

Hoofdstuk 1

Belang van het mutualistisch stelsel



Jaarverslag
2012

1.1. VERPLICHTE VERZEKERING⁽¹⁾

De verplichte verzekering is ingedeeld in een sector geneeskundige verzorging en een sector uitkeringen. Deze beide sectoren hebben zowel betrekking op de loontrekkenden en de gelijkgestelden als op de zelfstandigen. Er dient echter opgemerkt dat laatstgenoemd onderscheid vanaf het jaar 2008 werd afgeschaft ingevolge de integratie van de terugbetaling van de prestaties geneeskundige verzorging "kleine risico's" (raadplegingen, geneesmiddelen,...) voor de zelfstandigen in de verplichte verzekering.

1.1.1. Geneeskundige verzorging

In 2011 telde deze sector 10,88 miljoen rechthebbenden. Het bedrag van de prestaties bedroeg in het boekjaar 2011 23,43 miljard EUR. Dit bedrag had betrekking op een volume van meer dan 1.044,00 miljoen prestaties.

1.1.2. Uitkeringen

Deze sector telde in 2011 ongeveer 4,18 miljoen gerechtigden in de algemene regeling en 0,60 miljoen gerechtigden in de regeling van de zelfstandigen.

De sector van de uitkeringen omvatte de primaire arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit⁽²⁾, het vaderschapsverlof, alsmede het moederschapsverlof en de begrafeniskosten. In 2011 bedroegen de toegekende uitkeringen inzake primaire arbeidsongeschiktheid voor beide regelingen samen 1.470,39 miljoen EUR, hetzij meer dan 34,77 miljoen vergoedbare dagen. De uitkeringen voor invaliditeit bedroegen globaal 3.691,07 miljoen EUR, hetgeen meer dan 91,56 miljoen vergoedbare dagen vertegenwoordigt.

Voor hetzelfde jaar vertegenwoordigden de uitkeringen voor moederschap, met inbegrip van het vaderschapsverlof, voor beide regelingen samen 629,65 miljoen EUR, daar waar de uitkeringen voor begrafeniskosten voor de algemene regeling⁽³⁾ 6,56 miljoen EUR bedroegen.

1.2. AANVULLENDE VERZEKERING

Het bedrag van de prestaties aan de leden van de aanvullende verzekering bedroeg ongeveer 905,33 miljoen EUR in 2011. Dit bedrag omvat niet de uitgaven aan prestaties van het voorhuwelijkssparen die in hetzelfde boekjaar 38,18 miljoen EUR bedroegen.

(1) Voor meer informatie betreffende de verplichte verzekering wordt de lezer verwezen naar de publicaties van het RIZIV.

(2) De periode van invaliditeit vangt aan na het 1^{ste} jaar arbeidsongeschiktheid, waarbij dit 1^{ste} jaar de periode van primaire arbeidsongeschiktheid wordt genoemd.

(3) De regeling van de zelfstandigen voorziet niet in uitkeringen voor begrafeniskosten. De algemene regeling voorziet hierin ook niet meer sedert 1 januari 2013.

Hoofdstuk 2

De mutualistische structuren



*Jaarverslag
2012*

2.1. DE STRUCTUUR VAN HET MUTUALISTISCH SYSTEEM – ENTITEITEN DIE GEEN VERZEKERINGSPRODUCTEN MOGEN AANBIEDEN

Op 31 december 2012 zag de structuur van het mutualistisch systeem er als volgt uit:

	Verzekeringsinstellingen	Maatschappijen van onderlinge bijstand ⁽¹⁾	Ziekenfondsen		Andere maatschappijen van onderlinge bijstand ⁽²⁾
			met ten minste 15.000 leden	met minder dan 15.000 leden	
Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	1	3	19	-	2
Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen	1	2	7	-	-
Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	1	3	11	-	-
Landsbond van Liberale Mutualiteiten	1	1	8	2	-
Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	1	1	6	1	-
Maatschappijen van onderlinge bijstand niet aangesloten bij een ziekenfonds	-	-	-	-	-
Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering	1	-	-	-	-
Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding	1	-	-	-	-
Totaal	7	10	51	3	2

2.2. ONTBINDING VAN MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

Overeenkomstig artikel 45 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen kunnen de ziekenfondsen, de landsbonden en de maatschappijen van onderlinge bijstand ontbonden worden door een beslissing van de algemene vergadering die daartoe speciaal wordt bijeengeroepen. Artikel 46 van deze wet voorziet dat de algemene vergadering die tot deze ontbinding besluit één of meer vereffenaar(s) aanwijst. Ingevolge het koninklijk besluit van 17 september 2010 tot uitvoering van artikel 70, § 4, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen zijn deze bepalingen eveneens van toepassing op de maatschappijen van onderlinge bijstand die geen verzekeringsproducten mogen aanbieden. Vermits ter zake aan alle voorschriften werd voldaan, heeft de Raad ingestemd met de ontbinding van een maatschappij van onderlinge bijstand op 1 januari 2013.

2.3. VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJEN VAN ONDERLINGE BIJSTAND

In 2012 heeft de Controledienst dertien entiteiten toegelaten om verzekeringsproducten van tak 2 van bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden, en, aanvullend, om een dekking van de risico's die behoren tot de bijstand zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 bij het voornoemd koninklijk besluit in te richten en zulks, als verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand. Het betreft een nieuwe juridische vorm om verzekeringen in België te kunnen aanbieden.

(1) Maatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld bij artikel 43bis, § 1, van de wet van 6 augustus 1990

(2) Maatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld bij artikel 70, §§ 1 en 2, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990.

2.4. DE SAMENWERKINGSAKKOORDEN EN DE RELATIES MET DERDE ENTITEITEN DIE VERBONDEN ZIJN MET DE LANDSBONDEN EN DE ZIEKENFONDSEN

2.4.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Artikel 43, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 voorziet dat de ziekenfondsen en de landsbonden met het oog op de verwezenlijking van hun doelstellingen, namelijk de bevordering van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn, kunnen samenwerken met publiek- of privaatrechtelijke rechtspersonen⁽¹⁾. Met toepassing van deze bepaling werden door de mutualistische entiteiten samenwerkingsakkoorden met derden afgesloten voor het inrichten van talrijke diensten die in het teken staan van de gezondheid en waarvan de organisatie een specifieke infrastructuur of bekwaamheid vergt (verpleegkundige zorgen, familiale hulp,...).

Deze samenwerkingsakkoorden zijn onderworpen aan modaliteiten inzake afsluiting en rapportering.

Eenzijds heeft de Koning, op voorstel van de Controledienst, met toepassing van artikel 43, § 2, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990, bij een in Ministerraad overlegd besluit van 5 november 2002, dat op 1 januari 2003 van kracht werd, bepaald dat sommige diensten geen voorwerp mogen uitmaken van een dergelijk samenwerkingsakkoord. Het betreft de diensten die tot doel hebben aan de leden tegemoetkomingen in speciën toe te kennen bij familiale of sociale gebeurtenissen waarvan de inrichting geen specifieke infrastructuur of bekwaamheid vergt, alsook de dienst voorhuwelijkssparen, waarvan de inrichting uitsluitend voorbehouden is aan de landsbonden.

Anderzijds voorziet voornoemd artikel 43 in zijn § 2 tevens dat de samenwerkingsakkoorden schriftelijk moeten worden afgesloten volgens een model opgesteld door de Controledienst en dat de doelstelling en de modaliteiten van de samenwerking, alsook de rechten en verplichtingen die hieruit voortvloeien voor de leden en hun personen ten laste, hierin uitdrukkelijk moeten worden opgenomen.

Daarnaast voorziet § 4 van voornoemd artikel 43 dat de raad van bestuur jaarlijks verslag moet uitbrengen aan de algemene vergadering over de uitvoering van de afgesloten samenwerkingsakkoorden en over de manier waarop de door de bedoelde entiteit ingebrachte middelen werden aangewend. Dit verslag en de notulen van de betreffende algemene vergadering moeten aan de Controledienst worden overgemaakt. Met het besluit van 2 augustus 2002 heeft de Koning, op voorstel van de Controledienst en na advies van het Technisch comité, bepaald dat dit verslag minimaal de volgende gegevens moet bevatten:

- 1° de inventaris van de samenwerkingsakkoorden afgesloten door het ziekenfonds of de landsbond van ziekenfondsen. Deze inventaris dient de samenwerkingsakkoorden te vermelden die ten opzichte van het vorige boekjaar opgezegd, uitdrukkelijk of stilzwijgend verlengd of gewijzigd werden. In dit laatste geval dienen de aangebrachte wijzigingen te worden gepreciseerd;
- 2° per samenwerkingsakkoord,
 - de statutaire diensten voor de uitvoering van dewelke het samenwerkingsakkoord werd afgesloten;
 - de beoogde doelstellingen bij het afsluiten van het samenwerkingsakkoord;
 - de beschrijving en de financiële evaluatie van de uitgevoerde diensten en van de acties ondernomen door de medecontractant van het ziekenfonds of de landsbond in het kader van de uitvoering van het samenwerkingsakkoord;

⁽¹⁾ Het merendeel van de samenwerkingsakkoorden wordt afgesloten met verenigingen zonder winstoogmerk.

- het globaal bedrag van de financiële transfers uitgevoerd door het ziekenfonds of de landsbond ten gunste van de medecontractant in uitvoering van het samenwerkingsakkoord;
- 3° een staat van de schuldvorderingen en schulden van het ziekenfonds of de landsbond ten opzichte van elke privaot- of publiekrechtelijke rechtspersoon waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten;
- 4° een staat van de rechten en verplichtingen, buiten balans, van het ziekenfonds of de landsbond ten opzichte van elke privaot- of publiekrechtelijke rechtspersoon waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten.

Per omzendbrief van 3 maart 2003 heeft de Controledienst verduidelijkt dat dit verslag moet ingediend worden binnen de 30 dagen die volgen op de algemene vergadering die de jaarrekening van de aanvullende verzekering heeft goedgekeurd.

Ten slotte heeft de programmawet van 27 december 2004 aan de Controledienst de bevoegdheid verleend de vorm vast te leggen waaronder de voornoemde minimumgegevens aan hem moeten worden overgemaakt, alsook de vereisten waaraan deze moeten voldoen.

2.4.2. Beleid van de Controledienst

Er dient benadrukt dat de Controledienst niet beschikt over controlebevoegdheden op de entiteiten waarmee samenwerkingsakkoorden werden afgesloten.

Nochtans heeft de Controledienst zich ingespannen om een betere kennis te verwerven van de relaties die de ziekenfondsen, de landsbonden en de maatschappijen van onderlinge bijstand onderhouden met deze entiteiten om aldus tot een grotere transparantie te komen, niet enkel wat betreft de doelstelling die wordt nagestreefd bij het afsluiten van dergelijke akkoorden, maar ook inzake de wijze van aanwending van de fondsen die naar deze entiteiten worden getransfereerd. De Controledienst heeft daartoe reeds wijzigingen aan de wet van 6 augustus 1990 voorgesteld en heeft zelf verschillende maatregelen genomen in uitvoering van deze wet.

2.4.3. Partnerschapovereenkomsten

Naast samenwerkingsovereenkomsten hebben mutualistische entiteiten ook partnerschapovereenkomsten afgesloten op basis waarvan aan de leden van de betreffende mutualistische entiteiten kortingen worden aangeboden door de "partner" op zijn producten of diensten. De Raad van de Controledienst heeft hieraan zijn principieel akkoord verleend maar heeft gewezen op de noodzaak dat de toegekende kortingen verband moeten houden met de notie gezondheid.

Hoofdstuk 3

Wettelijke en
reglementaire
bepalingen



Jaarverslag
2012

3.1. DE WET VAN 29 MAART 2012 HOUDENDE DIVERSE BEPALINGEN (I)

Artikel 70 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) heeft de termijn verlengd binnen dewelke de Controledienst zich moet uitspreken over de goedkeuring van de statuten en van de wijzigingen aan die statuten zoals beslist door de algemene vergaderingen van de ziekenfondsen, de landsbonden van ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand die geen verzekeringsproducten mogen aanbieden. Meer bepaald is de termijn opgetrokken van 75 naar 120 dagen, doch enkel voor de statutaire bepalingen die na 1 juli 2010 en uiterlijk op 1 januari 2012⁽¹⁾ ingingen. Omdat het van belang was dat de Controledienst voorlopig bleef beschikken over een goedkeuringstermijn van 120 dagen voor de dossiers die statutaire bepalingen betreffen die na 1 januari 2012 ingaan, heeft de wet van 29 maart 2012 houdende diverse bepalingen (I) in artikel 11 van de wet van 6 augustus 1990 ingevoegd dat de verlengde termijn eveneens geldt voor de statutaire bepalingen die, zoals beslist door de algemene vergadering van de betrokken entiteit, na 1 januari 2012 en ten laatste op 1 januari 2014 in werking treden. Het onderzoek van de statuten en van de statutaire wijzigingen met de inwerkingtreding van de voornoemde wet van 26 april 2010 is immers veel moeilijker geworden en stelt nieuwe technische problemen. Dit maakt het de Controledienst onmogelijk om de betreffende dossiers binnen de voorziene termijn van 75 dagen te behandelen, en dit, des te meer omdat de algemene vergaderingen van alle mutualistische entiteiten in dezelfde periode gehouden worden en de aanvragen tot goedkeuring van de statuten en van de statutaire wijzigingen derhalve bijna tegelijkertijd aan de Controledienst worden bezorgd. In dit verband dient er tevens aan te worden herinnerd dat bij gebrek aan beslissing binnen de aan de Controledienst opgelegde termijn om zich uit te spreken, de wet van 6 augustus 1990 preciseert dat de betreffende statutaire bepalingen worden geacht de goedkeuring te hebben verkregen. De afwezigheid van verlenging van het behoud van de voormelde termijn van 120 kalenderdagen zou tot gevolg kunnen hebben dat statutaire bepalingen van diensten van de aanvullende verzekering ambtshalve goedgekeurd zouden worden terwijl niet zou voldaan zijn aan de voorwaarden waaraan deze diensten overeenkomstig de wet moeten beantwoorden. Dienaangaande wordt eraan herinnerd dat de diensten die "verrichtingen" zijn, een notie betreffen die teruggaat op artikel 2, 2, b), van de eerste richtlijn "verzekeringen niet-leven". Deze richtlijn heeft geen betrekking op "verrichtingen van instellingen op het gebied van verzorging en bijstand waarvan de prestaties verschillen naar gelang van de beschikbare middelen en in het kader waarvan de bijdragen der leden forfaitair worden bepaald". Indien niet wordt voldaan aan de door deze definitie bedoelde criteria, zouden de diensten als verzekeringen niet-leven moeten beschouwd worden, terwijl de Belgische wetgeving met betrekking tot de aanvullende verzekering juist, ingevolge een gemotiveerd advies van de Europese Commissie, moest aangepast worden opdat het de mutualistische entiteiten niet meer zou toegelaten zijn om verzekeringsproducten aan te bieden. Daarnaast moeten de "verrichtingen" in de zin van de voornoemde wet van 6 augustus 1990, die deze wet kwalificeert als zijnde van algemeen belang, beantwoorden aan een aantal cumulatieve criteria, gebaseerd op de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie betreffende het solidariteitsbeginsel. De ambtshalve goedkeuring van statutaire bepalingen die deze "verrichtingen" betreffen, zonder de naleving van de criteria waaraan zij met het oog hierop moeten beantwoorden, zou tot gevolg hebben dat diensten die niet van algemeen belang zijn, toch als dusdanig erkend worden.

De wet van 29 maart 2012 bepaalt eveneens dat de Koning, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad en op eensluidend advies van de Controledienst, de voornoemde datum van 1 januari 2014 met ten hoogste één jaar kan verdagen.

(1) Rekening houdend met een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit van 21 januari 2011 dat de overgangperiode bedoeld in artikel 75 van voornoemde wet met 6 maanden heeft verlengd

3.2. KONINKLIJK BESLUIT VAN 10 NOVEMBER 2012 TOT UITVOERING VAN ARTIKEL 7, § 4, DERDE LID, VAN DE WET VAN 6 AUGUSTUS 1990 BETREFFENDE DE ZIEKENFONDSEN EN DE LANDBONDEN VAN ZIEKENFONDSEN

Het niveau van de voor de dienst "voorhuwelijks sparen" aan te leggen reservefondsen, zoals dit gold voor de diensten van de aanvullende verzekering vóór de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010, werd bepaald in het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 28, § 1, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Gelet op het feit dat in voornoemde wet van 26 april 2010 voorzien wordt dat voor de diensten die verrichtingen uitmaken en voor de diensten die noch verrichtingen noch verzekeringen zijn geen opbouw van voorzieningen mogelijk is en dat prestaties slechts kunnen worden aangeboden naar gelang van de beschikbare middelen, werd voormeld artikel 28 door het artikel 9 van de voornoemde wet van 26 april 2010 opgeheven. Aangezien echter voor de dienst "voorhuwelijks sparen" (voor een beschrijving van deze dienst wordt verwezen naar punt 6.2. van dit jaarverslag) steeds reservefondsen dienen te worden aangelegd opdat de landsbonden hun aangegane verbintenissen zouden kunnen nakomen, vult artikel 4 van de voornoemde wet van 26 april 2010 het artikel 7, § 4, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 aan met een derde lid, dat preciseert "*Op advies van de Controledienst bepaalt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, het niveau dat deze reservefondsen in verhouding tot de aangegane verbintenissen moeten bereiken.*".

In uitvoering van voormelde wettelijke bepaling werd op 10 november 2012 (B.S. van 11 december 2012) op advies van de Controledienst, na raadpleging van de sector in de schoot van het Technisch Comité, een koninklijk besluit uitgevaardigd. In dit koninklijk besluit van 10 november 2012 werden enkel de bepalingen met betrekking tot de solvabiliteitsmarge voor het voorhuwelijks sparen aangepast aan wat voorzien werd door het voormelde koninklijk besluit van 21 oktober 2002 op het vlak van de voor de betrokken dienst samen te stellen reservefondsen. Inzake het niveau van de technische voorzieningen, herneemt het koninklijk besluit van 10 november 2012 inderdaad de regels die voorzien waren in het koninklijk besluit van 21 oktober 2002. Dit niveau vertegenwoordigt de huidige waarde van de statutaire verplichtingen, namelijk de voordelen die gewaarborgd zijn aan de huidige spaarders op de door hen reeds gestorte en nog te storten bedragen. Wat de bepalingen met betrekking tot de solvabiliteitsmarge betreft, die tot doel heeft om moeilijk voorspelbare incidenten te waarborgen, bepaalt het koninklijk besluit van 10 november 2012, dat van toepassing is vanaf het boekjaar 2012, dat deze marge gebracht wordt:

- in de hypothese dat de door de statuten voorziene voordelen gelijk zijn voor alle leden (reeds aangesloten en toekomstige) op 15 % van het niveau van de technische voorzieningen, teneinde het risico te compenseren van een vermindering van de technische interestvoet (dit aspect vertegenwoordigt 9 % van de technische voorzieningen) en de aansluiting te waarborgen van een generatie nieuwe leden (dit aspect vertegenwoordigt 6 % van de technische voorzieningen);
- in de hypothese dat de voordelen verschillen naar gelang van de aansluitingsdatum, op 9 % van het niveau van de technische voorzieningen voor het geheel van de leden, waaraan 6% dient gevoegd te worden van het gedeelte van de technische voorzieningen voor de leden die genieten van de meest recente voordelen en dit percentage van 6 % wordt gewogen in functie van het aantal jaren gedurende dewelke de meest recente voordelen reeds van kracht zijn;
- in de hypothese dat nieuwe voordelen van kracht zouden worden na 31 december van het jaar waarvoor de solvabiliteitsmarge moet worden samengesteld, op 9 % van het niveau van de technische voorzieningen voor het geheel van de leden, waaraan 6% dient gevoegd te worden van het resultaat van een simulatie van de technische voorzieningen, berekend, uitgaande van de gegevens betreffende de leden die minder dan een jaar anciënniteit tellen, maar rekening houdend met de nieuwe voordelen;
- in de hypothese dat de dienst geen nieuwe aansluitingen meer zou aanvaarden, op 9 % van het niveau van de technische voorzieningen. In deze hypothese moet men inderdaad niet meer de aansluiting waarborgen van een generatie nieuwe leden, een aspect dat, zoals hiervoor gepreciseerd, 6 % vertegenwoordigt van de technische voorzieningen.

3.3. BELANGRIJKSTE OMZENDBRIEVEN VAN DE CONTROLEDIENST

3.3.1. Omzendbrief van 17 mei 2012 betreffende de procedure met betrekking tot de elektronische gegevensoverdracht tijdens controles ter plaatse

De Controledienst heeft vanwege het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid, afdeling "Sociale Zekerheid", een machtiging bekomen voor de raadpleging van persoonsgegevens door de inspecteurs in de kantoren van de mutualistische entiteiten.

In het kader van zijn controleopdracht zal de Controledienst telkens wanneer nodig gegevens opvragen bij de mutualistische entiteiten die via elektronische weg, d.w.z. onder bestandsvorm via USB-stick of CD-rom, ter plaatse ter beschikking moeten worden gesteld van de inspecteur. Het is de bedoeling aan de hand van een audithulpmiddel analyses uit te voeren op deze gegevens en eventueel de op basis hiervan geselecteerde gevallen nader te onderzoeken.

Deze omzendbrief verduidelijkt de veiligheidsmaatregelen die in dit verband dienen nageleefd door zowel de inspecteurs van de Controledienst als de verzekeringsinstellingen die aan een dergelijke controle worden onderworpen.

Voor wat betreft de inspecteurs van de Controledienst wordt gesteld dat zij geen gegevens onder de vorm van een elektronisch bestand mogen meenemen uit de mutualistische entiteit en dat zij alle eventuele kopies op papier van documenten dienen te bewaren ten zetel van de Controledienst achter slot in de daarvoor ter beschikking gestelde kast waartoe alleen de betreffende inspecteur toegang heeft. Deze kopies moeten worden vernietigd van zodra ze niet meer dienstig zijn.

De mutualistische entiteit, die als meewerkende instelling van sociale zekerheid van een secundair netwerk rond de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid reeds diende te beschikken over een informatieveiligheidsconsulent, dient de minimale veiligheidsnormen na te leven die werden bepaald door het Algemeen Coördinatiecomité van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid en die werden goedgekeurd door het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid.

3.3.2. Omzendbrief van 10 december 2012 betreffende de bijdragetabellen van de aanvullende verzekering in het softwareprogramma "ETAC"

Voor de elektronische overdracht van de bijdragetabellen van de aanvullende verzekering, die deel uitmaken van de statuten van de mutualistische entiteiten, wordt gebruik gemaakt van het softwareprogramma "ETAC" (cf. punt 7.1.2.6 hierna). Ingevolge de nieuwe organisatiestructuur van de aanvullende verzekering die werd opgelegd door de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) diende het softwareprogramma echter te worden aangepast.

De omzendbrief van 10 december 2012 verduidelijkt dat de aanpassingen die werden uitgevoerd aan het softwareprogramma "ETAC" hoofdzakelijk betrekking hebben op de definiëring van de ledencategorieën en de integratie van de nieuwe classificatiecodes van de diensten. Er wordt tevens op gewezen dat het softwareprogramma niet van toepassing is op de maatschappijen van onderlinge bijstand die verzekeringen aanbieden.

3.3.3. Omzendbrief van 11 december 2012 betreffende het houden en bewaren van de boeken, alsook de regelmatigheid en onveranderlijkheid van de boekingen

Artikel 9 van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 (besluit inzake de waarderingsregels) stelt dat de Controledienst de regels vaststelt voor het houden en bewaren van de boeken, alsook de werkwijze die de materiële continuïteit van de boeken, evenals de regelmatigheid en de onveranderlijkheid van de boekingen waarborgt.

Via deze omzendbrief werd, in nauwe samenwerking met de sector, uitvoering gegeven aan voornoemde bepaling. Vertrekkende van de instructies die reeds bestonden vóór het uitvaardigen van voornoemd koninklijk besluit en rekening houdend met de evolutie van de wetgeving op het vlak van het voeren van een computerboekhouding, werden voor de boekhouding van de verplichte verzekering en de aanvullende verzekering dezelfde regels vastgesteld. Deze regels betreffen de maandelijks en de jaarlijkse afsluiting, de onveranderlijkheid en de toegankelijkheid, het journaal, de maandelijks proef- en saldibalans en het grootboek. Er wordt tevens op gewezen dat deze omzendbrief niet van toepassing is op de maatschappijen van onderlinge bijstand die verzekeringen aanbieden.

Voor een uitvoerige bespreking van deze omzendbrief wordt verwezen naar punt 7.1.2.3. hierna.

3.3.4. Omzendbrief van 12 december 2012 betreffende het factuurboek derderbetalersregeling in de verplichte verzekering

Voor een aantal categorieën van zorgverleners voorziet de wetgeving dat de prestaties geneeskundige verzorging waarvan de terugbetaling minstens voor een deel ten laste is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging rechtstreeks worden gefactureerd aan de mutualistische entiteiten, hetgeen de derdebetalersregeling wordt genoemd. Alle mutualistische entiteiten die hierbij betrokken zijn, dienen hiertoe in volledige overeenstemming met hun boekhouding een specifiek factuurboek derdebetalersregeling bij te houden waarin alle sleutelgegevens uit het verwerkingsproces van deze derdebetalersfacturen worden opgenomen.

Onder bepaalde voorwaarden kunnen huisartsen, die normaliter geen gebruik kunnen maken van de derdebetalersregeling, toch deze regeling toepassen. In dit geval, genaamd "sociale derdebetalersregeling", moet het gaan om bijvoorbeeld rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming of personen die sedert ten minste zes maanden volledig werkloos zijn.

Deze omzendbrief verduidelijkt op welke wijze de facturen in het kader van de sociale derdebetalersregeling dienen verwerkt in het factuurboek derdebetalersregeling.

3.3.5. Omzendbrief van 14 december 2012 betreffende de controle op het naleven door de verzekeringsinstellingen van de bepalingen bedoeld door artikel 2, 7°, van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002

In toepassing van de bepalingen vervat in het artikel 2, 7°, van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, moet de Raad van de Controledienst jaarlijks de naleving door de verzekeringsinstellingen beoordelen van de termijnen die van toepassing zijn in de verplichte verzekering voor enerzijds de toewijzing aan een bepaalde boekingsmaand voor wat de prestaties voor geneeskundige verzorging betreft, of aan een bepaald trimester voor wat de uitkeringen betreft, en anderzijds de toewijzing aan de correcte boekhoudperiode van bij subrogatie verstrekte prestaties die effectief teruggevorderd werden.

Terwijl de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het tweede aspect altijd onderzocht werden door de inspecteurs van de Controledienst, werden deze met betrekking tot het eerste aspect tot op heden altijd onderzocht door de revisoren die werden aangesteld door de verzekeringsinstellingen.

Rekening houdend met de aankoop van een audithulpmiddel, alsook de machtiging die werd bekomen voor het gebruik ervan (zie punt 3.3.1. hiervoor), wordt via deze omzendbrief de beslissing van de Raad kenbaar gemaakt dat het onderzoek van het eerste aspect vanaf de evaluatieperiode 2012 zal overgenomen worden door de inspecteurs van de Controledienst. Deze omzendbrief bevat in dat verband enkele praktische onderrichtingen.

Hoofdstuk 4

**Dossiers aangaande
klachten ingediend door
mutualistische entiteiten**



*Jaarverslag
2012*

4.1. INGEDIENDE KLACHTEN

In toepassing van artikel 52, 10°, van de wet van 6 augustus 1990 kunnen de mutualistische entiteiten, net zoals particulieren, klacht indienen in verband met de toepassing van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten en dit bij de Controledienst, die er het passende gevolg aan zal geven. In de loop van 2012 werden bij de Controledienst 2 klachten ingediend door mutualistische entiteiten.

4.2. BESLISSINGEN VAN DE RAAD

4.2.1. Algemeen

Wanneer de Raad van oordeel is dat de elementen waarover hij beschikt van aard zijn om te besluiten tot de vaststelling van een inbreuk op de wet van 6 augustus 1990, op haar uitvoeringsbesluiten of op de boekhoudkundige en financiële bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die gesanctioneerd dient te worden, bestaan er diverse mogelijkheden om op te treden in functie van de aard en de ernst van de inbreuk. Behoudens de mogelijkheid tot benoeming van een bijzondere commissaris en tot intrekking van de erkenning van een dienst, kan de Raad de stopzetting vragen van de verweten handelwijze, de regularisatie van de toestand eisen binnen een door hem bepaalde termijn en een administratieve geldboete uitspreken. Naargelang het geval kunnen één of meerdere van deze maatregelen worden genomen. Daarnaast kan de Raad de richtlijnen waaraan geen of een onvoldoende gevolg werd gegeven, bekendmaken in het Belgisch Staatsblad en aankondigen in de dagbladen en publicaties van zijn keuze. De kosten van de bekendmaking en van de aankondiging worden op de betrokken landsbond verhaald.

4.2.2. Beslissingen van de Raad

In 2012 heeft de Raad een administratieve geldboete uitgesproken omdat hij van oordeel was dat een mutualistische entiteit een overeenkomst had afgesloten met een commerciële vennootschap met het oog op de promotie in de lokalen van deze vennootschap van zowel mutualistische activiteiten als bankactiviteiten en activiteiten van verzekeringsbemiddeling, hetgeen strijdig is met artikel 43ter van de wet van 6 augustus 1990. Dit artikel verbiedt dat elk akkoord met als voorwerp de promotie, distributie of verkoop van een ziekenfondsdienst, door een persoon die een activiteit van verzekeringsbemiddeling voor een andere verzekeringsonderneming dan een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand of een bankactiviteit uitoefent.

In een andere klacht met betrekking tot een mogelijke schending van dit artikel 43ter was de Raad evenwel de mening toegedaan dat geen inbreuk op deze wetsbepaling kon worden weerhouden omdat de betrokken mutualistische entiteit geen beroep had gedaan op personen die als verzekeringstussenpersonen ingeschreven waren bij de toenmalige Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA) (huidige FSMA, de Autoriteit Financiële Diensten en Markten) om promotie te maken voor haar mutualistische producten en deze te verkopen.

Daarnaast heeft de Raad een administratieve geldboete uitgesproken omdat hij van oordeel was dat inbreuken op artikel 43quater van de wet van 6 augustus 1990 werden gepleegd doordat twee verschillende tussenpersonen van een mutualistische entiteit zich schuldig hadden gemaakt aan het voeren van bedrieglijke reclame om personen ertoe aan te zetten naar deze mutualistische entiteit te muteren. De feiten waren de volgende: vertegenwoordigers boden zich thuis aan bij personen die niet waren aangesloten bij een bepaalde mutualistische entiteit, meestal met het oog op het afsluiten van een contract met een energieleverancier en bij deze bezoeken deden zij ook een mutatieformulier ondertekenen ten gunste van voornoemd bepaalde mutualistische entiteit, zonder medeweten van de betrokken personen. Dienaangaande bleek dat deze tussenpersonen verschillende voordelen hadden beloofd die niet toegekend konden worden door de

kwestieuze mutualistische entiteit. Dit maakt een mondelinge publiciteit uit die tot vergissing aanleiding kan geven, het gedrag kan beïnvloeden van de leden van andere mutualistische entiteiten om te muteren en bijgevolg schade kan toebrengen aan die mutualistische entiteiten. Bovendien waren de personen aan wie door deze tussenpersonen deze informatie werd verstrekt, zich niet bewust van het feit dat zij in werkelijkheid een mutatieformulier hadden ondertekend.

In het kader van de behandeling van een andere klacht aangaande een brief die werd verstuurd namens een mutualistische entiteit en waarin de bijdragen en een aantal voordelen van deze mutualistische entiteit werden vergeleken met die van de mutualistische entiteit waar de bestemming van de brief aangesloten was en waaruit zou moeten blijken dat een aansluiting bij de eerste entiteit toch een stuk voordeliger is, heeft de Raad beslist een administratieve geldboete uit te spreken wegens het voeren van bedrieglijke reclame. Dit maakt een inbreuk uit op artikel 43quater, § 2, van de wet van 6 augustus 1990. De vermelding van de bijdragen en van de voordelen van een dienst van de aanvullende verzekering van de mutualistische entiteit waar de betrokken persoon lid was, was immers onjuist. Bovendien vermeldde de brief slechts de voordelen die bij de aanbevolen mutualistische entiteit groter waren. Tevens werd essentiële informatie om van een bepaalde dienst van die mutualistische entiteit te kunnen genieten verzwegen, waardoor de gemaakte vergelijking geen betrekking had op het totaal pakket aan aangeboden diensten en voordelen van deze twee mutualistische entiteiten, zodat het selectieve, onvolledige en onjuiste informatie betrof.

Hoofdstuk 5

Specifieke bevoegdheden van de Controledienst inzake de verplichte verzekering



Jaarverslag
2012

5.1. INLEIDING

De wet van 6 augustus 1990 heeft van in het begin belangrijke bevoegdheden aan de Controledienst voor de ziekenfondsen toegekend in verband met de verplichte verzekering. Zo heeft bijvoorbeeld artikel 52 van die wet aan de Controledienst de opdracht gegeven toezicht te houden op de naleving door de ziekenfondsen en door de landsbonden van ziekenfondsen van de boekhoudkundige en financiële bepalingen, die zij krachtens de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering dienen toe te passen. De Controledienst formuleert eveneens op eigen initiatief of op vraag van de minister adviezen en/of voorstellen betreffende de boekhouding en het financieel beheer van de ziekenfondsen en van de landsbonden en over alle materies die verband houden met hun werking.

Deze reeds belangrijke bevoegdheden werden vervolgens nog aanzienlijk uitgebreid door de wet van 15 februari 1993 tot hervorming van voornoemde wet van 9 augustus 1963. Door deze wet werden immers belangrijke hervormingen doorgevoerd aan deze regeling, meer in het bijzonder inzake de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. Deze responsabilisering werd vanuit twee duidelijk te onderscheiden oogpunten benaderd:

- a) enerzijds via de toekenning van een deel van de administratiekosten aan de verzekeringsinstellingen in functie van de wijze waarop zij hun wettelijke opdrachten uitvoeren (artikel 195, § 1, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994);
- b) anderzijds via de instelling van een stelsel van financiële verantwoordelijkheid teneinde de modaliteiten vast te leggen van de verdeling van de inkomsten van de verplichte verzekering onder de verzekeringsinstellingen (artikel 204, § 2, van voornoemde gecoördineerde wet).

In beide gevallen, die hierna respectievelijk onder de punten 5.2. en 5.3. hierna worden behandeld, werden aan de Raad van de Controledienst belangrijke bevoegdheden toegekend.

5.2. DE RESPONSABILISERING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN IN FUNCTIE VAN DE CRITERIA INZAKE DE BEHEERSPRESTATIES

5.2.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Bij de wet van 15 februari 1993 tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, werd, door de toekenning vanaf 1993 van een deel van de administratiekosten aan de verzekeringsinstellingen, door de Raad van de Controledienst, in functie van de beheersprestaties, een eerste fase van de responsabilisering van de ziekenfondsen doorgevoerd (artikel 195, § 1, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

De toekenningsmodaliteiten van dit variabele gedeelte werden oorspronkelijk vastgelegd in het koninklijk besluit van 29 april 1993 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, dat zes evaluatiecriteria voorzag.

In de context van een globale overdenking van de evolutie van de mutualistische sector heeft het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 dat voornoemd koninklijk besluit van 29 april 1993 heeft opgeheven, vervolgens de bestaande criteria overgenomen en het toepassingsveld van sommige ervan uitgebreid alsook de toepassing voorzien van nieuwe criteria, waarbij het aantal evaluatiecriteria op tien werd gebracht. Bovendien de vastlegging van de respectieve weging toegekend aan de criteria, heeft het koninklijk besluit van 2002 ook sommige fundamentele principes van de evaluatie gewijzigd. Zo heeft het koninklijk besluit inzonderheid de toepassing voorzien van een specifieke bepaling indien de voor een criterium of criteriumelement ter beschikking van de Controledienst gestelde informatie onvoldoende representatief blijkt te zijn.

Er dient overigens opgemerkt dat sedert het boekjaar 2004, 10% van het totale bedrag van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen geëvalueerd wordt, wat ten opzichte van de vorige evaluaties een belangrijker deel uitmaakt van de administratiekosten waarvan de toekenning afhangt van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen.

Vervolgens heeft het koninklijk besluit van 21 december 2006 wijzigingen aangebracht aan het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 die van toepassing zijn vanaf de evaluatie betreffende 2007. De aangebrachte aanpassingen betreffen onder andere de wijziging van de berekeningsbasis voor de verdeling van de globale enveloppe van de administratiekosten onder de verzekeringsinstellingen, de aanpassing van het gewicht van sommige criteria, de mogelijkheid voor de Controledienst om de vorm op te leggen waarin de gegevens nodig voor de evaluatie dienen geleverd te worden, of nog het aannemen van een nieuwe evaluatieprocedure in de gevallen waarin voor een criterium of een criteriumelement geen enkele informatie beschikbaar is of de informatie onvoldoende representatief is.

Ten slotte dient opgemerkt dat de Raad van de Controledienst na iedere evaluatie zijn beslissing dient mede te delen aan het RIZIV. Deze beslissing vermeldt het bedrag dat aan elke verzekeringsinstelling kan toegekend worden, het detail van de elementen waarmee rekening werd gehouden voor de toekenning van dit bedrag, alsook desgevallend de redenen waarom de Raad van de Controledienst de beschikbare informatie voor een criterium of voor een criteriumelement als onvoldoende representatief beschouwt.

5.2.2. Beleid van de Controledienst

In het kader van de globale herziening van de evaluatiecriteria van de beheersprestaties, heeft de Controledienst onmiddellijk het initiatief genomen werkvergaderingen in te richten met het RIZIV en met leden van de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken om, enerzijds zo precies mogelijk de nieuwe materies te omschrijven, en anderzijds de meest efficiënte manier te vinden om de diverse inlichtingen te bekomen die voor de vereiste evaluaties nodig zijn.

In deze context heeft de Controledienst ook voor de mutualistische entiteiten en de openbare instellingen die ermee belast zijn evaluatie-elementen te leveren, een operationele handleiding opgesteld die, voor elk criterium en criteriumelement vastgesteld door het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 de aangenomen werkmethode omvat om de betreffende evaluatie uit te voeren. Via de uitwerking van deze operationele handleiding heeft de Controledienst niet enkel de samenstellende elementen willen omschrijven van de tien evaluatiecriteria, vastgelegd door dit koninklijk besluit, en hen een respectief gewicht willen toekennen binnen de betreffende criteria, maar ook het algemeen kader willen bepalen voor de toepassing van de principes vastgelegd door het koninklijk besluit van 28 augustus 2002.

Sedert de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit van 2002 heeft de Controledienst in het kader van de opeenvolgende evaluaties bovendien een voortdurend kritisch onderzoek ingesteld van alle aspecten die voortvloeien uit de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit. Dit onderzoek heeft aldus toegelaten de aanpassingen aan te geven die nodig zijn inzake de inzameling van de gegevens, de structuur van de evaluatiecriteria en de principes en toepasbare evaluatieschalen.

Inzake meer specifiek de modaliteiten van de inzameling van de gegevens, hadden de voornaamste uitgevoerde acties betrekking op de homogenisering van de richtlijnen aan de revisoren inzake de in overweging te nemen steekproef, alsook de standaardisering van de vorm waarin de gegevens aan de Controledienst moeten worden medegedeeld. Inzake de structuur van de criteria, hebben de evoluties binnen de mutualistische sector soms de toevoeging genoodzaakt van nieuwe samenstellende elementen of de wijziging van bestaande elementen, met tot gevolg de herziening van de wegingen die respectievelijk waren toegekend aan de verschillende elementen van een criterium, of nog de wijziging van het gewicht toegekend aan de verschillende criteria. Inzake de principes en de evaluatieschalen ten slotte, hadden de aangebrachte wijzigingen voornamelijk betrekking op de ontwikkeling van evaluatiemethodes die specifiek zijn voor nieuwe criteriumelementen, alsook de herziening van sommige voorheen vastgelegde evaluatieschalen.

Het jaar 2012 werd weliswaar gewijd aan de evaluatie van de beheersprestaties over de periode van 1 januari tot 31 december 2011, die het voorwerp uitmaakt van het punt 5.2.3. hierna, maar er dient onderstreept te worden dat het ook

gekenmerkt werd door de voortzetting van een onderzoek dat werd aangevangen in 2011. Dit onderzoek betrof een hervorming van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, die op termijn zou moeten leiden tot een herziening van de verschillende criteria vastgesteld door het koninklijk besluit van 28 augustus 2002. Op initiatief van het RIZIV en verwezenlijkt in samenwerking met de Controledienst en de afgevaardigden van de verzekeringsinstellingen, leidde dit onderzoek in hoofdzaak tot de definitie van sleutelprocessen die de globale werking van de verzekeringsinstellingen weergeven en die zelf verschillende activiteitsdomeinen bevatten van de verzekeringsinstellingen die in de toekomst zouden kunnen geëvalueerd worden.

5.2.3. Evaluatieverslag

5.2.3.1. Voorafgaande opmerking

Zoals reeds gesteld onder punt 5.2.1. hiervoor, bepaalt de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in artikel 195, § 1, 2°, zevende lid, dat vanaf het boekjaar 2004 het variabele gedeelte van de administratiekosten, waarvan de toekenning afhangt van de manier waarop de verzekeringsinstellingen hun wettelijke opdrachten uitvoeren, vastgelegd is op 10% van het jaarlijks bedrag van de administratiekosten.

De voornoemde wet legt overigens in zijn artikel 195, § 1, 2°, derde lid, het bedrag vast van de administratiekosten van de vijf landsbonden en van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding voor het boekjaar 2011 op respectievelijk 1.034.651.000,00 EUR en 17.770.000,00 EUR. In voornoemd artikel 195, § 1, 2°, vijfde lid, wordt daarnaast voorzien dat voormeld bedrag van de administratiekosten voor de vijf landsbonden vanaf het jaar 2008 jaarlijks wordt opgetrokken met een bedrag van 11.410.000,00 EUR, waardoor het over de landsbonden te verdelen bedrag verhoogt tot een totaal van 1.046.061.000,00 EUR. Bijgevolg bedraagt het variabele gedeelte van de administratiekosten voor het boekjaar 2011 104.606.100,00 EUR (103.465.100,00 EUR in hoofdsom vermeerderd met 1.141.000,00 EUR) voor de vijf landsbonden en 1.777.000,00 EUR voor de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding, hetzij een totaalbedrag van 106.383.100,00 EUR.

Inzake de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding dient de specificiteit van de uitgevoerde evaluatie onderstreept te worden, vermits deze Kas in tegenstelling tot de landsbonden enkel actief is in de sector van de geneeskundige verzorging van de verplichte verzekering. Vermits sommige criteria of criteriumelementen ook betrekking hebben op de sector der uitkeringen, kunnen de resultaten van de evaluatie van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding niet ten volle vergeleken worden met deze van de andere landsbonden en moet er bijgevolg steeds een onderscheid tussen beide gemaakt worden.

5.2.3.2. Deel van het bedrag van 106.383.100,00 EUR waarop de landsbonden en de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding maximaal aanspraak kunnen maken

Krachtens de bepalingen van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006, wordt het maximale gedeelte van het bedrag van 104.606.100,00 EUR waarop elke landsbond aanspraak kan maken, wat het hoofdbedrag van 103.465.100,00 EUR betreft, vastgelegd in functie van het verdelingspercentage van toepassing op de administratiekosten van het boekjaar waarop de evaluatie betrekking heeft, hetzij in dit geval het boekjaar 2011, en wat het bijkomende bedrag van 1.141.000,00 EUR betreft, in functie van een verdeelsleutel gericht op het beheer van de kleine risico's in de regeling der zelfstandigen. Het bedrag waarop elke landsbond aldus voor dit boekjaar recht kan hebben, bedraagt:

Landsbond ⁽¹⁾	100	200	300	400	500	Totaal
Bedrag	42.514.433,70	5.086.718,27	31.409.541,67	6.852.105,83	18.743.300,53	104.606.100,00

Voor de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding is het maximaal toe te kennen bedrag zoals vermeld onder punt 5.2.3.1. hiervoor vastgesteld door de wet op 1.777.000,00 EUR.

5.2.3.3. Deel van het bedrag van 106.383.100,00 EUR toegekend aan elk evaluatiecriterium en maximaal aandeel waarop elke verzekeringsinstelling recht kan hebben voor elk criterium, op grond van de percentages voorzien in artikel 3 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006

De evaluatiecriteria van de beheersprestaties werden toegepast voor de evaluatie betreffende het jaar 2011 en hun respectieve wegingen zijn deze die werden vastgesteld door het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006. Hierna wordt voor elk criterium de wegingscoëfficiënt weergegeven, alsook de overeenkomstige verdeling van het maximaal per verzekeringsinstelling toe te kennen bedrag.

