

RAPPORT ANNUEL DES MUTUALITÉS LIBRES

2016



Rédaction & coordination : Nathalie Renna
Mise en page : Leen Verstraete

Ont participé à la rédaction : Karima Amrous, Olivier Bogaert, Renaud Boverie, Olivier Callebaut, Aude Clève, Xavier Brenez, Stéphanie Brisson, Gisèle Henrotte, Christian Horemans, Greta De Geest, Hélène de Toeuf, Lies Dobbelaere, Carla Kestens, Viviane Laduron, Agnès Leclercq, Myriam Lefrancq, Thierry Maroil, Annemie Mathues, Amandine Prade, Sandrine Noël, Nathalie Renna, Olivier Stoop, Piet Van Eenoooghe, Julie Van Nieuwenhove, Barbara Van Ransbeeck, Geertje Vandecappelle, Vanessa Vanrillaer, Dick Vanwollegghem, Steven Vervaet et Jean Vigneron.

RAPPORT ANNUEL DES MUTUALITÉS LIBRES



Notre organisation **1** p.4

Assurance obligatoire **2** p.12

Assurance complémentaire **3** p.24

Publications & événements **4** p.34

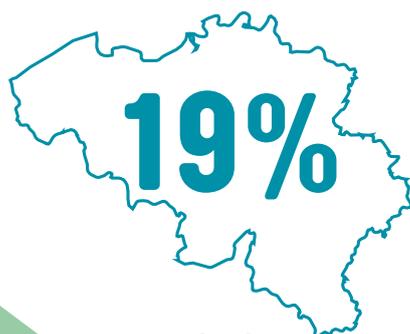
Rapport financier **5** p.38

Contacts **6** p.46

QUI SOMMES-NOUS ?

Des services de qualité
adaptés aux exigences et
besoins actuels
dans le cadre de l'assurance
obligatoire et complémentaire

Nous représentons plus de



de la
population Belge

4
5

Mutualités Libres

OZ Onafhankelijk Ziekenfonds

Omnimut Mutualité Libre

Freie Krankenkasse

Partena Ziekenfonds

Partenamut

777.228

affiliés Hospitalia

MLOZ

MUTUALITÉS LIBRES

ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN

Mutualités 
Libres

Nombre d'affiliés
en 2016

2.160.472

+12.348

par rapport à 2015

274.396

affiliés
Dentalia Plus



QUE FAISONS-NOUS ?

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

Centre d'expertise pour des matières spécifiques telles que la réglementation, le médical, les relations internationales, «l'asset management», le juridique ou les études stratégiques.

Centre de services pour les activités dont la centralisation est source d'efficacité accrue ou de gains de productivité significatifs.

Entités de support

SMA

«Mutuelle Entraide Hospitalisation MEH»
Cette Société Mutualiste Assurantielle regroupe les produits Hospitalia et Dentalia Plus (voir p. 24).

APROSS

L'asbl APROSS est propriétaire des bâtiments de l'Union Nationale des Mutualités Libres et de la maison de séjours de soins Dunepanne. Elle propose également des formations dans le secteur de l'assurance maladie.

HEARIS

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

M-TEAM

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.

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».

“LE TRAIN DES RÉFORMES A ÉTÉ LANCÉ À TOUTE ALLURE”

L'année 2016 a été marquée par de nombreuses réformes dans le secteur des soins de santé. Avec comme conséquence, pour les Mutualités Libres, la nécessité de les traduire de manière opérationnelle tout en respectant un agenda de fusion interne, de réforme informatique et de développement de produits.

Xavier Brenez, Directeur général de l'Union Nationale des Mutualités Libres, revient sur les temps forts et les grands défis de l'année.

Quels ont été les thèmes dominants de 2016 dans le secteur des soins de santé ?

X.B. : Tout d'abord, il faut parler du budget. Beaucoup d'énergie a été prodiguée lors de l'exercice budgétaire et tout ce qui tourne autour, c'est-à-dire les mesures correctrices, les mesures structurelles destinées à infléchir la courbe de certaines dépenses ou à dégager des moyens pour intervenir dans de nouveaux domaines. C'est lié au «Plan d'action dans le cadre de la politique de contrôle» (voir p. 14). Nous avons développé toute une série de mesures qu'il faut maintenant mettre en place. Dans la foulée, nous avons aussi rédigé le Pacte d'avenir pour les mutualités dont l'essentiel des discussions et négociations a eu lieu en 2016. Nous sommes arrivés à une série de propositions et à un engagement des différentes parties. **En 2016, de nombreuses discussions sur des réformes de fond ont également eu lieu** : la réforme du financement hospitalier, la réforme des professions de la santé (article 78), la mise à jour du plan e-santé, la réforme des administrations fédérales de la santé, tous les projets qui touchent à l'incapacité de travail... Bref, le train des réformes a été lancé à toute allure en 2016. On ne peut que se réjouir de vouloir améliorer les choses et aller de l'avant, mais il faut veiller à ne pas ouvrir tous les chantiers en même temps. Menons les réformes dans le bon ordre, en ayant des réalisations concrètes et progressives.

Quelles ont été les grandes réalisations des Mutualités Libres en 2016 ?

X.B. : Une deuxième grande fusion a eu lieu dans notre organisation. Le projet «Ozone» visait la fusion de la Mutualité Libre Securex avec Partenamut après avoir préalablement muté collectivement les membres néerlandophones vers Partena-OZV. Cette fusion s'inscrit dans le cadre d'une limitation du nombre de mutualités afin de favoriser les économies d'échelle, de s'orienter progressivement vers un modèle «régional». Toujours en matière de consolidation, il faut également mentionner

la fusion de toutes les sociétés mutualistes d'assurances (SMA) présentes dans notre groupe. Au niveau de l'e-Business, le plan Hello World est entré dans sa 3^e année. Nous disposons à présent d'une infrastructure nous permettant de développer des formulaires électroniques, la signature électronique, la dématérialisation de documents sur les différents canaux (e-mails, site internet, Zoomit), etc. Notre objectif est de simplifier toutes les transactions et par là, la vie de nos affiliés. **Ces développements nous ont permis de réaliser une première en Belgique : l'affiliation entièrement en ligne.** Le futur affilié ne doit plus envoyer de documents à la mutualité, il signe avec sa carte d'identité électronique sur le site web et son affiliation s'effectue entièrement en ligne !

Quelles seront les opportunités ou les défis pour les prochaines années ?

X.B. : La réforme de l'assurance complémentaire obligatoire dans le cadre du Pacte représente une belle opportunité. L'assurance complémentaire va être repositionnée sur les besoins prioritaires. Ce qui va dégager de nouveaux moyens financiers et déclencher une réflexion sur les nouveaux services et les nouvelles interventions à développer. Au-delà de ça, **la réflexion ne se cantonnera pas uniquement à l'assurance complémentaire, mais à l'innovation au sens large.** Que ce soit l'innovation en termes de services afin de développer de nouveaux modes d'interaction avec nos affiliés. Ou l'innovation sociale qu'un certain nombre d'évolutions technologiques viendront permettre dans le domaine de la dépendance, des maladies chroniques ou de la prévention.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la 6^e réforme de l'Etat reste un grand défi pour l'avenir. Il s'agit d'absorber toute cette complexité institutionnelle et opérationnelle, dans un contexte où les 3 régions travaillent de manière différente, avec des gouvernances et des rythmes différents. Espérons que cette phase d'investissement soit temporaire et nous permette in fine de nous consacrer à nos affiliés, notre raison d'exister.

6^e RÉFORME DE L'ÉTAT : QUOI DE NEUF EN 2016 ?

Le transfert des compétences du fédéral vers les régions et communautés s'est poursuivi en 2016. Comment les dossiers ont-ils évolué ? Petit état des lieux par région.

Wallonie

Mise en place de L'AViQ

L'AViQ (Agence pour une vie de qualité) a été mise en place le 1^{er} janvier 2016.

Pour rappel, l'AViQ est l'organisme d'intérêt public (OIP) destiné à accueillir les matières santé et sociales transférées vers la région wallonne suite à la 6^e réforme de l'Etat. Cet OIP est composé de différents organes de gouvernance (Conseil général, comités et commissions) où les organismes assureurs (et donc aussi les Mutualités Libres) occupent un ou plusieurs mandat(s).

Assurance autonomie

Le Cabinet du ministre de la Santé Maxime Prévot a présenté aux organismes assureurs son avant-projet de décret sur la future assurance autonomie qui définit les grands principes de l'intervention (public-cible, cotisations, types d'interventions, circuit opérationnel, etc.). Ce qui a donné lieu à différentes concertations entre le Cabinet et les organismes assureurs pour amender le texte.

Création de l'asbl Collège intermutualiste wallon (CIW)

Les organismes assureurs ont décidé de créer une asbl intermutualiste wallonne pour la gestion des missions confiées par la Région wallonne et la conception de plateformes informatiques. Les statuts de cette nouvelle asbl ont été rédigés fin de l'année 2016. Leur publication est prévue début 2017.

Bruxelles

A Bruxelles, la situation reste problématique. La complexité politique et institutionnelle ralentit la mise en œuvre de la 6^e réforme de l'Etat. Toutefois, à l'instar de la Wallonie, le gouvernement bruxellois s'est accordé sur la création d'un OIP, qui répond au nom d'Iriscare, pour réceptionner les matières transférées tout en gardant parallèlement l'administration bruxelloise existante.

Flandre

BOB

Depuis 2002, la *Zorgverzekerung* (assurance dépendance) organisée par les autorités flamandes attribue une intervention de 130 euros par mois pour couvrir les frais non médicaux des personnes ayant besoin de soins. Le *Basisondersteuningsbudget* (BOB = budget d'assistance de base) s'est ajouté en 2016. Il s'agit d'une nouvelle intervention flamande pour les personnes avec un handicap reconnu et un besoin d'assistance avéré. Depuis septembre 2016, les premiers BOB ont été payés aux personnes qui attendaient depuis longtemps un soutien financier.

Vlaamse Sociale Bescherming

La Flandre a opté pour l'organisation d'un nouveau modèle d'assurance : la *Vlaamse sociale bescherming* (VSB). Les caisses de soins sont chargées de son exécution. Dans un premier temps, la VSB se composera uniquement de la *Zorgverzekerung* et du BOB. Les textes de loi nécessaires ont été approuvés à cette fin en 2016. Depuis le 1^{er} janvier 2017, la VSB rembourse également l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Phase 2

Dans les prochaines années, d'autres compétences en matière de soins et de santé seront également transférées à la Communauté flamande. A partir de 2019 (phase 2), les caisses de soins prendront aussi en charge le paiement des dispositifs d'aide à la mobilité et des centres de soins.

Communauté Germanophone

Mise en place de la DSL

La DSL (Dienststelle für selbstbestimmtes Leben) a été mise en place le 1^{er} janvier 2017. Cet OIP a repris certaines matières sociales transférées vers la communauté germanophone telles que les aides à la mobilité et l'évaluation du degré de dépendance des personnes en maison de repos. La DSL est composée de différents organes de gouvernance et de consultance. Les mutualités occupent deux mandats dans le Conseil d'Administration.

Assurance autonomie

La Communauté Germanophone (CG) a chargé le consultant BDO avec une étude de faisabilité d'une assurance autonomie en CG ou de propositions alternatives telles que la collaboration avec une autre communauté ou l'adaptation des structures et mesures existantes des aides aux personnes dépendantes.

GROS PLAN SUR LES PROJETS 2016

2016 a également été marquée par la concrétisation de projets importants et innovants au sein des Mutualités Libres. En voici un aperçu !

Nouveau bâtiment d'Anderlecht : dernière ligne droite !

À l'image de Rome qui ne s'est pas construite en un jour, les travaux du nouveau bâtiment des Mutualités Libres situé à Anderlecht se sont poursuivis en 2016. Les travaux réalisés sont de plus en plus concrets et les collaborateurs ont même eu l'occasion de choisir eux-mêmes le design de leur environnement de travail !

Pour le nouveau bâtiment des Mutualités Libres, l'année 2016 marque la fin du gros œuvre et la fermeture du bâtiment. L'ensemble des menuiseries extérieures et des châssis intérieurs ont été placés et le bâtiment dispose dorénavant d'un revêtement extérieur. Les travaux de chauffage, ventilation et air conditionné, mais aussi d'électricité ont été effectués. Le bâtiment possède d'ailleurs désormais les raccordements au gaz et à l'électricité nécessaires. L'étanchéité et la géothermie ont été testées au cours de l'année 2016. Les plafonnages sont également terminés.

