

Les Mutualités Neutres Rapport annuel 2022



Avant-propos 3

01. Notre organisation 4

- › Valeurs 5
- › Les mutualités Neutres 6
- › Partenaires 7

02. Rapport financier 11

1. ASSURANCE OBLIGATOIRE: 12

- › Dépenses indemnités 12
- › Dépenses soins de santé 14
 - FÉDÉRAL 15
 - RÉGIONAL 16
- › Clôture 2018 16
- › Compétences propres à la région wallonne, gérées par les mutualités 18
- › Fonds spécial de réserve 19
- › Frais d'administration 20
- › Audit interne 21

2. SERVICES COMPLÉMENTAIRES 23

- › Taux d'encaissement de la cotisation par mutualité 24
- › Résultat et fonds de roulement des services complémentaires 24
- › Bilan des services complémentaires 25
- › Placements 27
- › Assurance hospitalisation 27

3. VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING (PROTECTION SOCIALE FLAMANDE) 28

03. Actualité 35

- › E-santé 36
- › Accessibilité aux personnes défavorisées 39
- › MAF 40
- › Retour au travail lors d'une incapacité de travail 44
- › Soins urgents à l'étranger (S.U.E.) 45
- › MUJA 46

04. Effectifs 47

- › Effectifs au 31/12/2022 et évolution depuis 2021 48
- › Evolution depuis 10 ans 49

05. Organigramme au 31/12/2022 50

- › Assemblée générale 51
- › Conseil d'administration 53
- › Comité de direction 55
- › Comité de gestion 56
- › Comité de rémunération 56
- › Comité d'audit 56
- › Comité de gestion des risques 56
- › Contrôle externe 56
- › Conseil d'Entreprise 57
- › Comité pour la Prévention et la Protection au Travail 57
- › Service Interne pour la Prévention et la Protection au Travail 57
- › Personnel 58



AVANT-PROPOS

Pendant six ans, vous avez trouvé ici ‘l’avant-propos’ de mon prédécesseur, Emile Docquier. Je le remercie sincèrement pour son ardeur dévouée en faveur du mouvement neutre.

C’est avec plaisir qu’en tant que nouveau président de l’union nationale, je prends la relève pour ce rapport annuel.

Je voudrais entamer ma première ‘préface’ par un projet. En effet, au cours des six prochaines années, je tracerai la gestion de l’Union Nationale des Mutualités Neutres, en collaboration avec son équipe motivée de directeurs et d’administrateurs.

Les nombreux défis auxquels nous sommes confrontés, font en sorte que le secteur mutualiste évolue rapidement. Avec notre équipe, nous irons à leur rencontre avec des objectifs stratégiques performants:

- améliorer et consolider la position de l’Union Nationale des Mutualités Neutres au sein du secteur fort compétitif des assurances maladie;
- réaliser une croissance continue et par étapes de l’effectif des mutualités neutres;
- être et rester une organisation saine sur le plan financier, également à long terme;
- être très orienté client en fonction des mutualités neutres;
- chercher et garder des collaborateurs qualifiés enthousiastes;
- miser sur une responsabilisation continuée autour de la cybersécurité et la protection du grand nombre de données à caractère personnel confidentielles que nous gérons et traitons.

Bien entendu, un avant-propos d’un rapport annuel s’accompagne d’une vue rétrospective sur l’année de travail 2022 de notre organisation.

Depuis le 1er janvier 2022, l’Union Nationale Neutre compte encore quatre mutualités. L’environnement mutualiste de notre organisme assureur compte également 10 partenaires, à savoir MN Vacances, la SMA HospiPlus, la Neutrale Zorgkas Vlaanderen, la SMA Neutra, la SMR Neutre Bruxelles, la SMR Neutre Wallonne, ComfoPlus, Vivamut, Krunsj et Horizons Jeunesse. De plus, l’Union nationale fait appel à 3 partenaires externes: Mutual IT, Hearis et Apross.

Dans le rapport financier, vous trouverez toute une série de chiffres intéressants quant aux dépenses dans les divers sous-secteurs de l’assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, nous consacrons une attention particulière au Fonds spécial de réserve, qui comprend la responsabilisation financière des organismes assureurs, et aux frais d’administration, sur lesquels les unions nationales sont responsabilisées. Dans ce chapitre, vous trouverez également les contrôles effectués par le service d’audit interne au cours de l’année 2022. Mais nous y abordons également les services complémentaires des Soins urgents à l’étranger, MN Vacances et le service Epargne prénuptiale. Enfin, nous commentons dans le rapport financier quelques chiffres au sujet de la Vlaamse sociale bescherming (la protection sociale flamande).

Le troisième chapitre traite d’une série de thèmes actuels, entre autres l’e-santé, qui forme le maillon entre les informations médicales, la santé publique et le monde des entreprises.

Le quatrième chapitre parle de la croissance permanente de l’effectif des mutualités neutres.

Enfin, dans le chapitre Organigramme, vous trouverez les divers organes du mouvement neutre, ainsi que les noms des responsables.

J’espère que ce rapport vous sera utile et qu’il vous procurera un bon relevé annuel de ce que signifient l’Union Nationale des Mutualités Neutres et ses entités mutualistes sur le plan social.

W. VAN BEECK - Président

01

Notre organisation

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

[☰ SOMMAIRE](#)



01. Notre organisation

VALEURS

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

Caractère solidaire :

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

A but non lucratif :

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

Organisation démocratique :

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

Indépendance :

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

Professionalisme :

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

Qualité de service et approche client :

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

01. Notre organisation

LES MUTUALITÉS NEUTRES

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

SIÈGE SOCIAL



UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS NEUTRES

Numéro d'entreprise :
0411.709.768

chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

Tél. 02 538 83 00
Fax 02 538 50 18

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



203 VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS

Hoogstratenplein 1
2800 Mechelen

Tél. 015 28 90 90
Fax 015 20 96 66

info@vnz.be
www.vnz.be



216 LA MUTUALITÉ NEUTRE

rue des Dames Blanches 24
5000 Namur

Tél. 081 25 07 60

info@lamn.be
www.lamn.be



228 MUTUALIA - MUTUALITÉ NEUTRE

Siège social

boulevard Brand Whitlock
87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02 733 97 40

Siège administratif

Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

info@mutualia.be
www.mutualia.be



235 NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN

Statieplein 12
9300 Aalst

Tél. 053 76 99 99
Fax 053 77 09 02

info@nzvl.be
www.nzvl.be

01. Notre organisation

LES PARTENAIRES

MUTUALITÉS NEUTRES VACANCES

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

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

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

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

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



chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles
Tél. 02 669 20 66
www.mnvacances.be
info@mnvacances.be
Numéro gratuit: 0800 95 180





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

Cette société mutualiste assurantielle offre aux membres des mutualités Neutres flamandes différents produits d'assurance en matière d'hospitalisation du type couvrant les frais, indemnités journalières, assurance d'attente, frais médicaux et assurance dentaire.

📍 Statieplein 12
9300 Aalst

☎ Tél. 053 76 99 79
info@hospiplus.be
www.hospiplus.be



NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN (280/03)

Cette société mutualiste offre les avantages de Vlaamse sociale bescherming de la Communauté Flamande aux membres résidant en région flamande (obligatoire) ou bruxelloise (facultatif).

📍 **Siège social**
Statieplein 12
9300 Aalst

☎ Tél. 03 491 86 60
info@neutralezorgkas.be

Siège administratif
Antwerpsestraat 145
2500 Lier



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

Cette société mutualiste assurantielle offre des produits d'assurance hospitalisation et dentaire facultatifs aux membres des mutualités Neutres wallonnes et bruxelloise.

📍 Rue de Joie 5
4000 Liège

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



SMR NEUTRE BRUXELLES

SMR NEUTRE BRUXELLES (280/04)

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

📍 chaussée
de Charleroi 145
1060 Bruxelles

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



SMR NEUTRE WALLONNE

SMR NEUTRE WALLONNE (280/05)

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

📍 chaussée
de Charleroi 145
1060 Bruxelles

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



COMFOPLUS

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

Avec une équipe de 16 collaborateurs, environ 41.274 transactions ont été traitées en 2022.

Elle a effectué 12.363 livraisons à domicile et plus de 12.363 livraisons dans ses magasins à Alost et Lierre.

Sa neuvième année de travail a été couronnée par un chiffre d'affaires net de € 2.271.345. 42% de cette somme résulte de la vente, 30% ont été réalisés par la fourniture de dispositifs de mobilité et 28% par le service de prêt. Quasi 95% du chiffre d'affaires a été réalisé parmi les membres de Vlaams & Neutraal Ziekenfonds et Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen. Le reste du chiffre d'affaires (5%) a été obtenu chez les non-membres, presque exclusivement par la mobilité (prestataire) ainsi que par l'achat de notre matériel d'incontinence.

