

2017

l'année de tous
les **changements**

Rapport annuel
des Mutualités Libres



Rapport annuel 2017 des Mutualités Libres

Rédaction & coordination / Nathalie Renna

Mise en page / Leen Verstraete

Photos / Reporters et Nathalie Van Eygen

Ont participé à la rédaction / Karima Amrous, Philippe Bierler, Olivier Bogaert, Aude Clève, Xavier Brenez, Stéphanie Brisson, Gisèle Henrotte, Christian Horemans, Greta De Geest, Marianne Dereppe, Lies Dobbelaere, Viviane Laduron, Myriam Lefrancq, Caroline Lodewickx, Thierry Maroil, Annemie Mathues, Amandine Prade, Sandrine Noël, Nathalie Renna, Olivier Stoop, Piet Van Eenoghe, François-Xavier van Meerbeeck, Julie Van Nieuwenhove, Barbara Van Ransbeeck, Geertje Vandecappelle, Angélique Vanderbracht, Vanessa Vanrillaer, Dick Vanwolleghem, Riet Vermeir, Veerle Verspille, Steven Vervaeet et Jean Vigneron.

Rapport annuel

des Mutualités Libres

2017 l'année de tous
les **changements**

Notre organisation p.4

Assurance obligatoire p.16

Assurance complémentaire p.28

Publications & événements p.38

Rapport financier p.48

Contacts p.59





Notre organisation

Qui sommes-nous ?



2.172.440
affiliés

+ 11.968 affiliés

par rapport à 2016

Les Mutualités Libres représentent

plus de

19 %

de la population



MLOZ =

Mutualités Libres
Onafhankelijke Ziekenfondsen

5

mutualités

OZ

Omnimut

Partenamut

Freie Krankenkasse

Partena Ziekenfonds

Les Mutualités Libres garantissent des **services de qualité** adaptés aux exigences et **besoins actuels** dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.



990.939 affiliés

aux produits

MLOZ Insurance

Que faisons-nous ?

- 1. Interlocuteur légal** vis-à-vis des autorités et des acteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- 2. Centre d'expertise** pour des matières spécifiques telles que la réglementation, le médical, les relations internationales, "l'asset management", le juridique ou les études stratégiques
- 3. Centre de services** pour les activités dont la centralisation est source d'efficacité accrue ou de gains de productivité significatifs

Les entités de support

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.

MLOZ INSURANCE

Cette Société Mutualiste Assurantielle regroupe les produits Hospitalia, Dentalia Plus et Medicalia (voir p. 30-33).

MLOZ IT

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

HEARIS

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

La 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".

Xavier Brenez :

” Plus qu’un déménagement, un moment symbolique

Point d’orgue de l’année 2017, le rassemblement sur un seul site de nos deux entités (Union nationale et M-team, en charge de l’IT) marque un tournant pour les Mutualités Libres. Un renouveau qui s’inscrit jusque dans les méthodes de travail de l’organisation. Au niveau des réalisations, le bilan est également positif. Retour sur cette année riche en changements avec Xavier Brenez, Directeur Général des Mutualités Libres.



Le déménagement à Anderlecht est sans conteste l’événement clé de l’année 2017 pour les Mutualités Libres. Comment a-t-il été préparé ?

C’est un véritable projet d’entreprise qui a commencé il y a plus de quatre ans. Au départ, il s’agit d’un projet de rapprochement entre deux entités éloignées physiquement, mais aussi dans leur manière de travailler au quotidien. Il a donc fallu travailler à une meilleure collaboration entre le business et l’IT afin de fonctionner comme une seule organisation, avec comme point

d’orgue, le fait d’être tous regroupés sur un seul site. Nous avons, de plus, eu la chance assez rare de pouvoir construire entièrement notre nouveau bâtiment. Plusieurs principes avaient été définis avant de commencer la construction : la transparence, la communication, la collaboration, le fait que le bâtiment devait s’inscrire dans son environnement et réduire son empreinte écologique. Nous avons également saisi cette occasion pour moderniser notre manière de fonctionner avec le nouveau monde du travail qui instaure davantage d’autonomie, de responsabilité et de flexibilité. C’était un trajet extraordinaire et les différents objectifs qui avaient été fixés pour le déménagement ont été atteints. On savait que ce serait une nouvelle page de l’organisation, mais c’est bien plus. C’est un véritable renouveau !

Comment avez-vous amené le rapprochement culturel de ces deux entités séparées, l’une axée sur le business et l’autre sur l’IT ?

Un trajet de rapprochement, de fusion, c’est toujours une opération très délicate, surtout avec des sensibilités aussi différentes. Nous nous sommes donc fixés un calendrier assez large pour prendre le temps de construire progressivement des valeurs communes, mais aussi des comportements, des relations de travail, ... L’objectif était d’obtenir une base commune aux deux organisations sur laquelle construire tous nos projets, tout en respectant les spécificités de chaque entité.

Dans le secteur des soins de santé, quels ont été, d'après vous, les moments forts de cette année 2017 ?

Le secteur de l'incapacité de travail et de la réintégration professionnelle a connu des évolutions importantes en 2017. Celles-ci se sont accompagnées de changements internes que nous avons initiés il y a déjà près de trois ans avec le projet ODM (Optimisation du droit médical). L'objectif est de travailler de manière multidisciplinaire, de faire face à la pénurie de médecins-conseils en déléguant certaines tâches à des paramédicaux, de pouvoir davantage orienter le métier sur l'accompagnement des affiliés, etc. Lancer ce projet il y a trois ans nous a permis d'affronter les changements actuels. Dans le secteur hospitalier, plusieurs réformes initiées en début de législature commencent à prendre forme, avec les réseaux hospitaliers et une première révision du financement des hôpitaux avec les forfaits liés aux prestations à faible variabilité. En 2017, nous avons aussi beaucoup travaillé avec l'INAMI, l'OCM et le cabinet de la ministre Maggie De Block sur la traduction du "Pacte avec les mutualités" en actions concrètes, en textes de loi, en réglementations, ... Nous avons réalisé des avancées sur la gouvernance du secteur mutualiste, la composition des instances, la taille minimum d'une mutualité, etc.

Comment l'informatisation des prestations s'est-elle poursuivie en 2017 ?

À l'heure actuelle, on constate qu'eFact (facturation électronique du tiers-payant) est vraiment un succès ! Près de 60 % des généralistes l'utilisent. Ce qui est de très bon augure pour son petit frère e-Attest qui vise le remboursement automatique des affiliés. Il faut poursuivre dans cette direction et veiller à ne pas mener trop de projets en parallèle. Mieux vaut faire moins de projets, mais les mener à bon terme et veiller à ce que tous les acteurs soient alignés. Ce sont, en effet, des projets complexes qui font intervenir de l'informatique, des aspects légaux, des incitants financiers, des fournisseurs IT du côté des prestataires, un changement dans les processus des prestataires et des mutualités.

Des avancées ont-elles également été réalisées dans le cadre de la régionalisation ?

Nous y avons consacré beaucoup de temps, mais en dehors de la Flandre, peu de choses concrètes ont été réalisées. Il y a eu beaucoup

de travail préparatoire dans différentes gouvernances régionales qui ont chacune des accents légèrement différents, ce qui rend les choses extrêmement complexes et difficilement gérables. Espérons que les problèmes que nous rencontrons dans la mise en œuvre de la 6^e réforme de l'Etat fassent réfléchir ceux qui seraient tentés par un nouveau transfert de compétences lors de la prochaine législature. La première des priorités est de faire une évaluation objective de cette réforme de l'Etat et d'en informer les citoyens. Il est essentiel que les élus rendent des comptes sur des décisions aussi importantes, en espérant que cela évitera de commettre les mêmes erreurs dans le futur. Et d'arrêter de promouvoir un mouvement uniquement centrifuge ; la (re)fédéralisation de certaines compétences aurait beaucoup de sens.

Quels sont les défis qui attendent les Mutualités Libres pour les prochaines années ?

Cela fait plusieurs années qu'on constate que la concertation avec les prestataires de soins est mise à mal. Il est de plus en plus difficile de conclure des accords. Nous arrivons à la fin d'un système qui devra être remplacé ou évoluer. Il serait donc nécessaire de mener une réflexion sur la manière dont on scelle un accord, son contenu, la gouvernance autour de la concertation à l'INAMI, ... En ce qui concerne notre propre fonctionnement, nous poursuivons nos initiatives afin de pérenniser notre organisation et anticiper au mieux les défis que représentent la pression sur les moyens financiers, l'informatisation du secteur, la complexité croissante et les évolutions réglementaires qui viennent se greffer.

Au niveau des opportunités à venir ?

Le Pacte avec les mutualités nous encourage à conclure des partenariats intermutualistes. Même s'il est vrai que toute une série de choses se font déjà en commun dans le cadre du CIN (Collège Intermutualiste National), on peut encore aller plus loin. On ne peut pas dénoncer la fragmentation croissante du secteur des soins de santé et en même temps ne rien faire pour construire des synergies au sein du secteur mutualiste. Mais il faut rester clair sur l'objectif premier, à savoir dégager des moyens pour offrir de nouveaux services à nos affiliés et faire face aux nouveaux besoins. Tout en maintenant la concurrence entre mutualités, cette saine émulation est le meilleur garant du dynamisme de notre secteur.

Gros plan sur les projets 2017

2017, une année marquée par de nombreux changements, mais aussi par la réalisation de projets innovants au sein des Mutualités Libres. En voici un aperçu !

Le 2 octobre 2017, le début d'une nouvelle aventure

Il était annoncé depuis plus d'un an déjà. Puis les travaux ont commencé et petit à petit, celui qu'on appelait "Onederlecht" ou le "nouveau bâtiment" a commencé à prendre forme. Et le 2 octobre, comme cela avait été annoncé, le déménagement général de tous les collaborateurs de l'Union nationale des Mutualités Libres s'est effectué sans encombre.

Un bureau en fonction de ses activités

Le nouvel environnement de travail est basé sur les principes du Dynamic Office, c'est-à-dire qu'il se compose de différentes zones de travail : espaces ouverts, semi-ouverts et fermés, chacun avec sa fonction propre. Chaque jour, le collaborateur choisit la zone la mieux adaptée en fonction de

ses activités. Au sein de chaque zone, différentes sortes de postes de travail sont proposées : la *concentration area* (où effectuer des tâches qui demandent de la concentration), la *collaborative area* (où les tables sont larges afin de favoriser les échanges), la *bubble* (où s'isoler pour un



coup de fil, par exemple), la *touchdown area* (idéal pour les visiteurs ou entre deux réunions). Le nouvel environnement de travail répond également au principe du *clean desk* : aucun collaborateur ne dispose d'un bureau fixe. A la fin de la journée, les collaborateurs vident entièrement leur poste de travail et ont la possibilité de ranger leur matériel dans leur casier.

Une avant-première, une salle Cuberdon et des ruches

Ce nouvel environnement, les collaborateurs des Mutualités Libres et de M-team (aujourd'hui, MLOZ IT) avaient déjà eu l'occasion de le découvrir en primeur fin mai, lorsque les travaux du 4^e étage du





bâtiment Nord se sont terminés. C'est en effet à cet endroit qu'en juin, la première zone du site a été aménagée afin d'accueillir, en guise de déménagement-pilote, des collaborateurs des deux entités, en une seule et même équipe et un seul et même endroit.

