



Rapport annuel des Mutualités Libres

2018

Let's get digital!



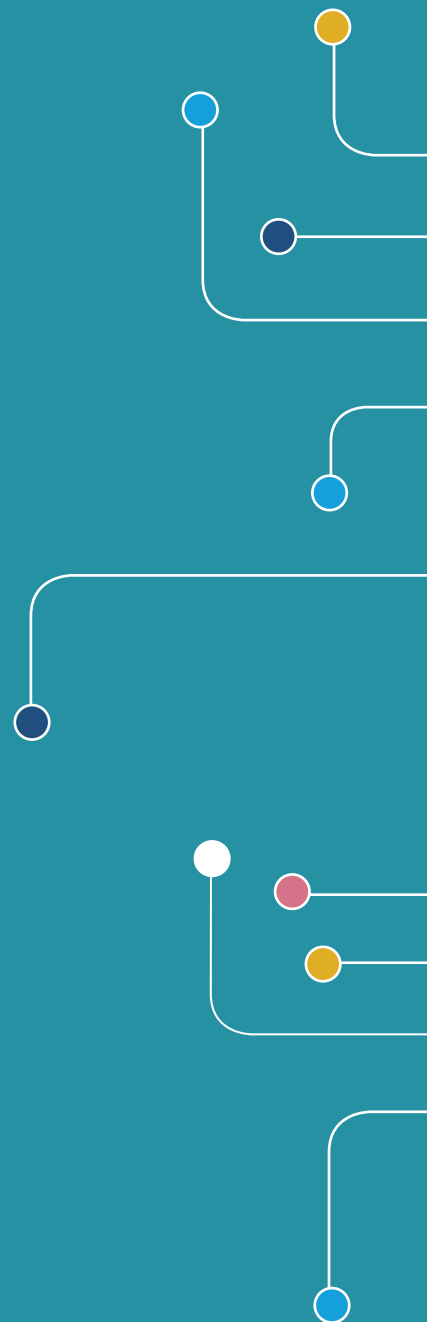
Rapport annuel 2018 des Mutualités Libres

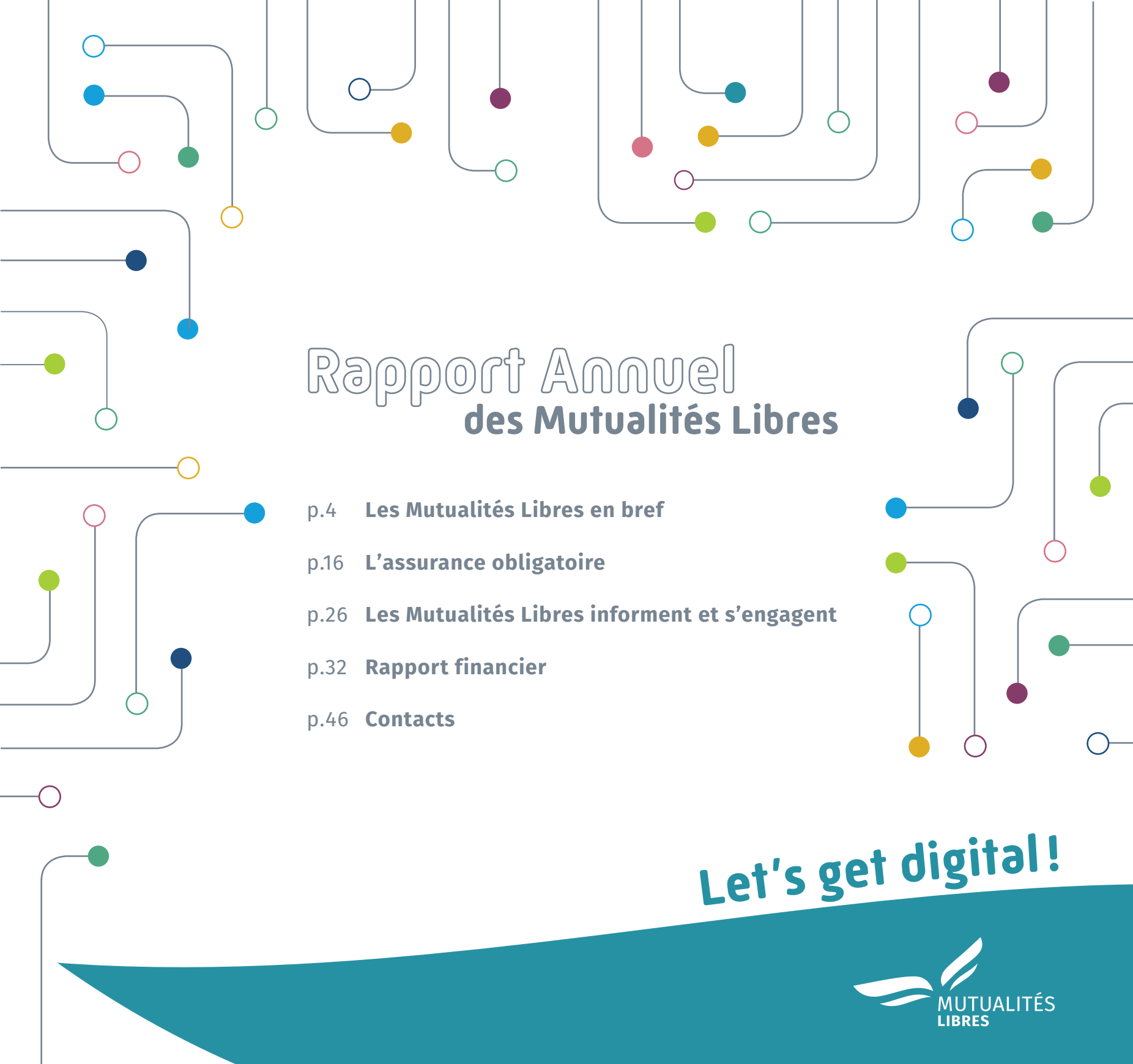
Rédaction & coordination / Nathalie Renna

Mise en page / Leen Verstraete

Ont participé à la rédaction / Olivier Bogaert, Xavier Brenez, Aude Clève, Stéphanie Brisson, Olivier Callebaut, Gisèle Henrotte, Christian Horemans, Greta De Geest, Regina De Paepe, Marianne Dereppe, Lies Dobbelaere, Caroline Lodewickx, Thierry Maroïl, Annemie Mathues, Dany Moreau, Winny Ooms, Nathalie Renna, Piet Van Eenoooghe, François-Xavier van Meerbeeck, Julie Van Nieuwenhove, Barbara Van Ransbeeck, Geertje Vandecappelle, Angélique Vanderbracht, Els Vandermeulen, Vanessa Vanrillaer, Dick Vanwolleghem, Steven Vervae et Jean Vigneron.

www.mloz.be -  [@MutLibres](https://twitter.com/MutLibres)





Rapport Annuel des Mutualités Libres

- p.4 **Les Mutualités Libres en bref**
- p.16 **L'assurance obligatoire**
- p.26 **Les Mutualités Libres informent et s'engagent**
- p.32 **Rapport financier**
- p.46 **Contacts**

Let's get digital!

Qui sommes-nous ?

Que faisons-nous ?

Acteurs de la santé **proactifs** et **innovants** pour **leurs affiliés**, les Mutualités Libres garantissent des services de qualité adaptés aux exigences et besoins actuels dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Groupe
MLOZ =
Mutualités Libres
Onafhankelijke Ziekenfondsen



2.190.137
affiliés

+ 17.697 affiliés
par rapport à 2017

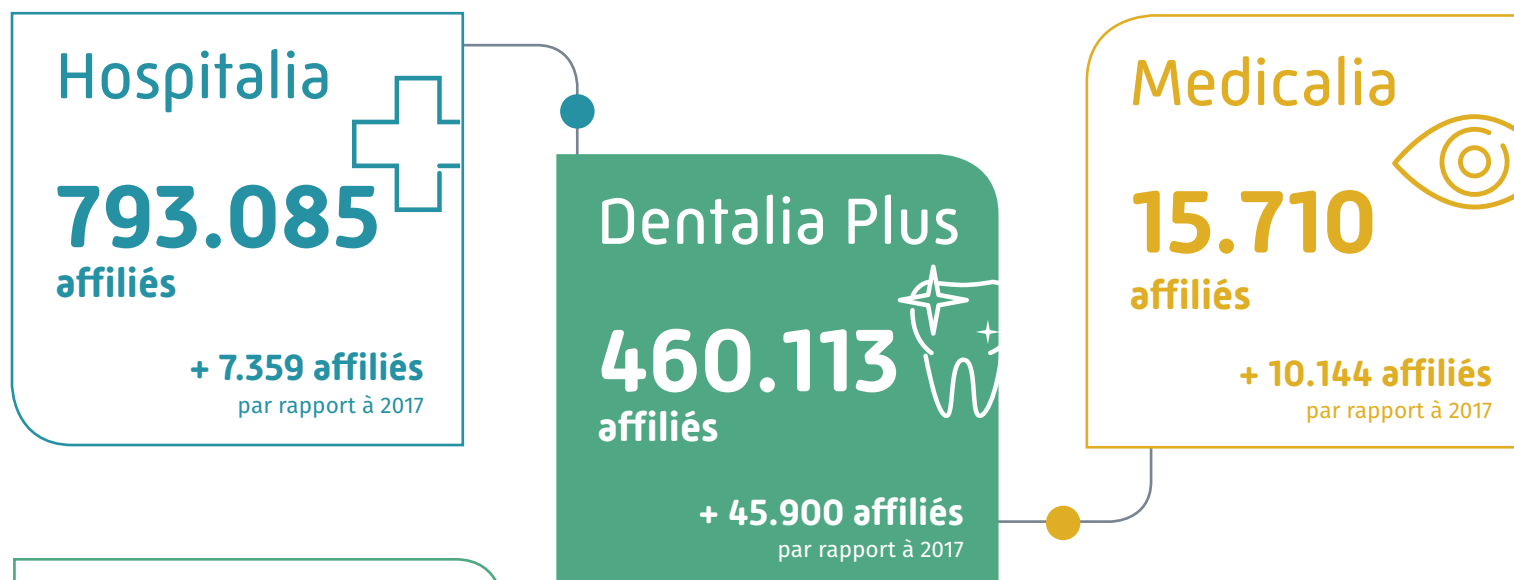
19%

Les Mutualités Libres
représentent 19 % de la
population belge



Mutualités Libres

OZ
Omnimut
Partenamut
Freie Kränkenkasse
Partena Ziekenfonds



Nos entités de support

APROSS

L'asbl Apross a pour objet de soutenir les activités de l'Union Nationale des Mutualités Libres. Elle est propriétaire de la maison de séjours de soins Dunepanne. Elle propose également des formations dans le secteur de l'assurance maladie.

MLOZ Insurance

Cette société mutualiste d'assurances regroupe les produits Hospitalia, Dentalia Plus et Medicalia.

MLOZ IT

Cette asbl fournit aux Mutualités Libres les outils informatiques nécessaires et gère l'ensemble des infrastructures techniques consolidées supportant le "core business" des Mutualités Libres.

HEARIS

La société coopérative HEARIS assume le rôle de centrale d'achats pour l'équipement informatique des Mutualités Libres.

Que faisons-nous ?

1. Interlocuteur légal

vis-à-vis des autorités et des acteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2. Centre d'expertise

pour des matières spécifiques telles que la réglementation belge et européenne, le médical, le juridique, les études stratégiques, les Conventions internationales.

3. Centre de services

pour nos 5 Mutualités Libres concernant les activités telles que l'information, la digitalisation, le suivi de contentieux, la création d'outils et d'applications propres, la tarification, etc.

Notre structure communautaire

Les Mutualités Libres disposent, en Flandre et à Bruxelles, d'une structure décentralisée appelée "MOB Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen" qui offre les services prévus dans le cadre de l'assurance dépendance "Zorgverzekering".

“ Les projets existants doivent maintenant être complètement déployés

– Xavier Brenez

En 2018, la digitalisation des soins de santé s'est accélérée, avec notamment la mise en production d'eAttest pour les médecins généralistes. Cette digitalisation implique une simplification administrative pour les affiliés, ce qui a toujours été l'objectif principal poursuivi par les Mutualités Libres. Xavier Brenez, directeur général des Mutualités Libres, revient sur les projets mis en œuvre et les priorités en matière de digitalisation des soins de santé.

Quelle a été la principale réalisation en matière d'eSanté et de simplification administrative en 2018 ?

Xavier Brenez : L'attestation électronique pour les généralistes (eAttest) est le grand projet de 2018. Cela fait déjà très longtemps que nous défendons ce projet qui permet une simplification importante pour toutes les parties : les médecins, les mutualités et l'affilié. Ce dernier reçoit dorénavant un remboursement un à deux jours après une consultation, ce qui représente un réel avantage. Ce projet a en outre reçu l'adhésion des prestataires. Selon l'enquête réalisée par le Collège Intermutualiste National (CIN), près d'un généraliste sur deux a utilisé eAttest en 2018 (voir p. 10).

Quelles sont justement les réalisations qui verront le jour dans les prochaines années ?