📍 Lodderstraat 20B
2880 Bomem

☎ Tél. 03 292 21 60
www.comfoplus.be



KRUNSJ

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

📍 Kareelstraat 132
9300 Aalst

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



HORIZONS JEUNESSE

L'a.s.b.l. Horizons Jeunesse est l'organisation de jeunesse de La Mutualité Neutre.

📍 rue des Dames
Blanches 24
5000 Namur

☎ Tél. 081 250 767
Fax 081 220 801

secretariat@Horizons-Jeunesse.be



VIVAMUT

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



MLOZ IT

Cette a.s.b.l. fournit aux mutualités Neutres les outils informatiques nécessaires à leur gestion. Cette organisation s'appelle dorénavant Mutual IT.



HEARIS

La société coopérative HEARIS était jusqu'au 30 juin 2022 la centrale d'achat de matériel informatique des mutualités Neutres.



APROSS

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

02

Rapport Financier

← CHAPITRE PRÉCÉDENT CHAPITRE SUIVANT →

≡ SOMMAIRE



02. Rapport financier

ASSURANCE OBLIGATOIRE

Les dépenses d'A.M.I. de notre union nationale s'élèvent en 2022 à € 2.163.080.104,29 contre € 1.984.967.102,71 en 2021, soit une augmentation de 8,97%.

Celles-ci comprennent tant les soins de santé que les indemnités primaires d'incapacité de travail et d'invalidité du régime des salariés et du régime des indépendants.

DÉPENSES INDEMNITÉS

Nos dépenses en indemnités ont augmenté de 13,70%, soit 13,34% pour le régime général et 18,83% pour le régime des indépendants. Sur un total de dépenses de € 638.302.106,82, € 594.079.763,13 (93,07%) concernent le régime général et € 44.222.343,69 (6,93%) les travailleurs indépendants.

	RÉGIME GÉNÉRAL	% DES DÉPENSES TOTALES DU RÉGIME	TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS	% DES DÉPENSES TOTALES DU RÉGIME
Incapacité primaire	134.710.354,85	22,68	10.444.376,56	23,66
Maternité	39.750.140,28	6,69	3.515.906,93	7,95
Invalidité	418.186.708,40	70,39	30.221.773,55	68,31

l'INAMI rembourse également des dépenses de réadaptation fonctionnelle, dont les dépenses ne se sont élevées en 2022 qu'à € 1.490.127,08 pour notre union nationale.

À droite, vous trouverez l'évolution des dépenses d'indemnités de tous les organismes assureurs ainsi que leur 'part de marché' :

	2020	%	2021	%	2022*	%
OA 100	3.548.106	35,24%	3.741.820	34,94%	0	
OA 200	521.655	5,18%	561.345	5,24%	638.319	
OA 300	3.656.626	36,31%	3.923.476	36,64%	0	
OA 400	521.822	5,18%	509.644	4,76%	0	
OA 500	1.755.970	17,44%	1.898.806	17,73%	0	
OA 600	65.391	0,65%	73.948	0,69%	0	
TOTAL	10.069.570	100,00%	10.709.039	100,00%	638.319	

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



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

DÉPENSES SOINS DE SANTÉ

Nos dépenses en matière de soins de santé s'élèvent à € 1.524.950.464,11 en 2022 contre € 1.423.616.110,64 en 2021, soit une augmentation de 7,12%. Ces montants comprennent toutes les dépenses effectuées par le mouvement neutre pour des soins en Belgique ou à l'étranger. La partie sur laquelle s'applique notre responsabilisation est la partie fédérale (sans les régions et communautés ni les conventions internationales) et s'élève à € 1.450.361.873,95, soit 4,73% des dépenses de tous les organismes assureurs pour l'année 2022.

Ci-après vous trouverez l'évolution des dépenses soins de santé de tous les organismes assureurs concernant les dépenses fédérales et les dépenses qui ont été transférées vers les régions et communautés avant 2019, mais sans les conventions internationales. (en milliers d'euros) :

	2020	%	2021	%	2020/2021	2022	%	2022/2021
OA 100	11.263.883	42,18%	12.337.080	41,92%	9,53%	12.952.665	41,69%	4,99%
OA 200	1.230.851	4,61%	1.372.654	4,66%	11,52%	1.468.485	4,73%	6,98%
OA 300	7.952.887	29,78%	8.783.120	29,84%	10,44%	9.294.985	29,92%	5,83%
OA 400	1.498.057	5,61%	1.608.142	5,46%	7,35%	1.693.042	5,45%	5,28%
OA 500	4.255.697	15,94%	4.782.669	16,25%	12,38%	5.069.426	16,32%	6,00%
OA 600	191.372	0,72%	217.882	0,74%	13,85%	240.238	0,77%	10,26%
OA 900	306.840	1,15%	327.291	1,11%	6,67%	346.196	1,11%	5,78%
TOTAL	26.701.607	100,00%	29.430.860	100,00%	10,22%	31.065.037	100,00%	5,56%

Les dépenses globales en soins de santé dépassent l'objectif budgétaire global hors dépenses propres de l'INAMI, qui était de € 31.005.909

DÉPENSES FÉDÉRALES :

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

A partir de 2015, certaines dépenses sont transférées vers les différentes communautés et régions. La plus grande part provient des maisons de repos et de soins ainsi que des maisons de repos pour personnes âgées (environ 70% de l'ensemble des dépenses transférées vers les régions et communautés).

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	2022/2021 UNION 200 %	2022/2021 ENSEMBLE DES UNIONS	200/ENSEMBLE
Honoraires médicaux	443.031,56	8.936.559,40	6,61%	4,63%	4,96%
Dentistes	72.286,20	1.814.382,59	1,42%	1,06%	3,98%
Prestations pharmaceutiques	318.413,78	679.612,51	9,01%	8,17%	4,69%
Soins infirmiers à domicile	58.204,43	1.146.216,40	9,71%	8,50%	5,08%
Kinésithérapie	47.545,57	924.975,47	9,60%	4,52%	5,14%
Bandagistes-orthopédistes	11.892,49	256.753,13	12,96%	9,12%	4,63%
Implants	39.014,49	787.521,35	5,39%	2,31%	4,95%
Soins par opticiens	1.952,33	35.176,32	14,06%	1,25%	5,55%
Soins par audiciens	3.938,93	86.399,05	8,46%	12,00%	4,56%
Accoucheuses	1.871,96	39.696,21	4,87%	5,23%	4,72%
Prix de journée d'entretien	310.752,20	6.904.509,51	10,30%	10,35%	4,50%
Prix de journée d'entretien hôp. général	13.950,07	293.879,80	7,62%	6,56%	4,75%

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	2022/2021 UNION 200 %	2022/2021 ENSEMBLE DES UNIONS	200/ENSEMBLE
Hôpital militaire	274,69	7.571,82	-31,18%	-27,43%	3,63%
Dialyse	19.520,03	483.441,11	1,34%	1,88%	4,04%
Rééducation**	24.578,90	492.302,92	7,34%	7,38%	4,99%
Fonds spécial	168,48	6.605,44	-24,29%	38,44%	2,55%
Logopédie	7.389,01	138.953,53	4,12%	1,05%	5,32%
Régularisations**	128,05	-548,92	-110,83%	-135,33%	-23,33%
Maximum à facturer**	13.764,09	279.357,09	14,28%	1,81%	4,93%
Maladies chroniques	5.586,87	125.096,08	8,24%	0,37%	4,47%
Soins palliatifs	1.033,22	22.892,90	7,63%	1,63%	4,51%
Reste	73.187,30	1.487.682,83	24,51%	25,86%	4,92%
Total	1.468.484,65	31.065.036,54	8,75%	7,35%	4,73%

** 6e réforme de l'Etat partiellement transférée

CLOTÛRE 2018

L'INAMI a clôturé les comptes de l'exercice 2018. Au cours de celui-ci, les dépenses globales relatives à l'A.M.I. ont été inférieures à l'objectif budgétaire global, résultant en un boni de € 5.312.825,21 pour notre union nationale.

**DÉPENSES DES RÉGIONS ET COMMUNAUTÉS INTRODUITES
EN 2022 (EN MILLIERS D'EUROS) POUR DES PRESTATIONS
DATANT D'AVANT 2021:**

	UNION 200	ENSEMBLE DES UNIONS	200/ ENSEMBLE
Région wallonne	7.876,58	119.210,79	6,61%
Communauté flamande	6.886,71	216.322,90	3,18%
Communauté germanophone	171,06	2.805,51	6,10%
Commission communautaire commune	1.730,64	46.399,68	3,73%
Commission communautaire française	15,52	322,50	4,81%
Commission communautaire flamande	0,00	0,00	0,00%
Communauté française	1.442,27	23.697,94	6,09%
	18.122,79	408.759,32	4,43%

Depuis le 1er janvier 2019, les dépenses des régions et communautés sont traitées directement par les entités fédérées. Pour l'année 2022, cela représente (en milliers d'euros) :

	UNION 200
Région wallonne	82.967.536,38
Région flamande (sans la Zorgkas)	994.995,15
Région bruxelloise	12.213.573,55
Fédération Wallonie Bruxelles	1.048.792,46
	97.224.897,54

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

COMPÉTENCES PROPRES À LA RÉGION WALLONNE, GÉRÉES PAR LES MUTUALITÉS :

APA (Aide aux Personnes Agées)

L'APA est une allocation d'aide destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie et disposant d'un faible revenu.

