



RAPPORT ANNUEL 2018



Les Mutualités Neutres
VOTRE LIBERTE, VOTRE SECURITE

*A but
non lucratif*

*Caractère
solidaire*

Indépendance

*Organisation
démocratique*

*Qualité de service et
approche client*

Professionnalisme

SOMMAIRE

<i>Avant-propos</i>	04	
01	<i>Notre organisation</i>	05
	Valeurs	05
	Les mutualités Neutres	06
	Partenaires	08
02	<i>Rapport financier</i>	12
	Assurance obligatoire	12
	La sixième réforme de l'Etat	12
	Dépenses indemnités	12
	Dépenses soins de santé	14
	Clôture 2014	16
	Fonds spécial de réserve	17
	Frais d'administration	18
	Audit interne	19
	Services complémentaires	21
	Taux d'encaissement de la cotisation par mutualité	22
	Résultat et fonds de roulement des services complémentaires	22
	Bilan des services complémentaires	23
	Placements	24
	Assurances hospitalisation	24
	Assurance autonomie	25
	Assurance dépendance	25

03 Actualité	28
Pacte pluriannuel 'organismes assureurs' de la ministre des Affaires sociales et de la Santé	28
E-santé	28
Accessibilité aux personnes défavorisées	31
MàF	32
Soins urgents à l'étranger (S.U.E.)	35
MUJA	35
04 Effectifs	36
Effectifs au 31/12/2018 et évolution depuis 2017	36
Evolution depuis 10 ans	37
05 Organigramme au 31/12/2018	38
Assemblée générale	38
Conseil d'administration	42
Comité de direction	45
Comité de gestion	45
Comité de rémunération	46
Comité d'audit	46
Contrôle externe	46
Personnel	46





AVANT-PROPOS

La 6^{ème} réforme de l'Etat a déjà énormément alimenté la chronique mais surtout amené de profonds remaniements et changements au niveau mutualiste.

Comme déjà évoqué, des économies d'échelle doivent être réalisées et le regroupement des mutualités doit être favorisé.

Si l'année 2017 avait été une année de déception suite à l'avortement in extremis de la fusion entre nos deux mutualités de Bruxelles et Verviers, il faut se réjouir que les dirigeants de nos mutualités de Charleroi, Liège et Namur ont su faire preuve de bon sens et ont eu l'énergie suffisante pour amener à bon port un projet de fusion conduisant à la création de « La Mutualité Neutre » qui sera désormais la mutualité la plus importante de notre Union.

Gageons que d'autres mutualités à l'instar de la politique adoptée par la concurrence, sauront faire preuve du même engouement et prendre les dispositions nécessaires à la survie et l'essor des mutualités.

L'Union fait la force et c'est ensemble que nous devons construire l'avenir par la réduction des dépenses, la recherche de nouveaux financements, l'adaptation du métier et l'utilisation de nouvelles méthodes de travail.

2018 a confirmé l'essor du mouvement neutre puisque 7.803 nouveaux membres ont rejoint notre mouvement principalement grâce à nos deux mutualités flamandes que je remercie spécialement.

Le même élan a pu être constaté au niveau notamment de notre ASBL MN Vacances qui a, encore une fois, enregistré une croissance substantielle tant du chiffre d'affaires de certains centres que du nombre de séjours enregistrés.

Les services de l'Union Nationale ont été et seront encore renforcés pour améliorer la collaboration avec les mutualités et faire face aux nouvelles obligations.

La régionalisation des soins de santé entraînera une réduction des frais d'administration. Les matières défédéralisées ne seront plus financées par l'INAMI et les frais d'administration alloués par les entités fédérées le seront en grande partie aux sociétés mutualistes régionales créées en 2018 et effectives à partir du 1^{er} janvier 2019.

Cerise sur le gâteau, les nouvelles procédures imposées aux mutualités dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données, dans le domaine de la responsabilisation des mutualités ont engendré bon nombre de difficultés par la rédaction de chartes, la création d'une cellule de sécurité interne engendrant par le fait même une surcharge de travail liée à certaines adéquations.

Certes, l'avenir s'annonce difficile, mais, grâce à chacun d'entre vous, l'Union Nationale des Mutualités Neutres a toujours progressé malgré les problèmes rencontrés.

Le métier mutualiste devra être repensé et s'orienter tant vers une spécialisation que vers une diversification de l'offre à la clientèle.

Je suis persuadé que 2019 ne fera pas exception à la règle et que les projets en cours et à venir nous permettront de rebondir et de poursuivre notre essor.

Nous aurons, plus que jamais, besoin de tous pour relever les défis auxquels nous sommes confrontés.

Je ne doute toutefois pas que la motivation, le dynamisme, l'esprit d'entreprise et la solidarité qui caractérisent chacun d'entre vous, permettront à l'Union Nationale des Mutualités Neutres et à nos mutualités de franchir les obstacles, d'atteindre les objectifs et de pouvoir poursuivre son développement comme par le passé.



E. DOCQUIER - Président

01

NOTRE ORGANISATION

Valeurs

Défense inconditionnelle du principe de l'assurance maladie et invalidité obligatoire et solidaire et de l'accès universel et libre aux soins.

Caractère solidaire :

Les mutualités Neutres forment une organisation sociale de membres basée sur la volonté commune des membres de se préserver mutuellement de risques sur base de la solidarité. Par conséquent, les cotisations n'ont pas été pesées en fonction du profil de risque des membres. Ce concept porteur est le principe de la solidarisation ou de la mutualisation.

À but non lucratif :

Le mouvement Neutre n'a pas de but lucratif et n'aspire qu'à l'avantage des membres. Il n'y a pas d'actionnaires : les membres sont collectivement propriétaires de tous les moyens financiers.

Organisation démocratique :

Les représentants des membres sont élus démocratiquement par tous les membres selon le principe d'une personne, une voix. De plus, tous les membres peuvent se porter candidat. Tous les organes de gestion des mutualités Neutres sont désignés par ces représentants et doivent leur rendre des comptes.

Indépendance :

Les mutualités Neutres ne dépendent d'aucune organisation politique ou syndicale, d'aucune organisation de prestataires, d'aucune compagnie d'assurance et d'aucun établissement financier. Elles ne sont pas des prestataires de soins. De ce fait, elles peuvent représenter et défendre leurs membres en toute indépendance et en toute liberté, sans confusion d'intérêts.

Professionnalisme :

Les mutualités Neutres sont organisées de façon professionnelle, afin de garantir la qualité du service offert et l'usage efficace des moyens. Les managers des mutualités Neutres sont conscients du fait que tous les moyens sont soit des deniers publics, soit des cotisations des membres. Cela les motive à adopter une bonne gestion en faveur des membres et à utiliser ces moyens de façon justifiée.

Qualité de service et approche client :

L'intérêt et la satisfaction du membre sont notre préoccupation constante.

Les mutualités Neutres

L'Union Nationale des Mutualités Neutres regroupe sept mutualités réparties sur l'ensemble du territoire national. Elle se caractérise par sa liberté d'action en dehors de toute contrainte politique et philosophique ou religieuse. Les mutualités Neutres gèrent l'assurance obligatoire mais offrent également des services complémentaires performants.

SIÈGE SOCIAL



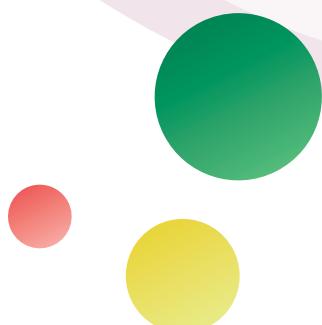
Union Nationale des Mutualités Neutres

Numéro d'entreprise : 0411.709.768

chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

Tél. 02 538 83 00
Fax 02 538 50 18

info@unmn.be
www.mutualites-neutres.be



203



Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds
Hoogstratenplein 1
2800 Mechelen
Tél. 015 28 90 90
Fax 015 20 96 66
info@vnz.be
www.vnz.be

206



Symbio
avenue de Tervueren 68-70
1040 Bruxelles
Tél. 02 733 97 40
Fax 02 743 16 94
info@symbio.be
www.symbio.be

216



La Mutualité Neutre*
rue des Dames Blanches 24
5000 Namur
Tél. 081 25 07 60
info@lamn.be
www.lamn.be

* à partir du 01/01/2019

228



Mutualia -
Mutualité Neutre
Place Verte 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45
Fax 087 31 37 41
info@mutualia.be
www.mutualia.be

235



Neutraal Ziekenfonds
Vlaanderen
Statieplein 12
9300 Aalst
Tél. 053 76 99 99
Fax 053 77 09 02
klantendienst@nzvl.be
www.nzvl.be



Partenaires

Mutualités Neutres Vacances

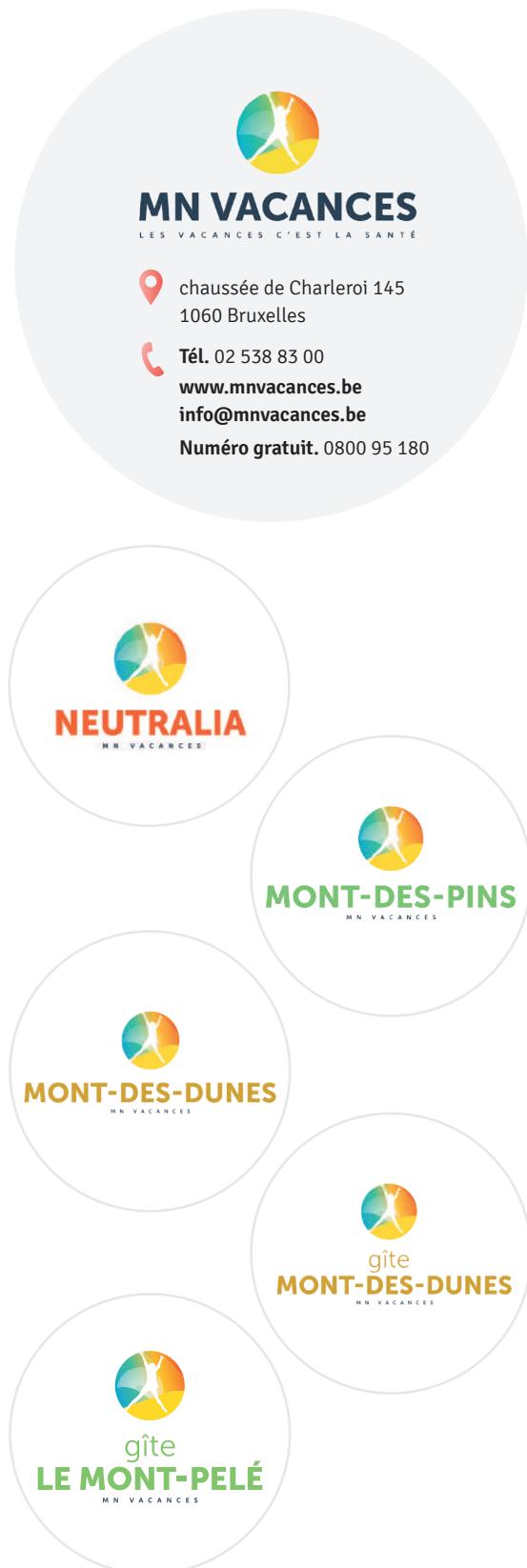
L'a.s.b.l. Mutualités Neutres Vacances (MN Vacances ou MNV) est propriétaire du siège de l'Union nationale des Mutualités Neutres, du centre de vacances Neutralia à Ostende, du domaine de vacances Mont-des-Pins à Bomal, du centre de séjour pour jeunes Mont-des-Dunes à Oostduinkerke et du gîte Mont-des-Dunes (dénomination qui regroupe 'les bivouacs' reconnus de type C 'De Ark', 'De Sloep' et 'De Kajuit', entités permettant de cuisiner soi-même) à Oostduinkerke.