X.B. : Nous avons beaucoup investi dans le domaine des soins de santé. Maintenant, le plus gros défi sera de développer la digitalisation dans le domaine de

l'incapacité de travail de la même manière. Actuellement, il s'agit d'un processus compliqué pour l'affilié, qui se trouve lui-même dans une situation difficile de maladie. Or, il est confronté à une grande complexité administrative : il reçoit un certificat, doit le remettre à son employeur, à sa mutualité, remplir des informations, les transmettre à la mutualité, l'employeur doit prendre contact avec la mutualité,... Bref, nous aimerions en arriver à une situation où le certificat électronique part du médecin et est automatiquement envoyé à l'employeur ainsi qu'à la mutualité qui peut démarrer le processus d'incapacité de travail. Toutes les informations nous parviendraient automatiquement, limitant ainsi les erreurs et les délais consécutifs à un manque d'informations.

Quelle est votre priorité en matière de digitalisation ?

X.B. : Notre objectif n'est pas de continuellement mettre en place de nouveaux grands projets, mais plutôt de faire en sorte que les projets initiés soient maintenant complètement déployés. C'est-à-dire qu'ils s'appliquent

“ **Notre objectif est de digitaliser 80 % des documents médico-administratifs (factures, attestations de soins, certificats médicaux,...) d’ici 2022 et 100 % d’ici 2025.**



à l’ensemble des prestataires, et qu’ils deviennent obligatoires après que le projet ait fait ses maladies de jeunesse, une période qu’on estime généralement à deux ans. Ensuite, des dispositions légales devraient être mises en place pour rendre le nouveau système obligatoire et éviter de maintenir la coexistence – très coûteuse – d’un système papier et d’un système électronique. Notre objectif est de digitaliser 80 % des documents médico-administratifs (factures, attestations de soins, certificats médicaux,...) d’ici 2022 et 100 % d’ici 2025. Et ce, afin de simplifier le processus pour l’affilié, ce qui reste notre objectif principal.

Comment nos mutualités ont-elles emboîté le pas de la digitalisation et de la simplification administrative pour leurs membres ces dernières années ?

X.B. : La digitalisation a toujours été un domaine dans lequel les Mutualités Libres ont beaucoup investi. En 2018, plusieurs sites web ont été modernisés, améliorés, avec notamment des fonctionnalités complémentaires. Nous avons été les premières mutualités à mettre en

place l’authentification avec itsme®. Ce fut une très bonne surprise et nous espérons que cette initiative va être généralisée sur le marché afin de passer rapidement à la deuxième étape qui nous permettra d’utiliser cette application pour signer une transaction, une affiliation,... De plus, itsme® présente également l’avantage de “l’authentification unique” pour accéder aux dossiers médicaux partagés sur les plateformes régionales Abrumet, Vitalink et le Réseau Santé Wallon. Nous avons donc effectué un travail important pour moderniser l’existant et le faire évoluer afin de permettre à nos affiliés d’effectuer les transactions de base de manière électronique : consulter un dossier, s’identifier, signer, donner des informations, etc. Dans le cadre de notre plan stratégique 2018-2020, nous prévoyons également d’identifier les événements les plus importants pour l’affilié afin de lui proposer un trajet entièrement digital. Et enfin, notre objectif est aussi de développer des services annexes et le recours à de nouveaux canaux comme WhatsApp, Skype... mais aussi des partenariats avec des développeurs d’applications pour enrichir nos propres services. Les applications Vitalité et Helpper en sont des exemples (voir p. 13).



Le thème de la digitalisation s'est également invité lors du symposium de décembre, mais sous l'angle de l'utilisation par les jeunes. Quel rôle peuvent jouer les mutualités à ce niveau ?

X.B. : La digitalisation présente en effet de nombreux avantages, mais il faut également être conscient qu'elle fait émerger de nouveaux risques, notamment chez les jeunes. Notre rôle en tant que mutualité n'est pas d'être moralisateur, mais d'informer les gens sur les risques que peut présenter ce genre d'évolution et de partager les bonnes pratiques et les recommandations qui émanent de la société civile, du secteur associatif ou des prestataires (voir p. 31).

Mettre en place des projets de digitalisation, cela représente également un véritable challenge IT.... Comment garantir une collaboration efficace ?

X.B. : En effet, un challenge technique tout d'abord, pour ouvrir nos anciennes applications monolithiques à la digitalisation, les rendre plus flexibles. Nous y travaillons depuis plus de dix ans déjà... En revanche, nous avons récemment mis en place une autre manière de fonctionner, plus flexible, avec des résultats plus tangibles, plus rapides,... Il s'agit de notre projet TOM v2, un grand projet de collaboration entre le business et l'IT soutenu, en partie, par la méthode Agile, et qui rend les équipes plus autonomes. Ce système permet aux utilisateurs, côté business, d'être à la manœuvre et de déterminer les priorités tout en travaillant de manière étroite avec l'IT



Notre volonté est de renforcer l'action de la mutualité avec des services annexes dans le domaine de la santé et de l'aide à la personne.

ainsi que de veiller à ce que ces priorités soient livrées de manière progressive. Dix équipes sont déjà en place. En 2019, l'ensemble des équipes fonctionneront de la sorte. Les échos actuels sont d'ailleurs très positifs : selon nos enquêtes, les collaborateurs ont jugé que la qualité du travail et des développements s'est améliorée et la majorité d'entre eux ne souhaitent pas en revenir au mode de fonctionnement précédent (voir p. 11).

En 2018, une nouvelle fusion a été annoncée. Les Mutualités Libres s'orientent de plus en plus vers un modèle régional. Quels en sont les avantages ?

X.B. : Partenamut et Omnimut ont effectivement annoncé leur fusion pour le 1er janvier 2020 et des discussions sont en cours pour une fusion des mutualités flamandes pour le 1er janvier 2022. Rassembler les mutualités sur une base régionale a tout son sens. De nombreux services fonctionnent en effet sur une base régionale, avec un ancrage et des partenariats locaux. Notre volonté est de renforcer l'action de la mutualité avec des services annexes dans le domaine de la santé et de l'aide à la personne. Cette taille et cet ancrage au niveau régional sont absolument nécessaires. Et cela peut parfaitement coexister avec une assurance maladie invalidité qui reste fédérale.

Comment a-t-on avancé dans le dossier de la régionalisation en 2018 ?

X.B. : Elle devait être mise en place pour le 1er janvier. Et ce, dans des circonstances qui étaient extrêmement difficiles, avec des exigences différentes de chaque niveau de pouvoir, une collaboration entre les niveaux de pouvoir loin d'être optimale... Ceci dit, tous les risques qui avaient été mis en avant au moment de la signature de l'accord papillon, se sont bien matérialisés. Les mutualités, mais aussi de nombreux acteurs de la santé avaient mis en garde sur les risques de cette complexité : continuité des soins du patient, insécurités juridiques, nécessité d'une collaboration extrêmement forte entre les niveaux de pouvoir... A chaque réforme de l'Etat, la situation s'est aggravée, c'est pourquoi à l'avenir il faudra vraiment réfléchir avant d'en mener une nouvelle. La priorité doit être de faire fonctionner le modèle existant et de résoudre ses dysfonctionnements.

Quel bilan digital peut-on donc tirer de cette année 2018 ?

X.B. : Un bilan très positif, avec des résultats tangibles et des changements importants. Bien sûr, on voudrait toujours aller plus vite, mais nous devons composer avec la complexité de notre environnement. De plus, il faut pouvoir tirer des leçons de nos expériences et chercher à sans cesse s'améliorer : entreprendre moins de projets, se focaliser sur ceux qui ont du sens pour les affiliés et les prestataires et faire en sorte que les acteurs soient bien éligés.

Projets 2018

La transformation digitale et la simplification administrative pour nos affiliés sont au cœur des projets développés par les Mutualités Libres depuis plusieurs années. L'année 2018 a également été marquée par d'autres réalisations qui ont permis d'améliorer significativement notre fonctionnement. En voici un petit aperçu !

Gros plan sur nos projets de digitalisation des soins de santé

Depuis le 1er janvier 2018, **les médecins généralistes ont la possibilité d'attester les soins donnés de manière électronique avec eAttest** plutôt que de remettre une attestation papier à leurs patients. Après chaque consultation dans son cabinet, le médecin introduit les données de la prestation de soins dans un logiciel sécurisé. Ces informations sont alors immédiatement contrôlées et envoyées à la mutualité, qui se charge de rembourser le montant au patient. eAttest offre de nombreux avantages pour l'affilié, pour la mutualité et pour le prestataire : simplification administrative, processus automatique, remboursement plus rapide, diminution des risques d'erreurs,... Fin 2018, le Collège Inter-mutualiste National (CIN) a mené une enquête auprès des citoyens et des prestataires pour évaluer leur satisfaction et leur utilisation de ce nouvel outil. Les résultats très positifs ont démontré que les citoyens sont très satisfaits de la suppression de cette paperasserie et du remboursement plus rapide qu'offre eAttest. Du côté des prestataires, l'enquête a dévoilé qu'après 1 an, plus de **6.000 médecins généralistes utilisent déjà eAttest**. Ce qui correspond à un peu plus de la moitié des généralistes actifs dans notre pays.

Avec **eFact**, les médecins généralistes, les spécialistes et les dentistes peuvent également facturer électroniquement **dans le cadre du régime du tiers-payant via le réseau MyCareNet**. En 2018, l'objectif était

d'augmenter le nombre de médecins généralistes et des spécialistes qui utilisent ces outils. Fin 2018, on comptait plus de 7.000 utilisateurs eFact et chaque mois, entre 230.000 et 250.000 prestations sont attestées via ce circuit.

Pour obtenir le **remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques** (dites du "Chapitre IV"), il est nécessaire d'obtenir l'accord du médecin-conseil. Depuis 2013, **ces demandes s'effectuent de manière électronique entre le médecin traitant et le médecin-conseil**. Ce traitement automatique représente un avantage indéniable pour le patient qui ne doit plus se rendre à sa mutualité pour obtenir l'accord du médecin-conseil. Actuellement, **environ 36 % des demandes du Chapitre IV sont traitées de manière électronique**.

Notre outil 4CP (For Care Provider) permet aux prestataires de soins et aux hôpitaux d'avoir accès à tous les détails de leurs factures et paiements. Plus de **4.500 prestataires de soins utilisent notre plateforme 4CP** parmi lesquels 2.927 médecins généralistes, 1.500 infirmières, etc.

Au-delà de la continuité du déploiement des services existants, les prochaines étapes seront la mise en production des services eAttest dentistes pour juin 2019 et eAttest médecins spécialistes durant le premier semestre 2020. Pour réaliser ces projets, les Mutualités Libres collaborent avec les autres organismes assureurs, l'INAMI et bien sûr les prestataires. Ces avancées technologiques offrent de nombreux avantages : simplicité, rapidité,... un vrai service en plus pour nos membres et pour les prestataires de soins !



Les Mutualités Libres obtiennent l'accréditation Investors in People

Le label Investors in People (IIP) est reconnu sur le marché de l'emploi. Il récompense les organisations qui arrivent à faire rimer performances organisationnelles avec épanouissement personnel. En 2018, les Mutualités Libres ont rejoint le cercle fermé des organisations accréditées par ce label très convoité.

Pour rappel, Investors in People est un référentiel d'optimisation de la performance par le renforcement des compétences et de la motivation du personnel. Cette accréditation IIP nous a été octroyée au terme d'une évaluation approfondie à laquelle de nombreux collaborateurs ont contribué. "Les Mutualités Libres apportent continuellement des améliorations à leurs processus et mettent en place diverses activités de développement", précise Pascal Engels, Managing Director IIP. "Les discussions ont permis de déduire que **les Mutualités Libres sont orientées vers l'avenir, tant en ce qui concerne la croissance de leurs activités principales qu'au niveau du développement de leurs collaborateurs.** Cette double préoccupation a un impact positif sur l'expérience des collaborateurs : une grande majorité d'entre eux indiquent qu'ils sont heureux de faire partie de l'organisation et qu'ils souhaitent participer aux projets d'avenir des Mutualités Libres." Pendant les 3 prochaines années, des actions permanentes devront être développées pour maintenir le niveau de compétence, d'enthousiasme, de motivation et d'engagement des collaborateurs.

Le projet TOM v2 à l'honneur dans le magazine HR Square

Pour réaliser tous les projets et services de digitalisation, les Mutualités Libres ont misé sur de **nouvelles méthodes de fonctionnement permettant une meilleure collaboration du business et de l'IT.** La méthode Agile a été choisie pour soutenir ce trajet de changement, baptisé TOM v2. Cette nouvelle manière de fonctionner favorise l'autonomie et la responsabilisation des équipes tout en permettant de livrer des résultats fidèles aux objectifs fixés. Et cette formule porte ses fruits ! A côté des résultats tangibles, de la satisfaction des collaborateurs évaluée dans des enquêtes de satisfaction régulières, notre fonctionnement a également obtenu la reconnaissance du secteur à travers une large interview dans le magazine HR Square.



Les cabinets médicaux sur les rails !

En 2018, le projet appelé Optimisation du Droit Médical (ODM) s'est poursuivi afin de mieux répartir la charge de travail entre médecins-conseils et paramédicaux et permettre un meilleur accompagnement pour nos affiliés. **Le déploiement des cabinets, des équipes et de la logistique s'est clôturé, amenant le nombre de cabinets à 20.** Plusieurs réalisations menées en 2018 ont permis d'optimiser encore davantage le fonctionnement des cabinets, tout en finalisant la mise en place des réseaux.

