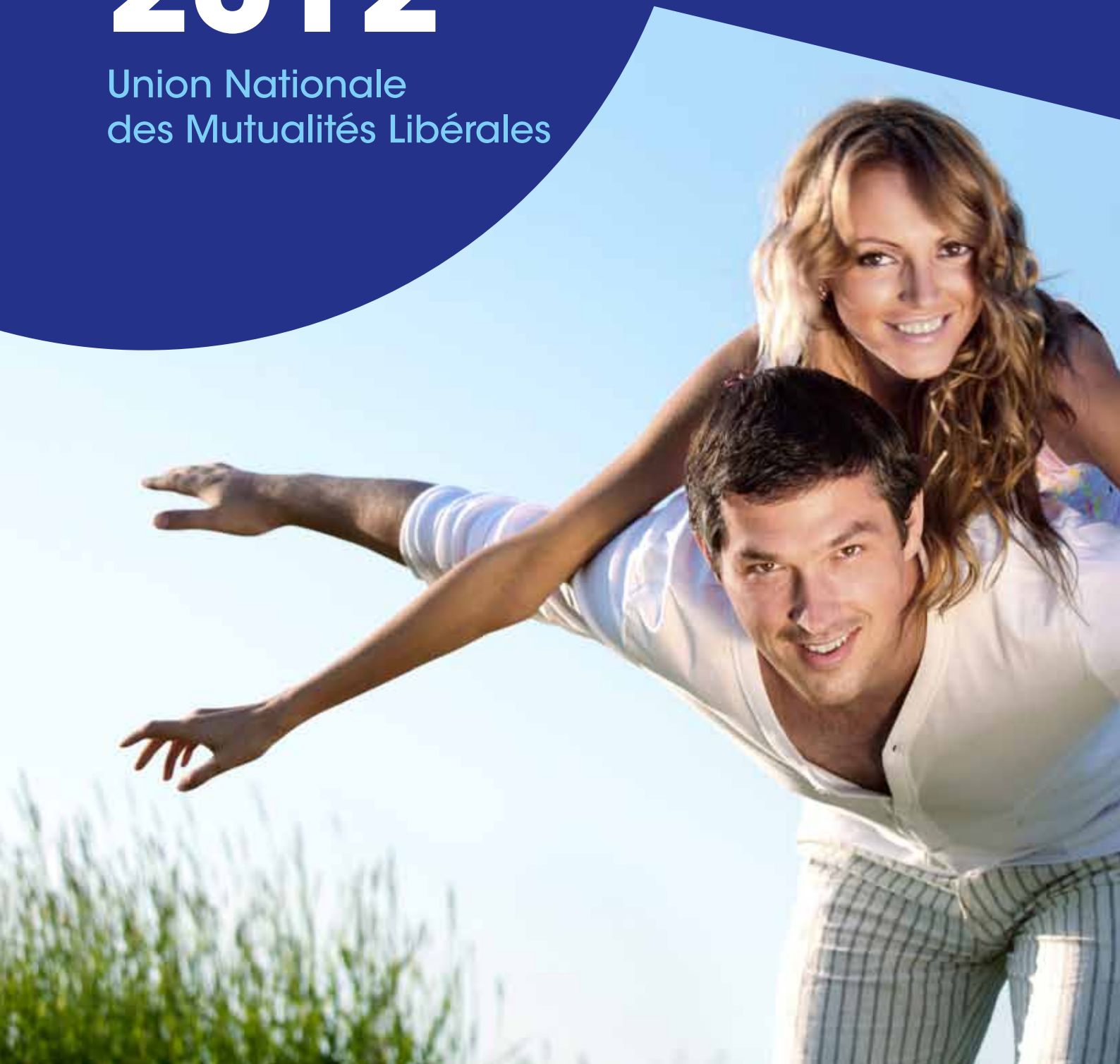
MUTUALITE LIBERALE
la confiance saine

Rapport sur l'exercice 2012

Union Nationale
des Mutualités Libérales



Le Président et le conseil
d'administration de l'Union Nationale
des Mutualités Libérales
ont l'honneur de présenter
le rapport sur l'exercice social 2012
à l'assemblée générale.

Sommaire

5 Avant-propos

7 Nos structures
- 8 Mosaïque
- 9 Composition conseil d'administration
- 9 Composition conseil d'entreprise
- 9 Composition comité pour la Prévention et la Protection au Travail

11 Quelques défis pour les mutualités

13 Développements en matière de soins de santé
- 14 Evolution de l'informatisation
- 15 Processus clés imposés par l'INAMI
- 16 Evolutions au sein du contrôle interne
- 18 La sixième réforme de l'Etat
- 19 Le Fonds des Accidents Médicaux

21 Publications & presse
- 22 Périodique
- 23 Brochures
- 25 Communiqués des presse
- 27 Médias sociaux

29 Assurance obligatoire
- 30 Effectifs
- 32 Indemnités
- 34 Soins de santé
- 35 Bilan

37 Services complémentaires
- 38 Loi sur l'assurance maladie complémentaire
- 40 Résultat et réserves des services
- 41 Bilan

43 Contact

Avant-propos

La Mutualité Libérale est une mutualité en pleine évolution. Non seulement, le paysage mutualiste évolue constamment, mais la Mutualité Libérale opte aussi, de sa propre initiative, pour la modernisation et l'innovation. Pour la Mutualité Libérale, 2012 a donc été, à différents égards, une année de transition. Plusieurs projets à long terme avaient déjà démarré en 2011 mais ne seront terminés qu'en 2013, voire plus tard.

Un des changements les plus importants qui se préparent dans le paysage mutualiste est la concrétisation de la sixième réforme de l'Etat. Cette réforme de l'Etat implique en effet aussi que plusieurs compétences relatives aux soins de santé soient transférées du niveau fédéral vers les communautés. Ainsi, la politique de prévention sera presque intégralement transférée au niveau communautaire et de nombreuses compétences relatives aux soins de première ligne seront également attribuées aux communautés. Pour le moment, les différents acteurs de terrain développent des pistes pour que le transfert de ces compétences se déroule de manière optimale. La Mutualité Libérale, aussi, y collabore activement.

La Mutualité Libérale est confrontée à un autre défi considérable : la nouvelle méthode d'évaluation de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Comme tous les ans, l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales évalue le fonctionnement des différents organismes assureurs. Sur la base de cette évaluation, les organismes assureurs se voient attribuer des frais d'administration variables. Les critères sur lesquels cette évaluation était basée, ne reflétaient cependant pas correctement leur fonctionnement. C'est pourquoi l'INAMI a proposé de baser l'évaluation sur 7 processus cruciaux pour le fonctionnement d'une mutualité. La Mutualité Libérale s'engage d'ores et déjà à faire de son mieux pour appliquer ces processus, afin d'offrir à ses membres un service encore meilleur. La Mutualité Libérale a donc, déjà en 2012, accordé une place importante à ces processus clés dans son fonctionnement.

Outre ces défis sur le plan administratif, la Mutualité Libérale est également confrontée à une évolution importante au niveau de ses activités quotidiennes. Ces dernières années, la Mutualité Libérale mise en effet de plus en plus sur l'informatisation des soins de santé. Cette évolution implique que certains processus opérationnels peuvent se dérouler de plus en plus rapidement et facilement, ce qui permet également de réduire la paperasserie pour nos services administratifs. C'est le cas, par exemple, de la centralisation de la tarification pour le tiers payant social. A l'aide de nouvelles applications, la Mutualité Libérale est maintenant aussi en mesure de collaborer plus facilement avec divers prestataires de soins, qui ont à présent une meilleure idée du traitement de toutes les informations.

Pour la Mutualité Libérale, l'année 2012 était donc principalement axée sur l'avenir. Et en 2013 aussi, les défis des mutualités sont légion. La mise en œuvre concrète de la réforme de l'Etat entraînera de nombreux changements. La nouvelle méthode d'évaluation de l'INAMI représente pour nous également un défi important à long terme. Finalement, l'informatisation des soins de santé se poursuit, et implique non seulement les mutualités et les prestataires de soins, mais aussi les patients dans l'ensemble du processus.

La Mutualité Libérale continue à se décarcasser pour évoluer en permanence. C'est la seule façon d'offrir à ses membres le service auquel ils ont droit.