Le nouveau bâtiment des Mutualités Libres met également la Belgique et l'écologie à l'honneur. En effet, pour rompre avec la monotonie des appellations classiques, les 44 salles de réunion portent les noms de nos célèbres fiertés nationales : Eddy Merckx, Speculoos, Cuberdon, ... Côté écologie, l'environnement extérieur a également été soigneusement aménagé : un maillage écologique plutôt qu'une pelouse tondue, une longue haie aux différentes essences, un potager, des ruches, une bubble végétale, un plan d'eau, ... En d'autres termes, des espaces où il fait bon vivre, mais aussi travailler !



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 a démarré en 2016 avec l'ouverture du cabinet de Jemeppe et s'est poursuivi en 2017 avec le déploiement de six nouveaux cabinets sur un total de vingt cabinets prévus dans le cadre du projet qui, pour rappel, 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

En 2017, la mise en place du modèle ODM a nécessité un effort de recrutement important pour nous permettre d'engager dix assistantes administratives, onze paramédicaux, un médecin-conseil et un *regional operations manager*.

Pour aider les équipes en cabinet à mieux appréhender les importants changements opérationnels induits par le modèle ODM, une équipe "*Change management*" a été constituée et accompagne dorénavant les équipes sur le terrain. Pour supporter les activités des équipes opérationnelles, l'application informatique de gestion des dossiers médicaux a été adaptée de façon significative en 2017, une dernière étape dans l'évolution de cette application étant prévue pour fin 2018.

Le modèle ODM sera déployé pour l'ensemble des cabinets à l'automne 2018.

La régionalisation & ses évolutions

En 2017, les organismes assureurs ont souvent été consultés sur un certain nombre de dossiers régionalisés, en particulier pour la mise en oeuvre de la 6^e réforme de l'Etat qui doit être opérationnelle au 1^{er} janvier 2019.

Transfert des matières en Wallonie et Bruxelles

A Bruxelles et en Wallonie, les discussions concrètes ont débuté en 2017 ! Les organismes assureurs (OA) ont été formellement désignés comme opérateurs pour la gestion de la totalité des matières transférées (à une différence près pour les infrastructures hospitalières à Bruxelles). Dans ce cadre, des sociétés mutualistes régionales seront créées et l'élaboration des textes législatifs, en concertation avec les OA, a représenté un chantier important en 2017.

L'assurance autonomie wallonne

Avec une première version du décret sur la création de l'assurance autonomie, les OA ont organisé les travaux autour de l'assurance wallonne. Cependant, les tensions au sein du gouvernement et la crise politique francophone de l'été 2017 ont fortement ralenti les choses. Depuis la mise en place de la nouvelle majorité régionale, la nouvelle ministre wallonne de la Santé, Alda Greoli, a présenté une nouvelle note-cadre au gouvernement wallon. Néanmoins, les contours de l'assurance autonomie en 2017 restent flous. A Bruxelles, le projet d'une assurance autonomie en 2017 en est resté au stade d'étude de faisabilité.

Le cas particulier de Bruxelles

A Bruxelles, la COCOM hérite des matières santé. Mais, la complexité institutionnelle (5 ministres compétents) rend difficile l'aboutissement à une seule vision. Ce que les Mutualités Libres ont dénoncé par le biais de plusieurs cartes blanches dans la presse.

Spécifiquement, en ce qui concerne le décret de la *Vlaamse Sociale Bescherming* d'application à Bruxelles, une période de transition de 3 ans est prévue, au bout de laquelle une vraie solution devrait être trouvée... Utopique ?

Vlaamse Sociale Bescherming (Protection sociale flamande)

Le 1^{er} janvier 2017, les caisses de soins flamandes ont définitivement repris la gestion et l'exécution de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (THAB). Cette transition ne s'est pas toujours déroulée sans accroc. A partir du 1^{er} janvier 2019, les caisses de soins géreront également les résidences-services et les aides à la mobilité. L'année 2017 était donc partiellement placée sous le signe des préparatifs en vue de ce transfert. Les médecins-conseils et les paramédicaux jouent un rôle important dans ces deux domaines, mais aussi en matière de rééducation. La manière dont ils peuvent élargir leur rôle dans un contexte flamand reste un point de discussion entre le gouvernement flamand, les OA et le gouvernement fédéral (INAMI).

Décret de reprise

D'autres compétences transférées telles que la rééducation (conventions et hôpitaux), les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP) seront d'abord gérées par les mutualités et le gouvernement flamand à partir du 1^{er} janvier 2019 et ce jusqu'en 2021, avant d'être reprises par les caisses de soins. Les discussions sur les modalités de reprise ont été entamées en 2017, mais étant donné la complexité de ces secteurs, la réalisation de cette reprise sera une véritable course contre la montre.

Réforme dans l'organisation des soins de première ligne

Début 2017, le gouvernement flamand a présenté sa nouvelle vision concernant l'organisation des soins de première ligne.

Le centre de gravité passe au niveau local, avec la création d'une soixantaine de zones locales de première ligne. Les Mutualités Libres considèrent qu'il est important que le patient occupe une position centrale et qu'il puisse continuer à choisir librement son prestataire de soins.

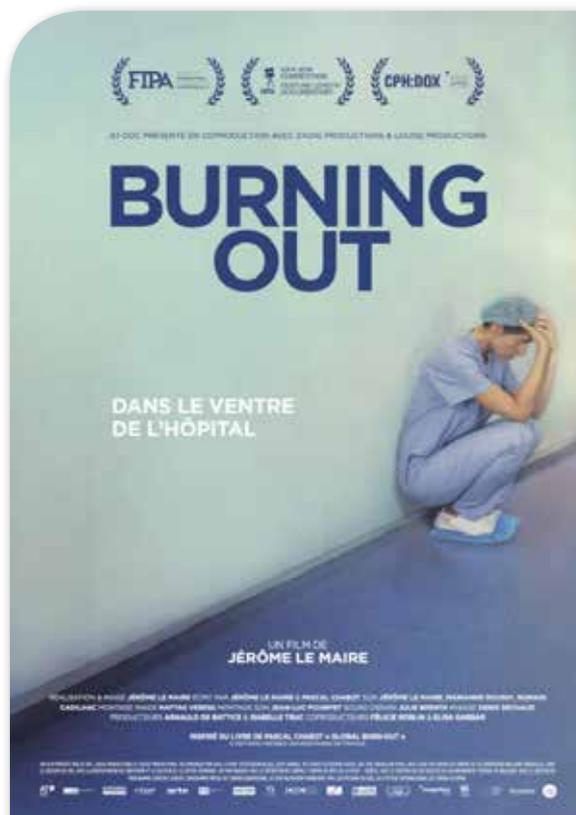
Bien-être & politique salariale

Mise en place du Flex Income Plan (FIP)

Avec le rassemblement de nos deux entités, une politique salariale unifiée s'imposait. La flexibilité et la durabilité étant les piliers de la nouvelle approche développée par les Mutualités Libres, le choix s'est porté sur le Flex Income Plan (FIP) de SD Worx. Une analyse de la réglementation a ensuite été effectuée pour déterminer ce qui pouvait être proposé. Pour déterminer les avantages qui feront partie du FIP, une enquête a été réalisée auprès du personnel. Celle-ci a révélé que les collaborateurs se montraient surtout intéressés par des jours de vacances supplémentaires, des solutions de mobilité durable (vélos en leasing), etc. Avec le FIP, c'est le travailleur qui est aux commandes. Il a la possibilité de choisir le FIP ou pas et de composer lui-même les avantages qui en feront partie. Chaque salarié dispose en effet d'un budget virtuel qu'il peut répartir en fonction de ses besoins, sa situation familiale ou ses préférences personnelles.

Programme bien-être au travail

Lutter contre le burn-out et le stress au bureau est un travail d'envergure pour lequel le groupe Well-being s'est minutieusement préparé tout au long de l'année 2017. Le groupe se compose d'un manager, un collaborateur actif au niveau du CPPT (Comité pour la Prévention et la Protection au Travail), un médecin-conseil, une personne de confiance, un conseiller prévention interne et externe (Mensura) et des représentants des Ressources Humaines. En 2017, le groupe Well-being



s'est focalisé sur trois piliers : le stress au travail, les absences de longue durée et les aidants proches. Avec comme objectifs de soutenir les collaborateurs dans leur processus de rétablissement, les accompagner lors de leur retour au travail, informer le management sur les risques susceptibles de provoquer du stress au travail et sur les moyens de les prévenir. C'est dans ce cadre qu'ont été créées les fonctions de "Coach Welcome Back", chargé d'accompagner le collaborateur lors de son retour au travail après une longue absence, et de "Coach Burn-out", personne externe en charge notamment de la prévention du burn-out. Les managers ont également eu l'occasion de voir le documentaire de Jérôme Lemaire "Burning Out" (voir photo) en présence du réalisateur et de participer au débat qui a suivi avec le Dr Mesters, spécialiste du burn-out. Une enquête sur le thème des aidants proches a également été réalisée en interne pour évaluer la situation au sein de l'organisation.

Administration, direction et surveillance

Conseil d'administration

Membres élus par l'Assemblée Générale du 28 septembre 2016

Président Pierre Bouckaert

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
Michel Eertmans
Daniel Ferette
Hubert Heck
Vincent Jonckheere
Jacques Jonet*
Stefaan Lauwers
Baudouin Lemaire*
Peter Leyman

Roger Mertens
Alex Parisel
Eric Pellegroms
Freddy Piron
Rudi Reyntjens
Christian Roulling
Rik Selleslaghs
Thierry Steylemans
Rosita Van Maele
Edward Van Vré
Eric Vereecken
Alex Verheyden
Jean Wallemacq
Lucas Willemyns

* Vice-Présidents

Conseillers

Bernard Noel

Gustave Nowicki,
Président honoraire

Comité de Direction

Président Xavier Brenez

Membres effectifs

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

Hubert Heck (515)
Stefaan Lauwers (526)

Surveillance

Interne Comité d'audit

Président

Michel Eertmans

Administrateurs indépendants

Edward Van Vré
Sagrario Carballo-Martinez
Marie-Gemma Dequae

Représentants de la Direction

Xavier Brenez
Dick Vanwollegem

Externe

EY
Réviseurs d'entreprises S.C.C.
Représentée par Marie-Laure Moreau,
associée





**Assurance
obligatoire**

Les effectifs des Mutualités Libres



Fin 2017, l'effectif consolidé
des Mutualités Libres s'élevait à

2.172.440

bénéficiaires



Par rapport à 2016 [2.160.472 bénéficiaires], l'effectif global a **augmenté de 11.968 membres (0,55 %)**. Ces chiffres englobent le régime général, le régime indépendant et les Conventions internationales.

Les **Conventions Internationales** concernent **40.399 bénéficiaires** [1,86 % de l'effectif global].

MLOZ par rapport aux autres unions nationales

Au 31 décembre 2017, les effectifs des différents organismes assureurs se présentaient comme suit :

Unions	Régime général		Régime indépendant	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
ANMC	4.126.822	40,92 %	470.828	41,27 %
UNMN	473.770	4,70 %	62.882	5,51 %
UNMS	2.998.944	29,73 %	188.062	16,49 %
UNML	479.010	4,75 %	70.654	6,19 %
MLOZ	1.807.303	17,92 %	342.658	30,04 %
CAAMI	95.861	0,95 %	5.650	0,50 %
SNCB	104.582	1,04 %	0	0,00 %
TOTAL	10.086.292	100 %	1.140.734	100 %

MLOZ compte **17,92 % 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 (30,04 % au 31 décembre 2017). 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 **40.768 en 2017**. Tout comme les années précédentes, ce solde est une nouvelle fois favorable, **+2.802 affiliations**, contre +1.434 en 2016.