Wat de landsbonden betreft:

Criterium	%	Maximaal toe te kennen bedrag per landsbond in toepassing van de bepalingen van artikel 3 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006					
		100	200	300	400	500	Totaal
1	15 %	6.377.165,05	763.007,74	4.711.431,25	1.027.815,88	2.811.495,08	15.690.915,00
2	10 %	4.251.443,36	508.671,83	3.140.954,18	685.210,58	1.874.330,05	10.460.610,00
3	5 %	2.125.721,69	254.335,91	1.570.477,08	342.605,29	937.165,03	5.230.305,00
4	5 %	2.125.721,69	254.335,91	1.570.477,08	342.605,29	937.165,03	5.230.305,00
5	25 %	10.628.608,43	1.271.679,58	7.852.385,41	1.713.026,46	4.685.825,12	26.151.525,00
6	5 %	2.125.721,69	254.335,91	1.570.477,08	342.605,29	937.165,03	5.230.305,00
7	15 %	6.377.165,05	763.007,74	4.711.431,25	1.027.815,88	2.811.495,08	15.690.915,00
8	10 %	4.251.443,36	508.671,83	3.140.954,18	685.210,58	1.874.330,05	10.460.610,00
9	5 %	2.125.721,69	254.335,91	1.570.477,08	342.605,29	937.165,03	5.230.305,00
10	5 %	2.125.721,69	254.335,91	1.570.477,08	342.605,29	937.165,03	5.230.305,00
Totaal	100 %	42.514.433,70	5.086.718,27	31.409.541,67	6.852.105,83	18.743.300,53	104.606.100,00

Wat de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding betreft:

Criterium	%	Maximaal toe te kennen bedrag in toepassing van de bepalingen van artikel 3 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006
1	15 %	266.550,00
2	10 %	177.700,00
3	5 %	88.850,00
4	5 %	88.850,00
5	25 %	444.250,00
6	5 %	88.850,00
7	15 %	266.550,00
8	10 %	177.700,00
9	5 %	88.850,00
10	5 %	88.850,00
Totaal	100 %	1.777.000,00

(1) Landsbond 100 = Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.
 Landsbond 200 = Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen.
 Landsbond 300 = Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten.
 Landsbond 400 = Landsbond van Liberale Mutualiteiten.
 Landsbond 500 = Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Er dient opgemerkt dat de Raad van de Controledienst oordeelde dat de verstrekte informatie inzake de verschillende criteria of criteriumelementen voor het geheel van de verzekeringsinstellingen voldoende representatief was. Er werd daarentegen geen informatie ontvangen voor wat betreft het tweede deel van de criteria 2, 3 en 9. In toepassing van de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006, werd derhalve het overeenkomstige bedrag toegekend na toepassing van het globaal gemiddelde percentage verkregen voor de evaluatie van de criteria en de criteriumelementen waarvoor de Controledienst over voldoende representatieve informatie beschikte.

5.2.3.4. Resultaten van de evaluatie per criterium

Criterium 1: De tijdige mededeling aan het RIZIV van de gegevens nodig voor het bereiken van de doelstellingen vervat in de beheersovereenkomst die door voornoemde instelling afgesloten werd met de Belgische Staat, de kwaliteit van deze gegevens, alsook de tijdige en correcte uitvoering van de taken en opdrachten die in deze beheersovereenkomst beoogd worden of die uit de toepassing ervan voortvloeien.

In het kader van dit evaluatiecriterium dient het RIZIV aan de Controledienst de gegevens over te maken inzake verschillende doelstellingen van de beheersovereenkomst die dit Instituut afsloot met de Belgische Staat en die weerhouden werden voor de evaluatie van dit criterium.

De informatie die het RIZIV aan de Controledienst meedeelde, werd bij de evaluatie verdeeld over de twee delen van dit criterium, waarvan de respectieve weging vastgelegd werd op 75% en 25%, met name:

- enerzijds, de mededeling aan het RIZIV binnen de voorziene termijnen van de nodige gegevens voor het bereiken van de doelstellingen vermeld in de beheersovereenkomst, die het Instituut met de Belgische Staat afsloot, alsmede de kwaliteit van deze gegevens;
- anderzijds, de uitvoering binnen de termijnen en op correcte wijze, ten opzichte van de gerechtigden of de andere betrokken derden, van de taken en opdrachten bedoeld door de beheersovereenkomst en die uit de toepassing ervan voortvloeien.

Beide delen werden bovendien geëvalueerd op grond van twee afzonderlijke aspecten, met name enerzijds de "termijnen" en anderzijds de "kwaliteit", waaraan een gewicht van respectievelijk 25% en 75% werd toegekend.

Gelet op deze evaluatie-elementen en de op voorhand vastgelegde schalen, heeft de Raad van de Controledienst beslist voor dit criterium de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen toe te kennen:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	6.377.165,05	6.173.733,48	96,81 %
200	763.007,74	705.324,35	92,44 %
300	4.711.431,25	4.421.678,23	93,85 %
400	1.027.815,88	941.171,00	91,57 %
500	2.811.495,08	2.570.549,95	91,43 %
Totaal	15.690.915,00	14.812.457,01	94,40 %
900 ⁽¹⁾	266.550,00	264.657,50	99,29 %

(1) Verzekeringsinstelling 900: de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding.

Criterium 2: De termijnen waarbinnen de dossiers die onder de toepassing vallen van de reglementering op de maximumfactuur worden afgehandeld, de nauwkeurigheid bij het beheer van deze dossiers, alsook, in bijkomende orde, de snelheid waarmee voldaan wordt aan de andere terugbetalingsverplichtingen voorzien in de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Op grond van de informatie medegedeeld door het RIZIV wordt dit criterium geëvalueerd in functie van de onderliggende elementen, waaraan een gewicht van respectievelijk 75% en 25% wordt toegekend, met name:

- de maximumfactuur (MAF);
- de snelheid waarmee voldaan wordt aan de andere terugbetalingsverplichtingen.

Bovendien dient in het criteriumelement inzake de maximumfactuur een bijkomend onderscheid gemaakt te worden naargelang de gegevens betrekking hebben op het aspect "naleving van de termijnen" of het aspect "nauwgezetheid bij het beheer van de dossiers", waaraan binnen dit deel een gewicht van respectievelijk 25% en 75% wordt toegekend.

Inzake het criteriumelement betreffende "de snelheid waarmee voldaan wordt aan de andere terugbetalingsverplichtingen" dient opgemerkt dat het RIZIV geen enkele informatie heeft verstrekt voor deze evaluatieperiode. Bijgevolg werd krachtens de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006, het aan dit element toegekende bedrag bepaald door toepassing van het gemiddelde percentage verkregen voor de evaluatie van het geheel van de criteria en criteriumelementen waarvoor de Controledienst over voldoende representatieve informatie beschikte.

Op grond van de geëvalueerde informatie in het kader van het eerste bedoelde element en van de toepassing van het hiervoor aangehaalde principe voor het tweede element, heeft de Raad voor dit criterium beslist dat de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen konden worden toegekend:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	4.251.443,36	4.219.132,39	99,24 %
200	508.671,83	488.948,08	96,12 %
300	3.140.954,18	3.098.629,82	98,65 %
400	685.210,58	677.364,92	98,86 %
500	1.874.330,05	1.854.649,59	98,95 %
Totaal	10.460.610,00	10.338.724,80	98,83 %
900	177.700,00	175.500,96	98,76 %

Criterium 3: Voor zover niet bedoeld onder criterium 1, het overmaken aan het RIZIV, binnen de voorziene termijnen en behoorlijk opgesteld, van de in of krachtens voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziene administratieve, boekhoudkundige, financiële en statistische documenten en stukken, alsmede het tijdig overmaken van de correcte en volledige gegevens ten behoeve van de experts die, krachtens artikel 196, § 2, eerste lid, van de bovenvermelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, belast zijn met het uitwerken van de parameters die zullen dienen voor het vaststellen van de normatieve verdeelsleutel in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

Wat dit criterium betreft, moet het RIZIV aan de Controledienst de gegevens overmaken voor de evaluatie van de beide delen waaruit het criterium bestaat en waaraan een respectievelijk gewicht van 85% en 15% wordt toegekend, met name:

- het overmaken aan het RIZIV, binnen de voorziene termijnen en terdege opgesteld, van de administratieve, boekhoudkundige, financiële en statistische documenten en stukken voorzien door of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

- de mededeling binnen de termijnen van de correcte en volledige gegevens nodig voor de experten die krachtens artikel 196, § 2, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 belast zijn met de uitwerking van de parameters die zullen dienen voor het opstellen van de normatieve verdeelsleutel in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

De overgemaakte informatie werd bovendien binnen elk van de twee criteriumelementen geëvalueerd op grond van twee afzonderlijke aspecten, met name enerzijds de "termijnen" en anderzijds de "kwaliteit van de overgemaakte gegevens", waaraan een gewicht van respectievelijk 25% en 75% werd toegekend.

In het kader van deze evaluatieperiode dient opgemerkt dat de Controledienst niet in het bezit gesteld werd van enig gegeven voor de beoordeling van het tweede deel van dit criterium, namelijk "het overmaken van de nodige gegevens aan de experten voor de uitwerking van de normatieve verdeelsleutel". In toepassing van de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006, werd het toekenningspercentage voor dit deel van het criterium bepaald op grond van het gemiddeld toekenningspercentage van het geheel van de criteria en criteriumelementen waarvoor de Controledienst beschikt over voldoende representatieve informatie.

Rekening houdend met de elementen geëvalueerd in het kader van het eerste deel van het criterium en met de toepassing van het hiervoor vermelde principe op het tweede deel, heeft de Raad van de Controledienst beslist voor dit criterium de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen toe te kennen:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	2.125.721,69	2.070.206,07	97,40 %
200	254.335,91	216.245,30	85,02 %
300	1.570.477,08	1.444.061,53	91,95 %
400	342.605,29	328.873,67	95,99 %
500	937.165,03	888.530,85	94,81 %
Totaal	5.230.305,00	4.948.217,42	94,61%
900	88.850,00	87.937,51	98,97 %

Criterium 4: Voor zover niet bedoeld onder de criteria 1 en 3, de kwaliteit van de deelname aan beleidsvoorbereidende studies (waaronder de tijdige mededeling en de kwaliteit van de daartoe noodzakelijke gegevens te verstrekken door de verzekeringsinstellingen), beslist door of uitgevoerd op vraag van de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, van de beheersorganen van het RIZIV of van een andere openbare instelling, aangewezen door de voornoemde Minister, en zulks ongeacht of de verzekeringsinstellingen elk individueel of op gezamenlijke wijze daaraan deelnemen.

In het kader van dit criterium krijgt elke in aanmerking genomen studie eenzelfde gewicht, behalve indien voorafgaandelijk aan het begin van de betreffende evaluatieperiode het RIZIV of iedere andere openbare instelling de Controledienst mededeelt dat het belang van een bepaalde studie een groter gewicht rechtvaardigt.

Voor de uitvoering van de evaluatie moet de overgemaakte informatie bovendien verdeeld worden in functie van de drie rubrieken, te weten "het overmaken van de gegevens binnen de voorziene termijnen", "de kwaliteit van deze gegevens" en "de actieve deelname van de verzekeringsinstellingen aan studies", waaraan een gewicht van respectievelijk 20%, 50% en 30% wordt toegekend.

Voor deze evaluatieperiode werd de Controledienst in het bezit gesteld van evalueerbare gegevens inzake drie studies uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Vermits deze instelling de Controledienst niet heeft ingelicht over enige voorrang in hoofde van de bedoelde studies en bovendien de enige instelling is die gegevens heeft medegedeeld in het kader van dit criterium, werd aan alle drie desbetreffende studies een identiek gewicht toegekend.

Gelet op de elementen overgemaakt voor de evaluatie alsook op de voorafgaandelijk vastgelegde schalen, heeft de Raad van de Controledienst beslist voor dit criterium de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen toe te kennen:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	2.125.721,69	2.125.721,69	100,00 %
200	254.335,91	254.335,91	100,00 %
300	1.570.477,08	1.570.477,08	100,00 %
400	342.605,29	342.605,29	100,00 %
500	937.165,03	937.165,03	100,00 %
Totaal	5.230.305,00	5.230.305,00	100,00 %
900	88.850,00	88.850,00	100,00 %

Criterium 5: De werking, op het vlak van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, van het systeem van interne controle en van interne audit, zoals bedoeld in artikel 31 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Deze werking wordt inzonderheid beoordeeld op grond van:

- a) de eerbiediging van de bijzondere terugbetalingsmodaliteiten voor de prestaties;
- b) de terugvordering bij indeplaatsstelling of bij onverschuldigde betaling;
- c) de kwaliteit van de door de verzekeringsinstellingen ingestelde validiteitscontroles met het oog op enerzijds, de correcte terugbetaling van de prestaties bedoeld bij voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en anderzijds, de correcte afrekening met het RIZIV van die prestaties, alsook de kwaliteit van de controle op de realiteit en de conformiteit van die prestaties;
- d) de kwaliteit van de controle op de realiteit en de conformiteit van de minimale klinische gegevens;
- e) de aanwezigheid, in hoofde van de dienst die instaat voor de toekenning van uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en voor invaliditeit, van een fout, een vergissing of een nalatigheid bij de toekenning van dergelijke uitkeringen, dewelke vastgesteld wordt door de Dienst voor administratieve controle bij het RIZIV en die, overeenkomstig artikel 22, § 2, a), van de wet van 11 april 1995 tot uitvoering van "het handvest" van de sociale verzekerde, aanleiding geeft tot een beslissing waarbij het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, ingesteld bij voornoemde instelling, afziet van de terugvordering van de onverschuldigde bedragen.

Dit criterium dient geëvalueerd te worden in functie van de twee onderdelen waaraan een gewicht van respectievelijk 15% en 85% wordt toegekend, met name:

- de naleving van de verschillende bepalingen van het reglement betreffende de werking van het systeem van interne controle en interne audit, uitgevaardigd in uitvoering van artikel 31 van de wet van 6 augustus 1990;
- de evaluatie van de werking van het systeem van interne controle en interne audit vertrekkende van diverse specifieke aspecten.

De informatie nodig voor de evaluatie van dit criterium wordt, naargelang het thema, aan de Controledienst medegedeeld door het RIZIV, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, de revisoren aangesteld door de landsbonden en de ziekenfondsen of wordt verzameld door de inspecteurs van de Controledienst via controles ter plaatse bij de verzekeringsinstellingen.

De revisoren moeten tweërlei gegevens bezorgen. Enerzijds deze inzake de naleving van de verschillende bepalingen van het reglement opgesteld in uitvoering van artikel 31 van de wet van 6 augustus 1990 en anderzijds deze inzake de beoordeling van sommige specifieke aspecten van de interne controle.

Wat de naleving betreft van de verschillende bepalingen van het voornoemde reglement inzake de interne audit en de interne controle, maakte de beoordeling van de evaluatie betreffende 2010 het voorwerp uit van het eerste gedeelte van een specifiek verslag, op te stellen door de revisoren, waarvan het typeschema door de Controledienst in de omzendbrief 09/14 van 26 oktober 2009 was vastgelegd. Vanaf de evaluatie betreffende 2011 dienden de revisoren hun beoordeling op te nemen in hun verslagen op te stellen in toepassing van artikel 57 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de financiële toestand van zowel de aanvullende verzekering als van de verplichte verzekering. Het gewijzigde schema van dit verslag maakte het voorwerp uit van de omzendbrief 11/05 van 20 januari 2011.

De beoordeling door de revisoren van sommige specifieke aspecten van de interne controle had betrekking op de "terugvordering van de onverschuldigde of subrogatoire betalingen" en "de naleving van de bijzondere terugbetalingsmodaliteiten van de prestaties". In dit verband valt op te merken dat de revisoren het onderzoek ervan dienen uit te voeren in elkeen van de ziekenfondsen van de betreffende landsbond en de resultaten ervan dienen op te nemen in een verslag waarvan het schema nog steeds vastgelegd is door de voornoemde omzendbrief 19/14 van 26 oktober 2009.

Wat overigens een derde specifiek aspect van de interne controle betreft, gericht op "de kwaliteit van de validiteitscontroles ingesteld door de verzekeringsinstellingen met het oog op enerzijds de correcte terugbetaling van de prestaties bedoeld in de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en anderzijds de correcte verrekening van deze prestaties met het RIZIV, is te onderstrepen dat dit geëvalueerd wordt via specifieke thema's waarvan het onderzoek onder de bevoegdheid van de Controledienst valt. Voor deze evaluatieperiode bestaat het bijzondere thema dat door de Controledienst zelf werd onderzocht uit de beoordeling van de validiteitscontroles ingesteld door de verzekeringsinstellingen ten aanzien van de prestaties betreffende reanimatie. In dit kader hebben de gegevens medegedeeld door de verzekeringsinstellingen in verband met de al dan niet werkelijk gerealiseerde validiteitscontroles, met een a-priorisch of a-posteriorisch karakter, na het voorwerp te hebben uitgemaakt van een valideringsproces namens de inspecteurs van de Controledienst, de basis gevormd van de evaluatie. Deze evaluatie integreerde overigens een tweede herziening van de bijzondere thema's die door de Controledienst onderzocht werden bij de evaluatieperiodes 2007 en 2008, namelijk respectievelijk de beoordeling van de validiteitscontroles uitgevoerd in verband met de zorgen verstrekt door de kinesitherapeuten en de terugbetalingen verricht door de verzekeringsinstellingen in het kader van tandheelkundige prestaties waarvoor de tandnummering noodzakelijk is om de controle van de toepasbare regels in verband met voornoemde prestaties mogelijk te maken. De resultaten van de controles verricht door de inspecteurs van de Controledienst bij de verzekeringsinstellingen met betrekking tot deze onderwerpen werden eveneens in aanmerking genomen voor de evaluatie betreffende deze periode.

Inzake het tweede deel en meer in het bijzonder de samenstellende specifieke aspecten ervan, wordt nog opgemerkt dat minstens deze opgesomd in het koninklijk besluit dienen onderzocht, maar dat de Controledienst kan beslissen daaraan nog aspecten toe te voegen. Dit was het geval voor het aspect dat handelt over "de aanwezigheid van oude bedragen in de saldi van de rekeningen van de verplichte verzekering bij de afsluiting van een bepaald boekjaar", dat werd toegevoegd vanaf de evaluatie betreffende 2006.

Inzake deze evaluatieperiode dient tot slot benadrukt dat de Controledienst niet in het bezit werd gesteld van de informatie nodig voor de evaluatie van twee van de specifieke aspecten van het tweede criteriumelement, met name de kwaliteit van de controle op de realiteit en de conformiteit van enerzijds de prestaties en anderzijds de minimale klinische gegevens. Bijgevolg werd het gewicht van deze specifieke aspecten verdeeld over de andere specifieke aspecten, vermits, zoals reeds gesteld, al deze aspecten facetten zijn van dezelfde problematiek.

Op grond van de voornoemde beoordelingselementen, heeft de Raad van de Controledienst gemeend dat de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen konden worden toegekend:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	10.628.608,43	10.214.092,70	96,10 %
200	1.271.679,58	1.170.708,22	92,06 %
300	7.852.385,41	6.778.964,32	86,33 %
400	1.713.026,46	1.558.340,17	90,97 %
500	4.685.825,12	4.398.584,04	93,87 %
Totaal	26.151.525,00	24.120.689,45	92,23 %
900	444.250,00	408.132,48	91,87 %

Criterium 6: De naleving van artikel 2, tweede lid, van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, alsmede van de in uitvoering van het voornoemd artikel 2, tweede lid, door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV vastgestelde modaliteiten inzake de verplichting tot het betalen van de facturen in chronologische volgorde.

Voor wat betreft de naleving van de chronologische volgorde bij de betaling van de facturen inzake derdebetalersregeling, werd aan de erkende revisoren gevraagd een verslag op te stellen, waarvan het schema werd vastgelegd in de omzendbrief 09/15 van 27 oktober 2009.

In dit verslag dienden de revisoren aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst te antwoorden teneinde:

- de ingestelde procedures te beoordelen, inzonderheid op het vlak van de inschrijving van de facturen in het factuurboek "derdebetalersregeling" in de chronologische volgorde van de ontvangstdata, het vastleggen en de naleving van de uiterste betaaldata, de chronologie van de betalingen, de eventuele toekenning van voorschotten en de opvolging van de schuld;
- een globale beoordeling te geven van deze procedures.

Er dient overigens benadrukt dat de revisoren voornoemde onderzoeken moesten voeren in elk afzonderlijk ziekenfonds van de desbetreffende landsbond.

Op grond van de informatie medegedeeld door de revisoren, heeft de Raad van de Controledienst beslist voor dit criterium de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen toe te kennen:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	2.125.721,69	2.125.721,69	100,00 %
200	254.335,91	254.335,91	100,00 %
300	1.570.477,08	1.570.477,08	100,00 %
400	342.605,29	342.605,29	100,00 %
500	937.165,03	937.165,03	100,00 %
Totaal	5.230.305,00	5.230.305,00	100,00 %
900	88.850,00	88.850,00	100,00 %

Criterium 7: de naleving van de termijnen van toepassing inzake de toewijzing van de geboekte prestaties respectievelijk bedoeld in titel III, hoofdstuk III, in titel IV, hoofdstuk III en in titel V, hoofdstuk III, van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, alsook van de prestaties die effectief teruggevorderd worden in uitvoering van de bepalingen van artikel 136, § 2, van dezelfde wet, aan een bepaalde boekingsmaand voor wat de verzekering voor geneeskundige verzorging betreft, of aan een bepaald kwartaal, voor wat de uitkeringsverzekering betreft.

Dit criterium moet geëvalueerd worden in functie van de twee gedeelten die het bevat en waaraan een gewicht van respectievelijk 85% en 15% wordt toegekend, namelijk:

- de naleving van de termijnen van toepassing inzake de aanrekening van de geboekte prestaties;
- de naleving van de termijnen van toepassing inzake de aanrekening van de effectief teruggevorderde prestaties in uitvoering van de bepalingen van artikel 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Binnen elk gedeelte van het criterium dient overigens een aanvullend onderscheid gemaakt naargelang het nazicht van de naleving van de termijnen betrekking heeft op de sector geneeskundige verzorging of op deze van de uitkeringen. Aan beide sectoren wordt een respectievelijk gewicht van 90% en 10% toegekend binnen het eerste gedeelte van het criterium en van 80% en 20% binnen het tweede gedeelte.

De voor de evaluatie van het eerste gedeelte van het criterium nodige informatie wordt aan de Controledienst medegedeeld door de revisoren, die hiertoe verzocht werden een verslag op te stellen waarvan het schema werd vastgelegd in de omzendbrief 09/16 van 28 oktober 2009.

In dit verslag dienden de revisoren de resultaten te vermelden van hun onderzoeken inzake de toewijzing van de uitgaven aan de maand of het trimester ad hoc, naargelang deze uitgaven betrekking hebben op geneeskundige verzorging of uitkeringen. Voor de evaluatie werd hen aldus gevraagd in hun verslag de cijfermatige impact weer te geven van:

- op het vlak van de geneeskundige verzorging, de eventuele verschuiving van uitgaven van een maand naar een andere en te specificeren of deze verplaatsing een andere maand betreft van hetzelfde boekjaar of van een ander boekjaar;
- op het vlak van de uitkeringen, de eventuele verschuiving van uitgaven van een trimester naar een ander en te specificeren of deze verplaatsing een ander trimester betreft van hetzelfde boekjaar of van een ander boekjaar.

Het aldus door de revisoren voor elkeen van beide sectoren overgemaakte cijfermateriaal werd vervolgens gewogen volgens een voorafgaandelijk vastgelegde coëfficiënt die verschilt naargelang van het type van vastgestelde verschuiving. Het totale bedrag dat voortvloeit uit de optelling van de aldus gewogen bedragen werd ten slotte in verhouding gebracht tot het globale uitgavenvolume van de betrokken verzekeringsinstelling met betrekking tot de periode lopende vanaf het derde trimester 2010 tot en met het tweede trimester 2011.

Voor het tweede gedeelte van het criterium werden de voor de evaluatie nodige gegevens verkregen via controles uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst in de schoot van de mutualistische entiteiten die subrogatoir uitgevoerde betalingen terugvorderen. Op grond van het onderzoek van een aantal gevallen geselecteerd door middel van een voorafgaandelijk vastgelegde steekproefmethode, hebben de inspecteurs de gevallen bepaald waarvoor de desbetreffende bedragen niet geboekt werden in aftrek van de uitgaven van het stelsel in de maand van hun terugvordering wat betreft de geneeskundige verzorging en in het trimester van hun terugvordering wat betreft de uitkeringen.

Gelet op voornoemde beoordelingselementen en de voorafgaandelijk vastgelegde evaluatieschalen meende de Raad van de Controledienst dat de volgende bedragen voor dit criterium aan de verzekeringsinstellingen konden worden toegekend:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	6.377.165,05	6.305.103,08	98,87 %
200	763.007,74	750.112,91	98,31 %
300	4.711.431,25	4.665.730,37	99,03 %
400	1.027.815,88	1.012.809,77	98,54 %
500	2.811.495,08	2.668.389,98	94,91 %
Totaal	15.690.915,00	15.402.146,11	98,16 %
900	266.550,00	227.420,46	85,32 %

Criterion 8: De nauwkeurigheid in het beheer van de inkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, beoordeeld aan de hand van de snelheid waarmede betalingen worden uitgevoerd, het beperken tot een minimum van de kasmiddelen, het rendement van de geldelijke middelen en, in het geval van het ontstaan van een schuld van de aanvullende verzekering tegenover de verplichte verzekering, aan de hand van de snelheid waarmede deze schuld wordt aangezuiverd.

De nauwgezetheid in het beheer van de inkomsten van de verplichte verzekering wordt geëvalueerd via twee gedeelten waaraan een gewicht van respectievelijk 30% en 70% wordt toegekend, namelijk:

- de evaluatie van de beschikbare middelen;
- de snelheid van betaling aan de derdebetalers.

Met betrekking tot het eerste gedeelte van het criterium aangaande de evaluatie van de liquiditeiten baseert de Raad van de Controledienst zich voornamelijk op de liquiditeitscoëfficiënt van elke verzekeringsinstelling, die de bestaande verhouding uitdrukt tussen het gemiddeld dagelijks beschikbaar en de financiële uitgaven van de verzekeringsinstellingen. Een zwakke liquiditeitscoëfficiënt toont aan dat de betalingsmiddelen sneller circuleren.

Opdat rekening wordt gehouden met de "snelheid waarmede de eventuele schuld van de aanvullende verzekering aan de verplichte verzekering wordt aangezuiverd", wordt de evaluatie op basis van de liquiditeitscoëfficiënt vanuit een dubbele invalshoek gecorrigeerd, met name:

- de liquiditeitscoëfficiënt wordt gecorrigeerd door het gemiddeld dagelijks beschikbaar telkens te verhogen of te verlagen met respectievelijk het debet- of creditsaldo op de lopende rekening "aanvullende verzekering" per einde maand, zoals deze per landsbond en per ziekenfonds met de maandelijkse financiële toestand aan de Controledienst worden meegedeeld;
- een debetrente wordt aangerekend aan de verzekeringsinstellingen waarvan de lopende rekening "aanvullende verzekering" over de betreffende periode gemiddeld een debetsaldo vertoont, hetgeen betekent dat de verplichte verzekering een vordering heeft ten opzichte van de aanvullende verzekering.

Aan de hand van deze benadering heeft de Raad van de Controledienst geoordeeld dat hierdoor het aanwenden van geldmiddelen van de verplichte verzekering ten voordele van de aanvullende verzekering sterk wordt ontmoedigd.

De aldus op grond van voornoemde principes bekomen liquiditeitscoëfficiënt wordt vervolgens geëvalueerd in functie van een schaal in toepassing waarvan 100% van de enveloppe wordt toegekend voor een liquiditeitscoëfficiënt gelijk aan of lager dan 0,25%.

Vervolgens wordt een correctieve maatregel toegepast om rekening te houden met het bedrag van de debetintresten die de verzekeringsinstellingen verkregen op hun financiële rekeningen, afgerekend met het stelsel van de verplichte verzekering. Deze maatregel bestaat erin het aan de landsbonden op grond van de voornoemde schaal toegekende aandeel te verminderen met de creditintresten die de verplichte verzekering niet kon genieten omwille van de compensatie met de debetintresten. Het bedrag van deze correctieve maatregel vertegenwoordigt in feite 80% van de betrokken debetintresten.

Het tweede gedeelte van het criterium, dat specifiek de snelheid behandelt waarmee de verzekeringsinstellingen de betalingen uitvoeren ten gunste van de derdebetalers, wordt beoordeeld door middel van een jaarlijkse ratio resulterend uit de verhouding tussen de openstaande derdebetalersschulden en de uitgevoerde betalingen aan derdebetalers. In geval van overschrijding van zijn begrotingsdoelstelling door het RIZIV en uitputting van de "lopende rekening liquiditeitoverschotten" van een of meerdere verzekeringsinstellingen wordt daarenboven in een correctieprocedure voorzien waarbij de waarde van de weerhouden coëfficiënt vastgelegd wordt door de aanvankelijk behaalde ratio voor de betreffende verzekeringsinstelling(en) te verminderen, met het percentage van overschrijding van de begrotingsdoelstelling.

De aldus bepaalde jaarlijks ratio wordt daarna geëvalueerd in functie van een schaal die een toekenningpercentage van 100% associeert met een ratio kleiner dan of gelijk aan een referentiewaarde vastgelegd op 0,70.

Rekening houdend met voorgaande beoordelingselementen, heeft de Raad van de Controledienst beslist dat voor het criterium "nauwkeurigheid in het beheer van de inkomsten van de verplichte verzekering" aan de verzekeringsinstellingen volgende bedragen worden toegekend:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	4.251.443,36	4.229.334,90	99,48 %
200	508.671,83	441.621,95	86,82 %
300	3.140.954,18	3.139.383,96	99,95 %
400	685.210,58	683.186,57	99,70 %
500	1.874.330,05	1.872.459,58	99,90 %
Totaal	10.460.610,00	10.365.986,96	99,10 %
900	177.700,00	173.863,96	97,84 %

Criterium 9: De degelijke uitvoering van de taken aan de adviserend geneesheren opgedragen door de wets- en verordeningsbepalingen en door de richtlijnen die het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV voor hen heeft uitgewerkt, alsook het tijdig overmaken en mededelen van documenten, stukken en gegevens, nodig in het kader van de uitvoering van de opdrachten van de voornoemde Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de behoorlijke kwaliteit ervan.

Voor dit criterium dient het RIZIV aan de Controledienst de nodige informatie over te maken voor de evaluatie van de beide delen die het criterium uitmaken en waaraan een gewicht van respectievelijk 25% en 75% wordt toegekend, met name:

- het overmaken en het mededelen binnen de vooropgestelde termijnen van documenten, stukken en gegevens nodig voor de uitvoering van de opdrachten van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, alsook de goede kwaliteit ervan;
- de goede uitvoering van de taken toevertrouwd aan de adviserend geneesheren door de wettelijke en reglementaire bepalingen en door de richtlijnen ten behoeve van hen uitgewerkt door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Voor wat betreft het tweede deel wordt opgemerkt dat dit dient onderzocht te worden aan de hand van de vier elementen, met name "de profielen van primaire arbeidsongeschiktheid", "de gedeeltelijke werkhervatting met toelating van de adviserend geneesheer", "de fiches opgesteld door de adviserend geneesheer" en de "thematische enquêtes", waaraan een identiek gewicht wordt toegekend.

Binnen elk van de beide delen worden de ter beschikking van de Controledienst gestelde gegevens bovendien verdeeld naargelang zij betrekking hebben op het aspect "termijnen" of dat van de "kwaliteit", waaraan telkens voor de evaluatie een gewicht van respectievelijk 25% en 75% wordt toegekend.

Voor deze evaluatieperiode dient opgemerkt dat de Controledienst niet in het bezit gesteld werd van gegevens voor de evaluatie van het tweede gedeelte van het criterium, namelijk "de goede uitvoering van de taken toevertrouwd aan de adviserend geneesheren". In toepassing van de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 21 december 2006, werd het toekenningspercentage voor dit gedeelte van het criterium dus vastgelegd op grond van het gemiddelde toekenningspercentage voor het geheel van de criteria en criteriumelementen waarvoor de Controledienst over voldoende representatieve informatie beschikte.

Gelet op de elementen geëvalueerd in het kader van het eerste gedeelte van het criterium en de toepassing van het voornoemde principe op het tweede gedeelte, besliste de Raad van de Controledienst voor dit criterium de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen toe te kennen:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	2.125.721,69	2.092.932,43	98,46 %
200	254.335,91	242.471,14	95,34 %
300	1.570.477,08	1.494.701,56	95,17 %
400	342.605,29	329.295,07	96,11 %
500	937.165,03	908.276,92	96,92 %
Totaal	5.230.305,00	5.067.677,12	96,89 %
900	88.850,00	85.564,78	96,30 %

Criterium 10: De verwezenlijkte inspanningen met het oog op het bevorderen van de gezondheidsopvoeding en het aanmoedigen van het gebruik van minder dure geneeskundige verzorgingsformules, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de verstrekte verzorging.

De in het kader van dit criterium toe te kennen globale enveloppe wordt geëvalueerd op grond van het volume van de ter zake door de mutualistische entiteiten gedane uitgaven.

De door de landsbonden verstrekte informatie met betrekking tot de bestedingen, gedaan tijdens de referteperiode van 1 januari tot en met 31 december 2011, inzake het bevorderen van de gezondheidsopvoeding en het aanmoedigen van het gebruik van minder dure geneeskundige verzorgingsformules, werd herleid tot het gedeelte dat betrekking heeft op de verplichte verzekering op basis van de verhouding tussen de uitgaven geneeskundige verzorging verplichte verzekering voor 2010 enerzijds, en de uitgaven van de aanvullende verzekering gemaakt in het kader van de diensten inzake de gezondheid (hospitallisatie, medische en paramedische zorgen, ...) van het boekjaar 2010, anderzijds.

Vervolgens werd een toekenningspercentage vastgelegd op basis van een progressieve schaal, in toepassing waarvan de totaliteit van de betreffende bedragen voor het criterium wordt toegekend bij een gemiddelde uitgave van 3,38 EUR per gerechtigde (basisbedrag van 2,48 EUR, vanaf de evaluatie 2004, gekoppeld aan de evolutie van de enveloppe die aan de verzekeringsinstellingen toegekend wordt voor de administratiekosten).

De Raad van de Controledienst heeft geoordeeld dat voor dit criterium volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen konden worden toegekend:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	2.125.721,69	2.125.721,69	100,00 %
200	254.335,91	254.335,91	100,00 %
300	1.570.477,08	1.570.477,08	100,00 %
400	342.605,29	342.605,29	100,00 %
500	937.165,03	937.165,03	100,00 %
Totaal	5.230.305,00	5.230.305,00	100,00 %
900	88.850,00	88.850,00	100,00 %



In het boekjaar 2011 werd voor de tien evaluatiecriteria samen 100.746.813,87 EUR administratiekosten aan de landsbonden en 1.689.627,65 EUR aan de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding toegekend, hetgeen respectievelijk overeenkomt met 96,31% en 95,08% van de maximaal toe te kennen bedragen van 104.606.100,00 EUR en 1.777.000,00 EUR. Hierna volgt een overzicht per verzekeringsinstelling⁽¹⁾.

(1) Deze resultaten worden in bijlage 2 uitgesplitst per verzekeringsinstelling en per evaluatiecriterium.

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	42.514.433,70	41.682.000,12	98,04 %
200	5.086.718,27	4.778.439,68	93,94 %
300	31.409.541,67	29.754.581,03	94,73 %
400	6.852.105,83	6.558.857,04	95,72 %
500	18.743.300,53	17.972.936,00	95,89 %
Totaal	104.606.100,00	100.746.813,87	96,31 %
900	1.777.000,00	1.689.627,65	95,08 %

5.3. DE FINANCIËLE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN INZAKE GENEESKUNDIGE VERZORGING

5.3.1. Invoering van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen

Het stelsel van financiële verantwoordelijkheid werd ingevoerd bij het koninklijk besluit van 12 augustus 1994, genomen ter uitvoering van artikel 204, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Hij legt aan de verzekeringsinstellingen vanaf het boekjaar 1995 een geleidelijk toenemende financiële verantwoordelijkheid op.

Aldus wordt het begrotingsaandeel van elke verzekeringsinstelling in de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld aan de hand van een eerste verdeelsleutel die het aandeel in de werkelijke uitgaven van iedere verzekeringsinstelling weergeeft en waarvan het gewicht vanaf het boekjaar 2001 70% bedraagt. De tweede normatieve verdeelsleutel, waarvan het gewicht 30%⁽¹⁾ bedraagt, wordt bepaald op basis van door universitaire teams vastgestelde parameters.

Het aldus vastgestelde begrotingsaandeel van elke verzekeringsinstelling, toegepast op de nettoverzekeringsinkomsten (beperkt tot de globale begrotingsdoelstelling), geeft dan het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling. De verzekeringsinstellingen verwerven 25% (percentage van toepassing vanaf het boekjaar 2001) van het eventueel batig saldo tussen het aldus vastgestelde inkomstenaandeel en hun werkelijke uitgaven. In het tegenovergestelde geval moeten de verzekeringsinstellingen 25% (percentage van toepassing vanaf het boekjaar 2001) van het mali ten laste nemen. Indien de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling met meer dan 2% wordt overschreden, wordt het mali van elke verzekeringsinstelling nochtans beperkt tot 2% van het begrotingsaandeel van die verzekeringsinstelling.

Elke verzekeringsinstelling moet een wettelijk bijzonder reservefonds oprichten, dat tot doel heeft het deel van het mali ten laste van de verzekeringsinstelling te dekken. Dit reservefonds wordt gespijsd door het toegekende deel van het eventueel boni, en/of een bijdrage van de gerechtigden en/of een storting uit eigen middelen. Voor de jaren 1995 en 1996 was elke verzekeringsinstelling verplicht hiertoe een bijdrage van 2,23 EUR (90 BEF) per gerechtigde en per jaar te innen. Vanaf 1 januari 1997 moest het wettelijk bijzonder reservefonds ten minste 4,46 EUR (180 BEF) per gerechtigde bedragen.

Doordat voor het boekjaar 2004 ingevolge de uitgavenstijging een belangrijk mali werd verwacht, werd in het najaar van 2004 door de Raad van de Controledienst, na advies van het Technisch Comité, evenwel beslist om het minimumbedrag van het bijzonder reservefonds tijdelijk te verhogen tot 14,00 EUR per gerechtigde. Desgevallend dienden de verzekeringsinstellingen de nodige financiële middelen in te brengen om dit minimumbedrag te bereiken. Rekening houdend met de positieve vooruitzichten voor de boekjaren 2005 en 2006 werd nadien beslist om het minimumbedrag versneld weer terug te brengen op 4,46 EUR per gerechtigde.

(1) De Koning kan bij een in de ministerraad overlegd besluit en op advies van de Algemene raad van het RIZIV het gewicht van de normatieve verdeelsleutel verder doen toenemen tot maximum 40 %.

Wegens het feit dat het RIZIV de rekeningen van de verplichte verzekering slechts laattijdig kon afsluiten, hetgeen vooral te wijten was aan de werkzaamheden inzake de vaststelling van de normatieve verdeelsleutel van het betrokken boekjaar, werd door de wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen (I) een procedure tot snellere afsluiting van de rekeningen ingevoerd vanaf het boekjaar 2006. Deze procedure houdt in dat vooreerst de rekeningen van een bepaald boekjaar worden afgesloten op basis van de recentst gekende normatieve verdeelsleutel, waarna in een later boekjaar de correctie op deze afsluiting wordt opgenomen op basis van de definitieve normatieve verdeelsleutel van het betreffend boekjaar. Terwijl de initiële afsluiting is gebaseerd op de tijdens dat jaar geboekte uitgaven, d.w.z. ongeacht de datum waarop de prestatie werd verleend, is de voornoemde correctie gebaseerd op de werkelijk tijdens dat jaar gepresteerde uitgaven. Bovendien is voorzien dat in het kader van de correctie in een later boekjaar de begrotingsdoelstelling wordt aangepast in functie van de gemiddelde verhouding over de laatste drie gekende boekjaren tussen de gepresteerde en de geboekte uitgaven. Deze aanpassing van de begrotingsdoelstelling heeft een aanpassing van de inkomstenaandelen van de verzekeringsinstellingen tot gevolg en bepaalt, samen met de weerhouden gepresteerde uitgaven, de definitieve resultaten van een bepaald boekjaar.

5.3.2. Taken toevertrouwd aan de Controledienst op het vlak van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen

5.3.2.1. Inleiding

Binnen de ingevoerde hervorming van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, werden onder meer volgende taken aan de Controledienst toevertrouwd:

- het toezicht op de samenstelling en het beheer van het wettelijk bijzonder reservefonds dat door elke verzekeringsinstelling wordt opgericht en beheerd;
- het uitbrengen van zijn advies over de wijze waarop het wettelijk bijzonder reservefonds wordt belegd;
- zich uitspreken over de goedkeuring van het aanvullingsplan waardoor vanaf 1997 het wettelijk bijzonder reservefonds, na eventuele afname bij mali, wordt aangevuld tot het wettelijk minimumbedrag en dat door de betrokken verzekeringsinstelling aan de Controledienst dient voorgelegd;
- na advies van het Technisch Comité, desgevallend aan de verzekeringsinstellingen normen opleggen met betrekking tot de aanpassing van het minimumbedrag van het wettelijk bijzonder reservefonds, en de wijze waarop de verzekeringsinstellingen het gedeelte van de middelen van het wettelijk bijzonder reservefonds dat een nader te bepalen grensbedrag overschrijdt, mogen aanwenden binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

5.3.2.2. Toepassing van de financiële verantwoordelijkheid met betrekking tot de boekjaren 2009 en 2010 en het wettelijk bijzonder reservefonds per 31 december 2009 en 31 december 2010

In het jaar 2012 werden door het RIZIV de boekjaren 2009 en 2010 afgesloten. Bij deze afsluitingen werden door de onderscheiden verzekeringsinstellingen inzake geneeskundige verzorging volgende boni gerealiseerd voor de unieke regeling (algemene regeling en regeling der zelfstandigen tezamen), waarvan 25% aan hen werd toegewezen, bestemd voor het gedeelte "boni" van het bijzonder reservefonds (in duizenden EUR)⁽¹⁾.

(1) Bron: nota's 2012/28 d.d. 25 januari 2012 en 2012/318 van 1 oktober 2012 van het Verzekeringscmité van het RIZIV.

Verzekeringsinstelling	Boekjaar 2009		Boekjaar 2010	
	Resultaat	25 % Boni	Resultaat	25 % Boni
100	163.898,5	40.974,6	274.154,4	68.538,6
200	9.849,0	2.462,2	23.551,4	5.887,9
300	128.029,2	32.007,3	169.928,0	42.482,0
400	30.389,8	7.597,5	45.267,3	11.316,8
500	11.398,6	2.849,7	59.088,6	14.772,1
600	7.753,7	1.938,4	8.495,5	2.123,9
900	10.756,5	2.689,1	16.675,9	4.169,0
Totaal	362.075,3	90.518,8	597.161,1	149.290,3

Tevens werd bij de afsluiting van de boekjaren 2009 en 2010 de door te voeren correctie opgenomen op basis van de definitieve normatieve verdeelsleutels met betrekking tot respectievelijk de boekjaren 2006 en 2007. Onderstaande tabel herneemt de bedragen ten gunste of ten laste van de bijzondere reservefondsen van de verzekeringsinstellingen die voortvloeien uit deze correctie (in duizenden EUR).

Verzekeringsinstelling	Correctie m.b.t. het boekjaar 2006	Correctie m.b.t. het boekjaar 2007
100	-15.083,7	5.377,7
200	-377,9	985,1
300	-2.099,8	-174,4
400	-1.230,4	819,3
500	-2.577,5	5.548,8
600	-739,4	-497,1
900	-660,8	328,7
Totaal	-22.769,5	12.388,1

De gecumuleerde toestand per 31 december 2009 en 2010 van het wettelijk bijzonder reservefonds ziet er als volgt uit (in duizenden EUR):

Verzekeringsinstelling	Boekjaar 2009		Boekjaar 2010	
	Bijdragen	Boni	Bijdragen	Boni
100	40.493,6	194.044,2	40.493,6	267.960,6
200	3.448,8	16.354,8	3.448,8	23.227,9
300	14.299,9	135.268,7	14.299,9	177.576,3
400	1.900,6	32.148,1	1.896,6	44.284,8
500	9.147,0	33.210,8	9.147,0	53.531,7
600	1.145,7	11.261,6	1.146,7	12.888,3
900	363,1	7.427,8	363,1	11.925,5
Totaal	70.798,7	429.716,0	70.795,7	591.395,1

Op basis van de resultaten van de boekjaren 2009 en 2010 diende geen enkele verzekeringsinstelling een aanvullingsplan op te stellen teneinde het minimumbedrag van 4,46 EUR per gerechtigde te bereiken.

5.3.2.3. Beleggingen van het wettelijk bijzonder reservefonds

Inzake de wijze waarop de gelden van het wettelijk bijzonder reservefonds mogen worden belegd, zijn volgende maatregelen uitgewerkt:

- voor wat betreft de component "boni" van het wettelijk bijzonder reservefonds stelde de Raad dat deze gelden deel blijven uitmaken van de geldmiddelen van het stelsel van de verplichte verzekering ter financiering van de terugbetaling van de prestaties geneeskundige verzorging;
- met betrekking tot de component "bijdragen en/of eigen inbreng" voorziet de overeenkomst van 4 maart 1999 tussen de Minister van Sociale Zaken, de Minister van Financiën en de verzekeringsinstellingen, dat deze gelden moeten worden belegd in financiële instrumenten uitgegeven door de overheid. Hiermee onderschrijven de

verzekeringsinstellingen de principes van het koninklijk besluit van 15 juli 1997 houdende maatregelen tot consolidatie van de financiële vaste activa van de overheid, genomen met toepassing van de artikelen 2, § 1, en 3, § 1, 6°, en § 2, van de wet van 26 juli 1996 strekkende tot realisatie van de budgettaire voorwaarden tot deelname van België aan de Europese Economische en Monetaire Unie.

