes assureurs d'interrompre le délai de prescription “ne [représentent] qu'une faible contrepartie en regard des pertes assumées par le régime pour les indus détectés au-delà des délais de

⁴⁷ Cour des comptes, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*, 11 janvier 2017.

⁴⁸ Les montants ont été calculés en multipliant les montants des amendes prévus dans la loi par le nouvel indice (novembre 2018=149,05 (année de base 1996)) et divisés par l'indice initial (juin 2010=128,26 (année de base 1996)). Exemple: 1 250 euros * (149,05/128,26) = 1 453 euros.

vastgesteld⁴⁹." Daarom stellen we voor om de boetebedragen sterker te laten aansluiten bij de hoogte van de onverschuldigde bedragen, zoals dat ook het geval is voor de financiële beloningen die de verzekeringsinstellingen krijgen voor een geslaagde terugvordering, zoals opgenomen in artikel 195 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Meer bepaald stellen we voor dat het boetebedrag 50 % moet bedragen van het verjaarde onverschuldigde bedrag. We behouden de bepaling dat deze boete enkel wordt opgelegd voor onverschuldigde bedragen die meer bedragen dan 151 euro⁵⁰. Deze boete vervangt de bestaande boete van 62,5 euro, die verhoogt kan worden tot 125 euro voor onverschuldigde bedragen hoger dan 1 250 euro. Via deze bepaling responsabiliseren we de verzekeringsinstellingen, en brengen we de boetebedragen meer in verhouding tot de financiële gevolgen die de verjaring met zich meebrengt voor de verplichte ziekteverzekering.

4) Als de verzekeringsinstellingen aanspraak willen maken op een financiële beloning voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen, zoals opgenomen in artikel 195 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, dan moeten zij een lijst met teruggevorderde bedragen voorleggen aan de DAC. Als zij op deze lijst bedragen plaatsen waarvoor zij geen aanspraak kunnen maken op een financiële beloning (bijvoorbeeld terugvorderingen die het gevolg zijn van een fout van de verzekeringsinstelling), dan kunnen zij hiervoor bestraft worden met een boete van 50 euro, die verhoogd kan worden tot 125 euro voor een ten onrechte vermeld bedrag tussen 300 euro en 1 250 euro en tot 250 euro indien het ten onrechte vermelde bedrag hoger is dan 1 250 euro. Vermits het hier gaat om het onrechtmatig gebruiken van overheidsmiddelen voor financieel gewin, eventueel met frauduleuze intenties, stellen we voor om deze boetebedragen meer in lijn te brengen met de zwaarte en de financiële impact van de inbreuk. Daarom stellen we voor om de boetebedragen op te trekken tot 50 % van het bedrag dat onterecht op de lijst wordt vermeld, met een minimumboete van 58 euro (geïndexeerde 50 euro, zie bovenstaand punt 2). Indien het ten onrechte vermelde bedrag van een vorig jaar niet werd geregulariseerd, wordt aan de verzekeringsinstelling een geldboete opgelegd die 100 % bedraagt van dit bedrag.

⁴⁹ REKENHOF, *Beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering*, 2011.

⁵⁰ We nemen geen minimum boetebedrag op, aangezien het boetebedrag dat in de wetgeving ingeschreven stond (62,5 euro) minder bedroeg dan 50 % van 151 euro. Dit geldt eveneens voor het op basis van de gezondheidsindex geïndexeerde boetebedrag (71 euro).

prescription⁴⁹. Nous proposons dès lors de mieux faire coïncider les montants des amendes avec les montants indus, comme c'est le cas pour les gratifications financières reçues par les organismes assureurs en cas de récupération réussie, comme le prévoit l'article 195 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Plus précisément, nous proposons que le montant de l'amende soit égal à 50 % du montant indu prescrit. Nous conservons la disposition selon laquelle cette amende n'est infligée que pour les montants indus supérieurs à 151 euros⁵⁰. Cette amende remplace l'amende existante de 62,5 euros, qui peut être portée à 125 euros pour les montants indus dépassant 1 250 euros. Cette disposition vise à responsabiliser les organismes assureurs et à mieux faire coïncider les amendes avec les conséquences financières de la prescription pour l'assurance maladie obligatoire.