Unions	Mutations "IN"	Mutations "OUT"	Solde
ANMC	11.223	7.794	3.429
UNMN	1.453	2.720	-1.267
UNMS	7.096	6.720	376
UNML	1.512	693	819
CAAMI	486	1.052	-566
SNCB	15	4	11
TOTAL	21.785	18.983	2.802

Frais d'administration

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

Dotation 2017

Le montant des frais d'administration octroyé forfaitairement aux organismes assureurs pour l'exercice 2017¹ a été fixé par la loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 11 août 2017, publiée le 28 août 2017.

Un montant de 1,05 milliard d'euros a été attribué aux cinq unions nationales², ce qui représente un statu quo par rapport à l'année 2016.

Ce montant est composé d'une partie fixe de 947,8 millions d'euros et d'une partie variable de 105,3 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. A partir de 2019, le pourcentage de la partie variable augmentera de 2,5 % par an pour atteindre 20 % en 2022.

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 2017.

Pour l'année 2016, notre Union avait obtenu 94,5 % de sa dotation maximale, contre 98,3 % l'année précédente.

	Montant brut	Par bénéficiaire	Index
ANMC	381.429.393	83,69	96,6
UNMN	48.718.495	91,29	105,3
UNMS	283.201.770	89,44	103,2
UNML	59.568.283	109,02	125,8
MLOZ	174.899.059	82,03	94,7
Total	947.817.000	86,67	100,0

” Un montant de 1,05 milliard d’euros a été attribué aux cinq unions nationales, ce qui représente un statu quo par rapport à l’année 2016.

Dépenses

Les dépenses brutes “Frais d’administration” de toutes les Mutualités Libres atteignaient ensemble un montant de 268 millions d’euros en 2017, soit 3,8 % de moins qu’en 2016.

Les charges salariales représentaient 61 % des dépenses brutes, et ont augmenté de

près de 1,3 % par rapport à 2016. Les services et livraisons ont par contre connu une forte baisse, de près de 9,5 %.

L’imputation des coûts et des recettes diverses s’élevait à 48,7 millions d’euros, soit une augmentation de 0,8 %. Les dépenses nettes ont dès lors baissé de plus de 4,7 %.

	2016	2017	Écart	Répartition
Services, biens divers et frais	101.310.435	91.724.191	- 9,46 %	34,2 %
Salaires, charges sociales et pensions	161.488.160	163.576.371	1,29 %	61,0 %
Amortissements, réductions de valeur et provisions	5.427.488	5.708.236	5,17 %	2,1 %
Autres charges d’exploitation	6.739.932	6.920.823	2,68 %	2,6 %
Charges financières	108.030	88.407	-18,16 %	0,0 %
Frais exceptionnels	3.685.923	248.458	--	0,1 %
Dépenses brutes	278.759.967	268.266.486	-3,76 %	100,0 %
Refacturation et produits	48.275.722	48.677.279	0,83 %	
Dépenses nettes	230.484.245	219.589.206	-4,73 %	

¹ Les organismes assureurs reçoivent également des montants complémentaires aux frais d’administration, tels que par exemple le dédommagement pour l’intégration des petits risques dans l’assurance obligatoire, ou les montants attribués en tant que récompense pour les récupérations effectuées ou pour les produits financiers réalisés en assurance obligatoire.

² La CAAMI et la Caisse des soins de santé de la SNCB jouissent d’un régime spécifique.

L'année 2017 en **5** faits marquants

Une concertation difficile avec certains prestataires de soins, le lancement de la fonction de pharmacien de référence, des soins intégrés pour les malades chroniques, ... L'année 2017 a été marquée par plusieurs faits marquants dans le secteur des soins de santé. En voici un aperçu !

Pacte pluriannuel avec les pharmaciens d'officine

En 2017, un cadre pluriannuel pour les pharmaciens d'officine a été élaboré par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block. **Il définit un trajet de développement pour les pharmacies ouvertes au public, avec comme objectif de favoriser la délivrance de soins optimaux pour le patient**, et de soutenir l'évolution du rôle du pharmacien d'officine en tant que prestataire de soins. Il s'agit en d'autres termes d'une évolution vers plus de suivi et d'accompagnement du patient plutôt que la délivrance "seule" de médicaments.

Dans ce cadre, une convention a été signée entre les pharmaciens et les organismes assureurs afin de lancer le principe du "**pharmacien de référence**" à partir d'octobre 2017.

Le pharmacien de référence est un pharmacien d'officine que le patient atteint de maladie chronique peut choisir pour l'accompagnement et le suivi de sa consommation de médicaments. Le patient peut choisir librement son pharmacien de référence et peut toujours en changer s'il le souhaite. Le pharmacien de référence contribue à la mise en œuvre du plan de soins élaboré par le médecin, en concertation avec le patient et les prestataires de soins concernés.

La mise en réseau des hôpitaux

En avril 2015, la ministre a rendu public son **plan pour la réforme du paysage hospitalier**

et du financement des hôpitaux. L'objectif final du plan est de continuer à garantir l'accessibilité à des soins de santé de qualité, notamment par une mise en réseaux des hôpitaux.

En mai 2017, une note ("Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé") a été publiée par la ministre. **Les réseaux constituent un nouveau modèle d'organisation qui permet au patient de bénéficier de soins de meilleure qualité** dans une logique d'efficacité. De plus, ils offrent une alternative à la dispersion actuelle de l'offre médicale, source de gaspillage.

Le principe repose sur la collaboration permettant d'optimiser l'offre en missions de soins loco-régionales et supra-régionales. Les hôpitaux individuels s'organisent pour former 25 réseaux afin d'assurer ensemble les soins hospitaliers dans une zone comptant 400.000 à 500.000 citoyens. Les missions de soins supra-régionales comprennent les soins qui, pour différentes raisons (pathologies rares, infrastructure onéreuse, expertise multidisciplinaire et spécialisée) ne peuvent être dispensés que dans un nombre limité d'hôpitaux (appelés "points de référence") et qui ne sont donc pas pratiqués dans chaque réseau loco-régional.

Projets pilotes de soins intégrés en faveur des malades chroniques

Fin 2017, 14 projets pilotes ont été retenus dans le cadre du plan de soins intégrés en faveur des malades chroniques. **L'objectif**

” L’année 2017 a été une année difficile pour la concertation, surtout dans les secteurs suivants : médecine, dentisterie et kinésithérapie

de ces projets est de faciliter et réguler les soins pour les personnes souffrant d’une affection chronique. Dans ces projets pilotes, les dispensateurs de soins, les institutions et les professionnels de l’aide aux personnes collaboreront ensemble, avec le patient, pour que celui-ci puisse bénéficier de meilleurs soins et d’une meilleure qualité de vie. Ces projets démarrent en 2018, et auront une durée de 4 ans.

Quelques chiffres : les 14 projets couvrent 2,65 millions de personnes, soit près d’un quart de la population belge. La Flandre compte 7 projets, la Wallonie 5, Bruxelles et la Communauté Germanophone 1 projet chacune.

La concertation mise à mal

L’année 2017 a été une année difficile pour la concertation, surtout dans les secteurs suivants : médecine, dentisterie et kinésithérapie.

Après beaucoup de discussions, un mini-accord a été signé avec les médecins pour l’année 2017. Le but était de permettre d’assurer la sécurité tarifaire pour les patients tout en continuant les discussions en médico-mut sur certains thèmes comme la révision de la nomenclature, les suppléments en hôpital et en ambulatoire, ...

Les négociations avec les dentistes pour un nouvel accord ont duré jusqu’en avril. Un accord a finalement été signé pour 2017-2018 mais en parallèle, une discussion sur un nouveau système d’accord plus flexible a été lancée.

Les négociations avec les kinésithérapeutes n’ayant pas abouti, une convention “de base” a été proposée par le Comité de l’assurance à tous les kinés, permettant ainsi d’assurer la sécurité tarifaire pour les patients. **Une taskforce a ensuite été mise en place pour lancer le débat sur plusieurs sujets problématiques:** la simplification administrative, l’enregistrement des cabinets de kinésithérapeutes, la simplification des tickets modérateurs, ...

Un audit pour le secteur des maisons médicales

Pour les patients, les maisons médicales permettent d’accéder aux soins de santé de première ligne à un tarif abordable. Le nombre de maisons médicales est passé de 71 en 2006 à 151. Le budget de l’INAMI pour ce secteur est passé, quant à lui, de 44 millions en 2007 à 152 millions en 2016.

Dans ce contexte, le gouvernement a décidé de réaliser un audit dans le but d’étudier l’organisation, le fonctionnement et la structure des coûts des maisons médicales. L’importance des maisons médicales dans l’offre générale de soins de santé est reconnue, mais au vu de l’augmentation importante du budget, les fonds doivent être utilisés à bon escient.

Un moratoire a été imposé pendant l’audit, mettant en attente les nouvelles demandes de maisons médicales pour un passage au forfait. Ce moratoire a été levé à la fin de l’audit.

Sur la base des résultats de l’audit, un groupe de travail a été lancé en 2018 pour faire des propositions d’amélioration pour ce secteur.

Indemnités

Dans le régime général

A partir du 1^{er} janvier 2017

- 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 2017 pour les titulaires en incapacité de travail à partir de cette date

A partir du 9 janvier 2017

- Neutralisation du salaire garanti dans le cadre d'une activité autorisée. L'employeur est libéré de son obligation de payer un salaire garanti. L'assuré reçoit des indemnités complètes lorsqu'il doit arrêter le travail en raison d'une aggravation de son état de santé.

A partir du 1^{er} mai 2017

- Avant de prétendre à des indemnités, l'assuré doit accomplir un stage d'attente. Celui-ci passe de 6 à 12 mois pour toutes les incapacités de travail à partir du 1^{er} mai 2017.
- Revalorisation de la prime de rattrapage attribuée au titulaire invalide qui, au 31 décembre de l'année précédant l'octroi, a été reconnu en incapacité de travail pendant au moins deux ans

A partir du 1^{er} juin 2017

- Adaptation des indemnités à l'indice santé (mesure conjoncturelle)

A partir du 1^{er} septembre 2017

- Revalorisation des indemnités "minimum travailleur non régulier" à la suite de l'augmentation des montants du revenu d'intégration (mesure conjoncturelle)
- Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011 inclus (récurrence de 6 ans)
- Augmentation des plafonds de chômage avec un impact sur le calcul des indemnités d'incapacité de travail

A partir du 1^{er} octobre 2017

- 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} octobre 2017 pour les titulaires en incapacité de travail à partir de cette date
- Revalorisation du montant de la prime de rattrapage attribuée après deux années d'incapacité de travail avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2017
- Augmentation de 5 % du forfait "Aide tierce personne" avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2017

Dans le régime indépendant

A partir du 1^{er} janvier 2017

- Les jeunes qui d'une part exercent une activité d'indépendant, et d'autre part suivent des études, sont soumis au statut d'étudiant-indépendant sous certaines conditions spécifiques. Cette période peut aider à remplir le stage d'attente dans le cadre des indemnités.
- Le droit passerelle pour les indépendants prévoit un maintien de droit pour le secteur des indemnités.