En Wallonie, ce complément de revenus concerne environ 35.000 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile ou en maisons de repos.

Depuis janvier 2021, cette compétence, découlant de la 6e Réforme de l'état, a été transférée à l'AVIQ, qui en a confié la gestion aux SMR wallonnes tout en assurant le contrôle.

L'instruction des dossiers des affiliés wallons des Mutualités Neutres, autant du point de vue administratif que médical, est depuis lors effectuée par nos équipes afin de garantir aux demandeurs un traitement correct et efficace de leur dossier et ce, dans les meilleurs délais.

Ce sont, en moyenne, 2.356 personnes qui bénéficient de cette allocation. La moyenne mensuelle de celle-ci est d'environ € 286.80 par allocataire affilié à notre Union.

Enfin, il est à noter que 1.113 premières ou nouvelles demandes d'allocation APA ont été introduites via l'application web auprès de notre SMR au cours de l'année 2022.

Agents de prévention wallons

Depuis le début de l'année 2022, et faisant suite à la gestion de l'épidémie à Covid-19, l'AVIQ a décidé de réorienter les agents Wallons, destinés au tracing, vers un nouveau projet appelé « les Agents de prévention Wallons ». Leur fonction permet, selon les différentes phases de crise sanitaire tout au long de l'année 2022, un renfort à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ ou la réalisation d'actions de prévention auprès de publics à risques au sein des mutualités.

Cette mission a été confiée à une série d'agents de prévention, répartis dans les différentes mutualités et sur l'entièreté du territoire de la région wallonne. Ainsi, une agente de prévention a rejoint les rangs de La Mutualité Neutre à temps plein alors qu'une autre a rejoint Mutualia à mi-temps.

FONDS SPÉCIAL DE RÉSERVE

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

Notre fonds spécial de réserve atteint en assurance obligatoire au 31 décembre 2018 après clôture de l'INAMI, le montant de € 52.012.274,87.

Le minimum légal (de € 4,46 par titulaire) est de € 1.657.848,90. La différence est due au fait que l'OCM avait pris une mesure temporaire d'augmentation de la réserve minimale par titulaire. Cette réserve devait s'élever à € 14 par titulaire à partir du 31 décembre 2004. Depuis lors cette mesure a été levée, mais le surfinancement lié à cette mesure temporaire ne peut être remboursé à la réserve constituée en assurance complémentaire. D'autre part, nous cumulons les bonis des années antérieures. Nous continuerons donc à apurer, si besoin est, les exercices suivants au moyen du surplus de réserve de l'assurance obligatoire.

Résultat cumulé après la clôture 2018

	BONI/MALI 2018	FONDS SPÉCIAL DE RÉSERVE APRÈS CLÔTURE 2018	TITULAIRES AU 31/12/2018	MONTANT PAR TITULAIRE
ANCM	6.570.347,62	303.523 717,81	3.234.019	93,85
UNMN	5.312.825,21	52.012 274,87	371.715	139,93
UNMS	5.599.700,54	175.532.409,34	2.115.663	82,97
UNML	-931.227,39	29.864.510,94	397.429	75,14
MLOZ	4.605.543,46	78.793 600,80	1.421.432	55,43
CAAMI	2.704.361,09	23.116.844,14	73.172	315,92
SNCB	3.207.490,03	18.820.547,04	72.094	261,06
TOTAL	27.069.040,56	681.663.905,25	7.685.524	88,69

FRAIS D'ADMINISTRATION

Nos dépenses de frais d'administration, qui étaient de l'ordre de € 73,88 millions en 2021, se sont élevées à € 81,04 millions en 2022, soit une augmentation de 9,88% par rapport à l'année précédente. Tant l'assurance complémentaire que les entités liées sont intervenues dans les frais de 2022 à concurrence de € 11,84 millions.

	2021	2022	ECART%	IMPORTANCE%
Services et biens divers	23.554.204,05	26.544.778,12	12,70%	32,75%
Charges salariales	47.720.414,94	51.218.152,58	7,33%	63,20%
Amortissements et réductions de valeur	1.592.392,07	1.547.140,24	-2,84%	1,91%
Autres charges d'exploitation	873.368,97	1.626.189,27	86,20%	2,01%
Charges financières	25.683,26	24.296,22	-5,40%	0,03%
Charges exceptionnelles	117.588,39	87.081,52	-25,94%	0,11%
TOTAL CHARGES	73.883.651,68	81.047.637,95	9,70%	100,00%

Les unions nationales sont responsabilisées sur leurs frais d'administration également. 80% du montant à leur allouer leur sont versés d'office. On parle ici de la partie fixe. Les 20% restants, la partie variable, sont sujets à sanction de la part de l'Office de contrôle des mutualités (OCM). Pour ce faire, l'OCM nous évalue sur une série de critères de bonne gestion. Il évalue ainsi par exemple notre rapidité de paiement des prestataires, le nombre d'erreurs non détectées dans la facturation de ceux-ci, la qualité du travail des médecins-conseils, la qualité des données que nous transmettons à l'INAMI, la qualité de notre contrôle interne, les efforts effectués par les mutualités auprès de leurs membres en matière d'information et de prévoyance santé... Depuis 2016, ces critères ont été réarticulés autour de différents thèmes, repris dans 7 processus et 40 domaines, chacun de ceux-ci étant évalués suivant un ou plusieurs indicateurs.

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

ANNÉE	UNION 200	MOYENNE NATIONALE
2019	94,54%	97,28%
2020	94,88%	95,89%
2021	96,80%	96,34%

02. Rapport Financier / Assurance obligatoire

AUDIT INTERNE

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

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

La mission principale du service d'audit interne est la vérification de l'existence des mesures de contrôle et l'évaluation du bon fonctionnement, de l'efficacité et de l'efficience du contrôle interne.

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

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

EN 2022, LES AUDITS SUIVANTS ONT ENTRE AUTRES ÉTÉ EFFECTUÉS:

Soins de Santé

- Audit relatif à la gestion des comptes bancaires des tiers payants et des paiements sur ces comptes.
- Audit sur la correspondance entre les statuts et les paiements aux membres (Mutualité 228).

Indemnités

- Audit des procédures dans le cadre des jours de congé pour les travailleurs à temps partiel avec des allocations de chômage.

Juridique

- Audit des dossiers contentieux avec décès.

Récupération paiements subrogatoires

- Fournir les récupérations (montants et cas) et les intérêts des récupérations (montants) des paiements subrogatoires 2017 - 2021.
- Récupération des dossiers accidents avec avocat.

Divers

- Audit dans le cadre du RGPD (Règlement général pour la protection de données) (GDPR).
- Auto-évaluation qualité des données comptables, financières et statistiques communiquées.
- Vérification du suivi des recommandations des rapports d'audit 2021
- Audit du traitement des « interfaces » comptables..



Le tout est soumis à un Comité d'audit, nommé par le Conseil d'administration en son sein, qui s'est réuni 4 fois en 2022.

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

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

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

Les aspects vérifiés comprennent, par exemple :

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

02. Rapport Financier

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

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

Pour le service des soins urgents à l'étranger, nos dépenses s'élèvent à € 1.139.713,47 en 2022 contre € 608.116,14 en 2021 soit une augmentation de 46,64%.

Le service MN Vacances soutient notre a.s.b.l. MN Vacances dans ses activités à concurrence de € 850.000 par an. Le résultat du centre administratif a surtout été influencé par la clôture de l'assurance obligatoire de 2018. Cet exercice a été clôturé par un mali de € 143.803,36.