4) Lorsque les organismes assureurs souhaitent obtenir une gratification financière pour la récupération de montants indus, comme le prévoit l'article 195 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ils doivent soumettre une liste des montants récupérés au SCA. S'ils inscrivent sur cette liste des montants ne leur donnant pas droit à une gratification financière (dans le cas par exemple de récupérations résultant d'une erreur de leur part), ils peuvent écopier d'une amende de 50 euros pouvant être portée à 125 euros lorsque le montant mentionné à tort s'élève entre 300 et 1 250 euros et à 250 euros lorsque ce montant est supérieur à 1 250 euros. Étant donné qu'il s'agit, en l'espèce, de l'utilisation illicite de fonds publics en vue de réaliser un gain financier, éventuellement dans une intention frauduleuse, nous proposons de faire en sorte que les montants de ces amendes soient plus en rapport avec la gravité et l'impact financier de l'infraction. Aussi proposons-nous de porter le montant de ces amendes à 50 % du montant mentionné à tort sur la liste, avec une amende minimum de 58 euros (50 euros indexés, voir ci-dessus au point 2). Si le montant mentionné à tort d'une année précédente n'a pas été régularisé, l'organisme assureur se verra infliger une amende qui s'élève à 100 % de ce montant.

⁴⁹ Cour des comptes, *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*, 2011.

⁵⁰ Nous ne prévoyons pas de montant minimum de l'amende dès lors que le montant de l'amende inscrit dans la loi (62,5 euros) est inférieur à 50 % de 151 euros. Il en va de même pour le montant de l'amende indexé sur la base de l'indice santé (71 euros).

Artikel 3

We passen artikel 194, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 aan. Vandaag is in dit artikel opgenomen dat als de verzekeringsinstellingen een fout maken die ertoe leidt dat ze een onverschuldigd bedrag uitbetalen dat niet mag worden teruggevorderd, ze dit niet-terugvorderbare bedrag voor een deel ten laste moeten nemen van hun eigen administratiekosten. Afhankelijk van hoe groot deze bedragen zijn ten opzichte van het globale uitgekeerde bedrag aan ZIV-uitkeringen of terugbetalingen van geneeskundige zorgen, moeten ze een groter percentage van dit bedrag zelf ten laste nemen.

Dit mechanisme is echter niet responsabiliserend. Als de verzekeringsinstellingen zelf fouten maken die leiden tot een onverschuldigde betaling, is het maar logisch dat zij dit bedrag ook volledig zelf ten laste nemen.

Bovendien is dit mechanisme niet consequent, aangezien de verzekeringsinstellingen vandaag wel in alle gevallen zelf de volledige kosten ten laste moeten nemen van te laat teruggevorderde bedragen die niet noodzakelijk door hun eigen fouten werden uitgekeerd. Ze worden vandaag dus zwaarder financieel geresponsabiliseerd voor de tijdige terugvordering van bedragen die niet door hun eigen fout zijn uitgekeerd, dan voor de onterechte uitkering van niet-terugvorderbare bedragen die door hun eigen fouten zijn veroorzaakt.

Daarom bepalen we in het eerste lid dat de verzekeringsinstellingen het volledige bedrag van de onterecht uitgekeerde vergoedingen die krachtens artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde niet meer mogen worden teruggevorderd, op hun werkingskosten dienen te verhalen.

In de huidige versie van het betreffende artikel is opgenomen dat, als de verzekeringsinstellingen kunnen aantonen dat een andere "instelling van sociale zekerheid" (het RIZIV of een ander ziekenfonds) de fout gemaakt heeft die aanleiding gaf tot de onverschuldigde betaling, zij dit bedrag niet ten laste dienen te nemen. Het bedrag wordt dan niet in rekening gebracht bij de berekening van het percentage van onverschuldigde bedragen die de verzekeringsinstellingen zelf ten laste moeten nemen van hun werkingskosten.