5.3.3. Beleid van de Controledienst

5.3.3.1. Samenstelling en beheer van het wettelijk bijzonder reservefonds

De Controledienst is belast met het toezicht op de samenstelling en het beheer van het wettelijk bijzonder reservefonds dat door elke verzekeringsinstelling wordt opgericht en beheerd.

In omzendbrief 98/02 van 10 maart 1998, geactualiseerd door de omzendbrief 09/17 van 29 oktober 2009, werden door de Controledienst, rekening houdend met de beslissingen ter zake van de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, onder meer volgende basisprincipes vastgelegd voor de samenstelling en het beheer van het wettelijk bijzonder reservefonds:

- de beleggingsrekeningen met betrekking tot de component "bijdragen en/of eigen inbreng" van het wettelijk bijzonder reservefonds worden volledig onderscheiden van de financiële rekeningen met betrekking tot de thesaurie van de verplichte verzekering;
- ter aanzuivering van een mali dienen de verzekeringsinstellingen eerst een beroep te doen op de component "boni" van het wettelijk bijzonder reservefonds tot uitputting ervan vooraleer een beroep wordt gedaan op de component "bijdragen en/of eigen inbreng";
- op de balans van de verzekeringsinstelling dient het wettelijk bijzonder reservefonds altijd minstens het wettelijk minimumbedrag te bedragen. Indien door het aanspreken van het wettelijk bijzonder reservefonds bij de afsluiting van het boekjaar voormeld bedrag per gerechtigde niet meer zou bereikt worden, dient in de boekhouding een vordering ingeboekt.

Op basis van voormelde principes werd door de Controledienst het door elke verzekeringsinstelling na te leven boekhoudcircuit voor het beheer van het wettelijk bijzonder reservefonds vastgesteld.

5.3.3.2. Overdracht van het wettelijk bijzonder reservefonds bij mutatie

In de omzendbrief 98/01 van 22 januari 1998, ondertussen geïntegreerd in voormelde omzendbrief 09/17 van 29 oktober 2009, werd door de Controledienst bepaald dat bij collectieve mutatie naar een andere landsbond het gedeelte van het wettelijk bijzonder reservefonds dat betrekking heeft op het muterende ziekenfonds dient overgedragen naar de nieuwe landsbond. Dit gedeelte wordt per component ("boni" en "bijdragen gerechtigden en/of eigen inbreng van de verzekeringsinstelling") bepaald in functie van het aantal leden op 31 december van het boekjaar voorafgaand aan de collectieve mutatie en wordt vastgesteld na de aanrekening van het boni of mali geneeskundige verzorging van dit boekjaar, d.w.z. bij de afsluiting van de rekeningen door het RIZIV.

Bij collectieve mutatie dient op hetzelfde ogenblik en volgens dezelfde modaliteiten eveneens het betreffende aandeel van het "aanvullend bijzonder reservefonds" opgebouwd in de aanvullende verzekering van de landsbond overgedragen naar de nieuwe landsbond.

In geval van individuele mutatie dienen geen gelden overgedragen naar de nieuwe landsbond waarbij de gerechtigde zich aansluit, gelet op de minimale impact op het wettelijk bijzonder reservefonds en de administratieve verwikkelingen die hiermee gepaard zouden gaan.

5.3.3.3. Gevolg van de integratie van de uitgaven inzake prestaties «kleine risico's» zelfstandigen in de verplichte verzekering voor de bijzondere reservefondsen

Doordat vanaf 1 januari 2008 de uitgaven inzake prestaties "kleine risico's" ten voordele van de leden behorende tot de regeling der zelfstandigen werden geïntegreerd in de verplichte verzekering en bijgevolg voortaan slechts één enkele regeling meer bestaat binnen de sector geneeskundige verzorging (de zogenaamde "unieke regeling"), worden vanaf voormelde datum overeenkomstig de wettelijke bepalingen de bijzondere reservefondsen die in de verplichte verzekering per regeling werden samengesteld tot 31 december 2007, samengevoegd.

Naar analogie van voormelde werkwijze in de verplichte verzekering, heeft de Raad, na advies van het Technisch Comité, beslist dat de bijzondere reservefondsen die per regeling in de aanvullende verzekering waren samengesteld, dienden samengevoegd na afsluiting van de rekeningen van de verplichte verzekering van het boekjaar 2007. Deze samenvoeging gebeurde overeenkomstig de beslissing van de Raad uiterlijk tegen het boekjaar 2010.

Hoofdstuk 6

Het financieel evenwicht
van de aanvullende
verzekering en van het
administratief centrum



Jaarverslag
2012

6.1. WETTELIJKE EN REGLEMENTAIRE BEPALINGEN⁽¹⁾

Tot op het ogenblik dat de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering in werking trad, zijnde tot uiterlijk 31 december 2011⁽²⁾, werden de voorwaarden waaraan de door de ziekenfondsen en landsbonden ingerichte diensten dienden te beantwoorden, meer bepaald de voorwaarden inzake de erkenning van de diensten, alsmede de daaraan verbonden financiële en boekhoudkundige verplichtingen, bepaald door de artikelen 3, 7, 9, §§1bis en 1quinquies, 26 en 28 van de wet van 6 augustus 1990.

6.1.1. Organisatie en classificatie van diensten

De landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand organiseren een grote verscheidenheid aan diensten, hetgeen wijst op het dynamisme dat zij aan den dag leggen in het kader van de aanvullende verzekering. De ingerichte diensten spelen ook veelal in op plaatselijke of regionale noden en behoeften.

Door de Controledienst werd reeds in 1993 bij omzendbrief een classificatie uitgewerkt met betrekking tot de soorten diensten ingericht door de landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand. Deze classificatie werd ook geïntegreerd in het rekeningenstelsel van de aanvullende verzekering. Bij het opstellen van de jaarrekening dienen bepaalde rubrieken eveneens uitgesplitst in functie van deze classificatie.

6.1.2. Erkenning van de diensten

Sedert de wijziging van de wet van 6 augustus 1990 door de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen, houdt de goedkeuring door de Controledienst van de statutaire bepalingen betreffende een nieuwe dienst automatisch de erkenning van deze dienst in. Evenwel dient elke nieuwe dienst die door een ziekenfonds of door een maatschappij van onderlinge bijstand aangesloten bij een landsbond wordt ingericht vooraf goedgekeurd te worden door de raad van bestuur van de landsbond waarbij het is aangesloten.

Wanneer een door een landsbond, een ziekenfonds of een maatschappij van onderlinge bijstand ingerichte dienst niet meer aan de wettelijke of reglementaire bepalingen beantwoordt, of wanneer alle waarborgen voor een goede uitvoering ervan niet meer aanwezig zijn, kan de Controledienst beslissen de erkenning van een dienst in te trekken.

6.1.3. Reservefondsen

6.1.3.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Artikel 28 van de wet van 6 augustus 1990, dat van toepassing is gebleven zolang de mutualistische entiteiten hun aanvullende diensten niet in overeenstemming hadden gebracht met de wet van 26 april 2010, wat diende uitgevoerd te worden ten laatste op 1 januari 2012, voorzag dat voor bepaalde van deze diensten afzonderlijke reservefondsen dienden aangelegd en dat de Koning, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, op advies van de Controledienst bepaalde welke deze diensten waren, alsmede het niveau dat deze reservefondsen in verhouding tot de aangegane verbintenissen moesten bereiken. Bovendien verleende dit artikel aan de Controledienst de bevoegdheid de berekeningswijze

(1) Dit punt bespreekt de toestand zoals deze van toepassing was vóór de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (1), zijnde tot uiterlijk 31 december 2011. Heel weinig mutualistische entiteiten hebben beslist om hun statuten en werking aan deze wet aan te passen vanaf een datum voorafgaand aan 1 januari 2012. Ingevolge voormelde wet van 26 april 2010 zullen andere principes van toepassing zijn inzake het financieel en boekhoudkundig beheer en inzake de organisatiestructuur van de aanvullende verzekering.

(2) De mutualistische entiteiten konden zelf bepalen, via een beslissing van hun algemene vergadering, vanaf welke datum zij onderworpen waren aan de bepalingen van de wet van 26 april 2010. Deze datum kon echter niet vallen na 1 januari 2012.

van deze reservefondsen en de in acht te nemen parameters te bepalen, alsook nader aan te duiden in welke mate, in welke gevallen en onder welke voorwaarden de ziekenfondsen de financiële waarborg moesten verkrijgen van de landsbond waarbij zij zijn aangesloten en de maatschappijen van onderlinge bijstand opgericht door de ziekenfondsen de financiële waarborg moesten verkrijgen van de ziekenfondsen in kwestie.

De benaderingswijze die door de Controledienst van bij de aanvang werd gevolgd bij het uitstippelen van het beleid inzake het aanleggen van reservefondsen, bestond erin dat voor de diensten die voorzien in de terugbetaling aan de verzekerden van bepaalde kosten, voorzieningen voor I.B.N.R. (Incurred But Not Recorded, cf. infra) dienden aangelegd. Daarenboven dienden voor de diensten met belangrijke verbintenissen tegenover de leden op middellange of lange termijn technische voorzieningen aangelegd, terwijl voor de diensten die niet gekenmerkt waren door belangrijke toekomstige verbintenissen, gezien de ruime diversiteit onder meer qua aard en volume van de geboekte prestaties, het volstond dat naast het bereiken van het jaarevenwicht tussen de opbrengsten en de kosten, reserves werden aangelegd volgens voor al deze diensten gemeenschappelijke maatstaven. Op grond van de praktijkervaring werd het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 (hierna het koninklijk besluit met betrekking tot de reservefondsen genoemd), dat ondertussen werd gewijzigd door het koninklijk besluit van 15 september 2006, uitgevaardigd.

Vermits dit verslag over de activiteiten van de Controledienst in 2012 betrekking heeft op de financiële gegevens van het boekjaar 2011 dat is afgesloten in 2012, herinnert dit hoofdstuk nog aan de wettelijke en reglementaire bepalingen die ter zake moesten nageleefd worden door de mutualistische entiteiten. Afzonderlijke reservefondsen moesten aangelegd worden voor de volgende diensten:

- voor de diensten "voorhuwelijkssparen", "dagvergoedingen"⁽¹⁾, "hospitalisatie"⁽²⁾ en zorgverzekering⁽³⁾ dienden technische voorzieningen aangelegd, namelijk de middelen nodig om de uitvoering van de statutaire verbintenissen tegenover de leden te waarborgen. Het niveau van deze technische voorzieningen was:
 - voor de dienst "voorhuwelijkssparen" het equivalent van de huidige waarde van de statutaire verbintenissen, namelijk de aan de huidige spaarders gewaarborgde voordelen op de door hen gestorte en nog te storten spaargelden;
 - voor de dienst "dagvergoedingen" het equivalent van de huidige waarde van de verwachte nog uit te keren prestaties en uitkeringen met betrekking tot vergoedbare voorvallen die uiterlijk op 31 december van het boekjaar aanvingen en die werden aangegeven vóór 1 maart van het volgende boekjaar;
 - voor de dienst "hospitalisatie" het equivalent van 12,5% van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar. Indien de dekking van hospitalisaties van meer dan 180 dagen per kalenderjaar, al dan niet opeenvolgend, niet uitgesloten werd, dienden de technische voorzieningen echter het equivalent te bedragen van 12,5% van de uitgaven inzake prestaties geboekt in het betrokken boekjaar met betrekking tot hospitalisaties tot 180 dagen en 50% van de uitgaven inzake prestaties geboekt in het betrokken boekjaar met betrekking tot hospitalisaties van meer dan 180 dagen;
 - voor de dienst "zorgverzekering" het equivalent van de huidige waarde van de door de mutualistische entiteit verwachte nog te verlenen uitkeringen te haren laste met betrekking tot vergoedbare voorvallen die uiterlijk op 31 december van het boekjaar aanvingen en die werden aangegeven vóór 1 maart van het volgende boekjaar. In afwachting dat de Controledienst de berekeningswijze en de in acht te nemen parameters vastlegt, bedroeg het bedrag van de aan te leggen technische voorzieningen het equivalent van de uitgaven inzake prestaties die tijdens

(1) De dienst die in geval van arbeidsongeschiktheid voorziet in uitkeringsperioden langer dan een jaar en in prestaties, waarvan het aan de leden uitgekeerde bedrag 5,00 EUR per vergoedbare dag overschrijdt.

(2) De dienst die in geval van hospitalisatie hetzij een forfaitaire uitkering verleent, waarvan het bedrag per verpleegdag 12,50 EUR overschrijdt, hetzij een vergoeding uitkeert in functie van de werkelijk gedragen kosten inzake ziekenhuisverpleging.

(3) De dienst die in geval van blijvend verminderd zelfzorgvermogen voorziet in een forfaitaire uitkering om kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening te dekken.

het betrokken boekjaar ten laste waren van de mutualistische entiteit. Vermits de diensten "zorgverzekering" die worden ingericht bij toepassing van het "Decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering" van 30 maart 1999 van de Vlaamse Gemeenschap door een latere beslissing van de Vlaamse regering geen enkele financiële verantwoordelijkheid dragen, dienen voor deze diensten nog geen technische voorzieningen aangelegd te worden, ook vandaag niet;

- voor elke dienst, met uitzondering van de diensten "voorhuwelijkssparen", "dagvergoedingen" en "zorgverzekering" dienden voorzieningen voor I.B.N.R. aangelegd, met name specifieke technische voorzieningen voor prestaties waarvan het recht inging tijdens een boekjaar, maar voor dewelke de leden een aanvraag tot terugbetaling of vergoeding pas na de tweede maand van het volgende boekjaar indienden. Het niveau van de voorzieningen voor I.B.N.R. diende geraamd op basis van boekhoudkundige ervaringsgegevens, behalve voor een nieuw opgerichte dienst waarvoor deze voorzieningen het eerste boekjaar het equivalent van minstens 6% van de uitgaven inzake prestaties van dat boekjaar moesten bedragen;
- voor elke dienst, alsook voor het administratief centrum, diende een solvabiliteitsmarge aangelegd om het hoofd te kunnen bieden aan minder voorspelbare incidenties. Het niveau van deze solvabiliteitsmarge bedroeg het equivalent van 12,5% van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar. Met betrekking tot de diensten "dagvergoedingen" en "zorgverzekering", diende de solvabiliteitsmarge het equivalent te bedragen van 20% van het niveau van de technische voorzieningen. Het niveau van de solvabiliteitsmarge voor het administratief centrum was vastgelegd op 20% van het bedrag van de administratiekosten van de aanvullende verzekering van het betrokken boekjaar. Indien de gemeenschappelijke administratiekosten via het administratief centrum volledig werden doorverrekenend aan de diensten, kon echter de solvabiliteitsmarge die diende aangelegd door het administratief centrum, worden aangelegd binnen elk van deze diensten telkens ten belope van 20% van hun administratiekosten van het betrokken boekjaar. Deze solvabiliteitsmarge diende dan toegevoegd aan de solvabiliteitsmarge die elk van deze diensten zelf reeds dienden aan te leggen. Voor wat betreft de dienst "voorhuwelijkssparen", diende de solvabiliteitsmarge berekend volgens een specifiek hiervoor opgestelde formule, uitgaande van de aangelegde technische voorzieningen en rekening houdend met het aantal leden en de uitstaande spaargelden, zonder dat deze marge lager mocht zijn dan 5% van de technische voorzieningen. Voor de diensten waar een deel van de risico's werd herverzekerd⁽¹⁾, werd de aan te leggen solvabiliteitsmarge vastgesteld op basis van de uitgaven inzake prestaties die betrekking hadden op het niet herverzekerd deel van de risico's.

Er wordt ten slotte ook opgemerkt dat het koninklijk besluit met betrekking tot de reservefondsen voorzag dat de beoordeling van de aan te leggen voorzieningen voor I.B.N.R. en de vereiste solvabiliteitsmarge werd uitgevoerd per groep van diensten in de gevallen waar de classificatie van de diensten die werd opgesteld door de Controledienst een hergroepering van de betreffende diensten toeliet.

Het koninklijk besluit voorzag ook dat bij het oprichten van een nieuwe dienst de nodige reservefondsen door de mutualistische entiteit dienden opgebouwd volgens een door de Controledienst vastgesteld tijdschema.

(1) In toepassing van het koninklijk besluit van 19 februari 2003 kon enkel een beroep worden gedaan op herverzekering voor de tussenkomsten en de uitkeringen die minstens 5.000 EUR per lid en per jaar konden bedragen en die toegekend werden in het kader van de dienst verzorging in het buitenland of een andere dienst voor zover de aansluiting erbij op facultatieve basis gebeurde.

6.1.3.2. Beleid van de Controledienst

De omzendbrief 07/06 van 12 maart 2007 (die de vroegere omzendbrieven ter zake vervangt) preciseert de berekeningswijze van de aan te leggen minimale reservefondsen aan de hand van onder meer de rubrieken van de jaarrekening van de aanvullende verzekering. Daarnaast werden specifieke omzendbrieven uitgevaardigd met betrekking tot de berekening van de technische voorzieningen voor de diensten "dagvergoedingen" en "voorhuwelijkssparen".

Sedert de mutualistische entiteiten onderworpen zijn aan de bepalingen van de wet van 26 april 2010 die voorziet in nieuwe principes inzake het beheer van de diensten die "verrichtingen"⁽¹⁾ worden, is de dienst voorhuwelijkssparen de enige dienst waarvoor nog reservefondsen moeten worden samengesteld. Het koninklijk besluit van 10 november 2012 bepaalt het niveau dat deze reservefondsen moeten bereiken (zie punt 3.2. van dit jaarverslag).

6.1.4. Beleggingen in het kader van de aanvullende verzekering

6.1.4.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Artikel 29, § 4, van de wet van 6 augustus 1990 bepaalt dat de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit, op advies van de Controledienst en op voordracht van de Ministers van Economische Zaken, Financiën en Sociale Zaken, de voorwaarden vastlegt waaronder en de wijze waarop de ziekenfondsen en de landsbonden hun fondsen deponeren, terugtrekken en wederbeleggen.

Op basis van een praktijkgerichte aanpak werd, op voorstel van de Raad van de Controledienst en na advies van het Technisch Comité, dienaangaande het koninklijk besluit van 13 november 2002 (hierna genoemd het koninklijk besluit met betrekking tot de beleggingen), ondertussen gewijzigd door het koninklijk besluit van 3 december 2006, uitgevaardigd waarvan de krachtlijnen hierna worden samengevat.

Wat betreft het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt voorzien dat de fondsen door de landsbonden en de ziekenfondsen worden aangewend overeenkomstig de bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, evenals de in uitvoering van deze wet genomen besluiten. Ingevolge deze wettelijke en reglementaire bepalingen kunnen enkel kortstondige beleggingen, d.w.z. op ten hoogste zeven dagen, op zichtrekeningen worden toegestaan. Voor wat betreft de beleggingen in het kader van het "wettelijk bijzonder reservefonds", wordt verwezen naar punt 5.3.2.3. hiervoor.

Met betrekking tot de fondsen die behoren tot het stelsel van de aanvullende verzekering is voorzien dat deze, vooraleer de mutualistische entiteiten onderworpen zijn aan de bepalingen van de wet van 26 april 2010 door de landsbonden en ziekenfondsen, limitatief als volgt worden aangewend:

- a) in hoofdorde, voor de terugbetaling van de prestaties in het raam van de aanvullende verzekering en voor de tenlasteneming van hun bestuurskosten;
- b) subsidiair,
 - voor de financiering van de lopende rekening van de aanvullende verzekering ten aanzien van het stelsel van de verplichte verzekering;
 - voor het aanleggen van in euro luidende deposito's op zicht of op termijn bij:

(1) Het betreft «verrichtingen» in de zin van artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, en diensten die noch verrichtingen noch verzekeringen zijn in de zin van het artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010.

- door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen erkende kredietinstellingen⁽¹⁾;
 - kredietinstellingen met vergunning in België die gevestigd zijn in een andere Staat van de eurozone, onder het recht van een andere Staat van de eurozone ressorteren en door de bevoegde overheidsinstelling van die Staat erkend zijn, en dit voor zover zij ofwel een in België geregistreerd bijkantoor hebben dat wordt vermeld op de lijst van bijkantoren opgesteld door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen, ofwel worden vermeld op de door de voormelde Commissie opgestelde lijst van de kredietinstellingen die in België, in het kader van het vrij verrichten van diensten, gelddeposito's en andere terugbetaalbare gelden in ontvangst nemen van het publiek;
- voor het verwerven van in euro luidende vastrentende effecten met kapitaalbescherming:
- uitgegeven of gewaarborgd hetzij door een Staat van de eurozone, hetzij door een regionale overheid of een deelstaat van een Staat van de eurozone;
 - uitgegeven door:
 - ◆ internationale instellingen waarvan België lid is;
 - ◆ kredietinstellingen erkend door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen;
 - ◆ kredietinstellingen met vergunning in België die gevestigd zijn in een andere Staat van de eurozone, onder het recht van een andere Staat van de eurozone ressorteren en door de bevoegde overheidsinstelling van die Staat erkend zijn, en dit voor zover zij ofwel een in België geregistreerd bijkantoor hebben dat wordt vermeld op de lijst van bijkantoren opgesteld door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen, ofwel worden vermeld op de door de voormelde Commissie opgestelde lijst van de kredietinstellingen die in België, in het kader van het vrij verrichten van diensten, gelddeposito's en andere terugbetaalbare gelden in ontvangst nemen van het publiek;
- voor de inschrijving op aandelen van instellingen voor collectieve belegging in euro en met kapitaalbescherming bij kredietinstellingen:
- die erkend zijn door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen;
 - of die een vergunning hebben in België maar die gevestigd zijn in een andere Staat van de eurozone, onder het recht van een andere Staat van de eurozone ressorteren en door de bevoegde overheidsinstelling van die Staat erkend zijn, en dit voor zover zij ofwel een in België geregistreerd bijkantoor hebben dat wordt vermeld op de lijst van bijkantoren opgesteld door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen, ofwel worden vermeld op de door de voormelde Commissie opgestelde lijst van de kredietinstellingen die in België, in het kader van het vrij verrichten van diensten, gelddeposito's en andere terugbetaalbare gelden in ontvangst nemen van het publiek.

In afwijking van het voorgaande mocht een landsbond of een ziekenfonds eveneens maximum 25% van de reserves, na aanleg van de nodige reservefondsen en voorzieningen, van de diensten in de aanvullende verzekering als volgt aanwenden:

- voor de financiering van de voor hun werking noodzakelijke infrastructuur in materiële, immateriële en financiële vaste activa;

(1) *De bevoegdheid om kredietinstellingen te erkennen is thans overgenomen door de Nationale Bank van België en derhalve dient in het verdere verloop van de tekst «Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen» gelezen als «Nationale Bank van België».*

- voor leningen toegekend, voor de realisatie van doelstellingen welke in overeenstemming zijn met de wettelijke opdrachten van de ziekenfondsen en van de landsbonden, aan rechtspersonen onderworpen aan een revisorale controle waarmee een samenwerkingsakkoord is afgesloten overeenkomstig artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 en die er zich schriftelijk toe verbinden aan de revisor van de betrokken mutualistische entiteit alle informatie mede te delen die deze revisor nodig acht voor de uitvoering van zijn opdracht.

Het was de ziekenfondsen en landsbonden tevens toegelaten de totaliteit van de reserves (na aanleg van de nodige reservefondsen en voorzieningen) van het administratief centrum aan te wenden op voormelde wijze, alsook voor andere beleggingen, op voorwaarde dat het financieel evenwicht van het betrokken administratief centrum niet in het gedrang werd gebracht en de Controledienst hiervan per aangetekend schrijven werd ingelicht. De beleggingen in afgeleide financiële producten worden echter uitgesloten. Indien bleek dat, na verloop van tijd, deze aanwending het financieel evenwicht van het administratief centrum in het gedrang bracht, moest dat evenwicht worden hersteld binnen de termijn en volgens een plan vastgesteld door de Controledienst.

6.1.4.2. Beleid van de Controledienst

Indien gevallen van aanwendingen worden vastgesteld die niet conform zijn met het koninklijk besluit van 13 november 2002, wordt aan de betreffende mutualistische entiteit gevraagd om de toestand te regulariseren. Dergelijke toestand kan zowel worden vastgesteld door de revisoren, die in hun verslag aan de Controledienst een hoofdstuk dienen te wijden aan de beleggingen, als door inspecteurs van de Controledienst tijdens controles ter plaatse.

6.1.5. Dekking van de reservefondsen door gelijkwaardige activa

Ingevolge artikel 28, § 1, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990, dat werd opgeheven door de voornoemde wet van 26 april 2010, dienden de reservefondsen gedekt te zijn door gelijkwaardige activa. In uitvoering van het vierde lid van dit artikel 28, § 1, heeft de Controledienst per omzendbrief 07/10 van 14 mei 2007 (vervangt de omzendbrief 04/08 van 6 maart 2004) bepaald wat dient te worden verstaan onder gelijkwaardige activa. Er werd hierbij uitgegaan van het principe dat voor het nakomen van de statutaire verplichtingen ten aanzien van de leden, het voor de mutualistische entiteiten noodzakelijk was dat op het gepaste ogenblik de activa die tegenover de reservefondsen staan, konden vrijgemaakt worden onder de vorm van liquide geldmiddelen.

In het kader van voormelde filosofie kwamen alle beleggingen in zicht- of termijndeposito's, vastrentende effecten en aandelen van instellingen voor collectieve belegging die zijn bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 13 november 2002, in aanmerking ter dekking van de aan te leggen solvabiliteitsmarge, vermits deze deel uitmaakte van het werkkapitaal van de mutualistische entiteit. Dit hield ook in dat voor verplichtingen ten aanzien van de leden andere activa dan op korte termijn beschikbare geldmiddelen dienden te worden aangehouden. Dit was het geval voor de aan te leggen technische voorzieningen.

Voormelde omzendbrief stelde derhalve dat de technische voorzieningen van de diensten van de aanvullende verzekering en het voorhuwelijkssparen permanent volledig dienden gedekt te zijn door volgende activa:

- in euro luidende vastrentende effecten met kapitaalbescherming;
- aandelen van instellingen voor collectieve belegging in euro en met kapitaalbescherming;
- deposito's op termijn waarvan de looptijd meer dan één jaar bedraagt.

Bovenvermelde activa dienden te voldoen aan de voorwaarden vermeld in het koninklijk besluit van 13 november 2002 die reeds werden weergegeven onder punt 6.1.4.1. hiervoor.

Opdat de vorderingen (of een deel ervan) op de herverzekeraar in aanmerking konden komen als dekkingswaarde, diende de mutualistische entiteit hiertoe van de herverzekeraar een pand of een deposito te ontvangen. Het pand moest bovendien neergelegd worden:

- voor de verzekeringsondernemingen naar Belgisch recht, bij de Nationale Bank van België of bij een kredietinstelling die een vergunning heeft verkregen van de Nationale Bank van België of van de daartoe bevoegde overheid van een Lidstaat van de Europese Economische Ruimte waar haar maatschappelijke zetel is gevestigd;
- voor de Belgische vestigingen van verzekeringsondernemingen van derde landen, bij de Nationale Bank van België of bij het Belgisch bijkantoor van de hiervoor aangehaalde kredietinstellingen.

Voorname vorderingen (of een deel ervan) konden enkel als dekkingswaarde in aanmerking genomen worden indien de herverzekeraar voldeed aan de voorwaarden ter zake vastgesteld door de Nationale Bank van België.

Ten slotte dient opgemerkt dat eventuele zekerheden gesteld door de mutualistische entiteit ten gunste van derden bij de beoordeling van de reële waarde van de activa in mindering dienden gebracht van de balanswaarde van deze activa.

6.2. DE DIENST VOORHUWELIJKSSPAREN

6.2.1. Situering van de dienst

Overeenkomstig artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990 zijn enkel de landsbonden gemachtigd om een dienst voorhuwelijkssparen in te richten.

De principes en aanbevelingen van toepassing voor deze dienst zijn gepreciseerd in de omzendbrief 11/09 van 21 februari 2011 die de omzendbrief 06/10 van 16 mei 2006 heeft vervangen. Deze principes en aanbevelingen kunnen als volgt worden samengevat:

- vermits de belangrijkste doelstelling van het voorhuwelijkssparen het aanmoedigen is van het sparen met het oog op het huwelijk, mogen de voordelen toegekend voor iedere andere vorm van ontslag nooit hoger zijn dan deze toegekend in geval van huwelijk, en dit in identieke omstandigheden;
- binnen deze beperking leggen de landsbonden vrij de voordelen vast die toegekend worden in geval van samenwonen en overlijden;
- bij het bereiken van de leeftijd van uittreding van ambtswege mogen de toegekende voordelen niet hoger zijn dan 80% van de voordelen toegekend in geval van huwelijk;
- in geval van vrijwillig ontslag en in geval van verplicht ontslag wegens onregelmatig sparen ontvangt de rechthebbende de gespaarde bedragen vermeerderd met een intrest die niet lager mag zijn dan 1,50% per jaar noch hoger dan 2,75% per jaar;
- de bedragen gespaard na het jaar van het huwelijk of na het jaar waarin de spaarder voldoet aan de definitie van samenwonen die is weerhouden in de statuten van de landsbond, brengen een intrest op die niet lager mag zijn dan 1,50% per jaar noch hoger dan 2,75% per jaar tot de datum van de aanvraag tot terugbetaling, en ten laatste tot 31 december van het jaar waarin de spaarder de leeftijd van 30 jaar bereikt.

Bovendien bepaalt de omzendbrief:

- de minimale en de maximale aansluitingsleeftijd (ten vroegste het jaar van de 14^{de} verjaardag en ten laatste het jaar van de 27^{ste} verjaardag);
- de verplichte uittredingsleeftijd (31 december van het jaar van de 30^{ste} verjaardag);
- de minimale en maximale jaarlijkse spaarbedragen, met name 18,00 EUR en 48,00 EUR.

De omzendbrief voorziet ook in de regels die dienen nageleefd te worden inzake de inhaalstortingen (stortingen uitgevoerd ter compensatie van het feit dat het minimaal jaarlijks spaarbedrag niet werd bereikt tijdens het vorige jaar), de individuele (wanneer een spaarder zich aansluit bij een ziekenfonds van een andere landsbond) en de collectieve mutaties (wanneer een ziekenfonds zich aansluit bij een andere landsbond).

De omzendbrief voorziet tenslotte dat voor de aansluitingen vanaf ten vroegste 1 juli 2010 de statuten van de landsbonden kunnen voorzien dat de intresten die worden toegekend op het gespaarde kapitaal tijdens de aansluiting mogen verminderd worden voor de nog uit te voeren stortingen.

6.2.2. Ledenbestand

6.2.2.1. Totaal aantal leden

Het aantal spaarders aangesloten bij de dienst voorhuwelijkssparen bedroeg per 31 december 2011 473.609. Onderstaande tabel geeft de evolutie van het aantal spaarders voor de periode 2009-2011.

Landsbond	Aantal spaarders per			Evolutie 2009-2011	
	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	Aantal	%
100	324.636	301.878	273.491	-51.145	-15,75 %
200	20.972	21.526	21.976	+1.004	+4,79 %
300	145.717	138.659	137.518	-8.199	-5,63 %
400	16.145	15.447	14.731	-1.414	-8,76 %
500	30.552	28.619	25.893	-4.659	-15,25 %
Totaal	538.022	506.129	473.609	-64.413	-11,97 %

6.2.2.2. Aansluitingsgraad

Op basis van een vergelijking van deze ledentallen met het potentieel aan spaarders, zijnde het aantal personen in de groep 14-jarigen tot 29-jarigen die nog geen eerste huwelijk hebben aangegaan (gegevens afkomstig van de Algemene Directie en Economische Informatie), werd de aansluitingsgraad bij de dienst voorhuwelijkssparen berekend. Over de periode 2009-2011 vertoont de aansluitingsgraad een daling.

	2009	2010	2011
Potentieel aan spaarders	1.869.329	1.887.060	1.881.284
Totaal aantal leden	538.022	506.129	473.609
Aansluitingsgraad	28,78 %	26,82 %	25,17 %

6.2.3. Bespreking van de toegekende voordelen (situatie op 1 januari 2013)

De toegekende statutaire voordelen worden door de landsbonden vastgesteld in functie van de aansluitingsduur van de spaarder en kunnen twee componenten omvatten, met name een intrest op het gespaarde kapitaal en een aangroepremie, en geen enkele landsbond kent nog een vaste premie toe:

- de intrest op het gespaarde kapitaal kan hetzij een percentage zijn van het totaal gespaarde kapitaal, een percentage dat stijgt met de duur van de aansluiting, hetzij een samengestelde intrest;
- de aangroepremie vertegenwoordigt een bedrag dat toeneemt met de aansluitingsduur en wordt toegekend op basis van de verhouding van het jaarlijks gemiddeld gestorte bedrag tot het jaarlijks maximaal spaarbedrag.

Drie landsbonden aanvaarden geen nieuwe spaarders meer, behalve mutaties, voor zover de oorspronkelijke aansluiting bij de dienst voorhuwelijkssparen dateert van voor de sluiting van de dienst, met name, naargelang de landsbond, 1 januari 2011, 1 februari 2011 of 1 januari 2012. De twee andere landsbonden kennen verschillende voordelen toe naargelang van de aansluitingsdatum. Eén van hen voorziet tenslotte in zijn statuten de mogelijkheid om voor de toekomstige stortingen van de spaarders die vanaf 1 januari 2011 aansluiten de toegekende intresten tijdens de aansluiting te verminderen.

Het hierna volgende onderzoek betreft enkel de voordelen toegekend aan de nieuwe leden; de drie gesloten diensten maken geen deel uit van de analyse.

6.2.3.1. Toegekende voordelen bij huwelijk

Aangezien het voorhuwelijkssparen een spaarvorm is met het oog op het waarborgen van een startkapitaal in geval van huwelijk, wordt bij deze wijze van uittreden het hoogste voordeel toegekend. Na de maximale aansluitingsduur van 16 jaar bedraagt de op het totaal gespaarde kapitaal toegekende intrest 123,75% of 170%, naargelang de landsbond. Bovenop deze intrest voorziet één landsbond in een aangroepremie.

6.2.3.2. Toegekende voordelen bij samenwonen

Zoals aangehaald onder punt 6.2.1. hiervoor, verleent de omzendbrief 11/09 aan de landsbonden de mogelijkheid om aan de spaarders die wensen samen te wonen in plaats van te huwen, dezelfde voordelen toe te kennen als in geval van huwelijk. Zo kennen twee landsbonden in geval van ontslag ingevolge samenwonen dezelfde voordelen toe als in geval van huwelijk.

Het begrip samenwonen wordt door de landsbonden omschreven als het samenwonen onder eenzelfde dak van twee personen die geen bloed- of aanverwanten zijn. Eén van de twee landsbonden stelt als bijkomende voorwaarde dat beide personen een minimumleeftijd dienen bereikt te hebben (18 jaar).

6.2.3.3. Toegekende voordelen in geval van uittreding van ambtswege (31 december van het jaar van de 30^{ste} verjaardag)

Na de maximale aansluitingsduur van 16 jaar bedraagt de op het totaal gespaarde kapitaal toegekende intrest 90% of 120%, naargelang van de betrokken landsbond. Eén landsbond kent bovendien een aangroepremie toe.

6.2.3.4. Toegekende uitkering bij overlijden

In geval van overlijden kennen twee landsbonden dezelfde voordelen toe als deze die toegekend worden aan de spaarder die niet meer is aangesloten wegens het bereiken van de leeftijdsgrens.

6.2.3.5. Toegekende voordelen bij vrijwillig of gedwongen ontslag wegens onregelmatig sparen

Twee landsbonden kennen op de gespaarde bedragen een samengestelde intrest toe van 2,75% per jaar.

6.2.4. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

In de onderstaande tabel worden de resultatenrekeningen van de boekjaren 2009, 2010 en 2011 weergegeven van de door de vijf landsbonden georganiseerde dienst voorhuwelijkssparen.

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Prestaties aan leden	-41.225,7	-39.890,4	-38.182,4	+1.708,0
Technische voorzieningen	-18.266,4	16.543,3	20.655,6	+4.112,3
Overige technische opbrengsten	597,9	413,6	9.497,4	+9.083,8
Technische resultaten (a)	-58.894,2	-22.933,5	-8.029,4	+14.904,1
Diensten, diverse goederen en kosten	-1.374,8	-266,7	-246,5	+20,2
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-106,5	-106,5	-94,8	+11,7
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op materiële en immateriële vaste activa	-4,0	-2,7	-3,1	-0,4
Waardeverminderingen op vlottende activa	-0,1	-0,5	-0,1	+0,4
Overige bedrijfsopbrengsten	0,1	0,4	0,5	+0,1
Overige bedrijfskosten	-2.804,3	-1.329,4	-1.255,8	+73,6
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-913,6	-838,3	-830,5	+7,8
Werkingsresultaten (b)	-5.203,2	-2.543,7	-2.430,3	+113,4
Financiële opbrengsten	35.984,8	33.976,6	26.518,2	-7.458,4
Financiële kosten	-4.462,5	-8.049,2	-20.977,3	-12.928,1
Financiële resultaten (c)	31.522,3	25.927,4	5.540,9	-20.386,5
Uitzonderlijke opbrengsten	189,2	3,7	11,4	+7,7
Uitzonderlijke kosten	-1,9	-335,1	-0,4	+334,7
Uitzonderlijke resultaten (d)	187,3	-331,4	11,0	+342,4
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	76.828,0	44.440,2	44.559,0	+118,8
Boni (+), mali (-) van het boekjaar (a)+(b)+(c)+(d)	-32.387,8	118,8	-4.907,8	-5.026,6
Overdracht van reserves van of naar de diensten			196,8	+196,8
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	44.440,2	44.559,0	39.848,0	-4.711,0

Hierna volgt een overzicht van de verplichtingen tegenover de leden (in duizenden EUR):

Verplichtingen t.o.v. de leden	2009	2010	2011	Evolutie 2010-2011
Uitstaande spaargelden	198.651,7	193.778,1	187.403,7	-6.374,4
Technische voorzieningen	347.285,5	330.742,1	310.096,5	-20.645,6
Schulden aan 30-jarigen en onregelmatige spaarders	13.654,3	14.567,7	15.376,2	+808,5
Totaal	559.591,5	539.087,9	512.876,4	-26.211,5

Vier van de vijf landsbonden hebben het boekjaar 2011 afgesloten met een mali.

6.2.5. Beleid van de Controledienst

Ingevolge het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de reservefondsen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 15 september 2006, dienden de landsbonden, teneinde de verbintenissen te waarborgen die ten opzichte van de spaarders werden aangegaan, het volgende aan te leggen per einde boekjaar 2011:

- technische voorzieningen die de toekomstige verbintenissen ten opzichte van de leden vertegenwoordigen, alsmede de toekomstige beheerskosten van de dossiers van de spaarders;
- een solvabiliteitsmarge die afhankelijk is van het aantal nieuwe leden tijdens het boekjaar ten opzichte van het totale aantal leden, van de technische voorzieningen en van de gespaarde kapitalen. De betreffende solvabiliteitsmarge mag echter niet kleiner zijn dan het equivalent van 5% van de voornoemde technische voorzieningen.

Er wordt opgemerkt dat het voornoemde koninklijk besluit werd vervangen door het koninklijk besluit van 10 november 2012 (zie punt 3.2. van dit verslag), dat van toepassing is vanaf het boekjaar 2012. Deze laatste voorziet in het bijzonder dat naast de technische voorzieningen, een solvabiliteitsmarge dient aangelegd die maximaal het equivalent vertegenwoordigt van 15% van de technische voorzieningen.

De Controledienst volgt aandachtig de financiële toestand op van de diensten voorhuwelijkssparen van de landsbonden.

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE LANDSBONDEN⁽¹⁾ VAN DE DIENST VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR)

		LANDSBONDEN	
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-38.182,4
V.	Technische voorzieningen	(-)(+)	20.655,6
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)	9.497,4
Technische resultaten (I tot VII)		(a)	-8.029,4
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-246,5
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-94,8
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op materiële en immateriële vaste activa	(-)	-3,1
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-0,1
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	0,5
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-1.255,8
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-830,5
Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)		(b)	-2.430,3
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	26.518,2
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-20.977,3
Financiële resultaten (XIX tot XX)		(c)	5.540,9
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	11,4
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-0,4
Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)		(d)	11,0
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		44.559,0
XXIV.B. Boni (+), mali (-) van het boekjaar		(a)+(b)+(c)+(d)	-4.907,8
XXIV.D.	Overdracht van reserves van of naar de diensten	(-)(+)	196,8
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)			39.848,0

(1) Deze dienst wordt uitsluitend ingericht door de landsbonden.

6.3. DE DIENST DAGVERGOEDINGEN

6.3.1. Doelstelling van de dienst

De dienst dagvergoedingen voorziet overeenkomstig artikel 3, eerste lid, b), van de wet van 6 augustus 1990 in de uitkering van een dagelijkse vergoeding aan de leden die arbeidsongeschikt zijn.

In de classificatie van de diensten werd de dienst dagvergoedingen tijdens het boekjaar 2011, waarvoor de financiële gegevens in dit verslag worden genalyseerd, ondergebracht onder volgende rubrieken:

code 10: dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar;

code 11: dagvergoedingen met een duurtijd van meer dan drie maanden, doch maximum een jaar;

code 12: dagvergoedingen met een duurtijd van ten hoogste drie maanden.

De diensten dagvergoedingen van de rubriek "dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar" (code 10) maken het voorwerp uit van een afzonderlijke analyse. Deze diensten dekken immers de volledige duur van arbeidsongeschiktheid en de uitbetaling kan dus in geval van blijvende ongeschiktheid verlengd worden tot de wettelijke pensioenleeftijd. Aldus kunnen deze diensten er toe genoodzaakt worden om gedurende lange termijn uitkeringen uit te betalen, wat voor hen een belangrijk financieel risico inhoudt. De waarborgen van de andere diensten dagvergoedingen (codes 11 en 12) zijn van beperkte duur (respectievelijk een jaar of drie maanden), waardoor het financieel risico ervan beperkt is. Wat specifiek de diensten betreft met de code 12, dient opgemerkt dat ingevolge de vermindering sinds 1 januari 2001 van de periode van niet-vergoedbare primaire arbeidsongeschiktheid in de verplichte verzekering ten gunste van de zelfstandigen, die thans één maand bedraagt in plaats van drie, de entiteiten die deze dienst inrichten ofwel deze afgeschafte hebben, ofwel de vergoedbare periode op één maand gebracht hebben.

6.3.2. Dagvergoedingen met een korte duurtijd (codes 11 en 12)

6.3.2.1. Specifieke kenmerken

De diensten "dagvergoedingen met een korte duurtijd" richten zich overwegend tot de zelfstandigen. Geen enkele mutualistische entiteit organiseerde een dienst met de code 11 op 31 december 2011. Drie ziekenfondsen richtten op deze datum een dienst dagvergoedingen met de code 12 in. Bij twee ervan was de aansluiting verplicht, terwijl bij het derde de aansluiting facultatief was. Het recht op een uitkering werd algemeen verkregen na het volbrengen van een wachttijd van zes maanden. Het totale aantal leden van deze diensten bedroeg 13.385 op 31 december 2011.

6.3.2.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

Hierna volgt de globale resultatenrekening van de diensten geclassificeerd onder de code 11 (dagvergoedingen met een duurtijd van meer dan drie maanden, doch maximaal een jaar) die nog georganiseerd werden tijdens de boekjaren voorafgaand aan 2011 en code 12 (dagvergoedingen met een duurtijd van ten hoogste drie maanden).

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	826,5	830,9	21,3	-809,6
Prestaties aan leden	-881,9	-944,9	-534,2	+410,7
Technische voorzieningen ⁽¹⁾	3,7	-9,8	31,9	+41,7
Overige technische opbrengsten	4,6	1,1	4,4	+3,3
Technische resultaten	(a)	-47,1	-122,7	-476,6
Diensten, diverse goederen en kosten	-27,9	-31,8	-20,7	+11,1
Waardeverminderingen op vlottende activa	-5,8	-7,9	0,9	+8,8
Overige bedrijfsopbrengsten	6,9	9,5		-9,5
Overige bedrijfskosten	-2,5	-0,1	-0,2	-0,1
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-43,0	-33,6	-4,6	+29,0
Werkingsresultaten	(b)	-72,3	-63,9	-24,6
Financiële opbrengsten	86,4	71,1	53,6	-17,5
Financiële kosten	-0,3	-0,7	-0,8	-0,1
Financiële resultaten	(c)	86,1	70,4	52,8
Uitzonderlijke kosten		-204,7	-0,1	+204,6
Uitzonderlijke resultaten	(d)		-204,7	-0,1
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	2.465,8	2.322,4	1.916,5	-405,9
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	-33,3	-320,9	-448,5
Overdracht van reserves van of naar de diensten	-110,1	-85,0	-920,1	-835,1
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		2.322,4	1.916,5	547,9

Onderstaande tabellen geven weer hoeveel diensten het boekjaar 2011 hebben afgesloten met een boni of een mali en hoeveel hiervan per 31 december 2011⁽²⁾ een gecumuleerd boni of mali vertonen.

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Diensten met een boni voor het boekjaar	-	-
Diensten met een mali voor het boekjaar	5	-448,5
Totaal	5	-448,5
Diensten met een gecumuleerd boni	5	547,9
Diensten met een gecumuleerd mali	-	-
Totaal	5	547,9

6.3.3. Dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar

6.3.3.1. Specifieke kenmerken

Onder de diensten dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar moet men een onderscheid maken tussen deze waarvan de dagvergoeding hoger was dan 5,00 EUR en de andere. De eerste moesten inderdaad bovenop een solvabiliteitsmarge ook technische voorzieningen samenstellen.