A partir du 1^{er} juin 2017

- Adaptation des indemnités à l'indice santé (mesure conjoncturelle).

A partir du 1^{er} septembre 2017

- Revalorisation des forfaits incapacité de travail primaire, invalides et repos de maternité.

A partir du 1^{er} octobre 2017

- Augmentation de 5 % du forfait "Aide tierce personne".

Dépenses du secteur des indemnités régime général en 2017 (en millions d'euros)

	MLOZ		Total	
	2017	17/16	2017	17/16
Incapacité primaire	287,08	2,40 %	1.712,32	1,11 %
Maternité	122,30	1,61 %	607,87	-1,42 %
Maternité en invalidité	2,11	17,23 %	10,91	4,10 %
Pauses d'allaitement	0,15	-5,19 %	0,74	-1,33 %
Invalidité	862,79	7,33 %	5.419,34	6,51 %
Allocations frais funéraires	-	-	-	-
Réadaptation professionnelle	1,86	14,88 %	9,03	7,76 %
Total	1.276,30	5,64 %	7.760,21	4,62 %

Dépenses du secteur des indemnités régime indépendant en 2017 (en millions d'euros)

	MLOZ		Total	
	2017	17/16	2017	17/16
Incapacité primaire	22,75	-0,16 %	86,63	0,97 %
Maternité	8,96	44,23 %	29,57	39,02 %
Maternité en invalidité	0,07	242,86 %	0,21	40,00 %
Invalidité	87,13	5,70 %	342,45	4,93 %
Réadaptation professionnelle	0,06	-49,03 %	0,29	38,10 %
Total	118,97	6,63 %	459,15	5,84 %

Évolution des dépenses en soins de santé

Au niveau fédéral

En 2017, les dépenses en soins de santé transitées par les organismes assureurs s'élèvent à 27,7 milliards. La croissance des dépenses, en ce compris les dépenses en soins de santé régionalisées, est de 2,9 %.

Au niveau fédéral, l'objectif budgétaire global en 2017 s'élève à 24,674 milliards d'euros.

Après neutralisation de certains montants (conventions internationales, blocage structurel, Fonds des accidents médicaux, ...), on obtient un objectif budgétaire comparable aux dépenses fédérales s'élevant à 24,345 milliards d'euros. Les dépenses en soins de santé en 2017 s'élèvent à 24,247 milliards d'euros au niveau fédéral. Sur le plan comptable, on comptabilise donc une sous-utilisation d'environ 97,459 millions d'euros au niveau fédéral.

Dans le cadre de la responsabilisation financière 2017 des organismes assureurs, il faudra tenir compte d'un boni de 4,7 millions d'euros.

Malgré ce résultat positif, il convient de souligner que le secteur des spécialités pharmaceutiques enregistre un dépassement net de 259 millions. Dans le cadre des contrats d'innovation conclus avec l'industrie prévus à l'article 81, les recettes sont déjà comptabilisées (273,351 millions d'euros). Toutefois, il faut encore tenir compte du mécanisme du "claw-back" permettant de diminuer ce dépassement (+/- 100 millions). La croissance dans ce secteur reste très élevée (+ 4,9 %), principalement en raison de la croissance dans les spécialités ambulatoires délivrées à l'hôpital.

Les seuls autres secteurs en dépassement sont les accoucheuses et les maisons médicales, deux secteurs moins importants en termes de dépenses pour les soins de santé.

Les secteurs où une croissance élevée est observée sont les implants, les soins infirmiers, les opticiens et les audiciens. Notons également la forte croissance de deux secteurs régionalisés : les maisons de repos et de soins (+ 5,3 %) et les soins de santé mentale (+ 8,1 %). En santé mentale, cette hausse est due principalement à l'augmentation de l'occupation des maisons de soins psychiatriques.

Par ailleurs, quelques secteurs connaissent des décroissances ou de faibles croissances. Il s'agit des soins dentaires, des soins de kinésithérapie et des forfaits pour les patients chroniques. Cette diminution des dépenses est une bonne nouvelle pour le budget des soins de santé, mais il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de répercussions dans les coûts à charge des patients.

Au niveau des Mutualités Libres

Les dépenses totales des Mutualités Libres s'élèvent à 4,399 milliards d'euros pour 2017. La croissance des dépenses des Mutualités Libres est légèrement plus élevée que celle des dépenses de l'ensemble des organismes assureurs (+ 0,1 %).

Cette croissance n'est pas répartie équitablement sur l'ensemble des secteurs. Nous observons une croissance plus marquée pour les Mutualités Libres dans les domaines des accoucheuses, de la dialyse, de la rééducation, du maximum à facturer et des patients chroniques.

Par contre, les Mutualités Libres ont une croissance nettement moins marquée dans les dépenses relatives à la santé mentale.

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

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

Rubriques	MLOZ		Royaume				Part MLOZ dans dép. (4)
	Dép. 2017 (1)	Evol. (2)	Dép. 2017 (1)	Obj. 2017 *	Obj. - Dép. * (3)	Evol. (2)	
1 Honoraires médicaux*	1.317.730.877	2,2%	7.931.744.241	8.146.205.000	100.812.000	1,9%	16,6%
2 Soins dentaires*	173.581.834	-0,5%	899.979.737	951.652.000	33.131.000	-0,1%	19,3%
3 Prestations pharmaceutiques*	763.975.653	5,8%	4.863.745.774	4.331.404.000	-258.991.000	4,8%	15,7%
4 Soins infirmiers à domicile*	161.299.501	3,0%	1.460.978.418	1.540.465.000	32.701.000	3,9%	11,0%
5 Kinésithérapie	114.989.989	0,5%	734.961.501	760.636.000	18.766.000	0,6%	15,6%
6 Bandagistes - Orthopédistes	42.381.710	-0,3%	316.949.513	244.579.000	****20.372.000	1,2%	13,4%
7 Implants	110.295.686	5,7%	737.428.981	741.484.000	4.055.000	5,6%	15,0%
8 Soins par opticiens	5.907.293	3,4%	30.687.784	33.069.000	2.381.000	3,8%	19,2%
9 Soins par audiciens	10.543.728	4,3%	66.602.630	72.213.000	5.610.000	4,5%	15,8%
10 Accoucheuses	5.239.712	3,1%	26.778.381	22.466.000	-4.312.000	1,0%	19,6%
11 Hôpitaux généraux et psychiatriques	1.033.867.127	1,7%	6.033.441.565	5.475.921.000	****61.870.000	2,0%	17,1%
12 Hôpital militaire	1.964.621	-1,7%	9.051.886	9.152.000	100.000	-8,1%	21,7%
13 Dialyse	53.609.836	4,4%	424.453.864	429.319.000	4.866.000	2,2%	12,6%
14 MRS/MRPA/Centre de soins de jour*	342.343.642	5,1%	2.662.592.538		***	5,3%	12,9%
15 Soins de santé mentale**	15.954.590	2,4%	156.029.199		***	8,1%	10,2%
16 Rééducation	106.179.790	5,5%	627.856.856	404.254.000	****31.948.000	3,6%	16,9%
17 Fonds spécial	366.907	27,7%	2.092.289	16.140.000	14.048.000	-21,5%	17,5%
18 Logopédie	18.625.564	1,6%	102.025.333	109.529.000	7.504.000	2,2%	18,3%
19 Maximum à Facturer	53.789.644	9,1%	337.193.919	351.784.000	14.590.000	-0,4%	16,0%
20 Patients chroniques	13.653.344	2,1%	109.092.246	112.557.000	3.465.000	0,0%	12,5%
21 Soins palliatifs	4.157.729	3,4%	30.545.083	23.994.000	****6.480.000	3,2%	13,6%
22 Maisons médicales (forfaits méd., infirm., kiné)	34.427.638	9,5%	159.854.626	157.088.000	-5.979.000	9,5%	21,5%
23 Reste*	8.674.026	4,9%	62.817.279			3,5%	13,8%
24 Régularisations	5.207.304	-31,6%	-59.437.000	-55.914.000	-6.016.000	3,0%	-8,8%
Total des dépenses, hormis dépenses propres à l'INAMI et y compris les dépenses régionales (1)	4.399.082.413	3,0%	27.728.281.126				15,9%
TOTAL GLOBAL (y compris dépenses propres INAMI)*			24.247.970.000	24.674.703.000	426.733.000		
Fonds des accidents médicaux				12.310.000			
Conventions internationales				112.756.000			
Dépenses négatives				35.645.000			
Sous-utilisations				38.615.000			
Bloquage structurelle			129.948.000	38.615.000			
Objectif budgétaire (comparaison homogène)				24.345.429.000	97.549.000		

(1) Dép. 2017 : dépenses comptabilisées en 2017 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 2016 et 2017 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 2017 et les dépenses 2017 (y compris les dépenses propres à l'INAMI) par secteur de soins non régionalisé, en totalité ou en partie. Un signe négatif devant le montant correspond à un dépassement budgétaire pour le secteur en question.

(4) Part MLOZ dans dép. : part que représentent les dépenses 2017 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 et le projet "Nouvelles initiatives de soins").

** Sans les soins psychiatriques en hôpitaux généraux et psychiatriques

*** Dépenses régionalisées

**** Dépenses partiellement régionalisées





Assurance complémentaire

Notre activité assurantielle en 2017

Les couvertures assurantielles de MLOZ Insurance restent un axe de développement important pour les Mutualités Libres. Ces couvertures permettent de garantir à nos affiliés un accès à des soins de qualité, tant dans le domaine hospitalier qu'en ambulatoire. Les soins ambulatoires, en pleine croissance, font d'ailleurs l'objet d'une attention particulière de notre société mutualiste d'assurances.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, **MLOZ Insurance est l'unique société mutualiste d'assurances pour l'ensemble des affiliés des Mutualités Libres**. Notre gamme de produits a ainsi été élargie par la reprise des assurances Comfort, Income, Dagvergoeding OZ et Dagvergoeding Xerius, précédemment commercialisées par les SMA OZ et Securex.

Nouveautés

En ce qui concerne Hospitalia, l'année 2017 a vu l'entrée en vigueur des limitations de couverture imposées par le plan de redressement, en particulier **l'adaptation des remboursements pour les one days et l'introduction d'une franchise en cas d'hospitalisation dans un hôpital pratiquant des suppléments de plus de 200 %**. Entre-temps, d'autres assureurs ont été également contraints de proposer un plan de redressement et de prendre des mesures similaires afin d'assurer la pérennité de leur offre.

Pour renforcer notre positionnement dans le domaine ambulatoire, **l'assurance Medicalia a été mise sur le marché en 2017**. Elle intervient notamment dans les frais de consultation des logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs et orthopédaogues. Au vu du nombre d'affiliations, nous pouvons conclure que cette assurance répond effectivement à un besoin de nos affiliés.

La gamme Hospitalia a été sensiblement améliorée afin de mieux répondre à l'évolution des besoins tout en restant dans le cadre tarifaire prévu dans le plan de redressement. Le plafond annuel de la couverture Hospitalia est ainsi passé de 16.000 à 25.000 euros, les forfaits pour accouchement à domicile ont été augmentés et, pour Hospitalia Plus, le plafond pour le transport urgent a été doublé et trois maladies graves ont été ajoutées.