Automatisation des convocations

Un nouveau système informatique permet dorénavant d'enregistrer toutes les convocations dans l'agenda des médecins-conseils et des paramédicaux en fonction de leur niveau de priorité. Les affiliés reçoivent automatiquement une lettre de convocation par la suite. Avec ce nouveau système, les délais légaux impératifs sont mieux respectés et l'affilié bénéficie d'un meilleur accompagnement.

Gestion centrale des thèses semi-automatiques

Chaque année, près de 1.000 recours parviennent aux Tribunaux du travail suite aux décisions prises par nos médecins-conseils. Pour chacun de ces recours, le médecin-conseil doit motiver sa décision conformément à la réglementation, selon différents critères. Un travail administratif et documentaire qui nécessite plusieurs heures selon la complexité du dossier. C'est pourquoi, la nécessité d'alléger la charge administrative des médecins-conseils s'est imposée et une procédure de gestion centrale des thèses avec rédaction semi-automatisée a vu le jour. Concrètement, le procédé consiste à récupérer des données et à les introduire dans des champs paramétrés de telle sorte qu'ils vont générer un document reprenant la thèse préconstruite selon les éléments médico-légaux. Ces canevas, testés en 2018 et mis en production en février 2019, permettront un gain de temps significatif pour le médecin-conseil.

3 régions

Afin de renforcer l'encadrement opérationnel des cabinets, un troisième Regional Operational Manager (ROM) a été nommé en 2018. Cette troisième région couvre les cabinets de Bruxelles et des deux Brabant et s'ajoute aux deux régions regroupant les cabinets flamands et wallons.

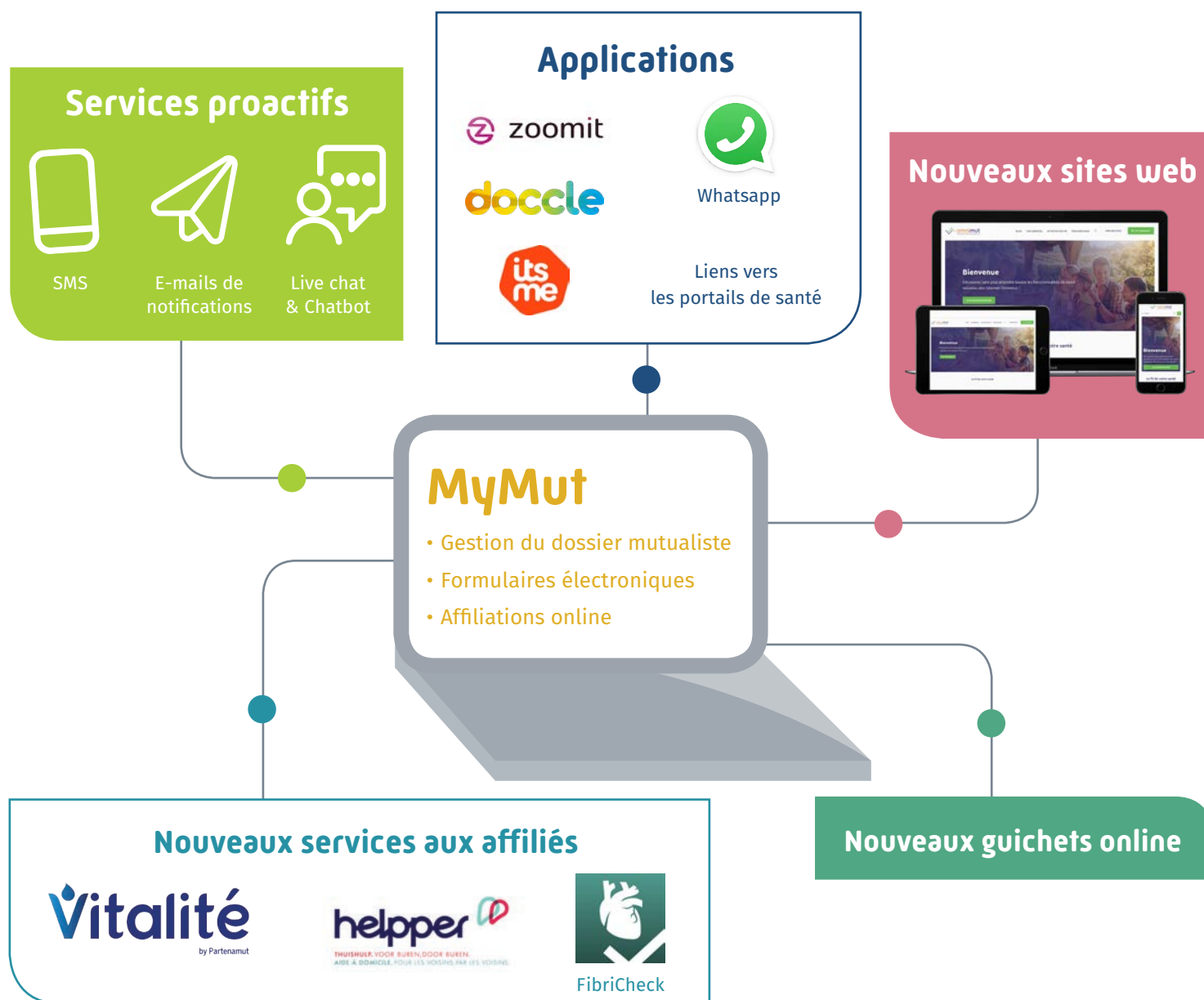


Face à une personne apte à reprendre le travail, le médecin-conseil est dorénavant en mesure de proposer un accompagnement qui corresponde à la fois aux capacités médicales et aux compétences professionnelles de l'affilié.

Un meilleur accompagnement des personnes en incapacité de travail

En Belgique, ces dernières années, le nombre de personnes en incapacité de travail a sensiblement augmenté, faisant significativement croître les dépenses dans ce secteur. De nombreuses initiatives ont été prises pour infléchir cette tendance, parmi lesquelles la mise en place de trajets de réinsertion professionnelle. **Le programme de réinsertion professionnelle vise la reprise du travail de l'affilié en incapacité de travail, en tenant compte de ses capacités physiques et psychiques.** Après 2 mois d'incapacité, un questionnaire médical est envoyé à l'affilié afin d'évaluer sa situation et de lancer les actions nécessaires pour **encadrer la reprise éventuelle de ses activités.** Le rôle du médecin-conseil étant à la fois d'effectuer une évaluation sur base de critères médicaux, mais aussi d'estimer, en fonction de ses compétences professionnelles, quand et dans quelles conditions l'affilié pourra reprendre une activité professionnelle s'il en a les capacités. Face à une personne apte à reprendre le travail, **le médecin-conseil est dorénavant en mesure de proposer un accompagnement qui corresponde à la fois aux capacités médicales et aux compétences professionnelles de l'affilié.** S'agit-il d'une personne qui a besoin que son poste de travail soit adapté ? Une formation est-elle nécessaire ? La personne doit-elle se diriger vers une autre activité parmi celles qu'il ou elle a déjà exercées précédemment ? Dans tous les cas, l'accompagnement s'effectue en fonction du profil de l'affilié et sur base volontaire.

Les Mutualités Libres, toujours plus digitales



Administration, direction et surveillance

Conseil d'administration

Membres élus par l'Assemblée Générale du 28 septembre 2016

Président - Pierre Bouckaert

Directeur Général - Xavier Brennez

Directeur Général adjoint - Bernard Geubelle

Secrétaire national - Thierry Steylemans

Membres effectifs

Sagrario Carballo-Martinez

Elisabeth de Bethune

Pascal De Coene

Jean-Pierre de Jamblinne de Meux

Bernard De Roover

Thierry De Thibault (*démission au 26/10/2018*)

Marcel Dengis

Marie-Gemma Dequae

René Deweseler

Michel Eertmans

Daniel Ferette

Hubert Heck

Vincent Jonckheere

Jacques Jonet*

Stefaan Lauwers

Baudouin Lemaire*

Peter Leyman

Roger Mertens

Alex Parisel

Eric Pellegroms

Freddy Piron

Rudi Reyntjens

Christian Roulling

Rik Selleslaghs

Thierry Steylemans

Rosita Van Maele

Edward Van Vré

Eric Vereecken

Alex Verheyden

Jean Wallemacq

Lucas Willemyns

* *Vice-Présidents*

Conseillers

Bernard Noel

Gustave Nowicki, *Président honoraire*

Comité de Direction

Président - Xavier Brenez

Membres effectifs

Bernard Geubelle (500)

Rik Selleslaghs (501)

Freddy Piron (506)

Alex Parisel (509)

Hubert Heck (515)

Stefaan Lauwers (526)

Surveillance

Interne

Comité d'audit

Président - Michel Eertmans

Administrateurs indépendants

Edward Van Vré

Sagrario Carballo-Martinez

Marie-Gemma Dequae

Représentants de la Direction

Xavier Brenez

Dick Vanwolleghe

Externe

EY

Réviseurs d'entreprises S.C.R.L.

Représentée par Marie-Laure Moreau,
associée

Le digital au cœur du secteur des soins de santé

La transformation digitale présente une plus-value indéniable pour la qualité des soins de santé et l'efficacité de nombreux processus administratifs. Ces dernières années, les autorités se sont notamment engagées à poursuivre les actions entreprises. Voici un petit tour d'horizon des initiatives qui ont vu le jour en matière d'eSanté dans notre pays.

Un plan d'action pour l'eSanté

Depuis 2013, le plan national eSanté 2013-2018 guide la transformation digitale de notre système de soins de santé. Il est le fruit d'un travail conjoint entre tous les ministres belges de la santé, fédéraux et régionaux. Une mise à jour a été effectuée en 2015. La digitalisation étant un "travail en cours", une nouvelle édition 2019-2021 a été approuvée en Conférence interministérielle, début 2019.

Ces dernières années, **l'eSanté a en effet démontré qu'elle avait un potentiel immense, porteur de valeur ajoutée et d'économies.** Dans le contexte actuel de mise sous pression des frais d'administration, nous sommes invités à investir dans la digitalisation pour améliorer l'efficacité et la simplification administrative. La digitalisation des processus et la collecte des données sont des conditions sine qua non pour mieux détecter les erreurs administratives, les facturations erronées et inadéquates, les fraudes... Certes, l'exploitation des données, et plus particulièrement le couplage de données provenant de différents environnements, n'en est encore qu'à ses prémices. Toutefois, il est nécessaire de poursuivre les initiatives visant à lever les obstacles aux projets Big Data afin de confirmer le potentiel des données dans les domaines de la prédiction du risque, de la précision du diagnostic, de l'orientation thérapeutique et de la réduction des coûts.

N'oublions pas non plus que **la digitalisation permet d'augmenter la qualité des soins, améliorer la santé et favoriser l'empowerment des patients.** Les prestataires de soins ont été submergés de sites web, directives et best practices, sans que ces recommandations ne soient implémentées dans leurs programmes informatiques de support au diagnostic et à la thérapie. C'est pourquoi, un réseau d'evidence-based practice a vu le jour en 2018. Il doit intégrer et coordonner toutes les initiatives aujourd'hui isolées. A l'avenir, ces informations rationalisées evidence-based devraient être intégrées comme support à la décision dans les progiciels de tous les prestataires de soins.

Pour les citoyens, l'accès au dossier électronique est également essentiel. L'objectif est qu'ils soient mieux informés sur leur santé, qu'ils puissent la prendre en main et prendre des décisions en connaissance de cause. C'est dans cette optique qu'a été créé le portail MaSanté en 2018. Il permet aux citoyens, après avoir donné leur consentement éclairé, **d'accéder à leurs données de santé numériques enregistrées par leurs prestataires de soins** : prescriptions de médicaments, vaccinations, implants, remboursements de la mutualité. A terme, le portail permettra également la planification anticipée et personnalisée des soins.

Lancement de eAttest

Depuis février 2018, les médecins généralistes ont la possibilité de transmettre aux mutualités de leurs patients les attestations de soins donnés, de manière électronique. Ce système n'est applicable que dans le cadre du paiement au comptant (c'est-à-dire hors tiers-payant), et s'effectue via le service eAttest de la plateforme MyCareNet. **Avec l'attestation électronique, le patient ne doit plus remettre d'attestation papier à sa mutualité pour obtenir le remboursement de la consultation.** Il se distingue du service eFact de MyCareNet, qui permet aux généralistes, spécialistes et dentistes de transmettre aux organismes assureurs un document de facturation, par voie électronique, pour les cas de paiements en tiers-payant. Avec eFact, la facturation est transmise de manière électronique et sécurisée.

Prescription de médicaments par voie électronique

Les médecins généralistes, spécialistes, dentistes et sages-femmes peuvent prescrire des médicaments de manière électronique, même s'ils n'ont pas encore accès au dossier médical informatisé. A partir de 2020, la prescription électronique deviendra obligatoire. Actuellement, près de la moitié des prescriptions sont réalisées de façon digitale. En effet, en 2018, 15.934 médecins ont généré plus de 4 millions de prescriptions.