MN Vacances est également le service vacances coordinateur des Mutualités Neutres et a pour mission de rendre les vacances accessibles à tous, avec une attention particulière pour la suppression des obstacles aux vacances, avec des avantages et réductions supplémentaires pour les membres via:

- MN Belgique : des vacances en Belgique, dans nos propres domaines de vacances
- MN Voyages : des voyages via des partenaires commerciaux et socio-touristiques
- MN+ : une offre de vacances et de voyages abordables pour divers groupes cibles

En tant qu'organisation socio-touristique reconnue, MN Vacances a lancé récemment un 'helpdesk vacances'. Les membres ont la possibilité de chercher et de réserver des vacances d'après leur obstacle aux vacances (maladie chronique, handicap, budget,) en appelant le numéro vacances gratuit 0800 95 180.

MN Vacances organise des vacances et des voyages autour de 3 piliers: la santé, les prix abordables et l'assistance.





HospiPlus s.m.a. (250/01)

Cette société mutualiste assurantielle offre aux membres des mutualités Neutres flamandes différents produits d'assurance en matière d'hospitalisation (du type couvrant les frais, indemnisations journalières, assurance d'attente et frais médicaux). Le 31 décembre 2018, HospiPlus assurait 64.682 personnes.

📍 Statieplein 12
9300 Aalst

📞 **Tél. 057 76 99 79**
info@hospiplus.be

Neutra s.m.a. (250/02)

Cette société mutualiste assurantielle offre des produits d'assurance hospitalisation et dentaire facultatifs aux membres des mutualités Neutres wallonnes et bruxelloise. Au 31 décembre 2018, elle couvrait 114.503 personnes.

📍 rue de Joie 5
4000 Liège

📞 **Tél. 04 254 54 90**
Fax. 04 254 54 37
info@neutrahospi.be
www.neutrahospi.be



Neutrale Zorgkas Vlaanderen (280/03)

Cette société mutualiste offre les avantages de Vlaamse sociale bescherming de la Communauté Flamande aux membres résidant en région flamande (obligatoire) ou bruxelloise (facultatif). Au 31 décembre 2018, elle comptait 151.037 membres (cf. p 25).

📍 **Siège social**
Statieplein 12
9300 Aalst

📞 **Tél. 03 491 86 60**
info@neutralezorgkas.be

Siège administratif
Antwerpsestraat 145
2500 Lier

SMR Neutre Bruxelles (280/04)

La Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise a été créée par les Mutualités Neutres pour exercer les compétences dévolues à la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale en matière de soins de santé et d'aide aux personnes.



 chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

 **Tél.** 02 538 83 00
Fax. 02 538 50 18
info@unmn.be
www.unmn-bruxelles.be



SMR Neutre Wallonie (280/05)

La Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne a été créée par les Mutualités Neutres pour exercer les compétences dévolues à la Région wallonne en matière de soins de santé et d'aide aux personnes.

 chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

 **Tél.** 02 538 83 00
Fax. 02 538 50 18
info@unmn.be
www.unmn-wallonie.be

ComfoPlus

L'a.s.b.l. ComfoPlus, l'association de dispositifs auxiliaires de la Vlaams & Neutraal Ziekenfonds et de la Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen, se charge de fournir des conseils, de la location, de la vente et de la fourniture de dispositifs auxiliaires aux membres de nos mutualités.

Avec une équipe de 16 collaborateurs, environ 45.000 transactions ont été traitées en 2018.

Elle a effectué 11.500 livraisons à domicile et plus de 5.300 livraisons dans ses magasins à Alost et Lierre.

Sa sixième année de travail a été couronnée par un chiffre d'affaires net de € 2.160.000. 40 % de cette somme résulte de la vente, 35 % ont été réalisés par la fourniture de dispositifs de mobilité et 25 % par le service de prêt. 95 % du chiffre d'affaires a été réalisé parmi les membres de Vlaams & Neutraal Ziekenfonds et Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen. Mais son département de mobilité en particulier bénéficie également d'un intérêt croissant (5 %) de non-membres.



 Lodderstraat 20B
2880 Bomem

 **Tél.** 03 292 21 60
www.comfoplus.be



KRUNSJ

L'a.s.b.l. Krunsj est l'organisation de jeunesse des mutualités Neutres flamandes.

📍 Kareelstraat 132
9300 Aalst

📞 Tél. 053 42 11 00
info@krunsj.be
www.krunsj.be

Horizons Jeunesse

L'a.s.b.l. Horizons Jeunesse est l'organisation de jeunesse des mutualités Neutres francophones.

📍 rue des Dames
Blanches 24
5000 Namur
secretariat@Horizons-Jeunesse.be

📞 Tél. 081 250 767
Fax 081 220 801

Vivamut

Cette coopérative vend et loue du matériel paramédical et de télévigilance aux membres des mutualités Neutres régionales à Bruxelles et en Wallonie.



MLOZ IT (anciennement M-team)

Cette a.s.b.l. fournit aux mutualités Neutres les outils informatiques nécessaires à leur gestion.



Hearis

La société coopérative HEARIS est la centrale d'achat de matériel informatique des mutualités Neutres.



Apross

Cette a.s.b.l. organise les formations spécifiquement mutualistes (OPFOR) pour les mutualités Neutres.

Assurance obligatoire

Les dépenses d'A.M.I. de notre union nationale s'élèvent en 2018 à € 1.751.148.486,50 contre € 1.659.398.771,69 en 2017, soit une augmentation de 5,53 %. Celles-ci comprennent tant les soins de santé que les indemnités primaires d'incapacité de travail et d'invalidité du régime des salariés et du régime des indépendants.

La sixième réforme de l'Etat

Pour rappel, en matière de santé, la sixième réforme de l'Etat prévoit le transfert partiel ou total de l'Etat fédéral vers les communautés et régions des matières liées aux soins de santé mentale, à la politique des hôpitaux, aux soins à la personne âgée, à la politique de prévention, et aux soins de première ligne.

Le transfert des compétences s'est réalisé au 01/01/2019. A cette fin, les mutualités neutres ont créé les Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne et Société Mutualiste Régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région bruxelloise.

Dépenses indemnités

Nos dépenses en indemnités ont augmenté de 9,32 %, soit 9,16 % pour le régime général et 11,60 % pour le régime des indépendants.

Sur un total de dépenses de € 440.862.431,13, € 411.343.703,91 (93,30 %) concernent le régime général et € 29.518.727,22 (6,70 %) les travailleurs indépendants.

Les principales dépenses ont été effectuées dans les domaines suivants :

RÉGIME GÉNÉRAL	% DES DÉPENSES TOTALES DU RÉGIME	TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS	% DES DÉPENSES TOTALES DU RÉGIME
INCAPACITÉ PRIMAIRE	21,72	5.871.325,65	19,89
MATERNITÉ	6,75	1.738.243,93	5,89
INVALIDITÉ	71,34	21.878.500,99	74,12



Depuis 2009, l'INAMI rembourse également des dépenses de réadaptation fonctionnelle, dont les dépenses ne se sont élevées en 2018 qu'à € 793.401,81 pour notre union nationale.

Ci-après vous trouverez l'évolution des dépenses d'indemnités de tous les organismes assureurs ainsi que leur 'part de marché' :

(en miliers d'euros) :

	2016	%	2017	%	2018*	%
OA100	2.862.965	36,48	2.966.822	36,10		
OA200	377.715	4,81	403.272	4,91	440.862	
OA300	2.797.720	35,65	2.950.443	35,90		
OA400	445.126	5,67	455.377	5,54		
OA500	1.318.845	16,80	1.394.000	16,96		
OA600	46.107	0,59	49.357	0,60		
TOTAL	7.848.478	100,00	8.219.283	100,00		

* Les chiffres des autres OA ne sont pas encore disponibles à l'INAMI

Ces dépenses sont totalement prises à charge par l'INAMI, contrairement aux dépenses de soins de santé.



Dépenses soins de santé

Nos dépenses en matière de soins de santé s'élèvent à € 1.310.257.108,14 en 2018 contre € 1.256.079.649,03 en 2017, soit une augmentation de 4,31 %. Ces montants comprennent toutes les dépenses effectuées par le mouvement neutre pour des soins en Belgique ou à l'étranger. La partie sur

laquelle s'applique notre responsabilisation est la partie fédérale (sans les régions et communautés ni les conventions internationales) et s'élève à € 1.109.491.504,29, soit 4,47 % des dépenses de tous les organismes assureurs pour l'année 2018.