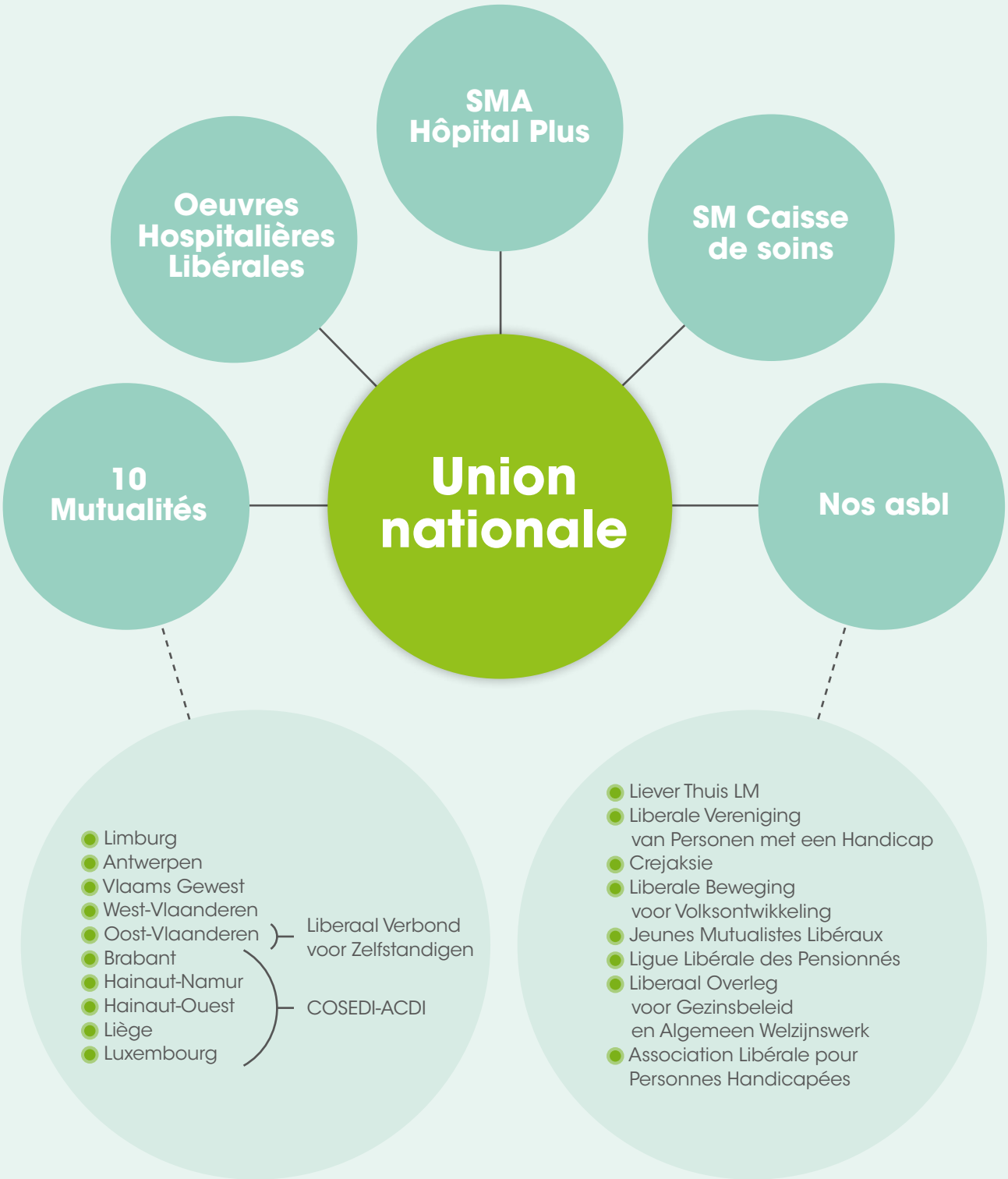
Geert Messiaen
Secrétaire général

Nos structures

8 Mosaïque
9 Composition conseil d'administration
9 Composition conseil d'entreprise
9 Composition comité pour la Prévention et la Protection au Travail

Mosaïque

L'Union Nationale des Mutualités Libérales, qui chapeaute 10 mutualités réparties sur l'ensemble du territoire, offre également un éventail de services complémentaires, tels que l'assistance juridique et la défense des membres, la promotion de la santé et l'aide aux victimes. En outre, l'Union nationale possède diverses asbl.



Composition

Conseil d'administration

Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen
JANSSENS Philip
PEETERS Louis

Mutualité Libérale du Brabant
BROECKX Catharine
COPPENS René
COURTOY Andrée
DEWAELHEYNS Marc
FELICE Roger
HENRY Eric

Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen
DE VOS Koen
RAYMAEKERS Gilbert

Liberale Mutualiteit van Oost-Vlaanderen
CORNELIS Roland
DE PESSEMIER Nicole
DE WAELE Cathy
DE WAELE Roni
D'HAEN Jeannine
VAN POUCKE Laurence

Mutualité Libérale Hainaut-Namur
FONTAINE Philippe
RENNOTTE Philippe

Mutualité Libérale Hainaut-Ouest
BERTOUILLE Chantal

Mutualité Libérale Liège
CLOES Freddy

Liberale Mutualiteit Limburg
VANDEWEERD Jan
VANHEX André

Liberale Mutualiteit - Vlaams Gewest
DE BACKER Philip
PESSEMIER Lyotta
VAN TITTELBOOM Johan

Mutualité Libérale du Luxembourg
GOFFINET Pierre-Henry

Union Nationale des Mutualités Libérales
MESSIAEN Geert
VAN DROOGENBROECK Theo
BRONCKAERS Jean-Pierre

Conseil d'entreprise

Délégation patronale
MESSIAEN Geert, président
VAN DROOGENBROECK Theo
Dr. BRONCKAERS Jean-Pierre

Délégation des travailleurs
Membres effectifs
DE CLERCQ Dean
CATOUL Patrick
DE WITTE Serge
RONSE Marc
SENABRE Corinne
NELLIS Eric

Secrétaire
RONSE Marc

Secrétaire adjoint
DE WITTE Serge

Comité pour la Prévention et la Protection au Travail

Délégation patronale
MESSIAEN Geert, président
VAN DROOGENBROECK Theo
Dr. BRONCKAERS Jean-Pierre

Délégation des travailleurs
Membres effectifs
DE CLERCQ Dean
CATOUL Patrick
KIECKENS Rudy
NELLIS Eric
RONSE Marc
SENABRE Corinne

Secrétaire
DE MOOR René

Quelques défis pour les mutualités

- Charte de l'assuré social
- Soins de santé mentale
- Soins de proximité et volontariat
- Environnement et santé
- Collaboration européenne et internationale
- Offre de services complémentaires
- Actions visant de nouveaux groupes cibles

Développements en matière de soins de santé

14 Evolution de l'informatisation
15 Processus clés imposés par l'INAMI
16 Evolutions au sein du contrôle interne
18 La sixième réforme de l'Etat
19 Le Fonds des Accidents Médicaux

Evolution de l'informatisation

L'accord médico-mutualiste 2011 (conclu le 13 décembre 2010) prévoyait de stimuler l'application du tiers payant social afin d'inciter les médecins conventionnés à l'appliquer pour toutes les consultations lorsque le patient en a 'exprimé la demande et pour autant qu'il répon-de à certaines conditions'.

Pour soutenir le médecin généraliste dans l'application du tiers payant social, plusieurs mesures ont ainsi été adoptées :

1. la simplification de l'envoi des attestations de soins grâce à l'utilisation d'une seule adresse ;
2. la simplification des tickets modérateurs ;
3. l'accélération du délai de paiement ;
4. la garantie d'être payé pour toutes les consultations attestées de médecine générale même si le support d'identification fourni par le patient à son généraliste n'était pas conforme à la dernière mise à jour ;
5. l'information fournie par les organismes assureurs quant au suivi des paiements.

La mise en œuvre du tiers payant social se concrétisa notamment par une centralisation des envois et de la tarification au siège de l'Union nationale et non plus à l'échelon des sites mutualistes comme auparavant.

Si cette manière de faire était la plus pragmatique, elle embarquait avec elle une série de manipulations laborieuses et peu porteuses de plus-values pour les parties concernées, notamment :

- le traitement du courrier entrant ;
- le traitement du facturier ;
- le classement et archivage des pièces 'papier' ;
- les tarifications des prestations de soins de santé ;
- les commentaires sur les erreurs de facturation et sur les exigences relatives à la réglementation ;
- les compléments et retenues sur les facturations ;
- le contrôle de l'échéancier de paiements ;
- les informations à mettre à la disposition d'une tranche de prestataires peu impliqués dans le monde du tiers payant ;
- la gestion du courrier sortant ;
- etc.

Si simplification administrative devait se traduire par ces différentes phases, dans une ère où digitalisation, flux électroniques, suppression de l'état 'papier', courriers électroniques, etc. sont les maîtres-mots, c'est le monde à l'envers !

L'idée de mettre à la disposition du monde extérieur nos processus internes sous une forme conviviale se traduisit par l'acquisition du software '4CP' (For Care Providers). Un software permettant aux entités 'facturantes' de visualiser nos phases de travail et ainsi de suivre le chemin que parcouraient leurs requêtes au sein de l'Union nationale. Visualisation permettant de trouver des réponses aux éternelles questions :

- Ma facture vous est-elle bien arrivée ?
- Quand va-t-elle être honorée ?
- Pourquoi ces différences de montants ?
- Quelles erreurs ai-je commises ?
- Votre affilié a-t-il un dossier médical global (DMG) ?
- Puis-je recevoir ces informations par e-mails ?
- Etc.

2012 fut donc une année de transition. Les Mutualités Libérales prenaient un chemin annoncé depuis longtemps : la progression vers la suppression de l'état 'papier' et la mise à disposition de l'information sous une forme conviviale et moderne.

En prouvant que nous pouvions d'une manière automatisée répondre à ces demandes légitimes, nous réalisions un pas important vers, non-seulement, une mise à disposition d'informations essentielles pour le prestataire de soins facturant en tiers payant social, mais également pour la plupart des autres prestataires utilisant le tiers payant.