Les défis du nouveau plan eSanté 2019-2021

Dans les années à venir, les investissements devront principalement porter sur la continuité des systèmes et des services. **Avant de lancer de nouvelles initiatives, il est primordial de veiller à ce que les projets existants soient menés à terme.** Et ce, tout en s'assurant de l'adhésion des différents acteurs impliqués. Cette adhésion passe nécessairement par des actions de sensibilisation, de formation et de retour d'expérience formalisé de la part des utilisateurs. Elle impose également que les initiatives eSanté recueillent la confiance des prestataires, ce qui requiert une sécurité juridique indiscutable et une disponibilité absolue des services.

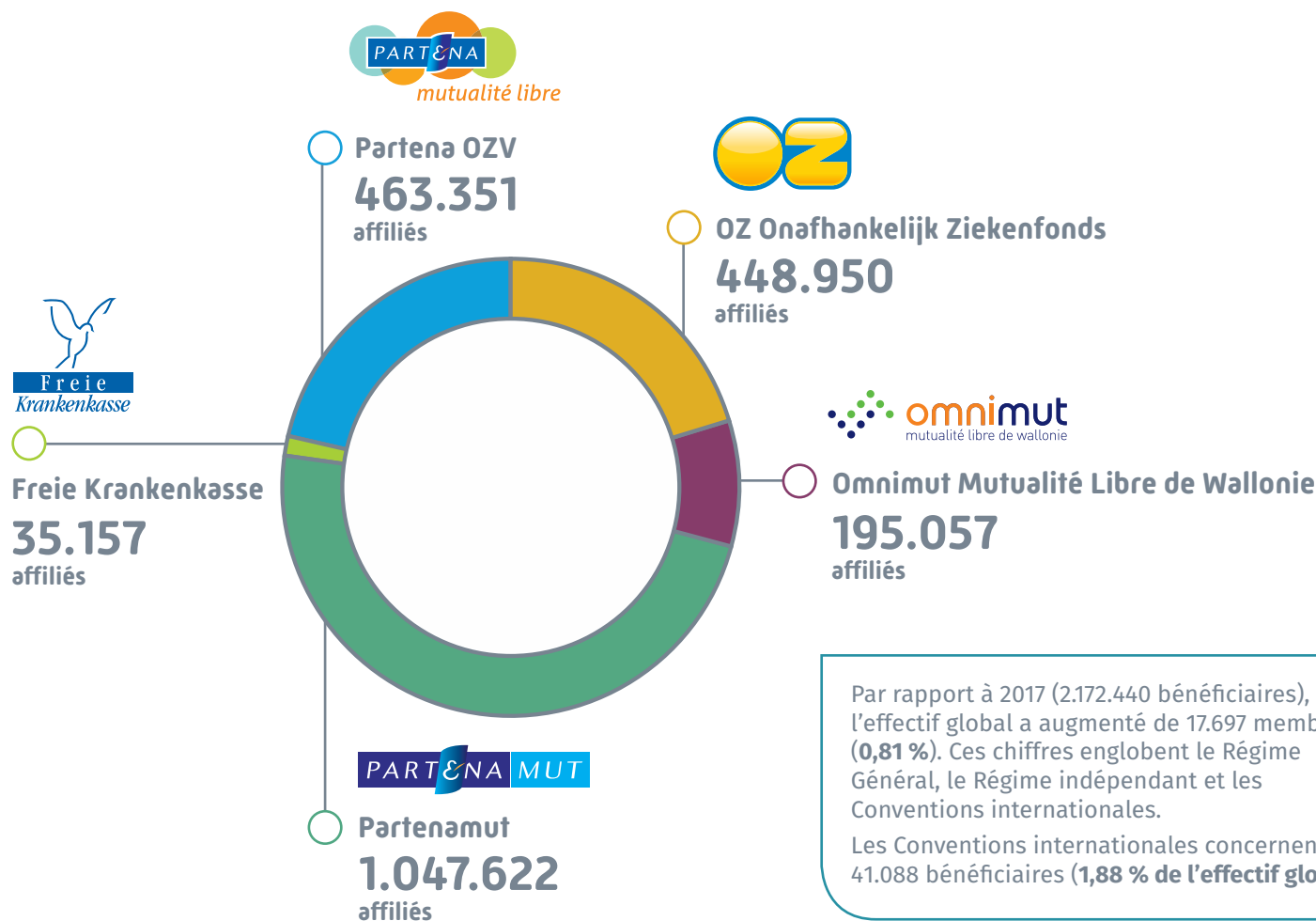
Les faits qui ont marqué 2018 en un coup d'œil !

- Mise en place des réseaux d'hôpitaux locorégionaux
- Spécialisation des hôpitaux dans le cadre de la qualité des soins : par ex. cancer du pancréas et de l'œsophage
- Financement des soins hospitaliers à basse variabilité
- Projets en matière d'hospitalisation à domicile
- Médicaments : remboursement de certains médicaments orphelins (p. ex. traitement pour l'atrophie musculaire spinale), remboursement de nouveaux médicaments immunothérapeutiques, remboursement de médicaments biosimilaires de l'Humira, etc.
- Lancement sur le terrain des projets pilotes soins intégrés pour les malades chroniques
- Premiers pas concernant le remboursement des soins mentaux de première ligne chez le psychologue clinique et l'orthopédagogue clinicien
- Projets pilotes relatifs à mHealth et système de certification
- Pharmaciens : poursuite du déploiement du projet de pharmacien de référence et du schéma de médication
- Transport médical d'urgence en ambulance : une facture plus transparente pour les patients et un montant fixe par trajet
- Reconstruction mammaire autologue : le médecin et l'hôpital s'engagent à limiter les suppléments d'honoraires

Les effectifs des Mutualités Libres

Fin 2018, l'effectif consolidé des Mutualités Libres s'élevait à **2.190.137 bénéficiaires**.

Cet effectif se répartit comme suit :



Les Mutualités Libres par rapport aux autres unions nationales

Au 31 décembre 2018, les effectifs des différents organismes assureurs (OA) se présentaient comme suit :

Répartition des
bénéficiaires par OA
au 31 décembre 2018
(hors Conventions
internationales).

	Régime général		Régime indépendant	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
ANMC	4.132.160	40,81 %	471.156	40,87 %
UNMN	480.829	4,75 %	64.560	5,60 %
UNMS	3.016.328	29,79 %	194.406	16,87 %
UNML	476.035	4,70 %	69.428	6,02 %
MLOZ	1.818.623	17,96 %	347.103	30,11 %
CAAMI	99.712	0,98 %	6.023	0,52 %
SNCB	101.453	1,00 %	0	0 %
TOTAL	10.125.140	100 %	1.152.676	100 %

MLOZ compte **17,96 % des bénéficiaires du régime général** parmi ses affiliés. Dans le régime indépendant, **plus d'un bénéficiaire sur quatre** est affilié aux Mutualités Libres (30,11 % au 31 décembre 2018).

Seule l'ANMC compte proportionnellement (et en chiffres absolus) plus d'assurés indépendants.

Les mutations

Unions	Mutations "IN"	Mutations "OUT"	Solde
ANMC	10.325	7.630	2.695
UNMN	1.536	2.404	-868
UNMS	6.685	5.576	1.109
UNML	1.342	745	597
CAAMI	555	866	-311
SNCB	11	6	5
TOTAL	20.454	17.227	3.227

Les mutations "In" et "Out" par bénéficiaire s'élevaient à **37.681 en 2018**.
Tout comme les années précédentes, ce solde est une nouvelle fois favorable, **+3.227 affiliations**, contre +2.802 en 2017.

Indemnités

Dans le régime général

A partir du 1er janvier 2018

- **Réforme de l'article 230** : des modifications ont été réalisées dans le cadre de l'écartement du travail partiel. Etant donné qu'il ne faut plus travailler avec les tranches salariales pour limiter les indemnités, deux scénarios d'écartement du travail partiel ont également été adaptés.
- **Revalorisation dans le régime général** :
 - de 2 % (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1er janvier 2012 et au plus tard le 31 décembre 2012
 - du plafond AMI
 - des indemnités "minimum des travailleurs réguliers" octroyées aux titulaires avec charge de famille et aux isolés
 - adaptation des montants maximum des indemnités perçues dans le cadre du volontariat

A partir du 1er avril 2018

- **Mesure transitoire appliquée sur les titulaires exerçant une activité autorisée de gardien d'enfants**
L'ancien et le nouveau calcul doivent être examinés comparativement et le paiement se fera selon le régime le plus favorable. Si la nouvelle réglementation est plus favorable que l'ancienne, cette nouvelle réglementation sera toujours d'application.

A partir du 1er mai 2018

- **Revalorisation dans le régime général de la prime de rattrapage** avec charge et sans charge de famille (au moins 2 ans d'incapacité au 31/12/X-1)

A partir du 1er juin 2018

- **Indemnisation du samedi** : lorsqu'une incapacité de travail s'achève le vendredi et qu'une prolongation de cette incapacité de travail est déclarée à dater du lundi qui suit, la mutualité peut procéder à l'indemnisation du samedi.

A partir du 1er juillet 2018

- **Nouvelle mesure de neutralisation** avec effet rétroactif sur la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs salariés et indépendants
Une nouvelle mesure de neutralisation a été introduite lors de l'examen de la situation familiale du titulaire en incapacité de travail. Cela a comme impact :
 - l'augmentation du revenu d'intégration pour les personnes de catégorie 3
 - l'augmentation du montant minimum pour les travailleurs non réguliers avec charge de famille
- Nouvelle mesure transitoire pour l'activité autorisée se basant sur le revenu théorique et le régime de vacances
- Revalorisation du montant minimum travailleur non régulier avec charge de famille

A partir du 1er septembre 2018

L'**indice pivot** a été atteint le 31 août 2018 et cela a eu comme conséquence une augmentation du montant des prestations sociales et un impact sur les montants du Tableau D.

Augmentation des plafonds de chômage avec un impact sur le calcul des indemnités d'incapacité de travail

A partir du 22 novembre 2018

- **Loi du 18 juillet 2018 sur la relance économique et le renforcement de la cohésion sociale.**
Cela concerne les travailleurs associatifs d'une part et d'autre part les personnes qui rendent des services occasionnels entre citoyens. Ceux-ci peuvent recevoir pour leurs activités un dédommagement annuel limité à 6.130 euros (510,83 euros par mois). Cette mesure concerne aussi bien le régime général que le régime indépendant.

Dépenses du secteur
des indemnités du
régime général en 2018
(en millions d'euros)

	MLOZ		Total	
	2018	18/17	2018	18/17
Incapacité primaire	309,99	7,98 %	1.816,26	6,07 %
Maternité	124,09	1,46 %	615,88	1,32 %
Maternité en invalidité	2,10	-0,52 %	11,22	2,84 %
Pauses d'allaitement	0,18	16,66 %	0,87	17,57 %
Invalidité	936,71	8,57 %	5.841,18	7,78 %
Allocations frais funéraires	-	-	-	-
Réadaptation professionnelle	1,70	-8,78 %	9,85	9,08 %
Total	1.374,77	7,72 %	8.295,25	6,89 %

Dans le régime indépendant

A partir du 1er janvier 2018

- **Limitation de la période de carence des indépendants aux deux premières semaines** de l'incapacité de travail
Il y a eu dès lors une modification du délai de déclaration d'une part et d'autre part du paiement des indemnités.
- **Modification du principe des enquêtes INASTI (Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants) pour les titulaires indépendants**
Communication d'un nouveau modèle de questionnaire relatif à l'activité professionnelle ainsi qu'une nouvelle procédure pour les enquêtes et les rapports d'enquêtes
- **Revalorisation dans le régime indépendant :**
 - des forfaits octroyés aux titulaires avec charge de famille et aux isolés qui sont en incapacité primaire ou invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise
 - des forfaits octroyés aux invalides avec charge de famille et isolés ayant mis fin à leur entreprise

A partir du 1er avril 2018

- **Nouvelles instructions de mutation pour les indépendantes pendant le repos de maternité**
Etant donné que la titulaire peut répartir son repos de maternité, il est possible qu'elle change de mutualité pendant une période intermédiaire. Dans la pratique, ceci résultait souvent en doubles paiements, après quoi l'ancienne mutualité devait effectuer une récupération. Pour éviter ceci, des nouveaux accords ont été conclus.

A partir du 1er septembre 2018

L'indice pivot a été atteint le 31 août 2018 et cela a eu comme conséquence une augmentation du montant des prestations sociales et un impact sur les montants du Tableau D.

	MLOZ		Total	
	2018	18/17	2018	18/17
Incapacité primaire	27,26	19,82 %	105,73	22,05 %
Maternité	9,80	9,47 %	33,88	14,58 %
Maternité en invalidité	0,06	-13,34 %	0,22	4,76 %
Invalidité	93,59	7,42 %	362,76	5,93 %
Réadaptation professionnelle	0,13	114,29 %	0,36	24,14 %
Total	130,85	9,99 %	502,94	9,54 %

Dépenses du secteur
des indemnités du régime
indépendant en 2018
(en millions d'euros)

Evolution des dépenses en soins de santé

Au niveau fédéral

En 2018, les dépenses en soins de santé transitant par les organismes assureurs s'élèvent à 28,6 milliards. La croissance des dépenses, y inclus les dépenses en soins de santé régionalisées, est de 3,2 %.

Au niveau fédéral, l'objectif budgétaire global en 2018 s'élève à 25,555 milliards d'euros.

