



RAPPORT ANNUEL 2019



Les Mutualités Neutres
VOTRE LIBERTE, VOTRE SECURITE

*A but
non lucratif*

*Caractère
solidaire*

Indépendance

*Organisation
démocratique*

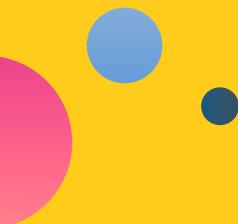
*Qualité de service et
approche client*

Professionnalisme

SOMMAIRE

<i>Avant-propos</i>	04
01 Notre organisation	05
Valeurs	05
Les mutualités Neutres	06
Partenaires	08
02 Rapport financier	12
Assurance obligatoire	12
FÉDÉRAL	
La sixième réforme de l'Etat	12
Dépenses indemnités et soins de santé	12
Clôture 2015	16
Fonds spécial de réserve	17
Frais d'administration	18
Audit interne	19
RÉGIONAL	
Dépenses soins de santé	14
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
Vlaamse sociale bescherming (protection sociale flamande)	25

03	<i>Actualité</i>	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
	Risk management	36
	Gouvernance	36
	Nouveau directeur opérationnel	36
04	<i>Effectifs</i>	37
	Effectifs au 31/12/2019 et évolution depuis 2018	37
	Evolution depuis 10 ans	38
05	<i>Organigramme au 31/12/2019</i>	39
	Assemblée générale	39
	Conseil d’administration	43
	Comité de direction	46
	Comité de gestion	46
	Comité de rémunération	47
	Comité d’audit	47
	Comité de gestion des risques	47
	Contrôle externe	47
	Personnel	47





AVANT-PROPOS

Voici venu le temps du bilan annuel de l'année écoulée et des perspectives relatives à l'année qui s'annonce !

2019, tout d'abord...

La mise en œuvre de plusieurs mesures gouvernementales étaient annoncées pour 2019, avec, comme conséquence, la nécessité de revoir les méthodes de travail et l'organisation de manière générale.

Si certaines de ces mesures ont bien été mises en œuvre, d'autres n'ont pas abouti ou ont connu un démarrage plutôt « discret »...

Ainsi, l'e-attest, utilisée depuis début 2018 maintenant, n'a pas rencontré l'essor escompté : après une augmentation assez rapide courant 2018, le nombre d'e-attests émises a atteint un seuil de stagnation avoisinant les 7.000 attestations par mois début 2019 et n'a plus vraiment évolué depuis.

A ce jour, seuls les médecins traitants et quelques dentistes, sur base volontaire, utilisent ce flux électronique. Les spécialistes, qui devaient adopter ce système prioritairement, suivis des kinésithérapeutes, n'entreront sans doute dans le système qu'en 2021 au plus tôt.

Les discussions relatives à la révision de l'assurance complémentaire ont été mises en stand by et le projet relatif à l'assurance autonomie wallonne a purement et simplement été abandonné. Seul le projet d'inclure les mutualités dans la gestion de l'APA (Aide aux Personnes Agées) est maintenu et actuellement discuté...

Par contre, la 6^{ème} réforme de l'Etat a été mise en place et certaines matières, comme la gestion des maisons de repos, la tabacologie, les aides à la mobilité,... ont été régionalisées.

La mise en œuvre de cette réforme demeure toutefois problématique tant au niveau administratif que financier. Alors que le transfert de ces matières aux communautés et régions était censé alléger le travail des mutualités, celles-ci sont demeurées compétentes pour la plupart des tâches administratives (accords médecins-conseils, tarification au guichet), la facturation étant quant à

elle traitée au niveau de l'union nationale (SMR), ce qui ne facilite pas l'établissement des budgets, et le calcul des frais d'administration revenant tant aux SMR ou à la Zorgkas qu'aux mutualités.

Les critères de responsabilisation dont dépend la partie variable des frais d'administration, ont été renforcés. Outre les contrôles internes « métier » habituellement requis, des chartes et politiques doivent à présent être appliquées et des analyses de risque et des plans d'action ont été établis pour chacun de nos départements.

Enfin, l'arrêté royal portant le nombre minimum de membres à 75.000 pour pouvoir exister en tant que mutualité a été publié et entrera en vigueur en juin 2020.

L'entrée en vigueur de cette mesure, annoncée de longue date, a conduit nos mutualités Symbio et Mutualia à réamorcer des discussions de fusion, encouragées par l'union nationale. Cette fusion sera, je l'espère, effective au 1^{er} janvier 2021.

En matière d'évolution de l'effectif, notre augmentation continue de manière favorable. L'objectif visant à une augmentation annuelle de 2% a pu être atteint surtout via le travail de nos mutualités du nord du pays.

Notre a.s.b.l. MN Vacances évolue de manière tout aussi favorable grâce au travail quotidien des différents managers.

2020, ensuite...

2020 sera surtout l'année de développements ou d'amélioration de différents projets : gok, scanning, courrier, ...

Afin d'assurer la coordination de ces différents projets, un directeur opérationnel a été engagé et prendra ses fonctions dès février 2020.

Les capacités d'adaptation, la volonté d'apprendre, la flexibilité et la motivation démontrées maintes fois par tous permettront de mener à bien ces nouveaux projets.



E. DOCQUIER - Président

01

SOMMAIRE

NOTRE ORGANISATION

AVANT-PROPOS

CHAPITRE SUIVANT

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.

A 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 cinq 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
boulevard Brand Whitlock 87/93
bte 4
1200 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

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 2019, HospiPlus assurait 69.141 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 2019, elle couvrait 119.074 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 2019, elle comptait 154.774 membres.