Processus clés imposés par l'INAMI

L'Office de contrôle des mutualités évalue chaque année le fonctionnement des différents organismes assureurs. Sur la base de cette évaluation, des frais d'administration variables leur sont attribués. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) s'est engagé à formuler des propositions pour responsabiliser davantage les organismes assureurs en matière de frais d'administration variables.

Jusqu'à présent, les performances de gestion des organismes assureurs étaient évaluées à l'aide de 10 critères. Ces critères ne reflétaient cependant pas tout à fait leur fonctionnement. C'est pourquoi l'INAMI a proposé de baser l'évaluation sur 7 processus cruciaux pour le fonctionnement d'une mutualité.

Vous trouverez ci-dessous les 7 processus clés :
1. l'obligation d'information des assurés sociaux ;
2. l'attribution correcte, uniforme et ponctuelle des droits dans les secteurs des soins de santé et des indemnités ;
3. l'exécution correcte, uniforme et ponctuelle des paiements ;
4. la détection des indus et le suivi étroit des récupérations ;
5. l'organisation des mécanismes de contrôle nécessaires aux différents niveaux ;
6. la coopération avec l'INAMI et la participation à la mise en œuvre de la politique relevant de la compétence du Ministre des Affaires sociales ;
7. la gestion comptable.

Obligation d'information des assurés sociaux

En 2012, les Mutualités Libérales ont commencé l'exécution du premier processus clé, l'obligation d'information des assurés sociaux. Ce processus implique que nous devons informer nos membres de manière claire, complète et proactive au sujet de l'assurance maladie. Nous le faisions déjà auparavant, mais l'application de ce processus va maintenant plus en profondeur.

L'obligation d'information comprend différentes parties : la diffusion d'informations collectives via des informations globales, la communication à l'attention de groupes cibles, la diffusion d'informations individuelles ainsi que la gestion des plaintes et la défense des membres.

L'obligation d'information implique, entre autres, que :
- la communication aux membres via le web, le périodique et les brochures soit rédigée dans un langage compréhensible. Par compréhensible, on entend le niveau de langue européen B1. En pratique, cela implique que la plupart des communications devront être sérieusement simplifiées ;
- les assurés doivent être informés des conséquences du non-respect de la législation sociale. La mutualité joue ainsi un rôle préventif dans la lutte contre la fraude sociale ;
- les assurés doivent être informés en matière de surconsommation ;
- les groupes cibles qui ont potentiellement droit, entre autres aux soins de santé, aux statuts BIM, OMNIO et à des remboursements spécifiques soient informés de manière proactive ;
- les assurés doivent être informés sur le dossier médical global.

Action:
En 2012, le service communication de l'Union nationale a commencé à analyser les informations diffusées (par écrit) par l'Union nationale et les mutualités afin de satisfaire à l'obligation d'information. L'inventaire et l'évaluation de la communication aura tout d'abord lieu au niveau de l'Union nationale. Des procédures pourront ainsi être mises en place pour l'évaluation et l'optimalisation de la communication globale et individuelle. Les mutualités pourront implémenter ces procédures par la suite.

Le service communication s'attaque, étape par étape, aux supports de communication suivants :
- la correspondance standard sera réécrite et uniformisée ;
- les textes existants du site web seront réécrits ;
- les brochures et les dépliants seront réécrits ;
- les textes du périodique seront adaptés.

Evolutions au sein du contrôle interne

COSO-ERM et procédures internes

La circulaire 2010-11-D1 de l'Office de contrôle des mutualités (OCM) oblige les organismes assureurs, à partir du 1er janvier 2013, à passer à l'identification efficace des risques, à leur évaluation et à leur gestion afin de réaliser les objectifs posés au moyen du modèle **COSO-ERM**.

Le 23 février 2012, **le Collège des Secrétaires de mutualité** a proposé au conseil d'administration de débuter le projet COSO en mettant en place un groupe de pilotage et des groupes de travail, avec coordination depuis le service de contrôle interne de l'Union nationale. L'objectif est de gérer les risques dans le cadre des 7 processus clés mentionnés précédemment de l'Institut national d'assurance maladie–invalidité (INAMI). Ceci a été confirmé par le conseil d'administration le 6 mars 2012. Les processus clés sont importants parce qu'ils servent à évaluer les mutualités dans le cadre de l'octroi des frais d'administration variables. Lorsque les organismes assureurs commettent des erreurs, ils sont sanctionnés financièrement.

Le modèle COSO-ERM sert de base lors de l'identification efficace des risques et lors de leur évaluation et gestion afin de réaliser les objectifs posés. Ces objectifs sont les processus clés de l'INAMI. Les 8 composantes de ceux-ci sont :

- **l'environnement interne** qui détermine le ton que l'entité mutualiste même pose au niveau de la maîtrise des risques ou de l'importance qu'elle attache au contrôle. Il détermine en fin de compte comment les membres du personnel de l'organisation perçoivent et gèrent les risques ;
- **la formulation d'objectifs** qui doivent être fixés au préalable afin de pouvoir reconnaître les événements potentiels qui peuvent exercer une influence sur l'atteinte de ces objectifs. Il y a différentes sortes d'objectifs (stratégiques, opérationnels, financiers, légaux) ;
- **l'identification des événements** internes et externes qui influencent la réalisation des objectifs. Ici, il y a lieu d'opérer une distinction entre les risques négatifs et positifs ;
- **l'évaluation des risques** en tenant compte de leur probabilité et de leurs conséquences, afin de déterminer comment les maîtriser. L'instrument de base est une description détaillée, tant technique qu'administrative, de toutes les procédures à respecter ;
- le management détermine **la réaction aux risques** en fonction du niveau d'acceptabilité de l'organisation ;
- **les activités de contrôle** : il y a lieu de formuler des directives et des procédures et de les implémenter afin de garantir que les réactions aux risques soient exécutées effectivement ;
- **information et communication** : collecte et communication dans les délais d'informations significatives aux membres du personnel ;
- **surveillance ou « monitoring »** : la totalité du management des risques doit être surveillée en permanence et si nécessaire, des modifications doivent être apportées. La réalisation du modèle COSO-ERM est un processus continu qui doit être soutenu par tous les moyens au sein de l'organisation mutualiste.

Le 27 mars 2012, s'est tenue une première réunion du **groupe de pilotage**. Celui-ci a décidé de donner priorité au thème « indemnités » parmi tous les processus clés. Plus précisément, le projet a débuté par l'analyse des risques en cas de fraude blanche. La fraude blanche consiste en un cumul de revenus professionnels et de remplacement ou un cumul de divers revenus de remplacement au même moment (par exemple maladie et chômage).

Le 27 avril 2012, la version définitive de la **procédure** « Fraude blanche » a été envoyée aux mutualités, après discussion au sein d'un groupe de travail. La procédure attestations de vacances a également été lancée. Les procédures déjà existantes sont également mises à jour comme par exemple, une révision en profondeur de la procédure en matière de subrogation.

Mise à niveau Agresso vers la version 5.6

Le service de contrôle interne fonctionne depuis 2010 comme centre de référence pour le logiciel comptable Agresso. Il gère les tables de conversion entre l'environnement de production M-Team et le logiciel comptable Agresso.

Il intervient dans les problèmes fonctionnels et, le cas échéant, il prend contact avec le helpdesk d'Agresso ou il contacte M-Team en cas de défectuosités techniques. C'est surtout le cas pour les transferts automatiques depuis l'environnement de production M-Team vers la comptabilité, ce que l'on appelle l'interface. La plupart des comptabilisations dans l'assurance obligatoire sont par conséquent des comptabilisations automatiques pour lesquelles les comptables doivent principalement effectuer des activités de contrôle et ils font cela via une série de programmes de contrôle. L'instrument Agresso permet également, en tant que programme ERP, l'exécution de divers 'queries' en fonction des besoins d'information du management de l'organisme mutualiste.

En 2012, il a coordonné le projet pour la mise à jour du logiciel comptable Agresso de la version 5.3.3 à la version 5.6 et il doit intervenir en cas de problèmes à l'interface.

Coordination du projet SEPA

La Directive européenne sur les services de paiement dans le marché intérieur, dans le cadre du projet SEPA (Single European Payments Area) a été approuvée le 24 avril 2007 et devait être transposée dans la législation nationale de chaque pays le 1er novembre 2009.

Pour le 1er février 2014 au plus tard, les moyens de paiement européens (virements et domiciliations) doivent être utilisés. En ce qui concerne les domiciliations (sepa direct debit), le créancier, donc la mutualité elle-même, doit à l'avenir en assurer la gestion à la place de la banque.

Le service de contrôle interne suit par conséquent les activités chez M-Team. La mutualité 413 a été prise comme mutualité pilote pour les unions nationales 200, 400 et 500. Elle migrera début juillet 2013 en tant que première mutualité du DOM80 à la domiciliation européenne. Au quatrième trimestre, 5 mutualités migreront encore et les 4 mutualités restantes passeront de DOM80 à la domiciliation SEPA le 1er janvier 2014.

La sixième réforme de l'Etat

L'accord politique autour de la sixième réforme de l'Etat, également appelé Accord papillon, entraînera des changements au niveau du fonctionnement des mutualités.