Avant le déménagement des collaborateurs prévu le 2 octobre 2017, différentes réalisations sont prévues telles que la pose des panneaux photovoltaïques, les travaux de menuiseries intérieures (desk accueil, coffee corners,...), les peintures et finitions, les faux plafonds et luminaires, etc.

Couleur, design et meubles de bureau : le choix des collaborateurs !

Les collaborateurs passent toute la journée dans leur bureau. Pour s'assurer que leur environnement de travail leur plaise, les Mutualités Libres ont proposé à leurs collaborateurs de choisir eux-mêmes l'ambiance particulière faite de couleurs et de matières, telles que la terre, la pierre, le métal, etc. qu'ils retrouveront dans leur zone de travail. **Sept ambiances différentes ont été proposées sur de grands tableaux appelés «moodboards» et les collaborateurs ont été invités à exprimer leur préférence.**

Un groupe de travail «Green areas» a également été mis sur pied pour développer la biodiversité et l'écologie au sein même de notre nouveau bâtiment avec notamment un potager, des ruches, un amphithéâtre, etc.

e-Attest et e-Fact : vers plus de simplification administrative

e-Attest et e-Fact sont des projets qui s'inscrivent dans le contexte du plan d'actions e-Santé 2.0 de la ministre Maggie De Block et plus précisément, dans le point relatif à la simplification administrative.

e-Attest s'applique au remboursement automatique des attestations. Le médecin généraliste pourra envoyer directement une attestation de soins donnés par flux électronique à la mutualité. Et le patient recevra un justificatif des soins reçus (conformément à la loi sur la transparence) reprenant notamment un numéro d'accusé de réception à titre de preuve de la réception de son attestation auprès de son organisme assureur. Ce remboursement s'effectuera automatiquement au patient. Après réception de l'attestation électronique par l'organisme assureur et le traitement de celle-ci, le patient sera automatiquement remboursé par sa mutualité dans le respect des règles de la nomenclature.

e-Fact concerne la facturation du tiers payant électronique. Les prestataires de soins pourront consulter les tarifs auprès des organismes assureurs et facturer le tiers payant de manière électronique.

Dates de mise en production

- e-Fact médecins généralistes : octobre 2015
- e-Fact et e-Tarif dentistes : mars 2017
- e-Fact spécialistes : avril 2017
- e-Attest médecins généralistes : janvier 2018

Les avantages des projets e-Fact et e-Attest

- simplification administrative
- suppression du papier
- augmentation de l'efficacité
- éviter les erreurs d'écriture et le refus de remboursement
- extension des fonctionnalités à d'autres prestataires de soins
- modernisation des procédures (échange informatisé et sécurisé)
- remboursement plus rapide pour le patient

“Les Mutualités Libres continuent à suivre de près les nouvelles tendances (...). Le but étant de simplifier le parcours client et d’augmenter l’efficacité des services offerts.”

Optimisation du droit médical (ODM)

ODM est un projet d’optimisation qui a pour objectif de transformer la structure et le fonctionnement des différents services liés aux consultations médicales.

Ce projet vise :

- un meilleur service pour le client
- la création d’équipes multidisciplinaires composées de médecins conseils, paramédicaux et gestionnaires administratifs
- l’optimisation des convocations des patients
- l’harmonisation des processus de gestion de l’agenda des consultations
- la mise en place d’un système IT de gestion permettant l’amélioration des processus

L’année 2016 a été marquée par la validation du nouveau modèle qui réorganise les cabinets de consultation ainsi que du business case. Les 3 régions ont ensuite été mises en place avec, à leur tête, un Regional Operational Manager pour tous les aspects organisationnels et un Regional Medical Manager pour tous les aspects médicaux. Les premières assistantes administratives ont été engagées pour les cabinets et formées. Un projet pilote a démarré au cabinet de Jemeppe avec la reprise des activités de suivi de la mutualité par les assistantes administratives du cabinet. Et le résultat est concluant : **selon une enquête de satisfaction, collaborateurs et affiliés sont satisfaits de cette nouvelle organisation.** En 2017 va débiter une phase de déploiement du projet avec l’ouverture de 11 cabinets. Il s’agit d’un élément essentiel pour mieux gérer l’incapacité de travail et pour répondre aux changements liés à l’accompagnement des affiliés dans le cadre de la réintégration professionnelle.

Hello World, deux projets qui simplifient la vie des affiliés

Après deux années de développement, le projet Hello World a pu livrer en 2016 plusieurs réalisations d’informatisation et de simplification administrative. Focus sur Zoomit et l’affiliation en ligne.

L’affiliation en ligne : une première en Belgique

En novembre 2016, OZ a été la première mutualité en Belgique à offrir un service entièrement connecté pour l’affiliation à l’assurance obligatoire. Avec l’affiliation en ligne, le futur affilié ne doit plus se rendre en agence lors d’un transfert (mutation) ou d’une nouvelle affiliation. Néanmoins, l’expérience utilisateur est limitée par l’utilisation de la carte d’identité électronique qui nécessite un lecteur de carte, le code PIN, la signature technique, etc. Cet élément reste un frein pour une utilisation massive avec des volumes importants.

Les Mutualités Libres continuent toutefois à suivre de près les nouvelles tendances en termes d’authentification et d’autorisation, telles que celles utilisées dans le monde bancaire ou les télécoms. Le but étant de simplifier le parcours client et d’augmenter l’efficacité des services offerts.

Zoomit, gestion des paiements facilitée

Le projet Zoomit a pour but de faciliter le paiement par les affiliés à travers leurs solutions de banque en ligne. Les paiements (cotisations, assurances,...) sont effectués en un seul clic. Les documents dématérialisés sont consultables de manière sécurisée via la plateforme Zoomit. Le support clientèle peut visualiser les différents statuts (abonné, paiement effectué, etc.) via l’application DGC. Les mutualités Omnimut et Partena-OZV ont déjà adopté Zoomit en 2016. D’autres mutualités suivront en 2017.

Zoomit permet aussi d’avoir des statistiques sur les nouveaux usages ainsi que sur les comportements de paiement. Zoomit sera prochainement complété par d’autres moyens de paiement utilisés habituellement sur les plateformes d’e-commerce.

ADMINISTRATION, DIRECTION ET SURVEILLANCE

Conseil d'administration

Membres élus par l'Assemblée Générale du 28 septembre 2016

Président - **Gustave Nowicki** (jusqu'au 27 septembre 2016)
et **Pierre Bouckaert** (à partir du 28 septembre 2016)
Directeur général - **Xavier Brenez**

Membres effectifs

Sagrario Carballo-Martinez
Elisabeth de Bethune
Pascal De Coene
Jean-Pierre de Jamblinne de
Meux
Bernard De Roover
Thierry De Thibault
Marcel Dengis
Marie-Gemma Dequae
René Deweseler
Christine Dries
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

Comité de Direction

Président - **Xavier Brenez**

Membres effectifs

Rik Selleslaghs (501)
Freddy Piron (506)
Alex Parisel (509)

Hubert Heck (515)
Christine Dries (516)
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

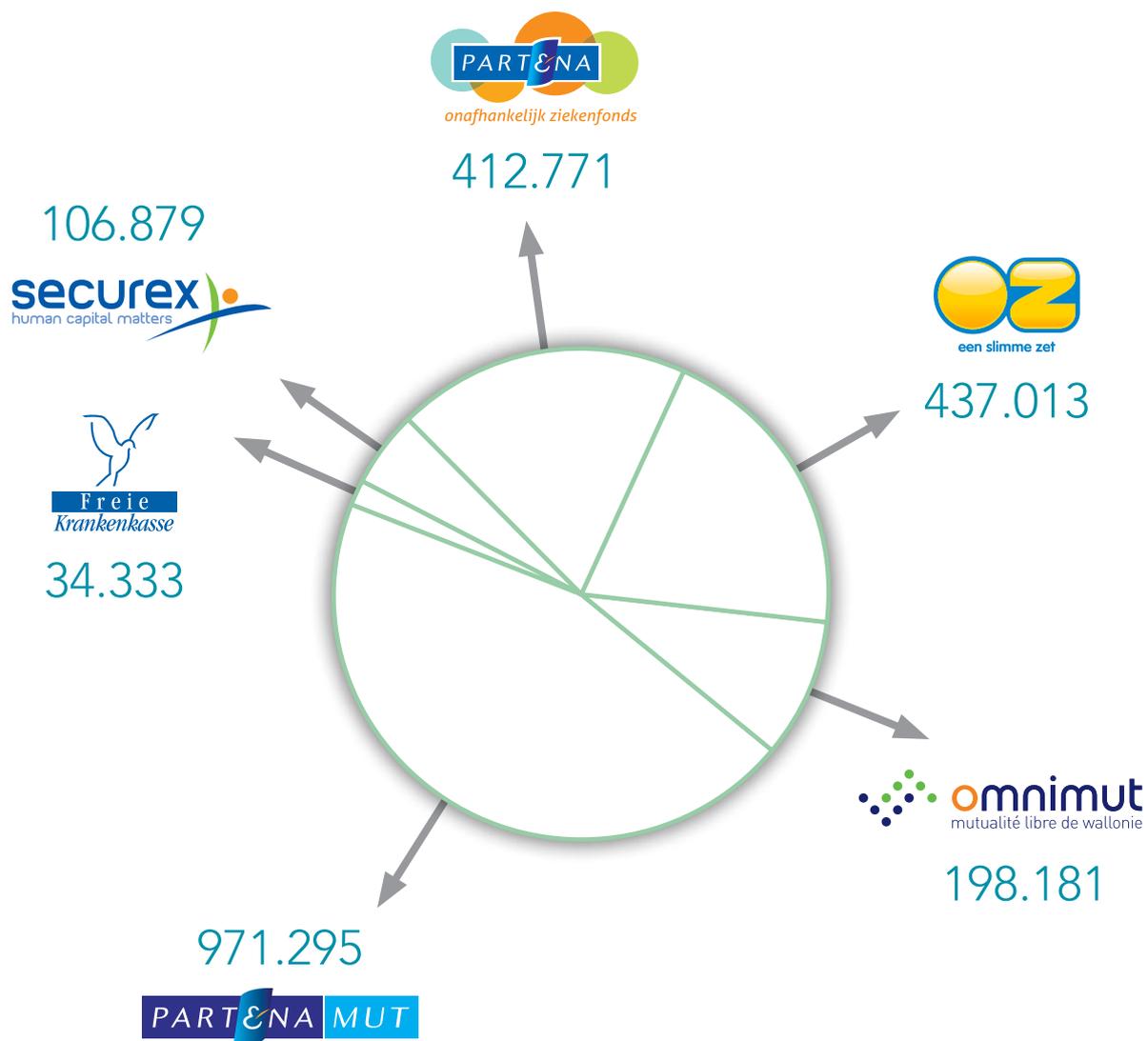
Xavier Brenez
Dick Vanwollegem

Externe

ERNST & YOUNG
Réviseurs d’entreprises S.C.C.
Représentée par Marie-Laure Moreau, associée

LES EFFECTIFS DES MUTUALITÉS LIBRES

Fin 2016, l'effectif consolidé des Mutualités Libres s'élevait à 2.160.472 bénéficiaires.



Par rapport à 2015 (2.148.124 bénéficiaires), l'effectif global a augmenté de **12.348 membres (0,57 %)**. Ces chiffres englobent le Régime Général, le Régime Indépendant et les Conventions Internationales.
Les Conventions Internationales concernent **40.921 bénéficiaires** (1,89 % de l'effectif global).

MLOZ PAR RAPPORT AUX AUTRES UNIONS NATIONALES

Au 31 décembre 2016, les effectifs des différents OA se présentaient comme suit :

Répartition des ayants droit par OA au 31 décembre 2016 (hors conventions internationales)

Unions	Régime général		Régime indépendant	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
ANMC	4.121.302	41,03 %	470.143	41,52 %
UNMN	465.308	4,63 %	61.794	5,46 %
UNMS	2.979.266	29,66 %	183.233	16,18 %
UNML	484.685	4,83 %	71.609	6,32 %
MLOZ	1.797.539	17,90 %	340.162	30,04 %
CAAMI	90.409	0,90 %	5.355	0,47 %
SNCB	104.906	1,04 %	0	0,00 %
TOTAL	10.043.415	100,00 %	1.132.296	100,00 %

MLOZ compte 17,90 % des ayants droit du régime général parmi ses membres. **Dans le régime indépendant, près d'un ayant droit sur trois est affilié aux Mutualités Libres (30 % au 31 décembre 2016).** Seule l'ANMC compte proportionnellement (et en chiffres absolus) plus d'assurés indépendants.