📍 **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 15 collaborateurs, environ 45.000 transactions ont été traitées en 2019.

Elle a effectué 13.000 livraisons à domicile et plus de 4.900 livraisons dans ses magasins à Alost et Lierre.

Sa septième année de travail a été couronnée par un chiffre d'affaires net de € 2.060.000. 46 % de cette somme résulte de la vente, 26 % ont été réalisés par la fourniture de dispositifs de mobilité et 28 % par le service de prêt. 94 % du chiffre d'affaires a été réalisé parmi les membres de Vlaams & Neutraal Ziekenfonds et Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen. Mais ses départements de mobilité bénéficie d'un intérêt croissant (5 %) chez les 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

📞 Tél. 081 250 767
Fax 081 220 801

secretariat@Horizons-Jeunesse.be

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.

RAPPORT FINANCIER

 CHAPITRE PRÉCÉDENT CHAPITRE SUIVANT 

Assurance obligatoire

Les dépenses d'A.M.I. de notre union nationale s'élèvent en 2019 à € 1.759.368.328,07 contre € 1.751.148.486,50 en 2018, soit une augmentation de 0,47 %. 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 7,92 %, soit 7,93 % pour le régime général et 7,74 % pour le régime des indépendants.

Sur un total de dépenses de € 475.763.924,03, € 443.960.363,13 (93,32 %) concernent le régime général et € 31.803.560,90 (6,68 %) 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	93.435.718,05	21,05	6.746.495,77	21,21
MATERNITÉ	30.552.414,55	6,88	2.032.072,19	6,39
INVALIDITÉ	318.902.162,39	71,83	22.979.518,43	72,25



Depuis 2009, l'INAMI rembourse également des dépenses de réadaptation fonctionnelle, dont les dépenses ne se sont élevées en 2019 qu'à € 1.108.164,57 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) :

	2017	%	2018	%	2019*	%
OA100	2.966.822	36,10	3.159.498	35,91		
OA200	403.272	4,91	440.855	5,01	475.757	
OA300	2.950.443	35,90	3.166.933	36,00		
OA400	455.377	5,54	473.080	5,38		
OA500	1.394.000	16,96	1.504.193	17,10		
OA600	49.357	0,60	53.624	0,61		
TOTAL	8.219.283	100,00	8.798.183	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 € 1.283.604.404,04 en 2019 contre € 1.310.257.108,14 en 2018, soit une diminution de 2,03 %. 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 € 1.182.652.104,83, soit 4,53 % des dépenses de tous les organismes assureurs pour l'année 2019.

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 avant 2019, mais sans les conventions internationales. (en miliers d'euros) :

	2017	%	2018	%	2019	%	2019/2018
OA 100	11.888.108	42,87%	12.283.326	42,94%	11.624.449	42,40%	-5,36%
OA 200	1.209.827	4,36%	1.260.544	4,41%	1.235.051	4,50%	-2,02%
OA 300	8.177.352	29,49%	8.415.248	29,42%	8.160.092	29,76%	-3,03%
OA 400	1.609.616	5,81%	1.633.074	5,71%	1.549.664	5,65%	-5,11%
OA 500	4.288.500	15,47%	4.449.174	15,55%	4.324.195	15,77%	-2,81%
OA 600	177.729	0,64%	186.242	0,65%	189.909	0,69%	1,97%
OA 900	376.355	1,36%	379.633	1,33%	332.367	1,21%	-12,45%
TOTAL	27.727.487	100,00%	28.607.242	100,00%	27.415.727	100,00%	-4,17%

Les dépenses globales en soins de santé dépassent l'objectif budgétaire global hors dépenses propres de l'INAMI, qui était de € 26.518.320.000.

Dépenses fédérales :

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

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	2019/2018 UNION 200	2019/2018 ENSEMBLE DES UNIONS	200/ENSEMBLE
HONORAIRES MÉDICAUX	381.088,37	8.194.697,25	1,14%	0,48%	4,65%
DENTISTES	62.655,14	1.591.512,64	5,23%	5,65%	3,94%
PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES	250.734,16	5.543.785,96	8,89%	7,28%	4,52%
SOINS INFIRMIERS À DOMICILE	48.148,90	984.320,59	5,66%	4,71%	4,89%
KINÉSITHÉRAPIE	38.565,34	808.608,88	10,16%	7,55%	4,77%
BANDAGISTES-ORTHOPÉDISTES	10.216,62	234.965,84	4,29%	1,52%	4,35%
IMPLANTS	34.346,89	751.159,09	4,24%	1,88%	4,57%
SOINS PAR OPTICIENS	1.661,57	33.133,43	7,19%	6,55%	5,01%
SOINS PAR AUDICIENS	3.498,42	75.402,97	14,83%	9,08%	4,64%
ACCOUCHEUSES	1.369,87	31.493,74	9,30%	8,16%	4,35%
PRIX DE JOURNÉE D'ENTRETIEN	249.434,18	5.655.919,56	8,29%	6,25%	4,41%
PRIX DE JOURNÉE D'ENTRETIEN HÔP. GÉNÉRAL	11.388,10	254.768,66	5,81%	7,14%	4,47%
HÔPITAL MILITAIRE	229,77	6.617,30	26,50%	-20,95%	3,47%
DIALYSE	17.786,16	441.490,04	12,57%	5,06%	4,03%
RÉÉDUCATION**	19.997,43	416.961,03	6,28%	6,48%	4,80%
FONDS SPÉCIAL	49,33	2.959,50	30,34%	-4,45%	1,67%
LOGOPÉDIE	5.611,96	108.752,86	5,18%	2,01%	5,16%
RÉGULARISATIONS**	-1.018,00	-49.468,57	314,71%	21,12%	2,06%
MAXIMUM À FACTURER**	14.285,57	331.776,80	-5,03%	1,56%	4,31%
MALADIES CHRONIQUES	5.065,65	125.287,01	6,89%	11,15%	4,04%
SOINS PALLIATIFS	819,92	19.732,94	1,65%	9,03%	4,16%
RESTE	26.716,75	544.517,43	120,71%	121,70%	4,91%
TOTAL	1.182.652,10	26.108.394,95	6,59%	5,39%	4,53%