L'accord comprend en effet un volet relatif au transfert des compétences en matière de soins de santé de l'Etat fédéral aux entités fédérées. Il s'agit d'un transfert de 4,2 milliards d'euros. Les communautés deviennent, par exemple, entièrement compétentes pour la politique de prévention (sauf pour les pandémies).
Les aides à la mobilité pour personnes handicapées sont communautarisées, tout comme l'intervention pour l'aide aux personnes âgées (environ 573 millions d'euros).
Les communautés deviennent entièrement compétentes pour les maisons de repos, les maisons de soins et les centres de soins de jour (environ 2,4 milliards d'euros).
Un certain nombre de conventions de rééducation sont transférées aux communautés (environ 170 millions d'euros).
Les communautés ont davantage leur mot à dire en ce qui concerne la politique hospitalière (environ 742 millions d'euros).
En matière de santé mentale, les compétences des communautés sont élargies (environ 175 millions d'euros).
Les communautés deviennent compétentes pour le soutien aux professions des soins de santé de première ligne et pour l'organisation de ces soins (126 millions d'euros avec la politique de prévention).

Du côté néerlandophone, un « livre vert » est rédigé. Il reprendra un certain nombre de pistes stratégiques qui pourraient être suivies dans le cadre de la politique future. Plusieurs groupes de travail autour des différentes compétences à transférer ont été mis sur pied pour la rédaction de ce livre vert. Les mutualités regroupées à un niveau intermutualiste sont représentées dans les divers groupes de travail, à côté d'un large éventail d'autres organisations de la société civile. Ce livre vert sera présenté au parlement, où aura lieu une vaste discussion transparente sur les pistes proposées.
Les choix politiques proprement dits seront repris dans le « livre blanc ».

Du côté wallon, les différents organismes assureurs ont été invités à expliquer leur vision lors de la Commission interparlementaire Wallonie-Bruxelles compétente.

Pour les Mutualités Libérales, il est important que les tâches que la mutualité reprend maintenant soient attribuées à la mutualité lorsque les compétences seront transférées, de préférence au sein d'une structure avec gestion paritaire.

En ce qui concerne Bruxelles, il est essentiel que les Bruxellois flamands (et les Flamands qui souhaitent se faire soigner à Bruxelles, entre autres dans les hôpitaux universitaires) puissent être aidés dans leur langue. C'est surtout important en matière de soins de santé mentale.

A partir de 2015, les communautés seraient responsables des compétences transférées. Ce moment, ainsi que la portée des compétences à transférer, pourraient éventuellement encore être influencés par les résultats des élections de 2014.

Le Fonds des Accidents Médicaux

La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé a été publiée au Moniteur belge du 2 avril 2010. Cette loi était attendue depuis longtemps.

Cependant, le Fonds des Accidents Médicaux n'est opérationnel que depuis le 1er septembre 2012. Les demandes sont donc traitées depuis ce jour.

La loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur au 1er avril 2010.

La grande nouveauté de cette loi réside dans le fait que la victime d'un accident médical ne doit plus prouver la faute du prestataire de soins.

La loi définit l'accident médical comme étant : « *un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la* ***responsabilité d'un prestataire de soins****, qui* ***ne résulte pas de l'état de santé du patient*** *et qui entraîne pour le patient* ***un dommage anormal****. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible.* ***L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité*** ».

Le Fonds intervient en cas d'accident médical ou d'une faute du prestataire.

En cas d'accident médical, le Fonds indemnise le dommage suffisamment grave. Pour être qualifié de dommage suffisamment grave, une des conditions suivantes doit être remplie :

- le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 % ;
- le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- le patient est décédé.

En cas de faute du prestataire, la gravité du dommage n'est pas prise en compte, sauf dans l'hypothèse où le prestataire de soins ou son assureur conteste sa responsabilité. Dans ce cas, le dommage doit être suffisamment grave pour que le Fonds indemnise.

Dorénavant, la victime dispose de trois moyens de recours en cas de dommage résultant de soins médicaux :

- introduire un recours devant le juge civil : la preuve de la faute du prestataire de soins, du dommage et du lien causal entre les deux doit être rapportée par la victime. La procédure est longue et couteuse ;
- entamer une action à l'amiable avec le prestataire et sa compagnie d'assurances : la même charge de la preuve que devant le juge repose sur la victime ;
- introduire un recours amiable devant le Fonds : la procédure devant le Fonds est gratuite, rapide (par rapport à la procédure judiciaire), simple et amiable.

Depuis que le Fonds est opérationnel, nous privilégions cette piste dans la gestion des dossiers « fautes médicales » (pour autant que la date des faits soit égale ou postérieure au 2 avril 2010). Par conséquent, si après examen, il s'avère que le dossier entre en ligne de compte pour un traitement par le Fonds, il sera transmis par le service au Fonds.

Actuellement, nous comptons une quarantaine de dossiers susceptibles d'être transmis au Fonds.

Publications & presse

22 Périodique
23 Brochures
25 Communiqués de presse
27 Médias sociaux

Les Mutualités Libérales emploient divers canaux de communication afin de faire connaître leurs services et leur vision.

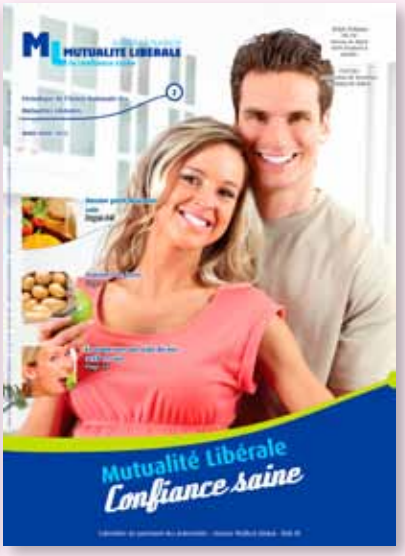
Les Mutualités Libérales publient, à l'attention de leurs membres, un périodique bimestriel qui paraît six fois par an. Il est divisé en deux parties : d'une part, la partie nationale et d'autre part, la partie régionale. Le service périodique gère la mise en pages ainsi que la correction des textes nationaux et de la plupart des textes régionaux.

En outre, les Mutualités Libérales ont également conçu les brochures « Prenons le temps de déjeuner » et « Garder la forme ».

Enfin, les Mutualités Libérales présentent également leurs services et leur vision par le biais de communiqués de presse.

Périodique

Vous retrouverez ici les couvertures des six périodiques qui sont parus en 2012.



Brochures

Pendant l'année de fonctionnement 2012, le centre de promotion de la santé a travaillé intensivement autour des projets « Prenons le temps de déjeuner » et « Garder la forme ».

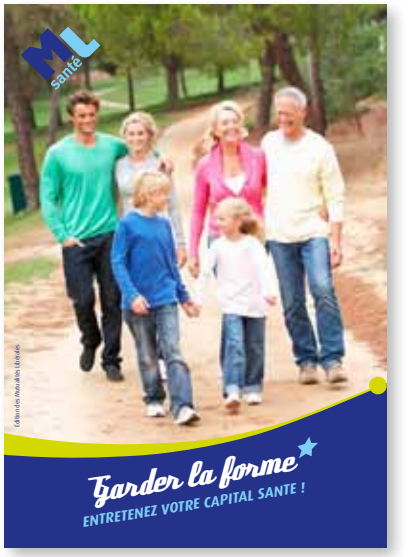
Prenons le temps de déjeuner

Pour beaucoup de familles, la matinée est agitée et souvent, elles sont à court de temps pour déjeuner tranquillement. De plus en plus souvent, le petit-déjeuner est négligé ou l'impasse est faite sur celui-ci. Sauter le petit-déjeuner ou prendre un petit-déjeuner trop léger n'est cependant pas une idée judicieuse ! En effet, au matin, vous n'avez plus mangé depuis un bon laps de temps. Le petit-déjeuner est alors essentiel pour reconstituer la réserve d'énergie. En outre, les personnes qui adoptent de mauvaises habitudes au petit-déjeuner ont également plus de risques d'avoir un mode d'alimentation de mauvaise qualité.

Prendre le temps de déjeuner peut exiger certaines adaptations. Ces adaptations vous demanderont un petit effort au début, mais deviendront vite une habitude à côté de laquelle vous ne pourrez plus passer ! Le petit-déjeuner n'est pas une perte de temps, il permet d'éviter de grignoter entre les repas et en outre, il stimule les performances psychologiques et physiques !

La brochure traite des sujets suivants : pourquoi déjeuner, la composition d'un petit-déjeuner sain et complet, des conseils pour déjeuner bon marché et sainement et comment motiver les enfants à déjeuner (sainement).

Garder la forme



Le Belge moyen bouge trop peu. Cependant, bouger suffisamment chaque jour comporte toutes sortes d'avantages pour la santé tant au niveau physique que mental. Non seulement, l'activité physique permet de réduire le risque de souffrir de maladies graves telles que l'obésité et les maladies cardiovasculaires mais c'est également la meilleure façon d'éviter les chutes.

En raison du processus de vieillissement, de nombreux changements physiques surviennent, ce qui modifie fortement les habitudes des personnes âgées en matière d'activité physique. En vieillissant, la force musculaire diminue effectivement, ce qui augmente le risque de chute. On est donc plus vite enclin à éviter de bouger, mais en ne pratiquant pas d'exercice physique, le risque de chute et donc le risque de blessure aussi s'accroît. Par conséquent, il est important de s'armer contre ce problème et d'éviter d'entrer dans un cercle vicieux.