LES MUTATIONS

Les mutations «In» et «Out» par bénéficiaire s'élevaient à 43.154 en 2016. Tout comme les années précédentes, **ce solde est une nouvelle fois favorable, +1.434 affiliations,** contre +5.602 en 2015.

Unions	Mutations «IN»	Mutations «OUT»	Solde
ANMC	10.554	9.459	1.095
UNMN	1.471	2.678	-1.207
UNMS	8.122	7.281	841
UNML	1.658	764	894
CAAMI	478	668	-190
SNCB	11	10	1
TOTAL	22.294	20.860	1.434

2016, L'ANNÉE DE TOUS LES PACTES

L'année 2016 fut une année chargée en nouveaux projets pour la ministre de la Santé publique Maggie De Block. Avec comme objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'assurance maladie tout en s'adaptant au contexte actuel et aux changements sociétaux.

Le pacte d'avenir avec les organismes assureurs

Un pacte d'avenir a été signé entre la ministre de la Santé publique Maggie De Block et les organismes assureurs.

L'objectif de ce pacte est de donner une impulsion et un soutien aux mutualités afin de leur permettre d'évoluer face aux changements sociaux, technologiques, politiques et des soins de santé. En le signant, les organismes assureurs et les autorités publiques se sont engagés dans une vraie relation de partenariat pour faire face à ces évolutions. Concrètement, le pacte nous permettra de passer de l'assurance «maladie» à l'assurance «santé», d'être plus en phase avec notre époque et de placer les besoins des affiliés au cœur de nos préoccupations.

L'accord sur un cadre budgétaire transparent et stable entre les mutualités et le gouvernement est aussi un point important à retenir. Il doit permettre aux mutualités de continuer à remplir leurs missions et de collaborer à la politique des soins de santé, tout en contribuant à l'assainissement du budget public.

Le pacte est divisé en 6 axes de modernisation :

- Information aux membres, aide et coaching santé
- Contribution au développement des connaissances et à la préparation stratégique
- Contrôle et efficacité
- Corps des médecins-conseils
- Assurance complémentaire obligatoire
- Capacité de gestion, bonne gouvernance et transparence

Le plan d'action dans le cadre de la politique de contrôle

La ministre Maggie De Block a décidé d'investir davantage dans l'approche intégrée de l'assurance obligatoire soins de santé afin de réduire les facturations frauduleuses, la surconsommation et les gaspillages. Dans le pacte avec les organismes assureurs, une attention particulière est d'ailleurs aussi accordée à cette thématique et au rôle que les différents partenaires doivent jouer dans ce contexte (axe «contrôle et efficacité»).

Un certain nombre de mesures structurelles sont prévues dans le plan d'action, visant d'abord à renforcer l'efficacité des contrôles et la transparence dans le secteur des soins de santé. Ensuite, des mesures et actions plus spécifiques sont prévues pour lutter contre la fraude et améliorer l'efficacité dans le secteur soins de santé. Une cellule «Soins efficaces» a été créée au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI. Le but étant de détecter les gaspillages et proposer des mesures pour renforcer l'efficacité, la qualité et la sécurité des patients.

Taskforce

La situation budgétaire s'est dégradée début 2016. C'est pourquoi la ministre a demandé aux organes de gestion de l'INAMI de prendre des mesures pour garder le budget «sur les rails». Le choix s'est porté sur un groupe de travail composé de tous les acteurs impliqués et qui a pour objectif de définir les mesures nécessaires au maintien des dépenses au sein du cadre budgétaire convenu. L'administrateur général de l'INAMI dirige et coordonne cette taskforce.

Sur la base d'une actualisation des estimations en janvier 2016, il fallait s'attendre à une dégradation des dépenses prévues, à hauteur de 101,6 millions d'euros. Cette dégradation a été compensée structurellement par des économies. Un retard a également été constaté dans les comptabilisations et paiements d'un organisme assureur.

Pour pouvoir prendre des mesures ciblées, les comptes ont été listés en positif (sous-exploitation et recettes) et en négatif. Dans ce cadre, il a été décidé que le groupe de travail devait proposer des mesures à hauteur de 94,4 millions d'euros, complétées par un plan d'action pour le contrôle et l'efficacité des soins.

Le pacte dispositifs médicaux

La ministre de la Santé publique a conclu un pacte avec l'industrie des technologies médicales, avec l'objectif d'améliorer la sécurité et l'accessibilité des dispositifs médicaux pour le patient (implants, tests in vitro, appareils médicaux lourds, chaises roulantes ou scalpels). Les grands points repris dans le pacte sont les suivants :

- **Autocontrôle** : l'agence fédérale des médicaments met en place un système d'autocontrôle dans le secteur des technologies médicales, permettant à tous les acteurs du marché belge d'assumer conjointement la responsabilité de la qualité et de la sécurité des dispositifs médicaux.
- **Soins à domicile** : de nouvelles règles seront établies pour déterminer les critères auxquels doivent répondre les dispositifs médicaux utilisés pour traiter le patient dans son cadre familial.
- **Remboursement** : les pouvoirs publics et l'industrie s'engagent à permettre aux patients d'accéder aux dispositifs les plus innovants et à affiner le remboursement des implants remboursables et des dispositifs médicaux.
- **Appareillage médical lourd et applications mobiles** : un cadastre des appareils d'imagerie lourds a été établi pour permettre d'avoir un aperçu des appareils existants et de réduire la charge de rayonnement pour la population.

e-Santé

Le plan e-Santé poursuit l'objectif d'informatiser les soins de santé pour les prestataires de soins et les patients.

Depuis fin 2015, les projets MyCareNet ont connu de nouvelles avancées : le lancement de e-Fact Médecin généraliste (facturation électronique), la consultation du DMG (dossier médical global) maître de stage par le médecin stagiaire, l'extension du message d'assurabilité à différents prestataires (opticiens, podologues, maisons de soins psychiatriques, services ambulanciers, etc.). La mise en production de e-Fact Dentistes regroupant un module de facturation et de tarification est prévue en 2017 ainsi que la mise en production de e-Fact Médecins spécialistes (voir p. 8). La prescription électronique (Recip-e) a été développée pour les médecins généralistes et devrait être obligatoire en 2018.

Une série de projets pilotes en santé mobile ont été lancés afin d'observer si des applications en télémonitoring, téléconsultation, télémédecine, etc. pouvaient avoir une plus-value dans le suivi correct et rapide des patients et améliorer leur qualité de vie. Les projets pilotes sélectionnés se concentrent sur la problématique des AVC et autres pathologies cardiaques, le diabète, la santé mentale et les douleurs chroniques,...

Le dossier patient informatisé (DPI) dans les hôpitaux a également bénéficié d'une attention particulière en 2016. L'objectif final est de parvenir à un enregistrement uniformisé pour tous les hôpitaux et un dossier qui peut ensuite compléter le dossier médical partagé dans les soins ambulatoires (DMP et dossier pharmaceutique).

Le support ICT annuel pour les hôpitaux est passé de 16 à 56 millions d'euros, ce qui reste inférieur au total d'incitants (primes télématiques) pour la première ligne. Mais c'est un grand pas en avant.

FRAIS D'ADMINISTRATION

Lors de son entrée en fonction fin 2014, le gouvernement de Charles Michel 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.

Dotation 2016

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.

Le montant des frais d'administration octroyés forfaitairement¹ aux organismes assureurs pour l'exercice 2016 a été fixé par la loi-programme du 26 décembre 2015, publiée le 30 décembre 2015.

Les cinq unions nationales² ont reçu un montant de 1,05 milliards d'euros, ce qui correspond à une diminution de 20 millions (-1,85 %) par rapport à 2015.

Ce montant est composé d'une partie fixe de 945 millions d'euros et d'une partie variable de 105 millions d'euros.

En vertu de la loi du 22 août 2002 portant diverses dispositions relatives aux soins de santé, la partie variable est, depuis 2004, fixée à 10 % du montant annuel des frais d'administration. Il est possible que ce pourcentage augmente dans les années à venir.

La clé de répartition de la partie fixe entre les organismes assureurs repose sur une pondération de leurs effectifs.

La partie variable octroyée dépend de l'appréciation par l'Office de Contrôle des Mutualités des critères de performance pour la gestion de l'assurance obligatoire. Cette appréciation n'est pas encore connue pour 2016.

Pour 2015, notre union avait atteint 98,3 % de sa dotation maximale, contre 95,8 % l'année précédente.

Répartition de la partie fixe 2016

	Montant brut	Par bénéficiaire	Index
ANMC	380.514.191	82,87	96,2
UNMN	47.999.552	91,06	105,7
UNMS	283.413.648	89,62	104,1
UNML	60.093.392	108,02	125,4
MLOZ	173.135.816	80,99	94,0
Total	945.156.600	86,12	100,0

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 Soins de Santé de la SNCB jouissent d'un régime spécifique.

Dépenses

Les dépenses brutes «Frais d'administration» de toutes les Mutualités Libres atteignaient ensemble un montant de 278 millions d'euros en 2016, soit 3,9 % de plus qu'en 2015.

Les charges salariales représentent 57,9 % des dépenses brutes et ont diminué de 2 % par rapport à 2015.

L'imputation des coûts et des recettes diverses en dehors de la dotation s'élevait à 48,3 millions d'euros, soit une augmentation de 3,9 %. Les dépenses nettes ont dès lors encore augmenté de 5,7 %.

	2015	2016	Ecart	Répartition
Services, biens divers et frais	90.528.265	101.310.435	11,9 %	36,3 %
Salaires, charges sociales et pensions	164.661.656	161.488.160	-1,9 %	57,9 %
Amortissements, réductions de valeur et provisions	5.091.016	5.427.488	6,6 %	1,9 %
Autres charges d'exploitation	3.993.437	6.739.932	68,8 %	2,4 %
Charges financières	72.345	108.030	49,3 %	0,0 %
Frais exceptionnels	99.610	3.685.923	--	1,3 %
Dépenses brutes	264.446.329	278.759.967	5,4 %	100,0 %
Refacturation et produits	46.445.539	48.275.722	3,9 %	
Dépenses nettes	218.000.790	230.484.245	5,7 %	

CLÔTURE DES COMPTES 2012

Au cours de l'année écoulée, l'INAMI a clôturé l'année comptable 2012. Les dépenses globales du secteur des soins de santé sont supérieures à l'objectif budgétaire global. Un déficit de 24,6 millions d'euros a dès lors été noté, dont 6,1 millions d'euros (25 %) à charge des organismes assureurs.

Pour les organismes assureurs, ce résultat est provisoire, puisqu'il a été calculé sur la base de la dernière clé de répartition normative connue à ce moment-là, à savoir celle de 2008. La clôture de 2012 devra être recalculée selon la réglementation actuelle dès que l'INAMI connaîtra la clé de répartition normative définitive. La différence sera alors intégrée à l'année comptable en cours.

Résultats provisoires exercice 2012

	boni provisoire	titulaires	par titulaire
ANMC	-6.909.117€	3.116.283	-2,22€
UNMN	2.930.525€	330.193	8,88€
UNMS	364.198€	2.040.554	0,18€
UNML	-2.713.247€	415.396	-6,53€
MLOZ	1.501.783€	1.328.368	1,13€
CAAMI	586.890€	53.589	10,95€
SNCB	-1.902.894€	77.281	-24,62€
Total	-6.141.862€	7.361.664	-0,83€

L'an passé, la clé de répartition normative 2008 a été calculée et approuvée par l'INAMI. Le résultat provisoire de 2008 a donc pu être adapté et recalculé. L'INAMI continue à rencontrer des problèmes lors de la définition des clés de répartition définitives, entraînant des années de retard pour le calcul des résultats définitifs.

Les Mutualités Libres (MLOZ) sont le seul organisme assureur qui obtient un meilleur résultat lors de la clôture définitive 2008 que lors de la clôture provisoire. Elles enregistrent un boni de 2,20 euros par titulaire, soit 0,30 euro de plus que lors de la clôture provisoire.