Wij zijn echter van mening dat dit niet volstaat. Om te spreken van een consequente responsabilisering zou een dergelijk bedrag vervolgens ten laste moeten worden gelegd van de betrokken instelling die deze fout wél gemaakt heeft. Daarom nemen we in het derde lid

Article 3

Nous modifions l'article 194, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Aujourd'hui, cet article prévoit que si les organismes assureurs commettent une faute les amenant à verser un montant indu ne pouvant être récupéré, ils devront répercuter une partie de ce montant non récupérable sur leurs propres frais d'administration. Plus ces montants seront importants par rapport au montant global versé sous forme d'indemnités AMI ou de remboursements de soins de santé, plus le pourcentage du montant qu'ils devront prendre en charge sera élevé.

Ce mécanisme n'est cependant pas responsabilisant. Si les organismes assureurs commettent eux-mêmes des erreurs qui donnent lieu à un paiement indu, il est on ne peut plus logique qu'ils prennent également eux-mêmes en charge l'intégralité de ce montant.

En outre, ce mécanisme n'est pas cohérent, étant donné qu'à l'heure actuelle, les organismes assureurs doivent, dans tous les cas, prendre en charge la totalité du coût des montants récupérés trop tard qui n'ont pas été nécessairement payés à la suite d'une erreur qu'ils ont eux-mêmes commise. Aujourd'hui, ils sont donc plus lourdement responsabilisés sur le plan financier pour la récupération en temps utile de montants qui n'ont pas été payés à la suite d'une erreur qu'ils ont eux-mêmes commise que pour le paiement indu de montants non récupérables effectué à la suite de leur propre erreur.

C'est pourquoi, au premier alinéa, nous disposons que les organismes assureurs doivent porter à charge de leurs frais de fonctionnement l'intégralité du montant des indemnités indûment payées qui ne peuvent plus être récupérées en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Dans la version actuelle de l'article concerné, il est précisé que si les organismes assureurs peuvent prouver que c'est une autre "institution de sécurité sociale" (l'INAMI ou une mutualité) qui a commis l'erreur qui a donné lieu au paiement indu, ils ne doivent pas prendre ce montant en charge. Ce montant ne sera alors pas pris en compte dans le calcul du pourcentage des paiements indus que les organismes assureurs doivent porter à charge de leurs frais de fonctionnement.

Nous pensons cependant que ce n'est pas suffisant. Pour qu'il soit question d'une responsabilisation cohérente, ce montant devrait ensuite être imputé à l'institution concernée, qui a commis l'erreur. C'est pourquoi nous disposons, dans le troisième alinéa, que

op dat als de verzekeringsinstellingen kunnen aantonen dat een andere “instelling van sociale zekerheid” aan de basis ligt van de fout die aanleiding gaf tot de onverschuldigde betaling, deze instelling die de fout gemaakt heeft dit bedrag ten laste moet nemen.

Voor zover wij weten wordt de kennisgeving van een dergelijke fout door een andere instelling van sociale zekerheid al geregeld in artikel 164*quater* van de gecoördineerde wet, maar bestaat er nog geen procedure om dit in voorkomend geval bekend te maken en ten laste te leggen aan deze andere instelling (indien dit een ander ziekenfonds is). Bovendien kan de betrokkenheid van een andere verzekeringsinstelling de beoordeling complexer maken (deze zou bijvoorbeeld “tegenbewijs” willen leveren). Daarom nemen we in het vierde lid op dat de Koning de nadere procedures ter uitvoering van de bepaling in artikel 3 kan bepalen.

Artikel 4

In dit artikel schaffen we de mogelijkheid af voor verzekeringsinstellingen om vrijgesteld te worden van de verplichting om het niet-teruggevorderde bedrag te boeken als administratiekosten, zoals opgenomen in paragraaf 2 van artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. De paragrafen 3 tot 6 bevatten de procedurele regels en voorwaarden die in acht moeten worden genomen bij het aanvragen van een dergelijke vrijstelling aan de DAC en worden bijgevolg eveneens opgeheven⁵¹. Paragraaf 1 wordt eveneens geherformuleerd zodat deze niet meer verwijst naar de opgeheven paragraaf 2.