Pour encourager les personnes âgées à bouger davantage, les Mutualités Libérales organiseront en collaboration avec la LLP et BC Training des cours d'exercice physique « Garder la forme ». Pour soutenir les participants, un carnet d'activité physique a été développé. Dans ce carnet, les participants peuvent noter leurs progrès et retrouver des tas de conseils pratiques pour marcher plus.

Réimpression

Etant donné la demande importante de brochures relatives à un mode de vie sain, les brochures concernant les yeux, la prévention contre la canicule et l'hypertension ont été actualisées et réimprimées.

Pour le plaisir des yeux !

Dans la vie de tous les jours, la vue joue un rôle essentiel. Les problèmes de vue peuvent donc avoir une grande influence sur nos activités quotidiennes. Il est donc nécessaire d'être attentif à vos yeux et de consulter un ophtalmologue à temps en cas de problème.

Dans la brochure se trouvent des informations sur les problèmes de vue les plus fréquents et des conseils pour prendre soin de ses yeux.

Prévention contre la canicule

A cause du réchauffement de la planète, le nombre de canicules augmentera au 21e siècle. En général, lors d'une canicule, il y a beaucoup d'ozone dans l'air. Une canicule ainsi qu'un pic d'ozone risquent de nuire à la santé.
Certaines personnes sont plus sensibles à la chaleur et/ou à l'ozone. Par conséquent, elles nécessitent davantage d'attention. Mais les adultes en bonne santé peuvent aussi ressentir des problèmes, surtout lorsqu'ils fournissent des efforts physiques intenses.

Dans cette brochure, les sujets canicule, ozone, groupes à risque et conseils généraux lors de canicules et de pics d'ozone sont abordés.

Hypertension

L'hypertension est parfois aussi qualifiée de tueur silencieux. L'hypertension ne concerne pas uniquement les personnes âgées, elle peut également toucher les plus jeunes.
Prévenir ou diminuer l'hypertension est possible en vivant plus sainement. Un mode de vie sain a en effet toujours une influence importante sur la tension artérielle.

La brochure répond aux questions suivantes : qu'est-ce que l'hypertension, qui présente un risque élevé, comment prévenir l'hypertension et quel est le traitement médicamenteux en cas d'hypertension ?

Communiqués de presse

Nos systèmes alimentaires rendent les gens malades

Nos systèmes alimentaires rendent les gens malades, a mis en garde Olivier De Schutter, l'expert alimentaire des Nations Unies. Un septième de la population mondiale est sous-alimentée, et bien plus encore souffrent de la « faim cachée » provoquée par une carence en micronutriments, tandis que 1,3 milliards de personnes sont en surpoids ou obèses. Les Mutualités Libérales approuvent entièrement ces assertions. Il est scandaleux que la nourriture préjudiciable à la santé, transformée et riche en graisses soit moins chère que les produits frais. Les groupes de population les plus pauvres en sont doublement les victimes : d'un côté, un régime alimentaire sain est impayable pour eux et de l'autre, ils courent plus de risques de développer des « maladies de civilisation », comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires, à cause de ce régime.

08.03.2012

Les Mutualités Libérales prévoient une intervention pour l'achat de moyens d'aide au sevrage tabagique

Comme chaque année, la « Journée mondiale sans tabac » est organisée le 31 mai par l'Organisation mondiale de la Santé. Au cours de cette journée, les dangers du tabac pour la santé sont abordés. Les Mutualités Libérales prévoient une intervention pour l'achat de moyens d'aide au sevrage tabagique.

31.05.2012

Prenez le temps de déjeuner !

Le petit-déjeuner est le repas le plus important de la journée ! Pourtant, il est de plus en plus souvent négligé ou sauté. Pour contrer cette évolution et étant donné l'importance d'un petit-déjeuner sain et complet, les Mutualités Libérales ont élaboré une brochure autour des petits-déjeuners sains.

12.06.2012

Mutualités Libérales : plus d'attention pour la démence

Le 21 septembre aura lieu la Journée Mondiale de l'Alzheimer. A cette occasion, les Mutualités Libérales réclament plus d'attention pour les personnes atteintes de démence. Avec le vieillissement de la population en perspective, la démence est en effet un problème qui ne fera que s'amplifier. Les Mutualités Libérales soutiennent les personnes atteintes de démence par le biais d'une intervention financière pour la garde à domicile.

20.09.2012

Aborder quelques écarts injustifiés dans les dépenses Pas de chèques en blanc

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a publié deux rapports : un au sujet de la géographie de la consommation médicale en 2009 et un autre sur l'évolution des dépenses entre 2006 et 2010. L'INAMI indique que des études supplémentaires à ce sujet sont encore nécessaires. Les éventuelles dépenses injustifiées ne peuvent être évaluées objectivement que de cette façon et il est possible d'y remédier, ou plutôt, il le faut.
En tant que partenaires dans la politique de santé, les Mutualités Libérales souhaiteraient offrir leur collaboration. Il faut s'attaquer aux gaspillages et la législation doit être appliquée uniformément dans tout le pays. La solidarité entre les communautés et les régions n'implique cependant pas que nous octroyons ce qu'on appelle des chèques en blanc. La responsabilité de s'attaquer aux dépenses injustifiées doit être prise, certainement à la lumière de l'établissement du budget pour l'année à venir, et elle doit également être fixée comme une priorité pour la viabilité de notre assurance maladie.
Comme l'affirment les Mutualités Libérales depuis des années déjà, elles refusent d'entrer dans cette histoire de scission populiste, car cela pourrait annihiler la solidarité dans ce pays et mener à un appauvrissement ultérieur de certaines régions.

23.07.2012

Les Mutualités Libérales encouragent l'allaitement via une prime exclusive !

En Belgique, la Semaine de l'Allaitement Maternel a lieu du 1er au 7 octobre. A cette occasion, les Mutualités Libérales mettent leur prime d'allaitement exclusive sous les feux de la rampe !

01.10.2012

Les ML veulent aider à prévenir le diabète

Le 14 novembre aura lieu la Journée mondiale du diabète. Les Mutualités Libérales profitent de l'occasion pour plaider en faveur d'une prévention accrue.

12.11.2012

Les ML siègent au Conseil consultatif fédéral des aînés

Le mercredi 21 novembre, le Conseil consultatif fédéral des aînés s'est réuni pour la première fois. Ce conseil consultatif est le premier organe consultatif pour les aînés au niveau fédéral. Monsieur Geert Messiaen siège au conseil consultatif pour les Mutualités Libérales.

23.11.2012

Médias sociaux

L'utilisation commerciale des médias sociaux en Europe a considérablement augmenté ces dernières années. L'Union Nationale des Mutualités Libérales soutient, elle aussi, cette évolution. C'est pourquoi l'Union nationale est en ligne sur Twitter et sur Facebook depuis fin 2012.

Vous retrouverez les Mutualités Libérales via :
- Twitter : @MutLib400
- Facebook : www.facebook.com/MutualiteLiberale

Vous y trouverez les informations suivantes :
- les communiqués de presse ;
- les informations santé ;
- les interventions nationales ;
- les offres d'emploi ;
- des conseils relatifs à l'assurance maladie, la santé, etc. ;
- les vidéos de Wezooz ;
- les ML Classics ;
- et bien plus encore.