Eén ziekenfonds richtte een dienst dagvergoedingen in, waarvan het bedrag maximaal 5,00 EUR bedroeg. Deze dienst was bestemd voor leden van de clerus. Alhoewel de uitkeringsperiode lang kon zijn, was het financieel risico verbonden aan deze dienst beperkt. Hij wordt bijgevolg niet in aanmerking genomen in de volgende analyse. Op 31 december 2011 bedroeg het gecumuleerd boni van deze dienst 112.053,51 EUR.

(1) Deze rubriek betreft hoofdzakelijk de toename (-) of afname (+) van de voorzieningen I.B.N.R.

(2) In deze tabellen zijn ook de twee entiteiten opgenomen die op 1 januari 2011 en op 1 juli 2011 hun dienst «dagvergoedingen» stopgezet hebben.

Eén ziekenfonds en drie maatschappijen van onderlinge bijstand richtten per 31 december 2011 een dienst dagvergoedingen in waarvan de voorziene vergoeding hoger was dan 5,00 EUR per dag⁽¹⁾. De aansluiting bij deze diensten was steeds facultatief. Deze diensten richtten zich voornamelijk tot de zelfstandigen, maar waren in bepaalde gevallen ook toegankelijk voor de loontrekkenden en de ambtenaren. Meestal werden de leden hoofdzakelijk of uitsluitend binnen specifieke, statutair omschreven doelgroepen aangeworven. Aldus is er één maatschappij van onderlinge bijstand die statutair bepaald heeft dat zijn dienst uitsluitend toegankelijk was voor de medische beroepen en aanverwanten. In de meeste gevallen was de maximale aansluitingsleeftijd vastgelegd op 40 of 45 jaar, maar soms was het mogelijk de aansluiting te regulariseren na de maximale aansluitingsleeftijd. Bovendien mocht een mutualistische entiteit vanaf 1 juli 2007 geen aansluiting bij een dienst dagvergoedingen meer weigeren van een persoon ouder dan 65 jaar die de dag voor zijn aansluiting bij de betrokken mutualistische entiteit lid was van een gelijkaardige dienst dagvergoedingen bij een andere mutualistische entiteit en daar ter zake in regel was met zijn bijdragen.

Bij zijn aansluiting bepaalde het lid het bedrag van zijn dagvergoedingen in functie van de mogelijkheden geboden door de statuten. Deze vergoeding evolueerde soms in functie van de duur van de arbeidsongeschiktheid. In sommige gevallen werd bovendien een overlijdensvergoeding toegekend.

Over het algemeen voorzagen de statuten in een aantal opties in functie waarvan de bijdragen bepaald werden. De carenperiode, de maximumleeftijd tot dewelke het recht op uitkering kon worden toegekend⁽²⁾ en het bedrag van de vergoedingen zijn parameters voor dewelke sommige diensten meerdere keuzemogelijkheden voorstelden aan hun leden. In het merendeel van de gevallen werden de bijdragen bovendien gemoduleerd in functie van de aansluitingsleeftijd. Bij één dienst in het bijzonder steeg de statutaire bijdrage van sommige leden jaarlijks tot de 40^{ste} of de 45^{ste} verjaardag en bleef vervolgens onveranderd. Ten slotte konden de bijdragen eveneens gemoduleerd worden in functie van vooraf bepaalde beroepscategorieën met een verschillend risico van arbeidsongeschiktheid.

In alle gevallen werd in een wachttijd van zes maanden voorzien vooraleer nieuwe leden recht konden verkrijgen op een dagvergoeding. Sedert 1 juli 2007 dienden de mutualistische entiteiten de opgelegde wachttijd echter te verminderen met de aansluitingsduur bij een gelijkaardige dienst in een andere mutualistische entiteit in geval van afwezigheid van een onderbreking in de dekking en indien het lid in regel was met zijn bijdragen voor deze dienst bij zijn vroegere mutualistische entiteit.

6.3.3.2. Ledentallen

Op 31 december 2011 telden de vier entiteiten met een dienst "dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar" waarvan het bedrag van de dagvergoeding hoger was dan 5,00 EUR (cf. paragraaf 3 van punt 6.3.3.1. hiervoor) samen 18.755 leden die niet de pensioenleeftijd bereikt hebben, tegenover 18.675 leden op 31 december 2010, wat een verhoging met 0,43% betekent.

Overigens dient opgemerkt dat één mutualistische entiteit sedert 1 januari 2001 geen nieuwe leden meer in haar dienst dagvergoedingen aanvaardt.

Onderstaande tabel geeft een opdeling van het ledenbestand op 31 december 2011 voor het geheel van deze vier entiteiten in functie van de hoogte van de dagvergoeding, die krachtens de statuten uitgekeerd wordt vanaf of tijdens de dertiende maand arbeidsongeschiktheid.

(1) In de tabellen met de financiële gegevens hierna zijn de resultaten opgenomen van de landsbond die zijn dienst dagvergoedingen op 1 januari 2005 heeft stopgezet, maar die zijn verbintenissen blijft naleven ten opzichte van de arbeidsongeschikte leden op 1 januari 2005. De vermelde statistieken en ledentallen houden evenwel geen rekening meer met voornoemde dienst.

(2) In principe werden de dagvergoedingen toegekend tot de pensioengerechtigde leeftijd. In bepaalde gevallen konden de leden opteren voor het beëindigen van het recht op uitkeringen tot vijf jaar vóór het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. In uitzonderlijke gevallen was tevens voorzien dat dagvergoedingen nog konden worden toegekend na de wettelijke pensioenleeftijd, maar voor een beperkte duur en enkel voor de leden die bleven werken na de pensioenleeftijd.

Bedrag van de dagvergoeding, toegekend vanaf of tijdens de dertiende maand arbeidsongeschiktheid	Aantal leden
0 - 12,49 EUR	196
12,50 - 24,99 EUR	360
25,00 - 37,49 EUR	1.428
37,50 - 49,99 EUR	515
50,00 - 62,49 EUR	6.321
62,50 - 74,99 EUR	1.108
75,00 - 87,49 EUR	454
87,50 - 99,99 EUR	519
100,00 - 112,49 EUR	3.889
112,50 - 124,99 EUR	3.042
125,00 - 137,49 EUR	38
137,50 - 149,99 EUR	23
150,00 - 162,49 EUR	335
162,50 - 174,99 EUR	21
175,00 - 187,49 EUR	25
187,50 EUR of meer	481
Totaal	18.755⁽¹⁾

Eén entiteit bood de mogelijkheid aan te sluiten voor een dagvergoeding die 250,00 EUR kon bedragen. Een andere entiteit bood categorieën aan waarvoor de dagvergoeding 182,00 EUR kon bedragen. Gelet op het belangrijk financieel risico heeft de Controledienst in deze twee gevallen aanbevolen om voor deze risico's een herverzekering af te sluiten.

Per 31 december 2011 bedroeg het aantal uitkeringsgerechtigde invaliden 197 of 1,1% van het totale aantal gerechtigden die de pensioenleeftijd niet hebben bereikt. Uit de statistische gegevens van 2011 blijkt dat per entiteit het aandeel van de invaliden in het totaal aantal gerechtigden nochtans varieert van 0,9% tot 3,8%. In het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (regeling der zelfstandigen) bedraagt dit percentage 3,2% op 30 juni 2011.

6.3.3.3. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

De tabel hierna geeft de globale resultatenrekening weer van de dienst "dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar" voor de boekjaren 2009, 2010 en 2011 (in duizenden EUR).

Bij het lezen van deze tabel mag men niet uit het oog verliezen dat de vermelde reserves, bedragen zijn na het aanleggen van de technische voorzieningen (cf. punt 6.3.3.4. hierna). De diensten waren er inderdaad toe gehouden de jaarlijkse wijziging aan het bedrag van de schadereserves onder de rubriek "technische voorzieningen" van de resultatenrekening te boeken. Einde 2011 bedroeg het bedrag van de technische voorzieningen berekend door de Controledienst 21,50 miljoen EUR.

(1) Deze tabel omvat niet de totaliteit van de leden aangesloten bij de vier entiteiten. De leden die aangesloten bleven na de pensioengerechtigde leeftijd overschreden te hebben, waarvan het aantal beperkt is, worden niet meegerekend

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011	
	2009	2010	2011		
Bijdragen	10.333,5	10.653,4	10.571,9	-81,5	
Prestaties aan leden	-8.561,9	-9.409,4	-8.712,4	+697,0	
Tussenkomsten van herverzekeraars in de prestaties	566,4	536,6	653,3	+116,7	
Herverzekeringspremies	-575,3	-746,9	-781,1	-34,2	
Technische voorzieningen	280,1	-59,9	1.716,3	+1.776,2	
Overige technische opbrengsten	107,2				
Overige technische kosten		-238,9	-366,2	-127,3	
Technische resultaten	(a)	2.150,0	734,9	3.081,8	+2.346,9
Diensten, diverse goederen en kosten		-1.322,3	-1.199,8	-1.370,7	-170,9
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-1.290,3	-1.060,2	-1.164,5	-104,3
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa		-126,0	-128,6	-130,9	-2,3
Waardeverminderingen op vlottende activa		1,1	9,9	1,0	-8,9
Voorzieningen voor risico's en kosten		12,6	11,9	12,8	+0,9
Overige bedrijfsopbrengsten		411,6	64,7	73,8	+9,1
Overige bedrijfskosten		-304,9	-112,3	-93,3	+19,0
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum		-7,6	-7,3	-11,9	-4,6
Werkingsresultaten	(b)	-2.625,8	-2.421,7	-2.683,7	-262,0
Financiële opbrengsten		2.409,3	2.931,6	1.824,0	-1.107,6
Financiële kosten		-366,7	-628,3	-87,8	+540,5
Financiële resultaten	(c)	2.042,6	2.303,3	1.736,2	-567,1
Uitzonderlijke opbrengsten		16,5	516,5	768,7	+252,2
Uitzonderlijke kosten		-500,0	-1.285,0	-1.106,7	+178,3
Uitzonderlijke resultaten	(d)	-483,5	-768,5	-338,0	+430,5
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		29.220,4	30.303,7	⁽¹⁾ 30.205,7	-98,0
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	1.083,3	-152,0	1.796,3	+1.948,3
Overdracht van reserves van of naar de diensten				4.231,9	+4.231,9
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		30.303,7	30.151,7	36.233,9	+6.082,2

6.3.3.4. Beleid van de Controledienst

In toepassing van artikel 28 van de wet van 6 augustus 1990 dat, zoals hiervoor reeds werd gepreciseerd in punt 6.1.3.1., van toepassing bleef zolang de mutualistische entiteiten hun diensten niet in overeenstemming hadden gebracht met de wet van 26 april 2010, wat diende gerealiseerd te worden ten laatste op 1 januari 2012, waren de landsbonden, ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand verplicht om voor bepaalde diensten afzonderlijke reservefondsen aan te leggen. Het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de reservefondsen bepaalde dat voor de dienst dagvergoedingen die, in geval van arbeidsongeschiktheid, voorzag in uitkeringsperiodes langer dan één jaar en in prestaties waarvan het aan de leden uitgekeerde bedrag hoger is dan 5,00 EUR per vergoedbare dag⁽²⁾, deze reservefondsen het volgende omvatten:

- de schadereserves nodig voor de vergoeding van de leden in arbeidsongeschiktheid. Zij vertegenwoordigden het verschil tussen enerzijds de huidige waarde van de verwachte uit te keren bedragen dagvergoedingen aan de leden die op het einde van het boekjaar arbeidsongeschikt waren, en anderzijds de huidige waarde van de bijdrage betaald door deze leden tijdens de verwachte duur van de arbeidsongeschiktheid. Een technische nota met een beschrijving van de voor de berekening van de schadereserves gebruikte methode werd uitgewerkt en bezorgd onder de mutualistische entiteiten onder de vorm van een omzendbrief;

(1) Het verschil tussen de reserves einde boekjaar 2010 en de reserves begin boekjaar 2011 is het gevolg van een herclassificatie van een dienst.

(2) Voor de andere diensten dagvergoedingen voorzag het koninklijk besluit, bovenop de voorzieningen voor I.B.N.R., in een solvabiliteitsmarge waarvan het niveau overeenstemde met 12,5% van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar.

- een solvabiliteitsmarge, waarvan het niveau 20% bedroeg van het niveau van de schadereserves.

Voor de berekening van de schadereserves baseerde de Controledienst zich op de voorhanden zijnde statistische informatie die door de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand aan de Controledienst werd overgemaakt, en hield hij rekening met gecorrigeerde kansgrondblagen die waren afgeleid uit de statistieken van het RIZIV – regeling zelfstandigen. Bij de vaststelling van de kansgrondblagen werd ernaar gestreefd om in de mate van het mogelijke rekening te houden met statistieken die geacht werden uitsluitend en in voldoende mate betrekking te hebben op welbepaalde categorieën van leden.

De Controledienst stelde de betrokken mutualistische entiteiten in kennis van de omvang van de schadereserves die berekend werden op basis van de ter beschikking gestelde statistieken en die overeenkomstig het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de reservefondsen moesten geboekt worden.

De vier betrokken entiteiten hielden na de aanrekening van de schadereserves voldoende reserves over om de solvabiliteitsmarge te dekken, die vereist wordt door het koninklijk besluit betreffende de reservefondsen. Eén ervan stelde bovendien een voorziening samen voor de leden die in een toestand van arbeidsongeschiktheid verkeerden.

Er dient opgemerkt dat de wet van 11 mei 2007 tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen inzonderheid voor de dienst dagvergoedingen bepaalt dat de statuten vanaf 1 juli 2007 voor de aangesloten personen die lijden aan een vooraf bestaande ziekte of aandoening in geen andere beperking meer kunnen voorzien dan een forfaitaire tussenkomst per dag gedurende een eventueel in de tijd beperkte periode. Deze wet bepaalt ook dat de bijdragen, behalve de aanpassing ervan aan de gezondheidsindex, enkel mogen verhoogd worden indien de evolutie van de te dekken risico's dit vereist of in geval van significante en uitzonderlijke omstandigheden. Bovendien kunnen de dekkingsvoorwaarden enkel nog gewijzigd worden op basis van objectieve en duurzame elementen en proportioneel met deze elementen. Wanneer de Raad van de Controledienst de aanvragen tot statutaire wijzigingen vanwege de mutualistische entiteiten behandelde, beoordeelde hij of deze voorwaarden waren vervuld.

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST DAGVERGOEDINGEN VOOR HET BOEKJAAR 2011
 (in duizenden EUR) ⁽¹⁾

		LANDSBONDEN	ZIEKEN- FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL	
I.	Bijdragen	(+)	360,9	75,8	10.182,9	10.619,6
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-548,6	-576,1	-8.140,3	-9.265,0
IV.A.	Tussenkomen van herverzekeraars	(+)		653,3	653,3	653,3
IV.C.	Herverzekeringspremies	(-)		-781,1	-781,1	-781,1
V.	Technische voorzieningen	(-)(+)	585,5	96,8	1.067,9	1.750,2
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)		4,5	4,5	4,5
VI.	Overige technische kosten	(-)	-366,2			-366,2
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	31,6	-399,0	2.982,7	2.615,3
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-28,8	-20,7	-1.341,9	-1.391,4
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)			-1.164,5	-1.164,5
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)			-130,9	-130,9
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)		0,9	1,0	1,9
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)			12,8	12,8
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	0,4		73,5	73,9
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)		-0,2	-93,4	-93,6
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-3,2	-14,6		-17,8
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-31,6	-34,6	-2.643,4	-2.709,6
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)		65,3	1.815,5	1.880,8
XX.	Financiële kosten	(-)(+)		-0,8	-87,9	-88,7
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)		64,5	1.727,6	1.792,1
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)			768,7	768,7
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)		-0,1	-1.106,7	-1.106,8
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)		-0,1	-338,0	-338,1
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar			2.374,7	29.847,7	32.222,4
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)		-369,2	1.728,9	1.359,7
XXIV.D.	Overdracht van reserves van of naar de diensten	(-)(+)		79,9	3.231,9	3.311,8
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		0,0	2.085,4	34.808,5	36.893,9

6.4. DE DIENST HOSPITALISATIE⁽²⁾

6.4.1. Inrichting van de dienst

Binnen de doelstellingen van de wet van 6 augustus 1990 beantwoordt de dienst hospitalisatie onmiskenbaar aan een groeiende behoefte van de gerechtigden. De gestage verhoging van de kosten die gepaard gaan met een opname in een verplegingsinrichting, en de daarmee samengaande toename van het aandeel in deze kosten dat niet gedekt wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en ten laste is van de patiënt, rechtvaardigen op zich deze vorm van aanvullende verzekering en verklaren het belang en de aantrekkingskracht ervan.

(1) De geglobaliseerde resultatenrekening omvat het geheel van de diensten dagvergoedingen. Bijgevolg stemmen de vermelde bedragen niet overeen met het totaal van de afzonderlijke resultatenrekeningen van de hierboven vermelde diensten met de code 10 en de codes 11 en 12, en dit omdat de resultatenrekening van de code 10 geen rekening houdt met de diensten die slechts weinig financiële risico's inhouden

(2) In dit punt wordt de toestand besproken zoals deze van toepassing was tot op het ogenblik dat de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) van kracht werd, zijnde op uiterlijk 31 december 2011.

De dienst hospitalisatie werd gedurende het boekjaar 2011, waarvoor de financiële gegevens worden geanalyseerd in dit verslag, vrij algemeen door de ziekenfondsen ingericht, maar indien het ging om een dienst die voorziet in de terugbetaling van de werkelijke kosten, werd in het verleden veelal een schaalvergroting doorgevoerd waarbij ziekenfondsen van eenzelfde landsbond een dergelijke dienst gezamenlijk inrichtten in de vorm van een maatschappij van onderlinge bijstand. Bij alle landsbonden waren een of twee dergelijke maatschappijen van onderlinge bijstand actief en er was tevens een landsbond die deze dienst ook op nationaal niveau inrichtte voor de leden van de bij deze dienst aangesloten ziekenfondsen. Ten slotte werd de dienst hospitalisatie ook georganiseerd door vijf van de zes onafhankelijke maatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld door artikel 70, § 1, eerste lid, a), 1° en 2°, van de wet van 6 augustus 1990⁽¹⁾.

6.4.2. Aansluiting van leden

De aansluiting van de leden bij de dienst hospitalisatie was ofwel verplicht ofwel facultatief:

- de verplichte aansluiting: dit was het geval wanneer in de statuten bepaald werd dat de aansluiting bij de betreffende mutualistische entiteit automatisch de aansluiting inhield bij een reeks diensten van de aanvullende verzekering, waaronder meestal de dienst hospitalisatie. Voor een aantal ziekenfondsen was nochtans niet de aansluiting bij het ziekenfonds als zodanig bepalend, maar wel de keuze van het lid om toe te treden tot de aanvullende verzekering. Deze keuze beperkte zich niet tot een bepaalde dienst, maar behelsde steeds een groep van diensten van de aanvullende verzekering;
- de facultatieve aansluiting: de toetreding tot de dienst hospitalisatie stond volledig los van de aansluiting bij andere diensten van de aanvullende verzekering. De diensten hospitalisatie die werden ingericht door de landsbond of door de ziekenfondsen in de vorm van een maatschappij van onderlinge bijstand betroffen, op één uitzondering na, diensten waarvoor de aansluiting facultatief was.

Er dient opgemerkt dat bepaalde ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand twee of meer diensten van dezelfde aard organiseerden, bijvoorbeeld twee facultatieve diensten, die elk verschillende voordelen toekenden en waarvoor telkens een eigen bijdrage van de leden werd gevraagd. Andere entiteiten brachten de eventuele onderscheiden keuzemogelijkheden van de leden onder in één en dezelfde dienst, waartegenover naargelang de keuze van het voordeel door het lid telkens een specifieke bijdrage stond. Dergelijke keuzemogelijkheden van de leden kunnen eveneens optreden in hoofde van de aansluitingsmogelijkheden bij de landsbond, het ziekenfonds of de maatschappij van onderlinge bijstand.

Per 31 december 2011 werden op deze wijze hospitalisatiediensten met facultatieve of verplichte aansluiting georganiseerd door respectievelijk 22 en 25 mutualistische entiteiten. Ingevolge de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering (I) kan vanaf 1 januari 2012 evenwel geen enkel ziekenfonds nog een facultatieve hospitalisatiedienst aanbieden. Dit geldt ook voor de landsbonden. Vanaf deze datum dienen de diensten met facultatieve aansluiting immers verder ingericht door de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand.

6.4.3. Vergoedingsmodaliteiten

Het recht op tegemoetkoming verschilde sterk van dienst tot dienst en uitte zich hoofdzakelijk in de diversiteit van de modaliteiten inzake de aansluitingsvoorwaarden, de te volbrengen wachttijd, de carenstijd, de verblijfsduur en de uitsluiting van bepaalde, meestal langdurige, hospitalisaties.

(1) *Het betreft maatschappijen van onderlinge bijstand die zich richten tot hetzij personeelsleden van een welbepaalde onderneming, hetzij personen die een welbepaald beroep uitoefenen.*

- Aansluitingsvoorwaarden:

over het algemeen kon elke gerechtigde zich bij deze dienst aansluiten. Bij de meeste facultatieve diensten en in mindere mate bij de verplichte diensten werden nochtans in een aantal aansluitingsvoorwaarden voorzien, dewelke onder meer betrekking hadden op de maximale aansluitingsleeftijd of de beroepscategorie (zelfstandigen, grensarbeiders,...).

De aandacht wordt erop gevestigd dat ingevolge de voormelde wet van 11 mei 2007 tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 vanaf 1 juli 2007 de aansluiting bij een dienst hospitalisatie niet langer kan geweigerd worden voor personen jonger dan 65 jaar. Bovendien kan een persoon van ten minste 65 jaar ook bij een dienst hospitalisatie aansluiten naar aanleiding van een verandering van ziekenfonds wanneer deze persoon vlak voor deze verandering reeds aangesloten was bij een gelijkaardige dienst hospitalisatie ingericht door zijn vorige ziekenfonds, of door de landsbond of de maatschappij van onderlinge bijstand waarbij zijn vorige ziekenfonds was aangesloten, en in regel was met de betaling van zijn bijdragen.

- Wachttime:

de dienst hospitalisatie kwam meestal pas tussen nadat een wachtime van zes maanden was volbracht. Voor de diensten hospitalisatie met verplichte aansluiting diende dikwijls geen wachtime te worden doorlopen. Dit gold ook voor een aantal diensten met facultatieve aansluiting.

Er wordt opgemerkt dat in toepassing van voornoemde voormelde wet van 11 mei 2007 voor een dienst van de aanvullende verzekering geen wachtime kan worden opgelegd aan een persoon die overkomt van een ander ziekenfonds indien deze persoon onmiddellijk voorafgaandelijk aan de aansluiting bij de bedoelde dienst aangesloten was bij een gelijkaardige dienst ingericht door zijn vorige ziekenfonds, of door de landsbond of de maatschappij van onderlinge bijstand waarbij zijn vorige ziekenfonds was aangesloten, en in regel was met zijn bijdragen. Indien de duurtijd van de aansluiting bij deze laatste dienst korter is dan de wachtime voorzien door de nieuwe dienst, wordt de duurtijd van aansluiting bij de vorige dienst in mindering gebracht van de te volbrengen wachtime. Dit stelsel is eveneens van toepassing op de personen die lijden aan een ziekte of aandoening die bestaat voorafgaand aan de aansluiting bij de nieuwe dienst.

Er wordt ook opgemerkt dat ingevolge de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen geen langere wachtime mag worden voorzien in geval van hospitalisatie wegens zwangerschap. De Raad van de Controledienst aanvaardde wel dat in deze gevallen, en voor zover de wachtime is volbracht, een beperkte tussenkomst wordt verleend indien de hospitalisatie plaatsvindt binnen de 9 maanden na de aansluiting bij de dienst, of in geval de aansluiting onmiddellijk volgt op een voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige dienst of een dienst die een meer voordelige dekking biedt, binnen de 9 maanden na de aansluiting bij de eerste dienst. Deze tussenkomst dient evenwel minstens gelijk te zijn aan de tussenkomst in geval van een vooraf bestaande ziekte of aandoening.

- Carenstijd:

onverminderd een eventuele minimale verblijfsduur, werd soms bij de berekening van de vergoeding een carenstijd toegepast (meestal tussen één en drie dagen) tijdens dewelke geen tussenkomst werd verleend bij hospitalisatie.

- Minimale verblijfsduur:

voor een aantal diensten was er pas een recht op vergoeding wanneer de hospitalisatie een minimale verblijfsduur bereikte. Deze minimale verblijfsduur lag meestal tussen één en vier dagen.

Wanneer deze periode verstreken was, werd evenwel de volledige hospitalisatieperiode in aanmerking genomen voor de toekenning van de tussenkomst.

- Uitsluitingen:

de statutaire bepalingen vermeldden welke hospitalisaties waren uitgesloten van een tussenkomst. Het ging hierbij vooral om langdurige hospitalisaties zoals opnames in een psychiatrische instelling, een rust- en verzorgingstehuis, een herstellingsoord, een thermaal kuuroord of een V-dienst (dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen).

De reeds vermelde voormelde wet van 11 mei 2007 voorziet eveneens dat vanaf 1 juli 2007 reeds bestaande ziekten of aandoeningen geen reden tot weigering van de aansluiting kunnen uitmaken, en dat voor de betrokken personen in geen hogere bijdrage kan worden voorzien. Evenwel kunnen de mutualistische entiteiten voorzien, gedurende een al dan niet in de tijd beperkte periode, hetzij in een forfaitaire tussenkomst per hospitalisatiedag in plaats van een tussenkomst op basis van de werkelijk gedragen kosten, hetzij in een lagere forfaitaire tussenkomst dan deze voor de personen die lijden aan dezelfde ziekte of aandoening maar die zich nog niet had gemanifesteerd of die nog niet was gediagnosticeerd op het ogenblik van de aansluiting bij de dienst, hetzij in een uitsluiting van de tussenkomst in de supplementen aangerekend voor een verblijf in een eenpersoonskamer.

6.4.4. Tegemoetkoming bij hospitalisatie

Het aan de leden gewaarborgde voordeel bij hospitalisatie was overwegend gebaseerd op een forfaitaire daguitkering, die kan verschillen naargelang onder meer de duur van de hospitalisatie. Bij enkele diensten, overwegend met verplichte aansluiting, werd de vergoeding per ligdag na een bepaalde periode, variërend van vier tot negentig dagen, verlaagd of verhoogd.

Voor de diensten die door de ziekenfondsen volgens het principe van de verplichte aansluiting werden ingericht, was deze forfaitaire uitkering vrij beperkt (meestal minder dan 12,39 EUR per dag hospitalisatie⁽¹⁾), terwijl voor de diensten die gebaseerd waren op het principe van de facultatieve aansluiting, de daguitkering zich meestal situeerde tussen 12,00 EUR en 30,00 EUR.

Ongeveer de helft van de diensten gebaseerd op facultatieve aansluiting verleenden aan de leden tegemoetkomingen in functie van het verschil tussen de werkelijke kosten verbonden aan de hospitalisatie (of de door de zorgverlener gevraagde honoraria) en de terugbetalingstarieven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De hoge en stijgende uitgaven (onder andere de supplementen voor verpleging in een eenpersoonskamer of de honoraria, die kunnen worden aangerekend door de zorgverlener) maken dat de inrichting van dergelijke, vooral dan de facultatieve diensten een belangrijk financieel risico kon inhouden. Meteen stelde zich de vraag van het jaarlijks financieel evenwicht van die diensten en van de waarborg van de ten opzichte van de leden aangegane verbintenissen. Een in functie van het financieel evenwicht steeds maar stijgende bijdrage had de toegankelijkheid voor de leden tot die diensten in het gedrang kunnen brengen. Om aan deze bezwaren tegemoet te komen, werd door de meeste ziekenfondsen de tussenkomst beperkt tot hetzij een aantal uitkeringsdagen per hospitalisatie, per kalenderjaar of per periode van twaalf maanden, hetzij een maximumbedrag per kalenderjaar. Bovendien werden de hospitalisaties die per definitie langdurig zijn (bijvoorbeeld verpleging in een psychiatrische instelling) meestal uitgesloten. De tegemoetkomingen die waren gebaseerd op een terugbetaling van de werkelijke hospitalisatiekosten, waren daarenboven steeds begrensd ofwel tot een maximumbedrag per dag ofwel in functie van de terugbetalingstarieven die in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van toepassing zijn.

Teneinde het financieel risico van de dienst hospitalisatie met facultatieve aansluiting te beperken, hebben twee entiteiten voor deze dienst een herverzekeringscontract afgesloten met een verzekeringsmaatschappij die een deel van het risico tegen betaling van een premie overneemt.

(1) Ingevolge het koninklijk besluit van 19 april 1993 betreffende de bijdrage op de premies ter zake van een aanvullende verzekering voor hospitalisatie is een heffing van 10% op de bijdragen ten voordele van de verplichte verzekering verschuldigd indien in een dekking is voorzien die per verpleegdag 12,39 EUR (500 BEF) of meer kan bedragen.

Er wordt ook nog opgemerkt dat sinds 1 juli 2007 ingevolge de voormelde wet van 11 mei 2007 tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 de dekkingsvoorwaarden enkel mogen gewijzigd worden op grond van duurzame objectieve elementen en op een wijze evenredig met deze elementen. Deze elementen worden beoordeeld door de Controledienst.

6.4.5. Bijdragen

Als op deze dienst verschillende bijdragen van toepassing waren, stonden deze doorgaans in functie van de categorie waartoe de gerechtigden behoorden. Deze categorieën konden rekening houden met het onderscheid gezinshoofd-alleenstaande, het aantal kinderen ten laste, het aantal (een of twee) titularissen per gezin, enz. Voor de diensten hospitalisatie waarvoor de aansluiting facultatief was, werd de bijdrage, naast het feit dat deze hoofdzakelijk verschilde naargelang de vergoedingsformule waarbij men wenste aan te sluiten, veelal bepaald in functie van de bereikte leeftijd en/of de aansluitingsleeftijd. De wet van 11 mei 2007, die de artikelen 9 en 11 van de wet van 6 augustus 1990 heeft gewijzigd, voorziet tevens dat vanaf 1 juli 2007 de bijdragen enkel nog kunnen verhoogd worden, behoudens de aanpassing ervan aan de gezondheidsindex, wanneer de reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of de evolutie van de te dekken risico's dit vereist, of in geval van significante en uitzonderlijke omstandigheden. Deze elementen worden beoordeeld door de Controledienst.

6.4.6. Financiële gegevens voor het jaar 2011

(in duizenden EUR)	Diensten hospitalisatie met facultatieve aansluiting	Diensten hospitalisatie met verplichte aansluiting	Totaal
Bijdragen	392.109,3	21.772,8	413.882,1
Prestaties aan leden	-262.476,8	-23.429,5	-285.906,3
Tussenkosten van herverzekeraars in de prestaties	14.705,9		14.705,9
Herverzekeringspremies	-21.408,9		-21.408,9
Technische voorzieningen	-5.314,0	-391,1	-5.705,1
Overige technische opbrengsten	468,3	7,7	476,0
Overige technische kosten ⁽¹⁾	-34.964,1	-57,0	-35.021,1
Technische resultaten (a)	83.119,7	-2.097,1	81.022,6
Diensten, diverse goederen en kosten	-3.712,9	-369,8	-4.082,7
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-7.985,2	-250,9	-8.236,1
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtings-kosten en op immateriële en materiële vaste activa	-821,4	-1,4	-822,8
Waardeverminderingen op vlottende activa	20,5	-91,1	-70,6
Voorzieningen risico's en kosten	1,4	2,5	3,9
Overige bedrijfsopbrengsten	210,8	94,9	305,7
Overige bedrijfskosten	-18.412,9	-125,8	-18.538,7
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-8.310,2	-1.591,6	-9.901,8
Werkingsresultaten (b)	-39.009,9	-2.333,2	-41.343,1
Financiële opbrengsten	14.253,7	1.992,6	16.246,3
Financiële kosten	-5.646,6	-469,1	-6.115,7
Financiële resultaten (c)	8.607,1	1.523,5	10.130,6
Uitzonderlijke opbrengsten	8.891,3	1,4	8.892,7
Uitzonderlijke kosten	-23.098,8	-0,3	-23.099,1
Uitzonderlijke resultaten (d)	-14.207,5	1,1	-14.206,4
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	269.692,3	42.080,5	311.772,8
Boni (+), mali (-) van het boekjaar (a)+(b)+(c)+(d)	38.509,4	-2.905,7	35.603,7
Overdracht van de reserves van of naar de diensten	-3.779,0	-17.580,6	-21.359,6
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	304.422,7	21.594,2	326.016,9

(1) Omvat de heffing van 10 % op de bijdragen, ontvangen in het kader van een hospitalisatiedienst.

In de hierna volgende globale resultatenrekeningen worden voor beide types van diensten afzonderlijk de financiële gegevens over de boekjaren 2009, 2010 en 2011 weergegeven alsook de evolutie 2010-2011.

6.4.6.1. Hospitalisatie – facultatieve aansluiting

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	332.886,3	359.745,4	392.109,3	+32.363,9
Prestaties aan leden	-227.950,6	-235.362,6	-262.476,8	-27.114,2
Tussenkomen van herverzekeraars in de prestaties	13.662,4	13.561,8	14.705,9	+1.144,1
Herverzekeringspremies	-18.029,1	-19.908,1	-21.408,9	-1.500,8
Technische voorzieningen	-3.787,5	-2.416,5	-5.314,0	-2.897,5
Overige technische opbrengsten	597,6	494,7	468,3	-26,4
Overige technische kosten	-30.360,8	-32.869,5	-34.964,1	-2.094,6
Technische resultaten	(a) 67.018,3	83.245,2	83.119,7	-125,5
Diensten, diverse goederen en kosten	-3.940,6	-4.801,9	-3.712,9	+1.089,0
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-6.398,0	-7.082,8	-7.985,2	-902,4
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	-656,1	-791,3	-821,4	-30,1
Waardeverminderingen op vlottende activa	-54,4	-131,0	20,5	+151,5
Voorzieningen voor risico's en kosten		-338,6	1,4	+340,0
Overige bedrijfsopbrengsten	1.969,6	531,5	210,8	-320,7
Overige bedrijfskosten	-18.157,6	-16.515,7	-18.412,9	-1.897,2
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-5.329,4	-5.153,7	-8.310,2	-3.156,5
Werkingsresultaten	(b) -32.566,5	-34.283,5	-39.009,9	-4.726,4
Financiële opbrengsten	13.054,4	11.642,2	14.253,7	+2.611,5
Financiële kosten	-1.201,6	-2.014,9	-5.646,6	-3.631,7
Financiële resultaten	(c) 11.852,8	9.627,3	8.607,1	-1.020,2
Uitzonderlijke opbrengsten	6.076,9	1.247,9	8.891,3	+7.643,4
Uitzonderlijke kosten	-7.770,6	-1.454,8	-23.098,8	-21.644,0
Uitzonderlijke resultaten	(d) -1.693,7	-206,9	-14.207,5	-14.000,6
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	192.507,6	⁽¹⁾ 217.415,0	269.692,3	+52.277,3
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d) 44.610,9	58.382,1	38.509,4	-19.872,7
Overdracht van de reserves van of naar de diensten	-19.689,1	-6.104,8	-3.779,0	+2.325,8
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	217.429,4	269.692,3	304.422,7	+34.730,4

Over de periode 2010-2011 stijgt de rubriek "prestaties aan leden" met 11,52% terwijl de rubriek "bijdragen" stijgt met 9,00%. De reserves per 31 december 2011 nemen toe met 12,88% en uitgedrukt in een percentage van de prestaties stijgt zij van 114,59% naar 115,98%.

De noodzakelijke technische voorzieningen werden opgebouwd, zoals opgelegd door het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de reservefondsen. Per 31 december 2011 bedroegen deze 32,20 miljoen EUR (12,27% van de prestaties). Tussen de mutualistische entiteiten onderling varieert de toestand van de reserves en de technische voorzieningen nochtans sterk.

Onderstaande tabellen geven weer hoeveel mutualistische entiteiten het boekjaar 2011 hebben afgesloten met een boni of mali, en hoeveel hiervan per 31 december 2011 een gecumuleerd boni of mali vertonen. Ter vergelijking worden eveneens de gegevens opgenomen met betrekking tot het boekjaar 2010.

(1) Het verschil tussen de reserves per einde boekjaar 2009 en de reserves bij het begin van het boekjaar 2010 wordt verklaard door een herschikking van de reserves die werd doorgevoerd bij een maatschappij van onderlinge bijstand

Hospitalisatie – facultatieve aansluiting	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Entiteiten met een boni	22	14	59.534,6	50.955,6
Entiteiten met een mali	7	8	-1.152,5	-12.446,2
Totaal	29	22	58.382,1	38.509,4

Hospitalisatie – facultatieve aansluiting	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Entiteiten met een gecumuleerd boni	21	16	269.692,3	304.422,7
Entiteiten met een gecumuleerd mali	-	-	-	-
Totaal	⁽¹⁾ 21	⁽²⁾ 16	269.692,3	304.422,7

6.4.6.2. Hospitalisatie – verplichte aansluiting

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010–2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	24.009,2	24.675,4	21.772,8	-2.902,6
Prestaties aan leden	-22.952,5	-21.506,9	-23.429,5	-1.922,6
Technische voorzieningen	856,1	316,4	-391,1	-707,5
Overige technische opbrengsten	6,5	5,6	7,7	+2,1
Overige technische kosten	-60,8	-77,5	-57,0	+20,5
Technische resultaten	(a) 1.858,5	3.413,0	-2.097,1	-5.510,1
Diensten, diverse goederen en kosten	-222,2	-245,5	-369,8	-124,3
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-123,9	-151,4	-250,9	-99,5
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	-1,4	-1,4	-1,4	
Waardeverminderingen op vlottende activa	-417,8	-303,8	-91,1	+212,7
Voorzieningen voor risico's en kosten		-177,4	2,5	+179,9
Overige bedrijfsopbrengsten	13,8	40,0	94,9	+54,9
Overige bedrijfskosten	-45,0	-59,1	-125,8	-66,7
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-1.556,4	-1.565,7	-1.591,6	-25,9
Werkingsresultaten	(b) -2.352,9	-2.464,3	-2.333,2	+131,1
Financiële opbrengsten	2.222,5	2.064,9	1.992,6	-72,3
Financiële kosten	-340,6	-212,0	-469,1	-257,1
Financiële resultaten	(c) 1.881,9	1.852,9	1.523,5	-329,4
Uitzonderlijke opbrengsten	1,3	35,0	1,4	-33,6
Uitzonderlijke kosten		-0,2	-0,3	-0,1
Uitzonderlijke resultaten	(d) 1,3	34,8	1,1	-33,7
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	39.025,7	⁽³⁾ 40.492,0	42.080,5	+1.588,5
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d) 1.388,8	2.836,4	-2.905,7	-5.742,1
Overdracht van de reserves van of naar de diensten	-61,5	-1.247,9	-17.580,6	-16.332,7
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	40.353,0	42.080,5	21.594,2	-20.486,3

Er wordt opgemerkt dat voor de dienst hospitalisatie met verplichte aansluiting de prestaties aan leden voor het eerst sedert het boekjaar 2003 zijn toegenomen. Tijdens de periode 2010–2011 zijn de prestaties toegenomen met 8,94%. De bijdragen zijn afgenomen met 11,76%.

- (1) Het verschil met het aantal entiteiten vermeld in de vorige tabel ligt bij vier ziekenfondsen die ingevolge de stopzetting van hun facultatieve hospitalisatiedienst hun resterende reserves hebben overgedragen naar een maatschappij van onderlinge bijstand die de inrichting van de betreffende dienst heeft overgenomen. De betreffende ziekenfondsen beschikken nog over een resultaat voor het boekjaar 2010 voor deze dienst, maar door de overdracht van de reserves is er voor deze entiteiten geen gecumuleerd resultaat meer per einde boekjaar 2010.
- (2) Het verschil met het aantal entiteiten vermeld in de vorige tabel ligt bij acht ziekenfondsen die ingevolge de nieuwe wetgeving hun facultatieve hospitalisatiedienst hebben stopgezet of hun resterende reserves hebben overgedragen naar een mutualistische entiteit die de inrichting van de betreffende dienst heeft overgenomen. De betreffende ziekenfondsen beschikken nog over een resultaat voor het boekjaar 2011 voor deze dienst, maar door de overdracht van de reserves is er voor deze entiteiten geen gecumuleerd resultaat meer per einde boekjaar 2011.
- (3) Het verschil tussen de reserves per einde boekjaar 2009 en de reserves bij het begin van het boekjaar 2010 wordt verklaard door een herschikking van de reserves die werd doorgevoerd bij één ziekenfonds.

Ingevolge het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de reservefondsen, dienden ook voor de dienst hospitalisatie met verplichte aansluiting technische voorzieningen opgebouwd te worden. Deze bedroegen 2,60 miljoen EUR per einde boekjaar 2011. De reserves per 31 december 2011 vertegenwoordigen 92,17% van de prestaties. Tussen de entiteiten onderling is deze toestand nochtans sterk verschillend.

Onderstaande tabellen geven weer hoeveel mutualistische entiteiten het boekjaar 2011 hebben afgesloten met een boni of mali, en hoeveel hiervan per 31 december 2011 een gecumuleerd boni of mali vertonen. Ter vergelijking worden eveneens de gegevens opgenomen met betrekking tot het boekjaar 2010.

Hospitalisatie – verplichte aansluiting	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Entiteiten met een boni	14	12	4.201,5	764,7
Entiteiten met een mali	12	13	-1.365,1	-3.670,4
Totaal	26	25	2.836,4	-2.905,7

Hospitalisatie – verplichte aansluiting	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Entiteiten met een gecumuleerd boni	25	19	42.080,5	22.199,6
Entiteiten met een gecumuleerd mali	-	3	-	-605,4
Totaal	⁽¹⁾ 25	⁽²⁾ 22	42.080,5	21.594,2

6.4.7. Beleid van de Controledienst

Naast een algemeen onderzoek van het financieel evenwicht van al deze diensten door de Controledienst, zijn het in de eerste plaats de diensten die tegemoetkomingen verlenen in functie van het verschil tussen de werkelijke kosten verbonden aan de hospitalisatie en de terugbetalingstarieven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, die de bijzondere aandacht verdienen. De door de leden te betalen bijdragen, alsook de toegekende voordelen waren hier immers merkbaar hoger en het financieel risico was belangrijker dan bij de overige hospitalisatiediensten.

De Controledienst besteedde de nodige aandacht aan de opbouw van de noodzakelijke reserves. Het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de reservefondsen voorzag dat de hospitalisatiediensten die hetzij een forfaitaire uitkering verleenden waarvan het bedrag per verpleegdag 12,50 EUR overschrijdt, hetzij een vergoeding uitkerden in functie van de werkelijk gedragen kosten inzake ziekenhuisverpleging, een technische voorziening moesten aanleggen die minstens 12,5% van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar bedraagt. Indien het een dienst betrof die hospitalisaties van meer dan 180 dagen niet uitsloot, werd een technische voorziening van 12,5% en 50% van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar aangelegd ten belope van de prestaties die de respectieve hospitalisaties tot 180 dagen en deze van meer dan 180 dagen betroffen. De voorzieningen voor I.B.N.R. werden berekend op basis van boekhoudkundige ervaringsgegevens, behalve voor nieuwe diensten, waarvoor het eerste boekjaar voorzieningen voor I.B.N.R. dienden aangelegd te worden ten belope van minstens 6% van de uitgaven inzake prestaties van dat boekjaar. Daarnaast voorzag het koninklijk besluit ook in een solvabiliteitsmarge die minstens 12,5% van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar moest bedragen.

(1) Het verschil met het aantal entiteiten in de vorige tabel wordt verklaard doordat één ziekenfonds het boekjaar 2010 nog afsluit met een resultaat, maar tengevolge de stopzetting van de organisatie van de verplichte dienst en de daaraan verbonden overdracht van de reserves geen gecumuleerd resultaat meer heeft per einde boekjaar 2010.

(2) Het verschil met het aantal entiteiten in de vorige tabel wordt verklaard doordat één ziekenfonds het boekjaar 2011 nog afsluit met een resultaat, maar tengevolge de stopzetting van de organisatie van de verplichte dienst en de daaraan verbonden overdracht van de reserves geen gecumuleerd resultaat meer heeft per einde boekjaar 2011.

Ingevolge de voormelde wet van 11 mei 2007 mogen de mutualistische entiteiten vanaf 1 juli 2007 de dekkingsvoorwaarden alsook de bijdragen met betrekking tot een hospitalisatiedienst slechts wijzigen onder bepaalde voorwaarden (cf. hiervoor). De Raad van de Controledienst beoordeelde of aan de gestelde voorwaarden was voldaan bij de behandeling van de aanvragen tot statutenwijziging die door de mutualistische entiteiten werden ingediend met betrekking tot een hospitalisatiedienst.

**GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST HOSPITALISATIE –
FACULTATIEVE AANSLUITING VOOR HET BOEKJAAR 2011
(in duizenden EUR)**

		LANDBONDEN	ZIEKEN- FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+) 24.653,3	27.924,9	339.531,1	392.109,3
III.A.	Prestaties aan leden	(-) -13.711,6	-17.403,2	-231.362,0	-262.476,8
IV.A.	Tussenkomsten van herverzekeraars in de prestaties	(+) 497,6	497,6	14.208,3	14.705,9
IV.C.	Herverzekeringspremies	(-) -514,1	-514,1	-20.894,8	-21.408,9
V.	Technische voorzieningen	(-)(+) -179,3	1.270,7	-6.405,4	-5.314,0
VI.	Overige technische opbrengsten	(+) 24,5	24,5	443,8	468,3
VII.	Overige technische kosten	(-) -2.403,3	-2.415,3	-30.145,5	-34.964,1
	Technische resultaten (I tot VII)	(a) 8.359,1	9.385,1	65.375,5	83.119,7
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-) -445,6	-426,1	-2.841,2	-3.712,9
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+) -1.223,6	-1.113,5	-5.648,1	-7.985,5
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-) -	-	-821,4	-821,4
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+) -	-1,6	22,1	20,5
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	-	1,4	-	1,4
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+) 27,8	-	183,0	210,8
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-) -0,7	-9,2	-18.403,0	-18.412,9
-XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-) -	-1.073,0	-7.237,2	-8.310,2
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b) -1.642,1	-2.622,0	-34.745,8	-39.009,9
XIX.	Financiële opbrengsten	(+) 1.397,8	1.249,6	11.606,3	14.253,7
XX.	Financiële kosten	(-)(+) -382,6	-215,6	-5.048,4	-5.646,6
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c) 1.015,2	1.034,0	6.557,9	8.607,1
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+) -	10,8	8.880,5	8.891,3
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-) -7.326,2	-15.671,5	-101,1	-23.098,8
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d) -7.326,2	-15.660,7	8.779,4	-14.207,5
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	39.643,4	31.914,0	198.134,9	269.692,3
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d) 406,0	-7.863,6	45.967,0	38.509,4
XXIV.D.	Overdracht van de reserves van of naar de diensten	(-)(+) -	-3.779,0	-	-3.779,0
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)	40.049,4	20.271,4	244.101,9	304.422,7

**GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST HOSPITALISATIE –
VERPLICHTE AANSLUITING VOOR HET BOEKJAAR 2011
(in duizenden EUR)**

		ZIEKEN- FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL	
I.	Bijdragen	(+)	4.098,8	17.674,0	21.772,8
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-5.611,3	-17.818,2	-23.429,5
V.	Technische voorzieningen	(-)(+)	179,8	-570,9	-391,1
VI.	Overige technische opbrengsten	(-)	7,7		7,7
VII.	Overige technische kosten	(-)	-18,8	-38,2	-57,0
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	-1.343,8	-753,3	-2.097,1
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-149,7	-220,1	-369,8
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-29,5	-221,4	-250,9
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)		-1,4	-1,4
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	5,2	-96,3	-91,1
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)	2,5		2,5
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	49,2	45,7	94,9
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-80,3	-45,5	-125,8
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-317,4	-1.274,2	-1.591,6
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-520,0	-1.813,2	-2.333,2
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	1.111,8	880,8	1.992,6
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-249,2	-219,9	-469,1
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	862,6	660,9	1.523,5
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	1,4		1,4
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-0,3		-0,3
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)	1,1		1,1
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		27.930,3	14.150,2	42.080,5
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	-1.000,1	-1.905,6	-2.905,7
XXIV.D.	Overdracht van de reserves van of naar de diensten	(-)(+)	-16.970,6	-610,0	-17.580,6
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		9.959,6	11.634,6	21.594,2

6.5. DE DIENST ZIEKENVERVOER EN VERPLAATSINGSKOSTEN

6.5.1. Inrichting van de dienst

De dienst ziekenvervoer en verplaatsingskosten voorziet in verschillende tegemoetkomingen, inzonderheid:

- ziekenwagen: toekenning van een tegemoetkoming in de vervoerskosten van zieken of gewonden ten gunste van de leden en hun rechthebbenden voor zover de betrokkene zich niet met eigen middelen kan verplaatsen en dat de noodzaak van het vervoer aangetoond wordt door een medisch getuigschrift. De dienst betreft dus vooral de vergoedingen verschuldigd in geval van dringende hospitalisatie;
- vervoerskosten: toekenning van een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van de leden en de personen ten laste voor onderzoek in ziekenhuisinstellingen, voor de raadpleging van specialisten in een kliniek en een polikliniek,...;
- allerhande vervoerskosten: toekenning van de terugbetaling van de vervoerskosten van bloed, plasma, organen,...

Per 31 december 2011 werd de dienst ziekenvervoer en verplaatsingskosten georganiseerd door alle ziekenfondsen, door één maatschappij van onderlinge bijstand aangesloten bij een landsbond en door één onafhankelijke maatschappij van onderlinge bijstand⁽¹⁾. In alle gevallen was de aansluiting bij deze dienst verplicht.

De organisatie van het vervoer per ziekenwagen door de diverse mutualistische entiteiten kan onder meer volgende vormen aannemen:

- het vervoer wordt ingericht door derden gespecialiseerd in het vervoer van zieken. De mutualistische entiteit betaalt, na aanbidding van de vereffende factuur, de kosten aan de leden terug na aftrek van het aandeel dat ten laste is van deze leden;
- het vervoer wordt ingericht door vervoerders waarmee de mutualistische entiteit samenwerkingsakkoorden heeft afgesloten. De mutualistische entiteit betaalt de kosten terug aan de vervoerder, overeenkomstig het tarief dat vastgelegd werd in de overeenkomst tussen de mutualistische entiteit en de vervoerder.

De statuten voorzien vaak in begrenzings van het uitgekeerde bedrag per rit of per tijdsspanne. In een aantal gevallen bestaat er zelfs een territoriale begrenzing van de vervoerstrajecten, dewelke nochtans over het algemeen het volledig Belgische grondgebied mogen bestrijken.

6.5.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geglobaliseerde resultatenrekeningen van de boekjaren 2009, 2010 en 2011.

(1) Drie onafhankelijke maatschappijen van onderlinge bijstand kwamen eveneens tussen in de vervoerskosten van de leden. Deze tussenkomst wordt echter toegekend in het kader van de dienst «diverse verstrekkingen inzake geneeskundige verzorging».

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	47.922,9	46.920,9	45.481,9	-1.439,0
Prestaties aan leden	-40.371,1	-38.517,5	-39.338,7	-821,2
Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	-432,5	-409,1	-296,2	+112,9
Technische voorzieningen ⁽¹⁾	186,7	-38,4	-56,2	-17,8
Overige technische opbrengsten	1.865,0	1.651,1	1.828,3	+177,2
Overige technische kosten	-115,2	-73,6	-104,7	-31,1
Technische resultaten (a)	9.055,8	9.533,4	7.514,4	-2.019,0
Diensten, diverse goederen en kosten	-1.943,8	-2.068,8	-1.974,4	+94,4
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-622,8	-564,0	-582,4	-18,4
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	-36,0	-39,5	-26,2	+13,3
Waardeverminderingen op vlottende activa	-803,9	-822,6	-851,9	-29,3
Voorzieningen voor risico's en kosten		6,5	6,4	-0,1
Overige bedrijfsopbrengsten	853,6	1.189,6	1.198,3	+8,7
Overige bedrijfskosten	-197,2	-234,6	-304,9	-70,3
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-2.155,1	-2.112,1	-2.879,9	-767,8
Werkingsresultaten (b)	-4.905,2	-4.645,5	-5.415,0	-769,5
Financiële opbrengsten	1.659,6	1.836,1	2.037,9	+201,8
Financiële kosten	-42,6	-214,7	-595,5	-380,8
Financiële resultaten (c)	1.617,0	1.621,4	1.442,4	-179,0
Uitzonderlijke opbrengsten	32,2	8,3	3,7	-4,6
Uitzonderlijke kosten	-11,5	-3,0	-0,9	+2,1
Uitzonderlijke resultaten (d)	20,7	5,3	2,8	-2,5
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	29.641,4	38.256,2	45.094,5	+6.838,3
Boni (+), mali (-) van het boekjaar (a)+(b)+(c)+(d)	5.788,3	6.514,6	3.544,6	-2.970,0
Tenlastename van het mali door andere diensten			70,0	+70,0
Overdracht van reserves van of naar de diensten	2.826,5	323,7	1.835,1	+1.511,4
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	38.256,2	45.094,5	50.544,2	+5.449,7

Uit deze tabel blijkt dat de bedragen van de rubrieken "bijdragen" en "prestaties aan leden" tussen 2010 en 2011 respectievelijk daalden met 3,07% en stegen met 2,13%.

De dienst ziekenvervoer en verplaatsingskosten vertoonde globaal een boni van 3.544,60 duizend EUR in de loop van het boekjaar 2011. De verdeling van dat boni ziet er op het niveau van de mutualistische entiteiten als volgt uit:

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Ziekfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand		
- met een boni	33	5.641,9
- met een mali	26	-2.097,3
Totaal	59	3.544,6

Per einde boekjaar 2011 vertoonde de dienst een gecumuleerd boni van 50.544,20 duizend EUR, hetzij het equivalent van 15,4 maanden uitgaven inzake prestaties. Op het vlak van de gecumuleerde resultaten ziet de toestand, vergeleken met het vorige boekjaar, er als volgt uit:

(1) Betreft hoofdzakelijk de toename (-) of de afname (+) van voorzieningen voor I.B.N.R.

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand				
- met een gecumuleerd boni	58	59	5.098,3	50.544,2
- met een gecumuleerd mali	1	-	-3,8	-
Totaal	59	59	45.094,5	50.544,2

**GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST ZIEKENVERVOER,
VERPLAATSINGSKOSTEN,... VOOR HET BOEKJAAR 2011
(in duizenden EUR)**

			ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	44.418,1	1.063,8	45.481,9
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-38.554,8	-783,9	-39.338,7
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-296,2		-296,2
V.	Technische voorzieningen	(-)(+)	-49,2	-7,0	-56,2
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)	1.828,3		1.828,3
VII.	Overige technische kosten	(-)	-104,7		-104,7
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	7.241,5	272,9	7.514,4
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-1.974,4		-1.974,4
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-582,4		-582,4
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)	-26,2		-26,2
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-851,9		-851,9
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)	6,4		6,4
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	1.198,3		1.198,3
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-277,5	-27,4	-304,9
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-2.867,7	-12,2	-2.879,9
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-5.375,4	-39,6	-5.415,0
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	1.935,9	102,0	2.037,9
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-569,4	-26,1	-595,5
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	1.366,5	75,9	1.442,4
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	3,7		3,7
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-0,9		-0,9
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)	2,8		2,8
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		43.069,5	2.025,0	45.094,5
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	3.235,4	309,2	3.544,6
XXIV.C.	Tenlastename van het mali door andere diensten	(-)(+)	70,0		70,0
XXIV.D.	Overdracht van reserves van of naar de diensten	(-)(+)	1.835,1		1.835,1
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		48.210,0	2.334,2	50.544,2

6.6. DE DIENST VERZORGING IN HET BUITENLAND

6.6.1. Doelstelling van de dienst

De dienst verzorging in het buitenland omvat twee voordelen. Een eerste voordeel betreft bijstand en dringende medische hulp in het buitenland aan leden die onverwacht ziek worden of het slachtoffer van een ongeval worden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, alsook de repatriëring van leden wanneer dit medisch noodzakelijk is, of de repatriëring van hun stoffelijk overschot. Het tweede voordeel voorziet in een tussenkomst in de kosten van geneeskundige verzorging verstrekt in het buitenland, voor zover deze verzorging van onvoorzienbare en dringende aard is.

6.6.2. Inrichting van de dienst

Deze dienst wordt georganiseerd door vier landsbonden. Bij de vijfde landsbond is de dienst zodanig geëvolueerd dat deze sinds 1 januari 2007 door verschillende entiteiten wordt ingericht naargelang het gaat om leden van de ziekenfondsen gelegen in het Vlaams, het Waals of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bij deze laatste landsbond wordt deze dienst namelijk georganiseerd op het niveau van respectievelijk twee maatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 1, van de wet van 6 augustus 1990, één voor het Vlaams en één voor het Waals Gewest, en een ziekenfonds dat gelegen is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Drie landsbonden voorzagen dat de aansluiting in 2011 verplicht was voor de aangesloten ziekenfondsen, terwijl de vierde landsbond daarentegen voorzag in een facultatieve aansluiting voor de aangesloten ziekenfondsen. Binnen deze laatste landsbond heeft slechts één ziekenfonds zich niet aangesloten bij de dienst. De diensten georganiseerd door de twee maatschappijen van onderlinge bijstand voorzagen in een verplichte aansluiting voor de aangesloten ziekenfondsen.

Er dient opgemerkt dat ingevolge de invoeging van de wet van 26 april 2010 in hoofde van de ziekenfondsen die zich aansluiten bij de dienst ingericht door de landsbond of de maatschappij van onderlinge bijstand, alle leden, ten minste sedert 1 januari 2012, verplicht zijn aangesloten bij deze dienst. Voor het betreffende ziekenfonds in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn voortaan uiteraard ook alle leden verplicht aangesloten.

Er dient opgemerkt dat benevens door hoger bedoelde entiteiten een dergelijke dienst tot einde 2011 eveneens werd ingericht door een maatschappij van onderlinge bijstand die niet is aangesloten bij een ziekenfonds en die voorzag in een tussenkomst tot 85% van de kosten die ten laste blijven van het lid na aftrek van enige andere tussenkomst. Deze entiteit heeft echter beslist tot ontbinding vanaf 1 januari 2012. Daarnaast waren er nog twee ziekenfondsen die in aanvulling op de betreffende dienst georganiseerd door de landsbond een dienst verzorging in het buitenland inrichtten. Voor één van deze ziekenfondsen, waarvoor de aansluiting bij deze dienst facultatief was, was de tussenkomst beperkt tot 25,00 EUR, zijnde het bedrag van de vrijstelling ingesteld door de landsbond. Zij heeft echter beslist deze dienst stop te zetten vanaf 1 januari 2012. Eén ziekenfonds aangesloten bij een andere landsbond richtte de dienst verzorging in het buitenland, waarbij de aansluiting verplicht was, in waarbij de dekking tot maximum 25.000,00 EUR dezelfde is als deze voorzien door de landsbond maar die zich echter richt tot andere landen (hoofdzakelijk niet-Europese landen) dan de landen betrokken bij de dienst van de landsbond.

6.6.3. Tegemoetkoming van de dienst (situatie op 1 januari 2012)

Voor de repatriëring van leden of van hun stoffelijk overschot werd de tussenkomst door één landsbond beperkt tot 5.000,00 EUR en was de tussenkomst door één landsbond en één maatschappij van onderlinge bijstand territoriaal gebonden, hetgeen betekent dat de tussenkomst afhankelijk is van het land van waaruit een beroep wordt gedaan op de dienst, in casu enkel Europese en mediterrane landen. De tussenkomst in de ziektekosten was voor drie landsbonden en één maatschappij van onderlinge bijstand territoriaal gebonden. Voor één van deze landsbonden gold een vergoedingslimiet van 5.000,00 EUR wanneer het geen Europese landen betrof, terwijl de twee andere landsbonden en de maatschappij van onderlinge bijstand enkel tussenkwamen voor Europese en mediterrane landen.

Er werd ook een grensbedrag inzake de tussenkomst voor bijkomende reis- en verblijfkosten van de rechthebbende en een reisgenoot ingesteld, die varieert van 500,00 EUR tot 1.400,00 EUR. Voor wat betreft de tussenkomst in de ziektekosten werden bepaalde geneeskundige zorgen uitdrukkelijk uitgesloten (herstel-, lucht- of thermaalkuren, verjongingskuren, acupunctuur, homeopathie, enz.) of begrensd (herstel of vervanging van prothesen). Bovendien hebben alle entiteiten met uitzondering van één maatschappij van onderlinge bijstand, in geval van ambulante geneeskundige verzorging voorzien in een vrijstelling per rechthebbende of per dossier. Deze vrijstelling bedroeg 25,00 EUR behalve voor twee entiteiten waarvoor een algemene franchise van respectievelijk 50,00 EUR en 60,00 EUR bestond. Op deze vrijstelling bestonden echter uitzonderingen (bijvoorbeeld in geval van dialyse en zuurstoftherapie). Bij één entiteit werd pas een tussenkomst verleend indien het totale bedrag van het schadegeval minimaal 200,00 EUR bedroeg.

Eén landsbond verleende ook een overlijdensuitkering tot maximum 1.000,00 EUR. Eén maatschappij van onderlinge bijstand en één ziekenfonds voorzagen in een tussenkomst voor aanvullende medische kosten ten laste van de rechthebbende die, mits toelating van de adviserend geneesheer van de betreffende entiteiten, zich in het buitenland liet verzorgen wanneer deze behandeling medisch-technisch niet in België kon en de hospitalisatie op minimum 100 km van de landsgrens gebeurde. Voormelde tussenkomst werd beperkt tot 5.000,00 EUR.

Het recht op tegemoetkoming werd door de meeste entiteiten verbonden aan bepaalde voorwaarden, of werd beperkt in zijn toepassing:

- courante voorwaarden:
 - de verzorging moest van dringende aard zijn. Dit betekende dat er geen uitstel mogelijk was tot de terugkeer naar België of dat ze noodzakelijk was om de reis verder te zetten;
 - het moest gaan om een recreatief verblijf van tijdelijke aard (maximum drie maanden behalve voor gepensioneerden en studenten, waarvoor de maximumtermijn respectievelijk 6 maanden en 1 jaar bedroeg);
 - de verzorging moest onvoorzienbaar zijn op het ogenblik van het vertrek;
- meest voorkomende uitsluitingen:
 - de kosten die het gevolg zijn van een sportcompetitie of -exhibitie, waarvoor de inrichter toegangsgeld heeft ontvangen en waarvoor de deelnemers een of andere vorm van bezoldiging hebben ontvangen;
 - de kosten die het gevolg zijn van het beoefenen van gevaarlijke sporten (alpinisme, diepzeeduiken, valschermspringen, autoracen, enz.).

6.6.4. Samenwerkingsakkoorden

Voor de uitvoering van de prestaties met betrekking tot het voordeel "bijstand, dringende medische hulp en repatriëring" hebben drie landsbonden alsook twee maatschappijen van onderlinge bijstand en één ziekenfonds samenwerkingsakkoorden afgesloten met de vzw "Mutualistische Alarmcentrale Mutas België" (voorheen "Eurocross" genoemd). De vierde landsbond en één ziekenfonds aangesloten bij deze landsbond hebben beslist samen te werken met de groep "Mondial Assistance".

6.6.5. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

Hierna volgt voor de boekjaren 2009, 2010 en 2011 de globale resultatenrekening van de dienst verzorging in het buitenland. Deze resultatenrekening omvat eveneens de prestaties en bijdragen in uitvoering van de samenwerkingsakkoorden.

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	28.217,8	29.111,1	28.877,1	-234,0
Prestaties aan leden	-20.242,1	-20.292,6	-20.079,5	+213,1
Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	-4.031,3	-5.060,6	-5.287,0	-226,4
Technische voorzieningen ⁽¹⁾	-231,7	-346,0	67,3	+413,3
Overige technische opbrengsten	63,7	36,0	21,2	-14,8
Overige technische kosten		-30,0	-30,0	
Technische resultaten (a)	3.776,4	3.417,9	3.569,1	+151,2
Diensten, diverse goederen en kosten	-238,9	-233,9	-253,1	-19,2
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-391,1	-440,9	-392,8	+48,1
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	-4,3	-8,0	-5,4	+2,6
Waardeverminderingen op vlottende activa	-279,8	-325,3	-336,2	-10,9
Overige bedrijfsopbrengsten	17,1	225,3	38,1	-187,2
Overige bedrijfskosten	-681,0	-753,2	-663,9	+89,3
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-327,0	-344,3	-335,8	+8,5
Werkingsresultaten (b)	-1.905,0	-1.880,3	-1.949,1	-68,8
Financiële opbrengsten	513,1	382,9	451,6	+68,7
Financiële kosten	-49,8	-75,8	-247,0	-171,2
Financiële resultaten (c)	463,3	307,1	204,6	-102,5
Uitzonderlijke opbrengsten	0,3	1.360,6	1,5	-1.359,1
Uitzonderlijke kosten		-1.358,3	-0,9	+1.357,4
Uitzonderlijke resultaten (d)	0,3	2,3	0,6	-1,7
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	5.974,2	8.059,2	9.706,2	+1.647,0
Boni (+), mali (-) van het boekjaar (a)+(b)+(c)+(d)	2.335,0	1.847,0	1.825,2	-21,8
Overdracht van reserves van of naar de diensten	-250,0	-200,0	-760,1	-560,1
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	8.059,2	9.706,2	10.771,3	+1.065,1

Na het aanleggen van een voorziening voor I.B.N.R. van 3,40 miljoen EUR bedraagt het gecumuleerd boni 10,80 miljoen EUR per 31 december 2011.

De bedragen die in het kader van samenwerkingsakkoorden overgemaakt worden aan derden in de vorm van ofwel een vaste bijdrage per lid ofwel een effectieve tussenkomst in de werkingskosten en de verleende prestaties, worden vanaf het boekjaar 2000 op een uniforme wijze geboekt, met name zo dat alle financiële overdrachten (zowel ter dekking van prestaties als ter dekking van werkingskosten) geboekt werden onder de rubriek "overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat", behalve voor de prestaties die, voor zover deze informatie afzonderlijk beschikbaar was, werden geboekt in de rubriek "prestaties aan leden". Voor het boekjaar 2011 vertoont de som van de prestaties en de overdrachten aan de entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord is afgesloten ten opzichte van het vorige boekjaar een toename met 0,05% en dalen de bijdragen met 0,80%. Vijf van de tien entiteiten die de dienst organiseerden, hebben het boekjaar 2011 afgesloten met een mali. Alle entiteiten hebben dit boekjaar evenwel afgesloten met een gecumuleerd boni.

In de volgende tabel wordt enkel per landsbond een overzicht gegeven van de gemiddelde bijdrage per gerechtigde en de gemiddelde prestaties per rechthebbende voor het boekjaar 2011.

(1) Betreft hoofdzakelijk de toename (-) of afname (+) van de voorzieningen voor I.B.N.R.

Landsbond ⁽¹⁾	Gemiddelde bijdrage per gerechtigde		Gemiddelde prestaties per rechthebbende ⁽²⁾	
	Bedrag	Onderlinge verhouding	Bedrag	Onderlinge verhouding
100	5,31 EUR	111,55	2,50 EUR	103,31
200	4,62 EUR	97,06	2,18 EUR	90,08
300	4,22 EUR	88,66	2,39 EUR	98,76
400	3,01 EUR	63,24	2,04 EUR	84,30
500	5,30 EUR	111,34	2,48 EUR	102,48
Globaal	4,76 EUR	100,00	2,42 EUR	100,00

Voor wat betreft de reservefondsen die dienden aangelegd in toepassing van het voormeld koninklijk besluit van 21 oktober 2002 golden voor de dienst verzorging in het buitenland dezelfde regels als voor de "diverse diensten" (cf. punt 6.8. hierna).

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST VERZORGING IN HET BUITENLAND VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR)

		LANDSBONDEN	ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL	
I.	Bijdragen	(+)	19.721,5	2.943,8	6.211,8	28.877,1
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-13.955,9	-2.079,0	-4.044,6	-20.079,5
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-3.634,9	-313,4	-1.338,7	-5.287,0
V.	Technische voorzieningen ⁽³⁾	(-)(+)	49,6	-22,8	40,5	67,3
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)			21,2	21,2
VII.	Overige technische kosten	(-)		-30,0		-30,0
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	2.180,3	498,6	890,2	3.569,1
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-160,5	-14,0	-78,6	-253,1
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-183,3		-209,5	-392,8
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)	-5,4			-5,4
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-24,4	-311,8		-336,2
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	33,9	0,1	4,1	38,1
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-662,7		-1,2	-663,9
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-157,6	-138,6	-39,6	-335,8
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-1.160,0	-464,3	-324,8	-1.949,1
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	367,3	34,1	50,2	451,6
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-197,9	-14,4	-34,7	-247,0
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	169,4	19,7	15,5	204,6
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)			1,5	1,5
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)		-0,9		-0,9
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)		-0,9	1,5	0,6
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		6.033,1	1.047,0	2.626,1	9.706,2
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	1.189,7	53,1	582,4	1.825,2
XXIV.D.	Overdracht van reserves van of naar de diensten	(-)(+)	-897,5	135,4	2,0	-760,1
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		6.325,3	1.235,5	3.210,5	10.771,3

(1) Het ziekenfonds dat enkel in een tussenkomst voorzorg ten bedrage van de vrijstelling van 25 EUR en het ziekenfonds dat zich enkel richtte tot andere landen dan de landen gedekt door de dienst ingericht door zijn landsbond, worden hier buiten beschouwing gelaten.

(2) Er dient opgemerkt dat voor de berekeningen bij de prestaties eveneens rekening werd gehouden met de bedragen die werden getransfereerd in het kader van samenwerkingsakkoorden.

(3) Betreft hoofdzakelijk de toename (-) of afname (+) van de voorzieningen voor I.B.N.R.

6.7. DE ZORGVERZEKERING

Het decreet van de Vlaamse gemeenschap van 30 maart 1999 richt de zorgverzekering in dewelke tot doel heeft, ten belope van een jaarlijks maximumbedrag, de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening ten laste te nemen van personen getroffen door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

Elke persoon die binnen het Nederlandse taalgebied zijn woonplaats heeft, moet aangesloten zijn bij een erkende zorgkas vanaf 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin hij 25 jaar is geworden. De personen die hun woonplaats hebben binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen, rekening houdend met de gestelde leeftijdsvoorwaarde, vrijwillig aansluiten bij een erkende zorgkas. De principes van respectievelijk verplichte of vrijwillige aansluiting zijn eveneens van toepassing op de personen die niet in België wonen maar die op basis van de Europese regelgeving onderworpen zijn aan het Belgisch stelsel van sociale zekerheid omwille van hun tewerkstelling in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Het decreet bepaalt dat, naast de zorgkas opgericht door het Vlaams Zorgfonds, een zorgkas kan worden opgericht door ziekenfondsen, landsbonden en maatschappijen van onderlinge bijstand die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, door de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding, alsook door verzekeringsondernemingen. Thans zijn volgende zes zorgkassen erkend:

- CM-Zorgkas Vlaanderen;
- Neutrale Zorgkas Vlaanderen;
- Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten;
- Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen;
- Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- Zorgkas DKV Belgium vzw.

De vijf zorgkassen die zijn opgericht door de ziekenfondsen zijn maatschappijen van onderlinge bijstand in de zin van artikel 43bis, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 en vallen derhalve onder het toezicht van de Controledienst.

Vanaf 2003 is de jaarlijkse bijdrage vastgesteld op 25,00 EUR, behalve voor de leden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming waarvoor de bijdrage 10,00 EUR bedraagt. De eerste tegemoetkomingen in het kader van de zorgverzekering werden uitbetaald vanaf 1 januari 2002.

Voor het uitvoeren van alle taken verbonden aan de zorgverzekering ontvangen de zorgkassen een tegemoetkoming in de werkingskosten. Het decreet voorziet bovendien dat elke zorgkas verantwoordelijk is voor het financieel evenwicht tussen haar inkomsten en uitgaven. De Vlaamse regering besliste echter dat het Vlaams Zorgfonds alle effectief verleende tussenkomsten vanwege de zorgkassen zal terugbetalen aan deze laatste.

Er dient opgemerkt dat één landsbond bovenop voornoemde zorgverzekering vanaf 1 maart 2002 een bijkomende facultatieve zorgverzekering aanbiedt aan zijn leden onder vergelijkbare voorwaarden, doch waarvoor ingevolge een beslissing van deze landsbond vanaf 1 januari 2009 geen nieuwe leden meer worden aanvaard. Het lid betaalt wel een bijdrage in functie van de leeftijd en de gekozen forfaitaire maandelijkse vergoeding. De landsbond heeft in het kader van deze dienst een herverzekering afgesloten. Er wordt opgemerkt dat de betreffende landsbond deze dienst vanaf 1 januari 2012 heeft overgedragen naar een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

Het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de door de mutualistische entiteiten aan te leggen reservefondsen voorzag dat de dienst zorgverzekering die wordt ingericht in toepassing van bovenvermeld decreet van 30 maart 1999, in 2011 geen voorzieningen diende aan te leggen noch een minimale solvabiliteitsmarge omwille van de volledige terugbetaling van de prestaties door het Vlaams Zorgfonds. Diensten die niet kaderden in het decreet dienden daarentegen technische voorzieningen aan te leggen die minstens 100% bedroegen van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar. De vereiste solvabiliteitsmarge diende minstens 20% te bedragen van de technische voorzieningen.

De financiële gegevens opgenomen in de hiernavolgende tabel dienen beoordeeld in functie van de voormelde specificiteiten.

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE ZORGVERZEKERING VOOR HET BOEKJAAR 2011
(in duizenden EUR)

			LANDSBONDEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	17,5	91.738,8	91.756,3
II.	Overheidstoelagen	(+)		203.778,9	203.778,9
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-10,8	-293.670,5	-293.681,3
IV.A.	Tussenkomsten van herverzekeraars	(+)	10,0		10,0
IV.C.	Herverzekeringspremies	(-)	-13,9		-13,9
V.	Technische voorzieningen	(-)(+)	-3,7		-3,7
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)			
VII.	Overige technische kosten	(-)		-1.862,9	-1.862,9
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	-0,9	-15,7	-16,6
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-0,4	-9.087,1	-9.087,5
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-0,4	-137,1	-137,5
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)		-5,0	-5,0
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)		-20,4	-20,4
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	0,1	9.402,6	9.402,7
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)		-162,9	-162,9
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-0,7	-9,9	-10,6
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	0,5	383,3	383,8
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-0,2	-20,2	-20,4
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	0,3	363,1	363,4
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)		6,6	6,6
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)		-127,2	-127,2
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)		-120,6	-120,6
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		1,2	7.081,5	7.082,7
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	-1,3	216,9	215,6
XXIV.D.	Overdracht van de reserves van of naar de diensten	(-)(+)	0,1		0,1
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		0,0	7.298,4	7.298,4

6.8. DE DIVERSE DIENSTEN

6.8.1. Inhoud van de diverse diensten

Alle diensten die bij toepassing van artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 door de landsbonden, de ziekenfondsen of de maatschappijen van onderlinge bijstand worden ingericht en die niet behoren tot de diensten die in de voorgaande afdelingen worden besproken, werden hier gegroepeerd onder de benaming "diverse diensten".

De diverse diensten omvatten over het algemeen de diensten die, samen met de dienst ziekenvervoer en eventueel de dienst hospitalisatie, deel uitmaken van een geheel van diensten van de aanvullende verzekering waarvoor de betaling van de bijdrage in 2011 verplicht was voor de leden.

Op basis van de functionele classificatie omvat deze hergroepering ongeveer duizend diensten⁽¹⁾. De meest voorkomende diensten per 31 december 2011 worden in de hier navolgende tabel weergegeven.

Codenr. + officiële benaming	Landsbonden	Ziekenfondsen	M.O.B.'s	Totaal
02 Logopedie	-	45	1	46
03 Pedicure	-	43	3	46
04 Verzorgingsmateriaal	-	29	-	29
05 Orthodontie	3	32	2	37
06 Brillen en prothesen	2	42	2	46
07 Alternatieve geneeswijzen	2	17	3	22
09 Diverse medische verstrekkingen	2	55	8	65
23 Herstelkuren	2	12	4	18
24 Kortverblijf	1	25	2	28
30 Verzorging aan huis	2	36	4	42
31 Gezins- en bejaardenhulp	-	42	2	44
32 Uitleendienst	-	39	1	40
33 Alarmsystemen	-	28	-	28
50 Geboorte – adoptie	1	46	5	52
60 Sociaal fonds	-	38	2	40
70 Welzijnsdiensten voor jeugd	1	53	2	56
71 Welzijnsdiensten voor zieken	-	24	3	27
73 Gepensioneerden – individuele tegemoetkomingen en collectieve diensten	1	25	1	27
74 Gezondheidsopvoeding – collectieve diensten	3	38	3	44
80 Rechtsbijstand	3	35	-	38
81 Periodieke informatie aan de leden	3	37	3	43
93 Patrimonium	-	33	1	34
95 Niet-uitgesplitste samenwerkingsakkoorden	4	24	-	28

Uit bovenstaande tabel blijkt dat sommige van bovenvermelde diensten zowel door de maatschappijen van onderlinge bijstand, door de ziekenfondsen als door de landsbonden werden ingericht, waarbij deze diensten complementair waren op het vlak van de verleende voordelen.

Hierna wordt achtereenvolgens voor de landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand, de belangrijkheid van de onderscheiden diensten benaderd in functie van enerzijds de ontvangen bijdragen en anderzijds de al dan niet via samenwerkingsakkoorden geleverde prestaties.

(1) Indien binnen eenzelfde mutualistische entiteit meerdere diensten voorkomen met eenzelfde classificatiecode, werden zij als één enkele dienst beschouwd. Vooral de diensten met code 05 (Orthodontie), 09 (Diverse medische verstrekkingen) en 30 (Verzorging aan huis) worden uitgesplitst in subdiensten.

LANDSBONDEN					
Benaming van de diensten	Codennr.	Bijdragen		Prestaties	
		Bedrag (in duizenden EUR)	%	Bedrag (in duizenden EUR)	%
Medische en paramedische verzorging:					
Orthodontie	05	13.770,3	26,3 %	9.736,1	21,5 %
Brillen en prothesen	06	2.695,6	5,2 %	2.326,4	5,1 %
Alternatieve geneeswijzen	07	2.213,3	4,2 %	1.878,8	4,1 %
Diverse medische verstrekkingen	09	841,6	1,6 %	756,2	1,7 %
Intramurale verzorging:					
Herstelkuren	23	6.865,3	13,1 %	6.022,8	13,3 %
Enmalige uitkeringen:					
Geboorte - adoptie	50	1.209,2	2,3 %	1.380,8	3,0 %
Welzijn:					
Gezondheidsopvoeding - collectieve diensten	74	2.912,6	5,6 %	2.573,1	5,7 %
Werking en waarborgen:					
Niet-uitgesplitste samenwerkingsakkoorden	95	19.873,4	38,0 %	19.673,9	43,4 %
Overige diensten:		1.954,5	3,7 %	1.033,8	2,2 %
Totaal		52.335,8	100,0 %	45.381,9	100,0 %

ZIEKENFONDSEN					
Benaming van de diensten	Codennr.	Bijdragen		Prestaties	
		Bedrag (in duizenden EUR)	%	Bedrag (in duizenden EUR)	%
Medische en paramedische verzorging:					
Logopedie	02	5.778,2	1,8 %	4.362,0	1,7 %
Pedicure	03	6.181,2	1,9 %	5.396,3	2,1 %
Verzorgingsmateriaal	04	7.662,7	2,4 %	7.738,4	3,0 %
Orthodontie	05	18.391,6	5,8 %	15.547,9	5,9 %
Brillen en prothesen	06	15.738,3	4,9 %	14.193,5	5,4 %
Alternatieve geneeswijzen	07	7.381,4	2,3 %	5.935,6	2,3 %
Diverse medische verstrekkingen	09	33.676,3	10,6 %	26.856,5	10,2 %
Groep "Medische en paramedische verzorging" ongesplitst	Groep 0	8.087,9	2,5 %	6.458,9	2,5 %
Intramurale verzorging:					
Kortverblijf	24	3.307,3	1,0 %	3.071,3	1,2 %
Thuiszorg:					
Verzorging aan huis (verpleging)	30	16.891,0	5,3 %	13.249,2	5,1 %
Gezins- en bejaardenhulp	31	9.609,3	3,0 %	7.498,2	2,9 %
Uitleendienst	32	7.574,4	2,4 %	6.217,8	2,4 %
Enmalige uitkeringen:					
Geboorte - adoptie	50	34.161,8	10,7 %	28.610,2	10,9 %
Diverse uitkeringen en tegemoetkomingen:					
Vakantievergoeding voor invaliden	61	5.789,6	1,8 %	3.261,6	1,2 %
Welzijn:					
Jeugd	70	29.935,3	9,4 %	25.393,2	9,7 %
Zieken	71	7.297,1	2,3 %	6.656,4	2,5 %
Gezondheidsopvoeding - collectieve diensten	74	12.234,5	3,8 %	11.201,2	4,3 %
Groep "Welzijn" ongesplitst	Groep 7	7.746,7	2,4 %	6.470,8	2,5 %
Voorlichting:					
Periodieke informatie aan de leden	81	11.606,7	3,6 %	3.494,6	1,3 %
Werking en waarborgen:					
Patrimonium	93	26.042,0	8,2 %	24.580,5	9,4 %
Niet-uitgesplitste samenwerkingsakkoorden	95	23.431,4	7,4 %	23.290,3	8,9 %
Overige diensten:		19.977,6	6,5 %	12.561,9	4,6 %
Totaal		318.502,3	100,0 %	262.046,3	100,0 %

MAATSCHAPPIJEN VAN ONDERLINGE BIJSTAND					
Benaming van de diensten	Codendr.	Bijdragen		Prestaties	
		Bedrag (in duizenden EUR)	%	Bedrag (in duizenden EUR)	%
M.O.B.'s DIE SAMENWERKEN MET ZIEKENFONDSEN⁽¹⁾					
Medische en paramedische verzorging:					
Orthodontie	05	4.579,9	6,2 %	4.120,0	6,9 %
Brillen en prothesen	06	4.117,4	5,6 %	2.435,7	4,1 %
Alternatieve geneeswijzen	07	8.643,7	11,7 %	8.144,4	13,6 %
Diverse medische verstrekkingen	09	25.924,0	35,1 %	20.387,3	34,0 %
Intramurale verzorging:					
Herstelkuren	23	1.815,1	2,5 %	1.490,1	2,5 %
Thuiszorg:					
Gezins- en bejaardenhulp	31	1.063,1	1,4 %	766,3	1,3 %
Eenmalige uitkeringen:					
Geboorte - adoptie	50	10.094,1	13,7 %	9.338,1	15,6 %
Welzijn:					
Jeugd	70	7.258,2	9,8 %	5.766,2	9,6 %
Zieken	71	4.462,9	6,0 %	3.561,7	5,9 %
Gezondheidsopvoeding – collectieve diensten	74	1.177,5	1,6 %	863,5	1,4 %
Overige diensten:		4.768,9	6,4 %	3.134,7	5,1 %
Subtotaal		73.904,8	100,0 %	60.008,0	100,0 %
M.O.B.'s DIE NIET SAMENWERKEN MET ZIEKENFONDSEN⁽²⁾					
Medische en paramedische verzorging:					
Diverse medische verstrekkingen	09	4.688,8	73,5 %	3.969,6	68,4 %
Groep "Medische en paramedische verzorging" ongesplitst	Groep 0	1.600,7	25,1 %	1.760,7	30,2 %
Overige diensten:		86,6	1,4 %	75,6	1,4 %
Subtotaal		6.376,1	100,0 %	5.805,9	100,0 %
Totaal		80.280,9		65.813,9	

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de maatschappijen van onderlinge bijstand die niet beslist hadden om samen te werken met een of meerdere ziekenfondsen onder de benaming "diverse diensten" in hoofdzaak diverse medische en paramedische kosten die niet gedekt zijn door de verplichte verzekering, hebben terugbetaald aan de leden.

Verder dient opgemerkt dat uit bovenstaande gegevens per classificatiecode het financieel evenwicht van de diensten niet kan worden afgeleid, vermits zij enkel de bijdragen en prestaties omvatten en de andere opbrengsten en kosten dus buiten beschouwing werden gelaten.

6.8.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

In onderstaande tabel worden de geglobaliseerde resultatenrekeningen van de boekjaren 2009, 2010 en 2011 gegeven (in duizenden EUR) voor de diverse diensten.

- (1) Dit zijn maatschappijen van onderlinge bijstand die hetzij verbonden zijn aan één enkel ziekenfonds (artikel 70, § 1, eerste lid, b), hetzij opgericht zijn door meerdere ziekenfondsen van eenzelfde landsbond (artikel 43bis, § 1), hetzij thans nog uitsluitend leden aanvaarden die aangesloten zijn bij één van de in de statuten opgesomde ziekenfondsen (artikel 70, § 1, eerste lid, a), 3°).
- (2) Dit zijn maatschappijen van onderlinge bijstand die zich richten tot hetzij personeelsleden van een welbepaalde onderneming, hetzij personen die een welbepaald beroep uitoefenen (artikel 70, § 1, eerste lid, a), 1° en 2°).

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	384.637,1	416.383,4	451.119,0	+34.735,6
Overheidstoelagen	2.502,0	2.551,0	2.548,3	-2,7
Prestaties aan leden	-218.891,7	-234.074,1	-257.055,6	-22.981,5
Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	-109.098,9	-117.797,9	-116.186,5	+1.611,4
Technische voorzieningen ⁽¹⁾	-1.051,0	-866,6	-2.261,9	-1.395,3
Overige technische opbrengsten	15.943,5	13.749,5	13.087,5	-662,0
Overige technische kosten	-18.870,0	-18.748,2	-18.175,9	+572,3
Technische resultaten (a)	55.171,0	61.197,1	73.074,9	+11.877,8
Diensten, diverse goederen en kosten	-17.852,2	-18.182,5	-19.937,4	-1.754,9
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-10.884,3	-11.585,8	-12.296,0	-710,2
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	-1.427,2	-1.560,1	-1.495,5	+64,6
Waardeverminderingen op vlottende activa	-4.402,8	-5.812,2	-5.081,1	+731,1
Voorzieningen voor risico's en kosten	-123,0	-53,8	19,9	+73,7
Overige bedrijfsopbrengsten	5.287,3	5.563,8	5.498,3	-65,5
Overige bedrijfskosten	-3.483,6	-3.434,8	-5.345,3	-1.910,5
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	-12.035,7	-12.541,1	-16.918,9	-4.377,8
Werkingsresultaten (b)	-44.921,5	-47.606,5	-55.556,0	-7.949,5
Financiële opbrengsten	12.803,8	12.313,9	12.759,2	+445,3
Financiële kosten	-371,9	-1.562,6	-4.571,3	-3.008,7
Financiële resultaten (c)	12.431,9	10.751,3	8.187,9	-2.563,4
Uitzonderlijke opbrengsten	5.484,8	1.447,5	1.829,6	+382,1
Uitzonderlijke kosten	-310,3	-861,2	-1.010,3	-149,1
Uitzonderlijke resultaten (d)	5.174,5	586,3	819,3	+233,0
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	311.645,5	⁽²⁾ 332.051,2	⁽³⁾ 355.249,8	+23.198,6
Boni (+), mali (-) van het boekjaar (a)+(b)+(c)+(d)	27.855,9	24.928,2	26.526,1	+1.597,9
Tenlastenname van het mali door de diensten			-70,0	-70,0
Overdracht van het boni van het administratief centrum naar de diensten	25,0	40,0	135,5	+95,5
Overdracht van reserves van of naar de diensten	-7.169,6	-1.309,5	13.304,0	+14.613,5
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	332.356,8	355.709,9	395.145,4	+39.435,5

Een overzicht van het aantal landsbonden, ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand met een boni of mali voor het boekjaar 2011 en een gecumuleerd boni of mali per 31 december 2011 voor de diverse diensten is opgenomen in onderstaande tabellen:

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Landsbonden met een boni	4	4	3.589,7	4.254,7
Ziekenfondsen met een boni	43	34	18.247,5	20.143,1
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een boni	11	10	7.711,3	10.083,4
Landsbonden met een mali	1	1	-468,0	-243,0
Ziekenfondsen met een mali	14	23	-3.736,5	-6.450,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een mali	4	5	-415,8	-1.261,7
Totaal	77	77	24.928,2	26.526,1

(1) Betreft hoofdzakelijk de toename van voorzieningen voor I.B.N.R.

(2) Het verschil tussen de reserves per einde boekjaar 2009 en de reserves bij het begin van het boekjaar 2010 wordt verklaard door enerzijds een herschikking van de reserves door één ziekenfonds, en anderzijds de ontbinding van twee maatschappijen van onderlinge bijstand.

(3) Het verschil tussen de reserves per einde boekjaar 2010 en de reserves bij het begin van het boekjaar 2011 wordt verklaard door enerzijds een herschikking van de reserves door één maatschappij van onderlinge bijstand, en anderzijds de ontbinding van een andere maatschappij van onderlinge bijstand

Wat de gecumuleerde resultaten betreft, ziet de evolutie er als volgt uit:

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2010	2011	2010	2011
Landsbonden met een gecumuleerd boni	5	5	25.575,9	23.385,1
Ziekenfondsen met een gecumuleerd boni	57	57	268.714,5	301.322,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd boni	15	15	61.419,5	70.437,9
Landsbonden met een gecumuleerd mali	-	-	-	-
Ziekenfondsen met een gecumuleerd mali	-	-	-	-
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd mali	-	-	-	-
Totaal	77	77	355.709,9	395.145,4

6.8.3. Tendensen op het vlak van de inrichting van de diensten

Binnen de diverse diensten vinden voortdurend wijzigingen plaats in de zin dat de vergoedingsmodaliteiten van de bestaande voordelen nauwkeuriger worden omschreven of vervolledigd, nieuwe voordelen worden toegevoegd en andere voordelen of diensten worden afgeschaft. Door onder meer in tussenkomsten te voorzien in kosten die niet gedekt zijn door de verplichte verzekering of een andere overheidsinstantie, spelen de ziekenfondsen in op de maatschappelijke evoluties.

Terwijl de vorige jaren de mutualistische entiteiten vooral aandacht besteedden aan het opstarten van nieuwe initiatieven, hebben de wijzigingen van de statuten die in 2012 door de Controledienst werden behandeld, hoofdzakelijk betrekking op het in overeenstemming brengen van deze statuten met de wet van 26 april 2010. Een van de principes van deze wet betreft het feit dat de diensten, die vanaf uiterlijk 1 januari 2012 verrichtingen worden, moeten voorzien in een gelijke waarborg van alle leden, behoudens in de gevallen toegestaan ingevolge de invoeging van de voornoemde wet. Vooral om in overeenstemming te zijn met dit principe vonden wijzigingen van de modaliteiten voor het verkrijgen van de dekking plaats binnen de diverse diensten. De aanpassingen aan voormelde wet betroffen ook enerzijds het transparant maken van de financieringen van collectieve acties buiten het ziekenfonds en het feit dat deze een verband dienen te vertonen met gezondheid, en anderzijds de betoelaging van socio-sanitaire structuren en dit door het opnemen van de bedragen van de toelagen en het statutair doel van de betoelagde derde in de statuten.