Après neutralisation de certains montants (Conventions internationales, blocage structurel, Fonds des accidents médicaux...), on obtient un objectif budgétaire comparable aux dépenses fédérales s'élevant à 25,220 milliards d'euros. Les dépenses en soins de santé en 2018 s'élèvent à 25,066 milliards d'euros au niveau fédéral. Sur le plan comptable, on comptabilise donc une sous-utilisation de 153 millions d'euros au niveau fédéral. Si on tient compte des montants réservés, cette sous-utilisation est de 104 millions d'euros.

Dans le cadre de la responsabilisation financière 2018 des organismes assureurs, il faut provisoirement tenir compte d'un boni de 109 millions d'euros¹.

Malgré ce résultat positif, il faut noter que le secteur des spécialités pharmaceutiques enregistre un dépassement net de 392 millions ; les recettes dans le cadre des contrats d'innovation conclus avec l'industrie prévus à l'article 81 sont déjà comptabilisées (359 millions d'euros). La croissance dans ce secteur reste très élevée (+4,9 %), due à la croissance dans les spécialités ambulatoires délivrées à l'hôpital.

Le seul autre dépassement concerne les maisons médicales. Ce secteur connaît une croissance suite à l'augmentation de l'offre de maisons médicales au forfait reprenant généralement les 3 disciplines (médecins généralistes, infirmiers et kinés). Ce secteur a une croissance élevée (+11 %).

D'autres secteurs ont une croissance marquée tels que la logopédie, les soins dentaires et les sages-femmes. A noter, quelques secteurs ont des décroissances ou des faibles croissances ; il s'agit du prix de journée, du maximum à facturer, des soins de kinésithérapie, des opticiens, de la dialyse et de la santé mentale.

Au niveau des Mutualités Libres

Les dépenses totales des Mutualités Libres s'élèvent à 4,558 milliards d'euros pour 2018. La croissance des dépenses des Mutualités Libres est légèrement plus élevée que celle des dépenses de l'ensemble des organismes assureurs (+0,4 %).

Cette croissance n'est pas répartie équitablement sur l'ensemble des secteurs. Nous observons une croissance plus marquée pour les Mutualités Libres dans les domaines des honoraires médicaux surtout la gynécologie et la surveillance, la santé mentale, la rééducation, les patients chroniques (via l'augmentation du nombre de forfaits) et des soins palliatifs (suite à l'augmentation des forfaits patients palliatifs restés une compétence fédérale).

Par contre, il faut noter que les Mutualités Libres ont une croissance moins marquée dans les dépenses relatives à la logopédie et aux maisons médicales.

Comme l'année dernière, la contribution des Mutualités Libres dans les dépenses qui transitent par les organismes assureurs s'élève à 15,9 %. Les dépenses restent dans les limites des dépenses attendues compte tenu de la proportion d'affiliés auprès des Mutualités Libres.

(1) L'objectif budgétaire est adapté pour ne pas prendre en compte les montants réservés et les dépenses propres à l'INAMI.

Rubriques	MLOZ		Royaume				Part MLOZ dans dép. (4)
	Dép. 2018 (1)	Evol. (2)	Dép. 2018 (1)	Obj. 2018	Obj. - Dép. (3)	Evol. (2)	
1 Honoraires médicaux*	1.364.911.753	3,6%	8.155.826.074	8.447.832.000	171.062.000	2,8%	16,7%
2 Soins dentaires*	180.748.879	4,1%	940.067.481	980.899.000	22.512.000	4,5%	19,2%
3 Prestations pharmaceutiques*	807.502.535	5,7%	5.168.360.701	4.431.954.000	-376.812.000	6,3%	15,6%
4 Soins infirmiers à domicile*	165.520.904	2,6%	1.506.432.055	1.606.889.000	49.092.000	3,1%	11,0%
5 Kinésithérapie	118.123.702	2,7%	751.841.862	807.109.000	48.469.000	2,3%	15,7%
6 Bandagistes - Orthopédistes	44.461.534	4,9%	329.067.836	257.599.000	****20.372.000	3,8%	13,5%
7 Implants	112.113.950	1,6%	737.274.208	793.725.000	56.451.000	0,0%	15,2%
8 Soins par opticiens	5.993.592	1,5%	31.097.341	34.050.000	2.953.000	1,3%	19,3%
9 Soins par audiciens	10.923.132	3,6%	69.124.907	72.519.000	3.394.000	3,8%	15,8%
10 Accoucheuses	5.509.198	5,1%	29.117.170	30.837.000	1.720.000	8,7%	18,9%
11 Hôpitaux généraux et psychiatriques	1.060.028.932	2,5%	6.137.563.168	5.604.282.000	****43.172.000	1,7%	17,3%
12 Hôpital militaire	2.353.571	19,8%	8.371.421	9.573.000	1.201.000	-7,5%	28,1%
13 Dialyse	52.084.647	-2,8%	420.235.173	441.149.000	20.914.000	-1,0%	12,4%
14 MRS/MRPA/Centre de soins de jour*	351.703.321	2,7%	2.743.734.524	***	***	3,0%	12,8%
15 Soins de santé mentale**	16.303.847	2,2%	148.033.935	***	***	-5,1%	11,0%
16 Rééducation	111.976.997	5,5%	650.249.711	424.177.000	****32.245.000	3,6%	17,2%
17 Fonds spécial	921.554	151,2%	3.097.269	14.725.000	11.628.000	48,0%	29,8%
18 Logopédie	19.285.804	3,5%	106.607.939	115.931.000	9.323.000	4,5%	18,1%
19 Maximum à Facturer	54.630.464	1,6%	326.672.537	370.938.000	44.265.000	-3,1%	16,7%
20 Patients chroniques	15.041.250	10,2%	112.722.814	118.576.000	5.853.000	3,3%	13,3%
21 Soins palliatifs	4.372.303	5,2%	31.395.391	18.819.000	****721.000	2,8%	13,9%
22 Maisons médicales (forfaits méd., infirm., kiné)	36.849.412	7,0%	177.718.464	176.922.000	-4.069.000	11,2%	20,7%
23 Reste*	8.973.272	3,4%	64.808.961			3,2%	13,8%
24 Régularisations	7.533.859	36,5%	-40.632.513	-56.853.000	-16.507.000	-30,7%	-18,5%
Total des dépenses, hormis dépenses propres à l'INAMI et y compris les dépenses régionales (1)	4.557.868.412	3,6%	28.608.788.431			3,2%	15,9%
TOTAL GLOBAL (y compris dépenses propres INAMI)*			25.066.616.000	25.555.882.000	489.266.000		
Fonds des accidents médicaux				12.310.000			
Conventions internationales				112.756.000			
Dépenses négatives				35.645.000			
Sous-utilisations				11.676.000			
Bloquage structurel				141.927.000			
Transfert "Loi Hôpitaux"				21.362.000			
Objectif budgétaire (comparaison homogène)				25.220.882	153.590		

(1) Dép. 2018 : dépenses comptabilisées en 2018 pour le secteur de soins en question, dépenses fédérales et régionales conjointement (au niveau de MLOZ et du Royaume, sans les dépenses propres à l'INAMI)

(2) Evol. : évolution des dépenses comptabilisées entre 2017 et 2018 pour le secteur de soins en question (au niveau de MLOZ et du Royaume, sans les dépenses propres à l'INAMI)

(3) Obj. - Dép. : différence entre l'objectif budgétaire 2018 et les dépenses 2018 (y compris les dépenses propres à l'INAMI) par secteur de soins non régionalisé, en totalité ou en partie. Un signe négatif devant le montant correspond à un dépassement budgétaire pour le secteur en question.

(4) Part MLOZ dans dép. : part que représentent les dépenses 2018 de MLOZ dans les dépenses du Royaume par secteur de soins (comparaison faisant abstraction des dépenses propres à l'INAMI).

* Les dépenses de l'INAMI ne comportent plus les matières régionalisées ; elles comportent des montants propres à l'INAMI qui ne transitent pas par les organismes assureurs (au niveau des honoraires médicaux ce sont le fonds impulse, le soutien à la pratique, le forfait d'accréditation, ... ; pour les soins infirmiers, un financement spécifique des services ; pour les dentistes, le forfait d'accréditation ; pour les maisons de repos : la prime syndicale, l'harmonisation des frais de personnel et le projet "Nouvelles initiatives de soins")

** Sans les soins psychiatriques en hôpitaux généraux et psychiatriques

*** Dépenses régionalisées

**** Dépenses partiellement régionalisées

Frais d'administration

Lors de son entrée en fonction fin 2014, le gouvernement fédéral a directement commencé à travailler sur un plan d'économies auquel l'assurance maladie n'a pas échappé, en particulier les moyens de fonctionnement octroyés aux organismes assureurs. L'économie totale sur les dotations a été fixée à 120 millions d'euros, répartis comme suit sur les années 2015 à 2018 : 20, 50, 25 et 25 millions d'euros.

En vertu de la loi du 22 août 2002 portant dispositions diverses relatives aux soins de santé, une partie de la dotation est attribuée par l'Office de Contrôle des Mutualités (OCM) sur la base d'une appréciation des critères de performance pour la gestion de l'assurance obligatoire.

Depuis 2004, cette dotation "variable" représente 10 % de la dotation annuelle totale pour les frais d'administration. A partir de 2019, elle augmentera de 2,5 % tous les ans pendant quatre années consécutives, pour atteindre 20 % en 2022.

Par ailleurs, la modernisation de la répartition des moyens entre les cinq unions nationales a été prévue dans le "Pacte d'avenir avec les organismes assureurs" conclu fin 2016.

L'objectif est d'appliquer une répartition transparente basée sur des critères objectifs directement liés à l'organisation du travail et au volume de travail, qui excluent toute sélection des

risques et visent à améliorer l'efficacité et la collaboration. La nouvelle clé de répartition a été publiée dans l'arrêté royal du 21 novembre 2018 et est applicable depuis le 1er juillet 2018.

Nouvelle clé de répartition

La nouvelle clé de répartition se base toujours principalement sur la pondération de l'effectif, mais elle a toutefois été adaptée à la réalité actuelle. Certains doublons et anomalies sont désormais exclus.

En vue de réaliser des économies dans le secteur des indemnités, une petite partie de la dotation est répartie sur la base des efforts consentis par les organismes assureurs dans le cadre des trajets de réintégration déjà entamés avec reprises du travail autorisées par le médecin-conseil, ainsi que sur la base du nombre d'examen cliniques effectués. Cette mesure représente un montant de 25 millions d'euros, soit près de 2,4 % de la dotation totale.

Dotation 2018

Le montant des frais d'administration octroyés forfaitairement aux organismes assureurs pour l'exercice 2018¹ a été fixé par la loi du 30 octobre 2018 portant diverses dispositions en matière de santé, publiée le 16 novembre 2018. Un montant de 1,05 milliard d'euros a été attribué aux cinq unions nationales², ce qui représente un statu quo par rapport aux années 2017 et 2016.

Ce montant se compose d'une partie fixe de 949,5 millions d'euros et d'une partie variable de 105,5 millions d'euros. L'appréciation de la partie variable pour 2018 n'est pas encore connue. Pour l'année 2017, notre Union avait obtenu 94,05 % de sa dotation maximale, contre 94,5 % l'année précédente.

- (1) Les organismes assureurs reçoivent également des montants complémentaires aux frais d'administration, tels que par exemple le dédommagement pour l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire ou les montants attribués en tant que récompense pour les récupérations effectuées ou pour les produits financiers réalisés en assurance obligatoire.
- (2) La CAAMI et la Caisse des soins de santé de la SNCB jouissent d'un régime spécifique.

Répartition de la dotation maximale 2018

La nouvelle clé de répartition n'étant applicable qu'à partir du 1er juillet 2018, l'ancienne clé est encore utilisée pour répartir la dotation lors du premier semestre de l'exercice.

OA	Clé de répartition		Dotation maximale		
	Ancienne	Nouvelle	Ancienne	Nouvelle	Dotation 2018
ANMC	40,28 %	40,85 %	424.994.884	430.930.737	427.962.810
UNMN	5,20 %	5,22 %	54.892.550	55.106.160	54.999.355
UNMS	29,81 %	28,72 %	314.536.188	303.001.135	308.768.661
UNML	6,21 %	6,20 %	65.491.196	65.445.036	65.468.116
MLOZ	18,49 %	19,01 %	195.071.183	200.502.932	197.787.057
Total	100,00 %	100,00 %	1.054.986.000	1.054.986.000	1.054.986.000

OA	Dotation/bénéficiaire				Dotation/titulaire			
	Ancienne clé		Nouvelle clé		Ancienne clé		Nouvelle clé	
	Euros	Index	Euros	Index	Euros	Index	Euros	Index
ANMC	92,5	97	93,8	98	130,7	94	132,5	95
UNMN	101,6	106	102,0	107	148,5	107	149,1	107
UNMS	98,4	103	94,8	99	148,0	106	142,5	102
UNML	119,6	125	119,6	125	162,1	116	162,0	116
MLOZ	90,7	95	93,3	97	137,4	99	141,2	101
Total	95,7	100	95,7	100	139,3	100	139,3	100

Vous trouverez ci-dessous les valeurs par bénéficiaire et par titulaire pour les ancienne et nouvelle clés de répartition.