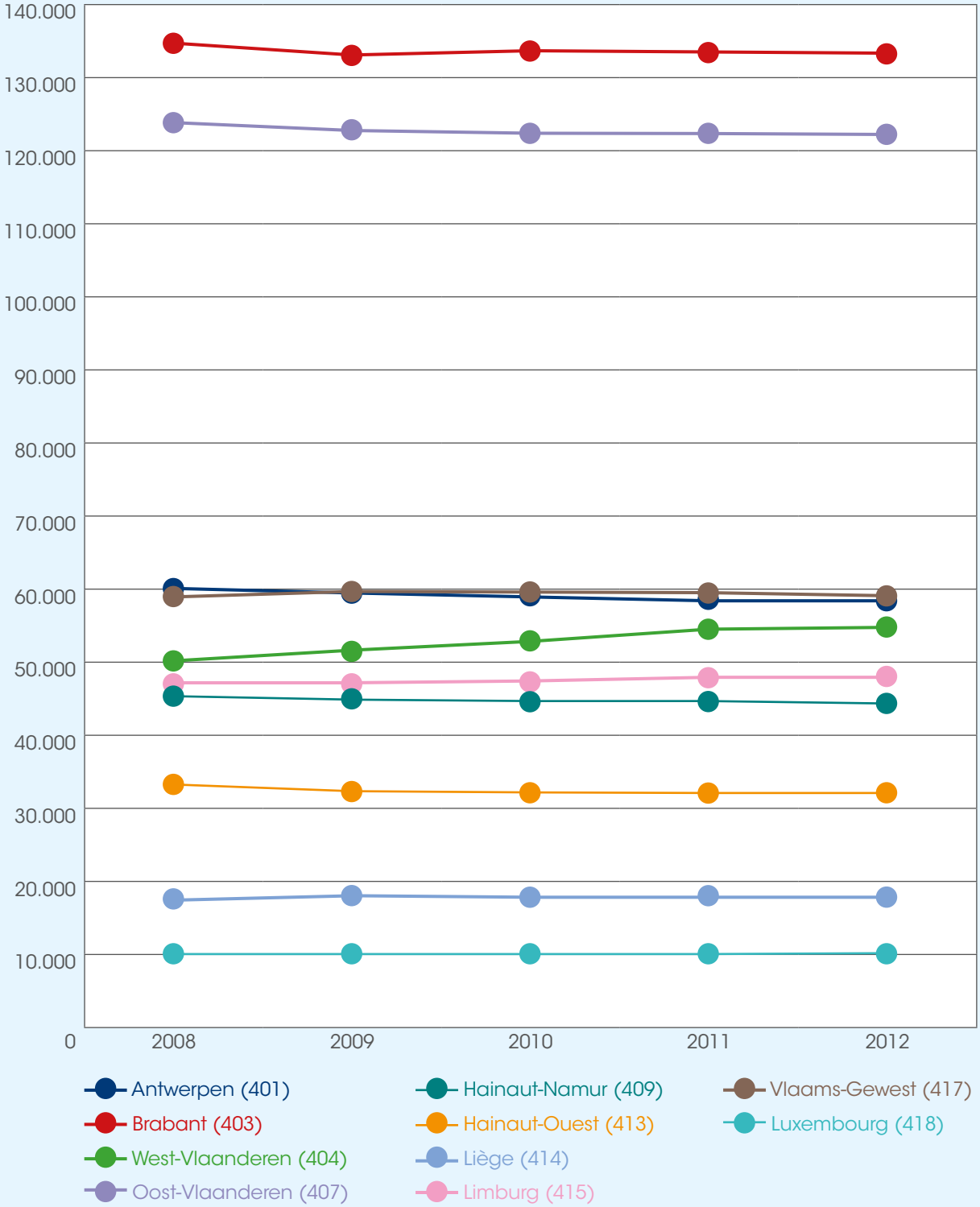
D

Assurance obligatoire

30 Effectifs
32 Indemnités
34 Soins de santé
35 Bilan

Effectifs

Evolution



Le total général des bénéficiaires connaît une légère baisse (-0,3 %). Cette baisse est principalement due à la diminution de nombre de titulaires (-939) et de conjoint(s) personne à charge (-1.106) dans le régime général. Dans le régime des indépendants, le nombre de bénéficiaires augmente (+409). Cette hausse est due principalement à l'augmentation du nombre de titulaires (+447). La baisse limitée du nombre de conjoint(s) personne à charge (-135) constitue la seule évolution négative dans le régime des indépendants.

Effectifs au 30/06/2011

	Travailleurs				Travailleurs	Indépendants				Indépendants	Total
	Titulaire	Conjoint	Descendant	Ascendant	Total	Titulaire	Conjoint	Descendant	Ascendant	Total	
401	37.823	4.237	10.054	56	**52.170**	3.932	752	1.306	12	**6.002**	**58.172**
403	84.535	7.468	26.590	290	**118.883**	10.429	1.416	3.179	41	**15.065**	**133.948**
404	32.929	2.781	9.937	18	**45.665**	6.191	1.016	1.992	4	**9.203**	**54.868**
407	77.803	6.377	22.191	90	**106.461**	10.701	1.766	2.942	16	**15.425**	**121.886**
409	27.484	2.466	8.885	17	**38.852**	3.430	537	939	4	**4.910**	**43.762**
413	18.965	1.263	6.556	10	**26.794**	3.159	480	803		**4.442**	**31.236**
414	10.961	814	3.497	15	**15.287**	1.590	194	430	1	**2.215**	**17.502**
415	29.240	3.159	7.896	43	**40.338**	4.812	713	1.309	2	**6.836**	**47.174**
417	38.272	2.690	10.230	27	**51.219**	5.420	783	1.356	4	**7.563**	**58.782**
418	5.459	560	2.072	9	**8.100**	952	170	366	2	**1.490**	**9.590**
Total	**363.471**	**31.815**	**107.908**	**575**	**503.769**	**50.616**	**7.827**	**14.622**	**86**	**73.151**	**576.920**

Effectifs au 30/06/2012

	Travailleurs				Travailleurs	Indépendants				Indépendants	Total
	Titulaire	Conjoint	Descendant	Ascendant	Total	Titulaire	Conjoint	Descendant	Ascendant	Total	
401	37.567	4.147	9.902	50	**51.666**	3.890	705	1.296	12	**5.903**	**57.569**
403	84.395	7.182	26.508	281	**118.366**	10.579	1.347	3.267	38	**15.231**	**133.597**
404	33.232	2.803	10.212	16	**46.263**	6.177	989	2.028	4	**9.198**	**55.461**
407	77.689	6.198	22.028	81	**105.996**	10.434	1.630	2.944	18	**15.026**	**121.022**
409	27.243	2.352	8.892	17	**38.504**	3.536	535	893	4	**4.968**	**43.472**
413	18.717	1.179	6.576	9	**26.481**	3.440	556	797		**4.793**	**31.274**
414	10.990	801	3.506	17	**15.314**	1.557	187	433	1	**2.178**	**17.492**
415	29.244	2.989	7.930	37	**40.200**	4.879	742	1.294	3	**6.918**	**47.118**
417	38.040	2.502	10.145	28	**50.715**	5.630	838	1.396	6	**7.870**	**58.585**
418	5.415	556	2.028	9	**8.008**	941	163	370	1	**1.475**	**9.483**
Total	**362.532**	**30.709**	**107.727**	**545**	**501.513**	**51.063**	**7.692**	**14.718**	**87**	**73.560**	**575.073**

Indemnités

Nouveautés

IFW (incapacity for work)
Le flux IFW est l'introduction nominative des indemnités primaires, par analogie aux indemnités d'invalidité qui doivent être fournies à l'INAMI. Les organismes assureurs sont prêts pour aller en production. Nous attendons encore actuellement le signal de départ de l'INAMI.

Flux récup OA
C'est un flux électronique avec lequel les mutualités communiquent trimestriellement les données relatives aux récupérations à l'INAMI. Le flux devrait entrer en production le 1er janvier 2014. Cette période a été prolongée d'un an. Cela nous amène donc au 1er janvier 2015. Les organismes assureurs peuvent commencer à programmer.

EDID/IDES/FLUX-IN
Cela concerne un flux pour l'échange de reconnaissances médicales invalidité avec l'INAMI. Les discussions commerciales pour le flux vers l'INAMI ont été clôturées. Un flux récurrent doit encore être discuté. En outre, il y a encore des discussions à l'INAMI sur les traitements au niveau mutualiste.

L500 (flux pour la feuille de renseignements chômage)
Le flux pour la feuille de renseignements chômage n'est pas satisfaisant. On cherche comment améliorer ce flux.

L050/A050
Actuellement, les mutualités fournissent des informations relatives aux périodes d'incapacité de travail via l'A052 et l'A020. Le nouveau flux A050/L050 doit remplacer ceux-ci et transmettre, outre les périodes, les paiements pour l'incapacité de travail. L'analyse commencerait en 2013 et elle pourrait aller en production au plus tôt en 2014.

Projet EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information)
C'est le flux relatif à l'échange de données dans le cadre des conventions internationales. Les exigences doivent être réexaminées. Cela aurait lieu à partir du 1er janvier 2014. Provisoirement, aucune nouvelle date n'est encore fixée pour la production.

Flux FFE
C'est un flux de données du Fonds de fermeture d'entreprises aux organismes assureurs pour éviter les associations d'indemnités. Le développement a lieu en 2014.

Flux Art 195
C'est un flux de données relatif à l'échange de données art. 195 §2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, via lequel les organismes assureurs peuvent recevoir des frais d'administration plus élevés en appliquant des récupérations et qui remplacerait le circuit actuel.
Les discussions entre les organismes assureurs et l'INAMI ont commencé.

L035
C'est un flux par le biais duquel les données peuvent être demandées à l'ONEM. Elles seront utiles pour l'alignement. Le Collège intermualiste national (CIN) a déjà programmé ce flux. Les organismes assureurs déterminent eux-mêmes quand ils sont prêts.

A045
C'est le flux de données relatif à la déclaration d'une maladie professionnelle. Le CIN a déjà programmé ce flux. Les organismes assureurs déterminent eux-mêmes quand ils sont prêts.

Annulations ASR
La possibilité d'annuler un flux ZIMA (feuille de renseignements employeur) est prévue. Smals cherche d'éventuelles solutions (priorité moyenne).

ASR follow it
C'est une application web qui permet de suivre le flux ZIMA (feuille de renseignements auprès de l'employeur). On travaille encore trop sur papier pour utiliser cette application (priorité faible).

INDU
C'est un flux relatif aux récupérations sur tous les secteurs de la sécurité sociale. Les discussions débutent en 2013.

FAT phase 2
Les flux autour des accidents du travail doivent être élargis à toutes les incapacités de travail (actuellement, seules les incapacités temporaires pouvaient être communiquées). Les flux sont prévus d'ici début 2014 pour le secteur (FAT et organismes assureurs).

Sous réserve d'approbation par le gouvernement, les propositions suivantes vont débuter :

1. **L'augmentation du plafond AMI de 2 %**
   Le montant du salaire minimum qui entre en considération pour le calcul de l'indemnité est augmenté de 2 % à partir du 1er avril 2013.

2. **Augmentation de l'intervention aide d'une tierce personne jusqu'à 20 €**
   A partir du 1er avril 2013, l'intervention pour l'aide d'une tierce personne est augmentée jusqu'à 20 € pour tous les titulaires qui satisfont aux critères. Cette mesure est également valable pour les indépendants.