** 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) pour les prestations datant d'avant le 1^{er} janvier 2019 :

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	200/ENSEMBLE
RÉGION WALLONNE	23.750,42	363.652,92	6,53%
COMMUNAUTÉ FLAMANDE	21.749,37	796.124,93	2,73%
COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE	254,88	6.692,08	3,81%
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE	4.968,46	112.662,58	4,41%
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE	38,81	1.263,69	3,07%
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FLAMANDE	0,00	0,00	0,00%
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	1.635,29	26.914,61	6,08%
A VENTILER PAR COMMUNAUTÉ ET RÉGION	1,53	21,09	7,27%
	52.398,77	1.307.331,90	4,01%

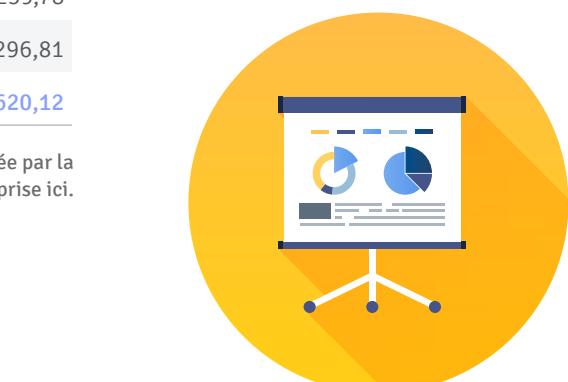
Depuis le 1^{er} janvier 2019, les dépenses des régions et communautés sont traitées directement par les entités fédérées. Pour l'année 2019, cela représente (en milliers d'euros) :

	UNION 200
RÉGION WALLONNE	49.267,09
RÉGION FLAMANDE (SANS LA ZORGKAS)	10.796,44
RÉGION BRUXELLES CAPITALE	9.259,78
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	296,81
	69.620,12

* Pour la région flamande, une partie des dépenses est traitée par la Zorgkas et n'est pas reprise ici.

Clôture 2015

L'INAMI a clôturé l'année 2015. 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 € 128.255,93 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 2015 après clôture de l'INAMI, le montant de € 42.066.529,54. Le minimum légal (de € 4,46 par titulaire) est

de € 1.558.787,84. 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 2015

	RÉSULTAT 2015	FONDS SPÉCIAL DE RÉSERVE APRÈS CLÔTURE	TITULAIRES AU 31/12/2015	MONTANT PAR TITULAIRE
ANCM	-29.813.786,61	312.960.647,08	3.168.999	98,76
UNMN	128.255,93	42.066.529,54	349.504	120,36
UNMS	-28.343.951,83	192.059.476,67	2.060.720	93,20
UNML	-5.795.621,72	38.736.346,86	404.119	95,85
MLOZ	-10.167.186,02	77.334.649,57	1.376.565	56,18
CAAMI	63.408,56	17.256.209,90	59.760	288,76
SNCB	1.087.731,34	10.978.481,54	75.708	145,01
TOTAL	-72.841.150,35	691.392.341,16	7.495.375	92,24

Frais d'administration

Nos dépenses de frais d'administration, qui étaient de l'ordre de € 70,73 millions en 2018, se sont élevées à € 71,80 millions en 2019, soit une augmentation de 1,51 % par rapport à l'année

précédente. Tant l'assurance complémentaire que les entités liées sont intervenues dans les frais de 2019 à concurrence de € 10,36 millions.

	2018	2019	ECART %	IMPORTANCE %
SERVICES ET BIENS DIVERS	22.884.659,78	23.296.084,96	1,80%	32,45%
CHARGES SALARIALES	45.214.393,18	46.059.621,02	1,87%	64,15%
AMORTISSEMENTS ET RÉDUCTIONS DE VALEUR	1.204.505,67	1.665.974,80	38,31%	2,32%
AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION	1.383.303,26	700.857,74	-49,33%	0,98%
CHARGES FINANCIÈRES	22.497,97	22.290,89	-0,92%	0,03%
CHARGES EXCEPTIONNELLES	17.976,43	51.457,23	186,25%	0,07%
TOTAL CHARGES	70.727.336,29	71.796.286,64	1,51%	100,00%

Les unions nationales sont responsabilisées sur leurs frais d'administration également. 87,5 % du montant à leur allouer leur sont versés d'office. On parle ici de la partie fixe. Les 12,5 % 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
2016	96,35%	93,25%
2017	92,99%	93,73%
2018	95,07%	92,10%

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.

L’audit interne est une activité indépendante qui, de manière objective, fournit une certitude ainsi que des conseils. Elle aide une organisation à réaliser ses objectifs en évaluant et en améliorant l’efficacité de sa gestion des risques et de ses contrôles ainsi que de ses processus de gestion au moyen d’une approche systématique et disciplinée.