We schaffen deze vrijstellingsmogelijkheid af omdat ze moeilijk te verantwoorden is. De verzekeringsinstellingen ontvangen via het RIZIV van de belasting- en sociale bijdragebetaler jaarlijks een uitgebreide forfaitaire vergoeding voor de financiering van hun werkingskosten. In 2017 werd in de begroting van het RIZIV zo'n 1,06 miljard euro vrijgemaakt voor de subsidiëring van de werkings- en administratiekosten van de ziekenfondsen van de vijf landsbonden⁵². In zijn audit wijst het Rekenhof erop dat de zogenaamde “parameterformule”, op basis waarvan het bedrag van deze forfaitaire vergoeding wordt bepaald, zorgt voor een systematische overfinanciering van de verzekeringsinstellingen. Daarbovenop ontvangen de verzekeringsinstellingen ook nog een financiële beloningen ter waarde van 10 % tot 16 % van de teruggevorderde onverschuldigde bedragen. De ziekenfondsen bovenop deze overmatige

⁵¹ Een verdere interpretatie en toelichting van deze paragrafen is te vinden in omzendbrief VI nr. 2017/162 van 6 juni 2017.

⁵² Begroting van de Z.I.V. dienstjaar 2017.

si les organismes assureurs peuvent prouver qu'une autre “institution de sécurité sociale” est à l'origine de l'erreur qui a donné lieu au paiement indu, l'institution qui a commis l'erreur doit prendre ce montant en charge.

À notre connaissance, la communication d'une telle erreur par une autre institution de sécurité sociale est déjà régie par l'article 164*quater* de la loi coordonnée, mais il n'existe pas encore de procédure de publicité et d'imputation à cette autre institution (si c'est une autre mutuelle). De plus, l'implication d'un autre organisme assureur peut compliquer l'appréciation (ce dernier pourrait, par exemple, vouloir apporter des “preuves contraires”). Par conséquent, nous prévoyons à l'alinéa 4 que le Roi peut déterminer les modalités des procédures d'application de l'article 3.

Article 4

À l'article 4 nous supprimons la possibilité pour les organismes assureurs d'être dispensés de l'obligation d'inscrire le montant non récupéré en frais d'administration, comme prévu au paragraphe 2 de l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Les paragraphes 3 à 6 contiennent les conditions et règles procédurales à prendre en compte lors de la demande d'une telle dispense au SCA et sont dès lors également abrogés⁵¹. Nous reformulons également le paragraphe 1^{er} pour qu'il ne renvoie plus au paragraphe 2 qui est abrogé.

Nous supprimons cette possibilité de dispense dès lors qu'elle est difficilement justifiable. Les organismes assureurs reçoivent, par le biais de l'INAMI, de ceux qui paient des impôts et des cotisations sociales, une plantureuse indemnité forfaitaire pour le financement de leurs frais de fonctionnement. En 2017, quelque 1,06 milliard d'euros ont été libérés dans le budget de l'INAMI en faveur du subventionnement des frais de fonctionnement et d'administration des mutualités et des cinq unions nationales de mutualités⁵². Dans son audit, la Cour des comptes souligne que la “formule des paramètres”, sur la base de laquelle est fixé le montant de cette indemnité forfaitaire, entraîne un surfinancement systématique des organismes assureurs. En outre, les organismes assureurs bénéficient d'une gratification financière d'une valeur de 10 à 16 % des montants indus récupérés. Donner aux mutualités,

⁵¹ Une interprétation et une explication plus détaillées de ces paragraphes figurent dans la circulaire VI n° 2017/162 du 6 juin 2017.

⁵² Budget de l'A.M.I. exercice 2017.

financiering ook nog eens de mogelijkheid geven om de niet-teruggevorderde bedragen af te schuiven op het RIZIV, creëert een bijkomende financiële last op het RIZIV. Niet alleen omdat het bedrag dan alsnog door het RIZIV ten laste moet worden genomen, maar ook omdat het hele mechanisme van de vrijstellingen de inzet vraagt van personeels- en werkingsmiddelen binnen de DAC. Bovendien gaat deze vrijstellingsmogelijkheid in tegen het principe van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen, die de wettelijke opdracht hebben om de onverschuldigde bedragen terug te vorderen, en hier dus ook zowel de financiële kosten en baten van zouden moeten dragen.