	Clôture provisoire		Clôture définitive		Régularisation lors de la clôture 2012
	boni	par titulaire	boni	par titulaire	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)-(a)
ANMC	32.867.405	10,82€	19.788.114	6,51€	-13.079.291
UNMN	2.078.610	6,76€	1.806.600	5,87€	-272.011
UNMS	23.194.381	11,72€	8.577.204	4,33€	-14.617.177
UNML	6.593.588	16,00€	1.496.562	3,63€	-5.097.026
MLOZ	2.349.510	1,90€	2.728.487	2,20€	378.978
CAAMI	1.676.357	33,57€	353.185	7,07€	-1.323.172
SNCB	1.747.622	21,74€	-934.332	-11,62€	-2.681.954
Total	70.507.473	9,92€	33.815.819	4,76€	-36.691.654

Résultat cumulé 1995-2012 (en euros par titulaire)

	1995-2007	2008	2009 (*)	2010 (*)	2011 (*)	2012 (*)	TOTAL
ANMC	39,53	6,51	13,43	22,31	6,96	-2,22	86,52
UNMN	36,79	5,87	7,84	18,47	3,07	8,88	80,91
UNMS	29,96	4,33	16,08	21,18	4,03	0,18	75,75
UNML	27,58	3,63	18,37	27,26	11,21	-6,53	81,52
MLOZ	22,87	2,20	2,25	11,45	-2,46	1,13	37,44
CAAMI	108,33	7,07	38,58	43,16	31,66	10,95	239,76
SNCB	-46,76	-11,62	33,78	53,00	38,64	-24,62	42,42
Global	32,61	4,76	12,64	20,65	5,04	-0,83	74,86

(*) résultats provisoires

Depuis l'introduction de la responsabilité financière en 1995, le résultat cumulé pour MLOZ s'élève à 37,44 euros par titulaire, mais les 4 derniers exercices n'ont été clôturés que provisoirement.

LES INDEMNITÉS DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL

Dans le régime général (RG), nous constatons une augmentation globale des dépenses de 5,27 % au niveau national en 2016, contre 5,93 % en 2015. Voici une série de mesures prises en 2016 et qui ont eu un impact financier.

À partir du 1^{er} janvier 2016

- Adaptation du salaire minimum pour les employés de catégorie I, établie par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE) et d'application à partir du 1^{er} janvier 2016 pour les titulaires en incapacité de travail à partir de cette date.
- Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010 inclus avec une récurrence de 6 ans (mesure conjoncturelle).
- Revalorisation du salaire journalier moyen pour les travailleurs qui invoquent la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3).

À partir du 1^{er} avril 2016

- Revalorisation de 2 % des indemnités «minimum non-travailleur régulier» à la suite de l'augmentation des montants du revenu d'intégration (mesure conjoncturelle).

À partir du 1^{er} mai 2016

- Revalorisation des prestations - Revalorisation du montant de la prime de rattrapage accordée après 2 ans d'incapacité de travail.
- Revalorisation des prestations SSI - Adaptation du plafond salarial en cas d'incapacité de travail, maternité ou invalidité.

À partir du 1^{er} août 2016

- Fixation du montant annuel d'une indemnité attribuée en vertu du droit commun pour une incapacité de travail permanente.
- Absence au contrôle médical sans justification valable pendant un délai de 60 jours calendrier. Conséquences pour la reconnaissance de l'incapacité de travail - art. 134, § 2 loi SSI et art. 24 de l'AR du 20 juillet 1971.
- Directives aux médecins-conseils pour l'organisation du contrôle et l'évaluation de l'incapacité de travail.

À partir du 1^{er} décembre 2016

- Revalorisation du salaire journalier moyen pour les travailleurs qui invoquent la qualité de travailleur régulier.

Dépenses du secteur des indemnités du régime général en 2016 (en millions d'euros)

	MLOZ		TOTAL	
	2016	16/15	2016	16/15
Incapacité primaire	280,36	-0,35 %	1.693,58	-1,77 %
Maternité	120,37	2,62 %	616,61	0,95 %
Maternité en invalidité	1,80	-2,14 %	10,48	8,63 %
Pauses d'allaitement	0,16	28,91 %	0,75	28,34 %
Invalidité	803,86	9,53 %	5.087,99	8,45 %
Allocations frais funéraires	0,00	0,00 %	0,00	-57,73 %
Réadaptation professionnelle	1,62	55,88 %	8,38	-14,36 %
Total	1.208,17	6,39 %	7.417,79	5,27 %

LES INDEMNITÉS DANS LE RÉGIME INDÉPENDANT

Les indemnités du régime indépendant (RI) ont augmenté de 5,46 % au niveau national en 2016, contre 7,96 % en 2015. Voici une série de mesures prises en 2016 et qui ont eu un impact financier.

À partir du 1^{er} janvier 2016

- Revalorisation du plafond des revenus professionnels annuels autorisés en cas de reprise d'une activité rémunérée pour les revenus à partir de 2013 (mesure conjoncturelle).
- Réforme du système d'activité autorisée dans l'assurance indemnités pour indépendants.

À partir du 1^{er} mai 2016

- Revalorisation des prestations SSI - Revalorisation du forfait «isolé».

Dépenses du secteur des indemnités du régime indépendant en 2016 (en millions d'euros)

	MLOZ		TOTAL	
	2016	16/15	2016	16/15
Incapacité primaire	22,79	3,03 %	85,80	-1,31 %
Maternité	6,21	9,25 %	21,27	8,80 %
Maternité en invalidité	0,02	22,63 %	0,15	113,41 %
Invalidité	82,43	8,23 %	326,37	7,14 %
Réadaptation professionnelle	0,12	126,25 %	0,21	30,11 %
Total	111,57	7,24 %	433,80	5,46 %

ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ

Au niveau fédéral

En 2016, les dépenses en soins de santé transitant par les organismes assureurs s'élevaient à 26,9 milliards. La croissance des dépenses, y inclus les dépenses en soins de santé régionalisées, est de 2,1 %. Au niveau fédéral, l'objectif budgétaire global en 2016 s'élève à 23,812 milliards d'euros.

Ce budget ne peut pas être simplement comparé aux dépenses 2016. Il faut neutraliser une série de montants afin d'obtenir une comparaison homogène. Les montants à neutraliser sont les Conventions internationales¹, des dépenses portées en négatif pour double comptage, des parties de budget que le Conseil général a décidé de ne pas utiliser et le fonds des accidents médicaux. On obtient alors une base de comparaison homogène s'élevant à 23,511 milliards d'euros. Les dépenses en soins de santé en 2016 s'élevaient à 23,528 milliards d'euros au niveau fédéral. **Sur le plan comptable, on comptabilise donc un dépassement budgétaire d'environ 16,7 millions au niveau fédéral.**

Dans le cadre de la responsabilisation financière 2016 des organismes assureurs, il faudra tenir compte d'un déficit de 230 millions².

Le dépassement budgétaire est principalement dû aux dépenses dans le secteur de la pharmacie (dépassement de 261 millions). Le nouveau système de budget «net» pour les spécialités pharmaceutiques ne sera d'application qu'à partir de 2017. Cela permettra de neutraliser une partie du dépassement et d'avoir une vue plus claire des dépenses réelles en produits pharmaceutiques. Ce système de correction permet de tenir compte des recettes dans le cadre des contrats d'innovation conclus avec l'industrie prévu à l'art. 81³ (127 millions) et du «claw-back» (100 millions).

On remarque que les dentistes, les kinésithérapeutes et les accoucheuses sont également en dépassement budgétaire. Le dépassement chez les dentistes est dû en partie à une sous-estimation de l'impact du trajet bucco-dentaire. En effet, les dépenses en soins préventifs

sont en forte augmentation, mais on observe également une forte augmentation pour les forfaits des traitements urgents.

L'augmentation en kinésithérapie est principalement due à l'augmentation des dépenses en prestations courantes au cabinet en dehors de l'hôpital et des prestations de la liste FB au domicile et au cabinet en dehors de l'hôpital.

Le dépassement chez les accoucheuses est dû à la forte augmentation de dépenses postnatales. Cela est probablement une conséquence de la diminution des durées de séjour lors d'un accouchement.

Certains secteurs poursuivent une forte croissance sans présenter de dépassement, il s'agit du secteur des infirmières, de la logopédie, du maximum à facturer, des patients chroniques et des maisons médicales.

Au niveau des Mutualités Libres

Les dépenses totales des Mutualités Libres s'élevaient à 4,269 milliards d'euros pour 2016. La croissance des dépenses des Mutualités Libres est légèrement plus faible que celle des dépenses de l'ensemble des organismes assureurs (-0,38 %).

Cette différence de croissance entre les Mutualités Libres et l'ensemble des organismes assureurs du royaume n'est pas répartie de façon équivalente entre les secteurs.

Nous observons une croissance plus marquée pour les Mutualités Libres dans les domaines des accoucheuses, des kinésithérapeutes, des bandagistes-orthopédistes, des implants et de la santé mentale.

Il faut noter que les forfaits pour les malades chroniques sont en décroissance (-3,6 %) pour les Mutualités Libres alors qu'au niveau de l'ensemble des organismes assureurs, on observe une croissance (+8,2 %).

La contribution des Mutualités Libres dans les dépenses qui transitent par les organismes assureurs s'élève à 15,8 %. Les dépenses restent dans les limites des dépenses attendues compte tenu de la proportion d'affiliés auprès des Mutualités Libres.

1 Il s'agit de double comptage dans les hôpitaux

2 Le budget est adapté pour ne pas prendre en compte les montants réservés et les dépenses propres à l'INAMI.

3 Art. 81 de l'arrêté royal du 21/12/2001 fixant «les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques».

Rubriques	MLOZ		Royaume				Part MLOZ dans dép. (4)
	Dép. 2016 ⁽¹⁾	Evol. (2)	Dép. 2015 ⁽¹⁾	Obj. 2016 *	Obj. - Dép. ^{*(3)}	Evol. (2)	
1 Honoraires médicaux*	1.289.376.515	2,2%	7.781.649.610	7.889.472.000	17.063.000	1,7%	16,6%
2 Soins dentaires*	174.511.183	3,7%	900.697.398	889.626.000	-26.941.000	2,5%	19,4%
3 Prestations pharmaceutiques*	721.886.525	1,9%	4.638.868.050	4.377.091.000	-261.797.000	2,6%	15,6%
4 Soins infirmiers à domicile*	156.643.778	2,3%	1.406.285.243	1.471.345.000	18.856.000	2,7%	11,1%
5 Kinésithérapie	114.386.349	5,2%	730.527.676	715.591.000	-22.637.000	3,1%	15,7%
6 Bandagistes - Orthopédistes	42.495.164	5,3%	313.311.965	229.294.000	****5.004.000	3,4%	13,6%
7 Implants	104.351.250	3,7%	698.279.630	706.744.000	8.464.000	1,9%	14,9%
8 Soins par opticiens	5.714.513	3,8%	29.574.599	32.604.000	3.029.000	3,5%	19,3%
9 Soins par audiciens	10.113.105	2,6%	63.742.812	60.606.000	-3.137.000	2,8%	15,9%
10 Accoucheuses	5.082.334	29,7%	26.510.734	23.127.000	-3.384.000	27,6%	19,2%
11 Hôpitaux généraux et psychiatriques	1.016.986.196	1,0%	5.917.145.729	5.501.246.000	****246.566.000	0,5%	17,2%
12 Hôpital militaire	1.999.399	17,9%	9.849.629	8.699.000	-1.151.000	15,8%	20,3%
13 Dialyse	51.334.102	0,9%	144.326.811	418.898.000	3.392.000	0,7%	12,4%
14 MRS/MRPA/Centre de soins de jour*	325.761.683	2,4%	2.528.702.683	***	***	4,0%	12,9%
15 Soins de santé mentale**	15.585.713	2,5%	148.104.033	***	***	-0,4%	10,9%
16 Rééducation	100.689.501	-0,7%	606.126.863	383.727.000	****28.477.000	3,0%	16,6%
17 Fonds spécial	287.227	-13,1%	2.666.734	15.901.000	13.234.000	22,8%	10,8%
18 Logopédie	18.334.784	2,1%	99.790.484	99.661.000	-130.000	3,4%	18,4%
19 Maximum à Facturer	49.323.079	-10,4%	338.391.421	369.576.000	31.185.000	4,3%	14,6%
20 Patients chroniques	13.366.085	-3,3%	109.127.960	108.189.000	-939.000	7,5%	12,2%
21 Soins palliatifs	4.021.751	0,8%	29.586.899	23.421.000	****6.625.000	2,5%	13,6%
22 Maisons médicales (forfaits méd., infirm., kiné)	31.453.897	7,9%	146.042.507	152.343.000	3.184.000	8,0%	21,5%
23 Reste*	8.506.557	8,9%	61.407.211			3,9%	13,9%
24 Régularisations	7.608.984	-47,0%	-57.727.190	-55.454.000	-2.662.000	-10,7%	-13,2%
Total des dépenses, hormis dépenses propres à l'INAMI et y compris les dépenses régionales (1)	4.269.819.673	1,73%	26.940.391.611				15,8%
TOTAL GLOBAL (y compris dépenses propres INAMI)*			23.528.387.000	23.812.569.000	284.182.000		
Fonds des accidents médicaux				12.310.000			
Conventions internationales				112.756.000			
Dépenses négatives				35.645.000			
Sous-utilisations				140.174.000			
Objectif budgétaire (comparaison homogène)				23.511.684.000	-16.703.000		

(1) Dép. 2016 : dépenses comptabilisées en 2016 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 2015 et 2016 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 2016 et les dépenses 2016 (y compris les dépenses propres à l'INAMI) par secteur de soins non régionalisé, en totalité ou 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 2016 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 impulseo, 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, le projet «nouvelles initiatives de soins»).