La mission principale du service d’audit interne est la vérification de l’existence des mesures de

contrôle et l’évaluation du bon fonctionnement, de l’efficacité et de l’efficience du contrôle interne.

L’audit interne peut être mandaté par le président du Conseil d’Administration pour évaluer les systèmes de gestion des risques, les systèmes de contrôle et la gouvernance d’entreprise, et pour contribuer à leur amélioration.

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 2019, les audits suivants ont entre autres été effectués :

Indemnités

- Analyse du traitement des dossiers indemnités par la mutualité 216, dans le cadre de la fraude blanche.
- Analyse du traitement des rejets PI 2013 – 2016.

Financier

- Traitement des recettes diverses (GFI589) et des retours de paiements (GFR898) pour l’AO et l’AC.

Contentieux

- Etablissement des mises en demeure selon les 9 points de la Charte de l’assuré social (partie variable FA – processus 1 – domaine 3 – INAMI).

Récupérations paiements subrogatoires

- Fournir les récupérations (montants et cas) et les intérêts des récupérations (montants) des paiements subrogatoires 2014 - 2018.

Soins de santé

- Examen de la détection de doubles paiements AO (TP – PM) et AC (PM).
- Vérification des “forçages” dans l’AO et de l’AC.
- Listes article 195 § 2 (augmentation des frais d’administration).

Réviseur

- Examen des dossiers contentieux dans le cadre du processus 4 – domaine 1 de la partie variable des frais d’administration 2019.
- Analyse des dossiers accidents dans le cadre du processus 4 – domaine 2 de la partie variable des frais d’administration 2019.
- Examen de l’inscription des factures TP par ordre chronologique au facturier dans le cadre du processus 7 – domaine 12 de la partie variable des frais d’administration 2019.
- Examen des notes d’échéance dans le cadre du processus 7 – domaine 12 de la partie variable des frais d’administration 2019.
- Suivi de la balance âgée des factures TP de juin 2019 dans le cadre du processus 7 – domaine 12 de la partie variable des frais d’administration 2019.
- Examen des échéanciers dans le cadre du processus 7 – domaine 12 de la partie variable des frais d’administration 2019.
- Vérification de la correspondance des paiements collectifs avec les extraits bancaires dans le cadre du processus 7 – domaine 12 de la partie variable des frais d’administration 2019.

Les aspects vérifiés comprennent, par exemple :

- l'aptitude et l'efficacité de la gestion des risques stratégiques, opérationnels et financiers ;
- la fiabilité et l'intégrité des données comptables et d'autres informations essentielles (en général, sans participer à la vérification des comptes semi-annuels, des comptes annuels ou des comptes consolidés) ;
- l'effectivité et l'efficacité des processus opérationnels ;
- la vérification des mesures prises afin de protéger le patrimoine;
- la continuité et la fiabilité des systèmes d'information électroniques (par échange avec le réviseur);
- le respect des règles internes et externes (par exemple, les lois, les règlements, les directives internes) ;
- l'efficacité d'une bonne administration (gouvernance d'entreprise) ;
- le contrôle de la prévention, de la détection et du traitement des fraudes;
- les demandes ad hoc du comité de direction ou du Comité d'audit;
- les 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 3 fois en 2019.

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, 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 € 955.607,59 en 2019 contre € 939.994,39 en 2018 soit une augmentation de 1,66 %.

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 surtout été influencé par la clôture de l'assurance obligatoire de 2015. Cet exercice a été clôturé par un boni de € 455.200,85.

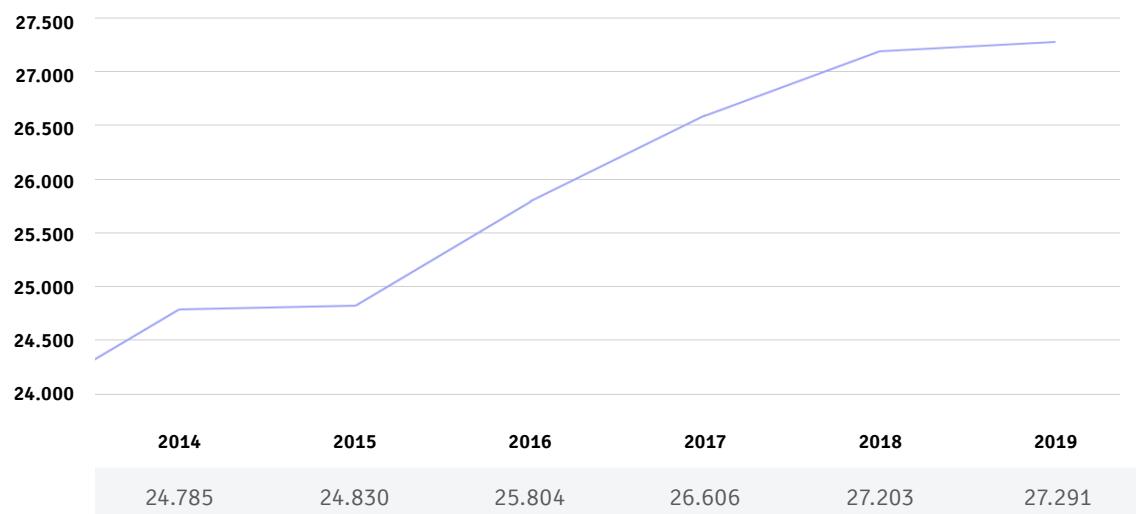
La clôture provisoire des frais d'administration 2019 résulte en un boni par rapport à notre budget mais pas nécessairement par rapport à la quote part à recevoir de l'INAMI.