Cadre réglementaire

Le reporting 2017 (sur l'exercice 2016) a finalisé le passage sous l'ère Solvency II, réglementation entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. **Visant une meilleure protection des assurés, elle représente cependant un coût considérable en termes de gestion et d'exigences accrues en capitaux.**

L'indice médical, enfin entré en vigueur en 2017, s'avère toutefois insuffisant pour assurer la pérennité des assurances soins de santé, celui-ci ne permettant pas de faire mieux correspondre l'évolution des primes des assurances soins de santé à l'évolution des dépenses pour l'avenir.

Assureurs, privés et mutualistes, collaborent avec les instances compétentes afin d'en adapter le calcul et l'application aux assurances soins de santé.

7 MLOZ Insurance propose couvertures en 2017

Hospitalia

” Une couverture hospitalisation de base, déjà très large, accessible à tout âge

Accessible à tout âge, Hospitalia est une couverture hospitalisation de base intervenant, sans franchise dans la majorité des hôpitaux, jusqu'à un plafond de 16.000 euros par an. Elle rembourse également les soins administrés un mois après l'hospitalisation.

Hospitalia Plus

” Pour encore plus de confort & les meilleurs soins

Accessible jusqu'à 65 ans, Hospitalia Plus est une couverture hospitalisation plus étendue qu'Hospitalia, sans plafond annuel et toujours sans franchise dans la majorité des hôpitaux. Elle rembourse également les soins administrés un mois avant et trois mois après l'hospitalisation.

C'est aussi une garantie "Maladies graves" qui intervient dans les frais de soins de santé en dehors d'une hospitalisation, en Belgique, pour 28 maladies.

Forfait H

” La couverture hospitalisation ouverte à tous

Accessible sans limite d'âge ni questionnaire médical, le Forfait H intervient à concurrence d'un montant forfaitaire de 12,35 euros par journée d'hospitalisation.

Hospitalia Continuité

” Pour continuer à bénéficier d'une assurance hospitalisation à bon prix quand on ne dispose plus de celle de son employeur

Accessible jusqu'à 64 ans, 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.

Entre-temps, Hospitalia Continuité complète l'intervention de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur en intervenant

à concurrence de 50 euros maximum par journée d'hospitalisation en Belgique ou à l'étranger. Hospitalia Continuité prévoit la même intervention en cas d'hospitalisation de jour en Belgique.

Dentalia Plus

” La couverture de qualité des soins dentaires

Accessible jusqu'à 64 ans, Dentalia Plus rembourse intégralement les soins dentaires préventifs. Dentalia Plus rembourse aussi les soins dentaires curatifs, les prothèses, les implants et la parodontologie à concurrence de 80 % ou de 50 %, selon le comportement préventif qu'a eu l'assuré l'année précédant les soins. C'est aussi le remboursement de l'orthodontie, à raison de 60 % des frais.

Hospitalia Ambulatoire & Medicalia

” Pour les soins administrés en dehors de l'hôpital

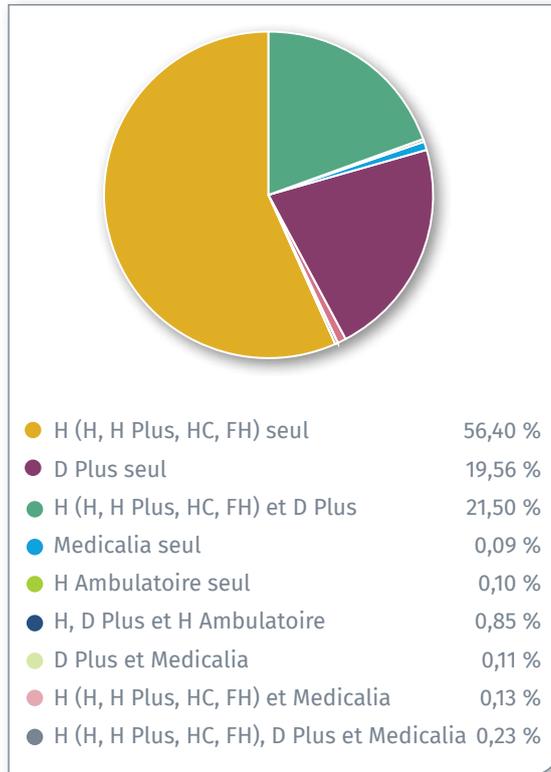
Hospitalia Ambulatoire rembourse les soins ambulatoires non liés à une hospitalisation, les frais pharmaceutiques, les prothèses dentaires et ophtalmologiques, et ce sans franchise.

Medicalia permet également à ses assurés d'être protégés contre les coûts médicaux élevés auxquels ils doivent faire face en dehors d'une hospitalisation : consultations médicales, thérapies alternatives, matériel auditif, lunettes ou lentilles, ... avec un remboursement pouvant atteindre 1.500 euros par année d'affiliation.

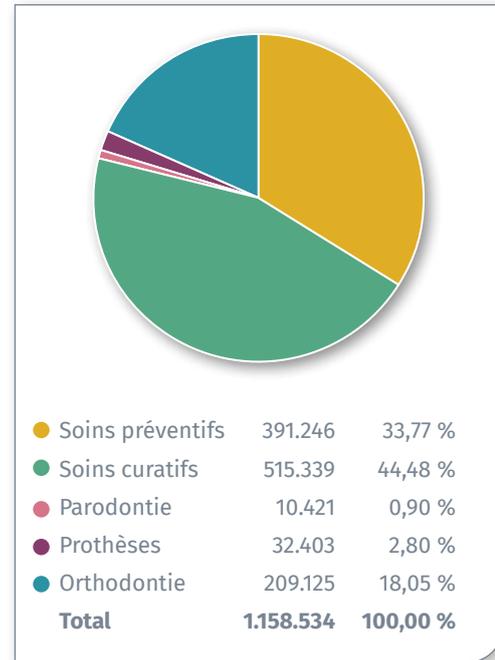
A côté de ces 7 couvertures, notre gamme de produits s'est enrichie, au 1^{er} janvier 2017, par la reprise en run-off, des produits de la SMA OZ (Dagvergoeding) et de la SMA Securex (Comfort et Income). Ces 3 couvertures ne sont toutefois plus commercialisées :

- Dagvergoeding Medische Ziekenkas, Xerius et OBA
- Income One et Two
- Comfort et Comfort +

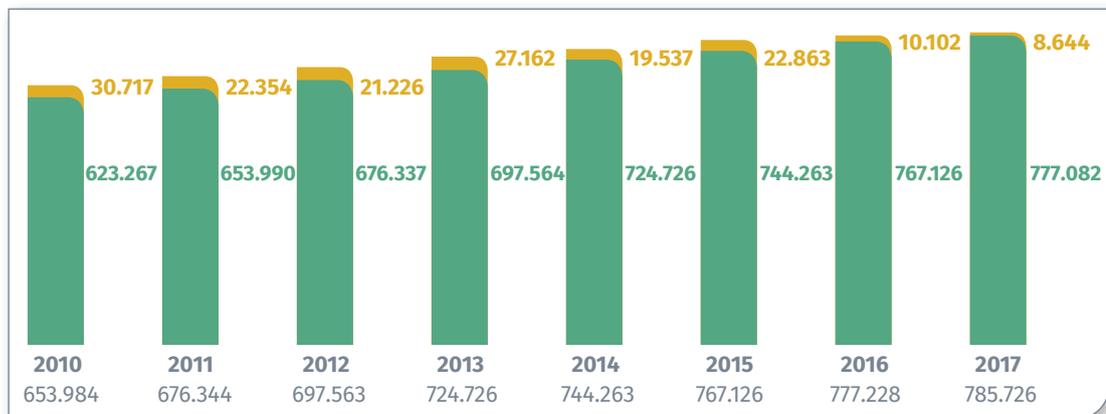
Répartition des effectifs
MLOZ Insurance (OZ inclus)



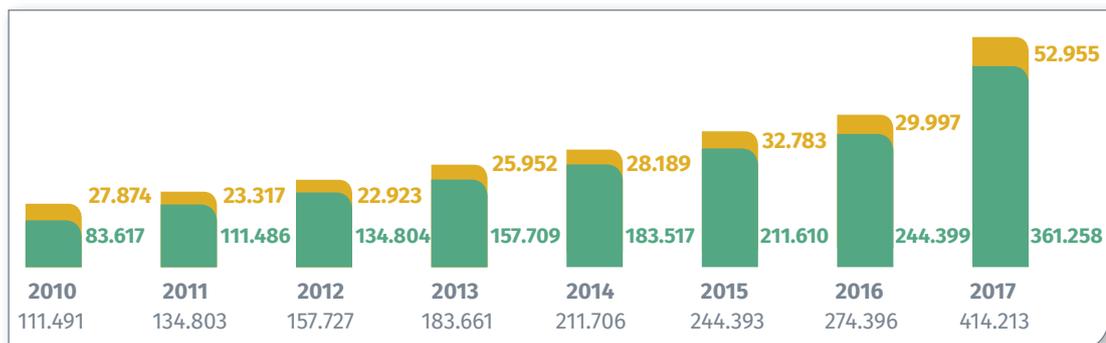
Répartition des prestations Dentalia Plus
par type de soins prodigués en 2017



Survol de l'effectif total de la gamme **Hospitalia** de 2010 à 2017



Survol de l'effectif total **Dentalia Plus** de 2010 à 2017



Répartition des effectifs par mutualité gamme **Hospitalia** et **Dentalia Plus** en 2017

	Hospitalia					Dentalia Plus				
	H	% H	AO	% AO	% H/AO	D Plus	% D Plus	AO	% AO	% D Plus/AO
501	165.254	21,03%	445.277	20,50%	37,11%	105.274	25,42%	445.277	20,50%	23,64%
506	81.010	10,31%	196.604	9,05%	41,20%	22.105	5,34%	196.604	9,05%	11,24%
509	351.316	44,71%	1.036.527	47,71%	33,89%	199.257	48,10%	1.036.527	47,71%	19,22%
515	22.297	2,84%	34.592	1,59%	64,46%	1.544	0,37%	34.592	1,59%	4,46%
526	165.849	21,11%	459.440	21,15%	36,10%	86.033	20,77%	459.440	21,15%	18,73%
Total	785.726	100,00%	2.172.440	100,00%	36,17%	414.213	100,00%	2.172.440	100,00%	19,07%

Répartition en % des remboursements **Hospitalia** et **Hospitalia Plus** par type de facture

Types de remboursements et rubriques	Hospitalia				Hospitalia Plus			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Hospitalisations classiques								
Frais de séjour	38,12%	38,40%	39,37%	38,03%	24,01%	23,28%	23,31%	20,87%
Pharmacie	9,13%	9,07%	9,11%	9,54%	4,52%	4,31%	4,20%	4,52%
Implants et matériel endoscopique	7,77%	7,84%	8,28%	9,29%	4,10%	3,82%	4,03%	4,18%
Honoraires	40,45%	39,86%	38,54%	38,72%	61,68%	62,88%	62,46%	64,41%
Fournitures	0,61%	0,84%	0,40%	0,06%	0,25%	0,28%	0,16%	0,03%
Frais divers	1,09%	1,05%	1,13%	0,99%	1,17%	1,11%	1,08%	1,15%
Préhospitaliers H Plus/ Soins urgents H	0,48%	0,39%	0,40%	0,47%	1,21%	1,19%	1,28%	1,25%
Posthospitaliers	2,36%	2,54%	2,77%	2,91%	2,90%	2,97%	3,30%	3,37%
Transports	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,17%	0,16%	0,20%	0,23%
Total hospitalisation	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total Produit	83,00%	82,37%	83,81%	85,37%	81,45%	80,29%	80,73%	84,56%
One-day clinics								
One-day	92,19%	91,17%	90,38%	87,95%	87,57%	87,42%	87,55%	81,39%
Préhospitaliers H Plus/ Soins urgents H	0,18%	0,16%	0,17%	0,17%	3,26%	3,30%	3,35%	4,53%
Posthospitaliers	7,63%	8,67%	9,46%	11,89%	9,10%	9,18%	9,01%	13,95%
Transports	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,10%	0,09%	0,14%
Total One-day	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total Produit	16,82%	17,38%	16,04%	14,50%	17,43%	18,43%	17,90%	14,00%
Autres								
Hospitalisations à l'étranger	0,17%	0,24%	0,14%	0,12%	0,16%	0,26%	0,24%	0,15%
Accouchement à domicile	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,03%	0,02%	0,02%	0,02%
Maladies graves	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,94%	1,00%	1,10%	1,27%
Grand total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Défense 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.