Ci-après vous trouverez l'évolution des dépenses soins de santé de tous les organismes assureurs concernant les dépenses fédérales et les dépenses qui ont été transférées vers les régions et communautés, mais sans les conventions internationales. (en miliers d'euros) :

	2016	%	2017	%	2018	%	2018/2017
OA 100	11.559.489	42,91	11.888.108	42,87	12.283.326	42,94	3,32%
OA 200	1.170.678	4,35	1.209.827	4,36	1.260.544	4,41	4,19%
OA 300	7.926.149	29,42	8.177.352	29,49	8.415.248	29,42	2,91%
OA 400	1.584.261	5,88	1.609.616	5,81	1.633.074	5,71	1,46%
OA 500	4.155.398	15,42	4.288.500	15,47	4.449.174	15,55	3,75%
OA 600	169.442	0,63	177.729	0,64	186.242	0,65	4,79%
OA 900	374.296	1,39	376.355	1,36	379.633	1,33	0,87%
TOTAL	26.939.713	100,00	27.727.487	100,00	28.607.242	100,00	3,17%

Les dépenses globales en soins de santé dépassent l'objectif budgétaire global hors dépenses propres de l'INAMI, qui était de € 24.869.434.000.

Dépenses fédérales :

Principaux secteurs de croissance des dépenses (en milliers d'euros) :

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	2018/2017 UNION 200	2018/2017 ENSEMBLE DES UNIONS	200/ENSEMBLE
HONORAIRES MÉDICAUX	376.792,02	8.155.814,52	4,57%	2,83%	4,62%
DENTISTES	59.540,01	1.506.432,05	4,44%	3,11%	3,95%
PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES	230.261,91	5.167.545,32	6,51%	6,26%	4,46%
SOINS INFIRMIERS À DOMICILE	45.570,53	940.067,47	5,95%	4,45%	4,85%
KINÉSITHÉRAPIE	35.009,65	751.841,86	3,35%	2,30%	4,66%
BANDAGISTES-ORTHOPÉDISTES	9.796,33	231.454,06	4,16%	3,23%	4,23%
IMPLANTS	32.951,14	737.274,21	-0,07%	-0,02%	4,47%
SOINS PAR OPTICIENS	1.550,05	31.097,34	2,28%	1,33%	4,98%
SOINS PAR AUDICIENS	3.046,70	69.124,91	6,38%	3,79%	4,41%
ACCOUCHEUSES	1.253,26	29.117,17	6,18%	8,73%	4,30%
PRIX DE JOURNÉE D'ENTRETIEN	230.338,43	5.323.318,33	2,34%	2,64%	4,33%
PRIX DE JOURNÉE D'ENTRETIEN HÔP. GÉNÉRAL	10.763,21	237.791,65	8,12%	4,35%	4,53%
HÔPITAL MILITAIRE	181,64	8.371,42	-63,56%	-7,52%	2,17%
DIALYSE	15.800,17	420.235,17	0,07%	-0,99%	3,76%
RÉÉDUCATION**	18.815,55	391.596,20	7,28%	5,13%	4,80%
FONDS SPÉCIAL	37,85	3.097,27	-32,77%	48,03%	1,22%
LOGOPÉDIE	5.335,61	106.607,94	4,47%	4,49%	5,00%
RÉGULARISATIONS**	-245,47	-40.844,00	-79,65%	-18,21%	0,60%
MAXIMUM À FACTURER**	15.042,43	326.672,54	0,17%	-3,12%	4,60%
MALADIES CHRONIQUES	4.739,24	112.722,81	9,52%	3,33%	4,20%
SOINS PALLIATIFS	806,58	18.098,13	12,52%	3,33%	4,46%
RESTE	12.104,68	245.608,00	6,18%	9,38%	4,93%
TOTAL	1.109.491,52	24.773.044,37	4,41%	3,48%	4,48%

** 6e réforme de l'Etat partiellement transférée

A partir de 2015, certaines dépenses sont transférées vers les différentes communautés et régions. La plus grande part provient des maisons de repos et de soins ainsi que des maisons de repos

pour personnes âgées (environ 70 % de l'ensemble des dépenses transférées vers les régions et communautés).

Dépenses des régions et communautés (en milliers d'euros) :

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	200/ENSEMBLE
RÉGION WALLONNE	71.128,26	1.100.515,57	6,46%
COMMUNAUTÉ FLAMANDE	63.107,40	2.365.164,57	2,67%
COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE	558,94	18.405,55	3,04%
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE	14.211,13	310.124,07	4,58%
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE	228,86	7.127,11	3,21%
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FLAMANDE	0,00	0,00	0,00%
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	1.800,57	32.691,63	5,51%
A VENTILER PAR COMMUNAUTÉ ET RÉGION	16,95	169,09	10,03%
	151.052,11	3.834.197,59	3,94%

Clôture 2014

L'INAMI a clôturé l'année 2014. Au cours de cette année, les dépenses globales relatives à l'A.M.I. ont été inférieures à l'objectif budgétaire global, résultant en un boni de € 6.062.095,56 pour notre union nationale.



Fonds spécial de réserve

La responsabilisation financière des organismes assureurs (O.A.) est la mesure gouvernementale qui doit nous encourager à mieux gérer les dépenses de notre secteur et qui est censée permettre de répartir les moyens selon les risques. Cette mesure a été concrétisée par l'A.R. du 12 août 1994 (M.B. du 31 août 1994). Chaque union nationale constitue un fonds spécial de réserve à cet effet.

Notre fonds spécial de réserve atteint en assurance obligatoire au 31 décembre 2014 après clôture de l'INAMI, le montant de € 41.938.293,14. Le minimum légal (de € 4,46 par titulaire) est

de € 1.527.563,38. La différence est due au fait que l'OCM avait pris une mesure temporaire d'augmentation de la réserve minimale par titulaire. Cette réserve devait s'élever à € 14 par titulaire à partir du 31 décembre 2004. Depuis lors cette mesure a été levée, mais le surfinancement lié à cette mesure temporaire ne peut être remboursé à la réserve constituée en assurance complémentaire. D'autre part, nous cumulons les bonus des années antérieures. Nous continuerons donc à apurer, si besoin est, les exercices suivants au moyen du surplus de réserve de l'assurance obligatoire.

Résultat cumulé après la clôture 2014

	RÉSULTAT 2014	FONDS SPÉCIAL DE RÉSERVE APRÈS CLÔTURE	TITULAIRES AU 31/12/2014	MONTANT PAR TITULAIRE
ANCM	17.277.344,45	342.774.433,69	3.151.989	103,27
UNMN	6.062.095,56	41.938.293,14	342.503	104,75
UNMS	18.956.386,11	220.403.428,50	2.057.608	97,90
UNML	528.358,21	44.531.968,58	409.866	107,36
MLOZ	13.608.469,21	87.501.835,59	1.359.480	54,35
CAAMI	1.484.465,14	17.192.801,34	58.362	269,15
SNCB	-14.358,63	9.890.750,20	76.561	129,38
TOTAL	57.902.760,05	764.233.491,51	7.456.369	94,73

Frais d'administration

Nos dépenses de frais d'administration, qui étaient de l'ordre de € 68,39 millions en 2017, se sont élevées à € 70,73 millions en 2018, soit une augmentation de 3,41 % par rapport à l'année

précédente. Tant l'assurance complémentaire que les entités liées sont intervenues dans les frais de 2018 à concurrence de € 8,59 millions.

	2017	2018	ECART %	IMPORTANCE %
SERVICES ET BIENS DIVERS	22.084.367,47	22.884.659,78	3,62%	32,36%
CHARGES SALARIALES	43.632.210,48	45.214.393,18	3,63%	63,93%
AMORTISSEMENTS ET RÉDUCTIONS DE VALEUR	1.166.614,46	1.204.505,67	3,25%	1,70%
AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION	1.434.358,46	1.383.303,26	-3,56%	1,96%
CHARGES FINANCIÈRES	18.553,03	22.497,97	21,26%	0,03%
CHARGES EXCEPTIONNELLES	58.278,50	17.976,43	-69,15%	0,03%
TOTAL CHARGES	68.394.382,40	70.727.336,29	3,41%	100,00%

Les unions nationales sont responsabilisées sur leurs frais d'administration également. 90 % du montant à leur allouer leur sont versés d'office. On parle ici de la partie fixe. Les 10 % restants, la partie variable, sont sujets à sanction de la part de l'Office de contrôle des mutualités (OCM). Pour ce faire, l'OCM nous évalue sur une série de critères de bonne gestion. Il évalue ainsi par exemple notre rapidité de paiement des prestataires, le nombre d'erreurs non détectées dans la facturation de

ceux-ci, la qualité du travail des médecins-conseils, la qualité des données que nous transmettons à l'INAMI, la qualité de notre contrôle interne, les efforts effectués par les mutualités auprès de leurs membres en matière d'information et de prévoyance santé... Depuis 2016, ces critères ont été réarticulés autour de différents thèmes, repris dans 7 processus et 40 domaines, chacun de ceux-ci étant évalué suivant un ou plusieurs indicateurs.

Les résultats obtenus au cours des 3 dernières années soumises aux contrôles de l'INAMI et de l'OCM sont :

ANNÉE	UNION 200	MOYENNE NATIONALE
2015	99,06%	97,99%
2016	96,35%	93,25%
2017	92,99%	93,73%

Audit interne

Conformément à la loi du 6 août 1990, l'union nationale a mis en place un système de contrôle interne et un service d'audit interne.

Le système de contrôle interne vise, par un ensemble de procédures et de contrôles, à apporter, avec un degré raisonnable de certitude, la garantie de l'exécution correcte des lois et de leurs arrêtés d'exécution, d'une bonne évaluation des risques, de

l'intégrité des comptes et du reporting financier, du respect des droits des membres, de la prévention en matière de fraude et plus généralement du bon fonctionnement de la gestion de l'union nationale.

Le contrôle interne est de la responsabilité de la direction effective de l'union nationale, de même que l'organisation du service d'audit interne, exercé par un service autonome.

En 2018, les contrôles suivants ont entre autres été effectués:

Indemnités

- Analyse du traitement des dossiers indemnités dans le cadre de la fraude blanche.
- Analyse du traitement des dossiers fonds maladies professionnelles (paiements subrogatoires).
- Analyse du traitement des dossiers indemnités dans le cadre l'article 225.

Assurabilité

- Vérification des procédures pour l'inscription des personnes étrangères comme résident.
- Vérification du respect de la procédure pour l'ouverture et la prolongation du droit à l'intervention majorée (avantage).

Conventions internationales

- Traitement de la date de fin des documents conventions internationales pour les cas repris dans la liste du programme GCI539.

Contentieux

- Traitement à l'union des dossiers contentieux à mettre à charge des FA.
- Traitement des dossiers contentieux membres de moins de € 25,00 (SS et IND). Indexation pour SS.