Dépenses

Les dépenses brutes “Frais d’administration” de toutes les Mutualités Libres atteignaient ensemble un montant de 268 millions d’euros en 2018, soit autant qu’en 2017.

Les charges salariales représentaient 62,6 % des dépenses brutes, et ont augmenté de près de 2,7 % par rapport à 2017. Les autres charges d’exploitation ont par contre pratiquement diminué de moitié.

L’imputation des coûts et des recettes diverses s’élevait à 53,2 millions d’euros, soit une augmentation de 9,3 %. Les dépenses nettes ont dès lors baissé de près de 2 %.

	2017	2018	Différence	Répartition
Services, biens divers et frais	91.724.191	91.602.487	-0,13 %	34,1 %
Salaires, charges sociales et pensions	163.576.371	167.961.062	2,68 %	62,6 %
Amortissements, réductions de valeur et provisions	5.708.236	5.024.634	-11,98 %	1,9 %
Autres charges d'exploitation	6.920.823	3.656.579	-47,17 %	1,4 %
Charges financières	88.407	83.685	-5,34 %	0,0 %
Frais exceptionnels	248.458	89.334	--	0,0 %
Dépenses brutes	268.266.486	268.417.782	0,06 %	100,0 %
Refacturation et produits	48.677.279	53.204.018	9,30 %	
Dépenses nettes	219.589.206	215.213.764	-1,99 %	

Soins urgents à l'étranger (SUE)

46.058

dossiers traités
par le service SUE
en 2018

2.496

dossiers traités
directement par la
centrale d'assistance
Mediphone Assist

43.562

dossiers traités lors du
retour en Belgique

92 %

pour des soins ambulatoires

8 %

hospitalisation

370

rapatriements

7 %

taxi ou taxi adapté



29 %

ambulance



11 %

avion sanitaire



44 %

avion



**Dans quel
pays ?**

Autres pays
12,70 %

Maroc
6,29 %

Autriche
5,89 %

Italie
7,89 %

Turquie
8,54 %

Espagne
17,53 %

France
29,12 %

Quel âge ?

20 %

0-20 ans

19 %

21-40 ans

25 %

41-60 ans

28 %

61-80 ans

7 %

81-90 ans

0,62 %

90 ans & +

Notre engagement en Afrique de l'Ouest

Depuis près de 13 ans, les Mutualités Libres et Louvain Coopération unissent leurs forces sur des projets mutualistes en Afrique de l'Ouest. Cette collaboration a depuis été prolongée jusqu'en 2021. En 2018, de nombreuses actions ont été réalisées pour renforcer le mouvement mutualiste au Bénin et au Togo.

Déclaration de Lomé

La conférence internationale de Lomé, capitale du Togo, s'est tenue les 22 et 23 janvier 2019. **Le point culminant de cette conférence de deux jours a été l'adoption à l'unanimité de la Déclaration de Lomé.** Il s'agit d'un manifeste politique qui dresse le bilan des mutuelles africaines au cours des deux dernières décennies et qui présente également diverses recommandations pour l'avenir de celles-ci.

Les Mutualités Libres ont contribué à la préparation de cette conférence, notamment en organisant une table ronde sur l'affiliation obligatoire à une mutualité. Nous avons aussi travaillé intensivement à la Déclaration de Lomé elle-même.

Journées des mutualités à l'Université de Lomé

Christian Horemans et Murielle Lona, deux experts de notre département Représentation & Etudes, ont également

participé aux Journées des mutualités à l'Université de Lomé. Le moment idéal pour les mutuelles africaines de se mettre sous les feux de la rampe.

Murielle a notamment fait le point sur notre étude concernant l'avenir des mutuelles au Bénin et au Togo. Elle a également présenté diverses pistes de coopération entre les mutualités et les universités.

Nouveau projet de prévention au Bénin

En Afrique aussi, les maladies chroniques représentent un défi majeur pour la santé publique. Les mutuelles africaines pourraient relever ce défi par le biais de projets de prévention et de promotion de la santé, mais elles n'en ont pas les moyens. C'est pourquoi nous nous sommes associés à Louvain Coopération pour un nouveau projet de prévention au Bénin, visant le dépistage et la sensibilisation en matière de diabète et d'hypertension artérielle. Et ce, avec le soutien financier de Wallonie-Bruxelles International (WBI).



Les Mutualités Libres dans la presse

En 2018, les études, points de vue, cartes blanches et événements des Mutualités Libres ont été relayés avec beaucoup d'intérêt dans la presse. Petit aperçu en chiffres et images de nos retombées dans la presse !

“

Coqueluche: trop peu de femmes enceintes immunisées à Bruxelles et en Wallonie

- 6 mars

Trop d'anti-inflammatoires CHEZ LES ADOS

Les jeunes Belges consomment trop d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les adolescents belges prennent trop de médicaments, estiment les Mutualités Libres. Selon une étude communiquée ce mardi, 56 % des jeunes (entre 12 et 18 ans) consomment au moins un médicament prescrit par an.

Les antibiotiques sont les médicaments les plus consommés par les futurs adultes, 30 % des adolescents ont pris des antibiotiques en 2016, pendant 23 jours en moyenne.

“Ce chiffre considérable vient confirmer que l'usage des antibiotiques résiste à tout dans notre pays, même aux campagnes de sensibilisation”, notent les Mutualités.

LES ANTI-DOULEURS sont sur la deuxième marche du podium. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène, par exemple) sont fortement consommés par les adolescents.

19 % de ceux-ci se sont vu rembourser au moins un de ces médicaments sur prescription en 2016.

Le gros problème des AINS qui soulagent certains rhumatismes, ce sont les effets secondaires. “Les jeunes Belges consomment des AINS sur prescription en moyenne 20 jours par an, mais l'usage réel est probablement beaucoup plus important. Banalisés, ces molécules puissantes sont en effet disponibles en vente libre et présentes dans quasi toutes les pharmacies familiales.”

Le troisième médicament le plus consommé est l'antihistaminique. Les antiallergiques sont utilisés par 9,6 % des jeunes Belges et les antihistaminiques par 7,3 % des adolescents.

Les Mutualités Libres font remarquer que “l'usage de ces médicaments est plutôt stable, mais reste élevé”.

L.C.C.

Des médicaments trop souvent consommés

“

Plus d'un ado sur deux consomme des médicaments

Antibiotiques, antidouleurs, antiallergiques... 56 % des jeunes Belges consomment au moins un médicament par an. Un chiffre qui ne recouvre que les médicaments prescrits et remboursés, ce qui laisse présager que le nombre réel d'adolescents sous médication est bien plus important encore. Les ados, une génération surmédicamentée ?

- 10 avril

“

Avec itsme®, les Mutualités Libres simplifient la vie de leurs membres

- 14 mai

7

communiqués de presse ont été publiés en 2018

“

Obésité : les opérations chirurgicales ont presque doublé en 6 ans

- 28 juin

Explosion du nombre d'opérations contre l'obésité

LE RÉSUMÉ JEAN-PAUL BOMBAERTS

Le nombre d'opérations contre l'obésité (ou chirurgie bariatrique) est en plein essor. C'est ce que montrent les données de l'Association des Mutualités Libres (AML) de son albi. Une analyse qui révèle que le nombre de ces opérations a augmenté de 50 % en 6 ans.

Dans le même temps, les suppléments facturés aux patients ont progressé de 50 %.

Les Flamands optent le plus souvent pour la technique du bypass, tandis que les Wallons préfèrent la sleeve.

CHIRURGIE DE L'OBESITÉ

C'est d'une opération en 6 ans.

Année : 2012-2013

Obésité : 50 %

Chirurgie : 50 %

Source : Mutualités Libres

C'est une prise de conscience. On observe des disparités régionales dans la pratique opératoire. Les Flamands privilégient le bypass, les Wallons la sleeve. Sans qu'une explication se soit trouvée à ce jour. Une prise de conscience que la sleeve est indiquée pour les gens mangent, tandis que le bypass est plus efficace pour les personnes qui grignotent toute la journée.

On tape dans les prix

Plus de 8 femmes enceintes sur 10 prennent un ou plusieurs médicaments au cours de la grossesse... et près de 7% (une sur 14) ont consommé des produits pharmaceutiques potentiellement dangereux pour le développement et la santé de leur bébé. C'est ce qu'il ressort d'une étude des Mutualités Libres sur la consommation de médicaments de 63.736 femmes ayant totalisé 68.500 accouchements entre 2014 et 2016. • [Élodie De Foa](#)

[illegible]

Les médicaments presque indissolublement liés à la grossesse

- Au cours de 63% des grossesses, la future maman prend au moins un médicament remboursé.
- En moyenne, les femmes enceintes utilisent au cours de la grossesse quatre produits pharmaceutiques différents.
- 6,9% des femmes enceintes prennent des médicaments susceptibles de nuire au développement et à la santé de leur bébé.
- La prise de médicaments potentiellement dangereux est observée chez 6,7% des femmes enceintes âgées de 25 à 30 ans et 10,8% des plus de 40 ans.
- 4,7% des femmes enceintes ont pris des AINS très tôt l'acétaminophène au cours de la grossesse de la grossesse.



Biste que les risques de certains produits pour le développement ou la santé du fœtus sont scientifiquement établis. En conséquence, les plus près à ce segment, les Mammistols Libres ont constaté que, dans 7% des grossesses, la femme maitresse avait pris ou en plus sûrement médicaments susceptibles de nuire à son bébé ou de compromettre des malformations. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens comme le diclofénac ou l'ibuprofène, par exemple, avaient été consommés au cours de la grossesse. Dans 4,7% des grossesses, elles qu'ils sont strictement déconseillés à ce stade de la grossesse.

Ciuchli sunt ces medicamente

Ces anti-inflammatoires non stéroïdiens exercent une part importante des médicaments potentiellement dangereux selon les votes de la jeunesse et peuvent provoquer des anomalies cardiaques sévères chez le bébé. Parmi les autres produits concernés, on retrouve les diurétiques. Les fautes médicales qui doivent être évitées radiologiquement peuvent être évitées systématiquement si elles sont évitées en raison non seulement des risques associés aux radiations, mais aussi des effets des produits de contraste.

Le pharmacien joue dans ce domaine un important rôle de « chien de garde ». Outre le fait qu'il est souvent informé très tôt de la présence de ses patients, celles et s'adressent aussi plus rapidement à lui qu'à leur médecin (de famille) en cas de boutons et de petits maux... et lorsqu'on est, et dispose pour les conseiller d'un œil extrêmement sûr, le site Cytole, qui donne pour chaque médicament/mode de marque une indication de la réaction du produit. Aussi, évidemment,

8 femmes enceintes sur 10 prennent au moins un médicament remboursé. Dans 7 % des cas, il s'agit de médicaments dont il a été prouvé qu'ils peuvent être nocifs pour le développement et la santé du bébé. Ce pourcentage est extrait d'une nouvelle étude des Mutualités Libres sur l'utilisation de médicaments potentiellement dangereux chez les femmes enceintes. Une première en Belgique !

- 13 novembre

Quand et pourquoi nos enfants sont-ils hospitalisés ? Environ 1 enfant sur 10 a été hospitalisé entre 2015 et 2016. Ce phénomène touche 1 garçon sur 4 et 1 fille sur 5 chez les nourrissons (moins de 1 an). Les enfants plus âgés séjournent quant à eux moins fréquemment à l'hôpital, mais quand ils y vont, c'est davantage pour subir une opération.

- 28 août

SANTÉ Les auteurs de l'étude plaident pour favoriser les hospitalisations provisoires



- Les Mutualités libres ont analysé 58.000 hospitalisations d'enfants sur deux ans.
- Un acte qui peut être traumatisant, surtout chez les adolescents.

[illegible]

See *Neuroleptic Malignant Syndrome* on CrossReference for related articles.

Evolution des types d'hospitalisation par âge
2007 - Source : DSH, DREES, 100 personnes

Âge	Total	Hospitalisations de soins	Hospitalisations chirurgicales
0	280	100	180
10	150	50	100
20	100	50	50
30	80	50	30
40	70	50	20
50	60	50	10
60	50	50	0
70	60	50	10
80	150	100	50
85+	180	100	80

pour être faite avec hospitalité, sans pour autant que des hommes maléfiques soient sollicités, c'est le cas par exemple de l'immigration italienne. Il y a eu une invasion de deux cents mil-

Les jeunes ne peuvent plus se passer de leur smartphone. Au point que la moitié d'entre eux se sentent dépendants. En même temps, les adolescents considèrent leur smartphone comme un outil présentant un tas d'avantages : à l'école, à la maison, entre amis... C'est ce qu'il ressort de l'enquête menée par les Mutualités Libres sur le bien-être numérique des jeunes.

- 4 décembre

UNE ENQUÊTE CHOC

Un jeune sur deux est véritablement « accro » au smartphone

[illegible]

fait accro + ou + anse, accro + au smartphone, chez les 16-18 ans on monte à 54% pour retomber à 52% chez les jeunes adultes de 19-23 ans. Nouveaux aussi selon le genre: l'addiction est plus importante chez les filles (53%) que chez les garçons (50%). Et selon la région: 66% des jeunes Flamands ne peuvent plus se passer de leur écran contre 57% des Bruxellois et... 60% des Wallons.