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 2019, 27.291 personnes ont payé leur cotisation pour le service, par rapport à 27.203 en 2018. 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, 234 jeunes ont muté en notre faveur et 111 nous ont quitté pour un autre OA. 287 remboursements ont eu lieu pour cause de mariage, 566 pour cohabitation, 779 pour le 30^{ème} anniversaire et 471 pour d'autres raisons. Les mutations in/out sont reprises ci-après.

EPARGNE PRENUPTIALE	MUTATIONS IN PAR OA	MUTATIONS OUT PAR OA
OA 100	130	57
OA 300	89	40
OA 400	7	8
OA 500	8	6

Tableau – Nombre d'épargnants



Taux d'encaissement de la cotisation par mutualité

	COTISATIONS PERÇUES	%
203	559.399,40	95,84%
206	221.226,92	94,97%
216	831.116,51	95,33%
228	365.567,54	91,59%
235	589.629,85	98,47%
	2.566.940,22	

Résultat et fonds de roulement des services complémentaires

SERVICE	2019	FONDS DE ROULEMENT FIN 2019
S.U.E	285.810,26	1.112.531,16
MN Vacances	81.795,07	755.196,96
Epargne prénuptiale	-402.187,00	15.360.691,09
fonds spécial de réserve	-244,85	7.424.685,49
Centre administratif	-542.042,31	29.140.749,09
	-576.868,83	53.793.853,79



Bilan des services complémentaires

	2019	2018
ACTIF		
Actifs immobilisés	3.733.487,02	4.037.219,65
I. Frais d'établissement	0,00	0,00
II. Immobilisations incorporelles	0,00	0,00
III. Immobilisations corporelles	443.688,84	578.221,83
IV. Immobilisations financières	18.397,68	17.897,68
V. Créances à plus d'un an	3.271.400,50	3.441.100,14
Actifs circulants	101.169.471,52	100.215.291,98
VI. Stocks	0,00	0,00
VII. Créances à un an au plus	7.788.977,90	7.230.044,57
VIII. Placements de trésorerie	86.082.157,69	84.535.574,36
IX. Valeurs disponibles	6.078.710,80	7.193.552,31
X. Comptes de régularisation	1.219.625,13	1.256.120,74
Total de l'actif	104.902.958,54	104.252.511,63
PASSIF		
Capitaux propres	53.793.853,79	54.370.722,63
I. Réserves	53.793.853,79	54.370.722,63
II. Déficit cumulé	0,00	0,00
Provisions	19.802.341,50	20.607.584,57
III. Provisions techniques Epargne prénuptiale	19.802.341,50	20.593.301,22
IV. Provisions techniques Autres services	0,00	0,00
VI. Provisions pour risques et charges	0,00	14.283,35
Dettes	31.306.763,25	29.274.204,43
VII. Dettes à plus d'un an	28.872.655,80	27.376.124,55
VIII. Dettes à un an au plus	2.377.650,19	1.772.761,67
IX. Comptes de régularisation	56.457,26	125.318,21
Total du passif	104.902.958,54	104.252.511,63

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 69.141 assurés, tous produits confondus, soit 6,9 % de plus qu'en 2018, tandis que Neutra compte 119.074 membres (3,99 % de plus qu'en 2018). L'assurance frais médicaux MaxiPlan compte 5.362 affiliés au 31/12/2019.

L'assurance continuité HospiContinu compte 3.836 affiliés. En 2019, HospiPlus a enregistré 34.068 demandes d'interventions (ce chiffre est nettement plus élevé que les années précédentes à la suite de la demande de l'Office de contrôle de traiter dorénavant les soins ambulatoires maladies graves - AmbuPlan et AmbuPlus – comme produits distincts) pour € 8.576.411 que ses primes nettes s'élevaient à € 13.384.275. Elle termine l'année 2019 avec un boni de € 1.639.652 pour l'assurance hospitalisation. Les réserves au 31 décembre 2019 s'élèvent à € 11.943.149.

La S.M.A. Neutra est intervenue en 2019 à concurrence de € 20.014.516,23 pour 24.316 dossiers, ses primes se sont élevées à € 30.693.025,37 et elle termine l'année avec un boni de € 4.904.202,81 et une réserve de € 19.551.441,10.



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 2019, 19.075 factures ont été enregistrées au total via la carte HospiPlus. Nous comptions 2.907 séjours en chambre individuelle, 2.521 séjours en chambre à deux lits et 9.103 en chambre commun. Le prix moyen en chambre individuelle était de € 1.288, € 272 en chambre à deux lits et un séjour en chambre commune coûtait € 88.



Vlaamse sociale bescherming (protection sociale flamande)

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 154.774 membres.

En 2019, 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 sont élargies par les dispositifs d’aide à la mobilité et le financement des maisons de repos depuis le 1^{er} janvier 2019.