Récupérations paiements subrogatoires

- Fournir les récupérations (montants et cas) et les intérêts des récupérations (montants) des paiements subrogatoires 2013 - 2017.

Soins de santé

- Vérification de l'exécution correcte du remboursement des prestations au sein des services de l'assurance complémentaire des mutualités.

Réviseur

- Examen des dossiers contentieux dans le cadre du processus 4 – domaine 3 de la partie variable des frais d'administration 2018.
- Analyse des dossiers accidents dans le cadre du processus 4 – domaine 4 de la partie variable des frais d'administration 2018.
- Examen de l'inscription des factures TP par ordre chronologique au facturier dans le cadre du processus 7 – domaine 10 de la partie variable des frais d'administration 2018.
- Examen des notes d'échéance dans le cadre du processus 7 – domaine 10 de la partie variable des frais d'administration 2018.
- Suivi de la balance âgée des factures TP de juin 2018 dans le cadre du processus 7 – domaine 10 de la partie variable des frais d'administration 2018.
- Examen des échéanciers dans le cadre du processus 7 – domaine 10 de la partie variable des frais d'administration 2018.
- Vérification de la correspondance des paiements collectifs avec les extraits bancaires dans le cadre du processus 7 – domaine 10 de la partie variable des frais d'administration 2018.

Dans le cadre de la circulaire 10/11/D1 de l'Office de contrôle des mutualités, le mouvement neutre développe un modèle de gestion basé sur le management des risques de l'entreprise

(COSO-ERM). Ceci est un processus permanent au sein de l'organisation qui identifie et évalue les opportunités et les menaces pouvant affecter les objectifs, et qui établit des actions correctrices.

Ici, l'audit interne joue un rôle de conseiller :

- Les attentes et les responsabilités concernant le management du risque d'entreprise ont été fixées.
- D'éventuels scénarios pour l'avenir du mouvement Neutre ont été élaborés et discutés.
- Les objectifs adéquats (stratégie) ont été spécifiés.
- Diverses analyses SWOT ont été établies (mouvement, mutualité et union nationale).
- Un assessment sur les risques a eu lieu.
- Un profil de risque stratégique avec des responsabilités claires par risque a été fixé (mouvement).
- Des contrôles internes pour les risques principaux dans chaque description de procédure sont établis (mouvement).

Le tout est soumis à un Comité d'audit, nommé par le Conseil d'administration en son sein, qui s'est réuni 4 fois en 2018.

Le Comité d'audit fait rapport annuellement au Conseil d'administration. Il approuve le plan d'audit proposé par l'audit interne et examine ses rapports. Il prend connaissance des remarques du réviseur, celui-ci étant invité aux réunions du Comité d'audit. Il transmet au Comité de direction les constatations qui nécessitent un suivi de la part de celui-ci; toutes ces remarques et constats ont donné lieu à une action du Comité de direction.

Malgré ces mesures et une attitude prudente, ce système de contrôle interne, comme tout système, a ses limites. Il n'est pas infaillible et ne fournit qu'une certitude raisonnable de la réalisation de ses objectifs.

Toutefois, en tenant compte de ces limites et de la possibilité d'erreurs humaines et de fraudes, le Comité de direction est d'avis que le contrôle interne et l'audit interne de l'union nationale correspondent aux prescrits légaux et aux critères d'un système de contrôle interne efficace et approprié à la taille et à la nature des activités de l'union nationale.



Services complémentaires

Les services soins urgents à l'étranger et MN Vacances sont gérés à l'union.

Pour le service des soins urgents à l'étranger, nos dépenses s'élèvent à € 939.994,39 en 2018 contre € 929.142,53 en 2017 soit une augmentation de 1,17 %.

Le service MN Vacances soutient notre a.s.b.l. MN Vacances dans ses activités à concurrence de € 850.000 par an. Le résultat du centre administratif a été influencé par plusieurs éléments : la clôture de l'assurance obligatoire de 2014 qui a résulté en un boni de € 212.349,13, l'augmentation des avances aux mutualités en matière de frais d'administration sur les conventions internationales, et l'effet du transfert de propriété du bâtiment de MLOZ-IT.

La clôture provisoire des frais d'administration 2018 résulte en un boni par rapport à notre budget

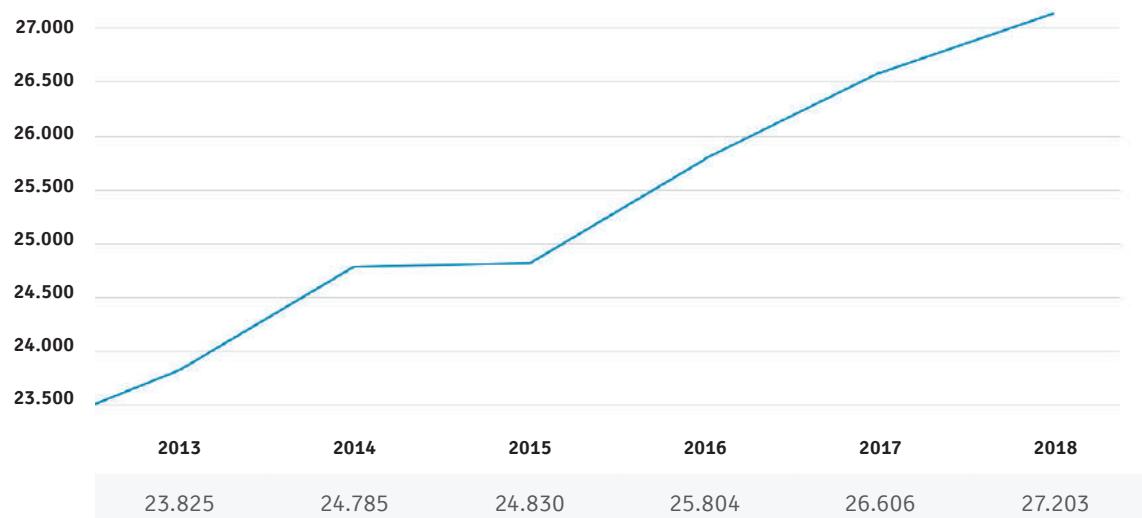
mais pas nécessairement par rapport à la quote part à recevoir de l'INAMI.

En effet, les mesures gouvernementales ont un effet négatif sur nos moyens financiers, comme c'était le cas pour les années précédentes.

Quant au service d'épargne prénuptiale, nous notons toujours un grand succès parmi les jeunes. En 2018, 27.203 personnes ont payé leur cotisation pour le service, par rapport à 26.606 en 2017. Certaines unions n'acceptent plus de nouveaux membres. De plus, les bénéficiaires doivent être affiliés à l'assurance obligatoire, et doivent donc également cotiser aux services complémentaires. Au total, 352 jeunes ont muté en notre faveur et 43 nous ont quitté pour un autre OA. 329 remboursements ont eu lieu pour cause de mariage, 349 pour cohabitation, 755 pour le 30^{ème} anniversaire et 328 pour d'autres raisons. Les mutations in/out sont reprises ci-après.

EPARGNE PRENUPTIALE	MUTATIONS IN PAR OA	MUTATIONS OUT PAR OA
OA 100	221	10
OA 300	109	32
OA 400	8	0
OA 500	14	1

Tableau – Nombre d'épargnants



Taux d'encaissement de la cotisation par mutualité

	COTISATIONS PERÇUES	%
203	533.955,86	96,83%
206	214.295,53	93,51%
216	335.800,82	91,31%
226	246.654,27	93,57%
228	368.168,67	93,80%
232	212.562,28	94,21%
235	571.829,61	98,28%
	2.483.267,04	

Résultat et fonds de roulement des services complémentaires

SERVICE	2018	FONDS DE ROULEMENT FIN 2018
S.U.E	221.678,35	826.720,90
MN Vacances	55.050,97	673.401,89
Epargne prénuptiale	-465.480,70	15.762.878,12
fonds spécial de réserve	29.403,99	7.424.930,34
Centre administratif	-4.099.100,28	29.682.791,38
	-4.258.447,67	54.370.722,63



Bilan des services complémentaires

	2018	2017
ACTIF		
Actifs immobilisés	4.037.219,65	6.091.484,27
I. Frais d'établissement	0,00	0,00
II. Immobilisations incorporelles	0,00	0,00
III. Immobilisations corporelles	578.221,83	2.367.347,09
IV. Immobilisations financières	17.897,68	17.897,68
V. Créances à plus d'un an	3.441.100,14	3.706.239,50
Actifs circulants	100.215.291,98	102.344.356,52
VI. Stocks	0,00	
VII. Créances à un an au plus	7.230.044,57	7.784.344,94
VIII. Placements de trésorerie	84.535.574,36	80.020.721,34
IX. Valeurs disponibles	7.193.552,31	13.422.138,43
X. Comptes de régularisation	1.256.120,74	1.117.151,81
Total de l'actif	104.252.511,63	108.435.840,79
PASSIF		
Capitaux propres	54.370.722,63	58.629.535,03
I. Réserves	54.370.722,63	58.629.535,03
II. Déficit cumulé	0,00	0,00
Provisions	20.607.584,57	20.944.159,64
III. Provisions techniques Epargne prénuptiale	20.593.301,22	20.903.402,00
IV. Provisions techniques Autres services	0,00	0,00
VI. Provisions pour risques et charges	14.283,35	40.757,64
Dettes	29.274.204,43	28.862.146,12
VII. Dettes à plus d'un an	27.376.124,55	26.464.048,53
VIII. Dettes à un an au plus	1.772.761,67	2.143.007,94
IX. Comptes de régularisation	125.318,21	255.089,65
Total du passif	104.252.511,63	108.435.840,79

Toutes les recommandations de comptabilisation de l'OCM (prorata d'intérêts, adaptation des provisions,...) ont été respectées, conformément aux règles d'évaluation.

Placements

Le portefeuille de l'épargne prénuptiale est confié à un gestionnaire d'actifs, avec pour mission de suivre une stratégie ALM (Assets Liability Management).

Le Comité de direction a décidé de placer les réserves de frais d'administration des mutualités

et de l'union nationale principalement en comptes à terme, en obligations d'Etat belges et en bons de caisse. Ces portefeuilles sont également confiés à des gestionnaires d'actifs. Afin de diminuer le risque des débiteurs, les placements sont répartis sur plusieurs banques.