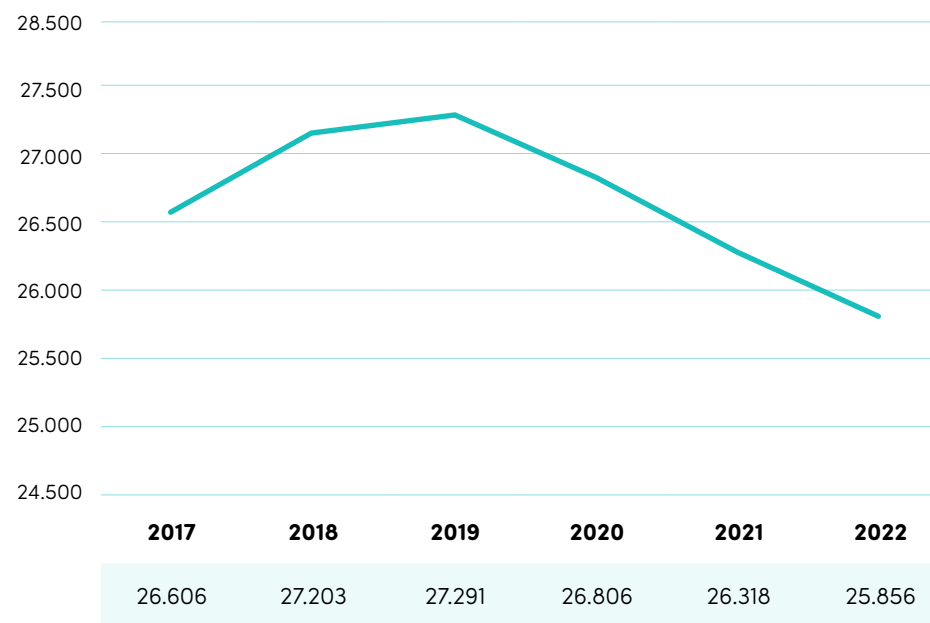
La clôture provisoire des frais d'administration 2022 résulte en un boni par rapport à notre budget mais pas nécessairement par rapport à la quote part à recevoir de l'Inami.

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

Quant au service d'épargne prénuptiale, nous notons toujours, malgré une légère baisse, un beau succès parmi les jeunes.. En 2022, 25.856 personnes ont payé leur cotisation pour le service, par rapport à 26.318 en 2021. Certaines unions n'acceptent plus de nouveaux membres. De plus, les bénéficiaires doivent être affiliés à l'assurance obligatoire, et doivent donc également cotiser aux services complémentaires. Au total, 110 jeunes ont muté en notre faveur et 56 nous ont quitté pour un autre OA. 283 remboursements ont eu lieu pour cause de mariage, 396 pour cohabitation, 1.058 pour le 30ème anniversaire et 364 pour d'autres raisons. Les mutations in/out sont reprises ci-après.

EPARGNE PRENUPTIALE	MUTATIONS IN PAR OA	MUTATIONS OUT PAR OA
OA 100	20	5
OA 300	86	43
OA 400	3	5
OA 500	1	3

Tableau – Nombre d'épargnants



TAUX D'ENCAISSEMENT DE LA COTISATION PAR MUTUALITÉ

	COTISATIONS PERÇUES	%
203	582.202,17	96,31%
216	829.329,91	97,92%
228	585.895,73	96,68%
235	590.121,36	97,07%
	2.587.549,17	

RÉSULTAT ET FONDS DE ROULEMENT DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES

SERVICE	2022	FONDS DE ROULEMENT FIN 2022
S.U.E	68.670,40	2.375.067,25
MN Vacances	5.452,18	951.415,50
Epargne prénuptiale	-40.990,58	12.656.933,63
Fonds spécial de réserve	44.784,02	7.543.073,20
Centre administratif	-677.495,24	23.198.413,13
	-599.579,22	46.724.902,71



ACTIF		2022	2023
ACTIFS IMMOBILISÉS		3.239.026,93	3.370.989,30
I.	Frais d'établissement	0,00	0,00
II.	Immobilisations incorporelles	0,00	0,00
III.	Immobilisations corporelles	349.422,79	346.104,45
IV.	Immobilisations financières	6.003,00	18.397,68
V.	Créances à plus d'un an	2.883.601,14	3.006.487,17
ACTIFS CIRCULANTS		101.215.280,80	101.956.493,57
VI.	Stocks	0,00	0,00
VII.	Créances à un an au plus	13.365.911,09	12.968.579,37
VIII.	Placements de trésorerie	81.404.424,66	83.582.808,74
IX.	Valeurs disponibles	5.460.690,50	4.294.578,36
X.	Comptes de régularisation	984.254,55	1.110.527,10
TOTAL DE L'ACTIF		104.454.307,73	105.327.482,87

PASSIF		2022	2023
CAPITAUX PROPRES		46 724 902,71	48 349 259,78
I.	Réserves	46 724 902,71	48 349 259,78
II.	Déficit cumulé	0,00	0,00
PROVISIONS		18 689 894,34	20 208 631,12
III.	Provisions technique Epargne prénuptiale	18 689 894,34	20 133 631,12
IV.	Provisions technique Autres services	0,00	0,00
VI.	Provisions pour risques et charges	0,00	75 000,00
DETTES		39 039 510,68	36 769 591,97
VII	Dettes à plus d'un an	36 785 997,13	34 810 186,69
VIII.	Dettes à un an au plus	2 059 945,43	1 889 845,59
IX.	Comptes de régularisation	193 568,12	69 559,69
TOTAL DU PASSIF		104 454 307,73	105 327 482,87

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

PLACEMENTS

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

Le Comité de direction a décidé de placer les réserves de frais d'administration des mutualités et de l'union nationale principalement en comptes à terme, en obligations d'Etat belges et en bons de caisse. Ces portefeuilles sont également confiés à des gestionnaires d'actifs. Afin de diminuer le risque des débiteurs, les placements sont répartis sur plusieurs banques.

ASSURANCES HOSPITALISATION

L'assurance hospitalisation est organisée au sein de sociétés mutualistes assurantielles : la VMOB HospiPlus en Flandre et la société mutualiste assurantielle (s.m.a.) Neutra en Wallonie et à Bruxelles.

La VMOB HospiPlus compte 85.661 assurés, tous produits confondus, soit 7,44% plus qu'en 2021. HospiPlus voit son nombre d'assurés fortement augmenté grâce au lancement de l'assurance Tandplus qui, au 31/12/2022, comptait 8.866 assurés.

L'assurance continuité HospiContinu compte 4.666 affiliés. En 2022, HospiPlus a enregistré 41.809 demandes d'interventions pour € 9.902.571 que ses primes nettes s'élevaient à € 17.704.432. Elle termine l'année 2022 avec un boni de €2.553.400 pour l'assurance hospitalisation. Les réserves au 31 décembre 2022 s'élèvent à € 18.502.321.

La s.m.a. Neutra comptait 131.003 membres au 31/12/2022 (soit 2,86% de plus qu'en 2021). Les interventions pour les hospitalisations s'élevaient à € 18.888.459,21 pour 16.121 dossiers traités et € 2.538.465,80 de prestations pour Dentalis. L'encaissement des primes des produits d'assurance Neutra s'est élevé à € 36.532.100,91 et la S.M.A. Neutra termine l'année avec un boni de € 8.135.274,71 et une réserve s'élevant à € 46.214.012,44.



La VMOB HospiPlus applique également le régime du tiers payant pour les frais de suppléments. Grâce à cette carte HospiPlus, les assurés n'ont pas d'acomptes à payer et la facture d'hospitalisation est réglée directement avec l'hôpital. En 2022, 22.590 factures ont été enregistrées au total via la carte HospiPlus. Nous comptons 2.703 séjours en chambre individuelle, 2.916 séjours en chambre à deux lits et 11.166 en chambre commun. Le prix moyen en chambre individuelle était de € 1.403, € 283 en chambre à deux lits et un séjour en chambre commune coûtait € 95.

VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING

(PROTECTION SOCIALE FLAMANDE)

En plus de la sécurité sociale fédérale, qui se charge du remboursement des frais médicaux, les personnes qui nécessitent beaucoup de soins en Flandre peuvent faire appel à la Vlaamse sociale bescherming (VSB) (la protection sociale flamande). En effet, les personnes qui ont besoin de soins sont souvent confrontées, non seulement à des frais médicaux, mais également à d'autres frais.

UN SYSTÈME DE SOLIDARITÉ

La 'Vlaamse sociale bescherming' est un système solidaire obligatoire pour chaque habitant de Flandre de plus de 25 ans. Pour les habitants de Bruxelles, l'affiliation est facultative. Nos membres paient chaque année une prime de soins à la Neutrale Zorgkas Vlaanderen. La Neutrale Zorgkas Vlaanderen gère la 'Vlaamse sociale bescherming' pour les Mutualités Neutres.

La Neutrale Zorgkas Vlaanderen exerce cette protection sociale flamande pour les membres des Mutualités Neutres. Cela implique qu'elle reprend le rôle de guichet unique, perçoit la prime de soins, examine les demandes, paie les budgets de soins, les dispositifs auxiliaires de mobilité et les frais dans les établissements de soins.

Régime préférentiel au 01/01/2021 : € 27/an

Autres : € 54/an

Un budget de soins est une intervention mensuelle pour les personnes qui nécessitent beaucoup de soins. Il s'agit, par exemple, de personnes présentant de graves problèmes de santé ou souffrant d'un handicap.

Le montant dépend du type de budget de soins, de l'ampleur des soins et du revenu:

- **Un budget de soins pour personnes nécessitant beaucoup de soins** de 135 euros/mois, pour les personnes lourdement dépendantes qui résident dans une maison de repos ou les personnes ayant besoin de beaucoup de soutien (éventuellement professionnel) à domicile. Antérieurement, cette assurance s'appelait "zorgverzekering" (assurance dépendance).