Het gamma terugbetaalde medische en aanverwante kosten wijzigt ook frequent. Aan de lijst van terugbetaalbare kosten werden door sommige mutualistische entiteiten vanaf 2012 de kosten van brillen en prothesen, gehoorapparaten, generische geneesmiddelen, anticonceptiva, verzorgingsmateriaal, en meer algemeen de terugbetaling van remgelden toegevoegd. Tevens voorzien enkele mutualistische entiteiten voortaan in een tussenkomst in de kosten van herstelkuren, zorgverblijven, kortverblijf en dagopvang. Bovendien besteden sommige ziekenfondsen in 2012 meer aandacht aan de gezondheidsopvoeding in de brede zin.

6.8.4. Beleid van de Controledienst

Aangezien de diensten die behoren tot de diverse diensten over het algemeen niet gekenmerkt zijn door belangrijke toekomstige verplichtingen tegenover de leden – het betreft steeds kortetermijnverbintenissen en bovendien is de aansluiting vaak verplicht voor alle leden – voorzag het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de reservefondsen, zoals het van toepassing was totdat op uiterlijk 31 december 2011 de diensten waren aangepast aan de wet van 26 april 2010, dat voor deze diensten de reserves een minimaal niveau van 12,5% (d.w.z. 1,5 maand) van de uitgaven inzake prestaties van het betrokken boekjaar dienden te bereiken. Deze solvabiliteitsmarge werd geacht dienstig te zijn voor minder voorspelbare gebeurtenissen, zoals een plotse daling van het aantal leden.

De Controledienst onderzocht tot eind 2011 dan ook bij elke aanvraag tot goedkeuring van de statutenwijzigingen enerzijds het globaal financieel evenwicht van de diverse diensten en anderzijds het financieel evenwicht van elk van die diensten

afzonderlijk. In functie van het financieel evenwicht per dienst voerden nagenoeg alle mutualistische entiteiten jaarlijks statutaire wijzigingen door waarbij de bijdragen herschikt werden tussen de diensten onderling, hetgeen dan eventueel gepaard ging met een wijziging van de totale bijdragen.

In het verleden werd, zoals voor de andere diensten van de aanvullende verzekering, jaarlijks voor alle mutualistische entiteiten een evaluatie uitgevoerd van de financiële toestand voor elk van de diensten of groepen van diensten. Ingeval er een tekort aan reservefondsen werd vastgesteld, werd aan de entiteit in kwestie een herstelplan gevraagd waarin deze zich ertoe verbond het tekort aan te zuiveren binnen de door de Controledienst vooropgestelde termijn. Vanaf het boekjaar 2010 werd deze evaluatie niet meer uitgevoerd gezien de geleidelijke⁽¹⁾ inwerkingstelling van de wet van 26 april 2010 en zijn uitvoeringsmaatregelen die de samenstelling van reservefondsen voor de diensten die worden omgevormd naar verrichtingen of naar diensten die noch verrichtingen, noch verzekeringen zijn, hebben afgeschaft.

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIVERSE DIENSTEN VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR)

		LANDSBONDEN	ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL	
I.	Bijdragen	(+)	52.335,8	318.502,3	80.280,9	451.119,0
II.	Overheidstoelagen	(+)	49,6	2.385,2	113,5	2.548,3
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-25.451,0	-175.992,1	-55.612,5	-257.055,6
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-19.930,9	-86.054,2	-10.201,4	-116.186,5
V.	Technische voorzieningen ⁽²⁾	(-)(+)	-356,4	-1.625,6	-279,9	-2.261,9
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)	5.060,7	5.371,9	2.654,9	13.087,5
VII.	Overige technische kosten	(-)	-4.442,3	-11.672,8	-2.060,8	-18.175,9
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	7.265,5	50.914,7	14.894,7	73.074,9
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-1.094,3	-13.868,7	-4.974,4	-19.937,4
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-885,5	-10.144,3	-1.266,2	-12.296,0
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)	-39,7	-1.059,2	-396,6	-1.495,5
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-178,0	-4.879,3	-23,8	-5.081,1
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)		19,9		19,9
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	117,7	3.837,6	1.543,0	5.498,3
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-1.132,8	-2.712,7	-1.499,8	-5.345,3
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-288,9	-14.227,4	-2.402,6	-16.918,9
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-3.501,5	-43.034,1	-9.020,4	-55.556,0
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	684,1	9.672,4	2.402,7	12.759,2
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-436,4	-3.514,1	-620,8	-4.571,3
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	247,7	6.158,3	1.781,9	8.187,9
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)		649,1	1.180,5	1.829,6
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)		-995,3	-15,0	-1.010,3
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)		-346,2	1.165,5	819,3
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		25.575,9	268.714,5	⁽³⁾ 60.959,4	355.249,8
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	4.011,7	13.692,7	8.821,7	26.526,1
XXIV.C.1.	Tenlastenname van het mali door de diensten	(-)(+)		-70,0		-70,0
XXIV.C.2.	Overdracht van het boni van het administratief centrum naar de diensten	(+)		135,5		135,5
XXIV.D.	Overdracht van reserves van of naar de diensten	(-)(+)	-6.202,5	18.849,7	656,8	13.304,0
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		23.385,1	301.322,4	70.437,9	395.145,4

(1) De mutualistische entiteiten konden zelf bepalen, via een beslissing van hun algemene vergadering, vanaf welke datum zij onderworpen waren aan de bepalingen van de wet van 26 april 2010. Deze datum kon echter niet vallen na 1 januari 2012.

(2) Betreft hoofdzakelijk de toename van voorzieningen voor I.B.N.R.

(3) Het verschil inzake het gecumuleerd boni per 31 december 2010 met het "jaarverslag 2011" van de Controledienst wordt verklaard door enerzijds een herschikking van de reserves door één maatschappij van onderlinge bijstand, en anderzijds de ontbinding van een andere maatschappij van onderlinge bijstand.

6.9. ADMINISTRATIEF CENTRUM

6.9.1. Beleid van de Controledienst

Artikel 29 van de wet van 6 augustus 1990 voorziet in paragraaf 1 dat de ziekenfondsen en de landsbonden hun boekhouding voeren overeenkomstig de bepalingen van de wet van 17 juli 1975 op de boekhouding van de ondernemingen, desgevallend aangevuld en aangepast aan de eigen kenmerken van de ziekenfondsen, de landsbonden en van de diensten van de aanvullende verzekering. Hetzelfde artikel voorziet ook in paragraaf 5 dat de werkingskosten van de diensten volledig ten laste zijn van deze diensten en dat de Koning, op advies van de Controledienst, de berekeningsregels vastlegt van de bedoelde werkingskosten.

Mits de nodige aanpassingen die inherent zijn aan de specifieke aard van de mutualistische sector heeft de Controledienst vooreerst deze wetsbepalingen per omzendbrief geconcretiseerd door de verzekeringsinstellingen ertoe te verplichten hun boekhouding te voeren en hun jaarrekeningen op te stellen volgens de principes en de regels die van toepassing zijn op de boekhouding van de ondernemingen.

Op grond van de ervaring opgedaan in deze overgangsfase werden door de Controledienst een reeks bepalingen uitgewerkt die opgenomen werden in het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de waarderingsregels.

Dit koninklijk besluit voorziet dat rechtstreeks aan de dienst ad hoc de opbrengsten en de kosten worden toegerekend die ingevolge hun aard betrekking hebben op een bepaalde dienst van de aanvullende verzekering. Wat meer in het bijzonder de gemeenschappelijke kosten betreft, en inzonderheid de personeelskosten, de kosten inzake infrastructuur en uitrusting en de overige bedrijfskosten, voorziet hetzelfde koninklijk besluit dat deze in principe op grond van een analyse van de effectieve kosten dienen toegerekend te worden aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen enerzijds, en aan de verschillende diensten of groepen van diensten van de aanvullende verzekering anderzijds.

Voor wat betreft de verwerking van de gemeenschappelijke kosten stelde voormeld koninklijk besluit van 21 oktober 2002 dat elke entiteit in haar rekeningen een administratief centrum diende af te zonderen dat zal fungeren als centraliserende rekening. Het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit heeft voorzien in een uitzondering voor de maatschappijen van onderlinge bijstand die slechts één enkele dienst of groep van diensten inrichten, zoals opgesomd in de classificatie van de diensten die werd opgesteld door de Controledienst. Wanneer een administratief centrum wordt opgericht, kunnen de gemeenschappelijke werkingskosten, naargelang van de optie gekozen door de landsbond waarbij de mutualistische entiteit is aangesloten, vooreerst:

- hetzij geboekt worden ten laste van het administratief centrum en vervolgens tot ontlasting van dit centrum voor wat betreft de kosten die te hunnen laste zijn, verhaald worden op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op de verschillende diensten of groepen van diensten van de aanvullende verzekering;
- hetzij geboekt worden ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en vervolgens tot ontlasting van deze laatste voor wat betreft de kosten die er niet ten laste van vallen, verhaald worden op het administratief centrum en vervolgens tot ontlasting van dit centrum voor wat betreft de kosten die hen betreffen, omgeslagen worden over de verschillende diensten of groepen van diensten van de aanvullende verzekering;
- hetzij geboekt worden ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en vervolgens tot ontlasting van deze laatste voor wat betreft de kosten die er niet ten laste van vallen, verhaald worden op de verschillende diensten of groepen van diensten van de aanvullende verzekering en op het administratief centrum, voor wat betreft de kosten die te hunnen laste vallen.

In de loop van het boekjaar 2003 heeft de Controledienst de landsbonden van ziekenfondsen verzocht hem een beschrijving over te maken van de in elke landsbond ingestelde verdelings- en toerekeningsmethode, en daarbij ook te verduidelijken

of deze methode op eenvormige wijze wordt toegepast in alle ziekenfondsen aangesloten bij de betrokken landsbond. Deze informatie werd in 2004 overgemaakt aan de revisoren, belast onder meer met het afleveren van een verklaring over het getrouw beeld van de jaarrekening.

In de loop van de boekjaren 2010 en 2011 heeft de Raad van de Controledienst beslist een bijkomende stap te nemen door alle mutualistische entiteiten te herinneren aan de basisprincipes die voortvloeien uit de bepalingen van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 inzake onder meer de verdeling van de gemeenschappelijke kosten en heeft hij een aantal concrete modaliteiten voor de toepassing ervan vastgelegd. Er werd met name aan de mutualistische entiteiten medegedeeld dat de Raad van de Controledienst meent dat de resultaten van de laatst uitgevoerde analyse van de effectieve kosten ieder jaar kunnen toegepast worden in de mate dat er geen belangrijke wijziging is op het vlak van de werking of de organisatie van de betrokken mutualistische entiteit. De volgende gebeurtenissen veronderstellen echter logischerwijze dat een nieuwe analyse dient uitgevoerd:

- een fusie met een andere mutualistische entiteit;
- de overdracht van een belangrijke dienst naar een andere entiteit, of omgekeerd de overname van een dienst van een andere entiteit;
- de oprichting of stopzetting van een belangrijke dienst;
- de overdracht van de organisatie van een dienst naar een derde waarmee een samenwerkingsakkoord is afgesloten, of omgekeerd het terug in eigen beheer organiseren van een dienst;
- belangrijke statutaire wijzigingen waardoor de werklast aanzienlijk verandert in hoofde van een of meerdere diensten of groepen van diensten;
- belangrijke wijzigingen in de wettelijke of reglementaire bepalingen van de verplichte verzekering of op het vlak van de organisatiestructuur waardoor de werklast in de verplichte verzekering aanzienlijk verandert.

Onafgezien van het zich voordoen van voormelde gebeurtenissen, stelde de Raad dat minstens om de 3 jaar een nieuwe analyse van de kosten dient uitgevoerd waarvan de resultaten onmiddellijk moeten worden toegepast bij de verdeling van de gemeenschappelijke kosten. Concreet heeft de Raad van de Controledienst beslist dat de eerste herziening van de kostenanalyse betrekking zal hebben op het boekjaar 2012 en dat de werkdocumenten met betrekking tot de analyse van de effectieve kosten dienen ter beschikking te zijn in de maatschappelijke zetel van de mutualistische entiteit en, als onderdeel van de boekhouding, bewaard gedurende zeven jaar.

Benevens de rol die aan dit administratief centrum wordt toebedeeld op het vlak van het beheer en de verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten, worden aan dit centrum eveneens toegerekend:

1. de administratieve bijdragen (indien dergelijke bijdragen voorzien zijn in de statuten);
2. het boni of het mali van de administratiekosten van de verplichte verzekering ingevolge de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
3. de kosten en de opbrengsten die niet toerekenbaar of toegerekend zijn aan de verplichte verzekering of aan een dienst of een groep van diensten van de aanvullende verzekering.

Ten slotte hebben de mutualistische entiteiten in toepassing van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de reservefondsen voor het administratief centrum in 2011 een solvabiliteitsmarge dienen samen te stellen die overeenstemt met 20% van het bedrag van de administratiekosten van de aanvullende verzekering van het betrokken boekjaar, ongeacht de wijze waarop deze kosten werden geboekt.

6.9.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de geglobaliseerde resultatenrekening van het administratief centrum voor de boekjaren 2009, 2010 en 2011.

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	43.454,9	44.301,7	42.665,9	-1.635,8
Diensten, diverse goederen en kosten	-38.843,9	-37.677,8	-41.487,8	-3.810,0
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	-21.947,3	-20.127,5	-21.526,7	-1.399,2
Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële vaste activa	-32.285,3	-30.945,8	-26.323,8	+4.622,0
Waardeverminderingen op vlottende activa	-1.075,2	-1.363,2	-1.244,0	+119,2
Voorzieningen voor risico's en kosten	4.104,3	1.105,8	-3.764,2	-4.870,0
Overige bedrijfsopbrengsten	37.103,8	38.356,9	41.792,3	+3.435,4
Overige bedrijfskosten	-13.065,8	-11.953,2	-14.070,2	-2.117,0
Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten aan de verplichte verzekering	19.028,4	16.606,7	16.428,1	-178,6
Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten door de verplichte verzekering	-19.596,0	-19.777,0	-24.740,2	-4.963,2
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	22.369,3	22.597,6	30.884,7	+8.287,1
Werkingsresultaten	(b) -752,8	1.124,2	-1.385,9	-2.510,1
Financiële opbrengsten	25.138,4	21.211,5	20.644,5	-567,0
Financiële kosten	-1.542,6	-3.943,1	-12.036,8	-8.093,7
Financiële resultaten	(c) 23.595,8	17.268,4	8.607,7	-8.660,7
Uitzonderlijke opbrengsten	39.902,0	54.618,6	28.884,3	-25.734,3
Uitzonderlijke kosten	-29.382,0	-23.207,1	-16.612,2	+6.594,9
Uitzonderlijke resultaten	(d) 10.520,0	31.411,5	12.272,1	-19.139,4
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	616.456,0	675.461,8	⁽¹⁾ 748.259,3	+72.797,5
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(b)+(c)+(d) 33.363,0	49.804,1	19.493,9	-30.310,2
Overdracht van het boni naar de diensten	-25,0	-40,0	-135,5	-95,5
Overdracht van reserves van of naar de diensten	24.453,8	8.623,5	3.471,9	-5.151,6
Overdracht van het boni van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	15.562,5	24.227,7	18.151,3	-6.076,4
Tenlastename van het mali van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	-14.348,5	-9.765,9	-19.081,4	-9.315,5
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	675.461,8	748.311,2	770.159,5	+21.848,3

Voor het boekjaar 2011 bedroegen de kosten en opbrengsten geboekt ten laste van het administratief centrum respectievelijk 161,80 miljoen EUR en 181,30 miljoen EUR, hetzij samen voor dit boekjaar een boni van 19,50 miljoen EUR. Dit laatste bedrag is als volgt samengesteld:

44	mutualistische entiteiten met een boni	44,40 miljoen EUR
29	mutualistische entiteiten met een mali	24,90 miljoen EUR
Totaal		19,50 miljoen EUR

Er dient opgemerkt dat het bekomen boni of mali einde boekjaar 2011 qua samenstelling sterk verschillend is van mutualistische entiteit tot mutualistische entiteit. Dit vloeit voort uit een aantal varianten op de door de mutualistische entiteiten toegepaste verdelingswijzen van de gemeenschappelijke kosten.

(1) Het verschil tussen de reserves per einde boekjaar 2010 en de reserves bij het begin van het boekjaar 2011 wordt verklaard door de ontbinding van een maatschappij van onderlinge bijstand.

Ongeacht of de gemeenschappelijke kosten rechtstreeks geboekt worden via verdeling over de verschillende diensten van de aanvullende verzekering en het administratief centrum, of geboekt worden ten laste van het administratief centrum en vervolgens, geheel of gedeeltelijk, tot ontlasting van dit centrum verhaald worden op de verschillende diensten van de aanvullende verzekering, kunnen de varianten die bepalend zijn voor het resultaat van het centrum, voornamelijk herleid worden tot volgende verdeelwijzen:

- a) de gemeenschappelijke kosten worden verdeeld op grond van een analyse van de effectieve kosten, rekening houdend met een combinatie van objectieve criteria zoals de statistieken inzake transacties van ontvangsten/uitgaven, het percentage van de werktijd van het personeel voor een dienst, het aantal personen dat een activiteit uitoefent voor sommige diensten,....;
- b) de gemeenschappelijke kosten worden verdeeld op grond van toewijzingscriteria, zoals:
 - het percentage van de geïnde of gebudgetteerde bijdragen voor iedere dienst;
 - het aandeel van de gedane uitgaven (prestaties en diverse uitgaven) per dienst.

Benevens het feit dat deze saldi qua samenstelling verschillen van mutualistische entiteit tot mutualistische entiteit, dient er ook op gewezen dat de verrichtingen inzake de werkingskosten van de aanvullende verzekering slechts kunnen worden beoordeeld aan de hand van de algemene resultatenrekening. Het administratief centrum is meestal slechts een tussenschakel in de verdeling en de toewijzing van de werkingskosten aan de onderscheiden diensten van de aanvullende verzekering.

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN HET ADMINISTRATIEF CENTRUM VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR)

		LANDSBONDEN	ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL	
VIII.	Administratieve bijdragen	(+)	1.129,4	40.539,1	997,4	42.665,9
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-1.503,2	-34.716,1	-5.268,5	-41.487,8
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-1.077,8	-17.794,0	-2.654,9	-21.526,7
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)	-7.049,5	-19.144,4	-129,9	-26.323,8
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-3,5	-1.222,7	-17,8	-1.244,0
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)	-898,8	-2.445,4	-420,0	-3.764,2
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	468,5	39.998,0	1.325,8	41.792,3
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-1.694,3	-6.671,3	-5.704,6	-14.070,2
XVII.A.	Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten aan de verplichte verzekering	(+)	6.839,5	9.353,4	235,2	16.428,1
XVII.B.	Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten door de verplichte verzekering	(-)	-2.605,7	-22.007,4	-127,1	-24.740,2
XVIII.	Aandeel van de diensten van de aanvullende verzekering in de werkingskosten van het administratief centrum	(+)	1.280,2	18.638,7	10.965,8	30.884,7
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-5.115,2	4.527,9	-798,6	-1.385,9
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	2.751,5	16.842,8	1.050,2	20.644,5
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-1.348,3	-10.084,4	-604,1	-12.036,8
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	1.403,2	6.758,4	446,1	8.607,7
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	5.787,9	23.024,5	71,9	28.884,3
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-7.643,2	-8.840,8	-128,2	-16.612,2
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)	-1.855,3	14.183,7	-56,3	12.272,1
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		160.538,1	564.443,5	23.277,7	748.259,3
	XXIV.B. Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(b)+(c)+(d)	-5.567,3	25.470,0	-408,8	19.493,9
XXIV.C.2.	Overdracht van het boni naar de services	(-)		-135,5		-135,5
XXIV.D.	Overdracht van de reserves van of naar de diensten	(-)(+)	6.903,1	-150,5	-3.280,7	3.471,9
XXIV.E.1.	Overdracht van het boni van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	(+)	4.816,5	13.334,8		18.151,3
XXIV.E.2.	Tenlastename van het mali van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	(-)	-1.035,4	-18.046,0		-19.081,4
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		165.655,0	584.916,3	19.588,2	770.159,5

6.10. HET AANVULLEND BIJZONDER RESERVEFONDS

6.10.1. Inrichting van de dienst

In het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de sector geneeskundige verzorging waren de verzekeringsinstellingen krachtens artikel 199 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ertoe gehouden in de loop van de jaren 1995 en 1996 een bijdrage van 2,23 EUR (90 BEF) per gerechtigde en per jaar te innen en de opbrengst van deze bijdrage te storten in een wettelijk bijzonder reservefonds, opgericht in het kader van de verplichte verzekering. Dit fonds diende vanaf 1 januari 1997 minimum 4,46 EUR (180 BEF) per gerechtigde te bedragen.

Na het boekjaar 1996 zijn alle verzekeringsinstellingen gedurende een tiental jaren op basis van een beslissing van 12 december 1996 van het Nationaal Intermutualistisch College uit voorzorg verder een bijdrage ten laste van elke gerechtigde blijven innen. Hoewel de verzekeringsinstellingen aanvankelijk eenzelfde bijdrage toepasten, ontstonden geleidelijk aan verschillen tussen de gevraagde bedragen, enerzijds tussen de verzekeringsinstellingen onderling en anderzijds naargelang de bijdrage betrekking had op de algemene regeling of op die van de zelfstandigen.

Deze praktijk is echter niet meer algemeen. Zo hebben voor het boekjaar 2012 vier verzekeringsinstellingen de keuze gemaakt geen bijdrage meer te vragen van hun leden, daar waar twee andere verzekeringsinstellingen nog voor dit boekjaar ten laste van hun leden een bijdrage vroegen van respectievelijk 3,00 EUR en 1,20 EUR. Tevens wordt opgemerkt dat de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding nog steeds een uitzondering is omdat de jaarlijkse bijdrage die aan de leden gevraagd wordt, op 18,00 EUR blijft.

Op boekhoudkundig vlak werden de in 2012 geïnde bijdragen door alle landsbonden opgenomen in de rekeningen van de aanvullende verzekering. Daar waar de bijdragen ter zake sedert het boekjaar 2000 geboekt werden in twee afzonderlijke fondsen naargelang zij geïnd werden in het kader van de algemene regeling of in deze van de zelfstandigen, heeft de Raad van de Controledienst naar analogie met de verplichte verzekering ingevolge de integratie erin van de "kleine risico's - zelfstandigen" beslist dat de verzekeringsinstellingen de beide voornoemde fondsen na de afsluiting van de rekeningen van de verplichte verzekering van het boekjaar 2007 moesten fuseren in één enkel reservefonds. In de praktijk vloeit uit deze beslissing voort dat deze beide afzonderlijke fondsen in de aanvullende verzekering sedert 2010 door alle verzekeringsinstellingen in één enkele resultatenrekening gegroepeerd worden.

6.10.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011

De financiële gegevens inzake de beide aanvullende bijzondere reservefondsen die zijn samengesteld door de landsbonden voor de boekjaren 2009, 2010 en 2011, zijn gegroepeerd in de volgende tabel. Uit deze tabel blijkt dat deze fondsen over het boekjaar 2011 globaal een stijging vertoonden van 7,44% vermits de gecumuleerde reserves zijn toegenomen van 125,00 miljoen EUR per 31 december 2010 tot 134,30 miljoen EUR per 31 december 2011.

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie 2010-2011
	2009	2010	2011	
Bijdragen	10.907,5	9.782,0	6.285,1	-3.496,9
Technische resultaten	(a)	10.907,5	9.782,0	-3.496,9
Overige bedrijfsopbrengsten		403,6		-403,6
Overige bedrijfskosten	-61,6	-203,2		+203,2
Werkingsresultaten	(b)	-61,6	200,4	-200,4
Financiële opbrengsten	2.768,3	2.413,9	3.165,3	751,4
Financiële kosten	111,4	-128,5	-205,4	-76,9
Financiële resultaten	(c)	2.879,7	2.285,4	+674,5
Uitzonderlijke resultaten	(d)			
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar	99.035,3	112.760,9	125.028,7	+12.267,8
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	13.725,6	12.267,8	-9.245,0
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar	112.760,9	125.028,7	134.273,7	+9.245,0

Uit het onderzoek van de resultatenrekening blijkt dat het boni van 9,20 miljoen EUR voor het boekjaar 2011 beïnvloed werd door de vermindering van het bedrag van de geïnde bijdragen, de stijging van de financiële resultaten en de afwezigheid van de transfers uitgevoerd door de landsbonden ten gunste van de rekeningen van de verplichte verzekering teneinde het daar geboekte reservefonds aan te vullen. De omvang van dit resultaat en bijgevolg dit van de gecumuleerde reserves die bij de afsluiting van het boekjaar 2011 134,30 miljoen EUR bedragen, rechtvaardigen de tendens, die sedert meerdere boekjaren vastgesteld wordt, tot vermindering van de bijdragen gevraagd door de verschillende verzekeringsinstellingen.

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN⁽¹⁾ VAN HET AANVULLEND BIJZONDER RESERVEFONDS
VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR)

		LANDSBONDEN	
I.	Bijdragen	(+)	6.285,1
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	6.285,1
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	3.165,3
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-205,4
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	2.959,9
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)	
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		125.028,7
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	9.245,0
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		134.273,7

6.11. GLOBALE FINANCIËLE STATEN INZAKE DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN

Onderstaande tabellen vermelden met betrekking tot het boekjaar 2011, voor het geheel van de landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand, de ontvangsten en de uitgaven van de aanvullende verzekering en van het voorhuwelijkssparen, alsook de geglobaliseerde balansstoestand per 31 december 2011. Zij omvatten geen gegevens inzake de ontvangsten en uitgaven, noch de toestand van de balans van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze laatste gegevens worden bekendgemaakt door het RIZIV.

De hierna vermelde gegevens zijn het gevolg van een hergroepering van de financiële staten die door de mutualistische entiteiten in toepassing van de wet van 6 augustus 1990 werden overgemaakt.

(1) Betreft enkel de landsbonden.

Inzake de evolutie over de boekjaren 2010 en 2011 van de geglobaliseerde toestand van de activa en passiva van de aanvullende verzekering en van het voorhuwelijkssparen van de mutualistische entiteiten, dient opgemerkt te worden dat het totaal van de balans voor het boekjaar 2011 3.068,00 miljoen EUR bedraagt ten opzichte van een balanstotaal van 3.031,40 miljoen EUR in 2010, hetzij een verhoging van 1,21%.

De geglobaliseerde algemene resultatenrekening van de aanvullende verzekering en van het voorhuwelijkssparen van het boekjaar 2011, zonder rekening te houden met het resultaat van het administratief centrum, vertoont een gecumuleerd resultaat van 1.000,80 miljoen EUR op 31 december 2011, hetgeen een verhoging betekent van 7,49% ten opzichte van het vorige boekjaar.

ALGEMENE RESULTATENREKENING VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR HET BOEKJAAR 2011
(in duizenden EUR) – GEGLOBALISEERDE TOESTAND VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

		LANDSBONDEN	ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL	
I.	Bijdragen	(+)	103.374,1	397.963,7	546.683,3	1.048.021,1
II.	Overheidstoelagen	(+)	49,6	2.385,2	203.892,4	206.327,2
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-91.860,3	-240.216,5	-611.432,0	-943.508,8
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-23.565,8	-86.663,8	-11.540,1	-121.769,7
IV.A.	Tussenkomsten van herverzekeraars	(+)	10,0	497,6	14.861,6	15.369,2
IV.C.	Herverzekeringspremies	(-)	-13,9	-514,1	-21.675,9	-22.203,9
V.	Technische voorzieningen	(-)(+)	20.751,3	-150,3	-6.154,8	14.446,2
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)	14.558,1	7.236,9	3.119,9	24.914,9
VII.	Overige technische kosten	(-)	-7.211,8	-14.214,6	-34.107,4	-55.560,8
	Technische resultaten (I tot VII)	(a)	16.091,3	66.297,1	83.647,0	166.035,4
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-1.976,1	-16.453,6	-18.543,3	-36.973,0
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-2.387,6	-11.869,7	-8.646,8	-22.904,1
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)	-48,2	-1.085,4	-1.355,3	-2.488,9
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-202,5	-6.038,5	-117,4	-6.358,4
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)		30,2	12,8	43,0
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	180,4	5.085,2	11.251,9	16.517,5
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-3.052,0	-3.079,9	-20.233,2	-26.365,1
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-1.280,2	-18.638,7	-10.965,8	-30.884,7
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	(b)	-8.766,2	-52.050,4	-48.597,1	-109.413,7
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	32.133,2	14.069,1	17.240,8	63.443,1
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-22.199,8	-4.653,5	-6.058,0	-32.821,3
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	(c)	9.933,4	9.505,6	11.182,8	30.621,8
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	11,4	665,0	10.837,8	11.514,2
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-7.326,6	-16.669,0	-1.350,0	-25.345,6
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	(d)	-7.315,2	-16.004,0	9.487,8	-13.831,4
XXIV.A.	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		240.841,3	375.050,0	314.824,8	930.716,1
XXIV.B.	Boni (+), mali (-) van het boekjaar	(a)+(b)+(c)+(d)	9.943,3	7.748,3	55.720,5	73.412,1
XXIV.C.2	Overdracht van het boni van het administratief centrum naar de diensten	(+)		135,5		135,5
XXIV.D.	Overdracht van reserves van of naar de diensten	(-)(+)	-6.903,1	150,5	3.280,7	-3.471,9
	Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		243.881,5	383.084,3	373.826,0	1.000.791,8

ACTIVA VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR) –
 GEGLOBALISEERDE TOESTAND VAN HET GEHEEL VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

	LANDBONDEN	ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
Vaste activa	71.177,3	188.938,3	18.755,2	278.870,8
I. Oprichtingskosten	10.926,7	53.513,2	6,0	64.445,9
II. Immateriële vaste activa	5.205,8	914,9	3.280,1	9.400,8
III. Materiële vaste activa	26.957,6	57.419,7	2.180,5	86.557,8
A. Terreinen en gebouwen	19.053,9	11.200,3	462,9	30.717,1
B. Installaties, machines en uitrusting	2.570,0	5.115,3	73,6	7.758,9
C. Meubilair, materieel en rollend materieel	3.636,3	17.210,6	803,1	21.650,0
D. Leasing en soortgelijke rechten	279,1	5.656,7		5.935,8
E. Overige materiële vaste activa, vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	1.418,3	18.236,8	840,9	20.496,0
IIIbis. Aandeel v/d herverzekeraars in de voorzieningen			9.860,3	9.860,3
IV. Financiële vaste activa	208,4	7.459,6	628,5	8.296,5
A. Verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	51,5	4.136,0	628,2	4.815,7
1. Deelnemingen	44,2	2.795,6	17,7	2.857,5
2. Vorderingen	7,3	1.340,4	610,5	1.958,2
B. Andere financiële vaste activa, overige vorderingen en borgtochten in contanten	156,9	3.323,6	0,3	3.480,8
V. Vorderingen op meer dan een jaar	27.878,8	69.630,9	2.799,8	100.309,5
A. Vorderingen op mutualistische entiteiten	25.763,0	63.831,9	2.795,9	92.390,8
B. Overige vorderingen	2.115,8	5.799,0	3,9	7.918,7
Vlottende activa	1.013.360,0	1.199.708,5	576.096,3	2.789.164,8
VI. Voorraden		1.538,3	213,7	1.752,0
VII. Vorderingen op ten hoogste een jaar	48.227,6	219.055,6	23.137,3	290.420,5
A. Vorderingen uit prestaties, toelagen, bijdragen en ingevolge mutaties	1.404,3	62.685,4	4.152,8	68.242,5
1. Vorderingen uit prestaties	12,7	640,0	531,3	1.184,0
2. Vorderingen op herverzekeraars		293,3	88,8	382,1
3. Te ontvangen overheidssubsidies en -tussenkomsten	87,7	97,5	1.762,5	1.947,7
4. Te innen bijdragen	220,7	58.736,5	1.617,6	60.574,8
5. Vooruitbetalingen aan leden	1.082,6	767,7		1.850,3
6. Overige vorderingen	0,4	2.150,4	152,6	2.303,4
7. Voorhuwelijkssparen: schuldvorderingen ingevolge mutaties	0,2			0,2
B. Vorderingen op de verplichte verzekering	1.784,5	14.258,8	989,8	17.033,1
C. Vorderingen op mutualistische entiteiten	4.082,8	55.899,4	14.320,0	74.302,2
D. Overige vorderingen	40.955,2	86.010,3	3.674,7	130.640,2
E. Te verwerken uitgaven	0,8	201,7		202,5
VIII. Geldbeleggingen	912.157,8	790.363,9	454.977,2	2.157.498,9
A. Vastrentende effecten	669.480,0	405.380,8	353.017,0	1.427.877,8
B. Termijnrekeningen bij kredietinstellingen	150.366,8	231.699,8	78.351,7	460.418,3
C. Overige beleggingen	92.311,0	153.283,3	23.608,5	269.202,8
IX. Liquide middelen	29.938,5	173.557,0	81.295,9	284.791,4
X. Overlopende rekeningen	23.036,1	15.193,7	16.472,2	54.702,0
Totaal van de activa	1.084.537,3	1.388.646,8	594.851,5	3.068.035,6

PASSIVA VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR HET BOEKJAAR 2011 (in duizenden EUR) –
GEGLOBALISEERDE TOESTAND VAN HET GEHEEL VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

	LANDSBONDEN	ZIEKENFONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
Eigen vermogen	409.536,5	968.000,6	393.414,2	1.770.951,3
I. Reserves	409.544,6	971.072,8	395.195,0	1.775.812,4
A. van de diensten met een gecumuleerd boni	243.889,6	386.098,0	375.606,8	1.005.594,4
B. van het administratief centrum	165.655,0	584.974,8	19.588,2	770.218,0
II. Gecumuleerd tekort	-8,1	-3.072,2	-1.780,8	-4.861,1
A. van de diensten met een gecumuleerd tekort	-8,1	-3.013,7	-1.780,8	-4.802,6
B. van het administratief centrum		-58,5		-58,5
Voorzieningen	340.862,8	130.337,9	97.457,9	568.658,6
III. Technische voorzieningen betreffende het voorhuwelijkssparen	310.086,5			310.086,5
IV. Technische voorzieningen van de diensten andere dan het voorhuwelijkssparen	11.379,8	18.555,7	95.757,5	125.693,0
A. Technische voorzieningen	3.901,8	2.016,4	52.578,7	58.496,9
B. Voorzieningen voor I.B.N.R.	7.178,0	16.504,3	38.450,3	62.132,6
C. Overige voorzieningen	300,0	35,0	4.728,5	5.063,5
VI. Voorzieningen voor risico's en kosten	19.396,5	111.782,2	1.700,4	132.879,1
Schulden	334.138,0	290.308,3	103.979,4	728.425,7
VII. Schulden op meer dan een jaar	228.912,1	11.081,6	201,1	240.194,8
A. Deposito's van herverzekeraars			14,4	14,4
B. Financiële schulden	7.788,4	5.803,0	186,7	13.778,1
C. Voorhuwelijkssparen – gestorte kapitalen	187.403,7			187.403,7
D. Schulden tegenover mutualistische entiteiten	9.766,8	5.128,2		14.895,0
E. Overige schulden op meer dan een jaar	23.953,2	150,4		24.103,6
VIII. Schulden op ten hoogste een jaar	101.819,1	228.037,7	79.938,6	409.795,4
A. Financiële schulden	7.082,7	705,6	47,4	7.835,7
B. Schulden uit prestaties, bijdragen en ingevolge mutaties	21.549,2	29.545,9	58.294,6	109.389,7
1. Schulden uit prestaties	5.698,1	27.810,1	47.936,9	81.445,1
2. Terug te betalen bijdragen		89,3	143,9	233,2
3. Te verwerken bijdragen	463,5	369,2	8.061,4	8.894,1
4. Vervallen kapitalen inzake voorhuwelijkssparen	15.376,2			15.376,2
5. Voorhuwelijkssparen: schulden ingevolge mutaties	0,1			0,1
6. Overige schulden	11,3	1.277,3	2.152,4	3.441,0
C. Schulden met betrekking tot belastingen, bezoldigingen en sociale lasten	17.279,7	69.041,2	1.239,6	87.560,5
1. Belastingen	1,3	37,9	127,3	166,5
2. Bezoldigingen en sociale lasten	17.278,4	69.003,3	1.112,3	87.394,0
D. Schulden tegenover de verplichte verzekering	56,8	7.711,0	362,9	8.130,7
E. Schulden tegenover de mutualistische entiteiten	41.516,9	44.556,9	12.471,3	98.545,1
F. Overige schulden	14.333,8	76.477,1	7.522,8	98.333,7
X. Overlopende rekeningen	3.406,8	51.189,0	23.839,7	78.435,5
Totaal van de passiva	1.084.537,3	1.388.646,8	594.851,5	3.068.035,6

6.12. DE SOCIALE BALANS

De schema's van de jaarrekening voor de aanvullende verzekering omvatten eveneens de sociale balans in de vorm zoals deze door de mutualistische entiteiten dient neergelegd bij de Nationale Bank van België. Op basis van dit document wordt een duidelijk inzicht verkregen in de omvang en de aard van de tewerkstelling binnen de mutualistische sector.

Onderstaande tabel geeft per verzekeringsinstelling⁽¹⁾ en voor het geheel van de maatschappijen van onderlinge bijstand die niet aangesloten zijn bij een landsbond, de evolutie weer van het gemiddeld aantal werknemers in voltijdse equivalenten gedurende de jaren 2009, 2010 en 2011. In 2011 vertoont dit aantal t.o.v. 2010 een stijging van 0,55%. Er wordt opgemerkt dat 33,49% van de werknemers deeltijds werken. Voor de maatschappijen van onderlinge bijstand die niet aangesloten zijn bij een landsbond, dient opgemerkt dat deze meestal een beroep doen op personeel van derden waarmee ze verbonden zijn, zodat deze werknemers niet zijn vermeld in de sociale balans van de betreffende maatschappijen van onderlinge bijstand.

Verzekeringsinstelling	Gemiddeld aantal werknemers (in voltijdse equivalenten)		
	2009	2010	2011
100	5.672,72	5.659,92	5.672,85
200	661,00	662,50	672,60
300	4.685,20	4.732,92	4.723,08
400	1.009,20	1.022,90	1.021,40
500	2.301,07	2.348,53	2.414,19
Totaal	14.329,19	14.426,77	14.504,12
M.O.B.'s niet aangesloten bij een landsbond	2,30	1,90	3,50
TOTAAL	14.331,49	14.428,67	14.507,62
Evolutie t.o.v. vorig boekjaar	+ 1,21 %	+ 0,68 %	+0,55 %

De hiernavolgende tabel geeft voor 2011 per verzekeringsinstelling het aandeel van elk geslacht in de voltijdse en deeltijdse tewerkstelling alsook in voltijdse equivalenten. Hieruit blijkt dat op het vlak van de voltijdse tewerkstelling alle verzekeringsinstellingen meer vrouwen dan mannen tewerkstellen. Voor wat betreft de deeltijdse tewerkstelling is het duidelijk dat hiervan bijna uitsluitend vrouwen gebruik maken.

Verzekeringsinstelling	Aandeel in de tewerkstelling per geslacht					
	Voltijds		Deeltijds		Voltijdse equivalenten	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
100	43,99 %	56,01 %	11,77 %	88,23 %	34,79 %	65,21 %
200	38,24 %	61,76 %	9,83 %	90,17 %	31,52 %	68,48 %
300	40,75 %	59,25 %	12,54 %	87,46 %	42,24 %	57,76 %
400	46,63 %	53,37 %	15,68 %	84,32 %	38,48 %	61,52 %
500	37,16 %	62,84 %	15,01 %	84,99 %	31,48 %	68,52 %
TOTAAL	41,35 %	58,65 %	12,97 %	87,03 %	36,97 %	63,03 %

(1) Met uitzondering van de werknemers tewerkgesteld door de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding.

Hoofdstuk 7

De controle



Jaarverslag
2012

7.1. DE BOEKHOUDING EN DE BOEKHOUDKUNDIGE STATEN

7.1.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Artikel 29 van de wet van 6 augustus 1990 bepaalt dat de ziekenfondsen en de landsbonden hun boekhouding moeten voeren overeenkomstig de wet van 17 juli 1975 op de boekhouding van de ondernemingen, desgevallend aangevuld en aangepast aan de eigen kenmerken van de mutualistische entiteiten en van de diensten van de aanvullende verzekering.

Overeenkomstig deze bepaling kan de Koning, op voorstel van de Controledienst, bij een in de ministerraad overlegd besluit eveneens bijzondere en aanvullende boekhoudregels vaststellen, de artikelen van voornoemde wet van 17 juli 1975 aanduiden die niet van toepassing zijn op de boekhouding van de ziekenfondsen en de landsbonden, alsook de regels bepalen volgens dewelke de jaarrekeningen dienen opgesteld.

In bovenvermeld artikel 29 wordt eveneens gesteld:

- dat de landsbonden en de ziekenfondsen afzonderlijke rekeningstelsels moeten invoeren voor enerzijds de verrichtingen die betrekking hebben op de verplichte verzekering en anderzijds de verrichtingen die betrekking hebben op de onderscheiden diensten van de aanvullende verzekering;
- dat de werkingskosten dienen gedragen door de diensten waarop ze betrekking hebben.

Daarenboven dient in toepassing van artikel 30 van de wet van 6 augustus 1990 ieder ziekenfonds en iedere landsbond, na afsluiting van het boekjaar, een jaarrekening over te maken aan de Controledienst, die het model ervan vaststelt. Deze jaarrekening dient, overeenkomstig de artikelen 15 en 17, § 1, van dezelfde wet, te worden goedgekeurd door de algemene vergadering van het ziekenfonds of de landsbond.

In uitvoering van voormeld artikel 29 van de wet van 6 augustus 1990 werd op 21 oktober 2002 een koninklijk besluit (hierna genoemd het koninklijk besluit met betrekking tot de waarderingsregels) uitgevaardigd, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 15 september 2006, 20 juni 2007 en 24 november 2009, waarin de regels worden vastgelegd volgens dewelke de mutualistische entiteiten hun boekhouding moeten voeren en waarin de waarderingsregels zijn bepaald waaraan de opstelling van de jaarrekening dient te beantwoorden.

Benevens de inleidende bepalingen, herneemt de tekst van voormeld koninklijk besluit de bepalingen van enerzijds de wet van 17 juli 1975 op de boekhouding van de ondernemingen en anderzijds het koninklijk besluit van 30 januari 2001 tot uitvoering van het Wetboek van vennootschappen, na evenwel te zijn aangepast aan de eigen kenmerken van de mutualistische entiteiten. Deze eigen kenmerken hebben er ook toe geleid dat sommige bepalingen van voornoemde wet en koninklijk besluit in het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 niet werden weerhouden terwijl nieuwe artikelen werden toegevoegd. Zo werd in eigen regels voorzien voor de toerekening van de gemeenschappelijke kosten aan de verplichte verzekering en aan de onderscheiden diensten van de aanvullende verzekering en de toewijzing van kosten en opbrengsten aan een bepaald boekjaar.

Verder voorziet het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 dat de jaarrekening, waarvoor het boekjaar dient samen te vallen met het kalenderjaar, ter goedkeuring moet worden voorgelegd aan de algemene vergadering binnen de zes maanden na de afsluitingsdatum van het boekjaar indien het de aanvullende verzekering betreft en indien het de jaarrekening van de verplichte verzekering betreft, uiterlijk zes maanden na het einde van de maand waarin de definitieve afsluiting van de rekeningen door het RIZIV werd goedgekeurd. Bij koninklijk besluit van 15 september 2006 werd voorzien in de mogelijkheid voor de Controledienst om voormelde termijn voor de jaarrekening van de verplichte verzekering met maximum zes maand te verlengen teneinde te vermijden dat de landsbonden een bijkomende algemene vergadering zouden moeten bijeenroepen doordat de afsluitingsdatum van de rekeningen door het RIZIV van jaar tot jaar sterk kan verschillen.

Door het koninklijk besluit van 20 juni 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit met betrekking tot de waarderingsregels, werden de termijnen waarbinnen de verworpen prestaties betaald in het kader van de verplichte verzekering dienen heringediend, definitief vastgelegd. Hoewel gelijkaardige doch ruimere termijnen reeds vóór de wet van 6 augustus 1990 waren overeengekomen met de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen in de beheersorganen van het RIZIV, was thans een inkorting van deze termijnen gerechtvaardigd in het kader van een efficiëntere aanwending van de financiële middelen van de verplichte verzekering.

Het koninklijk besluit van 24 november 2009 past de terminologie aan die wordt gehanteerd in het kader van een nieuwe fase in de facturatie op geïnformatiseerde wijze door derdebetalers, kort de bewaringstermijn voor de verantwoordingsstukken in van 10 jaar naar 7 jaar net zoals de inkorting die voor deze termijn werd uitgevoerd voor de ondernemingen, en preciseert dat binnen de jaarrekening van de verplichte verzekering de sector geneeskundige verzorging in een eerste fase wordt afgesloten door toepassing van voorlopige normatieve verdeelsleutels voor de verdeling van de inkomstenaandelen over de verzekeringsinstellingen. Wat dit laatste betreft, worden in een volgend boekjaar de inkomstenaandelen gecorrigeerd door toepassing van de definitieve verdeelsleutels met betrekking tot het betrokken boekjaar.