Assurance hospitalisation

L'assurance hospitalisation est organisée au sein de sociétés mutualistes assurantielles régionales: la VMOB HospiPlus en Flandre et la société mutualiste assurantuelle (S.M.A.) Neutra en Wallonie et à Bruxelles.

La VMOB HospiPlus compte 64.682 assurés, tous produits confondus, soit 8 % de plus qu'en 2017, tandis que Neutra compte 114.503 membres (5,98 % de plus qu'en 2017). L'assurance frais médicaux MaxiPlan compte 4.318 affiliés au 31/12/2018.

L'assurance continuité HospiContinu compte 3.568 affiliés. En 2018, HospiPlus a enregistré 14.575 demandes d'interventions pour € 8.081.017 tandis que ses primes nettes s'élevaient à € 12.177.845. Elle termine l'année 2018 avec un boni de € 1.087.198,64 pour l'assurance hospitalisation. Les réserves au 31 décembre 2018 s'élèvent à € 10.303.497,28.

La S.M.A. Neutra est intervenue en 2018 à concurrence de € 21.574.078,59 pour 23.580 dossiers, ses primes se sont élevées à € 27.465.459,71 et elle termine l'année avec un boni de € 2.626.835,39 et une réserve de € 14.647.238,29.



En octobre 2014, la SMA HospiPlus a introduit le régime du tiers payant via la carte HospiPlus. Grâce à cette carte, les assurés n'ont plus d'acomptes à payer et la facture d'hospitalisation est réglée directement avec l'hôpital. En 2018, 16.922 factures ont été enregistrées au total via la carte HospiPlus. Nous comptons 2.833 séjours en chambre individuelle et 10.152 séjours en chambre double ou commune. Le prix moyen en chambre individuelle était de € 1.172 et un séjour en chambre double ou commune coûtait € 263.



Assurance autonomie

Assurance dépendance

La 'Vlaamse sociale bescherming' (protection sociale flamande) est une assurance organisée par les autorités flamandes et est obligatoire pour tous les habitants de la Région flamande. Les habitants de la Région Bruxelles-Capitale choisissent eux-mêmes s'ils souhaitent s'affilier ou non. Les caisses de soins en Flandre s'occupent de l'exécution de la protection sociale flamande.

La société mutualiste 'Neutrale Zorgkas Vlaanderen' est une caisse de soins agréée qui compte 151.037 membres.

En 2018, la caisse de soins a payé trois budgets de soins :

- Budget de soins aux personnes qui nécessitent beaucoup de soins
- Budget de soins aux personnes handicapées
- Budget de soins aux personnes âgées qui nécessitent des soins

Dans le cadre de la 6ème réforme de l'Etat, les compétences seront élargies par les dispositifs d'aide à la mobilité et le financement des maisons de repos dès le 1^{er} janvier 2019.

Gestion des membres

Tableau – Evolution du nombre de membres par caisse de soins

CAISSE DE SOINS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	QUOTE-PART	CROISSANCE 17-18
180	2.295.323	2.291.097	2.284.721	2.321.863	2.334.680	2.337.476	49,17%	0,12%
280	128.411	132.471	136.665	144.177	147.234	151.037	3,18%	2,58%
380	901.098	896.342	893.475	906.607	911.730	918.183	19,31%	0,71%
480	276.197	274.346	271.283	275.140	272.735	270.453	5,69%	-0,83%
580	486.876	496.029	507.174	535.930	544.664	553.608	11,65%	1,64%
680	415.843	444.819	502.458	480.898	503.020	522.779	11%	3,93%
TOTAL	4.582.815	4.613.423	4.674.836	4.664.652	4.714.063	4.753.536	100%	0,77%

Nombre de membres en Flandre et en Région de Bruxelles-Capitale – chiffres sur la base du dashboard DP

Tableau – Evolution de l'effectif de la Neutrale Zorgkas Vlaanderen

MUT	2013	2014	2015	2016	2017	2018	QUOTE-PART	CROISSANCE 16-17
203	58.926	61.414	63.756	67.378	68.772	70.859	46,99%	3,03%
206	3.711	4.003	4.010	4.168	4.164	4.085	2,71%	-1,9%
216	119	104	90	84	82	387	0,25%	372%
226	424	400	372	349	327	/	/	/
228	68	66	69	70	60	60	0,04%	0%
235	64.907	66.308	68.235	71.858	73.263	75.421	50,01%	2,95%
TOTAL	128.155	132.295	136.532	143.907	146.668	150.813	100%	2,83%

Evolution de l'effectif de la Neutrale Zorgkas Vlaanderen, ventilée par mutualité sur la base de statistiques des membres de la caisse de soins 28/12/2018, après migration dans le cadre de la fusion 216-226

Budgets de soins

Budget de soins pour personnes nécessitant beaucoup d'aide (anciennement l'assurance dépendance)

Tableau – Evolution des prises en charge courantes

	AIDE DISPENSÉE PAR L'ENVIRONNEMENT DIRECT	% PAR RAPPORT AU TOTAL	SOINS RÉSIDENTIELS	% PAR RAPPORT AU TOTAL	TOTAL
2013	3.917	69,56%	1.714	30,44%	5.631
2014	4.205	70,81%	1.733	29,91%	5.938
2015	4.438	71,22%	1.793	28,78%	6.231
2016	5.004	72,35%	1.912	27,65%	6.916
2017	5.149	72,84%	1.919	27,16%	7.068
2018	5.328	73,05%	1.966	26,95%	7.294

Evolution des prises en charge courantes sur la base de la statistique B

Budget de soins personnes handicapées (antérieurement budget de soutien de base)

Tableau – Evolution des prises en charge courantes

	203	206	216	226	228	235	TOTAL
2017	183	15	0	1	0	219	418
2018	193	13	0	1	0	246	453

Evolution des prises en charge du budget de soins personnes handicapées, ventilées par mutualité

Budget de soins personnes âgées qui ont besoin de soins (intervention aide aux personnes âgées)

Tableau – Evolution des prises en charge courantes

	203	206	216	226	228	235	TOTAL
2017	909	23	1	4	0	1.705	2.642
2018	900	21	2	4	0	1.643	2.570

Evolution prises en charge budget de soins personnes handicapées, ventilées par mutualité

Pacte pluriannuel 'organismes assureurs' de la ministre des Affaires sociales et de la Santé

Ce pacte a été signé le 28/11/2016.

En 2017 et 2018, il a fait l'objet de nombreux travaux préparatoires du Collège Intermutualiste National, qui n'ont cependant pas encore abouti à des textes réglementaires.

Toutefois, l'objectif minimum de 75.000 membres par mutualité, et le nombre minimum de deux mutualités par union nationale ont été coulés en textes de loi en 2019.

E-santé

« L'e-santé est un domaine émergent à l'intersection de l'informatique médicale, de la santé publique et du monde des entreprises. Elle fait référence à des services et informations en matière de santé qui sont fournis ou améliorés grâce à internet et aux technologies apparentées. Au sens large, le terme renvoie non seulement à l'évolution technologique, mais aussi à une mentalité, un mode de pensée, une attitude et un engagement à la réflexion globale en réseau, afin d'améliorer les soins de santé aux niveaux local, régional et mondial en utilisant les technologies de l'information et de la communication »¹

Au sein de notre pays le terme e-santé sert de fil conducteur et de cadre de développement à différents projets informatiques de santé capables de communiquer entre eux.

Sans décrire ici de manière exhaustive tous les projets informatiques en cours, nous pouvons constater que progressivement différents jalons et outils se mettent en place :

Le consentement éclairé

Au cœur de tous ces projets de soins informatisés se trouve le patient; celui-ci doit donner son accord aux prestataires afin qu'ils puissent partager ses données de santé électroniquement et de manière sécurisée. Dans le cadre de continuité et de qualité des soins et satisfaisant aux règles de la protection de la vie privée.

Plate-forme eHealth

La plate-forme eHealth est une institution fédérale dont la mission consiste à promouvoir et soutenir une prestation de services et un échange d'informations électroniques bien organisés entre tous les acteurs des soins de santé. Cette prestation de services et cet échange d'informations doivent avoir lieu avec les garanties nécessaires en matière de sécurité de l'information, de respect de la vie privée du patient et du prestataire de soins et de respect du secret médical.

¹ Gunther Eysenbach dans « Journal of Medical Internet Research »

Le DMG vers le DMI. Et le DPI ?

MyCareNet

Le DMG contient toutes les données médicales d'un patient (opérations, maladies chroniques,...)

A terme le DMG se muera en « dossier médical informatisé » (DMI).

DMI ou source authentique de données de base à partager avec d'autres prestataires (par exemple, les données de vaccination et de médication accessibles aux services d'urgence des hôpitaux)

Le DPI quant à lui est le DMI au niveau de l'hôpital.

Est une plateforme centrale de services (créeée et gérée par le monde mutualiste) par laquelle les établissements de soins et les prestataires de soins individuels peuvent échanger électroniquement des informations avec les mutualités.

MyCareNet est un acteur incontournable dans le cadre de l'e-santé.

Les services offerts aux prestataires de soins par la plateforme MyCareNet sont nombreux :

Le dossier pharmaceutique partagé (DPP)

Le DPP stocké dans une base de données centralisée permet aux pharmaciens du pays de consulter l'historique des médicaments du patient (nom, date, posologie). Moyennant le consentement du patient, cet outil doit favoriser la continuité des soins.

Interopérabilité

L'interopérabilité est la capacité que possèdent des organisations (et leurs processus et systèmes) de partager des informations avec efficience et efficacité entre elles ou avec leur environnement. Elle nécessite des accords clairs, notamment sur les règles d'échange de données, l'architecture générale des systèmes d'échange, les messages échangés, la structure des documents médicaux et le codage de l'information. Des normes, des protocoles et des procédures sont nécessaires pour bien coordonner les différentes entités.

Consultation de l'assurabilité

Le service assurabilité permet à toute institution ou prestataire de soins autorisé de consulter les informations nécessaires afin d'effectuer une facturation correcte.

Consultation des tarifs

Ce service permet à un prestataire de soins de consulter les tarifs à demander à son patient et/ou à établir une facturation correcte à l'organisme assureur.

Dématérialisation des attestations de soins

Dans le cadre de l'e-santé et de la simplification administrative, l'informatisation permet une dématérialisation complète des attestations de soins (ASD) tant en facturation tiers-payant qu'en paiement au comptant.