3. **Augmentation de la prime de rattrapage de 66 € (régime général)**
   La prime de rattrapage qui est versée aux invalides au cours du mois de mai 2013 dont la durée de l'incapacité de travail a atteint un an au 31 décembre de l'année précédente est augmentée de 66 € pour les travailleurs salariés.

4. **Revalorisation des minima**
   4a) Travailleurs réguliers
   Le 1er septembre 2013, les minima pour les travailleurs réguliers pour les titulaires avec charge de famille et pour les isolés seront revalorisés de 1,25 % suite à l'augmentation des pensions minimum pour les travailleurs salariés. Les minima pour les cohabitants seront également augmentés de 1,25 %.

   4b) Travailleurs non réguliers
   Le 1er septembre 2013, les minima pour les travailleurs non réguliers seront augmentés de 2 % suite à l'augmentation du revenu d'intégration.

5. **Revalorisation des indemnités pour les titulaires en incapacité depuis 6 ans**
   A partir du 1er septembre 2013, les indemnités des titulaires qui atteignent 6 ans d'incapacité seront revalorisées de 2 %. Donc, pour les invalides qui étaient malades du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2013 inclus.

6. **Suspension en 2013 de l'application de la mesure de revalorisation de l'indemnité de 2 % pour les titulaires qui sont en incapacité de travail depuis 15 ans**
   L'art. 237quater de l'A.R. du 3/7/1996 prévoit une revalorisation récurrente des indemnités de 2 % pour les titulaires qui sont en incapacité de travail depuis 15 ans. Cette mesure n'est pas d'application sur les salaires minimum. L'application de cette mesure qui devait entrer en vigueur au 1/9/2009 est suspendue à partir de la date précitée.

Dépenses

	2012	12/11	2012	12/11
	Régime général :		Régime indépendant :	
Incapacité de travail primaire	€ 82.450.542,73	4,12 %	€ 5.617.670,64	-0,90 %
Maternité	€ 25.681.160,07	26,65 %	€ 876.251,01	7,88 %
Congé de paternité et d'adoption	€ 1.648.429,33	-71,31 %		
Pauses d'allaitement	€ 16.836,41	-7,85 %		
Indemnité d'invalidité	€ 240.858.893,50	6,53 %	€ 23.605.240,34	2,98 %
Maternité et invalidité	€ 305.613,98	-1,43 %	€ 0,00	0,00 %
Réadaptation professionnelle	€ 45.698,37	91,50 %	€ 1.101,82	100,00 %
Indemnité pour les frais funéraires	€ 495.899,16	2,92 %		
Total par régime	**€ 351.503.073,55**	**5,83 %**	**€ 30.100.263,81**	**2,37 %**
Total	**€ 381.603.337,36**	**5,55 %**		

Soins de santé

Dépenses

Evolution des principaux secteurs de soins pour l'UNML

Rubriques	Dépenses 2012	Evolution par rapport à 2011
Honoraires médicaux	424.184,26	3,68 %
Soins dentaires	41.851,16	-5,53 %
Prestations pharmaceutiques	260.349,25	-1,05 %
Soins infirmiers à domicile	83.808,29	6,77 %
Kinésithérapie	37.353,73	2,21 %
Bandagistes - Orthopédistes	16.381,88	4,52 %
Implants	41.374,08	9,70 %
Soins par opticiens	1.035,17	-0,79 %
Soins par audiciens	2.968,54	9,96 %
Accoucheuses	677,53	3,04 %
Prix d'une journée d'entretien	320.220,71	4,14 %
Forfait prix d'une journée d'entretien dans un hôpital général	14.747,22	8,77 %
Hôpital militaire	421,18	-0,41 %
Dialyse	26.038,30	2,54 %
MRS / MRPA / Centre soins de jour	144.994,61	3,77 %
Soins de santé mentale	7.442,38	4,30 %
Rééducation	30.148,19	6,89 %
Fonds spécial	221,02	-77,15 %
Logopédie	3.831,51	2,39 %
Régularisations	-6.012,59	-34,44 %
Maximum à facturer (MAF)	22.362,93	3,44 %
Patients chroniques	7.025,12	7,48 %
Soins palliatifs	1.150,71	10,50 %
Reste	2.677,54	4,45 %
TOTAL	**1.485.252,70**	**3,24 %**

Bilan

Les comptes de l'assurance maladie et invalidité pour l'année 2010 ont été approuvés par le Comité général de gestion de l'INAMI le 19 novembre 2012.

Nous avons clôturé l'année 2010 avec un boni en soins de santé de 11.316.818,45 € et un boni frais d'administration de 554.587,86 €.

Jusqu'à présent, les années 2011 et 2012 n'ont pas encore été clôturées de sorte que le bilan 2011/2012 reflète une situation provisoire.

Le total du bilan augmente d'environ 9 millions d'euros, ce qui s'explique en grande partie par une diminution de la créance en matière de frais d'administration, par une augmentation de la créance à l'égard de l'INAMI du côté actif, par une augmentation des dettes envers les tiers payants et par une diminution des dettes diverses du côté passif.

ACTIF	2012	2011
Actifs financés par la réserve des frais d'administration (rubrique 1399) ou par des tiers (rubriques 17, 43 ou 48)	**298,82**	**12.077,63**
I. Frais d'établissement	0,00	0,00
II. Immobilisations incorporelles	0,00	0,00
III. Immobilisations corporelles	0,00	0,00
IV. Immobilisations financières	298,82	12.077,63
V. Créances à plus d'un an	0,00	0,00
Actifs circulants	**162.151.773,38**	**152.622.197,19**
VI. Stocks	0,00	0,00
VII. Créances à un an au plus	155.894.196,98	145.474.466,96
VIII. Placements de trésorerie (financés par le fonds spécial de réserve des frais d'administration)	1.771.550,03	1.769.162,17
IX. Valeurs disponibles	1.696.703,44	2.271.141,75
X. Comptes de régularisation	2.789.322,93	3.107.426,31
Total de l'actif	**162.152.072,20**	**152.634.274,82**

PASSIF	2012	2011
Capitaux propres	**46.181.395,08**	**46.181.395,08**
I. Réserves	46.181.395,08	46.181.395,08
II. Réserve soins de santé au 31-12-1994	0,00	0,00
III. Mali cumulé soins de santé au 31-12-1994	0,00	0,00
Dettes	**115.970.677,12**	**106.452.879,74**
VII. Dettes à plus d'un an	0,00	0,00
VIII. Dettes à un an au plus	113.567.866,93	103.972.038,48
IX. Comptes de régularisation	2.402.810,19	2.480.841,26
Total du passif	**162.152.072,20**	**152.634.274,82**

Services complémentaires

38 Loi sur l'assurance maladie complémentaire
40 Résultat et réserves des services
41 Bilan

Loi sur l'assurance maladie complémentaire

Depuis le 1er janvier 2012, le paysage de l'« assurance complémentaire » a été fortement modifié :

- les services complémentaires deviennent obligatoires pour tous ;
- on ne demande plus une cotisation par ménage mais une cotisation par ménage mutualiste. L'Union nationale a préféré demander une cotisation plus élevée à un ménage mutualiste avec personnes à charge qu'à un ménage mutualiste sans personnes à charge ;
- une distinction doit être faite entre les services d'assurances d'une part, et les opérations et les services qui ne sont ni des opérations ni des assurances d'autre part (les ni-nis).

L'origine de la loi sur l'assurance maladie complémentaire

La loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire a été publiée au Moniteur belge du 28 mai 2010. C'est elle qui introduit une réforme des services complémentaires qui peuvent être organisés au sein du secteur mutualiste.

Celle-ci fait suite à une procédure de mise en demeure par la Commission européenne, demandant à la Belgique de mettre sa législation en conformité aux directives assurances « non-vie ».

La Commission estimait que certains services organisés par les entités mutualistes dans le cadre de l'assurance complémentaire devaient être considérés comme des assurances « non-vie » et devaient dès lors respecter les mêmes règles que les assureurs privés.

Par conséquent, la loi du 26 avril 2010 prévoit que ces services ne peuvent être offerts que par des entités distinctes et conçues spécialement pour cette finalité sous la forme d'une « société mutualiste d'assurances (SMA) ».

L'exécution de la loi sur l'assurance maladie complémentaire

En application de cette loi, la SM Hôpital Plus a été transformée en SM d'assurances Hôpital Plus le 1er janvier 2012. Sous le numéro d'agrément 450/01, notre SMA peut offrir des assurances au sens de la branche 2 (maladie) et de la branche 18 (assistance).

L'ensemble des assurances hospitalisation d'Hôpital Plus est composé de cinq produits : Hôpital Plus 100, Hôpital Plus 200, Hôpital Plus Franchise, Hospi forfait base et Hospi forfait Plus.

En outre, l'ancienne Assurance Soins Plus a également été intégrée dans la SMA.

Les cinq produits d'hospitalisation comptent 108.000 assurés.

La loi du 26 avril 2010 stipule que les mutualités constituant la SMA peuvent demander le statut juridique d'intermédiaire d'assurances. Les dix Mutualités Libérales ont demandé ce statut et ont toutes été effectivement reconnues comme intermédiaires d'assurances de la SMA Hôpital Plus.