Tous les jours sur les réseaux sociaux ! © 12

DES HEURES SUR LES RÉSEAUX

Il n'est pas toujours facile de se concentrer sur son travail quand on est entouré de personnes qui utilisent leur smartphone. Une étude menée par des chercheurs de l'université de Californie à Berkeley a révélé que les personnes qui utilisent leur smartphone pendant leur temps de travail passent en moyenne 40 % de leur temps à regarder leur téléphone. Les chercheurs ont également constaté que les personnes qui utilisent leur smartphone pendant leur temps de travail sont plus susceptibles d'être distraites et de commettre des erreurs.

la peut aller jusqu'à 100 fois, ou davantage.
Quels réseaux sociaux ? 80 % fréquemment Facebook.
Viennent ensuite Youtube, Messenger, Instagram, Snapchat et Whatsapp.
Pour y faire quoi ? Et abond pour rester en contact avec ses amis : 8 jeunes sur dix le notent.

comme premier avantage. Tout en en listant d'autres : les réseaux sociaux permettent aux plus timides de s'exprimer, ils donnent l'impression de faire partie d'une communauté, ils libèrent la parole, ils permettent – via les émoticônes – de bien nuancer les émotions... 🍷

Nos événements en 2018

Les Mutualités Libres travaillent main dans la main avec les différents acteurs du secteur de la santé. En 2018, nous avons poursuivi cette belle collaboration avec deux événements phare : une nouvelle édition de notre série de débats “Les prestataires de soins ont la parole” et le symposium “Grandir en bonne santé à l’ère digitale”.



La parole aux
24/05/2018



pédiatres

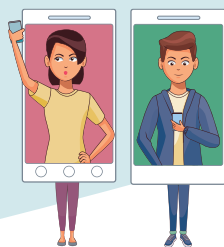
En 2018, les actions de communication des Mutualités Libres ont répondu au thème “grandir en bonne santé”. En toute logique, les pédiatres ont donc été mis sous les feux des projecteurs lors de la 4e édition des “Prestataires de soins ont la parole” réunissant un public nombreux dans notre auditorium le 24 mai.

Avec leur formation et leurs compétences, les pédiatres jouent un rôle essentiel dans le développement des enfants, leurs soins et la prévention des maladies. Il est toutefois ressorti clairement du débat que le pédiatre cherche sa place dans le système de santé. C’est parfois un médecin de

famille de première ligne, parfois un prestataire de soins de deuxième ou de troisième ligne... Une discipline très hétérogène donc, répartie entre cabinets privés et hôpitaux. C’est pourquoi les pédiatres demandent la reconnaissance de diverses sous-spécialités.

Représentants de la profession mais aussi membres de l’enseignement, des autorités, des associations de patients... un très large public était présent pour participer à ce débat. Ceux qui n’ont pas pu assister à l’événement ont également pu le suivre en direct sur YouTube, regarder de nombreuses vidéos sur www.mloz.be ou sur nos réseaux sociaux.

SYMPOSIUM 7 décembre 2018



Grandir en bonne santé à l'ère digitale



Qu'en est-il de la santé numérique de nos jeunes ? Cette question était l'objet principal de notre symposium du 7 décembre sur l'impact du smartphone et des réseaux sociaux.

Selon les jeunes eux-mêmes, l'utilisation du smartphone n'est pas sans risque, mais les avantages sont encore plus importants. C'est ce qu'a montré l'enquête des Mutualités Libres, présentée par le directeur général Xavier Brenez. 1 jeune sur 2 se sent dépendant du smartphone et des réseaux sociaux. En même temps, les réseaux sociaux sont essentiels pour 8 jeunes sur 10, principalement pour rester en contact avec leurs amis. En réalité, les jeunes ont l'impression de ne pas manquer de discernement à l'égard des médias sociaux. Les trois quarts des jeunes ajustent ainsi leurs paramètres

de confidentialité pour les rendre plus stricts.

Les présentations des professeurs Lieven De Marez (Imec-mict et UGent) et Laura Merla (UCL) ont été suivies d'un débat passionnant sur l'importance de la bonne utilisation et de la vigilance en matière de médias sociaux avec un panel de professionnels : Maya Van de Velde (Conseil de la jeunesse flamand), Katrien Vanhove (Mediaraven), Yves Collard (Média-Animation) et Marion Beeckmans (conseillère de Marie-Martine Schyns, ministre de l'Enseignement pour la Fédération Wallonie-Bruxelles).

L'événement lui-même et les résultats de notre enquête ont également été largement médiatisés, tant dans la presse audiovisuelle qu'écrite.



“
**La moitié des jeunes
dépendants du téléphone**

-VTM

Les placements

Le législateur a décrit l'affectation des moyens disponibles et les possibilités de placements autorisées dans l'AR du 13 novembre 2002, modifié en dernier lieu en 2006. Les fonds doivent être affectés en ordre principal au remboursement des prestations et à la prise en charge des frais d'administration.

Subsidiairement, les fonds peuvent être affectés :

- à la constitution de dépôts à vue ou à terme auprès d'établissements de crédit agréés par la CBFA ;
- à l'acquisition de titres à rendement fixe avec garantie de capital, soit émis ou garantis par l'Etat belge, les Communautés, les Régions ou un autre Etat de la zone euro ;
- à l'acquisition de titres à rendement fixe avec garantie de capital, émis par des institutions internationales dont la Belgique est membre ou par des établissements de crédit agréés par la CBFA ;
- à la souscription de parts d'organismes de placement collectif et avec garantie de capital.

Tous ces placements se font exclusivement en euros.

Par dérogation, les fonds du centre administratif peuvent également être affectés pour d'autres placements, à l'exception des placements en produits dérivés. Chaque trimestre, l'Office de Contrôle des Mutualités est informé, par lettre recommandée, des modifications

dans le portefeuille. S'il s'avère que ces placements mettent en péril l'équilibre financier du service, cet équilibre doit être rétabli dans le délai et selon un plan arrêté par l'Office de contrôle.

Comité de placements

Le Comité de Placements veille au respect de la répartition d'actifs établie et définit la stratégie de placement à suivre. Ce comité est composé de trois membres du Conseil d'administration ainsi que du Directeur Général, du Directeur Financier et de l'Asset Manager de l'Union.

Composition du portefeuille

Fin 2018, le portefeuille total d'investissement s'élève à 262,5 millions

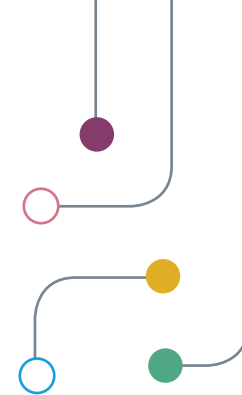
d'euros, soit une hausse de 10,4 % par rapport à 2017.

La valeur comptable des portefeuilles obligataires a progressé (+22,9 %), passant de 116,1 millions d'euros à 142,7 millions d'euros fin 2017.

La hausse des encours des "Government Bonds" et des "Corporate Bonds" a été réalisée selon le rapport suivant : + 19,5 % pour les premiers et + 25,0 % pour les seconds.

Dans un souci de diversification, le portefeuille des "Govies" est fort logiquement réparti sur différents émetteurs. La Belgique et ses régions représentant néanmoins l'exposition la

	31/12/2018		31/12/2017	
Governments Bonds	59,10	22,52 %	49,46	20,81 %
Corporate Bonds	83,58	31,84 %	66,66	28,04 %
Equities	8,08	3,08 %	9,15	3,85 %
Fund	12,14	4,63 %	11,10	4,67 %
Liquidity	99,56	37,93 %	101,34	42,63 %
TOTAL	262,46	100,00 %	237,70	100,00 %



plus conséquente. Le solde est investi principalement sur d'autres pays de la zone Euro. Quelques émissions "supranationaux" font également partie du portefeuille.

Les plus-values latentes sur ce compartiment se chiffrent à 3,2 millions d'euros, soit 5,4 % de la valeur comptable. Quant aux "Corporate Bond", les plus-values latentes s'élèvent à 0,4 million

d'euros, soit 0,5 % de la valeur comptable. Le poste "Equities" est en repli de - 11,7 % à 8,1 millions d'euros fin 2018 traduisant la volonté de réduire l'exposition aux risques dans un climat économique devenu incertain. Les plus-values latentes sur ce poste se chiffrent à 0,95 million d'euros, soit 11,7 % de la valeur comptable.

Quant au poste "Fund", son encours est passé de 11,1 millions à 12,1 millions fin 2018.

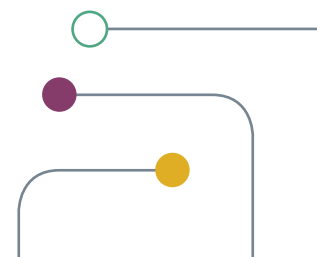
Enfin, le poste "Liquidity" est composé de papier commercial et de livrets d'épargne, dont l'exposition a peu varié en comparaison à l'année dernière.

Epargne Prénuptiale

Les membres des Mutualités Libres âgés de 14 à 30 ans peuvent cotiser annuellement au produit d'épargne prénuptiale. Au 31 décembre 2018, **8.643 membres** (représentant un capital de 4.984.096 euros) étaient affiliés à ce produit mutualiste.

Au cours de l'année 2018 :

- 1.723 personnes ont quitté l'épargne prénuptiale :
 - 283 pour cause de mariage
 - 816 en raison de la limite d'âge
 - 371 pour cause de cohabitation
 - 56 en raison d'un départ forcé
 - 111 en raison d'un départ volontaire
 - 4 pour cause de décès
 - 82 suite à une mutation
- 214 nouvelles affiliations suite à une mutation ont été enregistrées



Les chiffres-clés

Total balance

	en euro x 1.000	en %
2014	247.665	23,1 %
2015	269.084	8,6 %
2016	284.084	5,6 %
2017	296.822	4,5 %
2018	327.411	10,3 %

Capitaux propres

	en euro x 1.000	en %
2014	115.724	-0,5 %
2015	128.940	11,4 %
2016	127.569	-1,1 %
2017	126.092	-1,2 %
2018	142.530	13,0 %

Réserves techniques

	en euro x 1.000	en %
2014	7.317	-21,3 %
2015	5.972	-18,4 %
2016	4.351	-27,1 %
2017	3.603	-17,2 %
2018	3.293	-8,6 %

Placements

	en euro x 1.000	en %
2014	212.550	28,6 %
2015	222.467	4,7 %
2016	231.724	4,2 %
2017	237.705	2,6 %
2018	262.460	10,4 %

Cotisations

	en euro x 1.000	en %
2014	6.258	-0,8 %
2015	7.698	23,0 %
2016	7.881	2,4 %
2017	7.967	1,1 %
2018	8.066	1,2 %

Résultats services complémentaires

	en euro x 1.000	en %
2014	204	-151,5 %
2015	920	351,0 %
2016	1.475	60,3 %
2017	1.118	-24,2 %
2018	1.614	44,4 %

Bilan de l'assurance complémentaire et des frais d'administration

Actif		2018	2017
Actifs immobilisés		14.203.798,37	13.415.174,13
I.	Frais d'établissement		
II.	Immobilisations incorporelles	0,00	0,00
III.	Immobilisations corporelles	13.340.115,69	12.183.129,45
IV.	Immobilisations financières	12.394,68	12.394,68
V.	Créances à plus d'un an	851.288,00	1.219.650,00
Actifs circulants		313.207.356,47	283.407.033,20
VI.	Stocks		
VII.	Créances à un an au plus	27.395.267,22	13.628.399,29
VIII.	Placements de trésorerie	262.460.350,61	237.704.531,99
IX.	Valeurs disponibles	19.979.667,56	30.026.101,63
X.	Comptes de régularisation	3.372.071,08	2.048.000,29
Total de l'actif		327.411.154,84	296.822.207,33

Passif		2018	2017
Capitaux propres		142.529.840,19	126.092.172,75
I.	Fonds de roulement	142.529.840,19	126.092.172,75
II.	Déficit cumulé		
Provisions		3.293.207,31	3.603.010,38
III.	Provisions techniques relatives à l'épargne prénuptiale	2.553.650,52	2.877.854,11
IV.	Provisions pour risques et charges	739.556,79	725.156,27
Dettes		181.588.107,34	167.127.024,20
V.	Dettes à plus d'un an	51.275.774,80	56.606.824,15
VI.	Dettes à un an au plus	130.232.180,23	110.489.028,05
VII.	Comptes de régularisation	80.152,31	31.172,00
Total du passif		327.411.154,84	296.822.207,33

Soins urgents à l'étranger

Code classification : 15/01 – Art. 48 des statuts

Résultat technique

		2018	2017
Cotisations	(+)	8.065.872,00	7.967.290,50
Subventions de l'Etat	(-)		
Prestations	(-)(+)	-5.901.734,16	-6.263.895,35
Provisions techniques	(+)		
Autres produits techniques	(-)		
Autres charges techniques	(-)	-20.527,46	-27.047,24
Résultat technique		2.143.610,38	1.676.347,91

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)		
Charges d'exploitation	(-)	-395.238,69	-393.288,76
Résultat de fonctionnement		-395.238,69	-393.288,76

Résultat financier

Produits financiers	(+)	1.581,17	638,98
Charges financières	(-)	-498,28	-378,30
Résultat financier		1.082,89	260,68