■ e-fact et facturation tiers payant

Dans le cadre du tiers payant, le service e-fact et la facturation tiers-payant permettent à toute institution ou prestataire de soins autorisé de transmettre aux organismes assureurs, de manière électronique via réseau, des fichiers de facturation.



- e-attest

Dans le cadre du paiement au comptant; le service e-attest permet d'envoyer directement à l'organisme assureur les ASD de manière complètement électronique. Le membre ne doit donc plus se rendre à sa mutualité afin d'être remboursé !

- e-DMG

Au fil des adhésions des médecins généralistes le DMG papier se mue progressivement en e-DMG; cette évolution permet beaucoup plus de souplesse de gestion et de rapidité de paiement pour les médecins généralistes et bien sûr des remboursements plus justes pour le membre. Grâce à ce service, le médecin généraliste ne facture pas son DMG mais le notifie; ce qui permet au membre de changer de gestionnaire du DMG à tout moment de l'année.

Gestion de l'hospitalisation

Ce service permet aux hôpitaux la transmission électronique des documents d'admission.

Demande et consultation des accords Chapitre IV

Ce service permet l'échange des données électroniques des accords médecins-conseils pour les médicaments chapitre IV. Ce service interagit entre différents acteurs que sont le patient, le médecin conseil de la mutualité, le médecin prescripteur, l'hôpital et le pharmacien.

Demande de forfaits, soins palliatifs

Ce service permet aux infirmiers de traiter en ligne les demandes de forfaits (échelle de Katz), de soins palliatifs et particuliers en vue d'une facturation correcte de leurs prestations aux organismes assureurs.

BelRAI (Belgium Resident Assessment Instrument)

Instauration progressive d'un instrument d'évaluation uniforme (BelRAI) pour toutes les personnes vulnérables en Belgique (problème médical, de mobilité, d'alimentation, d'hygiène,...) sous forme d'un outil informatique convivial facilitant la collaboration multidisciplinaire. Une des premières applications aura lieu lors de la mise en place des projets de soins intégrés (PSI).

Mobile health

Via des applications digitales (matériel et logiciel), Mobile Health permet au patient, à son entourage et à différents dispensateurs de soins de collecter, visualiser, partager et utiliser intelligemment, de manière permanente, des informations relatives à la santé et au bien-être.

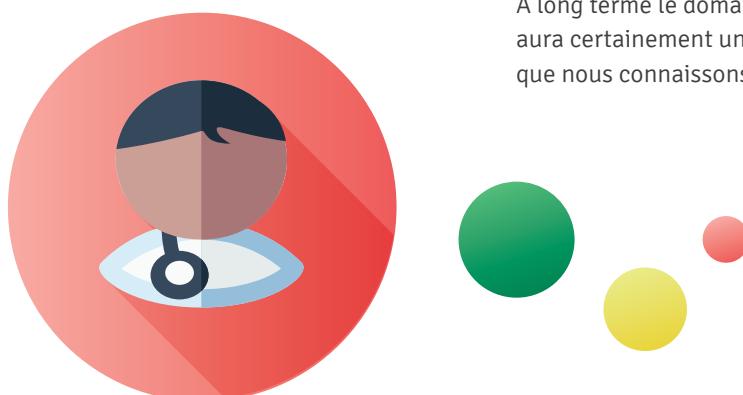
La liste des projets qu'englobe l'e-santé en Belgique ne s'arrête pas aux quelques termes cités ci-dessus !

D'autres peuvent encore être cités :

la simplification administrative d'une manière générale (passant notamment par une vision paperless); les incitants financiers mis en place via les primes télématiques, l'utilisation généralisée de la e-healthbox, le partage de donnée facilité entre certains secteurs (hubs, metahubs), les plateformes régionales (Vitalink, le réseau santé wallon par exemple), etc.

Même si certains projets prennent du retard, on ne peut que constater que le train de l'informatisation (avec les bouleversements organisationnels qu'il peut engendrer) est en marche et n'est pas prêt de s'arrêter.

A long terme le domaine de la santé en Belgique aura certainement un tout autre visage que celui que nous connaissons actuellement.



Accessibilité aux personnes défavorisées

Il existe plusieurs mesures qui allègent le ticket modérateur des personnes défavorisées. L'intervention majorée en est une.

Au 1er janvier 2014, la législation sur l'intervention majorée a subi une réforme fondamentale. Le statut OMNIO n'ayant jamais atteint son objectif, cette catégorie a été intégrée dans l'intervention majorée 'classique'. Une défectuosité du statut OMNIO parmi d'autres était que, contrairement à l'intervention majorée sur base d'un 'avantage' (par ex. droit automatique à l'intervention majorée sur base d'un droit au revenu d'intégration sociale) ou sur base d'une 'qualité' (par ex. un pensionné peut bénéficier de l'intervention majorée moyennant un contrôle des revenus), l'initiative visant à demander l'intervention majorée devait être prise par l'assuré même.

Par conséquent, un premier 'flux proactif' a été réalisé entre 2015 et 2018. Sur base d'un indicateur financier du SPF Finances, l'OA a lancé ou non un contrôle des revenus pour un ménage.

Par ailleurs, l'accès à l'intervention majorée est devenu plus strict. Le droit est :

- accordé moins facilement ;
- ouvert pour une durée plus courte ;
- retiré plus rapidement.

Tout cela engendre surtout un surcroît de travail en mutualité. Par ailleurs, il y a bien plus de contrôles des revenus, alors que les budgets des OA ont été bloqués.

La multitude de données statistiques que les unions doivent fournir depuis 2014 permet au gouvernement de suivre méticuleusement l'impact financier de cette réforme à l'avenir.

Vu les résultats positifs de ce flux et l'intérêt pour les personnes défavorisées, les OA souhaitent rapidement lancer un nouveau 'flux proactif'.

Ci-après vous avez un aperçu du nombre de bénéficiaires à l'intervention majorée au 31/12/2018.

203	206	216	226	228	232	235	TOTAL
12.692	10.022	39.834	11.816	19.601	7.571	15.928	117.464
10,81 %	8,53 %	33,91 %	10,06 %	16,68 %	6,45 %	13,56 %	100 %

MàF

Qu'est-ce que le Maximum à Facturer (MàF) ?

Le MàF attribue au ménage, c'est à dire aux personnes résidant à la même adresse au 01/01 de l'année, un certain plafond de tickets modérateurs. Les dépenses en tickets modérateurs au-delà de ce plafond sont entièrement remboursées aux personnes faisant partie de ce ménage.

Comment est déterminé le plafond ?

Les plafonds attribués aux ménages sont déterminés suivant différents critères :

- les revenus: suivant les revenus nets imposables, un plafond maximal est appliqué au ménage ;
- la catégorie sociale : sauf exceptions le MàF social est appliqué à toute personne bénéficiaire de l'intervention majorée au sein du ménage RN¹ ;
- le caractère chronique des TM²: une diminution supplémentaire de € 106,12 par ménage est attribuée si les tickets modérateurs d'au moins une personne du ménage ont dépassé € 459 en 2017 et € 468,18 en 2018 ou si un des membres du ménage bénéficie du 'Statut de personne atteinte d'une affection chronique' ;
- l'âge : les jeunes de moins de 19 ans disposent d'un compteur individuel à € 689,78, mais s'ils disposent d'allocations familiales majorées, leur compteur individuel diminue à € 477,54.

Quelles sont les principales prestations qui alimentent le compteur des tickets modérateurs ?

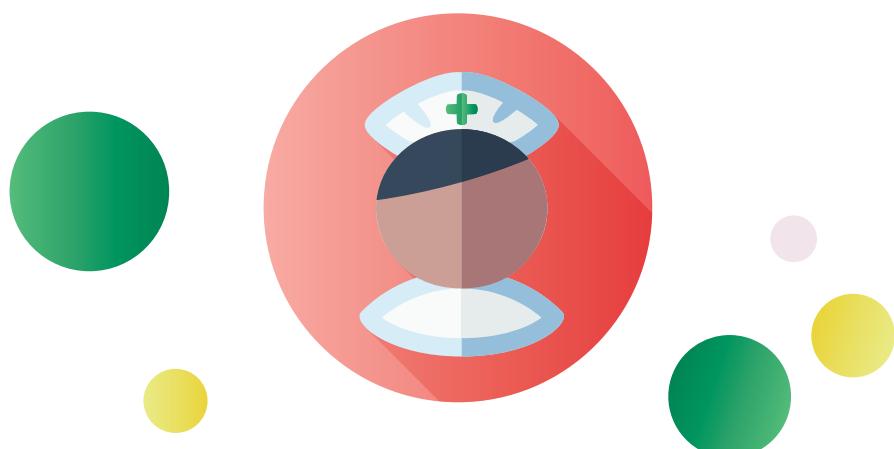
- ticket modérateur pour les prestations des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres prestataires de soins ;
- ticket modérateur pour les médicaments des catégories A, B et C et pour les préparations magistrales ;
- quote-part personnelle dans le prix d'une journée d'hospitalisation dans un hôpital général et dans un hôpital psychiatrique (limité aux 365 premiers jours) ;
- ticket modérateur pour les prestations techniques (opérations, radiographies, examens de laboratoire, tests techniques).

MàF à 100 %

Il existe un processus appelé MàF à 100 % par lequel les organismes assureurs informent les hôpitaux que leur patient dispose déjà du MàF. Quand l'hôpital reçoit cette information, il facture les tickets modérateurs en tiers payant à l'organisme assureur (le patient ne paie donc plus de ticket modérateur). Ce processus permet également d'éviter que le bénéficiaire soit doublement remboursé : d'une part par le MàF et d'autre part par l'intermédiaire de son assurance hospitalisation.

¹ RN = registre national

² TM = ticket modérateur



Les tableaux ci-dessous se réfèrent aux chiffres comptabilisés au 02/01/2019.