Valerie VAN PEEL (N-VA)
Jan SPOOREN (N-VA)

en plus de ce financement excessif, la possibilité de répercuter les montants non récupérés sur l'INAMI, crée une charge financière supplémentaire pour l'INAMI. Non seulement parce que le montant doit encore être supporté par l'INAMI, mais aussi parce que l'ensemble du mécanisme des dispenses nécessite l'utilisation de ressources humaines et opérationnelles au sein du SCA. En outre, cette possibilité de dispense va à l'encontre du principe de la responsabilisation des organismes assureurs, qui ont pour mission légale de recouvrer les montants indus et devraient donc en supporter à la fois les coûts et les avantages financiers.

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art 2

In artikel 166 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen bij de wet van 19 mei 2010 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepalingen onder § 1, a), b), en l), worden de woorden “1 250 euro” telkens vervangen door de woorden “1 453 euro”;

2° in de bepalingen onder § 1, d), e), f), g) en k), worden de woorden “125 euro” telkens vervangen door de woorden “145 euro”;

3° in de bepalingen onder § 1, h) en j), worden de woorden “250 euro” telkens vervangen door de woorden “291 euro”;

4° de bepaling onder § 1, c), wordt vervangen als volgt:

“c) een geldboete die 50 % bedraagt van het bedrag dat niet meer teruggevorderd kan worden ten gevolge van het niet stuiten door de verzekeringsinstelling van de verjaring van de vordering tot terugvordering van een ten onrechte betaald bedrag van ten minste 151 euro.”;

5° de bepaling onder § 1, i), wordt vervangen als volgt:

“i) een geldboete die 50 % bedraagt van het bedrag dat niet mocht voorkomen op de lijst van effectief teruggevorderde bedragen in toepassing van artikel 195. Indien het ten onrechte vermelde bedrag van een vorig jaar niet werd geregulariseerd, wordt aan de verzekeringsinstelling een geldboete opgelegd die 100 % bedraagt van dit bedrag. De minimale geldboete voor deze inbreuk bedraagt 58 euro.”;

6° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 6, luidende:

“§ 6. Elk jaar op 1 januari en voor de eerste keer op 1 januari 2020, worden de geldboetes bedoeld in paragraaf 1, a) tot l), aangepast aan de gezondheidsindex

PROPOSITION DE LOIArticle 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art 2

Dans l'article 166 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, remplacé par la loi du 19 mai 2010 et modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le § 1^{er}, a), b) et l), les mots “1 250 euros” sont chaque fois remplacés par les mots “1 453 euros”;

2° dans le § 1^{er}, d), e), f), g) et k), les mots “125 euros” sont chaque fois remplacés par les mots “145 euros”;

3° dans le § 1^{er}, h) et j), les mots “250 euros” sont chaque fois remplacés par les mots “291 euros”;

4° le § 1^{er}, c), est remplacé par ce qui suit:

“c) une amende fixée à 50 % du montant qui ne pourra plus être récupéré dès lors que l'organisme assureur n'a pas interrompu la prescription de l'action pour la récupération des paiements indus de 151 euros ou plus.”;

5° le § 1^{er}, i), est remplacé par ce qui suit:

“i) une amende fixée à 50 % du montant qui ne pouvait pas être inscrit sur la liste des montants effectivement récupérés établie en application de l'article 195. Si le montant d'une année précédente mentionné à tort n'a pas été régularisé, une amende fixée à 100 % de ce montant est infligée à l'organisme assureur. L'amende minimale pour cette infraction est fixée à 58 euros.”;

6° l'article est complété par un § 6 rédigé comme suit:

“§ 6. Le 1^{er} janvier 2020, pour la première fois, puis le 1^{er} janvier de chaque année, les amendes visées au § 1^{er}, a) à l), sont adaptées à l'indice santé selon la

volgens de volgende formule: het basisbedrag zoals vastgesteld in paragraaf 1, vermenigvuldigd met de nieuwe index en gedeeld door de oorspronkelijke index.

De nieuwe index is de gezondheidsindex van de maand november van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de bedragen overeenkomstig het eerste lid worden aangepast.

De oorspronkelijke index is de gezondheidsindex van november 2018.