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

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 conséquence, en aucun cas être facturée au patient séparément. C'est pourquoi les organismes assureurs (OA) ont décidé en 2010 de récupérer ces sommes facturées indûment auprès des hôpitaux concernés.

Depuis 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 depuis lors 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. Les deux affaires sont actuellement pendantes devant la Cour de Cassation.

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

Représentation

En 2017, 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".**

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 du ministre, évaluer l'application de la loi et le fonctionnement du médiateur et formuler des recommandations à cet égard.

Introduction des dossiers devant le Fonds des accidents médicaux

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

Fin 2017, le nombre de dossiers introduits s'élevait à 127. A ce jour, le FAM a émis un avis positif dans 9 des dossiers que le service a introduits (reconnaissance de la responsabilité du prestataire de soins) dont 4 dossiers sont déjà clôturés avec une indemnisation effective du membre et 2 autres sont sur le point d'être indemnisés.

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.

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

Reprise des activités par Partenamut

Partenamut poursuivra à l'avenir l'ensemble de toutes ces activités pour toutes les Mutualités Libres.

Épargne prénuptiale

Les membres des Mutualités Libres âgés de 14 à 30 ans peuvent cotiser annuellement au produit d'épargne prénuptiale.

Au 31 décembre 2017, **10.244 membres** (représentant un capital de 5.672.862 d'euros) étaient affiliés à ce produit mutualiste.

Au cours de l'année 2017 :

- **2.657 personnes ont quitté** l'épargne prénuptiale : **326** pour cause de mariage
1.545 en raison de la limite d'âge
477 pour cause de cohabitation
44 en raison d'un départ forcé
140 en raison d'un départ volontaire
3 pour cause de décès
122 suite à une mutation
- **129 nouvelles affiliations** suite à une mutation ont été enregistrées.

Soins urgents à l'étranger (SUE)

44.191 dossiers
traités par le service SUE
en 2017

41.149

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

3.042

Dossiers traités directement par la
centrale d'assistance Mediphone Assist

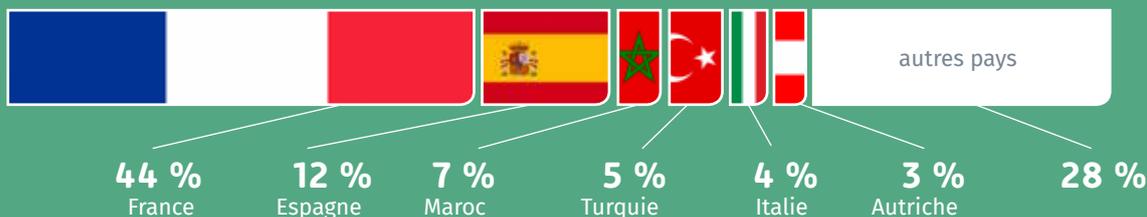
92 %

pour des soins ambulatoires

8 %

des hospitalisations

Paÿs où les soins ont eu lieu



339 rapatriements

ont été organisés par la centrale
d'assistance Mediphone Assist

43%

retour en avion

34%

en ambulance

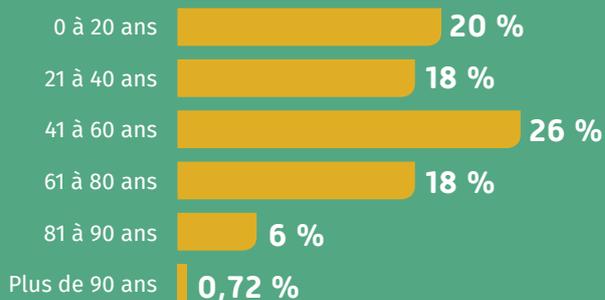
10%

en avion sanitaire

7%

en taxi ou taxi adapté

Age des personnes ayant eu recours à des soins



L'aide au mouvement mutualiste en Afrique se poursuit

Les 3 mutualités et les 3 ONG qui participent au Programme MASMUT continueront à soutenir le mouvement mutualiste en Afrique pendant la période 2017-2021. Huit pays sont concernés (6 auparavant) : Togo, Bénin, Mali, Sénégal, Guinée-Conakry, Burkina Faso, Burundi et République Démocratique du Congo. Ce nouveau dossier MASMUT a été approuvé en 2017, malgré les réformes apportées au sein de la Coopération belge au Développement.

Une étude sur les mutuelles africaines de demain

Dans le cadre du Programme MASMUT, les Mutualités Libres et l'ONG Louvain Coopération avaient mené ensemble une enquête en 2016 sur l'avenir des mutuelles au Bénin et au Togo. L'étude finale a été publiée en 2017. Ce volumineux document a été officiellement présenté, le 21 juin 2017, à un public de 50 représentants d'ONG, de mutualités, de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et de l'Ambassade du Bénin. L'étude a reçu un accueil très favorable, également dans le monde académique. Un accord de collaboration a d'ailleurs été conclu avec l'UCL afin que l'université puisse utiliser l'étude lors d'un cours de Statistiques. Cette étude permet aux étudiants de réfléchir sur le rôle des mutualités dans le système de santé, tant en Afrique qu'en Belgique.

Par ailleurs, les mutuelles africaines ont pu travailler sur les recommandations formulées dans notre étude et préparer ainsi leur campagne d'affiliation pour l'année 2018. Dorénavant, la période de couverture des mutualités prendra cours au mois de mai, au moment où la population dispose des revenus de la récolte de coton pour payer la cotisation de l'assurance. Les mutualités espèrent de cette manière attirer davantage de membres.

Séminaire et atelier

Le 27 juin 2017, les partenaires MASMUT ont organisé à Bruxelles un séminaire consacré au rôle des mutualités dans la couverture



santé universelle en Afrique. Non seulement cette initiative permet de garantir l'accès à des soins abordables et de qualité, mais elle offre également aux citoyens l'opportunité de participer de façon démocratique à la construction de la protection sociale. Les résultats du Programme MASMUT, qui contribuent aux objectifs de la Coopération belge au Développement, ont également été présentés.

Fin octobre 2017, les Mutualités Libres ont participé à un Atelier qui se déroulait à Cotonou (Bénin). La présentation d'un nouvel outil informatique pour renforcer la gestion centrale des mutuelles africaines était l'un des points principaux du programme. Disposer d'un tel instrument de gestion efficace est un pas de plus vers la professionnalisation de ces mutualités.

Autre thème à l'ordre du jour de cet atelier : le rôle des médecins-conseils en Afrique. Ils jouent en effet un rôle capital dans le contrôle de la qualité des soins médicaux et des dépenses en termes de soins de santé.





Publications & événements

Les Mutualités Libres sur les réseaux sociaux

LinkedIn®



1.720 followers
de la page corporate mloz
+223 par rapport à 2016

96 posts publiés
+34 par rapport à 2016



1.162 tweets

-228 par rapport à 2016

2.571 followers

+349 par rapport à 2016

7 followers sur 10

ont entre 25-44 ans

12^e

place du compte twitter NL dans le top 100
des influenceurs [secteur de la santé]



Mais encore...

- Les posts les plus populaires sur **Twitter** sont : actualités, infos scientifiques, technologiques, politiques et vie d'entreprise mloz.
- Les posts les plus populaires **sur LinkedIn** mettent en scène les collaborateurs (Dunepanne, participation au Hackathon, Relais pour la vie...).
- Les pages **LinkedIn** des mutualités sont désormais liées à la page MLOZ.

Un nouveau logo pour un nouveau départ

Depuis octobre 2017, les Mutualités Libres arborent un nouveau logo. Avec cette métamorphose, l'organisation a voulu incarner un nouveau départ. Explications.

Onze ans. Cela faisait onze ans que l'emblème des Mutualités Libres n'avait plus subi de retouche esthétique. Dans un monde en mouvement perpétuel, il était temps de faire évoluer le logo des Mutualités Libres avant qu'il ne soit frappé de désuétude. Mais cette transformation a surtout été motivée par le souci d'accompagner deux événements clés de notre histoire : la fusion entre l'Union Nationale des Mutualités Libres et son partenaire informatique (MLOZ IT), ainsi que le déménagement des équipes à Anderlecht. Aujourd'hui, les 700 collaborateurs de l'organisation unifiée partagent leur quotidien professionnel dans un bâtiment flambant neuf et baigné de soleil. Ce nouveau départ méritait bien une nouvelle bannière !

Employés consultés

Prendre la décision de changer radicalement son identité visuelle n'est jamais facile. Le logo et ses couleurs s'impriment en effet durablement dans l'inconscient des clients et des collaborateurs d'une organisation. Les Mutualités Libres ont choisi de consulter leurs employés sur le choix final du nouveau logo, afin de s'assurer leur adhésion. Nos collaborateurs sont en effet nos premiers ambassadeurs et un des enjeux les plus importants consistait à générer une cohésion interne autour du nouveau blason, pour que cette adhésion soit aussi visible à l'extérieur.



Petit oiseau est devenu grand

Depuis sa première version (il y a près de 90 ans), le logo des Mutualités Libres est symbolisé par un oiseau. Qui peut mieux qu'un oiseau incarner l'indépendance et la liberté, deux valeurs cardinales des Mutualités Libres ? Au fil des années et des transformations esthétiques, l'oiseau a été stylisé, épuré, et se réduit aujourd'hui à un mouvement d'ailes déployées. Avec son harmonie de turquoise, de vert et de gris, le logo des Mutualités Libres veut incarner la confiance, la stabilité, le professionnalisme, l'indépendance et la transparence.



Les Mutualités Libres dans la presse

Les positions, enquêtes et études des Mutualités Libres ont été largement répercutées dans la presse en 2017. Voici une petite sélection des actions de communication qui ont attiré le plus d'attention !

Sondage

Plus de 7 Belges sur 10 veulent que les autorités se mêlent de leur santé

Des pouvoirs publics qui s'immiscent dans notre vie ? La plupart des Belges n'y voient pas d'inconvénient s'il s'agit de favoriser la santé publique. Plus de 7 Belges sur 10 voient d'un bon œil que les autorités imposent des dépistages ou des vaccinations ou encore interdisent de fumer en présence d'enfants. Ces résultats proviennent d'une enquête réalisée par les Mutualités Libres sur les préférences des Belges en matière de santé. L'enquête montrait également que 6 Belges sur 10 veulent être impliqués dans la formulation des réponses aux défis en matière de santé.