** Sans les soins psychiatriques en hôpitaux généraux et psychiatriques

*** Dépenses régionalisées

**** Dépenses partiellement régionalisées

NOTRE ACTIVITÉ ASSURANTIELLE EN 2016

Les Mutualités Libres accordent une très grande importance à la qualité de leurs assurances, car elles garantissent l'accessibilité aux soins de leurs affiliés. A côté de l'Assurance Obligatoire, les assurances de notre SMA (Société Mutualiste Assurantielle) sont, en effet, un filet supplémentaire de solidarité.

Au niveau réglementaire, l'indice médical est enfin entré en vigueur. Celui-ci contribue à la pérennité des assurances soins de santé en permettant de faire mieux correspondre l'évolution des primes des assurances soins de santé à l'évolution des dépenses.

Gouvernance

Les instances ont été renouvelées en 2016 et la gouvernance adaptée à la réglementation Solvency II¹. L'élargissement du domaine de compétences du Comité d'Audit à la gestion des risques est une évolution particulièrement notable. Il sera dorénavant appelé «Comité d'Audit et de risques».

Au 1^{er} janvier 2017, les SMA OZ Verzekeringen et Securex ont fusionné avec la SMA Mutuelle Entraide Hospitalisation, désormais la seule SMA au sein du groupe de l'Union Nationale des Mutualités Libres. Cette fusion est une étape essentielle pour l'optimisation et le renforcement de l'activité assurantielle.

Nos réalisations

Offre SMA

Afin de reprendre rapidement notre place de leader sur le marché, nous avons upgradé notre assurance Dentalia Plus en juillet 2016 et développé un nouveau produit d'assurance.

Commercialisé à partir de mars 2017, Medicalia est le complément idéal à Hospitalia Plus et Dentalia Plus pour les soins ambulatoires autres que dentaires, c'est-à-dire pour les consultations de logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs et orthopédagogues.

En 2017, notre gamme de produits sera en outre enrichie par la reprise des produits des SMA OZ (Dagvergoeding OZ et Dagvergoeding Xerius) et Securex (Confort et Income).

Maîtrise des dépenses

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses, nous avons conclu en 2016 des conventions avec plusieurs hôpitaux qui se sont engagés à limiter leurs suppléments d'honoraires à 200 %. Nous avons par ailleurs renforcé le contrôle des factures hospitalières, obtenant ainsi le remboursement de sommes indûment facturées.

1 Loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

6 couvertures

Hospitalia

Hospitalia Plus

Hospitalia Ambulatoire

Forfait H

Hospitalia Continuité

Dentalia Plus

Hospitalia

Couverture hospitalisation de base, sans franchise, limitée à un plafond de 16.000 euros par an, qui rembourse également les soins administrés un mois après l'hospitalisation.

Hospitalia Plus

Offre une couverture hospitalisation complémentaire à celle d'Hospitalia. Sans plafond annuel, et toujours sans franchise, elle complète les interventions d'Hospitalia au niveau des frais de séjour, des suppléments d'honoraires, des honoraires non remboursables... ainsi que des soins administrés un mois avant et les deuxième et troisième mois après l'hospitalisation. C'est aussi une garantie "Maladies graves", qui intervient dans les soins de santé exposés en dehors d'une hospitalisation.

Hospitalia Ambulatoire

Rembourse les soins ambulatoires non liés à une hospitalisation, les frais pharmaceutiques, les prothèses dentaires et ophtalmologiques, toujours sans franchise.

Forfait H

Intervient à concurrence d'un montant forfaitaire de 12,35 euros par jour d'hospitalisation.

Hospitalia Continuité

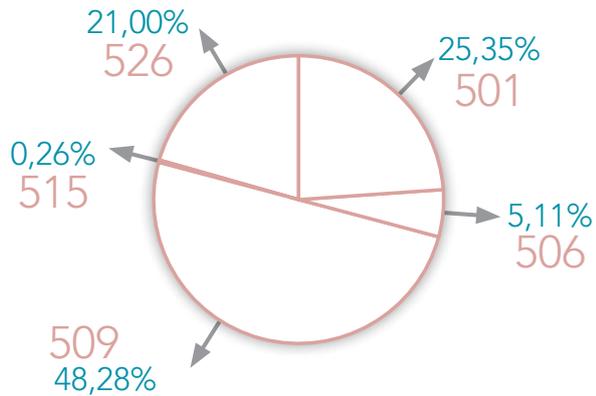
Assure la continuité de la couverture hospitalisation liée à l'assurance groupe d'un employeur lorsque l'employé arrive en fin de carrière ou quitte son employeur. Entretiens, elle complète l'intervention de l'assurance groupe à raison de maximum 50 euros/jour d'hospitalisation.

Dentalia Plus

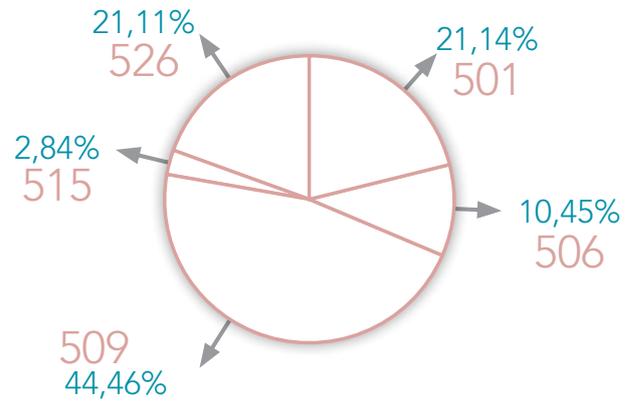
Garantit à ses affiliés une intervention financière dans tous les types de prestations de dentisterie notamment les soins préventifs et curatifs, les prothèses, la parodontie ou encore l'orthodontie. L'intervention de Dentalia Plus peut atteindre 1.250 euros par an à partir de la 3^e année d'affiliation.

Types de remboursements et rubriques	Hospitalia				Hospitalia Plus			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
HOSPITALISATIONS CLASSIQUES								
Frais de séjour	37,66 %	38,13 %	38,32 %	39,35 %	24,28 %	24,01 %	23,25 %	23,30 %
Pharmacie	9,38 %	9,13 %	9,07 %	9,10 %	4,74 %	4,52 %	4,31 %	4,19 %
Implants et matériel endoscopique	7,73 %	7,76 %	7,88 %	8,29 %	4,54 %	4,10 %	3,82 %	4,03 %
Honoraires	41,02 %	40,45 %	39,82 %	38,51 %	60,57 %	61,68 %	62,76 %	62,35 %
Fournitures	0,32 %	0,61 %	0,84 %	0,40 %	0,17 %	0,25 %	0,28 %	0,16 %
Frais divers	1,02 %	1,09 %	1,05 %	1,13 %	1,18 %	1,17 %	1,10 %	1,07 %
Préhospitaliers H Plus / soins urgents H	0,61 %	0,48 %	0,39 %	0,40 %	1,34 %	1,21 %	1,20 %	1,29 %
Posthospitaliers	2,28 %	2,36 %	2,62 %	2,82 %	3,07 %	2,90 %	3,11 %	3,42 %
Transports	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,11 %	0,17 %	0,16 %	0,20 %
Total hospitalisation	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Total Produit	83,66 %	83,00 %	82,48 %	83,88 %	82,37 %	81,45 %	80,48 %	80,90 %
ONE-DAY CLINICS								
One-day	92,10 %	92,19 %	91,51 %	90,60 %	86,34 %	87,57 %	88,02 %	88,06 %
Préhospitaliers H Plus / soins urgents H	0,28 %	0,18 %	0,16 %	0,17 %	3,80 %	3,26 %	3,26 %	3,33 %
Posthospitaliers	7,61 %	7,63 %	8,33 %	9,23 %	9,79 %	9,10 %	8,62 %	8,51 %
Transports	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,07 %	0,07 %	0,10 %	0,09 %
Total One-day	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Total Produit	16,17 %	16,82 %	17,27 %	15,97 %	16,59 %	17,43 %	18,24 %	17,74 %
AUTRES								
Hospitalisations à l'étranger	0,16 %	0,17 %	0,24 %	0,14 %	0,17 %	0,16 %	0,26 %	0,24 %
Accouchement à domicile	0,01 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,03 %	0,03 %	0,02 %	0,02 %
Maladies graves	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,85 %	0,94 %	1,00 %	1,10 %
Grand total	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100 %	100 %	100,00 %	100,00 %

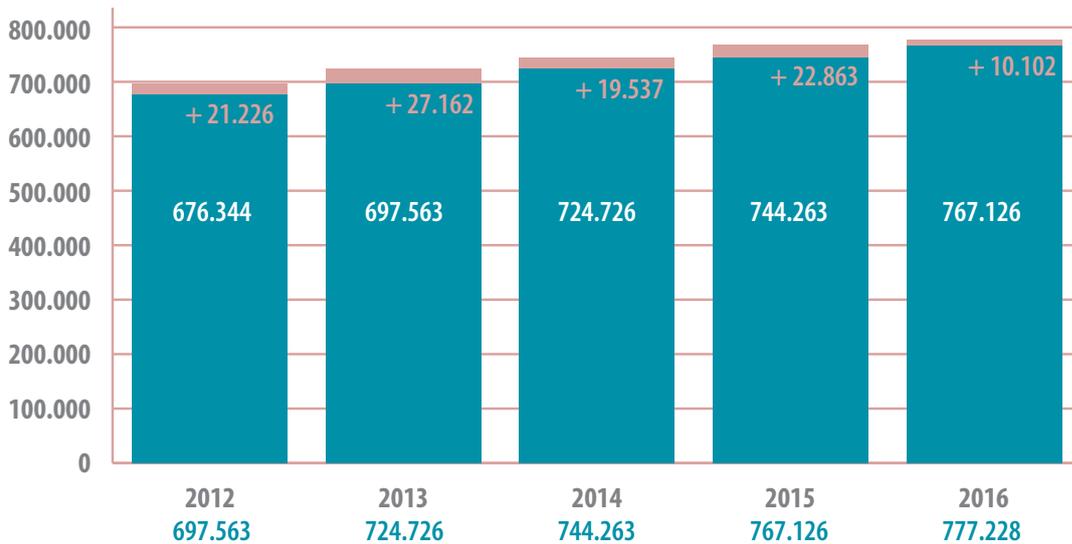
Répartition des effectifs par mutualité gamme Dentalia Plus



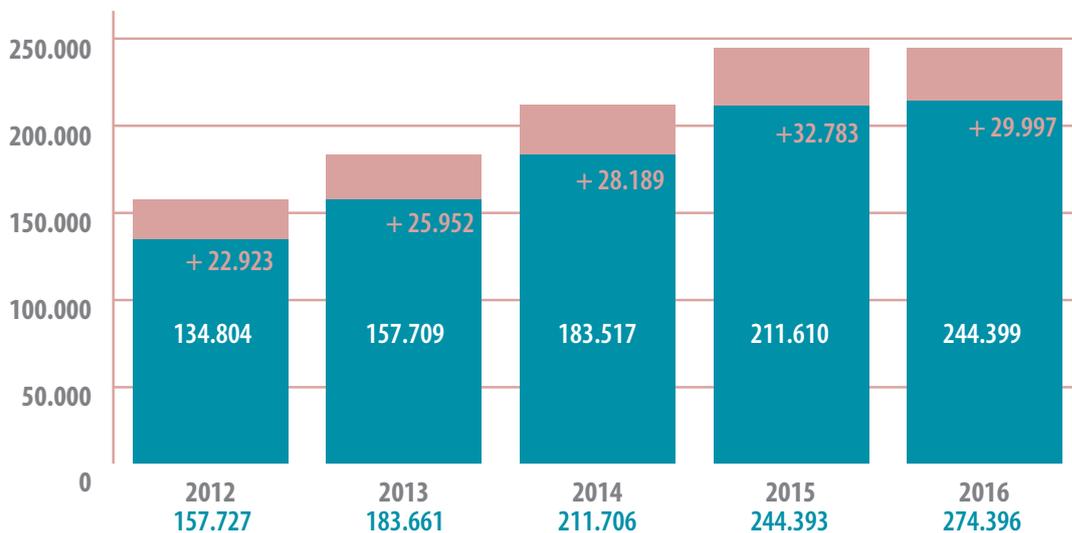
Répartition des effectifs par mutualité gamme Hospitalia



Survol de l'effectif Hospitalia



Survol de l'effectif Dentalia Plus



DÉFENSE DES MEMBRES

Nos missions

- Résolution amiable de litiges
- Etude et suivi de la réglementation applicable en Assurance Maladie-Invalidité (AMI)
- Rédaction d'informations et d'avis juridiques
- Actions en récupération de sommes payées indûment au profit des membres

Le service Défense des Membres de l'Union Nationale des Mutualités Libres est un service juridique polyvalent mis à la disposition des affiliés pour leur offrir une large gamme de services orientés "clients".