- **Un budget pour personnes handicapées** de 300 euros/mois. Il s'agit tant d'enfants que d'adultes avec un handicap mental ou physique qui remplissent certaines conditions. Ce budget de soins est automatiquement attribué lorsqu'on y a droit. Antérieurement, ce budget s'appelait le "basisondersteuningsbudget" (BOB) (budget de soutien de base).
- **Un budget de soins pour personnes âgées** ayant besoin de soins d'un maximum de 683 euros/mois. Ce montant dépend du revenu et de l'ampleur des soins que nécessite la personne. Antérieurement, cette intervention s'appelait la "tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden" (THAB) (l'intervention d'aide aux personnes âgées).

Depuis le 1er janvier 2019, les interventions pour les dispositifs d'aide à la mobilité et les frais y afférents pour les adaptations, l'entretien et les réparations tombent sous la compétence de la Vlaamse sociale bescherming (VSB). Il s'agit de dispositifs d'aide à la mobilité en vue de la mobilité de base (qui soutiennent ou remplacent la marche), comme les chaises roulantes manuelles ou électroniques, les scooters électroniques, les chaises à pousser, les tricycles assis et les tri- ou quattrocycles.

La VSB paie directement une grande partie des frais aux établissements de soins. De ce fait, les personnes dépendantes ne doivent pas tout payer elles-mêmes en cas de séjour dans un établissement de soins pour personnes âgées, un hôpital de rééducation ou en concertation de soins multidisciplinaire. Les conventions de rééducation maison de soins psychiatriques et les initiatives d'habitation protégée suivront en 2023.



TABLEAU 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MEMBRES PAR CAISSE DE SOINS 31.12.2002-31.12.2022

ZORGKAS	2002	2006	2010	2014	2020	2021	2022	% CROISSANCE 2020-2021
180	2.220.538	2.253.364	2.282.018	2.291.097	2.337.458	2.334.833	2.336.385	0,06%
280	100.446	108.339	119.247	132.471	158.710	160.561	162.405	1,15%
380	829.688	874.622	897.430	896.342	928.058	930.862	933.385	0,27%
480	275.684	279.713	277.342	274.346	267.843	266.733	265.838	-0,33%
580	383.360	434.551	463.739	496.029	571.426	585.865	596.530	1,82%
680	64.859	371.130	385.268	444.819	560.519	582.577	601.992	3,33%
880	69.103	75.505	79.359	78.319	-	582.577	-	-
	69.103	75.505	79.359	78.319	-	-	-	-
TOTAL	3.988.946	4.397.224	4.504.403	4.613.423	4.753.536	4.772.958	4.861.481	1,85%

TABLEAU 2 : AFFILIATIONS ET DEMISSIONS 2022 – NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN MUTUALITE

	203		235		AUTRES		TOTAL	
	AFFILIATIONS	DÉMISSIONS	AFFILIATIONS	DÉMISSIONS	AFFILIATIONS	DÉMISSIONS	AFFILIATIONS	DÉMISSIONS
personnes de 26 ans/décès	1.341	859	1.251	977	94	68	2.686	1.904
-26 et besoin de soins/ -26 et plus besoin de soins	14	1	11	0	1	0	26	1
venus vivre en Flandre/ départ de Flandre	84	92	38	70	75	42	178	204
venus vivre à Bruxelles/ démission Bruxelles	0	2	2	1	7	2	9	5
mutation	1.632	778	1.653	846	32	71	3.317	1.695
Europe	0	3	1	4	0	0	1	7
TOTAL	3.071	1.735	2.956	1.898	209	183	6.217	3.816

TABLEAU 3 : EVOLUTION DES PRISES EN CHARGES COURANTES

Budget de soins personnes necessitant beaucoup de soins

	SOINS AIDANT PROCHE – À DOMICILE	% PAR RAPPORT AU TOTAL	SOINS EN RÉSIDENCE	% PAR RAPPORT AU TOTAL	TOTAL
2016	5.004	72,35%	1.912	27,65%	6.916
2017	5.149	72,84%	1.919	27,16%	7.068
2019	5.661	72,53%	2.144	27,45%	7.805
2020	5.720	73,51%	2.061	26,49%	7.781
2021	5.779	73,51%	2.101	26,49%	7.880
2022	5.995	72,61%	2.261	27,39%	8.256

TABLEAU 4 : BUDGET DE SOINS PERSONNES HANDICAPEES – VENTILE PAR MUTUALITE

	203	206	216	228	235	TOTAL
2017	183	15	0	219	219	418
2019	214	13	1	246	246	474
2020	243	15	2	267	267	526
2021	228	-	2	239	239	486
2022	112	-	2	108	108	225

TABLEAU 5: BUDGET DE SOINS PERSONNES AGEES AYANT BESOIN DE SOINS

	TOTAL
2017	2.592
2019	2.785
2020	2.664
2021	2.546
2022	2.500

TABLEAU 6: DISPOSITIFS D'AIDE A LA MOBILITE

	TOTAL #DEMANDES	TOTAL POSITIF	TOTAL FACTURÉ
2020	2.157	1.768	1.717
2021	2.632	2.121	1.905
2022	2.820	2.259	2.130

TABLEAU 7: MAISONS DE REPOS ET CENTRES POUR COURT SEJOUR

		NOMBRE	%
Flandre	Anvers	625	27,47%
	Limbourg	130	5,71%
	Flandre orientale	397	17,45%
	Brabant flamand	503	22,11%
	Flandre occidentale	587	25,80%
	Total	2.242	98,55%
Bruxelles	Bruxelles	31	1,36%
	Total	31	1,36%
Wallonie	Wallonie	2	0,09%
	Total	2	0,09%
Total		2.275	100%

TABLEAU 8: CENTRES DE SOINS DU JOUR

		NOMBRE	%
Flandre	Anvers	33	17,65%
	Limbourg	7	4,12%
	Flandre orientale	32	18,82%
	Brabant flamand	30	17,65%
	Flandre occidentale	65	38,24%
	Total	164	96,47%
Bruxelles	Bruxelles	6	3,53%
	Total	6	3,53%
Total		170	100%

03

Actualité

← CHAPITRE PRÉCÉDENT

CHAPITRE SUIVANT →

≡ SOMMAIRE





03. Actualité

E-SANTÉ

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

Au sein de notre pays le terme e-santé sert de fil conducteur et de cadre de développement à différents projets informatiques de santé capables de communiquer entre eux. Le projet e-santé englobe de nombreux partenaires tant fédéraux (INAMI, CIN, SPF santé publique, plate-forme e-health,.....) que régionaux (AZG, AVIQ, RSB,.....).

LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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

¹ Gunther Eysenbach dans « Journal of Medical Internet Research »

PLATEFORME E-HEALTH

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

LE DMG VERS LE DMI. ET LE DPI ?

Le DMG contient toutes les données médicales d'un patient (opérations, maladies chroniques,.....) A terme le DMG se muera en « dossier médical informatisé » (DMI). DMI ou source authentique de données de base à partager avec d'autres prestataires (par exemple, les données de vaccination et de médication accessibles aux services d'urgence des hôpitaux).

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

LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE PARTAGÉ (DPP)

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

INTEROPÉRABILITÉ

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

MYCARENET

Est une plateforme centrale de services (créée et gérée par le monde mutualiste) par laquelle les établissements de soins et les prestataires de soins individuels peuvent échanger électroniquement des informations avec les mutualités. MyCarenet est un acteur incontournable dans le cadre de l'e-santé.

Dématérialisation des attestations de soins (de l'attestation papier vers l'attestation digitale)

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

- Le service facturation permet aux prestataires autorisés de facturer en tiers-payant de manière électronique. L'utilisation du service facturation MyCarenet dispense les prestataires d'envoyer des factures papier, ils sont en suppression facture papier (SFP)
- **eAttest**
Dans le cadre du paiement au comptant; le service eAttest permet d'envoyer directement à l'organisme assureur les ASD de manière complètement électronique.
- **e-DMG**
Ce service permet au médecin généraliste de notifier ses DMG. Les avantages principaux sont de permettre de changer de détenteur DMG en cours d'année mais aussi un paiement accéléré des prolongations.

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

Consultation de l'assurabilité

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

Member data - Données du membre

Ce service qui progressivement remplace le service de consultation de l'assurabilité permet la consultation beaucoup plus vaste des données du membre par le prestataire. Il permet entre-autres de consulter les DMG, le statut d'invalidé, le MâF, etc. Il est sécurisé (quant aux périodes interrogées variables suivant les secteurs) et disponible en « facettes », c'est-à-dire que les données visibles peuvent être modulées pour chaque secteur.

Pas moins de 25 types de prestataires ont accès à MDA à l'heure d'écrire ces lignes.