Ten slotte wordt opgemerkt dat de belangrijkste regels voor het opstellen van de jaarrekening, zoals die thans zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 21 oktober 2002, per omzendbrief 95/08 van 4 december 1995 reeds vanaf het boekjaar 1996 van toepassing waren verklaard voor de jaarrekening van de mutualistische entiteiten voor wat betreft de aanvullende verzekering.

7.1.2. Beleid van de Controledienst

7.1.2.1. De jaarrekeningschema's en de rekeningenstelsels van de boekhouding van de verplichte verzekering en van de aanvullende verzekering

Op basis van de ontleding van de bestaande financiële stromen en de specifieke boekhoudkundige verrichtingen van de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen werden, in overleg met het Technisch Comité, binnen een werkgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, het RIZIV en de Controledienst, zowel voor de boekhouding van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen als voor de boekhouding van de aanvullende verzekering, de bijzondere schema's van de jaarrekening en een bijbehorende minimumindeling van het rekeningenstelsel uitgewerkt. Bij de opstelling van de minimumindeling van de rekeningenstelsels van zowel de verplichte als de aanvullende verzekering, werden in de mate van het mogelijke volgende doelstellingen nagestreefd:

- het behoud van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel van de ondernemingen, zoals dit bij het koninklijk besluit van 12 september 1983 is vastgesteld, voor zover deze indeling dienstig is binnen de mutualistische sector;
- de benadering van de beide rekeningenstelsels als zijnde complementair, waarbij de rekeningnummers van grootboekrekeningen die uitsluitend voorkomen in de boekhouding van de verplichte verzekering, niet aangewend worden in de boekhouding van de aanvullende verzekering, en omgekeerd;
- de eigenheid van de mutualistische sector en van de verplichte verzekering in het bijzonder⁽¹⁾;
- de aanwending van eenzelfde rekeningenstelsel op het niveau van zowel de ziekenfondsen als de landsbonden van ziekenfondsen;
- de beperking van het aantal numerieke posities bij de codering van de grootboekrekeningen.

(1) De minimumindeling van het rekeningenstelsel voor de boekhouding van de verplichte verzekering werd op een zodanige wijze uitgewerkt dat de boekhoudkundige en financiële bepalingen, voortvloeiend uit de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en de onderrichtingen van het RIZIV, worden gerespecteerd.

Zonder afbreuk te doen aan de algemene structuur, noch aan de eigenheid van de minimumindeling van de beide rekeningstelsels, kunnen de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen deze minimumindeling aanpassen aan de vereisten van hun administratieve en boekhoudkundige organisatie. Deze hebben o.a. betrekking op het invoeren van bijkomende onderverdelingen van de rekeningen en het gebruik van de rekeningen van de klasse 8 en 9 voor het vastleggen van informatie inzake de verwerking van de prestaties, de bijdragen of de administratiekosten.

De toevoeging van nieuwe rekeningen, die niet voorkomen in de minimumindeling van de rekeningstelsels, wordt overigens niet uitgesloten, maar wordt ten zeerste afgeraden als deze rekeningen per einde boekjaar niet gesaldeerd zouden zijn.

Overigens dient ook opgemerkt dat indien nodig door de Controledienst aanpassingen aan de rekeningstelsels of de schema's van de jaarrekening kunnen uitgevoerd worden teneinde tegemoet te komen aan wijzigingen in de wetgeving en reglementering of indien uit de praktijkervaring blijkt dat verfijningen wenselijk zijn. Zo heeft de aanpassing van de wetgeving betreffende de financiële verantwoordelijkheid, die werd doorgevoerd met het oog op het sneller afsluiten van de rekeningen van de verplichte verzekering, een aantal aanpassingen tot gevolg die voor het eerst van toepassing zijn bij de afsluiting van het boekjaar 2007 vermits dit boekjaar door het RIZIV werd afgesloten op basis van de voorlopige normatieve verdeelsleutels van het boekjaar 2005.

Zowel inzake de boekhouding van de verplichte verzekering als inzake de boekhouding van de aanvullende verzekering, waren de minimumindeling van het rekeningstelsel en de daaruit voortvloeiende schema's voor de eerste maal integraal van toepassing op de jaarrekeningen van het boekjaar 1998. Er wordt evenwel opgemerkt dat de schema's voor de toelichting van de jaarrekening van de verplichte verzekering in 2002 werden uitgewerkt en bijgevolg voor het eerst gebruikt werden voor de opstelling van de jaarrekening van het boekjaar 2003.

Ter verduidelijking van bepaalde complexe boekhoudtechnische aspecten en met het oog op het bereiken van eenvormigheid over de mutualistische entiteiten heen, werden aan de hand van omzendbrieven boekhoudcircuits voorgeschreven. Dergelijke omzendbrieven werden tot op heden uitgevaardigd met betrekking tot het wettelijk bijzonder reservefonds in de verplichte verzekering, de boekingen in het kader van herverzekeringsovereenkomsten in de aanvullende verzekering, de verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten over de verplichte verzekering en de diensten van de aanvullende verzekering, de toewijzing van het resultaat administratiekosten van de verplichte verzekering aan het administratief centrum, de inboeking van de financiële intresten in de verplichte verzekering en de inboeking van de schulden aan derdebetalers op basis van de door hen overgemaakte elektronische en magnetische dragers.

7.1.2.2. Locatie voor het voeren van de boekhouding en het bewaren van de stukken

Per omzendbrief 04/14 van 10 juni 2004 werden de mutualistische entiteiten erop gewezen dat in de zetel van de entiteit, zoals opgegeven in de statuten en die in België moet zijn gevestigd, de boekhouding dient gevoerd en de boeken dienen bewaard, met inbegrip van de administratieve, boekhoudkundige en financiële bewijsstukken, de inventarisstukken en de afschriften van aan overheidsinstanties overgemaakte financiële, statistische en boekhoudkundige staten.

Voor elke afwijking van voormeld principe dient voorafgaandelijk de toestemming te worden gevraagd aan de Controledienst. De voorgestelde locatie voor het voeren van de boekhouding en het bewaren van de stukken moet evenwel in België gevestigd zijn.

Indien de gevraagde en door de Controledienst toegestane afwijking inhoudt dat de bewijsstukken kunnen verspreid zijn over verschillende locaties, is voorzien dat de gevraagde documenten op eenvoudig verzoek van een inspecteur van de Controledienst uiterlijk binnen de twee werkdagen ter beschikking dienen te worden gesteld van deze inspecteur in de locatie waar de controle doorgaat.

7.1.2.3. Regels inzake het houden en bewaren van de boeken en inzake de werkwijze die de materiële continuïteit van de boeken, evenals de regelmatigheid en onveranderlijkheid van de boekingen waarborgt

Overeenkomstig het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de waarderingsregels legt de Controledienst de nadere regels vast voor het houden en bewaren van de boeken, alsook de werkwijze die de materiële continuïteit van de boeken en de regelmatigheid en onveranderlijkheid van de boekingen waarborgt. Dit werd geconcretiseerd met de omzendbrief 12/07 van 11 december 2012 die betrekking heeft op de boekhouding van zowel de verplichte verzekering als de aanvullende verzekering en die van toepassing is op zowel het niveau van de ziekenfondsen als dat van de landsbonden. Er wordt hierbij rekening gehouden met het feit dat de boekhouding nagenoeg steeds wordt bijgehouden door middel van boekhoudsoftware.

Eén van de basisprincipes van voormelde regels betreft de maandelijkse afsluiting van de boekhouding tegen uiterlijk de 27^{ste} van de volgende maand, waarna met betrekking tot de afgesloten maand het journaal en de proef- en saldibalans dienen te worden opgesteld. Indien de boekhouding elektronisch wordt gevoerd, volstaat het om het maandelijks journaal en het grootboek enkel elektronisch te bewaren zonder afdruk op papier, terwijl voor de maandelijkse proef- en saldibalans in dit geval minstens de laatste bladzijde moet worden afgedrukt met de vermelding van de datum van opstelling en moet door de verantwoordelijke voor gezien getekend worden. Tenslotte bepaalt voormelde omzendbrief dat de boekhouding van de verplichte verzekering definitief dient te worden afgesloten op uiterlijk 30 juni van het volgende boekjaar. Voor de afsluiting van de boekhouding van de aanvullende verzekering is de datum van de opstelling van de jaarrekening bepalend. Deze datum moet rekening houden met het feit dat de jaarrekening ter goedkeuring dient te worden voorgelegd aan de algemene vergadering binnen de zes maanden na de afsluitingsdatum van het betreffende boekjaar.

7.1.2.4. Bewaringstermijnen voor de verantwoordingsstukken en de boekhouding van de verplichte verzekering en de aanvullende verzekering

Het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de waarderingsregels bepaalt dat de verantwoordingsstukken methodisch dienen te worden opgeborgen en in origineel of in afschrift gedurende zeven jaar bewaard, met uitzondering van de stukken die niet strekken tot bewijs jegens derden, dewelke drie jaar dienen bewaard. Met betrekking tot de verplichte verzekering echter kunnen de wet van 14 juli 1994 of de uitvoeringsbesluiten van deze wet specifieke bewaringstermijnen vaststellen, terwijl de Controledienst de bewaringstermijnen kan bepalen inzake de verantwoordingsstukken van de aanvullende verzekering.

Zo heeft het RIZIV in de verplichte verzekering een kortere bewaringstermijn vastgelegd van drie jaar, te rekenen vanaf de inboeking van de prestatie in het overeenkomstige uitgavenbescheid dat aan deze instelling dient overgemaakt, voor de getuigschriften en facturen "derdebetalersregeling" met betrekking tot de prestaties geneeskundige verzorging, alsook voor de kwitanties tot staving van de betalingen van de prestaties geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Naar analogie van de verplichte verzekering heeft de Controledienst per omzendbrief 05/05 van 8 maart 2005, die werd vervangen door de omzendbrief 08/10 van 21 oktober 2008, voor de getuigschriften en bewijsstukken tot staving van rechtstreeks aan de leden of via een "derdebetalersregeling" ten laste van de aanvullende verzekering terugbetaalde prestaties, evenals voor de kwitanties met betrekking tot de contante terugbetalingen van deze prestaties, de minimale bewaringstermijn ingekort tot drie jaar vanaf de inboeking van de prestaties in de kosten. In alle andere gevallen gelden de bovenvermelde algemene bewaringstermijnen. De bescheiden dienen echter langer dan, naargelang van het geval, drie of zeven jaar bewaard, indien deze het voorwerp uitmaken van een geschil dat hangende is bij een rechtscollege of op uitdrukkelijk verzoek van de Controledienst.

Wat de bewaringstermijn voor de boeken betreft, bepaalt voornoemd koninklijk besluit van 21 oktober 2002 door verwijzing naar de wet van 17 juli 1975 op de boekhouding van de ondernemingen dat deze zeven jaar dienen bewaard, te rekenen vanaf de eerste januari van het jaar dat volgt op de afsluiting. De voornoemde omzendbrief inzake de bewaringstermijnen verduidelijkt wat onder de term "boeken" dient verstaan. In een concreet dossier heeft de Controledienst ermee ingestemd dat de boekhouding op uitsluitend elektronische wijze mag worden bewaard op voorwaarde dat dit geen beletsel vormt

voor het raadplegen van de boekhoudgegevens ten behoeve van de controle instanties gedurende voormelde minimale bewaringstermijn van zeven jaar.

7.1.2.5. Handleiding voor de boekhouding en de jaarrekening van de aanvullende verzekering

Teneinde een globaal overzicht te bekomen van de wettelijke bepalingen, onderrichtingen, waarderingsregels en boekingsprocedures, werd door de Controledienst een handleiding voor de boekhouding en de jaarrekening van de aanvullende verzekering uitgewerkt ten behoeve van iedereen die betrokken is bij de boekhouding en het financieel beheer en beleid in de mutualistische entiteiten.

Aan de hand van een bespreking per rubriek van de balans en de resultatenrekening wordt in de handleiding uiteengezet welke bestanddelen van de bezittingen, schulden, kosten of opbrengsten dienen opgenomen onder de rubrieken in kwestie. Tevens worden in de rubrieksgewijze bespreking de toepasselijke waarderingsregels herhaald en wordt de boekhoudkundige verwerking uiteengezet.

Deze handleiding wordt bijgewerkt telkens er wijzigingen zijn in het boekhoudplan, de schema's van de jaarrekening en de onderrichtingen.

7.1.2.6. EGUS en ETAC

Ter gelegenheid van de invoering, vanaf het boekjaar 1998, van de nieuwe schema's van de jaarrekening voor de aanvullende verzekering, heeft de Controledienst geopteerd voor een elektronische overdracht van de jaarrekening door de mutualistische entiteiten. Voormelde nieuwe schema's omvatten immers een aanzienlijke uitbreiding van de informatie die zo efficiënt mogelijk moet kunnen worden verwerkt en gebruikt. Met het oog op de elektronische overdracht van de gegevens en de verwerking ervan, werd een softwareprogramma, genaamd "EGUS" (Elektronisch gegevensuitwisselingsstelsel), ontwikkeld. Bij deze ontwikkeling werden de landsbonden in een werkgroep ad hoc nauw betrokken. Als een van de voorwaarden waaraan het uitwisselingsstelsel diende te voldoen, werd de gebruiksvriendelijkheid vooropgesteld.

Het programma werd zo opgevat dat de landsbonden, de ziekenfondsen en de aangesloten maatschappijen van onderlinge bijstand de financiële gegevens vanuit hun boekhouding dienen in te brengen in de jaarrekening in EGUS. Deze inbreng gebeurt ofwel op manuele wijze ofwel rechtstreeks door middel van een elektronische inlading (import).

Een deel van de informatie die dient ingebracht in de toelichting van de jaarrekening, met name de samenvatting van de waarderings- en toerekeningsregels, kan niet uit de boekhouding worden overgenomen en bestaat enkel uit tekst. Deze informatie dient slechts een eerste maal ingebracht door de mutualistische entiteit en indien zich geen wijzigingen voordoen, worden deze teksten bij de opstelling van de daaropvolgende jaarrekening automatisch overgenomen van de jaarrekening van het vorig boekjaar. Desgevallend kunnen de teksten nog manueel bijgewerkt worden.

De ingebrachte jaarrekening wordt vervolgens na validatie op elektronische wijze door de ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand bezorgd aan de landsbond die ze op zijn beurt overmaakt aan de Controledienst.

De elektronische gegevensoverdracht via EGUS biedt in concreto volgende voordelen:

- alle jaarrekeningen zijn zowel wat de vorm als de inhoud betreft op een uniforme wijze opgesteld

Het is voor een mutualistische entiteit niet mogelijk bepaalde rubrieken in de jaarrekening toe te voegen of de omschrijving ervan te wijzigen. Evenmin kunnen uitsplitsingen die worden gevraagd voor bepaalde posten genegeerd worden;

- alleen gevalideerde gegevens kunnen doorgezonden worden

Het systeem EGUS voert onmiddellijk na de inbreng van de gegevens in de jaarrekening een 375-tal rekenkundige en logische controles uit. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen twee types van controles:

- enerzijds de "verplichte controles" waarbij het voor de mutualistische entiteit onmogelijk is de jaarrekening te valideren indien niet aan de voorwaarden van al deze controles is voldaan;
- anderzijds de "indicatieve controles" waarbij de jaarrekening wel kan gevalideerd worden zelfs indien niet aan de voorwaarden van deze controles zou zijn voldaan. Het resultaat van de indicatieve controles wijst immers enkel op de mogelijke aanwezigheid van een fout of een onlogische relatie tussen twee of meer gegevens en het behoort aan de mutualistische entiteit in kwestie om na te gaan of hetzij daarvoor een verklaring bestaat, hetzij een correctie dient uitgevoerd aan de ingebrachte gegevens.

Het ter plaatse in de mutualistische entiteit doen uitvoeren van voormelde rekenkundige en logische controles sluit een verkeerde interpretatie van tal van rubrieken van de jaarrekening uit. Bovendien brengt deze werkwijze een aanzienlijke tijdsbesparing met zich mee bij de globale verwerking van de gegevens van de jaarrekeningen van de mutualistische entiteiten door zowel de landsbonden als de Controledienst;

- het systeem biedt een uitgebreid aantal rapporteringsmogelijkheden

Via EGUS kan vooreerst de jaarrekening worden afgedrukt die, overeenkomstig artikel 17 van de wet van 6 augustus 1990, ter goedkeuring dient voorgelegd aan de algemene vergadering.

Zowel door de landsbond als door de Controledienst kan op eenvoudige wijze een globalisatie van de gegevens met betrekking tot een of meerdere staten van de jaarrekening bekomen worden voor een vooraf gekozen aantal entiteiten. Er wordt evenwel opgemerkt dat een landsbond uitsluitend de gegevens met betrekking tot de ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand aangesloten bij deze landsbond kan raadplegen.

Het programma laat daarenboven via een query toe een overzicht te bekomen van de bedragen of teksten ingevuld in om het even welke rubriek van de jaarrekening en dit voor alle of uitsluitend de aangeduide landsbonden, ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand en voor de gewenste diensten. Een dergelijk overzicht stelt zowel de landsbond als de Controledienst in staat analyses uit te voeren op de jaarrekeningen, ratio's te berekenen en historische vergelijkingen uit te voeren. Bepaalde vaste ratio's zijn vanaf 2002 vooraf gedefinieerd en kunnen onmiddellijk vanuit EGUS geraadpleegd worden, zoals de liquiditeitscoëfficiënt, de solvabiliteitscoëfficiënt, de marge van het financieel evenwicht en de reservecoëfficiënt per dienst.

Bij de rapportering kan de mutualistische entiteit de landstaal (Nederlands, Frans of Duits) kiezen waarin de jaarrekening, globalisatie of query dient afgedrukt;

- snellheid en beveiliging van de overdracht

De elektronische gegevens worden door de landsbonden aan de Controledienst meegedeeld via cd-rom of modem. Bij laatstgenoemde mogelijkheid heeft de verzendende landsbond slechts toegang tot een daarvoor per landsbond afgezonderd gedeelte van de virtuele harde schijf op de server van de Controledienst. Deze toegang is beveiligd door een gebruikersnaam en een paswoord, die in geëncrypteerde vorm worden uitgewisseld. Er wordt bovendien gebruik gemaakt van de zogenaamde «call back»-methode waarbij de server van de Controledienst automatisch terugbelt naar de aanvragende modem teneinde na te gaan of de oproep wel degelijk uitgaat van de vooraf ingestelde locatie.

Bij het doorsturen van de jaarrekening wordt telkens een origineel exemplaar van het automatisch afgedrukte verzendingsborderel via de landsbond overgemaakt aan de Controledienst. Dit borderel, dat onder meer voorziet in

een aantal controlegetallen, wordt ondertekend door de verantwoordelijken van, naargelang het geval, de landsbond, het ziekenfonds of de maatschappij van onderlinge bijstand zodat de authenticiteit van de elektronisch doorgezonden jaarrekening is gewaarborgd;

- het systeem is flexibel ten aanzien van latere aanpassingen en bijstellingen

Het is steeds mogelijk dat de boekhouding en de schema's van de jaarrekening in de loop der jaren aangepast of bijgestuurd worden in functie van de opgedane praktijkervaring. In het systeem EGUS is voorzien dat dergelijke aanpassingen steeds kunnen ingelast worden zonder dat ze een hinderpaal vormen voor bijvoorbeeld historische vergelijkingen.

Het systeem EGUS wordt niet alleen gebruikt in het kader van de jaarrekening van de aanvullende verzekering, maar ook voor de statistische gegevens inzake de aanvullende verzekering. De thans overgemaakte statistische gegevens betreffen de ledentallen van de ingerichte diensten, de gegevens in verband met het aantal behandelde dossiers in het kader van de dienst verzorging in het buitenland en de statistieken met het oog op de berekening van de technische voorzieningen inzake de dienst voorhuwelijkssparen.

Het systeem van elektronische gegevensoverdracht wordt vanaf de rekeningen van het boekjaar 2003 op analoge wijze gebruikt voor de transmissie van de jaarrekeningen van de verplichte verzekering van de verzekeringsinstellingen naar de Controledienst en dit naar aanleiding van de invoering van de schema's voor de toelichting bij de jaarrekening van de verplichte verzekering.

Vanaf juni 2006 wordt een gelijkaardig softwareprogramma, genaamd ETAC ("Echange de tableaux de cotisations"), gebruikt voor de elektronische overdracht van de bijdragetabellen, die deel uitmaken van de statuten van de mutualistische entiteiten. Deze overdracht verloopt op dezelfde wijze als voor de jaarrekeningen via EGUS. Aan dit programma werden ingevolge de publicatie van de wet van 26 april 2010 enkele aanpassingen uitgevoerd, waaronder de aanpassing aan de invoering van enerzijds een nieuwe classificatie voor de verrichtingen en de diensten die noch verrichtingen, noch verzekeringen zijn, en anderzijds van vaste ledencategorieën. Benevens de vaste ledencategorie "mutualistisch gezin" is nog enkel de categorie "verminderde bijdrage" mogelijk voor de gerechtigden met een specifiek sociaal statuut bedoeld bij artikel 67 van voornoemde wet van 26 april 2010 en is verder een differentiëring mogelijk naargelang er al dan niet personen ten laste zijn. In dit programma werden tevens controles ingebouwd die bijvoorbeeld beletten dat de bijdrage voor een gezin zonder personen ten laste hoger zou zijn dan deze voor een gezin met personen ten laste, en dat de verminderde bijdrage ingevolge het bovenvermelde sociaal statuut hoger zou zijn dan de gewone bijdrage voor een mutualistisch gezin.

7.2. DE INTERNE CONTROLE

7.2.1. Wettelijke bepalingen

Artikel 31 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen voorziet dat:

- elke landsbond moet beschikken over een systeem van interne controle en interne audit dat betrekking heeft op het geheel van zijn activiteiten, alsmede op deze van de erbij aangesloten ziekenfondsen;
- de Koning, op voorstel van de Raad van de Controledienst, bepaalt wat men dient te verstaan onder systeem van interne controle en interne audit;

- de Controledienst de voorwaarden bepaalt waaraan het systeem van interne controle en interne audit moet beantwoorden, alsmede de maatregelen die door de landsbonden dienen ingesteld te worden.

Hieruit blijkt dat de wetgever voor wat de interne controle betreft geen onderscheid heeft willen maken tussen enerzijds de verrichtingen die onder de verplichte verzekering vallen en anderzijds deze die behoren tot de aanvullende verzekering. Dit principe vloeit voort uit het feit dat de in te stellen controleprocedures niet kunnen gescheiden worden naargelang zij de ene of de andere sector betreffen. Bovendien moet onderstreept worden dat de wetgever de bevoegdheid tot oprichting van het intern controlesysteem op het niveau van de landsbonden heeft gelegd. Het koninklijk besluit van 14 juni 2002 tot uitvoering van artikel 31, tweede lid, van de voornoemde wet heeft de interne controle overigens omschreven als *“een geheel van maatregelen, geïntegreerd in de operationele en functionele processen met het oog op het verzekeren van het juiste verloop van alle activiteiten van een landsbond van ziekenfondsen of van een ziekenfonds, dat toelaat zich te verzekeren van een adequate kennis en beheersing van de risico's, de integriteit en de betrouwbaarheid van de financiële en beheersinformatie, van de naleving van de wetten en hun uitvoeringsbesluiten, alsmede van de veiligheid van de activa en de naleving van de rechten van de leden” en de interne audit als “een systeem van evaluatie van de goede werking, de doeltreffendheid en de efficiëntie van de interne controle”.*

7.2.2. Beleid van de Controledienst

7.2.2.1. Op reglementair vlak

Vanaf zijn oprichting heeft de Controledienst, in samenwerking met de revisoren, een onderzoek ingesteld naar de werking van de systemen van interne controle, hetgeen heeft geleid tot na te leven principes met betrekking tot de interne controle en de financiële, administratieve en boekhoudkundige organisatie die in 1995 bij omzendbrief werden vastgelegd. Door de aldus vastgestelde principes werden aan de verzekeringsinstellingen nieuwe eisen opgelegd waardoor deze de nodige aanpassingen dienden uit te voeren aan hun interne organisatie.

Na een periode van observatie, achtte de Controledienst het aangewezen een nieuwe stap te zetten via het uitwerken van een reglement inzake de interne controle en interne audit dat, na overleg met het Instituut der Bedrijfsrevisoren, het Technisch Comité en de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, bij omzendbrief werd uitgevaardigd.

Deze omzendbrief 02/10 van 8 juli 2002, genaamd “Principes waaraan het systeem van interne controle en interne audit moet beantwoorden”, legt, naast de omschrijving van het algemeen kader van de invoering en de werking van de interne controle en interne audit, de principes ervan vast.

Aldus werden drie principes inzake interne controle vooropgezet, met name:

- 1) de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur van de landsbond;
- 2) de raad van bestuur laat zich bijstaan door een auditcomité;
- 3) delegatie van de toepassingsmodaliteiten aan de effectieve directie van de landsbond.

Op het niveau van de interne audit werden zeven principes weerhouden, namelijk:

- 1) het permanente en duurzame karakter van de auditdienst;
- 2) de onafhankelijkheid van de functie van interne audit;
- 3) de onpartijdigheid van de interne auditdienst;
- 4) de bekwaamheid van elke interne auditeur en van de interne auditdienst in zijn geheel;

- 5) het feit dat elke entiteit, elke dienst en elke activiteit binnen het bevoegdheidsdomein valt van de interne auditdienst;
- 6) het opstellen van een auditplan door de interne auditdienst en de jaarlijkse evaluatie van dit plan;
- 7) het auditwerk steunt op uitvoerings- en opvolgingsmethodes.

De bedoelde omzendbrief bevat tevens een aantal bijzondere bepalingen voor wat betreft de toepassing ervan in de onafhankelijke maatschappijen van onderlinge bijstand.

Teneinde de onafhankelijke beoordeling door het auditcomité alsook door de dienst interne audit te waarborgen, heeft de Controledienst bovendien via zijn omzendbrief 06/13 van 20 oktober 2006, die de voornoemde omzendbrief 02/10 heeft vervangen, de mogelijkheid beperkt om een functie van lid van het auditcomité of van interne auditeur bij een landsbond te cumuleren met bepaalde functies in de schoot van een medisch-sociale instelling waarvan minstens een deel van de verrichte prestaties het voorwerp uitmaakt van een tussenkomst door de verplichte verzekering.

Dezelfde omzendbrief voorziet ook voor wat betreft de interne audit dat de opdrachten het voorwerp moeten uitmaken van een plan en dat elk van de opdrachten moet leiden tot een schriftelijk verslag aan de directie van de landsbond en aan het auditcomité, en dat deze laatste bovendien ten minste jaarlijks een verslag moet opstellen ter attentie van de raad van bestuur.

Vermits de werkzaamheden van de dienst interne audit van de verzekeringsinstellingen een belangrijke informatiebron zijn, heeft de Raad van de Controledienst, na gunstig advies van het Technisch Comité en na raadpleging van de revisoren die de mutualistische sector controleren, beslist met elke landsbond afzonderlijk en de door hen aangestelde revisoren werkvergaderingen te houden waarin de diverse aspecten zouden behandeld worden die betrekking hebben op de interne audit, zoals onder meer de aard ervan, de ingezette middelen en de frequentie.

Ingevolge deze werkvergaderingen en vermits elke instelling volledig autonoom een auditplan opstelt, heeft de Controledienst, teneinde te vermijden dat eenzelfde controle zou worden uitgevoerd en door de interne audit en door de inspecteurs van de Controledienst, het auditplan, zoals goedgekeurd door het auditcomité, opgevraagd bij iedere landsbond. Indien er een algemeen auditplan bestaat dat een periode van meerdere jaren bestrijkt, werd aan de landsbonden gevraagd dit ook over te maken.

7.2.2.2. Op functioneel vlak

De Controledienst heeft er zich steeds willen van verzekeren dat de landsbonden en de ziekenfondsen beschikken over een performant systeem van interne controle.

Derhalve werd tijdens de controles, die regelmatig worden uitgevoerd door de Controledienst in de mutualistische entiteiten, steeds bijzondere aandacht besteed aan de toegepaste werkprocedures, alsook aan het toezicht op de interne controlemechanismen die van kracht zijn.

Inmiddels werden binnen elke verzekeringsinstelling de structuren (auditcomité, plaats van de interne auditdienst binnen het organogram van de landsbond) alsook de voorziene instrumenten (auditcharter, auditplan,...) terdege ingesteld. Na overleg met de sector en met de bedrijfsrevisoren, heeft de Controledienst bovendien het model "COSO-ERM" aangenomen als referentie-instrument, dat moet toelaten zich van de kwaliteit van de goede werking van de interne controle en de interne audit te garanderen. De componenten van dit model, opgenomen in de omzendbrief 10/11 van 18 oktober 2010, dienen als basis voor de identificatie, de evaluatie en het beheer van de risico's eigen aan de werking van een mutualistische entiteit. In deze zin vullen zij de bepalingen aan die uitgebracht werden door de voornoemde omzendbrief 06/13. De Raad van de Controledienst zal in 2013 een evaluatie maken van de concrete toepassing door elke verzekeringsinstelling van de samenstellende elementen van dit model, en dit in aanwezigheid van de aangestelde revisor.

7.3. DE REVISORALE CONTROLE

7.3.1. Algemene benadering van de revisorale controle en algemene richtlijnen aan de revisoren

7.3.1.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Volgens artikel 34 van de wet van 6 augustus 1990 controleren de revisoren:

- de nauwkeurigheid en de volledigheid van de boekhouding, alsook van de jaarrekeningen die door het ziekenfonds of de landsbond worden overgemaakt aan de Controledienst;
- het aangepaste karakter en de werking van de administratieve en boekhoudkundige organisatie en van de interne controle;
- de naleving van de bepalingen inzake het aanleggen van reservefondsen voor bepaalde diensten.

Ingevolge artikel 57 van de wet van 6 augustus 1990 brengen de revisoren bij de Controledienst verslag uit over de financiële toestand en het beheer van de ziekenfondsen en van de landsbonden telkens als deze erom verzoekt en minstens eenmaal per jaar. De revisoren brengen de Controledienst bovendien onmiddellijk op de hoogte van de leemten, onregelmatigheden en overtredingen die zij hebben vastgesteld.

Daarnaast kunnen de revisoren door de Controledienst belast worden met bijkomende opdrachten, onder meer in het kader van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten.

In toepassing van de artikelen 35 en 36 van de wet van 6 augustus 1990, brengen de revisoren eveneens verslag uit aan de algemene vergadering van het ziekenfonds of de landsbond. Dit verslag vermeldt in het bijzonder:

- hoe de controletaken werden verricht en of alle gevraagde ophelderingen en inlichtingen werden verkregen;
- of de boekhouding is gevoerd en de jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de voorschriften die daarop van toepassing zijn;
- of naar het oordeel van de revisor de jaarrekening een getrouw beeld geeft van het vermogen, van de financiële toestand en van de resultaten van het ziekenfonds of van de landsbond.

In uitvoering van voornoemd artikel 35, gewijzigd door de programmawet van 2 augustus 2002, heeft de Controledienst per omzendbrief 02/15 van 23 september 2002 bepaald dat de raad van bestuur van het ziekenfonds of de landsbond aan de revisor alle stukken die nodig zijn voor het opmaken van zijn verslag aangaande het ontwerp van jaarrekening moet overmaken ten minste één maand vóór de datum waarop de nodige documenten ter beschikking moeten worden gesteld van de leden van de algemene vergadering, zijnde acht dagen voor het doorgaan van deze vergadering.

7.3.1.2. Algemene richtlijnen inzake de opdrachten en de verslagen van de revisoren

Krachtens artikel 33 van de wet van 6 augustus 1990, stelt de Controledienst, op advies van het Instituut der Bedrijfsrevisoren en na goedkeuring door de Minister van Sociale Zaken, het reglement op dat de modaliteiten bepaalt volgens dewelke de revisoren hun opdrachten uitvoeren.

Ervan uitgaande dat voorafgaand aan de uitvaardiging van dergelijk reglement de nodige ervaring inzake de revisorale controle op het vlak van zowel de verplichte verzekering als van de aanvullende verzekering diende opgedaan, was de

Raad van de Controledienst van oordeel dat tijdens de aanvangsperiode veeleer via aanbevelingen diende gehandeld. Zodoende heeft de Controledienst bij omzendbrief 95/01 van 15 mei 1995, en in de vorm van aanbevelingen, algemene richtlijnen uitgewerkt inzake de opdrachten en de verslagen van de revisoren. Vanaf de verslagen van het boekjaar 1997, heeft hij tenslotte door middel van omzendbrieven de schema's van typeverslagen vastgelegd die dienen opgesteld te worden.

De algemene richtlijnen behandelen in het bijzonder de draagwijdte van de revisorale controle, de opdrachten van de revisoren en het jaarlijks verslag dat de revisoren aan de Controledienst overmaken.

(1) Draagwijdte van de controle

De wet van 6 augustus 1990 voorziet een duidelijke scheiding en onderscheid tussen de verplichte verzekering enerzijds en de aanvullende verzekering anderzijds. De rol en de verantwoordelijkheid van de mutualistische entiteiten zijn zeer verschillend voor beide regelingen, en zelfs, binnen de verplichte verzekering, tussen de sector van de uitkeringen en deze van de geneeskundige verzorging. Deze verschillende rol en verantwoordelijkheid komen in de eerste plaats tot uiting in de vereiste van een afzonderlijke boekhouding voor de verplichte verzekering en voor de aanvullende verzekering en heeft bijgevolg zijn weerslag op de revisorale controle.

Zo valt de controle van de aanvullende verzekering, hetzij op het niveau van de landsbond, hetzij op het niveau van het ziekenfonds, onder de bevoegdheid van de revisor die respectievelijk door de landsbond en het ziekenfonds werd aangesteld. Het is deze revisor die verslag zal uitbrengen bij de Controledienst, enerzijds, en bij de algemene vergadering van de landsbond of van het ziekenfonds, anderzijds.

Of de verrichtingen, de schulden, de schuldvorderingen en de boekhoudkundige en financiële staten van de verplichte verzekering betrekking hebben op de landsbond dan wel op het ziekenfonds, de verantwoordelijkheid van de controle ervan valt uitsluitend onder de bevoegdheid van de revisoren aangesteld door de landsbond. Zij hebben eveneens tot taak toe te zien op de inrichting en de efficiëntie van de interne controle en dit zowel op het niveau van de landsbond als op het niveau van het ziekenfonds. Voor wat de verplichte verzekering betreft, zullen deze revisoren verslag uitbrengen bij de algemene vergadering van de landsbond. Dit sluit niet uit – wel integendeel – dat er eveneens op ziekenfondsvlak over de verplichte verzekering en inzonderheid over de verrichtingen die op dat vlak door het ziekenfonds werden gedaan, inlichtingen verstrekt worden.

Krachtens de wet mogen de maatschappijen van onderlinge bijstand enkel diensten verlenen die onder de aanvullende verzekering vallen. De revisorale controle ervan zal het geheel van hun activiteiten omvatten. In het geval van de maatschappijen van onderlinge bijstand die bij een landsbond aangesloten zijn, wordt de controle verzekerd door de revisor van dat ziekenfonds. De overige maatschappijen van onderlinge bijstand dienen daarentegen een eigen revisor aan te stellen.

Ten slotte dient verduidelijkt dat voor wat betreft de problematiek inzake de toepassing van artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de samenwerkingsakkoorden afgesloten door de mutualistische entiteiten met verbonden entiteiten, laatstgenoemde verplicht zijn aan de revisor van de mutualistische entiteit alle informatie te verstrekken die hij nodig acht.

(2) Opdrachten van de revisoren

Aansluitend op de desbetreffende bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 worden in voormelde omzendbrief 95/01 de taken van de revisoren nader toegelicht en worden ter zake een aantal aanbevelingen of vereisten opgenomen. Zo wordt naast een opsomming van de diverse opdrachten onder meer gesteld dat de controle op de nauwkeurigheid en de volledigheid van de boekhouding en de jaarrekeningen van de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen (zowel van de verplichte verzekering als van de aanvullende verzekering) dezelfde doelstellingen moet nastreven en steunen op dezelfde normen als deze die ter zake gelden voor de handelsondernemingen, doch dat hierbij rekening dient gehouden

met de bijzondere regels die voor de inboeking van de verrichtingen van de verplichte verzekering van kracht zijn. In dit kader zullen de revisoren een bijzondere aandacht schenken aan de naleving van de bepalingen van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de toe te passen waarderingsregels, en dit zowel in de verplichte verzekering als in de aanvullende verzekering.

Gezien de veelheid van de verrichtingen en het feit dat elke verrichting het voorwerp moet uitmaken van codificatie en validiteitscontroles, wordt het belang van de controle op het aangepast karakter en de goede werking van de administratieve en boekhoudkundige organisatie en van de interne controle, sterk benadrukt. Vanaf de inbreng van de verrichtingen, alsook in het ganse verloop van de administratieve, boekhoudkundige en financiële verwerking, dienen dan ook de nodige beveiligingen en controles te zijn ingebouwd en dient de betrouwbaarheid van de administratieve en boekhoudkundige circuits geattesteerd, ook wat betreft de elektronische verwerking van de gegevens. In het bijzonder wordt verwezen naar de algemene controlenormen die het Instituut der Bedrijfsrevisoren ter zake heeft uitgevaardigd.

(3) Jaarlijkse verslagen aan de Controledienst

In samenwerking met het Instituut der Bedrijfsrevisoren, heeft de Controledienst in 1998 de schema's van typeverslagen vastgelegd die door de revisoren moeten opgesteld worden en die van toepassing waren vanaf het boekjaar 1997, namelijk:

- een schema van typeverslag betreffende de financiële toestand van de aanvullende verzekering van de landsbonden en de ziekenfondsen (omzendbrief 98/07 van 1 juli 1998);
- een schema van typeverslag op het niveau van de landsbonden betreffende de financiële toestand van de verplichte verzekering (omzendbrief 98/10 van 10 augustus 1998);
- een schema van typeverslag betreffende de organisatie van de landsbonden en de ziekenfondsen (omzendbrief 98/07 van 1 juli 1998).

In de loop van het eerste semester 2002 heeft de Raad van de Controledienst echter beslist vanaf de toestand op 30 juni 2002 het typeverslag inzake de organisatie van de landsbonden en de ziekenfondsen af te schaffen. Het bleek immers dat dit verslag grotendeels overbodig geworden was doordat enerzijds het geheel van de inlichtingen inzake de boekhoudkundige en financiële toestand van de ziekenfondsen en de landsbonden op het vlak van de aanvullende verzekering reeds wordt overgemaakt via de software EGUS, en anderzijds door het bijzonder verslag inzake het onderzoek van de interne controle, dat hierna wordt besproken.

Om dezelfde redenen en in dezelfde lijn heeft de Raad, na het advies van het Instituut der Bedrijfsrevisoren en het Technisch Comité zoals is vereist door artikel 33 van de wet van 6 augustus 1990, beslist het bestaande schema van typeverslag betreffende de financiële toestand van de aanvullende verzekering aanzienlijk te vereenvoudigen, hetgeen in eerste instantie geleid heeft, per omzendbrief 04/01 van 28 januari 2004, tot het uitwerken van een nieuw schema van typeverslag, dat op zijn beurt vanaf de afsluiting van de rekeningen van het boekjaar 2007 vervangen werd door het schema dat het voorwerp uitmaakt van de omzendbrief 07/18 van 9 juli 2007 en gewijzigd door de omzendbrief 08/03 van 25 februari 2008.

Gelet op de uitvaardiging door de Controledienst van de omzendbrief 03/01 van 20 januari 2003 betreffende het rekeningenstelsel en het jaarrekeningschema van de verplichte verzekering, werd omwille van dezelfde nood aan vereenvoudiging van het huidige financiële verslag eveneens beslist vanaf de rekeningen van het boekjaar 2002 de verslagen betreffende de verplichte verzekering op te stellen op grond van een nieuw typeschema waarin de gegevens waarover de Controledienst reeds via andere kanalen beschikt, zijn weggelaten. Dit schema werd ook gewijzigd door de voornoemde omzendbrieven 07/18 en 08/03.

Op 20 januari 2011 heeft de Raad van de Controledienst tenslotte de omzendbrief 11/05 uitgevaardigd, die de schema's van typeverslagen op te stellen voor de verplichte verzekering en voor de aanvullende verzekering, aanvult en die reeds vervat waren in de omzendbrief 08/03 van 25 februari 2008.

Deze aanvullingen hebben voornamelijk twee doelstellingen, te weten:

- enerzijds de revisoren eraan herinneren dat inzake de werkingskosten alle kosten correct moeten toegewezen worden aan de verplichte verzekering en aan de diensten van de aanvullende verzekering en dat elke afwijking ter zake bijgevolg het getrouw beeld beïnvloedt van de jaarrekening en ook van de attestering ervan door de revisor. In dit kader wordt aan de revisoren gevraagd telkens een mutualistische entiteit een nieuwe kostenanalyse heeft gemaakt voor de verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten, hiervan uitdrukkelijk verslag uit te brengen door inzonderheid een beschrijving te geven van de gebruikte methode, alsook hun opmerkingen aangaande de elementen die volgens hen niet adequaat zijn;
- anderzijds, ervoor te zorgen dat de revisoren in hun verslagen vermelden of voldaan is aan alle bepalingen van de omzendbrief 06/13 van 20 oktober 2006 die de principes vastlegt waaraan het systeem van interne controle en interne audit moet voldoen.

Inzake de financiële toestand van de aanvullende verzekering, moet een afzonderlijk verslag worden opgesteld voor elk ziekenfonds en iedere landsbond door de door hen aangestelde revisor(en). Dit verslag moet een diepgaande analyse omvatten van de balans en van de resultatenrekening, alsmede een kritisch onderzoek van de financiële toestand en van de resultaten. Bovendien beoordeelt het de continuïteit van de waarderingsregels, de correcte aanrekening aan iedere dienst van de werkingskosten en het redelijk karakter van de ter zake toegepaste verdeelcriteria. De wijzigingen die zich voordeden ten opzichte van de toestand vermeld in de vorige verslagen zullen worden benadrukt. Dit verslag moet bij de Controledienst ingediend worden tegen 30 september van het volgende boekjaar.

De analyse van de resultatenrekening wordt niet enkel uitgevoerd per dienst, maar heeft ook betrekking op de resultatenrekening van de administratiekosten inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bovendien wordt een bijzondere aandacht geschonken aan de entiteiten waarmee het ziekenfonds of de landsbond een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten. Ter zake dienen de revisoren zich inzonderheid uit te spreken over de volledigheid en de conformiteit van het verslag inzake de uitvoering van de samenwerkingsakkoorden dat door de raad van bestuur aan de algemene vergadering wordt voorgelegd.

Inzake het beheer bespreekt het verslag hoofdzakelijk de significante gevolgen van de genomen beheersbeslissingen ten aanzien van de financiële toestand en de beheersing van de risico's.

Het typeverslag over de financiële toestand van de verplichte verzekering moet opgesteld worden op het niveau van elke landsbond, waarbij de ziekenfondsen bij wijze van uitzondering behandeld worden, dit wil zeggen enkel indien een bijzonder punt moet benadrukt worden.

Het verslag moet een diepgaande analyse omvatten van de waarderings- en toerekeningsregels van de balans en van de resultatenrekening. De globale beoordeling van het verslag vermeldt inzonderheid of de boekhouding overeenstemt met alle globale staten overgemaakt aan het RIZIV en/of aan de Controledienst.

In juli 1999 had de Controledienst bovendien via zijn omzendbrief 99/11, na advies van het Instituut der Bedrijfsrevisoren en van het Technisch Comité, schema's van typeverslagen opgesteld die de revisoren dienden op te stellen in het kader van de jaarlijkse evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen, die door de Controledienst werd uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het thans opgeheven koninklijk besluit van 29 april 1993.

In dit verband had de Controledienst aan de revisoren twee specifieke opdrachten toevertrouwd, namelijk:

- het onderzoek van de chronologische betaling van de facturen inzake de derdebetalersregeling (artikel 2, 4°, van het voornoemd opgeheven koninklijk besluit);

- het onderzoek van de interne, administratieve en boekhoudkundige controle (artikel 2, 6°, van het voornoemd opgeheven koninklijk besluit).

Ingevolge de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen, waarvan sprake in punt 5.2. supra, dat het voornoemd koninklijk besluit van 29 april 1993 opheft, werden na advies van het Technisch Comité en het Instituut der Bedrijfsrevisoren, drie nieuwe ontwerpen van typeschema's van revisorale verslagen opgesteld en uitgevaardigd via de omzendbrieven 03/02, 03/03 en 03/04 van januari 2003, die de voornoemde omzendbrief 99/11 vernietigd en vervangen hebben.

De eerste twee omzendbrieven betreffen een herziening van de twee specifieke verslagen die voorheen werden opgesteld. Deze herziening is het gevolg van enerzijds de nieuwe formulering in het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 van de twee voornoemde criteria, hetgeen nieuwe onderzoeksverplichtingen oplegt, en anderzijds een nieuwe aanpak door de Controledienst, die erin bestaat dat aan de revisoren een meer synthetisch stramen, verwijzend naar vragenreeksen, wordt opgelegd dan in het verleden.