Actions en récupération

Depuis 2001, certains hôpitaux facturent des montants à titre de «manipulation en vue d'une coronarographie sélective». Or, selon la réglementation, la manipulation spéciale en vue de l'examen est comprise dans les honoraires portant sur la coronarographie elle-même et ne peut, en aucun cas, être facturée au patient séparément. Les organismes assureurs (OA) ont décidé en 2010 de récupérer ces sommes facturées indûment auprès des hôpitaux concernés.

En 2013, 3.925 dossiers ont donné lieu à une action en récupération par le service Défense des Membres. Au total, 521.573 euros ont été récupérés au bénéfice de nos affiliés. Cette action s'est poursuivie en 2014, en 2015 et en 2016 avec le remboursement par le dernier hôpital qui a accepté un arrangement à l'amiable.

Pour deux de nos affiliés, une action amiable n'a toutefois pas été possible. Le litige a été porté, pour chacun d'eux, devant les Cours et Tribunaux. Affaire à suivre...

Parallèlement à ces actions en récupération, le service Défense des Membres continue son action contre un tiers qui facture illégalement un honoraire lors d'une consultation préopératoire d'anesthésie et ce, sans attester de code de nomenclature, ainsi que le monitoring neurophysiologique alors que ce dernier est compris dans la prestation d'anesthésie.

Représentation

En 2016, les réflexions avec d'autres organismes assureurs au sein du Collège Intermutualiste National Défense des Membres (CIN DM) ont souvent abouti à des actions communes (judiciaires ou non) dans le but de faire respecter les droits du patient par les tiers. Ces réflexions et actions concernent des problèmes de facturation et les dossiers «erreurs médicales». Citons par exemple la facturation excessive du transport en ambulance, la note sur les acomptes, les frais de labo, les prothèses (dentaires) et le pacte de l'avenir.

Notre service participe également de manière active à la Commission droits des patients, dont la mission est de collecter les informations concernant les matières relatives aux droits du patient, formuler des avis à l'intention de la ministre, évaluer l'application de la loi et le fonctionnement du médiateur et formuler des recommandations à cet égard.

Quelques exemples d'interventions

- Facturation des tiers non conforme à la législation AMI
- Double facturation d'une même prestation
- Recouvrement de factures prescrites
- Non-présentation systématique du formulaire d'admission aux patients

Introduction des dossiers devant le Fonds des accidents médicaux (FAM)

Suite à la loi du 31 mars 2010 relative aux accidents médicaux, le service Défense des Membres a instauré en 2011 une procédure de gestion commune à toutes les mutualités.

Fin 2016, le nombre de dossiers introduits s'élevait à 118. À ce jour, le FAM a émis un avis positif dans 6 de nos dossiers (reconnaissance de la responsabilité du prestataire) dont 2 dossiers sont déjà clôturés avec une indemnisation effective de nos affiliés.

Grâce à la connaissance acquise dans ces dossiers, une de nos collaboratrices a participé en 2016 en tant qu'oratrice à un séminaire dédié au FAM. Elle a pu y présenter l'expérience de notre Union dans le cadre de la gestion de ses dossiers.

Traitement de dossiers «classiques»

Par ailleurs, le service Défense des Membres traite des dossiers «classiques», relevant, entre autres, des domaines AMI, financier, relationnel et médical.

ÉPARGNE PRÉNUPTIALE

Les membres des Mutualités Libres âgés de 14 à 30 ans peuvent cotiser annuellement au produit d'épargne prénuptiale. Au 31 décembre 2016, 12.962 membres (représentant un capital de 7.052.567 d'euros) étaient affiliés à ce produit mutualiste.

Au cours de l'année 2016 :

- **2.640** personnes ont quitté l'épargne prénuptiale :
 - 395 pour cause de mariage
 - 1.520 en raison de la limite d'âge
 - 487 pour cause de cohabitation
 - 40 en raison d'un départ forcé
 - 114 en raison d'un départ volontaire
 - 4 pour cause de décès
 - 80 suite à une mutation
- **148** nouvelles affiliations suite à une mutation ont été enregistrées.

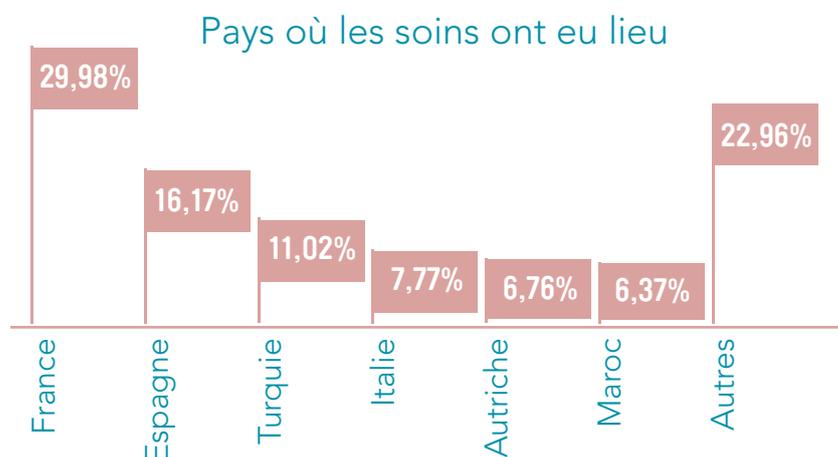
SOINS URGENTS À L'ÉTRANGER (SUE)

36.375

dossiers traités par le service SUE

91% pour des soins ambulatoires

8% pour des hospitalisations



2.848

Dossiers traités directement par la centrale d'assistance Mediphone Assist

33.413

Dossiers traités lors du retour en Belgique (tarification a posteriori)

Age des personnes ayant eu recours à des soins



366

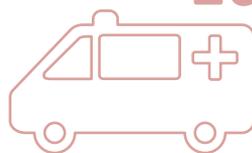
rapatriements ont été organisés par la centrale d'assistance Mediphone Assist

-6,87% par rapport à 2015



45,9%
en avion

10,4%
en avion sanitaire



29,8%
en ambulance

6,8%
en taxi ou taxi adapté



LES MUTUALITÉS LIBRES SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



1.390 tweets

2.222 followers

+628
par rapport à 2015

TWITTER



915

mentions aux
Mutualités
Libres/
Onafhankelijke
Ziekenfondsen

#healthliteracy

identifié par Twitter parmi les
tendances fortes le 31 mai 2016
(symposium MLOZ)

Linked in

1.507 followers de la
Company Page

+340
par rapport à 2015

62

posts publiés



90%

de nos followers
sont externes
à l'entreprise
et sont issus
principalement
du secteur des
assurances et
des hôpitaux



2016, UNE ANNÉE CHARGÉE SUR LE CONTINENT AFRICAIN

En 2016, les Mutualités Libres, avec la collaboration de leur partenaire Louvain Coopération, ont travaillé d'arrache-pied pour soutenir encore davantage les mutualités africaines. Ces initiatives se sont déroulées dans le cadre du Programme MASMUT, un vaste projet avec 6 partenaires belges visant à soutenir les jeunes mutualités dans 6 pays d'Afrique (Togo, Mali, Sénégal, Burkina Faso, RDC et Burundi). Un projet financé par les autorités belges.

La Conférence d'Abidjan

En mars 2016, 350 mutualistes issus de 15 pays se sont retrouvés à Abidjan (Côte d'Ivoire). Cet événement a été organisé par l'Association Internationale de la Mutualité (AIM), en étroite collaboration avec le Programme MASMUT, le programme PASS et l'Union Africaine de la Mutualité (UAM). Lors de cette conférence, l'avenir des mutualités africaines dans le cadre des assurances santé universelles a notamment été abordé.

Les mutualités africaines et internationales ont eu l'opportunité d'y partager leurs expériences. Il a également été question d'une stratégie globale visant à impliquer les mutualités dans le développement et la gestion de la Couverture Maladie Universelle (CMU), une assurance maladie universelle. Trois ateliers ont été organisés sur le thème de «L'engagement des mutualités dans le cadre du développement des assurances santé universelles en Afrique». Les Mutualités Libres ont coordonné l'un de ces ateliers.

L'atelier UEMOA au Burkina Faso

En mai 2016, les Mutualités Libres ont pris part à un atelier sous-régional du Programme MASMUT à Ouagadougou. Cet atelier avait pour sujet l'application du règlement de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et l'implication des mutualités dans le développement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) au Bénin, Burkina Faso, Mali, Sénégal et Togo.

Cet atelier a permis aux mutualités des pays participants, concernés par le Programme MASMUT, de dresser un état des lieux du règlement appliqué aux mutualités au sein de l'UEMOA. Elles ont également pu se faire une idée de leur rôle dans la gestion de l'AMU.

C'était également l'opportunité de se réunir, en haut lieu, avec le commissaire du Département du Développement humain de la Commission UEMOA.





Une étude pour soutenir la professionnalisation des mutualités africaines

Les Mutualités Libres ont réalisé une étude dans le cadre du Programme MASMUT. Cette étude, menée avec la collaboration de Louvain Coopération, dévoile quelques points sensibles des mutualités africaines. **Il s'agit d'une part d'une analyse statistique des données rassemblées et d'autre part, de la manière dont elles sont utilisées par les mutualités béninoises et togolaises.** Une enquête a également été réalisée parmi les membres des mutualités de la région de l'Atacora au Bénin, pour mieux comprendre le problème de fidélisation.

Pour le premier volet de cette étude, les collaborateurs des Mutualités Libres se sont rendus au Togo pour analyser sur place les bases de données des différentes mutualités togolaises et béninoises. Cette analyse a révélé que la gestion des données pouvait être optimisée et que les mutualités pouvaient mieux définir leur fonctionnement et leurs campagnes sur la base de ces mêmes données. L'une des recommandations de l'étude concerne la plus-value d'outils informatiques adéquats pour gérer ces données, permettant ainsi de professionnaliser les mutualités.

Le deuxième volet de l'étude porte sur une autre problématique. **Les mutualités africaines sont confrontées à un double défi : elles doivent encourager les anciens membres à prolonger leur affiliation et en attirer de nouveaux.** Ce processus requiert des efforts considérables. Chaque année, des membres décident de ne pas prolonger leur affiliation (15 à 35 % d'entre eux). Pour mieux comprendre ce problème de fidélisation, il a été décidé de répertorier les différents motifs. Des enquêtes ont dès lors été réalisées auprès des (anciens) membres des 3 mutualités de l'Atacora. Des acteurs importants ont aussi été interviewés. Différentes recommandations ont été formulées sur la base des constats, et peuvent contribuer à l'optimisation de la campagne de recrutement, de la communication vers les populations locales et de la couverture proposée. Vous pouvez consulter l'étude sur www.mloz.be.

La formation pour les mutualistes du Bénin et du Togo

Cet événement a également été organisé dans le cadre du Programme MASMUT. Les Mutualités Libres et Louvain Coopération ont organisé cette formation de 3 jours à Lomé avec 14 orateurs d'Europe et d'Afrique et ce, en collaboration avec l'Université de Versailles-Saint-Quentin. 41 mutualistes du Togo et du Bénin ont suivi la formation avec succès et ont ensuite reçu un certificat de l'Université de Versailles-Saint-Quentin.

Une bonne connaissance des aspects techniques, juridiques et financiers du monde mutualiste est essentielle au bon développement des mutualités africaines. Pendant trois jours, les participants ont abordé des sujets tels que les évolutions juridiques au Bénin, au Togo et dans la zone UEMOA, la gestion financière et le cadre juridique des mutualités, le rôle des Unions, la qualité des soins de santé, la gestion et l'utilisation des données ainsi que le marketing social.