Cela implique que leurs membres du personnel qui entrent en contact avec l'assurance hospitalisation, ont le statut de « personne en contact avec le public » (PCP), ou le statut de « responsable de la distribution » (RD). Pour obtenir un tel statut, ils doivent satisfaire à certaines conditions en matière d'expérience et de connaissances. Les membres du personnel ayant une expérience insuffisante, c'est-à-dire engagés après le 1er janvier 2010, doivent suivre une formation et passer un examen chez Febelfin.

Au cours du deuxième trimestre 2012, Hôpital Plus a offert une formation similaire à toutes les mutualités.

Malgré son nom, l'Assurance soins flamande sort du cadre de la notion d'assurance de la loi du

26 avril 2010. Elle continue donc à être organisée par une société mutualiste (SM) ordinaire.

Les mutualités, les unions nationales et les sociétés mutualistes qui n'offrent pas d'assurances peuvent organiser deux types de services : des opérations et des services qui n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se réalise un événement incertain et futur.

Les « opérations » doivent répondre à différents critères cumulatifs, notamment : le caractère obligatoire de l'affiliation, l'accès garanti pour tous les membres, l'impossibilité d'exclure une personne en raison de son âge ou de son état de santé, le caractère forfaitaire des cotisations pour tous les membres avec pour seule possibilité de différentiation la composition du ménage ou le statut social et l'égalité du service pour tous les membres.

Afin de respecter les nouvelles directives légales au 1er janvier 2012, le contenu de certains services a été adapté. A savoir, les services assistance médicale et frais médicaux à l'étranger, soins dentaires, optique, médecine parallèle, prestations de santé, naissance et adoption, jeunesse, séjours de repos et de convalescence et séjours pour invalides.

Jusqu'à présent, l'Office de contrôle des mutualités ne s'est pas encore prononcé pour certains services. Il s'agit de services qui ne sont ni des opérations, ni des assurances comme les actions pour les jeunes, les personnes handicapées et les seniors.

A côté des modifications du contenu des services, la loi a aussi un impact sur le fonctionnement interne ; la programmation a été adaptée en profondeur, les membres refusant systématiquement de payer pour l'assurance complémentaire sont exclus et des adaptations comptables ont lieu en raison de la réforme des codes de classification et des règles en matière de fonds de roulement. Ces dernières sont en vigueur depuis 2013.

Fin 2010, Assuralia a introduit un recours en annulation partielle de la loi du 26 avril 2010 auprès de la Cour constitutionnelle. Assuralia estimait, en effet, que le système prévu par la loi permettant aux entités mutualistes d'exercer de manière limitée des activités dans le cadre de l'assurance complémentaire, était contraire au droit européen et au droit belge.

Par un arrêt du 24 novembre 2011, la Cour a rejeté ce recours dans son intégralité.

Assuralia avait également introduit un recours en annulation de l'arrêté royal du 2 mars 2011 devant le Conseil d'Etat. Par un arrêt du 20 septembre 2012, le Conseil d'Etat a rejeté le recours d'Assuralia.

Résultat et réserves des services

Code	Service	Résultat	Réserves
1	Assistance médicale et de couverture de frais médicaux à l'étranger	17.257,13	584.598,48
5	Soins dentaires	68.183,82	898.329,27
6	Optique	76.778,52	429.626,79
7	Médecines parallèles	29.614,20	96.814,15
9	Prestations médicales diverses	49.455,12	240.035,46
23	Séjours de repos et séjours de convalescence	261.705,28	831.355,56
24	Séjours de courte durée	44.422,35	97.633,35
30	Garde à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer	2.564,05	24.110,14
50	Naissance et adoption	19.002,53	121.463,56
56	Epargne prénuptiale	155.578,22	751.907,07
70	Jeunesse	55.045,29	496.828,46
72	Séjours pour invalides	-6.793,58	-7.223,25
73	Séjours pour seniors	46.343,79	395.163,12
74	Bien-être	178.026,73	462.653,68
80	Assistance juridique	28.768,98	271.597,88
81	Information et périodique	78.144,84	383.399,64
90	Fonds de réserve	85.318,49	9.558.932,30
98	Centre administratif	3.818.989,65	22.653.706,64
Total		**5.008.405,41**	**38.290.932,30**

Bilan

ACTIF	2012	2011
Actifs immobilisés	**6.263.003,94**	**6.846.157,43**
I. Frais d'établissement	0,00	0,00
II. Immobilisations incorporelles	0,00	0,00
III. Immobilisations corporelles	5.674.279,89	6.212.977,70
IV. Immobilisations financières	167.428,98	152.609,18
V. Créances à plus d'un an	421.295,07	480.570,55
Actifs circulants	**56.634.326,11**	**54.326.431,47**
VI. Stocks	0,00	0,00
VII. Créances à un an au plus	7.641.167,63	5.940.623,29
VIII. Placements de trésorerie	47.668.966,77	47.236.829,11
IX. Valeurs disponibles	558.471,86	381.373,82
X. Comptes de régularisation	765.719,85	767.605,25
Total de l'actif	**62.897.330,05**	**61.172.588,90**

PASSIF	2012	2011
Capitaux propres	**38.290.932,30**	**33.282.526,89**
I. Réserves	38.298.155,55	33.282.956,56
II. Déficit cumulé	-7.223,25	-429,67
Provisions	**9.027.657,48**	**10.129.394,46**
III. Provisions techniques relatives à l'épargne prénuptiale	8.354.523,00	8.655.365,00
IV. Provisions techniques des services autres que l'épargne prénuptiale	0,00	648.183,24
VI. Provisions pour risques et charges	673.134,48	825.846,22
Dettes	**15.578.740,27**	**17.760.667,55**
VII. Dettes à plus d'un an	8.485.085,41	8.946.755,67
VIII. Dettes à un an au plus	7.012.738,29	8.718.471,95
IX. Comptes de régularisation	80.916,57	95.439,93
Total du passif	**62.897.330,05**	**61.172.588,90**

Principales modifications des rubriques du bilan

La diminution de la rubrique de l'actif : III « Immobilisations corporelles » est due aux amortissements et aux investissements limités en 2012.

L'augmentation de la rubrique de l'actif : VII B. « Créances à un an au plus » est à imputer principalement au préfinancement des travaux au Cosmopolite.

Compte de résultats

Nous clôturons l'exercice avec un boni de 5.008.405,41 euros.

Le centre administratif note un boni de 3.818.989,65 euros avec comme rubriques principales :

- Transfert boni assurance obligatoire :
  Solde 2010 : 1.423.768,49 euros
  Boni 2012 : 625.806,30 euros
- Plus-value non réalisée cordius : 897.100,00 euros
- Prise en charge créance sur l'épargne prénuptiale : 351.400,91 euros

Vous trouverez, en annexe, les comptes de résultats par service.

Contact

Union Nationale des Mutualités Libérales

Rue de Livourne 25 – 1050 Bruxelles
Tél. 02/542.86.00 – fax 02/542.86.99
www.mutualiteliberale.be
info@mutlib.be

Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen

Lange Nieuwstraat 109 – 2000 Antwerpen
Tél. 03/203.76.00 – Fax 03/225.02.35
E-mail: info@lmpa.be

Mutualité Libérale du Brabant

Place de la Reine 51-52 – 1030 Bruxelles
Tél. 02/209.48.11 – Fax 02/219.01.54
E-mail: info@mut403.be

Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen

Revillpark 1 – 8000 Brugge
Tél. 050/45.01.00 – Fax 050/45.01.02
E-mail: info@lmwvl.be

Liberale Mutualiteit van Oost-Vlaanderen

Brabantdam 109 – 9000 Gent
Tél. 09/223.19.76 – Fax 09/224.11.74
E-mail: infocomm@libmutov.be

Mutualité Libérale Hainaut-Namur

Rue Anatole France 8-14 – 7100 La Louvière
Tél. 064/23.61.90 – Fax 064/23.61.91
Rue Bas de la Place 35 – 5000 Namur
Tél. 081/23.18.23 – Fax 081/24.10.37
E-mail: contact@mut409.be

Mutualité Libérale Hainaut-Ouest

Rue Childéric 15 – 7500 Tournai
Tél. 069/34.38.00 – Fax 069/21.67.20
E-mail: mutlib413@mutualiteliberale-ho.be

Mutualité Libérale Liège

Boulevard Frère-Orban 45-46-47 – 4000 Liège
Tél. 04/252.44.48 – Fax 04/253.22.02
E-mail: secretariat@libramut.be

Liberale Mutualiteit Limburg

Geraetsstraat 20 – 3500 Hasselt
Tél. 011/29.10.00 – Fax 011/22.20.67
E-mail: info@lml.be

Liberale Mutualiteit - Vlaams Gewest

Prieelstraat 22 – 1730 Asse
Tél. 02/452.90.10 - 02/454.06.70 – Fax 02/452.62.20
E-mail: info@lmvlg.be

Mutualité Libérale du Luxembourg

Avenue de la Gare 37 – 6700 Arlon
Tél. 063/24.53.00 – Fax 063/21.73.29
E-mail: contact@mutualiteliberale.be

MUTUALITE LIBERALE
la confiance saine

Rue de Livourne 25 – 1050 Bruxelles
Tél. 02/542.86.00 – fax 02/542.86.99
www.mutualiteliberale.be