*Communiqué de presse
envoyé le 5 décembre 2017*

Événement

2^e hackathon belge en soins de santé

Prestataires de soins, patients, développeurs et concepteurs de logiciels ainsi que designers industriels et commerciaux, ... les Mutualités Libres ont convié différents experts au *beHealth Hackathon*, un marathon créatif qui s'est tenu dans leurs locaux du 1^{er} au 3 décembre. Ensemble, ils ont travaillé pendant 3 jours à des applications créatives et services innovants visant à améliorer la continuité des soins pour le patient. Cette collaboration a porté ses fruits : 3 équipes multidisciplinaires figuraient au palmarès. La première start-up créée a reçu un subside de 10.000 euros de la Fondation Roi Baudouin. Les autres projets ont également bénéficié d'un accompagnement financier et d'un support médiatique.

*Communiqué de presse
envoyé le 12 octobre 2017*

Sondage

1 travailleur en burn-out sur 4 est en contact avec des personnes "difficiles"

Les travailleurs en contact avec des "personnes difficiles" (clients, patients, élèves) sont plus susceptibles de faire un burn-out. Ils représentent près d'un quart des travailleurs, et 34 % d'entre eux consultent un psychologue ou un psychiatre. Ce sont les résultats de la première enquête détaillée sur les personnes souffrant (ou ayant souffert) de burn-out réalisée dans notre pays, à la demande des Mutualités Libres. Les conséquences humaines et sociales sont énormes : la moitié des participants à l'enquête ont arrêté de travailler pendant au moins 6 mois. Cette problématique est déjà abordée à l'Union Nationale des Mutualités Libres qui a mis en place une politique de prévention pour ses 700 travailleurs.

Communiqué de presse envoyé le 9 novembre 2017

Nos événements & partenaires en 2017

La série de débats “Les prestataires de soins ont la parole” et notre symposium consacré aux objectifs de santé ont rencontré un vif succès.

Retour sur quelques événements clés !

#beHealth Hackathon

La 2^e édition du Hackathon en soins de santé s’est déroulée du 1^{er} au 3 décembre 2017 dans le nouveau bâtiment de l’Union Nationale des Mutualités Libres. Organisé en collaboration avec lifetech.brussels, Partena Ziekenfonds et Partenamut, cet événement a connu un énorme succès. A la fin de ce marathon, **plus de 60 participants ont proposé leur solution digitale pour une meilleure continuité des soins.**

Le prix de la meilleure solution pour les patients a été octroyé au projet “**Comment améliorer le traitement des cicatrices de brûlure ?**” de la société Andaman. Trois autres projets figuraient aussi au palmarès pour la réponse innovante qu’ils proposaient aux questions suivantes :

“Comment améliorer la santé des personnes âgées en leur donnant un plus grand rôle dans les soins post-hospitaliers ?”, “Comment développer un passeport médical pour les patients âgés, afin d’améliorer leur accueil en cas d’hospitalisation ?” et enfin “Comment aider les patients migraineux à anticiper et soigner leurs migraines ?”.

“Les prestataires de soins ont la parole”

Les Mutualités Libres ont donné la parole aux prestataires de soins au cours d’une série de débats interactifs. Un concept qui séduit. **Le 30 mars 2017, ce sont les pharmaciens qui ont eu voix au chapitre.** Une centaine de personnes ont participé à ce débat instructif sur le rôle des pharmaciens dans le secteur des soins de santé et sur le concept de pharmacien de référence.

La santé mentale des Belges et l’accès aux soins de santé mentale ont fait l’objet du 2^e débat de l’année, consacré aux psychologues et organisé le 13 juin. Le témoignage d’un patient a donné aux 80 participants l’introduction idéale pour un débat passionné et des interactions pertinentes.

Lors de chacune de ces éditions, nous avons pu accueillir un public très varié, composé de représentants du secteur des soins de santé, de l’enseignement, des autorités et des associations de patients.



#beHealth Hackathon



Débat : "La parole aux pharmaciens"

Objectifs de santé pour la Belgique

Le 4 décembre 2017, les Mutualités Libres ont organisé un événement qui a rassemblé plus de 250 participants autour du thème "Quels objectifs de santé pour la Belgique ?".

La Ministre de la Santé publique, Maggie De Block, a ouvert le symposium dans l'élégante salle des pas perdus de Train World à Schaerbeek. Actuellement, la Belgique ne dispose pas d'objectifs nationaux de santé, mais cette ambition est reprise dans sa note de politique pour l'année 2018.



Symposium 'Quels objectifs de santé pour la Belgique ?'

Christian Léonard a ensuite présenté l'étude du Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) en matière d'objectifs de santé. Xavier Brenez, directeur-général des Mutualités Libres, a présenté en primeur les résultats de l'enquête des Mutualités Libres sur les préférences des Belges en matière de santé.

Le débat avec les représentants des autorités fédérales et régionales a fourni beaucoup de pistes de réflexion. Tous étaient unanimes : si les objectifs de santé nationaux ne sont pas le fruit d'une collaboration à tous les niveaux, la politique disparate qui en résultera ne pourra pas être bénéfique à la santé publique. La lutte contre le cancer et l'obésité, les maladies chroniques, les maladies mentales,... Toutes les entités fédérées sont confrontées à ces défis importants.

Le symposium a sans nul doute été inspirant. Les dentistes, entre autres, ont annoncé que le thème des objectifs de santé serait abordé en 2018.



Symposium 'Quels objectifs de santé pour la Belgique ?'



Collaborateurs qui ont participé au Relais pour la vie

Partenariats

2017 marque le renforcement de notre collaboration en termes d'échange d'informations et de communication avec la Fondation contre le Cancer, Louvain Coopération, Médecins du Monde, NVKVV, les formations Nutrimesdes et Olio Educatie.

Nous avons également présenté de nouveaux partenaires grâce à des interviews publiées dans notre magazine Health Forum : lifetech. brussels lors du 2^e Hackathon, pour une collaboration concrète, et Fitness sur ordonnance.

Mais aussi...

- **3 salons de l'emploi :**
 - KULeuven Jobinfodag le 23 février 2017
 - VUB Promeco le 1^{er} mars 2017
 - Bourse à l'emploi Campus de Bruxelles le 9 mars 2017
- **Semaine des Infirmières NVKVV** à Ostende du 30 mars au 1^{er} avril 2017
- Congrès en ligne sur **les rhumatismes** du 28 septembre au 15 octobre 2017
- **Relais Entreprises** à Bruxelles du 30 septembre au 1^{er} octobre 2017
- **Journée d'étude des diététiciens francophones** à Namur le 7 octobre 2017
- **Symposium sur le diabète** à Gand du 13 au 14 novembre 2017
- 4 symposiums d'automne sur **le diabète** pour les médecins généralistes à Liège, La Hulpe, Anvers et Gand

Nos études

en quelques chiffres

18
analyses et
études effectuées



41
participations à des conférences

8
en tant qu'orateur

167
mandats suivis

87
mandats régionaux

73
mandats fédéraux

7
mandats internationaux



32
collaborateurs



8 communiqués
de presse



3
articles scientifiques

Contributions à des études externes et comités d'accompagnement

3
contributions à des rapports et analyses externes (KCE, INAMI,...)

8
participations à des comités d'accompagnement





Rapport financier

Placements

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

Subsidiairement, les fonds peuvent être affectés :

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

Tous ces placements se font exclusivement en euros.

Par dérogation, les fonds du centre administratif peuvent également être affectés à d'autres placements, à l'exception des placements en produits dérivés. Chaque

trimestre, l'Office de Contrôle des Mutualités est informé, par lettre recommandée, des modifications dans le portefeuille. S'il s'avère que ces placements mettent en péril l'équilibre financier du service, cet équilibre doit être rétabli dans le délai et selon un plan arrêté par l'Office de contrôle.

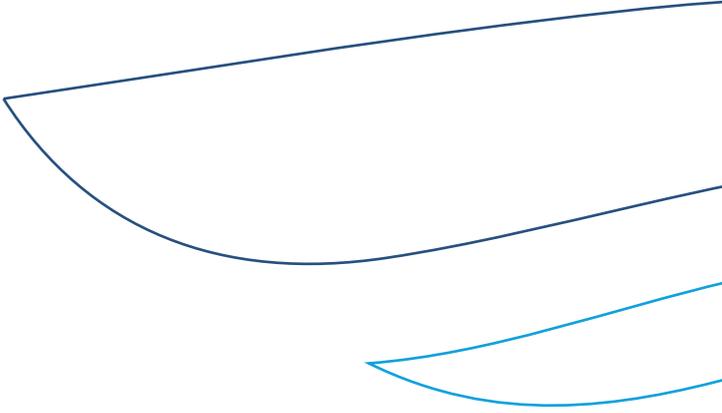
Comité de Placements

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

Composition du portefeuille

Fin 2017, le portefeuille total d'investissement s'élève à 237,7 millions d'euros, soit une hausse de 2,6 % par rapport à 2016.

	31/12/2017		31/12/2016	
Governments Bonds	49,46	20,81 %	61,72	26,64 %
Corporate Bonds	66,66	28,04 %	59,54	25,69 %
Equities	9,15	3,85 %	8,76	3,78 %
Fund	11,10	4,67 %	8,06	3,48 %
Liquidity	101,34	42,63 %	93,64	40,41 %
TOTAL	237,70	100,00 %	231,72	100,00 %



La valeur comptable des portefeuilles obligataires a évolué à la baisse (-4 %), passant de 121,2 millions d'euros à 116,1 millions d'euros fin 2017. Cette baisse est la résultante d'un manque d'attrait pour cette classe d'actifs 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 2017 (-20,0 %) alors que le segment des **"Corporate Bonds"** s'est accru de 12,0 %.

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 d'autres pays de la zone Euro principalement. Quelques émissions **"supranationaux"** font également partie du portefeuille.

Les plus-values latentes sur ce compartiment se chiffrent à 4,0 millions d'euros, soit 8,0 % de la valeur comptable. Quant aux **"Corporate Bond"**, les plus-values latentes s'élèvent à 1,6 millions d'euros, soit 2,5 % de la valeur comptable. Le poste **"Equities"** est en hausse de 4,4 % à 9,2 millions d'euros fin 2017. Les plus-values latentes sur ce poste se chiffrent à 2,15 millions d'euros, soit 23,5 % de la valeur comptable. Quant au poste **"Fund"**, son encours est passé de 8,1 millions à 11,1 millions fin 2017. Les plus-values latentes associées à ce poste s'élèvent à 0,6 million soit 5,6 % de la valeur comptable. Enfin, le poste **"Liquidity"** est composé de papier commercial et de livrets d'épargne, en hausse de 8,0 %, lié au manque d'opportunité d'investissement sur le marché obligataire.