En conclusion

L'administration belge est satisfaite des résultats du Programme MASMUT (2014-2016). Pour la période 2017-2021, le projet pourra également compter sur le soutien financier des autorités belges.

LES MUTUALITÉS LIBRES DANS LA PRESSE

Les points de vue, symposiums et études des Mutualités Libres ont reçu beaucoup d'échos positifs dans la presse en 2016. Voici une sélection des initiatives qui ont été sous les feux des projecteurs.

4 Belges sur **10**
ne comprennent
pas bien leur
médecin

Grossesse : trop d'examens "par habitude" ?

1 femme sur 2 a eu 5 échographies pendant sa grossesse alors que 2 seulement sont véritablement nécessaires. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) plaide pour «démédicaliser» la grossesse, ce que les Mutualités Libres défendent également. Ce qui est réalisable grâce à une gestion plus judicieuse du nombre de consultations et d'examens complémentaires, tels que certains tests de biologie clinique. Par ailleurs, l'impact sur les finances publiques ne doit pas être négligé, car les dépenses de santé d'une femme s'élèvent à près de 5.000 euros sur un an pour un accouchement normal.

Communiqué de presse envoyé le 1^{er} mars 2016

Pour 17 % des Belges, les mots utilisés par le médecin sont "compliqués"

Environ **4 Belges sur 10 ne comprennent pas toujours bien ce que dit leur médecin**. Telle était la conclusion la plus surprenante d'une enquête menée par les Mutualités Libres auprès de plus de 1.000 Belges. Cette incompréhension n'est pas sans conséquence pour le suivi du traitement. Le patient qui n'a pas bien compris les explications de son médecin gère moins bien sa maladie et sa santé. C'est pourquoi les Mutualités Libres plaident pour une meilleure qualité et accessibilité des informations relatives à la santé. Il faut également encourager le patient à développer ses connaissances en matière d'information santé toute sa vie.

Communiqué de presse envoyé le 31 mai 2016

1 bébé sur 7 n'a pas de pédiatre ou de médecin généraliste

Pendant les deux premières années de leur vie, les bébés consultent plus souvent le pédiatre que le généraliste, mais 1 sur 7 ne vont ni chez l'un, ni chez l'autre. Pour les enfants issus de ménages monoparentaux ou à faibles revenus, la situation est encore plus grave : 1 sur 5 n'a pas de médecin de référence. Le manque de suivi médical peut avoir une influence négative sur le développement de nos enfants. Les Mutualités Libres plaident pour que chaque enfant de moins de 2 ans ait un médecin de référence (pédiatre ou généraliste). Les groupes de population les plus fragiles (bénéficiaires de l'intervention majorée et familles monoparentales) méritent un support particulier.

Communiqué de presse envoyé le 22 novembre 2016

Trop de médicaments pour les bébés

Santé Les Mutualités libres estiment que les bébés sont surmédicalisés.

La prise d'antibiotiques chez les bébés âgés de 0 à 2 ans est trop fréquente, affirment les Mutualités libres. Ce groupe comprenant Parthenon, Omnisit, Securus, Mutualité Libre, CG, Partena, Zickuhrhous et Vireo Krumboltz a réalisé un baromètre de la santé des enfants, le "KidOscope", pour évaluer le type de médicaments consommés et leur quantité. Car baromètre "travèle sur proposition provocatrice à savoir évaluer certaines maladies infantiles", expliquent les Mutualités libres dans un communiqué. Elles alertent sur les risques de santé à retardement comme la résistance aux antibiotiques et remarquent qu'en Belgique, on consomme plus de trois fois plus d'antibiotiques qu'aux Pays-Bas et deux fois plus qu'en Allemagne.

Les bébés biberonnés aux médicaments

SANTÉ Trois maternités sur quatre reçoivent un traitement par an

Abonnés à la pharmacie des Infances

Après de 4 bébés sur 10 traités par un antibiotique pendant leur première année de vie, les Mutualités libres ont réalisé un baromètre de la santé des enfants, le "KidOscope".

Les futures mères passent trop d'exams inutiles

BRUXELLES Les femmes enceintes passent trop d'exams inutiles pendant leur grossesse, conclut une étude des Mutualités libres (ML) qui rapportait hier La Libre Belgique. Selon cette étude, le nombre d'exams gynécologiques (10,8 en moyenne) et d'échographies (six) pour une femme sur deux pourrait être drastiquement réduit, alléger ainsi le budget moyen par grossesse aux frais de l'Etat. Les ML ont passé 19.533 accouchements au crâne en 2013, en passant en outre les prestations médicales, paramédicales et actes techniques remboursés les neuf mois de grossesse, l'hospitalisation en maternité et les trois mois suivant la



APRIL / FORTMAYOR

Trop d'exams inutiles sont réalisés durant la grossesse

Les sages-femmes doivent aller à la maison si le séjour à l'hôpital est évité

5 000 €
500 à 750 €

21,9% d'examens inutiles
10,5% d'examens inutiles
100% d'examens inutiles
55% d'examens inutiles

Docteur, j'ai tout compris

Quand on est enceinte, on se sent souvent un peu désemparé. On a des questions, on a des inquiétudes, on a des doutes. On a besoin de conseils, de soutien, de réassurance. On a besoin de quelqu'un qui nous aide à comprendre ce qui se passe, qui nous rassure, qui nous encourage. On a besoin d'un docteur qui nous écoute, qui nous comprend, qui nous aide à prendre des décisions éclairées.

3/4 DES BÉBÉS PRENNENT UN MÉDICAMENT AVANT 1 AN

3 bébés sur 4 reçoivent en effet au moins un médicament dans l'année, d'après l'étude des Mutualités libres.

47% DES BÉBÉS PRENNENT UN ANTIBIOTIQUE

Le moyen, en moyenne, est 3 boîtes d'antibiotiques par an. Après l'âge de 6 ans, le recours aux antibiotiques diminue - il concerne alors 20% des 6-10 ans.

38% DES BÉBÉS REÇOIVENT DES AÉROSOLS

Près de 4 bébés sur 10 prennent des bronchodilatateurs pendant une durée moyenne de 31 jours. Les Mutualités libres estiment qu'ils ne sont pas indiqués dans les formes simples de bronchite aiguë de nos enfants.

KidOscope
Le baromètre de la santé des enfants

KidOscope

L'année 2016 marque également le lancement du *KidOscope*, le baromètre de la santé des enfants. Les Mutualités Libres ont en effet décidé de scanner périodiquement les données santé qui concernent les enfants âgés de 0 à 18 ans, par thème et par catégorie d'âge. Toutes ces informations sont rassemblées sur un nouveau site web www.kidoscope.be.

Nos bébés reçoivent-ils trop de médicaments ?

Dans la première édition du *KidOscope*, les Mutualités Libres ont dévoilé une tendance assez préoccupante : près d'1 bébé sur 2 reçoit en effet des antibiotiques et 4 sur 10 sont traités pour des maladies respiratoires. Cette consommation élevée d'antibiotiques ne favorise pas seulement le développement de bactéries résistantes, elle entraîne aussi un risque accru de maladies chroniques à un âge ultérieur, comme l'obésité et l'asthme. Les Mutualités Libres militent en faveur de directives en matière de consommation d'antibiotiques pour les maladies infantiles les plus courantes.



ÉVÉNEMENTS ET PARTENARIATS

En 2016, les Mutualités Libres ont lancé une nouvelle série de débats, axés sur les professionnels de la santé. Des projets ont également été élaborés en collaboration avec nos partenaires pour faire connaître le contenu du Pacte avec les mutualités.

mHealth Hackathon

Le week-end du 18 mars, les Mutualités Libres ont organisé, en collaboration avec @advanceHC, un grand «mobile health hackathon» **lors duquel plus de 100 experts du numérique ont développé des applications innovantes spécifiques aux soins de santé.** Trois applications prometteuses ont été plébiscitées par le jury. L'appli *Momala*, qui permet de dépister la malaria à prix réduit. L'appli de rééducation *iMoveUp* qui aide les patients après une opération du genou. Et finalement, *Willy*, une appli diagnostique pour aborder la dysfonction érectile. Pour les Mutualités Libres, cet événement représentait une excellente occasion d'afficher leurs ambitions en matière d'innovation dans le secteur de la santé.

Littératie en santé

Le 31 mai, les Mutualités Libres ont organisé un débat sur le thème de la littératie en santé. L'événement s'est déroulé au centre Diamant à Bruxelles. Des orateurs tels que Lieven Annemans, Marleen Finoulst, le professeur Stephan Van den Broucke, Nele Van den Cruyce ainsi que Nathalie Boivin, une oratrice canadienne, ont associé leur nom au débat et ont captivé plus de 120 participants. Le débat a retenu l'attention des médias, notamment grâce aux résultats d'une enquête commandée par les Mutualités Libres. **Cette enquête soulignait combien la communication entre le médecin et le patient peut être complexe.** Le 18 octobre, une nouvelle édition du *Health Literacy MSD Well Done Awards* a été organisée dans les locaux de l'INAMI, sur le même thème que notre débat.

Le Relais Entreprises Bruxelles

L'événement de collecte de fonds Relais Entreprises Bruxelles s'est déroulé au Stade Roi Baudouin les 17 et 18 septembre. Cette collecte de fonds était organisée au profit de la lutte contre le cancer et exclusivement réservée aux entreprises. 35 collègues des Mutualités Libres ont, avec plus de 4.000 participants enthousiastes, couru non-stop pendant 24 h pour la bonne cause.





Les sages-femmes ont la parole

«**Les prestataires de soins ont la parole**» est un nouveau rendez-vous des Mutualités Libres, donnant la parole à différents professionnels de la santé lors d'une série de débats. Les Mutualités Libres souhaitent ainsi tisser une relation d'échange avec les prestataires de soins. Les sages-femmes ont été les premières à prendre la parole. Le 8 décembre, plus de 120 participants ont assisté à ce débat instructif sur la profession de sage-femme. Le public était très varié et regroupait des prestataires de soins, organisations de soins et établissements scolaires intéressés.

Mais aussi...

- la Semaine des Infirmières à Ostende, du 14 au 18 mars
- les Jeux nationaux des Special Olympics à La Louvière, du 4 au 6 avril
- différentes formations de l'organisation Nutrimesdes adressées aux diététiciens
- la journée d'étude des diététiciens francophones à Gembloux le 1^{er} octobre
- le symposium sur le diabète de la NVKVV à l'ICC de Gand en novembre
- 4 symposiums d'automne sur le diabète pour les médecins à Liège, La Hulpe, Anvers et Gand
- la conférence santé organisée par le ministre Jo Vandeurzen les 17 et 18 décembre

Nos partenariats

Nous avons développé des partenariats solides avec la Fondation contre le Cancer et l'ONG Médecins du Monde. Ceci implique concrètement un échange d'informations et un renforcement en matière de communication.

Ce fut notamment le cas aux formations Nutrimesdes et avec le nouveau partenaire OlioEducatie, qui a organisé pour la première fois en Belgique quatre symposiums sur le diabète à destination des médecins. Des partenariats win-win !



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 BNB ;
- 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 BNB ;
- 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 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 placements 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 2016, le portefeuille total d'investissement s'élève à 231,7 millions d'euros, soit une hausse de 4,2 % par rapport à 2015.

	31/12/2016		31/12/2015	
Governments Bonds	61,72	26,64 %	107,34	48,25 %
Corporate Bonds	59,54	25,69 %	47,78	21,48 %
Equities	8,76	3,78 %	7,87	3,54 %
Fund	8,06	3,48 %	0,00	0,00 %
Liquidity	93,64	40,41 %	59,47	26,73 %
TOTAL	231,72	100,00 %	222,47	100,00 %

La valeur comptable des portefeuilles obligataires a évolué à la baisse (-22 %), passant de 155,1 millions d'euros à 121,2 millions d'euros fin 2016. Cette baisse significative est la résultante d'une diminution de l'encours lié à la vente de titres dans un contexte de taux d'intérêts historiquement bas.

Ce sont principalement les «Government Bonds» qui ont fait l'objet d'un allègement au cours de l'exercice 2016 (-42,5 %) alors que le segment des «Corporate Bonds» s'est accru de 24,6 %.

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 plus conséquente. Le solde est investi sur différents pays tels que l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche, la Finlande et la France. Quelques émissions «supranationales» font également partie du portefeuille.

Les plus-values latentes sur ce compartiment se chiffrent à 5,3 millions d'euros, soit 8,5 % de la valeur comptable.

Quant aux «Corporate Bond», les plus-values latentes s'élèvent à 2,0 millions d'euros, soit 3,3 % de la valeur comptable.