Consultation des tarifs

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

Gestion de l'hospitalisation

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

Demande et consultation des accords Chapitre IV

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

Demande de forfaits, soins palliatifs

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

E-agreement

Permet de digitaliser l'ensemble du processus de notification de traitement et de demande d'accord.

Ce service, destiné dans un premier temps aux kinésithérapeutes, pourra s'étendre à l'avenir à d'autres prestataires de soins (logopèdes par exemple).

BELRAI (BELGIUM RESIDENT ASSESMENT INSTRUMENT)

BelRAI aide les prestataires et les organisations de soins dans l'évaluation et le suivi de l'état de santé des personnes vulnérables ou des personnes se trouvant dans des situations de soins complexes.

Les prestataires évaluent la situation de soins sur base de questionnaires détaillés.

Des algorithmes calculent les risques pour la santé et les besoins de soins et constituent la base de l'organisation de soins.

Toutes les données enregistrées sont consignées dans une base de données centrale sécurisée Belrai, accessible pour certains prestataires.

POINTS D'ACCÈS AUX DONNÉES ÉLECTRONIQUES

E-santé est avant tout voulu comme un projet national et inter-communicant tant au niveau fédéral que régional, il existe dorénavant différents points d'accès électroniques pour le citoyen et les prestataires.

La pandémie de COVID-19 a donné une impulsion importante à la santé en ligne et à son adoption par la population. La plupart des plateformes permettent d'autoriser ou non l'utilisation des données médicales personnelles par les prestataires de soins (« consentement éclairé »)

Quelques exemples :

Personal Health Viewer ou « ma santé.belgique.be »

Ce portail fédéral en ligne permet au citoyen de consulter ses données médicales (historique médical, dossier médical établi par son médecin généraliste, vaccins, images médicales,...)

My Health viewer : plateforme inter mutualiste accessible aux citoyen et aux prestataires.

Points d'accès régionaux : Zorg-en-gezondheid.be, reseausantewallon.be, Vitalink,...

Certaines plateformes permettent (ou permettront) un accès direct au guichet en ligne des mutualités.

Autres projets

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

D'autres peuvent encore être cités :

la simplification administrative d'une manière générale (passant notamment par une vision paperless);

les incitants financiers mis en place via les primes télématiques, l'utilisation généralisée de la e-healthbox, le partage de donnée facilité entre certains secteurs (hubs, metahubs), etc.

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

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

03. Actualité

ACCESSIBILITÉ AUX PERSONNES DÉFAVORISÉES

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

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

Par conséquent, un premier 'flux proactif' a été réalisé entre 2015 et 2018. Sur base d'un indicateur financier du SPF Finances, l'OA a lancé un contrôle des revenus pour les ménages susceptibles de rentrer dans les conditions pour bénéficier de l'intervention majorée.

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

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

La multitude de données statistiques que les unions doivent fournir depuis 2014 permet au gouvernement de suivre méticuleusement l'impact financier de la réforme de l'intervention majorée.

Vu les résultats positifs du flux proactif, celui-ci est organisé sur une base annuelle depuis 2020, dans l'intérêt des personnes défavorisées.

Ci-après vous avez un aperçu du nombre de bénéficiaires à l'intervention majorée au 31/12/2022 et leur répartition par mutualité.

203	216	228	235	TOTAL
16.091	42.174	32.725	18.659	109.649
14,67%	38,46%	29,84%	17,01%	100%

ou en fonction de l'effectif de la mutualité :

12,05%	20,98%	21,59%	14,19%	17,76%
--------	--------	--------	--------	--------

03. Actualité

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

Le MàF attribue au ménage, c'est à dire aux personnes résidant à la même adresse au 01/01 de l'année, un certain plafond de tickets modérateurs. Une fois ce plafond dépassé, la plupart des tickets modérateurs sont intégralement remboursés aux personnes faisant partie de ce ménage.

Comment est déterminé le plafond?

Les plafonds attribués aux ménages sont déterminés suivant différents critères:

- les revenus : un plafond maximal est appliqué au ménage en fonction de ses revenus nets imposables ;
- la catégorie sociale: sauf exceptions le MàF social est appliqué à toute personne bénéficiaire de l'intervention majorée au sein du ménage RN¹;
- le caractère chronique des TM²: une diminution supplémentaire de € 112,62 par ménage est attribuée si les tickets modérateurs d'au moins une personne du ménage ont dépassé € 487,08 en 2021 et € 506,79 en 2022 ou si un des membres du ménage bénéficie du statut « affection chronique » ;
- l'âge : les jeunes de moins de 19 ans disposent d'un plafond individuel de € 732,03, mais s'ils perçoivent des allocations familiales majorées, leur plafond individuel diminue à € 506,79.

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

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

MàF à 100%

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

¹ RN = registre national

² TM = ticket modérateur



Année MâF 2020 (Revenus 2018)

CATÉGORIE MÂF	MONTANT TOTAL DES REMB.	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MOYEN REMB./ BÉNÉFICIAIRE	NOMBRE DE MÉNAGES REMBOURSÉS	MONTANT MOYEN REMB. / MÉNAGE
SOCIAL	2.176.153,39	10.850	200,56	6.858	317,31
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE € 0,00 À € 19.277,55)	1.598.868,53	5.584	286,33	3.788	422,08
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE € 19.277,56 À € 29.635,62)	3.225.390,63	10.197	316,3	6.138	525,47
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE € 29.635,63 À € 39.993,73)	1.849.590,14	6.351	291,22	3.338	554,10
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE € 39.993,74 À € 49.920,24)	623.909,75	2.219	281,16	1.141	546,80
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE € 49.920,25)	751.122,58	3.030	247,89	1.375	546,27
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	1.866,49	1	1.866,49	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	149.749,05	465	322,04	n/a	n/a
TOTAL	10.376.650,56	38.697	476,50	22.638	485,34

Année MâF 2021 (Revenus 2019)

CATÉGORIE MÂF	MONTANT TOTAL DES REMB.	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MOYEN REMB./ BÉNÉFICIAIRE	NOMBRE DE MÉNAGES REMBOURSÉS	MONTANT MOYEN REMB. / MÉNAGE
SOCIAL	2.608.891,47	12.947	201,50	7.757	336,32
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE € 0,00 À € 19.420,20)	1.812.914,57	6.174	293,63	4.020	450,97
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE € 19.420,21 À € 29.854,92)	3.865.190,01	11.675	331,06	6.951	556,06
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE € 29.854,93 À € 40.289,68)	2.463.925,26	7.978	308,83	4.164	591,72
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE € 40.289,69 À € 50.289,65)	840.720,18	2.869	293,03	1.430	587,91
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE € 50.289,66)	1.017.737,12	4.170	244,06	1.852	549,53
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	0,00	0	0,00	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	204.007,04	563	362,35	n/a	n/a
TOTAL	12.813.385,65	46.376	254,31	26.174	512,09

Année MâF 2022 (Revenus 2020)

CATÉGORIE MÂF	MONTANT TOTAL DES REMB.	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MOYEN REMB./ BÉNÉFICIAIRE	NOMBRE DE MÉNAGES REMBOURSÉS	MONTANT MOYEN REMB. / MÉNAGE
CAT. G (TRANCHE DE REVENUS DE € 0,00 À € 11.120,00)	1.451.313,76	6.768	214,43	4.199	345,63
SOCIAL	132.851,37	2.152	61,73	1.649	80,56
CAT. B (TRANCHE DE REVENUS DE € 11.120,01 À € 19.894,05)	122.343,94	1.707	71,67	1.373	89,10
CAT. C (TRANCHE DE REVENUS DE € 19.894,06 À € 30.583,38)	2.510.953,55	6.651	377,53	4.056	619,07
CAT. D (TRANCHE DE REVENUS DE € 30.583,39 À € 41.272,75)	1.344.389,15	3.770	356,60	2.007	669,85
CAT. E (TRANCHE DE REVENUS DE € 41.272,76 À € 51.516,72)	403.143,79	1.097	367,49	563	716,06
CAT. F (TRANCHE DE REVENUS À PARTIR DE € 51.516,73)	383.748,27	1.295	296,33	586	654,86
ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES	0,00	0	0,00	n/a	n/a
ENFANTS MOINS DE 19 ANS	125.743,89	323	389,29	n/a	n/a
TOTAL	6.474.487,72	23.763	237,23	14.433	453,59

03. Actualité

RETOUR AU TRAVAIL LORS D'UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

En décembre 2021, la loi instaurant le «trajet retour au travail» sous la coordination du «Coordinateur Retour au Travail» dans l'assurance indemnités a été publiée et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 pour des travailleurs salariés et au 1^{er} janvier 2023 pour les indépendants.

La remise au travail des malades de longue durée s'inscrit dans le cadre de l'ambition affichée de la Vivaldi d'atteindre un taux d'emploi de 80% à l'horizon 2030.