Het verkregen resultaat wordt afgerond naar de hogere euro indien het deel in decimalen groter of gelijk is aan vijftig cent. De afronding geschiedt naar de lagere euro indien dit deel kleiner is dan vijftig cent.”

Art. 3

In artikel 194 van dezelfde wet wordt paragraaf 3, ingevoegd bij de wet van 10 april 2014, vervangen als volgt:

“§ 3. Wordt ook als administratiekosten beschouwd, de ten onrechte betaalde bedragen die niet kunnen teruggevorderd worden in toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

De ten onrechte betaalde bedragen die niet teruggevorderd kunnen worden in toepassing van artikel 17, tweede lid, worden meegedeeld aan het Instituut overeenkomstig de nadere regels bepaald in artikel 164*quater* voor de sector van de uitkeringen en in de uitgavenstaten met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de sector gezondheidszorgen.

Als de verzekeringsinstelling aantoonbaar is dat de fout in de zin van artikel 17, tweede lid, van de bovenvermelde wet toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid, worden de desbetreffende bedragen door deze andere instelling van sociale zekerheid ten laste genomen.

De Koning kan de nadere regels bepalen op basis waarvan de in het voorgaande lid bedoelde toerekenbaarheid van een fout aan een andere instelling van sociale zekerheid wordt beoordeeld en in voorkomend geval aan deze instelling wordt bekend gemaakt.”

formule suivante: le montant de base, fixé au § 1^{er}, est multiplié par le nouvel indice et divisé par l'indice de départ.

Le nouvel indice est l'indice santé du mois de novembre de l'année précédant l'année au cours de laquelle les montants sont indexés conformément à l'alinéa 1^{er}.

L'indice de départ est l'indice santé de novembre 2018.

Le résultat obtenu est arrondi à l'euro supérieur si la partie décimale est supérieure ou égale à cinquante cents. Il l'est à l'euro inférieur si cette partie est inférieure à cinquante cents.”

Art. 3

Dans l'article 194 de la même loi, le § 3, inséré par la loi du 10 avril 2014, est remplacé par ce qui suit:

“§ 3. Sont également considérés comme frais d'administration: les montants indûment payés qui ne peuvent pas être récupérés en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Les montants indûment payés qui ne peuvent pas être récupérés en application de l'article 17, alinéa 2, sont communiqués à l'Institut selon les modalités visées à l'article 164*quater* pour le secteur des indemnités et dans les états de dépenses relatifs à l'assurance soins de santé pour le secteur des soins de santé.

Si l'organisme assureur établit que l'erreur au sens de l'article 17, alinéa 2, de la loi précitée est imputable à une autre institution de sécurité sociale, les montants concernés sont pris en charge par cette autre institution de sécurité sociale.

Le Roi peut fixer les modalités selon lesquelles l'imputabilité d'une erreur à une autre institution de sécurité sociale, visée à l'alinéa précédent, est appréciée et, le cas échéant, communiquée à cette institution.”

Art. 4

In artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen bij het koninklijk besluit van 30 september 2012 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 13 november 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1 wordt vervangen als volgt:

“§ 1. De bedragen van de ten onrechte betaalde prestaties die nog niet zijn teruggevorderd binnen zes maanden na het aflopen van de termijnen bepaald in artikel 326 worden afgeschreven door ze als administratiekosten te boeken.”;

2° de paragrafen 2 tot 6 worden opgeheven.

Art. 5

De Koning kan de bepalingen gewijzigd door artikel 4 opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

17 augustus 2018

Valerie VAN PEEL (N-VA)
Jan SPOOREN (N-VA)

Art. 4

Dans l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, remplacé par l'arrêté royal du 30 septembre 2012 et modifié par l'arrêté royal du 13 novembre 2013, les modifications suivantes sont apportées:

1° le paragraphe 1^{er} est remplacé par ce qui suit:

“§ 1^{er}. Les montants des prestations payées indûment non encore récupérés dans les six mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326 sont amortis par leur inscription en frais d'administration.”;

2° les paragraphes 2 à 6 sont abrogés.

Art. 5

Le Roi peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions modifiées par l'article 4.

17 août 2018