Le poste «Equities» est en hausse de 11,3 % à 8,8 millions d'euros fin 2016. Les plus-values latentes sur ce poste se chiffrent à 1,59 million d'euros, soit 18,2 % de la valeur comptable.

Il a été décidé de procéder pour une partie des portefeuilles à une gestion à l'aide de fonds, ce qui explique l'incorporation de ce type d'actifs à partir de 2016.

Enfin, le poste «Liquidity» est composé de papier commercial et de livrets d'épargne, en forte hausse (+57 %) lié à la vente d'obligations d'Etat.

LES CHIFFRES CLÉS

Total balance

	en euro x 1000	en %
2011	188.525	10,7%
2012	195.308	3,6%
2013	201.145	3,0%
2014	247.665	23,1%
2015	269.084	8,6%
2016	284.084	5,6%

Capitaux propres

	en euro x 1000	en %
2011	109.599	11,0%
2012	108.308	-1,2%
2013	116.326	7,4%
2014	115.724	-0,5%
2015	128.940	11,4%
2016	127.569	-1,1%

Réserves techniques

	en euro x 1000	en %
2011	13.299	-7,2%
2012	10.824	-18,6%
2013	9.299	-14,1%
2014	7.317	-21,3%
2015	5.972	-18,4%
2016	4.351	-27,1%

Placements

	en euro x 1000	en %
2011	146.938	5,2%
2012	168.651	14,8%
2013	165.273	-2,0%
2014	212.550	28,6%
2015	222.467	4,7%
2016	231.724	4,2%

Cotisations

	en euro x 1000	en %
2011	16.071	26,4%
2012	6.322	-60,7%
2013	6.310	-0,2%
2014	6.258	-0,8%
2015	7.698	23,0%
2016	7.881	2,4%

Résultat

	en euro x 1000	en %
2011	3.243	78,9%
2012	-8.490	-361,8%
2013	-396	-95,3%
2014	204	-151,6%
2015	920	350,6%
2016	1.475	60,3%

BILAN DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

et des frais d'administration

	2016	2015
Actif		
Actifs immobilisés	10.994.611,58	14.314.080,71
I. Frais d'établissement		
II. Immobilisations incorporelles	140.531,15	254.720,26
III. Immobilisations corporelles	9.215.485,75	13.998.795,77
IV. Immobilisations financières	12.394,68	12.394,68
V. Créances à plus d'un an	1.626.200,00	48.170,00
Actifs circulants	273.089.107,83	254.770.217,91
VI. Stocks		
VII. Créances à un an au plus	25.270.168,12	23.957.399,35
VIII. Placements de trésorerie	231.723.720,36	222.466.888,16
IX. Valeurs disponibles	13.763.194,96	4.847.906,41
X. Comptes de régularisation	2.332.024,39	3.498.023,99
Total de l'actif	284.083.719,41	269.084.298,62
Passif		
Capitaux propres	127.569.331,83	128.940.287,53
I. Fonds de roulement	127.569.331,83	128.940.287,53
II. Déficit cumulé		
Provisions	4.350.634,68	5.972.412,71
III. Provisions techniques relatives à l'épargne prénuptiale	4.193.742,09	5.542.645,55
IV. Provisions pour risques et charges	156.892,59	429.767,16
Dettes	152.163.752,90	134.171.598,38
V. Dettes à plus d'un an	31.478.673,70	21.337.065,20
VI. Dettes à un an au plus	120.206.964,96	112.507.249,61
VII. Comptes de régularisation	478.114,24	327.283,57
Total du passif	284.083.719,41	269.084.298,62

SOINS URGENTS À L'ÉTRANGER

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

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	7.880.583,00
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	-5.793.571,80
Provisions techniques	(-)(+)	-6.258.886,95
Autres produits techniques	(+)	
Autres charges techniques	(-)	-18.080,28
Résultat technique	2.068.930,92	1.420.194,76
Résultat de fonctionnement		
Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-463.826,87
Résultat de fonctionnement	-463.826,87	-421.853,75
Résultat financier		
Produits financiers	(+)	4.906,29
Charges financières	(-)	-240,93
Résultat financier	4.665,36	14.139,59
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel	0,00	0,00
Résultat de l'exercice	Boni (+), Mali (-) de l'exercice	1.609.769,41
Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé		
Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		2.212.382,77
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		1.609.769,41
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci (-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	3.822.152,18	2.212.382,77

SOLIDARITÉ INTERNATIONALE

Code classification : 38 - Art. 48 quater des statuts

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-)(+)	
Autres produits techniques	(+)	
Autres charges techniques	(-)	
Résultat technique	0,00	

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	30.000,00	80.000,00
Charges d'exploitation	(-)	-30.000,00	-80.000,00
Résultat de fonctionnement		0,00	0,00

Résultat financier

Produits financiers	(+)		
Charges financières	(-)		
Résultat financier		0,00	

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)		
Charges exceptionnelles	(-)		
Résultat exceptionnel		0,00	

Résultat de l'exercice

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

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		0,00	
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		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	

SERVICE PROMOTION SANTÉ

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

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	37.430,00
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-)(+)	
Autres produits techniques	(+)	84.591,83
Autres charges techniques	(-)	-70.619,80
Résultat technique	51.402,03	53.597,86

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-51.012,51
Résultat de fonctionnement		-51.012,51

Résultat financier

Produits financiers	(+)	298,01
Charges financières	(-)	-14,63
Résultat financier		283,38

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel		0,00

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice		672,90
---	--	---------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		311.128,69
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		672,90
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice		311.801,59

SERVICE DÉFENSE DES MEMBRES

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

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-) (+)	
Autres produits techniques	(+)	157.281,07
Autres charges techniques	(-)	-350,00
Résultat technique	68.160,04	156.931,07

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-157.281,07
Résultat de fonctionnement	-69.215,20	-157.281,07

Résultat financier

Produits financiers	(+)	65,26
Charges financières	(-)	-3,19
Résultat financier	62,07	311,33

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel		

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-993,09	-38,67
---	----------------	---------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	68.131,14	68.169,81
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-993,09	-38,67
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci (-) (+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	67.138,05	68.131,14

SERVICE INFORMATIONS MEMBRES

Code classification : 37 - Art. 45 des statuts

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-) (+)	
Autres produits techniques	(+)	1.463.352,48
Autres charges techniques	(-)	-1.086.955,65
Résultat technique	388.255,12	376.396,83

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-376.396,83
Résultat de fonctionnement	-388.255,12	-376.396,83

Résultat financier

Produits financiers	(+)	304,79
Charges financières	(-)	-33,12
Résultat financier	271,67	1.426,30

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel		

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	271,67	1.426,30
---	---------------	-----------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	318.215,02	316.788,72
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	271,67	1.426,30
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci (-) (+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	318.486,69	318.215,02

SERVICE ÉPARGNE PRÉNUPTIALE

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

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	-2.016.796,18
Provisions techniques	(-)(+)	1.466.540,46
Autres produits techniques	(+)	19.417,86
Autres charges techniques	(-)	
Résultat technique	-519.458,80	-530.837,86

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-85.085,38
Résultat de fonctionnement	-71.632,19	-85.085,38

Résultat financier

Produits financiers	(+)	503.397,47
Charges financières	(-)	-48.795,17
Résultat financier	454.602,30	520.842,83

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	1.475,24
Charges exceptionnelles	(-)	-1,03
Résultat exceptionnel	1.474,21	1.113,45

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-135.014,48	-93.966,96
---	--------------------	-------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	1.375.102,59	1.469.069,55
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-135.014,48	-93.966,96
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci (-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	1.240.088,11	1.375.102,59

COMPTE DE RÉSULTATS AC

(services membres)

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	7.880.583,00
Subventions de l'Etat	(+)	37.430,00
Prestations	(-)	-7.680.260,35
Provisions techniques	(-)(+)	1.348.903,46
Autres produits techniques	(+)	1.787.691,63
Autres charges techniques	(-)	-1.317.058,43
Résultat technique	2.057.289,31	1.476.282,66

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	30.000,00
Charges d'exploitation	(-)	-1.073.941,89
Résultat de fonctionnement	-1.043.941,89	-1.095.564,26

Résultat financier

Produits financiers	(+)	508.971,82
Charges financières	(-)	-49.087,04
Résultat financier	459.884,78	538.140,72

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	1.475,24
Charges exceptionnelles	(-)	-1,03
Résultat exceptionnel	1.474,21	1.113,45

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	1.474.706,41	919.972,57
---	---------------------	-------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	4.284.960,21	3.364.987,64
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	1.474.706,41	919.972,57
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci (-)(+)		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	5.759.666,62	4.284.960,21

FONDS DE RÉSERVE

Code classification : 90 - Art. 49 bis des statuts

	2016	2015
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	(+)	1.128.580,55
Charges financières	(-)	-198.606,16
Résultat financier	929.974,39	903.624,73
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel	0,00	0,00
Résultat de l'exercice	Bonif (+), Mali (-) de l'exercice	929.974,39
929.974,39	903.624,73	
Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé		
Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	52.916.108,90	52.012.484,17
Bonif (+), Mali (-) de l'exercice	929.974,39	903.624,73
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)	(+)
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	53.846.083,29	52.916.108,90

SERVICE ADMINISTRATIF

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

	2016	2015
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Services et biens divers	(-)	-202.987,64
Rémunérations, charges sociales et pensions	(-)	-630.928,52
Amortissements et réductions de valeur	(-)	-800.588,03
Provisions pour risques et charges	(-) (+)	-71.549,40
Autres produits d'exploitation	(+)	895.676,06
Autres charges d'exploitation	(-)	-1.417.086,42
Frais de fonctionnement communs avec l'AO	(-) (+)	403.681,99
Résultat de fonctionnement	2.257.659,28	-1.823.781,96
Produits financiers	(+)	799.045,74
Charges financières	(-)	-138.336,45
Résultat financier	805.935,32	660.709,29
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	1.387.966,00
Charges exceptionnelles	(-)	-1.387.966,00
Résultat exceptionnel	-3.543.501,73	1.387.966,00
Résultat de l'exercice	Bonif (+), Mali (-) de l'exercice	224.893,33
-479.907,13	224.893,33	
Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé		
Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	71.739.218,42	60.346.672,91
Bonif (+), Mali (-) de l'exercice	-479.907,13	224.893,33
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-) (+)	
Transfert du bonif des FA de l'AO	(+)	11.183.698,63
Prise en charge du mali des FA de l'AO	(-)	-16.046,45
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	67.963.581,92	71.739.218,42

DÉCLARATION SUR LE CONTRÔLE INTERNE

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 2016 son dispositif de contrôle interne et de gestion des risques afin d'améliorer la maîtrise de ses activités en menant plusieurs projets majeurs, tant organisationnels qu'opérationnels notamment via la mise à jour du référentiel de contrôle interne, le développement de procédures internes et la publication d'une déclaration sur son contrôle interne à l'attention de son Conseil d'Administration.

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.

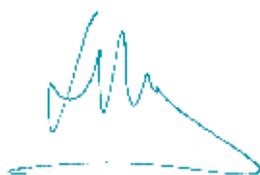
Le système de contrôle interne fait l'objet d'une évaluation permanente exercée par le management dans le cours normal de ses activités, d'évaluations spécifiques effectuées par les deuxième (gestion des risques, contrôle de gestion, sécurité...) et troisième lignes de défense (audit interne) et par 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 2016 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 2017,

Pour le Comité de Direction,

Xavier Brenez, Directeur Général.



CONTACT

MLOZ
MUTUALITÉS LIBRES
ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN

Mutualités
Libres

Union Nationale des Mutualités Libres

Rue Saint-Hubert 19
1150 BRUXELLES
Tél. : 02 778 92 11
www.mloz.be
info@mloz.be

Numéro d'entreprise : 0411.766.483

46



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 LIEGE
Tél. : 04 344 86 11
www.omnimut.be
correspondance@omnimut.be
Numéro d'entreprise : 0411.731.049



Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1
9000 GENT
Tél. : 09 269 85 00
www.partena-ziekenfonds.be
info@partena-ziekenfonds.be
Numéro d'entreprise : 0411.696.011

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

Partenamut Mutualité Libre



Boulevard Louis Mettwewie 74-76
1080 BRUXELLES
Tél. : 02 44 44 111
www.partenamut.be
info@partenamut.be
Numéro d'entreprise : 0422.189.629

Freie Krankenkasse



Hauptstrasse 2
4760 BÜLLINGEN
Tél. : 080 640 515
www.freie.be
info@freie.be
Numéro d'entreprise : 0420.209.938