L'objectif de cette loi est la mise en place d'un mécanisme pour accompagner des malades de longue durée.

Le trajet retour au travail est un trajet volontaire au cours duquel le Coordinateur Retour au Travail (CRaT) de la mutualité soutient l'assuré social reconnu en incapacité de travail, en vue de mettre en place l'accompagnement approprié, afin de l'aider à réinvestir le marché du travail, par le biais d'un travail adapté, d'un autre travail ou d'une formation. Toutes les actions que ce Coordinateur entreprend se font toujours en étroite collaboration avec le médecin-conseil et son équipe interdisciplinaire.

A côté de ce grand projet, d'autres mesures sont mises en place afin d'atteindre l'objectif Vivaldi tels que l'octroi d'une prime à l'embauche de 1000€ à partir du 1er avril 2023 à l'employeur qui dans le cadre d'une activité exercée avec l'autorisation du médecin-conseil, recrute un titulaire qui se trouve en période d'invalidité (cette mesure s'appliquera pendant au moins deux ans); l'augmentation du montant supplémentaire des frais d'administration octroyé aux organismes assureurs dans le cadre de la préparation et la mise en œuvre des «trajets retour au travail» afin qu'ils puissent à partir du 1er juillet 2023, employer 20 «coordinateurs retour au travail» supplémentaires,

SOINS URGENTS À L'ÉTRANGER (S.U.E.)

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

En 2022, Mutas a réceptionné 1318 appels :

- 959 dossiers ont pu faire l'objet d'un suivi sur place et ont pu bénéficier d'une intervention de € 857.348,19. Nous notons donc une augmentation de 75,14% par rapport à l'année 2021.
- Le top 3 des pays concernés sont l'Espagne, la France et l'Italie.
- 82 retours vers la Belgique ont été organisés par le service Mutas. 52,44% des rapatriements ont été organisés par avion, dont 2,44% par vol sanitaire.



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

En 2022, le service S.U.E. est intervenu dans le cadre de 9279 dossiers introduits a posteriori, pour un montant de € 282.365,28. Le nombre de dossiers est en augmentation de 56,16% par rapport à 2021. Cette augmentation est due à la fin de la crise liée au Corona virus. Les dépenses ont quant à elles augmentées de 138,11%.

Le total des dépenses de ce service s'élevait en 2022 à € 1.139.713,47 soit une augmentation de 87,42% par rapport à 2021.



RÉPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIER PAR MUTUALITÉ NEUTRE

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)	50%
La Mutualité Neutre (216)	15%
Mutualia (228)	10%
Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235)	25%

03. Actualité

MUJA

Le service Muja, notre service d'aide juridique aux membres, conseille et assiste les affiliés des Mutualités Neutres dans le cadre de plaintes relatives aux soins de santé, à l'assurance maladie ou encore aux droits du patient.

En cas de litige avec un prestataire, un établissement hospitalier ou encore un assureur, le service Muja intervient pour trouver une solution ou, le cas échéant, explique aux affiliés le bien-fondé de la position du tiers.

Parmi les dossiers ouverts en 2022 :

- 45% concernent des litiges financiers (contestation de facturations, suppléments d'honoraires et autres frais),
- 40% traitent de présomption d'erreur médicale,
- 10% concernent l'application de la réglementation de l'assurance maladie,
- 5% consistent en des demandes d'interventions et d'avis divers.

Nous avons constaté une légère augmentation des litiges financiers avec les prestataires de soins, hôpitaux et laboratoires. Cette tendance s'explique par la facturation de frais, suppléments induit portés en compte aux patients dans le cadre d'hospitalisations et de la réalisation des tests liés à la pandémie de la Covid 19.

Pour l'année écoulée, notre service a clôturé positivement 20% des dossiers. Des avis ou des renseignements ont été communiqués dans 35% des cas. 20% des dossiers n'ont pu obtenir d'issue favorable suite à des désistements de la demande des affiliés ou en raison de l'absence de faute médicale. Dans cette hypothèse, une position motivée est communiquée au membre.

Enfin, 25% des dossiers ouverts en 2022 sont actuellement toujours en cours de traitement par le service.

04

Effectifs

← CHAPITRE PRÉCÉDENT

CHAPITRE SUIVANT →

≡ SOMMAIRE

Tandis que la progression moyenne de la population assurée est de 0,65%, notre effectif a augmenté de 2,59% :

EFFECTIFS	12/31/22		12/31/21		EVOLUTION TITUL. BELGES		%	
	BELGES	*CI	TOTAL	BELGES	*CI	TOTAL		
Titulaires	407.893	12.422	420.315	394.582	11.740	406.322	13.311	3,37%
Personnes à charge	177.492		177.492	176.047		176.047	1.445	0,82%
TOTAL	** 585.385	12.422	** 597.807	570.629	11.740	582.369	14.756	2,59%

Evolution de toutes les unions nationales :

	*** 12/31/22	*** 12/31/21	2022%	2021%	% EVOLUTION
ANMC	4.585.444	4.600.893	39,90%	40,30%	-0,34%
UNMN	*** 588.437	*** 573.696	5,12%	5,02%	2,57%
UNMS	3.282.955	3.252.667	28,57%	28,49%	0,93%
UNML	540.994	539.577	4,71%	4,73%	0,26%
MLOZ	2.259.946	2.232.397	19,66%	19,55%	1,23%
CAAMI	136.056	118.857	1,18%	1,04%	14,47%
SNCB	98.542	99.548	0,86%	0,87%	-1,01%
TOTAL GENERAL	11.492.374	11.417.635	100,00%	100,00%	0,65%

* CI = Conventions Internationales

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

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

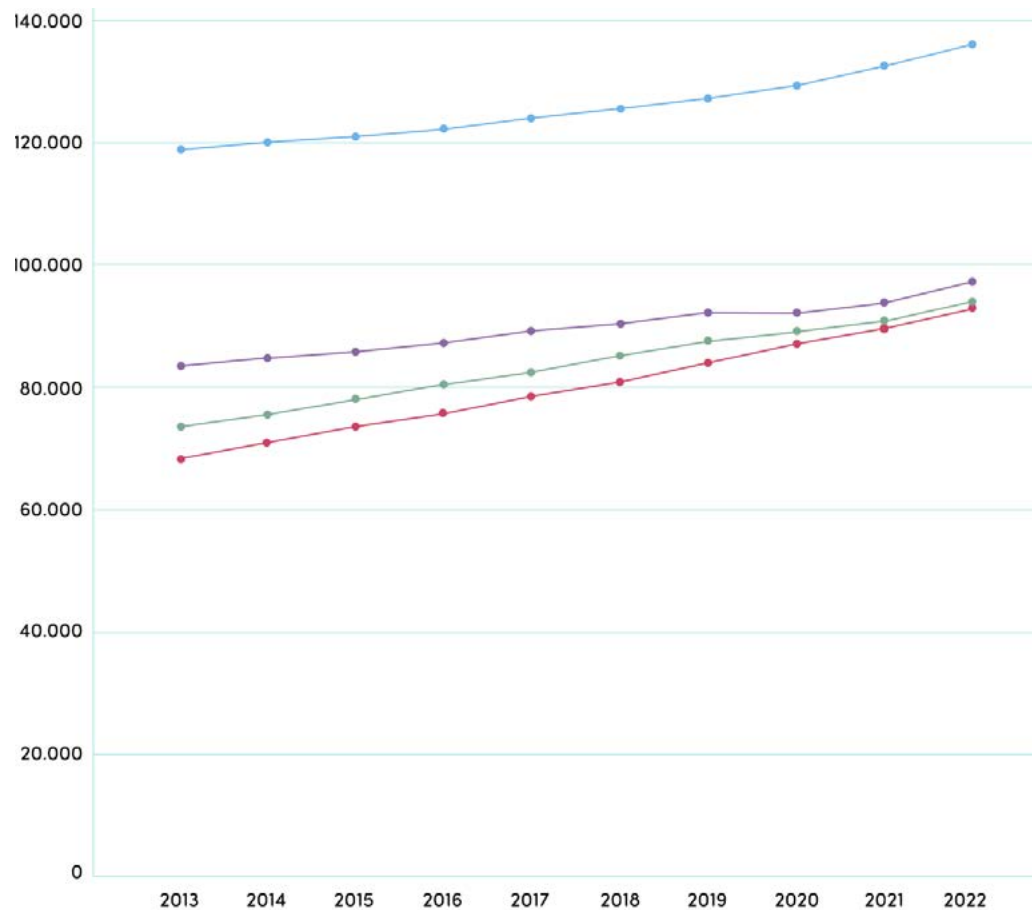
EVOLUTION DEPUIS 10 ANS

216

228

235

203



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
203	67 997	70 826	73 389	75 673	78 314	80 838	83 934	86 995	89 438	92 956
216	118 906	119 854	120 881	122 199	123 832	125 415	127 118	129 174	132 489	136 410
228	83 323	84 695	85 696	87 190	89 225	90 209	92 013	92 104	93 619	97 131
235	73 246	75 452	78 120	80 402	82 349	85 061	87 540	89 158	90 776	93 818
Total	343 472	350 827	358 086	365 464	373 720	381 523	390 605	397 431	406 322	420 315