Année M&F 2016 (Revenus 2013)

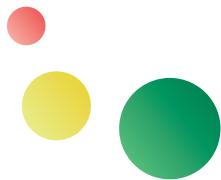
CATÉGORIE M&F	MONTANT TOTAL DES REMB.	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MOYEN DE REMB. / BÉNÉFICIAIRE	NOMBRE DE MÉNAGES REMBOURSÉS	MONTANT MOYEN DE REMB. / MÉNAGE
SOCIAL	3.329.568,24	15.537	214,29	9.638	345,46
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE 0,00 € À 17.879,74 €)	2.197.429,15	6.990	314,36	4.541	483,90
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE 17.879,75 € À 27.486,76 €)	4.311.611,42	12.488	345,26	7.251	594,62
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE 27.486,77 € À 37.093,81 €)	2.387.813,25	7.879	303,06	3.978	600,25
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE 37.093,82 € À 46.300,54 €)	858.945,14	2.900	296,18	1.413	607,88
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE 46.300,55 €)	1.249.693,86	4.805	260,08	2.116	590,59
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	2.861,05	5	572,21	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	147.069,86	602	244,30	n/a	n/a
TOTAL	14.484.991,97	51.206	318,72	28.937	537,12

Année M&F 2017 (Revenus 2014)

CATÉGORIE M&F	MONTANT TOTAL DES REMB.	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MOYEN DE REMB. / BÉNÉFICIAIRE	NOMBRE DE MÉNAGES REMBOURSÉS	MONTANT MOYEN DE REMB. / MÉNAGE
SOCIAL	3.182.428,54	14.232	223,61	9.075	350,68
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE 0,00 € À 18.231,97 €)	2.246.298,71	7.258	309,49	4.807	467,29
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE 18.231,98 € À 28.028,25 €)	4.534.485,99	12.763	355,28	7.475	606,62
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE 28.028,26 € À 37.824,56 €)	2.471.784,44	7.926	311,85	4.105	602,13
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE 37.824,57 € À 47.212,66 €)	890.098,35	2.996	297,09	1.480	601,41
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE 47.212,67 €)	1.143.818,68	4.453	256,86	2.012	568,49
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	3.512,55	2	1.756,27	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	148.465,29	535	277,50	n/a	n/a
TOTAL	14.620.892,55	50.165	473,49	28.954	532,77

Année M&F 2018 (Revenus 2015)

CATÉGORIE M&F	MONTANT TOTAL DES REMB.	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MOYEN DE REMB. / BÉNÉFICIAIRE	NOMBRE DE MÉNAGES REMBOURSÉS	MONTANT MOYEN DE REMB. / MÉNAGE
SOCIAL	1.809.644,45	7.798	232,07	5.102	354,69
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE 0,00 € À 18.620,31 €)	1.386.227,67	3.473	399,14	2.429	570,70
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE 18.620,32 € À 28.625,25 €)	2.554.690,14	7.252	352,27	4.353	586,88
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE 28.625,26 € À 38.630,22 €)	1.319.929,55	3.874	340,71	2.055	642,30
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE 38.630,23 € À 48.218,29 €)	415.113,34	1.227	338,32	617	672,79
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE 48.218,30 €)	490.390,93	1.554	315,57	713	687,79
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	1.955,91	3	651,97	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	105.979,72	304	348,62	n/a	n/a
TOTAL	8.083.931,71	25.485	372,33	15.269	585,86



Soins urgents à l'étranger (S.U.E.)

En collaboration avec notre centrale d'alarme, l'a.s.b.l. Mutas, nous proposons à nos membres une assurance de rapatriement ainsi qu'une aide médicale à l'étranger. La centrale d'alarme Mutas est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Mutas et l'assurance complémentaire visent uniquement les pays de l'EEE, la Suisse, les pays du bassin méditerranéen et leurs territoires d'outre-mer.

En 2018, Mutas a réceptionné 1.332 appels :

- 887 dossiers ont pu faire l'objet d'un suivi sur place et ont pu bénéficier d'une intervention de € 703.375,75. Nous notons donc une diminution de 1,52 % par rapport à l'année 2017.
- Le top 3 des pays concernés sont l'Espagne, la France et l'Italie.
- 103 retours vers la Belgique ont été organisés par le service Mutas. 55,34 % des rapatriements ont été organisés par avion, dont 4,85 % par vol sanitaire.

Les membres ont également la possibilité d'introduire une demande de remboursement de leurs dépenses de soins à l'étranger après leur retour en Belgique.



En 2018, le service S.U.E. est intervenu dans le cadre de 9.455 dossiers introduits à posteriori, pour un montant de € 236.618,64. Le nombre de dossiers est en augmentation de 2,27 % par rapport à 2017; les dépenses ont quant à elles augmenté de 10,06 %.

Le total des dépenses de ce service s'élevait en 2018 à € 939.994,39 soit une augmentation de 1,17 % par rapport en 2017.

MUJA

Le service Muja, notre service d'aide juridique aux membres, conseille et assiste les affiliés des Mutualités Neutres dans le cadre de plaintes relatives aux soins de santé, à l'assurance maladie ou encore aux droits du patient. En cas de litige avec un prestataire, un établissement hospitalier ou encore un assureur, le service Muja intervient pour trouver une solution ou, le cas échéant, explique aux affiliés le bien-fondé de la position du tiers.

Par ailleurs, le service Muja informe également les affiliés sur les nouveautés de notre secteur par le biais d'articles dans notre presse mutualiste.

Parmi les dossiers ouverts en 2018 :

- 40 % concernent des litiges financiers (contestation de facturations, suppléments d'honoraires et autres frais),

- 45 % traitent de présomption d'erreur médicale,
- 5 % concernent l'application de la réglementation de l'assurance maladie,
- 10 % consistent en des demandes d'interventions et d'avis divers.

Pour l'année écoulée, notre service a clôturé positivement 25 % des dossiers. Des avis ou des renseignements ont été communiqués dans 25 % des cas. 20 % des dossiers n'ont pu obtenir d'issue favorable suite à des désistements de la demande des affiliés ou en raison de l'absence de faute médicale. Dans cette hypothèse, une position motivée est communiquée au membre.

Enfin, 30 % des dossiers ouverts en 2018 sont actuellement toujours en cours de traitement par le service.

Effectifs au 31/12/2018 et évolution depuis 2017

Tandis que la progression moyenne de la population assurée est de 0,45 %, notre effectif a augmenté de 1,06 % :

EFFECTIFS	BELGES	*CI	TOTAL	BELGES	*CI	TOTAL	EVOLUTION	
							TITUL. BELGES	%
31/12/2018				31/12/2017				
TITULAIRES	371.435	10.088	381.523	363.802	9.918	373.720	7.633	2,10%
PERSONNES À CHARGE	170.985		170.985	169.759		169.759	1.226	0,72%
TOTAL	**542.420	10.088	552.508	**533.561	9.918	543.479	8.859	1,66%

Evolution de toutes les unions nationales :

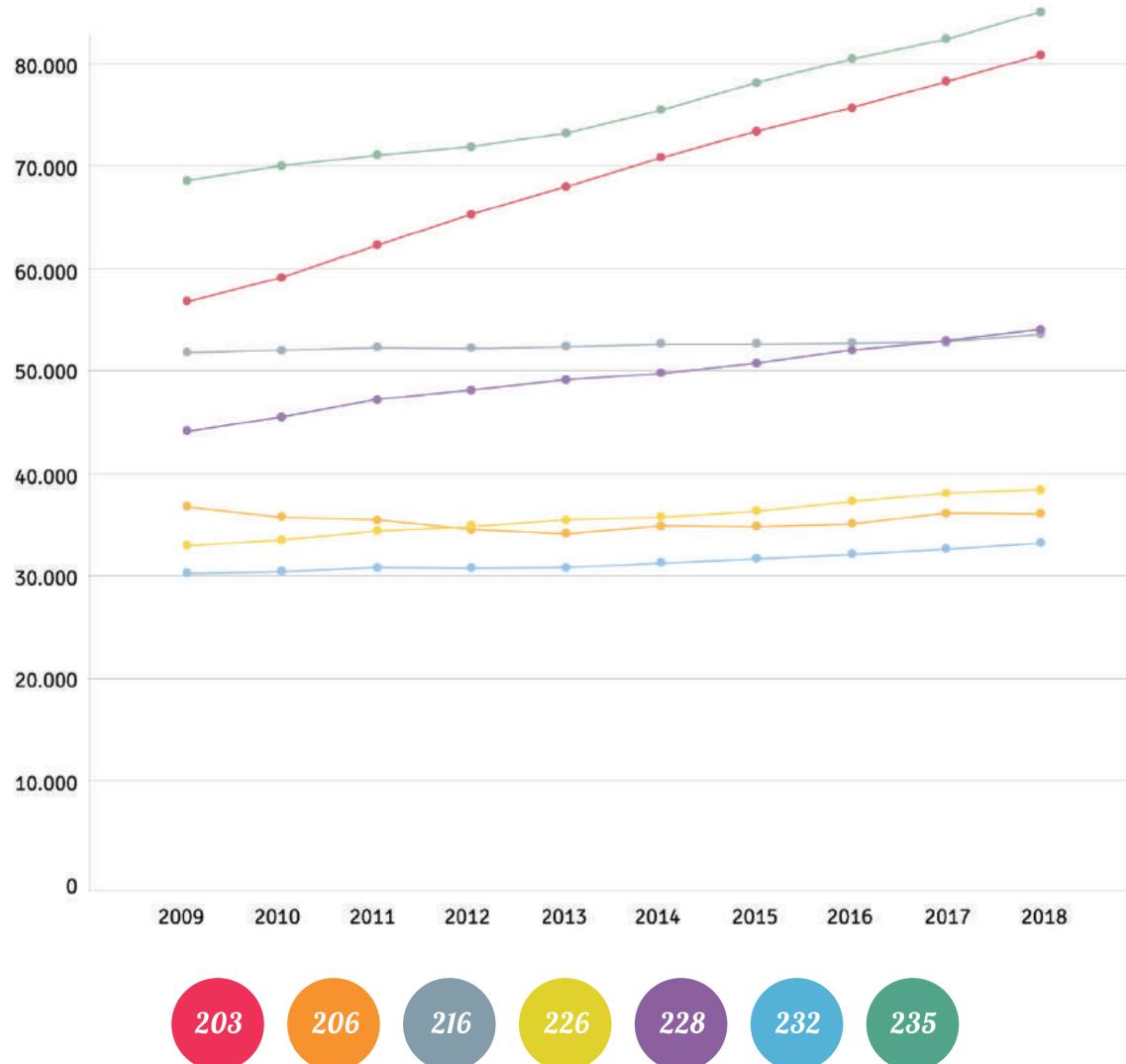
	***31/12/2018	***31/12/2017	2018%	2017%	%EVOLUTION
ANMC	4.603.316	4.597.650	40,82%	40,95%	0,12%
UNMN	*** 545.389	***536.652	4,84%	4,78%	1,63%
UNMS	3.210.734	3.187.006	28,47%	28,39%	0,74%
UNML	545.463	549.664	4,84%	4,90%	-0,76%
MLOZ	2.165.726	2.149.961	19,20%	19,15%	0,73%
CAAMI	105.735	101.511	0,94%	0,90%	4,16%
SNCB	101.453	104.582	0,90%	0,93%	-2,99%
TOTAL GÉNÉRAL	11.277.816	11.227.026	100,00%	100,00%	0,45%