Les chiffres-clés

Total balance

	en euro x 1000	en %
2013	201.145	3,0%
2014	247.665	23,1%
2015	269.084	8,6%
2016	284.084	5,6%
2017	296.822	4,5%

Réserves techniques

	en euro x 1000	en %
2013	9.299	-14,1%
2014	7.317	-21,3%
2015	5.972	-18,4%
2016	4.351	-27,1%
2017	3.603	-17,2%

Cotisations

	en euro x 1000	en %
2013	6.310	-0,2%
2014	6.258	-0,8%
2015	7.698	23,0%
2016	7.881	2,4%
2017	7.967	1,1%

Capitaux propres

	en euro x 1000	en %
2013	116.326	7,4%
2014	115.724	-0,5%
2015	128.940	11,4%
2016	127.569	-1,1%
2017	126.092	-1,2%

Placements

	en euro x 1000	en %
2013	165.273	-2,0%
2014	212.550	28,6%
2015	222.467	4,7%
2016	231.724	4,2%
2017	237.705	2,6%

Résultat Services AC

	en euro x 1000	en %
2013	-396	-95,3%
2014	204	-151,5%
2015	920	351,0%
2016	1.475	60,3%
2017	1.118	-24,2%

Bilan de l'assurance complémentaire

et des frais d'administration

	2017	2016
Actif		
Actifs immobilisés	13.415.174,13	10.994.611,58
I. Frais d'établissement		
II. Immobilisations incorporelles	0,00	140.531,15
III. Immobilisations corporelles	12.183.129,45	9.215.485,75
IV. Immobilisations financières	12.394,68	12.394,68
V. Créances à plus d'un an	1.219.650,00	1.626.200,00
Actifs circulants	283.407.033,20	273.089.107,83
VI. Stocks		
VII. Créances à un an au plus	13.628.399,29	25.270.168,12
VIII. Placements de trésorerie	237.704.531,99	231.723.720,36
IX. Valeurs disponibles	30.026.101,63	13.763.194,96
X. Comptes de régularisation	2.048.000,29	2.332.024,39
Total de l'actif	296.822.207,33	284.083.719,41

	2017	2016
Passif		
Capitaux propres	126.092.172,75	127.569.331,83
I. Fonds de roulement	126.092.172,75	127.569.331,83
II. Déficit cumulé		
Provisions	3.603.010,38	4.350.634,68
III. Provisions techniques relatives à l'épargne prénuptiale	2.877.854,11	4.193.742,09
IV. Provisions pour risques et charges	725.156,27	156.892,59
Dettes	167.127.024,20	152.163.752,90
V. Dettes à plus d'un an	56.606.824,15	31.478.673,70
VI. Dettes à un an au plus	110.489.028,05	120.206.964,96
VII. Comptes de régularisation	31.172,00	478.114,24
Total du passif	296.822.207,33	284.083.719,41

Soins urgents à l'étranger

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

	2017	2016
Résultat technique		
Cotisations	(+)	7.967.290,50
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	-6.263.895,35
Provisions techniques	(-)(+)	
Autres produits techniques	(+)	
Autres charges techniques	(-)	-18.080,28
Résultat technique	1.676.347,91	2.068.930,92
Résultat de fonctionnement		
Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-393.288,76
Résultat de fonctionnement	-393.288,76	-463.826,87
Résultat financier		
Produits financiers	(+)	638,98
Charges financières	(-)	-378,30
Résultat financier	260,68	4.665,36
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel	0,00	0,00
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	1.283.319,83	1.609.769,41
Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé		
Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice		3.822.152,18
Boni (+), Mali (-) de l'exercice		1.283.319,83
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)	1.609.769,41
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	5.105.472,01	3.822.152,18

Solidarité internationale

Code classification : 38 – Art. 48 quater des statuts

Résultat technique	2017	2016
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	(+) 40.500,00	30.000,00
Charges d'exploitation	(-) -40.500,00	-30.000,00
Résultat de fonctionnement	0,00	0,00
Résultat financier		
Produits financiers	(+)	
Charges financières	(-)	
Résultat financier		
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel		
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	0,00
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	0,00	0,00
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-) (+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	0,00	0,00

Service promotion santé

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

Résultat technique	2017	2016
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	37.638,00
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-) (+)	
Autres produits techniques	(+)	49.083,20
Autres charges techniques	(-)	-62.452,94
Résultat technique	24.268,26	51.402,03
Résultat de fonctionnement		
Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-23.584,25
Résultat de fonctionnement	-23.584,25	-51.012,51
Résultat financier		
Produits financiers	(+)	23,89
Charges financières	(-)	-14,13
Résultat financier	9,76	283,38
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel	0,00	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	311.801,59	311.128,69
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	693,77	672,90
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-) (+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	312.495,36	311.801,59

Service défense des membres

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

	2017	2016
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-) (+)	
Autres produits techniques	64.111,51	69.415,20
Autres charges techniques	-1.987,43	-1.255,16
Résultat technique	62.124,08	68.160,04

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-64.111,21
Résultat de fonctionnement	-64.111,21	-69.215,20

Résultat financier

Produits financiers	(+)	5,13
Charges financières	(-)	-3,32
Résultat financier	1,81	62,07

Résultat exceptionnel

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

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-1.985,32	-993,09
---	------------------	----------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	67.138,05	68.131,14
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-1.985,32	-993,09
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-) (+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	65.152,73	67.138,05

Service informations membres

Code classification : 37 – Art. 45 des statuts

	2017	2016
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	
Provisions techniques	(-) (+)	
Autres produits techniques	1.517.302,31	1.615.358,31
Autres charges techniques	-1.200.006,80	-1.227.103,19
Résultat technique	317.295,51	388.255,12

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-317.294,07
Résultat de fonctionnement	-317.294,07	-388.255,12

Résultat financier

Produits financiers	(+)	24,39
Charges financières	(-)	-15,82
Résultat financier	8,57	271,67

Résultat exceptionnel

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

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	10,01	271,67
---	--------------	---------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	318.486,69	318.215,02
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	10,01	271,67
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-) (+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	318.496,70	318.486,69

Service épargne préruptiale

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

Résultat technique	2017	2016
Cotisations	(+)	
Subventions de l'Etat	(+)	
Prestations	(-)	-1.886.688,55
Provisions techniques	(-)(+)	1.348.903,46
Autres produits techniques	(+)	18.326,29
Autres charges techniques	(-)	
Résultat technique	-471.844,52	-519.458,80

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	
Charges d'exploitation	(-)	-71.632,19
Résultat de fonctionnement	-66.895,32	-71.632,19

Résultat financier

Produits financiers	(+)	390.770,61
Charges financières	(-)	-20.077,75
Résultat financier	370.692,86	454.602,30

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	4.261,22
Charges exceptionnelles	(-)	-298,41
Résultat exceptionnel	3.962,81	1.474,21

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-164.084,17	-135.014,48
---	--------------------	--------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	1.240.088,11	1.375.102,59
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-164.084,17	-135.014,48
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	1.076.003,94	1.240.088,11

Compte de résultats AC

[services membres]

Résultat technique	2017	2016
Cotisations	(+)	7.967.290,50
Subventions de l'Etat	(+)	37.638,00
Prestations	(-)	-8.061.929,50
Provisions techniques	(-)(+)	1.315.887,98
Autres produits techniques	(+)	1.640.798,67
Autres charges techniques	(-)	-1.291.494,41
Résultat technique	1.608.191,24	2.057.289,31

Résultat de fonctionnement

Produits d'exploitation	(+)	40.500,00
Charges d'exploitation	(-)	-905.673,61
Résultat de fonctionnement	-865.173,61	-1.043.941,89

Résultat financier

Produits financiers	(+)	391.463,00
Charges financières	(-)	-20.489,32
Résultat financier	370.973,68	459.884,78

Résultat exceptionnel

Produits exceptionnels	(+)	4.261,22
Charges exceptionnelles	(-)	-298,41
Résultat exceptionnel	3.962,81	1.474,21

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	1.117.954,12	1.474.706,41
---	---------------------	---------------------

Évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	5.759.666,62	4.284.960,21
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	1.117.954,12	1.474.706,41
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci	(-)(+)	
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	6.877.620,74	5.759.666,62

Fonds de réserve

Code classification : 90 – Art. 49 bis des statuts

	2017	2016
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	(+)	807.086,98
Charges financières	(-)	-198.606,16
Résultat financier	610.176,12	929.974,39
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	
Charges exceptionnelles	(-)	
Résultat exceptionnel	0,00	0,00

Résultat de l'exercice

Boni (+), Mali (-) de l'exercice	610.176,12	929.974,39
---	-------------------	-------------------

évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	53.846.083,29	52.916.108,90
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	610.176,12	929.974,39
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	54.456.259,41	53.846.083,29

Service administratif

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

	2017	2016
Résultat technique		
Cotisations	(+)	
Services et biens divers	(+)	-569.615,25
Remunérations, charges sociales et pensions	(-)	-356.191,22
Amortissements et réductions de valeur	(-) (+)	-579.260,29
Provisions pour risques et charges	(+)	-568.263,68
Autres produits d'exploitation	(-)	957.121,24
Autres charges d'exploitation	(-) (+)	-1.598.682,30
Frais de fonctionnement communs avec l'AO	(+)	3.959.078,23
Résultat technique	-2.714.891,50	2.257.659,28
Résultat financier		
Produits financiers	(+)	566.059,66
Charges financières	(-)	-59.532,80
Résultat financier	506.526,86	805.935,32
Résultat exceptionnel		
Produits exceptionnels	(+)	2.811.830,06
Charges exceptionnelles	(-)	-2.068.040,91
Résultat exceptionnel	-2.068.040,91	-3.543.501,73
Résultat de l'exercice	Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-4.276.405,55

évolution du fonds de roulement ou du déficit cumulé

Fonds de roulement (+) ou déficit cumulé (-) en début d'exercice	67.963.581,92	71.739.218,42
Boni (+), Mali (-) de l'exercice	-4.276.405,55	-479.907,13
Transfert du fonds de roulement des services ou vers ceux-ci		
Transfert du boni des FA de l'AO	(-) (+)	1.172.650,12
Prise en charge du mali des FA de l'AO		
Fonds de roulement (+) ou déficit (-) cumulé en fin d'exercice	64.758.292,60	67.963.581,92

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 2017 son dispositif de contrôle interne et de gestion des risques afin d'améliorer la maîtrise de ses activités en menant plusieurs projets majeurs.

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

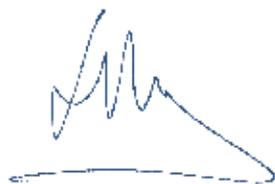
Le système de contrôle interne fait toutefois l'objet d'une évaluation permanente exercée par le management dans le cours normal de ses activités, d'évaluations spécifiques effectuées par les deuxièmes (gestion des risques, contrôle de gestion, sécurité...) et troisième lignes de défense (audit interne)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

En outre, la direction effective a réalisé une analyse annuelle de son système de contrôle interne et est d'avis qu'au 31 décembre 2017 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 2018,

Pour le Comité de Direction,

Xavier Brenez, Directeur Général.





Contact

Union Nationale des Mutualités Libres

Route de Lennik 788A

1070 Bruxelles

Tél. : 02 778 92 11

www.mloz.be

info@mloz.be

Numéro d'entreprise : 0411.766.483



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



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
Tél. : 04 344 86 11

www.omnimut.be
correspondance@omnimut.be
Numéro d'entreprise : 0411.731.049



Partenamut Mutualité Libre

Boulevard Louis Mettewie 74-76
1080 Bruxelles
Tél. : 02 44 44 111

www.partenamut.be
info@partenamut.be
Numéro d'entreprise : 0422.189.629



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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
Tél. : 080 640 515

www.freie.be
info@freie.be
Numéro d'entreprise : 0420.209.938