05

Organigramme au 31/12/2022

← CHAPITRE PRÉCÉDENT

≡ SOMMAIRE



PRÉSIDENT

Wim VAN BEECK

VICE-PRÉSIDENT

Edouard DENOËL

SECRÉTAIRE

Marc DE MOOR

TRÉSORIER

Catherine DAUBY

VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS (203)

Jeroen BOSMAN
Frieda CLAES
Sven DE WACHTER
Stefaan DEBULPAEP
Rik DHOEST
Serge GODTS
Etienne KEYMOLEN
Lut LUYTEN
Herman SCHAERLAEKENS
André SUYKENS
Wim VAN BEECK
Dirk VAN DE SIJPE
Kris VAN ESBROECK
Dirk VAN HUMBEECK
Paul VAN KERCKHOVEN
Gerda VAN LANGENDONCK
Ingrid VAN LOOY
Marc VAN NULAND
Marc VANDEWALLE
Dirk VERGAUWEN

Raadgevers

Jürgen CONSTANDT
Steven VAN DESSEL

LA MUTUALITÉ NEUTRE (216)

Jean ARNOULD
Cécile BODSON
Martine BONNET
Annette BUTTIENS
Francis CAMBERLIN
Florentin CHIF
Roger CHIF
Claude CURVERS
Alain DACHY
Amoury DE BAILLIE
Aimée DECLERCQ
Désirée DECLERCQ
Mauricette DELANNOY
Marc DELVIESMAISON
Edouard DENOËL
Alain DEVOS
Pascal DEVOS
Jacqueline FOCANT
Joseph GANASSIN
Marc GERMIAT
Romain GERMIAT
Pol GILLES
Jean-Claude GILLON
Julien LEMAITRE
Georges MAES
Michel MARIQUE
Christiane MULLENDER
Claude PONTE
Louise SKRZYPCZAK

Conseillers

Caroline DELOR
Eric HANOULLE
Philippe WILLEZ

MUTUALIA MUTUALITÉ NEUTRE (228)

Christian AKSET
Isabelle BOLLETTE
Christine BOOSSY
Luc BOUVIER
Marc BREYER
Jonathan DELPORTE
Michaël DETHIER
Christel EVRARD
Christine GEORIS
Philippe GEORIS
Christiane JULIEN
Pierre LAFLEUR
Daniel LAGASE
Alain LEGRAND
Audrey LEGRAND
Geoffray LEGRAND
Gisèle MANDAILA
Monique SCHMITZ
Jean-Louis THIEFFRY
Margaux THIEFFRY

NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN (235)

Michel BRUYNINCKX
Patrick CATTEBEKE
Walter DE BENT
Henk DESAEVER
Eric D'HAESELEER
Philippe GHYSBRECHT
Wilfried HUBIN
Ludo JALET
Hugo LAENEN
Geert LAMBERT
Rene MATHIJS
Horst MÜLLER
Henri POLLEFEYT
Herman ROELS
Patricia ROGGE
Koen VAN ACKER
Marc VAN DEN BROELE
Koenraad VAN DEN STEEN
Kjell VERLEYSEN
Rita VERMET

Conseillers

Marc DE MOOR
Karel GOFFIJN
Wim VAN HECKE

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE HOSPIPLUS (250/01)

Conseiller

Marnix RAES

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE NEUTRA (250/02)

Conseiller

Brunella VANNI

SOCIÉTÉ MUTUALISTE NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN (280/03)

Conseiller

Eddie GOUBERT

PRÉSIDENT

Wim VAN BEECK

VICE-PRÉSIDENT

Edouard DENOËL

SECRÉTAIRE

Marc DE MOOR

TRÉSORIER

Catherine DAUBY

VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS (203)

Jeroen BOSMAN
Frieda CLAES
Jürgen CONSTANDT
Rik DHOEST
Lut LUYTEN
Wim VAN BEECK
Steven VAN DESSEL
Ingrid VAN LOOY
Marc VANDEWALLE

Raadgevers

Erik STOFFELEN
Tom David VAN MEEL

LA MUTUALITÉ NEUTRE (216)

Jean ARNOULD
Cécile BODSON
Roger CHIF
Caroline DELOR
Marc DELVIESMAISON
Edouard DENOËL
Alain DEVOS
Jacqueline FOCANT
Joseph GANASSIN
Jean-Bernard GERARDY
Marc GERMIAT
Georges MAES
Michel MARIQUE

Conseillers

Claude CURVERS
Désirée DECLERCQ
Eric HANOULLE

MUTUALIA MUTUALITÉ NEUTRE (228)

Christian AKSET
Michel BECKERS
Marc BREYER
Catherine DAUBY
Daniel LAGASE
Alain LEGRAND
Gisèle MANDAILA
Monique SCHMITZ
Jean-Louis THIEFFRY

Conseillers

Christine BOOSSY
Patrick LEJEUNE

NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN (235)

Marc DE MOOR
Karel GOFFIJN
Hugo LAENEN
Geert LAMBERT
Horst MÜLLER
Patricia ROGGE
Wim VAN HECKE
Katrien VERHOEVEN
Rita VERMET

Conseillers

Patrick CATTEBEKE
Henk DESAEVER
Thierry WEILANDT

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE HOSPIPLUS (250/01)

Conseiller

Marnix RAES

SOCIÉTÉ MUTUALISTE ASSURANTIELLE NEUTRA (250/02)

Conseiller

Maurizio DAL MOLIN

SOCIÉTÉ MUTUALISTE NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN (280/03)

Conseiller

Eddie GOUBERT

UNION NATIONALE (200)

Philippe MAYNE
Anne VERHEYDEN

PRÉSIDENT

Wim VAN BEECK

VICE-PRÉSIDENT

Edouard DENOËL

SECRÉTAIRE

Marc DE MOOR

TRÉSORIER

Catherine DAUBY

MEMBRES EFFECTIFS

Michel BECKERS
Jürgen CONSTANDT
Caroline DELOR
Jean-Bernard GERARDY
Philippe MAYNE
Wim VAN HECKE
Anne VERHEYDEN

MEMBRES SUPPLÉANTS

Marc BREYER
Eric HANOULLE
Steven VAN DESSEL
Thierry WEILANDT

COMITÉ DE GESTION

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Philippe MAYNE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Anne VERHEYDEN

MEMBRES

Hristo ARGIRO
 Natacha BADIE
 Nathalie BERNARD
 Carine DEMELENNE
 Frédéric DEPAUW
 Sandra FERNANDES CARREIRA
 Francis FIVEZ
 Heidi REYNDERS
 Myriam WAUTERS

COMITÉ DE RÉMUNÉRATION

Marc DE MOOR
 Catherine DAUBY
 Edouard DENOËL
 Philippe MAYNE
 Wim VAN BEECK

COMITÉ D'AUDIT

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

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

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

CONTRÔLE EXTERNE

'CdP Partners – CdP De Wulf & C'
 représentée par Monsieur
 Vincent DE WULF.

CONSEIL D'ENTREPRISE

PRÉSIDENT

Philippe MAYNE

REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

Anne VERHEYDEN

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

Henny DE KUYPER (CGSLB)
Susana SUAREZ BARRIO (CSC)
Manuel VIVAS ARROYO (SETCA)

COMITÉ POUR LA PRÉVENTION ET LA PROTECTION AU TRAVAIL

PRÉSIDENT

Philippe MAYNE

REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

Anne VERHEYDEN

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL

Henny DE KUYPER (CGSLB)
Susana SUAREZ BARRIO (CSC)
Manuel VIVAS ARROYO (SETCA)

SERVICE INTERNE POUR LA PRÉVENTION ET LA PROTECTION AU TRAVAIL

CONSEILLER EN PRÉVENTION INTERNE (RESPONSABLE)

Alain VANDENVELDE

CONSEILLER EN PRÉVENTION INTERNE (BACK-UP) / SECRETARIAT

Sonia ARJIS

Les mutualités Neutres emploient 896 personnes, soit 821 équivalents temps pleins.

MUTUALITÉ	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	ETP	NOMBRE DE MEMBRES DU PERSONNEL
203	89	67	138,80	156
216	178	65	225,40	243
228	110	36	137,30	146
235	102	72	151,70	174
200	90	23	107,20	113
250/01	14	6	18,50	20
250/02	30	4	32,70	34
280/03	8	2	9,40	10
Total	621	275	821	896

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

**Union Nationale
des Mutualités Neutres**

Chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

Tél : 02 538 83 00

Fax : 02 538 50 18

info@unmn.be

www.mutualites-neutres.be