Résultat de l'exercice

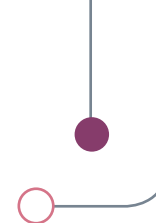
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		1.749.454,58	1.283.319,83
---	--	---------------------	---------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		5.105.472,01	3.822.152,18
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		1.749.454,58	1.283.319,83
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		6.854.926,59	5.105.472,01

Solidarité internationale

Code classification : 38 – Art. 48 quater des statuts



Résultat technique

		2018	2017
Cotisations	(+)		
Subventions de l'Etat	(+)		
Prestations	(-)		
Provisions techniques	(-)(+)		
Autres produits techniques	(+)		
Autres charges techniques	(-)		
Résultat technique			

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	75.000,00	40.500,00
Charges d'exploitation	(-)	-75.000,00	-40.500,00
Résultat de fonctionnement		0,00	0,00

Résultat financier

Produits financiers	(+)		
Charges financières	(-)		
Résultat financier			

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		0,00	0,00
---	--	-------------	-------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		0,00	0,00
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		0,00	0,00
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		0,00	0,00

Service promotion santé

Code classification : 15/02 – Art. 48 bis des statuts

Résultat technique

		2018	2017
Cotisations	(+)		
Subventions de l'Etat	(-)	38.168,00	37.638,00
Prestations	(-)(+)		
Provisions techniques	(+)		
Autres produits techniques	(-)	41.000,00	49.083,20
Autres charges techniques	(-)	-66.955,05	-62.452,94
Résultat technique		12.212,95	24.268,26

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)		
Charges d'exploitation	(-)	-11.448,37	-23.584,25
Résultat de fonctionnement		-11.448,37	-23.584,25

Résultat financier

Produits financiers	(+)	45,30	23,89
Charges financières	(-)	-14,25	-14,13
Résultat financier		31,05	9,76

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		795,63	693,77
---	--	---------------	---------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		312.495,36	311.801,59
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		795,63	693,77
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		313.290,99	312.495,36

Service défense des membres

Code classification : 15/03 – Art. 47 des statuts



Résultat technique

		2018	2017
Cotisations	(+)		
Subventions de l'Etat	(+)		
Prestations	(-)		
Provisions techniques	(-)(+)		
Autres produits techniques	(+)		64.111,51
Autres charges techniques	(-)		-1.987,43
Résultat technique		0,00	62.124,08

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)		
Charges d'exploitation	(-)		-64.111,21
Résultat de fonctionnement		0,00	-64.111,21

Résultat financier

Produits financiers	(+)	9,44	5,13
Charges financières	(-)	-2,95	-3,32
Résultat financier		6,49	1,81

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		6,49	-1.985,32
---	--	-------------	------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		65.152,73	67.138,05
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		6,49	-1.985,32
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		65.159,22	65.152,73

Service informations membres

Code classification : 37 - Art. 45 des statuts

Résultat technique

		2018	2017
Cotisations	(+)		
Subventions de l'Etat	(-)		
Prestations	(-)(+)		
Provisions techniques	(+)		
Autres produits techniques	(-)	1.247.730,10	1.517.302,31
Autres charges techniques	(-)	-1.059.010,73	-1.200.006,80
Résultat technique		188.719,37	317.295,51

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)		
Charges d'exploitation	(-)	-188.718,79	-317.294,07
Résultat de fonctionnement		-188.718,79	-317.294,07

Résultat financier

Produits financiers	(+)	46,18	24,39
Charges financières	(-)	-15,12	-15,82
Résultat financier		31,06	8,57

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		31,64	10,01
---	--	--------------	--------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		318.496,70	318.486,69
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		31,64	10,01
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		318.528,34	318.496,70

Service épargne prénuptiale

Code classification : 56 – Art. 50 et 51 des statuts



Résultat technique		2018	2017
Cotisations	(+)		
Subventions de l'Etat	(+)		
Prestations	(-)	-609.117,84	-1.798.034,15
Provisions techniques	(-)(+)	324.203,59	1.315.887,98
Autres produits techniques	(+)	11.518,48	10.301,65
Autres charges techniques	(-)		
Résultat technique		-273.395,77	-471.844,52

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	1.146,62	4.261,22
Charges d'exploitation	(-)	-63.639,64	-67.193,73
Résultat de fonctionnement		-62.493,02	-62.932,51

Résultat financier

Produits financiers	(+)	297.247,80	390.770,61
Charges financières	(-)	-97.481,44	-20.077,75
Résultat financier		199.766,36	370.692,86

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		-136.122,43	-164.084,17
---	--	--------------------	--------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		1.076.003,94	1.240.088,11
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		-136.122,43	-164.084,17
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		939.881,51	1.076.003,94

Compte de résultats AC

[services membres]

Résultat technique

		2018	2017
Cotisations	(+)	8.065.872,00	7.967.290,50
Subventions de l'Etat	(-)	38.168,00	37.638,00
Prestations	(-)(+)	-6.510.852,00	-8.061.929,50
Provisions techniques	(+)	324.203,59	1.315.887,98
Autres produits techniques	(-)	1.300.248,58	1.640.798,67
Autres charges techniques	(-)	-1.146.493,24	-1.291.494,41
Résultat technique		2.071.146,93	1.608.191,24

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	76.146,62	44.761,22
Charges d'exploitation	(-)	-734.045,49	-905.972,02
Résultat de fonctionnement		-657.898,87	-861.210,80

Résultat financier

Produits financiers	(+)	298.929,89	391.463,00
Charges financières	(-)	-98.012,04	-20.489,32
Résultat financier		200.917,85	370.973,68

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		1.614.165,91	1.117.954,12
---	--	---------------------	---------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		6.877.620,74	5.759.666,62
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		1.614.165,91	1.117.954,12
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		8.491.786,65	6.877.620,74

Fonds de réserve

Code classification : 90 – Art. 49 bis des statuts

		2018	2017
Résultat technique			
Cotisations	(+)		
Subventions de l'Etat	(+)		
Prestations	(-)		
Provisions techniques	(-)(+)		
Autres produits techniques	(+)		
Autres charges techniques	(-)		
Résultat technique		0,00	0,00

Résultat de fonctionnement			
Produits d'exploitation	(+)		
Charges d'exploitation	(-)		
Résultat de fonctionnement		0,00	0,00

Résultat financier			
Produits financiers	(+)	746.962,49	807.086,98
Charges financières	(-)	-195.094,88	-196.910,86
Résultat financier		551.867,61	610.176,12

Résultat de l'exercice			
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		551.867,61	610.176,12

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé			
Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		54.456.259,41	53.846.083,29
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		551.867,61	610.176,12
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		55.008.127,02	54.456.259,41

Service administratif

Code classification : 98/2 - Art. 49 des statuts

Résultat de fonctionnement

		2018	2017
Cotisations	(+)		
Services et biens divers	(-)	-3.424.186,53	-569.615,25
Rémunérations, charges sociales et pensions	(-)	-830.210,30	-356.191,22
Amortissements et réductions de valeur	(-)	-510.052,90	-579.260,29
Provisions pour risques et charges	(-)(+)	-14.400,52	-568.263,68`
Autres produits d'exploitation	(+)	894.412,66	957.121,24
Autres charges d'exploitation	(-)	-1.283.913,82	-1.598.682,30
Produits d'exploitation non récurrents	(+)	5.044.575,47	
Charges d'exploitation non récurrentes	(-)	-1.808.479,46	-2.068.040,91
Frais de fonctionnement communs avec l'AO	(-)(+)		
Résultat de fonctionnement		-1.932.255,40	-4.782.932,41

Résultat financier

Produits financiers	(+)	117.295,71	566.059,66
Charges financières	(-)	-17.302,37	-59.532,80
Résultat financier		99.993,34	506.526,86

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		-1.832.262,06	-4.276.405,55
---	--	----------------------	----------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		64.758.292,60	67.963.581,92
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		-1.832.262,06	-4.276.405,55
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)		
Transfert du boni des FA de l'AO	(+)	10.871.967,98	1.172.650,12
Prise en charge du mali des FA de l'AO	(-)		-101.533,89
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		73.797.998,52	64.758.292,60

Déclaration sur le contrôle interne

MLOZ développe un système de contrôle interne visant à se conformer aux différentes dispositions du règlement pris en exécution de l'article 31 de la loi du 6 août 1990 en matière d'audit interne et de contrôle interne.

Ce système de contrôle interne est constitué d'un ensemble de mesures intégrées dans les processus de décision, opérationnels et fonctionnels. Il a pour objectif de donner une assurance raisonnable quant à la maîtrise des activités, à l'identification et à la maîtrise des risques, à l'intégrité et la fiabilité des informations financières et de gestion, au respect des lois, règlements et circulaires d'exécution, à la protection des actifs ainsi qu'au respect des droits de nos membres.

Il contient des mécanismes de pilotage qui veillent à son bon fonctionnement et qui garantissent que des mesures sont prises pour corriger des déviations éventuelles, et pour l'adapter au cours du temps et en fonction des évolutions de l'environnement interne et externe.

La Direction Effective de MLOZ a décidé de renforcer en 2018 son dispositif de contrôle interne et de gestion des risques afin d'améliorer la maîtrise de ses activités en menant plusieurs projets majeurs.

Malgré toutes les précautions prises, notre système de contrôle interne possède ses propres limites et ne peut donner qu'une assurance raisonnable quant à l'atteinte de ses objectifs. Ces limites résultent de nombreux facteurs, notamment des incertitudes du monde extérieur, de l'exercice de la faculté de jugement ou de dysfonctionnements pouvant survenir en raison de défaillances techniques ou humaines ou de simples erreurs.

Le système de contrôle interne fait toutefois l'objet d'une évaluation permanente exercée par le management dans le cours normal de ses activités, d'évaluations spécifiques effectuées par les deuxièmes (gestion des risques, contrôle de gestion, sécurité...) et troisième lignes de défense (audit interne) et par ses réviseurs.

En outre, la Direction Effective a réalisé une analyse annuelle de son système de contrôle interne et est d'avis qu'au 31 décembre 2018 son système de contrôle interne est **globalement adéquat**. Toutefois, différents domaines où des améliorations du contrôle interne sont jugées nécessaires ont été identifiés et feront l'objet d'actions spécifiques.

Mai 2019,
Pour le Comité de Direction,
Xavier Brenez, Directeur Général.





Union Nationale des Mutualités Libres

Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

Tél. : 02 778 92 11

www.mloz.be - info@mloz.be

Numéro d'entreprise : 0411.766.483



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B - 4020 Liège

Tél. : 04 344 86 11

www.omnimut.be

correspondance@omnimut.be

Numéro d'entreprise : 0411.731.049



Partenamut Mutualité Libre

Boulevard Louis Mettewie 74-76 - 1080 Bruxelles

Tél. : 02 44 44 111

www.partenamut.be

info@partenamut.be

Numéro d'entreprise : 0411.815.280



OZ Onafhankelijk Ziekenfonds

Boomsesteenweg 5 - 2610 Antwerpen (Wilrijk)

Tél. : 078 15 30 90

www.oz.be

info@oz.be

Numéro d'entreprise : 0411.760.941



Partena OZV

Sluisweg 2 bus 1 - 9000 Gent

Tél. : 02 218 22 22

www.partena-ziekenfonds.be

info@partena-ziekenfonds.be

Numéro d'entreprise : 0411.696.011



Freie Krankenkasse

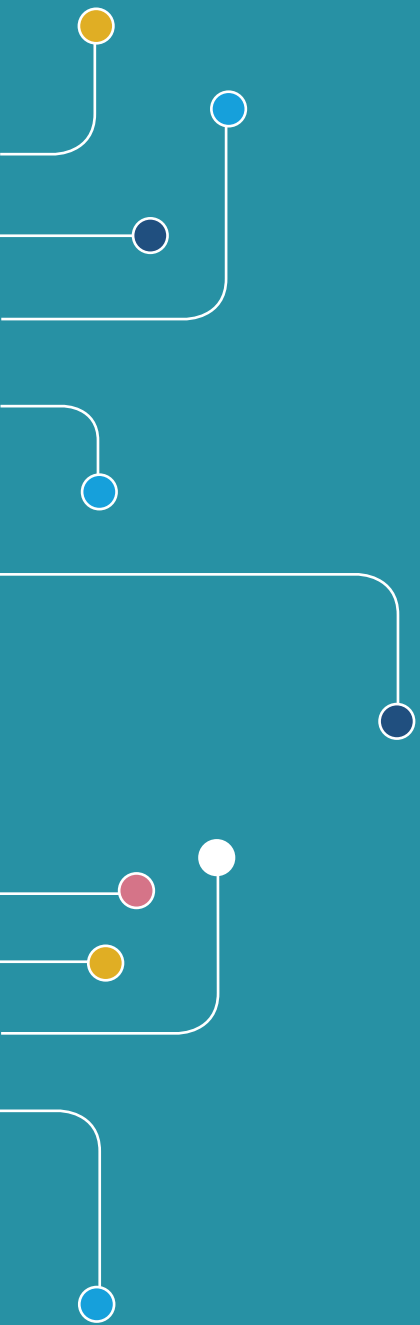
Hauptstrasse 2 - 4760 Büllingen

Tél. : 080 640 515

www.freie.be

info@freie.be

Numéro d'entreprise : 0420.209.938





Mutualités Libres

Route de Lennik 788A
1070 Bruxelles

www.mloz.be - [in](#) - [@MutLibres](#)