* CI = Conventions Internationales

** Ces chiffres divergent légèrement des précédents car captés à des moments différents

*** Source : INAMI – service du contrôle administratif – direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Evolution depuis 10 ans



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
203	56.886	59.161	62.284	65.300	67.997	70.826	73.389	75.673	78.314	80.838
206	36.869	35.787	35.512	34.627	34.189	34.922	34.872	35.147	36.154	36.113
216	51.866	52.064	52.336	52.273	52.478	52.675	52.698	52.750	52.981	53.668
226	33.044	33.598	34.473	34.988	35.513	35.779	36.437	37.306	38.167	38.486
228	44.182	45.572	47.208	48.151	49.134	49.773	50.824	52.043	53.071	54.096
232	30.284	30.476	30.873	30.868	30.915	31.400	31.746	32.143	32.684	33.261
235	68.608	69.973	71.077	71.873	73.246	75.452	78.120	80.402	82.349	85.061
TOT	321.739	326.631	333.763	338.080	343.472	350.827	358.086	365.464	373.720	381.523



05

ORGANIGRAMME AU 31/12/2018

Assemblée générale

PRÉSIDENT

Emile DOCQUIER

VICE-PRÉSIDENT

Marc DE MOOR

SECRÉTAIRE

Michel BECKERS

TRÉSORIER

Wim VAN BEECK

VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS**203**

Jeroen BOSMAN	Paul LEJEUNE	Paul VAN KERCKHOVEN
Sven DE WACHTER	Reinhilde RASPOET	Gerda VAN LANGENDONCK
Stefaan DEBULPAEP	Herman SCHERLAEKENS	Ingrid VAN LOOY
Leopold DEVAERE	André SUYKENS	Marc VAN NULAND
Rik DHOEST	Wim VAN BEECK	Marc VANDEWALLE
Serge GODTS	Kris VAN ESBROECK	Constant VERELST
Etienne KEYMOLEN		

Conseillers

Jürgen CONSTANDT	Steven VAN DESSEL
------------------	-------------------

SYMBIO**206**

Michel BECKERS	Alain HENDRICKX	Jean-Louis THIEFFRY
Luc BOUVIER	Gisèle MANDAILA	Patrick VAN DROOGENBROECK
Camille D'HULST	Jeannine RENIERS	Guy VAN OYCKE

Conseiller

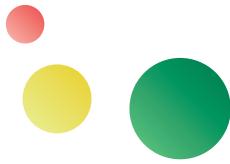
Maria-Cruz GONZALEZ-FERNANDEZ

MUTUALITÉ NEUTRE DU HAINAUT**216**

Francis CAMBERLIN	Marc DELVIESMAISON	Albert LEGENDRE
Roger CHIF	José DERIDDER	Michel MARIQUE
Désirée DECLERCQ	Alain DEVOS	Claude PONTE
Mauricette DELANNOY	Léon FIEVET	André VALENTIN
Caroline DELOR	Joseph GANASSIN	

Conseillers

Aimée DECLERCQ	Pascal DEVOS
----------------	--------------



MUTUALITÉ NEUTRE DE LA SANTÉ

226

Annette BUTTIENS

Jacques DETHIER

Georges MAES

Claude CURVERS

Guy HUSQUET

Christiane MULLENDER

Edouard DENOEL

Hubert LAMMERETZ

Philippe WILLEZ

Conseillers

Maurice DAL MOLIN

Louise SKRZYPczak

MUTUALIA - MUTUALITÉ NEUTRE

228

Jeany BOUGARD

Jean-Marie DOPPAGNE

Audrey LEGRAND

Marc BREYER

Philippe GILLIS

Geoffray LEGRAND

Catherine DAUBY

Francis HORTELAN

Francine LEJEUNE

Jonathan DELPORTE

Yves LAMBORAY

Monique SCHMITZ

Emile DOCQUIER

Alain LEGRAND

Conseillers

Christine BOOSSY

Christine GEORIS

MUNALUX - MUTUALITÉ NEUTRE

232

Jean ARNOULD

Claude DEGREZ

Jean-Claude GILLON

Cécile BODSON

Jacqueline FOCANT

Eric HANOLLE

Alain DACHY

Jean-Bernard GERARDY

Conseiller

Jean-Marie DELWICHE

NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN

235

Michel BRUYNINCKX	Philippe GHYSBRECHT	Henri POLLEFEYT
Patrick CATTEBEKE	Karel GOFFIJN	Herman ROELS
Walter DE BENT	Ludo JALET	Henri Johan ROOZE
Marc DE MOOR	Hugo LAENEN	Marc VAN DEN BROELE
Henk DESAEVER	Geert LAMBERT	Kjell VERLEYSEN
Eric D'HAESELEER	Ignace MARGOT	Rita VERMET
Jean-Paul D'UNION	Horst MÜLLER	

Conseillers

Rene MATHIJS	Antoine MINOUDT
--------------	-----------------

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE HOSPIPLUS

250/01

Conseiller

Marnix RAES

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE NEUTRA

250/02

Conseiller

Georges HAC

SOCIÉTÉ MUTUALISTE NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN

280/03

Conseiller

Eddie GOUBERT



Conseil d'administration

PRÉSIDENT

Emile DOCQUIER

VICE-PRÉSIDENT

Marc DE MOOR

SECRÉTAIRE

Michel BECKERS

TRÉSORIER

Wim VAN BEECK

VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS

203

Jeroen BOSMAN

Herman SCHAERLAEKENS

Steven VAN DESSEL

Jürgen CONSTANDT

André SUYKENS

Paul VAN KERCKHOVEN

Paul LEJEUNE

Wim VAN BEECK

Ingrid VAN LOOY

Conseillers

Erik STOFFELEN

Diane VAN BALEN

SYMBIO**206**

Michel BECKERS

Jeannine RENIERS

Guy VAN OYCKE

Luc BOUVIER

Conseiller

Camille D'HULST

MUTUALITÉ NEUTRE DU HAINAUT**216**

Roger CHIF

Marc DELVIESMAISON

Joseph GANASSIN

Caroline DELOR

Alain DEVOS

Michel MARIQUE

Conseillers

Désirée DECLERCQ

Léon FIEVET

MUTUALITÉ NEUTRE DE LA SANTÉ**226**

Claude CURVERS

Georges MAES

Christiane MULLENDER

Edouard DENOEL

Conseillers

Louise SKRZYPczAK

Philippe WILLEZ

MUTUALIA - MUTUALITÉ NEUTRE**228**

Catherine DAUBY

Francis HORTELAN

Alain LEGRAND

Emile DOCQUIER

Yves LAMBORAY

Monique SCHMITZ

Conseillers

Philippe GEORIS

Michel HARHELLIER



MUNALUX - MUTUALITÉ NEUTRE**232**

Jean ARNOULD

Jacqueline FOCANT

Jean-Bernard GERARDY

Cécile BODSON

Conseiller

Eric HANOLLE

NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN**235**

Marc DE MOOR

Geert LAMBERT

Henri Johan ROOZE

Karel GOFFIJN

Ignace MARGOT

Wim VAN HECKE

Hugo LAENEN

Horst MÜLLER

Rita VERMET

Conseillers

Kjell VERLEYSEN

Patrick CATTEBEKE

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE HOSPIPLUS**250/01****Conseiller**

Marnix RAES

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE NEUTRA**250/02****Conseiller**

Marcel THELEN

SOCIÉTÉ MUTUALISTE NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN**280/03****Conseiller**

Eddie GOUBERT

UNION NATIONALE**200**

Philippe MAYNE

Anne VERHEYDEN

Comité de direction

Président

Emile DOCQUIER

Vice-président

Marc DE MOOR

Secrétaire

Michel BECKERS

Trésorier

Wim VAN BEECK

Membres effectifs

Catherine DAUBY

Joseph GANASSIN

Philippe MAYNE

Caroline DELOR

Jean-Bernard GERARDY

Steven VAN DESSEL

Edouard DENOEL

Karel GOFFIJN

Anne VERHEYDEN

Membres suppléants

Jürgen CONSTANDT

Eric HANOULLE

Wim VAN HECKE

Camille D'HULST

Yves LAMBORAY

Philippe WILLEZ

Léon FIEVET

Comité de gestion

Secrétaire général

Philippe MAYNE

Secrétaire général adjoint

Anne VERHEYDEN

Membres

Natacha BADIE

Frédéric DEPAUW

Francis FIVEZ

Nathalie BERNARD

Sandra FERNANDES CARREIRA

Katrien MORTELmans

Carine DEMELENNE

Comité de rémunération

Michel BECKERS

Emile DOCQUIER

Wim VAN BEECK

Marc DE MOOR

Philippe MAYNE

Comité d'audit

Michel BECKERS

Michel MARIQUE

Wim VAN BEECK

Marc DE MOOR

Philippe MAYNE

Anne VERHEYDEN

Contrôle externe

‘CdP Partners – Cdp De Wulf & C°’ représentée par Monsieur Vincent DE WULF.

Personnel

Les mutualités Neutres emploient 834 personnes, soit 753 équivalents temps pleins.

MUTUALITÉ	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	ETP	NOMBRE DE MEMBRES DU PERSONNEL
203	78	65	124,00	143
206	57	6	61,80	63
216	82	32	104,80	114
226	38	25	56,10	63
228	50	29	71,19	79
232	39	21	52,90	60
235	95	72	146,50	167
200	77	21	92,50	98
250/01	10	7	15,20	17
250/02	22	3	23,50	25
280/03	3	2	4,10	5
TOTAL	551	283	752,59	834

(Chiffres à la date de clôture de l'exercice)



**UNION NATIONALE
DES MUTUALITÉS NEUTRES**

Chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

Tél : 02 538 83 00
Fax : 02 538 50 18

info@unmn.be
www.mutualites-neutres.be