Gestion des membres

Tableau – Evolution du nombre de membres par caisse de soins

CAISSE DE SOINS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	QUOTE-PART	CROISSANCE 18-19
180	2.291.097	2.284.721	2.321.863	2.334.680	2.337.476	2.333.940	48,90%	-0,15%
280	132.471	136.665	144.177	147.234	151.037	154.774	3,24%	2,47%
380	896.342	893.475	906.607	911.730	918.183	923.097	19,34%	0,53%
480	274.346	271.283	275.140	272.735	270.453	268.633	5,63%	0,67%
580	496.029	507.174	535.930	544.664	553.608	561.683	11,76%	1,46%
680	444.819	502.458	480.898	503.020	522.779	530.831	11,13%	1,54%
TOTAL	4.613.423	4.674.836	4.664.652	4.714.063	4.753.536	4.772.958	100%	0,40%

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	2014	2015	2016	2017	2018	2019	QUOTE-PART	CROISSANCE 18-19
203	61.414	63.756	67.378	68.772	70.859	72.771	47,16%	2,70%
206	4.003	4.010	4.168	4.164	4.085	4.056	2,63%	-0,71%
216	104	90	84	82	387	355	0,23%	-8,27%
228	66	69	70	60	60	59	0,04%	-1,66%
235	66.308	68.235	71.858	73.263	75.421	77.051	49,9'%	2,16%
TOTAL	132.295	136.532	143.907	146.668	150.813	154.292	100%	2,30%

Evolution de l'effectif de la Neutrale Zorgkas Vlaanderen, ventilée par mutualité sur la base de statistiques des membres de la caisse de soins 28/12/2019

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
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
2019	5.661	72,53%	2.144	27,45%	7.805

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	228	235	TOTAL
2017	183	15	0	0	219	418
2018	193	13	0	0	246	453
2019	214	13	1	0	246	474

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	228	235	TOTAL
2017	909	23	1	0	1.705	2.642
2018	900	21	2	0	1.643	2.570
2019	993	25	6	0	1.687	2.711

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

Aides à la mobilité

Tableau – Nombre d'aides à la mobilité approuvés, ventilé par mutualité

	203	206	216	228	235	TOTAL
2019	1.126	74	11	1	1.300	2.512

Nombre d'aides à la mobilité approuvés, ventilé par mutualité – chiffres sur la base du suivi de la zorgkas.

ACTUALITÉ



CHAPITRE PRÉCÉDENT

CHAPITRE SUIVANT



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, 2018 et 2019, 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. En fonction de ceci, de nombreuses fusions ont été effectuées ou sont en cours dans le secteur mutualiste. Pour notre union nationale, il s’agit de la fusion 216-226-232 au 01/01/2019 et de la fusion 206-228 au 01/01/2021.

D’autres textes légaux sont en préparation à l’OCM, notamment en ce qui concerne la gouvernance et les élections mutualistes (à partir de 2022).

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 ?

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.

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.

MyCareNet

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 :

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.

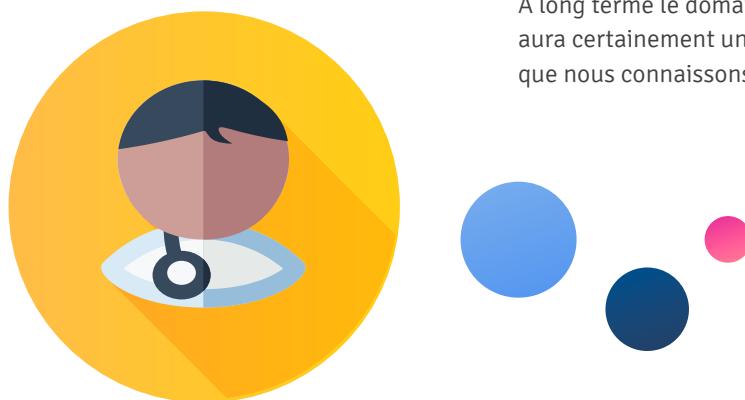
La liste des projets qu'englobe l'e-santé en Belgique ne s'arrête pas aux quelques termes cités ci-dessus !

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 du flux proactif, celui-ci sera organisé sur une base annuelle dès 2020, dans l'intérêt des personnes défavorisées.

Ci-après vous avez un aperçu du nombre de bénéficiaires à l'intervention majorée au 31/12/2019 et leur répartition par mutualité.

203	206	216	228	235	TOTAL
13.352	9.904	40.010	20.142	16.548	99.956
13,36 %	9,91 %	40,03 %	20,15 %	16,56 %	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 € 468,18 en 2018 et € 477,54 en 2019 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 06/01/2020.

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	3.213.530,01	14.928	215,27	9.214	348,77
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE 0,00 € À 18.231,97 €)	2.274.139,43	7.628	298,13	4.958	458,68
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE 18.231,98 € À 28.028,25 €)	4.568.390,90	13.109	348,49	7.567	603,73
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE 28.028,26 € À 37.824,56 €)	2.496.947,55	8.200	304,51	4.180	597,36
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE 37.824,57 € À 47.212,66 €)	900.310,81	3.129	287,73	1.517	593,48
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE 47.212,67 €)	1.158.872,99	4.657	248,85	2.058	563,11
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	3.612,45	2	1.806,23	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	149.559,20	538	277,99	n/a	n/a
TOTAL	14.765.363,34	52.191,00	473,40	29.494	527,52

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	3.038.295,13	14.324	212,11	9.108	333,59
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE 0,00 € À 18.620,31 €)	2.362.296,29	7.794	303,09	5.112	462,11
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE 18.620,32 € À 28.625,25 €)	4.206.012,45	13.329	315,55	7.758	542,15
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE 28.625,26 € À 38.630,22 €)	2.350.023,16	8.121	289,38	4.177	562,61
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE 38.630,23 € À 48.218,29 €)	838.921,89	3.049	275,15	1.487	564,17
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE 48.218,30 €)	1.071.876,61	4.327	247,72	1.964	545,76
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	2.363,71	4	590,93	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	186.703,54	586	318,61	n/a	n/a
TOTAL	14.056.492,78	51.534,00	319,07	29.606	501,73

Année M&F 2019 (Revenus 2017)

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	1.836.281,29	7.857	233,71	5.037	364,56
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE 0,00 € À 19.003,89 €)	1.281.741,76	3.163	405,23	2.213	579,19
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE 19.003,90 € À 29.214,93 €)	2.639.010,20	7.021	375,87	4.240	622,41
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE 29.214,94 € À 39.426,00 €)	1.426.697,50	4.147	344,03	2.180	654,45
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE 39.426,01 € À 49.211,59 €)	438.000,99	1.315	333,08	635	689,77
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE 49.211,60 €)	443.795,72	1.507	294,49	643	690,20
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	4.124,34	3	1.374,78	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	93.486,55	297	314,77	n/a	n/a
TOTAL	8.163.138,35	25.310,00	459,50	14.948	600,09



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 2019, Mutas a réceptionné 1.310 appels :

- 850 dossiers ont pu faire l'objet d'un suivi sur place et ont pu bénéficier d'une intervention de € 721.785,81. Nous notons donc une augmentation de 2,62 % par rapport à l'année 2018.
- Le top 3 des pays concernés sont la France, l'Espagne et l'Italie.
- 84 retours vers la Belgique ont été organisés par le service Mutas. 48,81 % des rapatriements ont été organisés par avion, dont 8,33 % 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 2019, le service S.U.E. est intervenu dans le cadre de 8.600 dossiers introduits à posteriori, pour un montant de € 233.821,78. Le nombre de dossiers est en diminution de 9,94 % par rapport à 2018. Cette diminution est due à la fusion de 3 mutualités. Les dépenses ont quant à elles diminué de 1,18 %.

Le total des dépenses de ce service s'élevait en 2019 à € 955.607,59 soit une augmentation de 1,66 % par rapport à 2018.

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 2019 :

- 45 % 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,
- 5 % consistent en des demandes d'interventions et d'avis divers.

Pour l'année écoulée, notre service a clôturé positivement 15 % des dossiers. Des avis ou des renseignements ont été communiqués dans 30 % des cas. 25 % 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 2019 sont actuellement toujours en cours de traitement par le service.

Risk Management

Au cours de l'exercice 2019, le mouvement neutre a entièrement revu sa politique de gestion des risques afin de s'assurer que seuls sont pris des risques compatibles avec la mission, la vision, les valeurs et les objectifs de l'organisation.

Un Comité de gestion des risques a été mis en place afin d'évaluer l'efficacité des mesures prises ainsi que les moyens et les compétences déployés afin d'identifier, mesurer, gérer et communiquer risques auxquels l'entreprise est exposée.

Les principaux risques opérationnels communs ont été répertoriés et des groupes de travail sur la gestion des risques ont été constitués afin de mettre en œuvre un plan d'actions visant à diminuer ces risques.

L'ensemble des travaux réalisés ainsi que ceux à poursuivre au cours des prochaines années permettront au mouvement neutre de se doter d'un système de gestion des risques solide reposant sur un travail d'équipe tant au niveau de l'union nationale qu'au niveau des mutualités qui lui sont affiliées.

Gouvernance

Conscient de ses responsabilités en tant qu'entrepreneur mutualiste, défenseur de ses membres et partenaire des pouvoirs publics, le Conseil d'administration a décidé – au-delà du strict respect de la loi, des règlements et des instructions des organes de tutelle – de se fixer des standards de gestion élevés. Ceux-ci ont été transposés dans la charte de gouvernance qui décrit le rôle et les responsabilités des organes statutaires et des fonctions de contrôles ; dans le code de conduite qui trace les lignes directrices concernant le comportement attendu par un administrateur, un dirigeant ou un collaborateur et définit les attentes minimales de l'entreprise concernant ceux-ci ainsi que dans la charte de gestion des risques qui a pour but de formaliser

les principes stratégiques en matière de gestion des risques au sein du mouvement neutre et qui témoigne de la manière dont ce dernier appréhende les risques auxquels il est soumis.

En adoptant ces chartes, le Conseil d'administration de l'union nationale en a étendu le champ d'application aux mutualités qui lui sont affiliées, aux sociétés mutualistes régionales que celles-ci ont créées ainsi qu'aux tiers contrôlés par l'union nationale et/ou par ses mutualités affiliées. De plus, en ordre subsidiaire, les mutualités neutres ont également mis en place au sein de leurs entités les chartes susmentionnées adaptées à leur fonctionnement propre mais reprenant tous les principes des chartes de l'union nationale.

Nouveau directeur opérationnel

Afin d'assister le Secrétaire général et le Secrétaire général adjoint dans la direction opérationnelle de l'union nationale et de leur permettre de se concentrer sur les aspects stratégiques, notamment dans le cadre de la 6ème réforme de l'Etat, le poste de «directeur opérationnel» a été

créé au sein du Secrétariat national. Monsieur Bob ENGELS a été recruté pour cette fonction; il a sous sa responsabilité les services Conventions Internationales, Expertise, Informatique, Juridique, Médical et Soins de Santé.

EFFECTIFS

[CHAPITRE PRÉCÉDENT](#)[CHAPITRE SUIVANT](#)

Effectifs au 31/12/2019 et évolution depuis 2018

Tandis que la progression moyenne de la population assurée est de 0,53 %, notre effectif a augmenté de 1,95 % :

EFFECTIFS	BELGES	*CI	TOTAL	BELGES	*CI	TOTAL	EVOLUTION TITUL. BELGES	%
	31/12/2019			31/12/2018				
TITULAIRES	379.655	10.950	390.605	371.435	10.088	381.523	8.220	2,21%
PERSONNES À CHARGE	173.363		173.363	170.985		170.985	2.378	1,39%
TOTAL	**553.018	10.950	563.968	**542.420	10.088	552.508	10.598	1,95%

Evolution de toutes les unions nationales :

	***31/12/2019	***31/12/2018	2019%	2018%	%EVOLUTION
ANMC	4.603.027	4.603.316	40,60%	40,82%	-0,01%
UNMN	***555.574	***545.389	4,90%	4,84%	1,87%
UNMS	3.234.893	3.210.734	28,53%	28,47%	0,75%
UNML	542.791	545.463	4,79%	4,84%	-0,49%
MLOZ	2.189.984	2.165.726	19,32%	19,20%	1,12%
CAAMI	108.587	105.735	0,96%	0,94%	2,70%
SNCB	102.346	101.453	0,90%	0,90%	0,88%
TOTAL GÉNÉRAL	11.337.202	11.277.816	100,00%	100,00%	0,53%

* 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



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
203	59.161	62.284	65.300	67.997	70.826	73.389	75.673	78.314	80.838	83.934
206	35.787	35.512	34.627	34.189	34.922	34.872	35.147	36.154	36.113	36.601
216	116.138	117.682	118.129	118.906	119.854	120.881	122.199	123.832	125.415	127.118
228	45.572	47.208	48.151	49.134	49.773	50.824	52.043	53.071	54.096	55.412
235	69.973	71.077	71.873	73.246	75.452	78.120	80.402	82.349	85.061	87.540
TOTAL	326.631	333.763	338.080	343.472	350.827	358.086	365.464	373.720	381.523	390.605



05

 SOMMAIRE

ORGANIGRAMME AU 31/12/2019

 CHAPITRE PRÉCÉDENT

Assemblée générale

PRÉSIDENT

Emile DOCQUIER

VICE-PRÉSIDENT

Marc DE MOOR

SECOND VICE-PRÉSIDENT

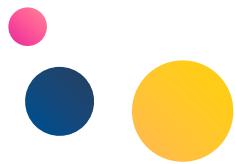
Edouard DENOEL

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 SCHAERLAEKENS	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

LA MUTUALITE NEUTRE

216

Jean ARNOULD	Marc DELVIESMAISON	Eric HANOUILLE
Cécile BODSON	Edouard DENOEL	Guy HUSQUET
Annette BUTTIENS	José DERIDDER †	Hubert LAMMERETZ
Francis CAMBERLIN	Jacques DETHIER	Albert LEGENDRE
Roger CHIF	Alain DEVOS	Georges MAES
Claude CURVERS	Léon FIEVET	Michel MARIQUE
Alain DACHY	Jacqueline FOCANT	Christiane MULLENDER
Désirée DECLERCQ	Joseph GANASSIN	Claude PONTE
Claude DEGREZ	Jean-Bernard GERARDY	André VALENTIN
Mauricette DELANNOY	Jean-Claude GILLON	Philippe WILLEZ
Caroline DELOR		

Conseillers

Maurice DAL MOLIN	Jean-Marie DELWICHE	Louise SKRZYPCZAK
Aimée DECLERCQ	Pascal DEVOS	

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
------------------	------------------

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 MINOODT
--------------	-----------------

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

SECOND VICE-PRÉSIDENT

Edouard DENOEL

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

LA MUTUALITE NEUTRE

216

Jean ARNOULD

Marc DELVIESMAISON

Jean-Bernard GERARDY

Cécile BODSON

Edouard DENOEL

Georges MAES

Roger CHIF

Alain DEVOS

Michel MARIQUE

Claude CURVERS

Jacqueline FOCANT

Christiane MULLENDER

Caroline DELOR

Joseph GANASSIN

Conseillers

Désirée DECLERCQ

Eric HANOUILLE

Philippe WILLEZ

Léon FIEVET

Louise SKRZYPCZAK

MUTUALIA - MUTUALITÉ NEUTRE

228

Catherine DAUBY

Francis HORTELAN

Alain LEGRAND

Emile DOCQUIER

Yves LAMBORAY

Monique SCHMITZ

Conseillers

Philippe GEORIS

Michel HARHELLIER



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

Second Vice-président

Edouard DENOEL

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 HANOUILLE

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

Katrien MORTELmans

Nathalie BERNARD

Sandra FERNANDES CARREIRA

Myriam WAUTERS

Carine DEMELENNE

Francis FIVEZ

Comité de rémunération

Michel BECKERS	Edouard DENOEL	Philippe MAYNE
Marc DE MOOR	Emile DOCQUIER	Wim VAN BEECK

Comité d'audit

Michel BECKERS	Michel MARIQUE	Wim VAN BEECK
Marc DE MOOR	Philippe MAYNE	Anne VERHEYDEN

Comité de gestion des risques

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 836 personnes, soit 759 équivalents temps pleins.

MUTUALITÉ	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	ETP	NOMBRE DE MEMBRES DU PERSONNEL
203	83	62	126,60	145
206	49	5	53,00	54
216	178	64	223,10	242
228	51	29	72,58	80
235	78	81	136,30	159
200	86	19	100,10	105
250/01	10	6	14,40	16
250/02	26	2	27,40	28
280/03	4	3	5,90	7
TOTAL	565	271	759,38	836

(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