De derde omzendbrief betreft het onderzoek van een nieuw aspect bedoeld bij voornoemd koninklijk besluit van 28 augustus 2002, dat betrekking heeft op de naleving door de verzekeringsinstellingen van de correcte termijnen inzake de toewijzing van de geboekte prestaties aan, hetzij een boekhoudmaand indien het prestaties inzake geneeskundige verzorging betreft, hetzij een bepaald trimester in geval van uitkeringen. In hetzelfde kader bleek het echter opportuun het schema van het gevraagde verslag verder te preciseren voor wat betreft de naleving van de termijnen die van toepassing zijn inzake de toewijzing van de geboekte prestaties, door in het bijzonder een basistabel te voorzien die dient ingevuld te worden door alle betrokken revisoren. Deze doelstelling werd bereikt per omzendbrief 06/16 van 25 oktober 2006 die de omzendbrief 03/04 van 22 januari 2003 heeft vervangen.

Tijdens de boekjaren 2008 en 2009 meende de Raad van de Controledienst dat het opportuun was via het uitvaardigen van nieuwe omzendbrieven over te gaan tot een coördinatie van het geheel van de bepalingen vervat in enerzijds de voornoemde omzendbrieven 03/02, 03/03 en 06/16 en anderzijds de verschillende richtlijnen overgemaakt aan de revisoren sedert de bekendmaking van deze omzendbrieven. De betreffende richtlijnen, die vooral betrekking hebben op een harmonisering van de uit te voeren onderzoeken, slaan inzonderheid op de modaliteiten die dienen nageleefd inzake de samenstelling van de te onderzoeken steekproeven. Deze doelstelling werd bereikt via de omzendbrieven 09/14 van 26 oktober 2009, 09/15 van 27 oktober 2009 en 09/16 van 28 oktober 2009.

Vermits de Controledienst tenslotte besliste dat vanaf de evaluatieperiode betreffende 2012 het onderzoek inzake de naleving door de verzekeringsinstellingen van de termijnen van toepassing inzake de toewijzing van de geboekte prestaties aan hetzij een boekhoudmaand voor wat betreft de geneeskundige verzorging, hetzij aan een bepaald trimester voor wat de uitkeringen betreft, zou worden uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst en niet meer door de revisoren, werd de omzendbrief 09/16 van 28 oktober 2009 vanaf de evaluatieperiode 2012 opgeheven en vervangen door de omzendbrief 12/10 (cf. punt 3.3.5).

7.3.2. Revisorale verslagen

In de loop van het jaar 2012 hebben de revisoren aan de Controledienst voor elke landsbond, elk ziekenfonds en elke maatschappij van onderlinge bijstand de verslagen overgemaakt inzake de financiële en boekhoudkundige toestand van de aanvullende verzekering na afloop van het boekjaar 2011, alsook de verslagen inzake de financiële toestand van de verplichte verzekering na afloop van het boekjaar 2009 voor elkeen van de verzekeringsinstellingen.

Uit het onderzoek van deze verslagen blijkt dat het grote merendeel van de revisoren het getrouw beeld en volledige karakter hebben onderstreept van de boekhouding van de verschillende mutualistische entiteiten. Inzake echter de verplichte verzekering werd een onthoudende verklaring uitgebracht voor één entiteit na het betreffende boekjaar. Deze onthouding was inzonderheid het gevolg van de gebreken vastgesteld in de structuur van de boekhoudkundige en

administratieve organisatie en van de interne controle van de instelling, alsmede van de moeilijkheid over te gaan tot het in overeenstemming brengen van sommige bedragen en het opstellen van een uitvoerige inventaris van de saldi van sommige rekeningen.

In het kader van de aanvullende verzekering maakten de jaarrekeningen van het boekjaar 2011 allen het voorwerp uit van een waarmerking zonder voorbehoud, met uitzondering evenwel van één entiteit die deze waarmerking ontving met voorbehoud en met verklarende paragrafen.

7.3.3. Erkenning van de revisoren

In toepassing van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990, stellen de landsbonden en de ziekenfondsen een of meer bedrijfsrevisoren aan die door de algemene vergadering worden gekozen uit een door de Controledienst opgestelde lijst van erkende revisoren.

De Controledienst verleent de erkenning aan de revisoren, op advies van de Commissie voor onderzoek van de kandidaturen, paritair samengesteld uit erkende revisoren en ambtenaren van de Controledienst.

Het reglement van 27 januari 1992 betreffende de erkenning voor het uitoefenen van de functie van revisor in een ziekenfonds of in een landsbond van ziekenfondsen, dat op 31 maart 1992 in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt, stelt de voorwaarden vast waaronder en de wijze waarop de bedrijfsrevisoren en de vennootschappen van revisoren erkend worden en ingeschreven worden op de hiertoe voorziene lijst. Aldus voorziet artikel 4, §§ 1 en 2, van dit reglement dat de erkenning – eerst toegekend voor een eventuele hernieuwbare periode van twee jaar – definitief wordt wanneer de revisor gedurende zes jaar effectief als revisor of als medewerker ervan de functie van revisor bij ziekenfondsen of landsbonden van ziekenfondsen heeft uitgeoefend.

Op grond van het advies van de Commissie voor onderzoek van de kandidaturen en overeenkomstig artikel 4, § 2, van het erkenningsreglement, heeft de Controledienst in 2012 één revisor definitief erkend en een voorlopige erkenning voor een periode van twee jaar toegekend aan twee nieuwe revisoren.

Tijdens het boekjaar heeft overigens één revisor die definitief erkend was, zijn hoedanigheid van bedrijfsrevisor verloren ingevolge zijn opruistelling.

Op 31 december 2012 telt de voormelde lijst bijgevolg 22 door de Controledienst erkende revisoren, waarvan 15 met een definitieve erkenning (cf. bijlage 3).

7.4. DE CONTROLE UITGEVOERD DOOR DE CONTROLEDIENST

In de loop van 2012 vond een belangrijk deel van de gerealiseerde controles plaats in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen voor de boekjaren 2011 en 2012. Voor de beide betrokken boekjaren kaderden deze controles meer in het bijzonder in de context van het nazicht van de werking van het systeem van interne controle en interne audit bedoeld door een van de evaluatiecriteria van de beheersprestaties. Deze controles hadden betrekking op enerzijds het onderzoek van de inventarissen van de boekhoudsaldi en de gegrondheid ervan, en anderzijds de uitvoering door de verzekeringsinstellingen van de nodige validiteitscontroles voor de correcte terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen. In het kader van de evaluatie van een ander criterium, bestonden de uitgevoerde controles bovendien uit het onderzoek van de naleving van de termijnen wat betreft de toewijzing van de subrogatoir toegekende prestaties die effectief teruggevorderd werden. Bovendien verschillende specifieke controles die werden uitgevoerd om de punctuele vragen op te lossen die zich stelden bij het onderzoek van interne documenten, revisorale verslagen of ook klachten van mutualistische entiteiten, werd in 2012 ook een controle uitgevoerd bij alle mutualistische entiteiten op het eventuele

bestaan van financiële stromen of iedere andere vorm van bijstand tussen de mutualistische entiteiten en optiekwinkels.

7.4.1. Inventariscontroles van de saldi op de rekeningen van de verplichte verzekering en de niet-verantwoorde aanwezigheid hierin van oude bedragen

Krachtens artikel 10 van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 met betrekking tot de waarderingsregels, maken de ziekenfondsen en de landsbonden ten minste eenmaal per jaar een volledige inventaris op van hun bezittingen, vorderingen, schulden en verplichtingen van welke aard dan ook. In deze context en in het meer algemeen kader van de toepassing door de verzekeringsinstellingen van de boekhoudkundige en financiële bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Controledienst, vanaf de bekendmaking van het voornoemde koninklijk besluit, nagezien of de mutualistische entiteiten een uitvoerige en gedetailleerde inventaris opmaakten van de saldi van de rekeningen van zowel de verplichte als de aanvullende verzekering. Gelet op de gebreken vastgesteld op het vlak van de inventaris van de boekhoudsaldi en gelet op het herhaaldelijk voorkomen van deze vaststelling, heeft de Controledienst per omzendbrief 06/05 van 7 maart 2006 (ondertussen vervangen door de omzendbrief 09/19 van 3 november 2009), alle mutualistische entiteiten herinnerd aan de noodzaak om een uitvoerige en gedetailleerde inventaris op te stellen van de boekhoudsaldi op het einde van elk boekjaar, alsook de gegevens die elke inventaris moet bevatten.

In zijn zitting van 5 december 2005 heeft de Raad van de Controledienst bovendien beslist om het onderzoek van de inventarissen van de rekeningen van de verplichte verzekering en de niet-verantwoorde aanwezigheid van oude bedragen in de saldi van deze rekeningen op te nemen onder de specifieke thema's die dienen onderzocht in het kader van de evaluatie van het criterium van de beheersprestaties met betrekking tot de werking van het systeem van interne controle en interne audit. Het onderzoek van dit specifieke thema, dat reeds jaarlijks werd uitgevoerd sedert de evaluatie van de beheersprestaties van het boekjaar 2006, werd opnieuw uitgevoerd voor de evaluatie betreffende het boekjaar 2011. Dit onderzoek, dat aanving in het tweede semester van 2011 en gefinaliseerd werd tijdens het eerste semester van 2012, had betrekking enerzijds op het nazicht van de aanwezigheid van een gedetailleerde en exhaustieve inventaris van de saldi op de balans van de rekeningen van het boekjaar 2010 en anderzijds op de detectie van de "oude bedragen" die krachtens de termijnen die voortvloeien uit de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de principes van een regelmatige boekhouding, niet meer in de rekeningen zouden mogen voorkomen bij de afsluiting van het boekjaar 2010. Dit onderzoek werd uitgevoerd in het geheel van de mutualistische entiteiten die betrokken zijn bij de evaluatie van de beheersprestaties bedoeld door het voornoemde koninklijk besluit van 28 augustus 2002, hetzij 57 ziekenfondsen, 5 landsbonden van ziekenfondsen en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding. Ondanks het feit dat de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering niet betrokken is bij de voornoemde evaluatie van de beheersprestaties, werd dit onderzoek overigens ook uitgevoerd in haar centraal bestuur.

Ingevolge deze onderzoeken kon worden vastgesteld dat voor meer dan 96% van de saldi van de onderzochte rekeningen een exhaustieve en gedetailleerde inventaris bestond. Op de voorheen betekende oude bedragen, waarvan de blijvende aanwezigheid werd vastgesteld in de rekeningen bij de afsluiting van het boekjaar 2010, werd, naargelang het boekjaar van oorsprong, een afhouding doorgevoerd die overeenstemt met 50%, 30%, 20% of 10%, en dit overeenkomstig de evaluatieprincipes die hiertoe door de Raad van de Controledienst werden vastgelegd.

In de loop van het tweede semester van 2012 en in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van het boekjaar 2012, heeft de Controledienst ook het onderzoek aangevat van de inventarissen van de boekhoudsaldi bij de afsluiting van het boekjaar 2011. Dit onderzoek, dat in de loop van het eerste semester van 2013 zal worden verdergezet, had niet enkel betrekking op het nazicht van de aanwezigheid van een gedetailleerde en exhaustieve inventaris van de saldi in de balans van de rekeningen van het boekjaar 2011, maar ook het nazicht dat de voorheen betekende oude bedragen wel degelijk werden geregulariseerd voor de afsluiting van het boekjaar 2011. In het kader van de evaluatie wordt op de oude bedragen, waarvan vastgesteld wordt dat zij nog steeds voorkomen, overeenkomstig de specifieke schalen, ter zake vastgelegd door de Raad van de Controledienst, een verschillende afhouding doorgevoerd in functie van hun oorspronkelijke boekjaar.

7.4.2. Controles om de naleving na te gaan van de instelling door de verzekeringsinstellingen van de nodige validiteitscontroles voor de correcte terugbetaling van de prestaties geneeskundige verzorging

De bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen legt, voor de verschillende categorieën geneeskundige verstrekkingen, alle regels vast waarnaar de verzekeringsinstellingen zich dienen te richten om een correcte terugbetaling van deze prestaties te verzekeren.

In het kader van de evaluaties uitgevoerd in toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten en meer in het bijzonder van het criterium van de beheersprestaties met betrekking tot de werking van het systeem van interne controle en interne audit, waarin als specifiek aspect is vermeld "de kwaliteit van de validiteitscontroles ingesteld door de verzekeringsinstellingen met het oog op de correcte terugbetaling van de prestaties", wordt de praktische toepassing van de nomenclatuurregels beoordeeld door het onderzoek van thema's die jaarlijks vastgelegd worden door de Raad van de Controledienst in overleg met het RIZIV. Praktisch gezien werden de controles die kaderen in de evaluatie van 2011, uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst in de loop van het tweede en derde trimester 2012 en hadden betrekking op enerzijds het onderzoek van een thema dat eigen was aan het geëvalueerde boekjaar, en anderzijds de herziening van twee thema's die onderzocht werden bij vorige evaluaties.

Wat het thema van het geëvalueerde boekjaar betreft, te weten de correcte terugbetaling van de prestaties inzake reanimatie, werden de verzekeringsinstellingen verzocht voor elkeen van de betreffende validiteitscontroles deze mede te delen die zij effectief uitvoeren en daarbij desgevallend aan te geven of zij a priori of a posteriori worden uitgevoerd en, indien a priori uitgevoerd, of zij een blokkerend of signaletisch karakter hebben. De inspecteurs van de Controledienst zijn vervolgens overgegaan tot de validering van alle aldus opgegeven informatie inzake dit thema. Na afloop van deze controles werden de vastgestelde situaties met betrekking tot de betrokken validiteitscontroles omgezet, overeenkomstig de door de Raad van de Controledienst vooraf vastgelegde evaluatieprincipes, in afhoudingspercentages rekening houdend met, enerzijds, de wegingen die aan elke validiteitscontrole toegekend dienen te worden in functie van het gewicht van de uitgaven met betrekking tot de daarin bedoelde prestatiecodes en, anderzijds, de specifiek vastgelegde vermenigvuldigingscoëfficiënt naargelang deze validiteitscontroles een a priori blokkerend, a priori signaletisch of a posteriori karakter hebben, of niet worden uitgevoerd.

Overigens zijn de inspecteurs van de Controledienst tijdens hun controles ter plaatse bij de verzekeringsinstellingen eveneens overgegaan tot de herziening van de aanvankelijk onderzochte thema's in het kader van de twee voorafgaande evaluatieperiodes. Deze thema's hadden respectievelijk betrekking op de beoordeling van de ingestelde validiteitscontroles inzake de prestaties kinesitherapie en de encoding van de tandnummering met betrekking tot de prestaties waarvoor een dergelijke encoding noodzakelijk blijkt teneinde de controle toe te laten van de regels die daarop van toepassing zijn. Voor elk van deze thema's bestonden de uitgevoerde controles uit het onderzoek van de door de verzekeringsinstellingen getroffen maatregelen teneinde tegemoet te komen aan de aanvankelijk vastgestelde tekortkomingen en zulks op basis van praktische onderzoeksmodaliteiten die eveneens voorafgaandelijk door de Raad van de Controledienst vastgelegd werden. Na afloop van deze controles werd vastgesteld dat, hoewel bepaalde situaties geregulariseerd waren, andere evenwel onveranderd waren gebleven ten opzichte van de aanvankelijke vaststellingen. In deze laatste gevallen werden, overeenkomstig de evaluatieprincipes die ter zake door de Raad vastgelegd waren, terug dezelfde afhoudingen toegepast als deze die aanvankelijk aan de verzekeringsinstellingen aangerekend werden voor deze tekortkomingen.

7.4.3. Controle van de naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de subrogatoir toegekende prestaties die effectief teruggevorderd werden

Het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de waarderingsegels voorziet in zijn artikel 6, § 2, 3°, dat de terugvorderingen van subrogatoir toegekende prestaties, zoals bedoeld door artikel 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, door de mutualistische entiteiten geboekt worden op het ogenblik van de effectieve terugbetaling. Op grond van deze bepalingen zijn de mutualistische entiteiten er bijgevolg toe gehouden de betreffende bedragen in mindering te boeken van de uitgaven van het stelsel in de maand van hun terugvordering voor wat betreft de geneeskundige verzorging en in het trimester van hun terugvordering voor wat betreft de uitkeringen.

Met het oog op de evaluatie van de naleving, door de verzekeringsinstellingen, van deze bepalingen, werd het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten gewijzigd, via het koninklijk besluit van 21 december 2006, zodat het evaluatiecriterium inzake de naleving van de termijnen van toepassing voor wat betreft de toewijzing van de geboekte prestaties een tweede aspect bevat dat meer specifiek betrekking heeft op de naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de subrogatoir toegekende prestaties die effectief teruggevorderd werden.

Praktisch gezien werden de controles met betrekking tot dit aspect, voor de uitvoering van de evaluatie voor het boekjaar 2011 aangevangen in de loop van het tweede semester van 2011 en afgesloten in de loop van het eerste semester van 2012. In hoofdzaak werden deze controles uitgevoerd vertrekkende van de lijsten van de subrogatoir uitgevoerde en in 2010 effectief teruggevorderde betalingen, die de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV dienden mee te delen. Zij hadden betrekking op het onderzoek, bij elke mutualistische entiteit, van een aantal gevallen die geselecteerd werden via een vooraf door de Raad van de Controledienst vastgelegde steekproefmethode. De aldus uitgevoerde controles hebben toegelaten per verzekeringsinstelling een percentage foutieve gevallen te bepalen, dit wil zeggen gevallen waarvoor de herindiening in mindering van de uitgavenmodellen niet gebeurde in de loop van de ad hoc boekhoudperiode. Globaal gezien kon na dit onderzoek worden vastgesteld dat in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen 7,5% van de onderzochte gevallen als foutief diende beschouwd te worden.

Tenslotte dient opgemerkt dat de Controledienst in de loop van het tweede semester van 2012 en meer in het bijzonder in de context van de evaluatie van 2012, het onderzoek heeft aangevat van dit thema, en dit vertrekkende van lijsten van de in 2011 effectief teruggevorderde subrogatoir uitgevoerde betalingen.

7.4.4. Controle op het eventuele bestaan van financiële stromen of iedere andere vorm van bijstand tussen de mutualistische entiteiten en optiekwinkels

Ingevolge beschuldigingen vanwege de optieksector aan het adres van mutualistische entiteiten, waaraan verweten wordt een oneerlijke concurrentie te voeren ten opzichte van de gehele sector van de opticiens, heeft de Raad van de Controledienst beslist dat de inspecteurs van de Controledienst een algemene controle zouden uitvoeren om eventuele financiële stromen tussen de mutualistische entiteiten en één of meerdere bepaalde optiekwinkels op te sporen, alsook iedere andere vorm van bijstand tussen mutualistische entiteiten en één of meerdere bepaalde optiekwinkels.

De resultaten van deze controles die werden uitgevoerd bij alle ziekenfondsen en alle landsbonden, zullen aan de Raad worden voorgelegd en diepgaand onderzocht worden met het oog op het eventuele uitspreken van een administratieve geldboete.

Hoofdstuk 8

De Controledienst



Jaarverslag
2012

De Controledienst voor de ziekenfondsen is een instelling van openbaar nut met rechtspersoonlijkheid, in de zin van artikel 1, c, van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut, waarvan de zetel gevestigd is Sterrenkundelaan 1 te 1210 Brussel. De Controledienst beschikt niet over gedecentraliseerde diensten.

8.1. DE RAAD VAN DE CONTROLEDIENST

De Controledienst wordt bestuurd door een Raad die momenteel bestaat uit een voorzitter en zes leden:

- twee leden gekozen onder de ambtenaren van het RIZIV die belast zijn met taken op het vlak van de gezondheidszorgen of die ter zake ervaring hebben;
- vier leden gekozen op grond van hun bevoegdheid op juridisch, sociaal, financieel of actuarieel vlak.

De leden van de Raad zijn bij een in ministerraad overlegd koninklijk besluit benoemd voor een hernieuwbare periode van zes jaar. De samenstelling van de Raad werd vernieuwd in 2012.

In 2012 vergaderde de Raad 26 maal.

8.2. HET TECHNISCH COMITE

De wet van 6 augustus 1990 heeft bij de Controledienst één adviesorgaan ingesteld: het Technisch comité. Dit comité brengt op verzoek van de Minister van Sociale Zaken of van de Raad van de Controledienst of op eigen initiatief advies uit over alle kwesties die verband houden met de uitvoering van de wet van 6 augustus 1990.

Het Technisch comité bestaat uit een voorzitter, vijf leden voorgedragen door de landsbonden, een vertegenwoordiger van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, een vertegenwoordiger van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding, de Administrateur-generaal van het RIZIV en twee personen door de Minister van Sociale Zaken aangeduid onder de ambtenaren van het RIZIV of van de Federale overheidsdienst Sociale Zekerheid. Bovendien heeft de voornoemde wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) de mogelijkheid voorzien voor de Minister van Sociale Zaken en de Minister bevoegd voor verzekeringen om gezamenlijk een waarnemer van de CBFA aan te stellen, op voorstel van deze instelling, evenals een waarnemer van de Nationale Bank van België, op voorstel van deze instelling, voor de materies betreffende de maatschappijen van onderlinge bijstand die verzekeringen aanbieden en hun tussenpersonen.

De Koning benoemt de voorzitter en de leden van het Technisch comité voor een hernieuwbare termijn van zes jaar.

In 2012 kwam het Technisch comité 5 keer samen.

8.3. DE ADMINISTRATIEVE DIENSTEN

Op 31 december 2012 telde de Controledienst 39 personeelsleden.

8.4. FINANCIERING VAN DE CONTROLEDIENST

Krachtens artikel 50, § 2, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990, zoals gewijzigd bij de wet van 26 april 2010 vallen de werkingskosten van de Controledienst ten laste van de ziekenfondsen, de landsbonden van ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand die verzekeringen aanbieden, volgens de modaliteiten en tot een bedrag vastgesteld door de Koning. Dit bedrag wordt jaarlijks bepaald.

Het koninklijk besluit van 21 december 1992⁽¹⁾, laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 augustus 2010⁽²⁾, stelt de verdelingswijze van de werkingskosten als volgt vast:

- 1° een forfaitair bedrag, jaarlijks bepaald door de Koning ten laste van de landsbonden van ziekenfondsen, van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. Holding en van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De tussenkomst van elke verzekeringsinstelling wordt vastgesteld op grond van een verdeelsleutel, waarbij per instelling rekening wordt gehouden met twee evenwaardige criteria, met name:
 - a) het aantal gerechtigde leden in de verplichte verzekering op 30 juni van het voorlaatste jaar vóór het jaar waarop de werkingskosten betrekking hebben;
 - b) het bedrag van de voorschotten ontvangen van het RIZIV in de loop van het voornoemde jaar:
 - waarvan het bedrag wordt afgetrokken van de voorschotten die de verzekeringsinstellingen dat jaar aan het RIZIV hebben terugbetaald en van de stortingen die zij in de loop van hetzelfde jaar hebben verricht om voorlopig of definitief de rekening-courant "verzekeringsinstelling-RIZIV" aan te zuiveren;
 - waaraan de stortingen worden toegevoegd die het RIZIV heeft verricht in de loop van hetzelfde jaar om voorlopig of definitief de rekening-courant "verzekeringsinstelling-RIZIV" aan te zuiveren;
- 2° een door de Koning bepaald promille van de bijdragen gestort door de leden gedurende het voorlaatste jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop de werkingskosten betrekking hebben en bestemd voor de vrije en aanvullende verzekering en voor het voorhuwelijkssparen, met inbegrip van de bijdragen voor de diensten ingericht via samenwerkingsakkoorden met publiek- of privaatrechtelijke rechtspersonen. Dit bedrag is ten laste van de landsbonden van ziekenfondsen, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand, met een forfaitair minimumbedrag bepaald door de Koning. De hoogte van dit forfaitair minimumbedrag wordt jaarlijks herzien in functie van de evolutie van de budgettaire uitgaven van de Controledienst van het jaar X-2 ten opzichte van het jaar X-3 en wordt vermeld in het koninklijk besluit dat ieder jaar de verdeelsleutel vastlegt, bedoeld onder punt 1° en het bedrag promille bedoeld onder punt 2°. Voor het jaar 2012 zijn het promille en het forfaitair minimumbedrag respectievelijk vastgelegd op 3,20 en 3.654,55 EUR⁽³⁾.

De maatschappijen van onderlinge bijstand opgericht na het van kracht worden van de voornoemde wet van 26 april 2010 om verrichtingen en diensten die geen verrichtingen noch verzekeringen zijn aan te bieden, dienen het forfaitaire minimumbedrag te betalen, dat hieronder bedoeld wordt voor het jaar waarin zij begonnen zijn in deze hoedanigheid diensten aan te bieden en voor het volgende jaar.

(1) Koninklijk besluit van 21 december 1992 tot uitvoering van artikel 50, § 2, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

(2) Koninklijk besluit van 26 augustus 2010 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 december 1992 tot uitvoering van artikel 50, § 2, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

(3) Koninklijk besluit van 29 maart 2012 houdende vaststelling, voor het jaar 2012, van het bedrag, de verdeelsleutel en het bedrag promille bedoeld door artikel 1, eerste lid, 1° en 2°, van het koninklijk besluit van 21 december 1992 tot uitvoering van artikel 50, § 2, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

De maatschappijen van onderlinge bijstand opgericht om verzekeringen aan te bieden, dragen bij tot de werkingskosten van de Controledienst vanaf het kalenderjaar waarin zij, op 1 januari, beschikken over de erkenning van de Controledienst om in deze hoedanigheid verzekeringen aan te bieden. Voor de eerste twee jaar van deelname aan de werkingskosten van de Controledienst zullen deze maatschappijen van onderlinge bijstand het forfaitair minimumbedrag dienen te betalen dat overeenstemt met de minimumbijdrage, vastgelegd door artikel 2, § 3, van het koninklijk besluit van 22 mei 2005⁽¹⁾.

Deze verschillende bijdragen worden aan de Controledienst door de verzekeringsinstellingen of door de bemiddeling van deze verzekeringsinstellingen gestort, behalve de bijdragen verschuldigd door de maatschappijen van onderlinge bijstand die niet aangesloten zijn bij een landsbond of een ziekenfonds en die bijgevolg rechtstreeks aan de Controledienst worden betaald.

(1) Koninklijk besluit van 22 mei 2005 betreffende de dekking van de werkingskosten van de CBFA ter uitvoering van artikel 56 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten en ter uitvoering van diverse wettelijke bepalingen betreffende opdrachten van de CBFA.

Bijlage 1

Lijst van de verzekeringsinstellingen, ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand op 31 december 2012⁽¹⁾



*Jaarverslag
2012*

(1) Wanneer er in de eerste kolom meer dan 3 cijfers zijn vermeld, is de entiteit in kwestie een maatschappij van onderlinge bijstand.

100	LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL
101	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT VAN HET ARR. ANTWERPEN	Molenbergstraat 2	2000	ANTWERPEN
105	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT REGIO MECHELEN-TURNHOUT	Korte Begijnenstraat 22	2300	TURNHOUT
108	CHRISTELIJK ZIEKENFONDS – SINT-PIETERSBOND	Platte Lostraat 541	3010	KESSEL-LO
109	CARITAS – FEDERATION DES MUTUALITES CHRETIENNES DU BRABANT WALLON	boulevard des Archers 54	1400	NIVELLES
110	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT	Oude Burg 19	8000	BRUGGE
111	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT ZUID-WEST-VLAANDEREN	Sint-Janslaan 10	8500	KORTRIJK
112	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT OOSTENDE-VEURNE-DIKSMUIDE	Ieperstraat 12	8400	OOSTENDE
113	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT ROESELARE-TIELT	Beversesteenweg 35	8800	ROESELARE
120	CM MIDDEN-VLAANDEREN	Martelaarslaan 17	9000	GENT
121	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT VAN HET LAND VAN WAAS EN DENDERMONDE	De Castrodreef 1	9100	SINT-NIKLAAS
126	CHRISTELIJK ZIEKENFONDS SINT-MICHIELSBOND	Nolet De Brauwerestraat 21	1800	VILVOORDE
128	MUTUALITE CHRETIENNE DU HAINAUT ORIENTAL	rue du Douaire 40	6150	ANDERLUES
129	MUTUALITE CHRETIENNE HAINAUT PICARDIE	rue Saint-Brice 44	7500	TOURNAI
130	MUTUALITE CHRETIENNE DE LIEGE	place du XX Août 38	4000	LIEGE
131	CHRISTELIJKE MUTUALITEIT LIMBURG	Prins-Bisschopssingel 75	3500	HASSELT
132	MUTUALITE CHRETIENNE DE LA PROVINCE DE LUXEMBOURG	rue de la Moselle 7-9	6700	ARLON
134	MUTUALITE CHRETIENNE DE LA PROVINCE DE NAMUR	rue des Tanneries 55	5000	NAMUR
135	MUTUALITE SAINT-MICHEL	boulevard Anspach 111-115	1000	BRUXELLES
137	MUTUALITE CHRETIENNE DES ARR. JUDICIAIRES DE VERVIERS ET D'EUPEN	rue Laoureux 25-29	4800	VERVIERS
137 1	MUTUALITE CHRETIENNE DE L'ARR. DE VERVIERS	rue Laoureux 25-29	4800	VERVIERS
137 2	CHRISTELIJKE OSTBELGISCHE KRANKENKASSE	Klosterstrasse 66	4700	EUPEN
180 2	SOLIMUT	chaussée de Haecht 579	1031	BRUXELLES
180 3	CM-ZORGKAS VLAANDEREN	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL
180 5	MOB DIENSTEN EN VERRICHTINGEN CM-VLAANDEREN	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL

200	LANDSBOND VAN DE NEUTRALE ZIEKENFONDSEN	Charleroisesteeweg 145	1060	BRUSSEL
203	VLAAMS EN NEUTRAAL ZIEKENFONDS – VLAANDEREN	Hoogstratenplein 1	2800	MECHELEN
206	VRIJ VERBOND DER NEUTRALE MUTUALITEITEN	Tervurenlaan 68-70	1040	BRUSSEL
216	MUTUALITE NEUTRE DU HAINAUT	avenue de Waterloo 23	6000	CHARLEROI
226	MUTUALITE NEUTRE DE LA SANTE	rue de Chestret 4-6	4000	LIEGE
228	MUTUALIA – MUTUALITE NEUTRE	place Verte 41	4800	VERVIERS
232	MUTUALITE NEUTRE NAMUR – LUXEMBOURG	rue des Dames Blanches 24	5000	NAMUR
235	VLAAMS NEUTRAAL ZIEKENFONDS	Statieplein 12	9300	AALST
280 3	NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN	Statieplein 12	9300	AALST
280 4	VLAAMSE NEUTRALE ZIEKENFONDSEN	Statieplein 12	9300	AALST

300	NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN	Sint-Jansstraat 32/38	1000	BRUSSEL
304	DE VOORZORG – SOCIALISTISCHE MUTUALITEIT VAN DE PROVINCIE ANTWERPEN	Sint-Bernardsesteenweg 200	2020	ANTWERPEN
305	MUTUALITE SOCIALISTE DU BRABANT WALLON	chaussée de Mons 228	1480	TUBIZE
306	FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT	Zuidstraat 111	1000	BRUSSEL
309	SOCIALISTISCH ZIEKENFONDS BOND MOYSON WEST-VLAANDEREN	President Kennedypark 2	8500	KORTRIJK
311	BOND MOYSON OOST-VLAANDEREN	Tramstraat 69	9052	ZWIJNAARDE
315	SOLIDARIS MONS-WALLONIE PICARDE	rue du Fort 48	7800	ATH
317	SOLIDARIS MUTUALITE SOCIALISTE DU CENTRE, CHARLEROI ET SOIGNIES	avenue des Alliés 2	6000	CHARLEROI
319	MUTUALITE SOLIDARIS – MUTUALITE SOCIALISTE ET SYNDICALE DE LA PROVINCE DE LIEGE	rue Douffet 36	4020	LIEGE
322	DE VOORZORG – MUTUALITEITSVERBOND VAN LIMBURG	Capucienstraat 10	3500	HASSELT
323	MUTUALITE SOCIALISTE DU LUXEMBOURG	place de la Mutualité 1	6870	ST-HUBERT
325	SOLIDARIS MUTUALITE – PROVINCE DE NAMUR	chaussée de Waterloo 182	5002	ST-SERVAIS
380 1	ZORGKAS VAN DE SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN	Sint-Jansstraat 32/38	1000	BRUSSEL
380 2	MUTUALIS	rue Saint-Jean 32/38	1000	BRUXELLES
380 4	SOLIDARITEIT	Sint-Jansstraat 32/38	1000	BRUSSEL
400	LANDBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN	Livornostraat 25	1050	BRUSSEL
401	LIBERALE MUTUALITEIT PROVINCIE ANTWERPEN	Lange Nieuwstraat 109	2000	ANTWERPEN
403	LIBERALE MUTUALITEIT VAN BRABANT	Koninginneplein 51-52	1030	BRUSSEL
404	LIBERALE MUTUALITEIT WEST-VLAANDEREN	Revillpark 1	8000	BRUGGE
407	LIBERALE MUTUALITEIT VAN OOST-VLAANDEREN	Brabantdam 109	9000	GENT
409	MUTUALITE LIBERALE HAINAUT – NAMUR	rue Anatole France 8-14	7100	LA LOUVIERE
413	MUTUALITE LIBERALE HAINAUT-OUEST	rue Childéric 15	7500	TOURNAI
414	MUTUALITE LIBERALE LIEGE	boulevard Frère-Orban 45	4000	LIEGE
415	LIBERALE MUTUALITEIT LIMBURG	Geraetsstraat 20	3500	HASSELT
417	LIBERALE MUTUALITEIT – VLAAMS GEWEST	Prieeelstraat 22	1730	ASSE
418	MUTUALITE LIBERALE DU LUXEMBOURG	avenue de la Gare 37	6700	ARLON
480 2	ZORGKAS VAN DE LIBERALE MUTUALITEITEN	Livornostraat 25	1050	BRUSSEL
500	LANDBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN	Sint-Huibrechtsstraat 19	1150	BRUSSEL
501	ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS 501	Boomsesteenweg 5	2610	WILRIJK
506	OMNIMUT, MUTUALITE LIBRE DE WALLONIE	rue Natalis 47 B	4020	LIEGE
509	EUROMUT ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS	Louis Mettwielaan 74-76	1080	BRUSSEL
515	FREIE KRANKENKASSE	Hauptstrasse 2	4760	BULLINGEN
516	ZIEKENFONDS SECUREX	Tervurenlaan 43	1040	BRUSSEL
526	PARTENA ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS VLAANDEREN	Coupure Links 103	9000	GENT
527	PARTENA – MUTUALITE LIBRE	boulevard Anspach 1	1000	BRUXELLES
580 2	ZORGKAS VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN	Sint-Huibrechtsstraat 19	1150	BRUSSEL
600	HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING	Troonstraat 30, bus A	1000	BRUSSEL
900	KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN DE N.M.B.S. HOLDING	Frankrijkstraat 85	1060	BRUSSEL

MAATSCHAPPIJEN VAN ONDERLINGE BIJSTAND DIE VERZEKERINGEN AANBIEDEN				
150/01	VERZEKERINGEN CM-VLAANDEREN	Haachtsesteenweg 579	1031	BRUSSEL
150/02	MC ASSURE	Chaussée de Haecht 579	1031	BRUXELLES
250/01	OBJECTIEF GEZONDHEID VLAANDEREN	Statieplein 12	9300	AALST
250/02	NEUTRA	Rue de Chestret 2-4-6	4000	LIEGE
350/01	SOCIALE HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN (SOHO)	Sint-Jansstraat 32-38	1000	BRUSSEL
350/02	HOSPIMUT SOLIDARIS	rue Saint-Jean 32-38	1000	BRUXELLES
350/03	VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT	Zuidstraat111	1000	BRUSSEL
450/01	HOPITAL PLUS	Livornostraat 25	1050	BRUSSEL
550/01	OZ VERZEKERINGEN	Boomsesteenweg 5	2610	WILRIJK
550/02	SECUREX	Tervurenlaan 43	1040	BRUSSEL
750/01	ZIEKENFONDS VOOR HOSPITALISATIEKOSTEN (HOSPITALIA)	Sint Huibrechtsstraat 19	1150	BRUSSEL
750/02	MUTUELLE MEDICALE HIPPOCRATE	Boulevard Defontaine 15	6000	CHARLEROI
750/03	MEDICAL SERVICES	Quai Mativa 37	4020	LIEGE

Bijlage 2

Algemeen overzicht van de resultaten verkregen ingevolge de toepassing voor het jaar 2010 van de evaluatiecriteria bedoeld door het koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten



*Jaarverslag
2012*

CRITERIUM	LANDSBOND 100			LANDSBOND 200			LANDSBOND 300		
	Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%	Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%	Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%
1. Mededeling van gegevens aan het RIZIV en de uitvoering van opdrachten in het kader van de beheersovereenkomst	6.377.165,05	6.173.733,48	96,81%	763.007,74	705.324,35	92,44%	4.711.431,25	4.421.678,23	93,85%
2. De maximumfactuur	4.251.443,36	4.219.132,39	99,24%	508.671,83	488.948,08	96,12%	3.140.954,18	3.098.629,82	98,65%
3. Overmaken aan het RIZIV van documenten van de verplichte verzekering en gegevens ten behoeve van de experten	2.125.721,69	2.070.506,07	97,40%	254.335,91	216.245,30	85,02%	1.570.477,08	1.444.061,53	91,95%
4. Deelname aan studies	2.125.721,69	2.125.721,69	100,00%	254.335,91	254.335,91	100,00%	1.570.477,08	1.570.477,08	100,00%
5. Interne controle	10.628.608,43	10.214.092,70	96,10%	1.271.679,58	1.170.708,22	92,06%	7.852.385,41	6.778.964,32	86,33%
6. Chronologie der betalingen	2.125.721,69	2.125.721,69	100,00%	254.335,91	254.335,91	100,00%	1.570.477,08	1.570.477,08	100,00%
7. Toewijzing van prestaties van de verplichte verzekering	6.377.165,05	6.305.103,08	98,87%	763.007,74	750.112,91	98,31%	4.711.431,25	4.665.730,37	99,03%
8. Beheer van de inkomsten van de verplichte ziekteverzekering	4.251.443,36	4.229.334,90	99,48%	508.671,83	441.621,95	86,82%	3.140.954,18	3.139.383,96	99,95%
9. Controle door de adviserend geneesheren	2.125.721,69	2.092.932,43	98,46%	254.335,91	242.471,14	95,34%	1.570.477,08	1.494.701,56	95,17%
10. Gezondheidsopvoeding	2.125.721,69	2.125.721,69	100,00%	254.335,91	254.335,91	100,00%	1.570.477,08	1.570.477,08	100,00%
Totalen	42.514.433,70	41.682.000,12	98,04%	5.086.718,27	4.778.439,68	93,94%	31.409.541,67	29.754.581,03	94,73%

LANDSBOND 400			LANDSBOND 500			TOTAAL			V.I. 900		
Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%	Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%	Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%	Maximum toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	%
1.027.815,88	941.171,00	91,57%	2.811.495,08	2.570.549,95	91,43%	15.690.915,00	14.812.457,01	94,40%	266.550,00	264.657,50	99,29%
685.210,58	677.364,92	98,86%	1.874.330,05	1.854.649,59	98,95%	10.460.610,00	10.338.724,80	98,83%	177.700,00	175.500,96	98,76%
342.605,29	328.873,67	95,99%	937.165,03	888.530,85	94,81%	5.230.305,00	4.948.217,42	94,61%	88.850,00	87.937,51	98,97%
342.605,29	342.605,29	100,00%	937.165,03	937.165,03	100,00%	5.230.305,00	5.230.305,00	100,00%	88.850,00	88.850,00	100,00%
1.713.026,46	1.558.340,17	90,97%	4.685.825,12	4.398.584,04	93,87%	26.151.525,00	24.120.689,45	92,23%	444.250,00	408.132,48	91,87%
342.605,29	342.605,29	100,00%	937.165,03	937.165,03	100,00%	5.230.305,00	5.230.305,00	100,00%	88.850,00	88.850,00	100,00%
1.027.815,88	1.012.809,77	98,54%	2.811.495,08	2.668.389,98	94,91%	15.690.915,00	15.402.146,11	98,16%	266.550,00	227.420,46	85,32%
685.210,58	683.186,57	99,70%	1.874.330,05	1.872.459,58	99,90%	10.460.610,00	10.365.986,96	99,10%	177.700,00	173.863,96	97,84%
342.605,29	329.295,07	96,11%	937.165,03	908.276,92	96,92%	5.230.305,00	5.067.677,12	96,89%	88.850,00	85.564,78	96,30%
342.605,29	342.605,29	100,00%	937.165,03	937.165,03	100,00%	5.230.305,00	5.230.305,00	100,00%	88.850,00	88.850,00	100,00%
6.852.105,83	6.558.857,04	95,72%	18.743.300,53	17.972.936,00	95,89%	104.606.100,00	100.746.813,87	96,31%	1.777.000,00	1.689.627,65	95,08%

Bijlage 3

Lijst van de revisoren,
erkend door de Controledienst
voor de ziekenfondsen
in toepassing van artikel 32
van de wet van
6 augustus 1990



Jaarverslag
2012

TOESTAND OP 31 DECEMBER 2012

BERCKMOES Renée	Dorpsstraat 40	2040 ANTWERPEN
CALLENS Boudewijn	Pastoor De Conincklaan 51	2610 WILRIJK
CAMMARATA Patrick	avenue M. Destenay 13	4000 LIEGE
CHRISTIAENS Johan	Noordlaan 126	9200 DENDERMONDE
CLEYMANS Dirk	Lange Lozanastraat 270	2018 ANTWERPEN
DEMEESTER Piet	Lange Lozanastraat 270	2018 ANTWERPEN
DEWAELE Bart	Berkenlaan 8B	1831 DIEGEM
DE WITTE Kurt	Posthofbrug 10 b 4	2600 ANTWERPEN
DE WULF Vincent	Gemeentelijke Godshuisstraat 6	1170 BRUSSEL
EVERAERT Georges	rue de Merbes 35	7130 BINCHE
FISCHER Déborah	Waterloosesteenweg 1151	1180 UKKEL
GILLES Christelle	avenue M. Destenay 13	4000 LIEGE
MEYERS Robert	Fortsteenweg 3	2950 KAPELLEN
MOREAU Marie-Laure	boulevard d'Avroy 38	4000 LIEGE
TANGHE Karel	Bourgetlaan 40	1130 BRUSSEL
THEUNISSEN Baudouin	Tervurenlaan 313	1150 BRUSSEL
VAN IMPE Herman	Keizersplein 44	9300 AALST
VAN STEENBERGE Bart	West Point Park, 't Hofveld 6 C3	1702 GROOT-BIJGAARDEN
VERHAEGEN Frank	Berkenlaan 8b	1831 DIEGEM
VERMEEREN Piet	Zagerijstraat 42	2275 LILLE
VERMEIRE Kenneth	Bourgetlaan 40	1130 BRUSSEL
ZAVARELLA Giovanni-Battista	rue Alfred Deponthière 46	4431 LONCIN

INHOUDSTAFEL

BESTUURSORGAAN: DE RAAD	III
ADVISEREND ORGAAN: HET TECHNISCH COMITE	III
DE DIENSTEN VAN DE CONTROLEDIENST	V
INLEIDING	IX
HOOFDSTUKKEN	
1. BELANG VAN HET MUTUALISTISCH STELSEL	1
1.1. Verplichte verzekering	3
1.1.1. Geneeskundige verzorging	3
1.1.2. Uitkeringen	3
1.2. Aanvullende verzekering	3
2. DE MUTUALISTISCHE STRUCTUREN	5
2.1. De structuur van het mutualistisch systeem – entiteiten die geen verzekeringsproducten mogen aanbieden	7
2.2. Ontbinding van mutualistische entiteiten	7
2.3. Verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand	7
2.4. De samenwerkingsakkoorden en de relaties met derde entiteiten die verbonden zijn met de landsbonden en de ziekenfondsen	8
2.4.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen	8
2.4.2. Beleid van de Controledienst	9
2.4.3. Partnerschapovereenkomsten	9
3. WETTELIJKE EN REGLEMENTAIRE BEPALINGEN	11
3.1. De wet van 29 maart 2012 houdende diverse bepalingen (I)	13
3.2. Koninklijk besluit van 10 november 2012 tot uitvoering van artikel 7, § 4, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen	14
3.3. Belangrijkste omzendbrieven van de Controledienst	15
3.3.1. Omzendbrief van 17 mei 2012 betreffende de procedure met betrekking tot de elektronische gegevensoverdracht tijdens controles ter plaatse	15
3.3.2. Omzendbrief van 10 december 2012 betreffende de bijdragetabellen van de aanvullende verzekering in het softwareprogramma "ETAC"	15
3.3.3. Omzendbrief van 11 december 2012 betreffende het houden en bewaren van de boeken, alsook de regelmatigheid en onveranderlijkheid van de boekingen	15
3.3.4. Omzendbrief van 12 december 2012 betreffende het factuurboek derderbetalersregeling in de verplichte verzekering	16
3.3.5. Omzendbrief van 14 december 2012 betreffende de controle op het naleven door de verzekeringsinstellingen van de bepalingen bedoeld door artikel 2, 7°, van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002	16
4. DOSSIERS AANGAANDE KLACHTEN INGEDIEND DOOR MUTUALISTISCHE ENTITEITEN	17
4.1. Ingediende klachten	19
4.2. Beslissingen van de Raad	19

4.2.1.	Algemeen	19
4.2.2.	Beslissingen van de Raad.....	19
5.	SPECIFIEKE BEVOEGDHEDEN VAN DE CONTROLEDIENST INZAKE DE VERPLICHTE VERZEKERING.....	21
5.1.	Inleiding.....	23
5.2.	De responsabilisering van de verzekeringsinstellingen in functie van de criteria inzake de beheersprestaties.....	23
5.2.1.	Wettelijke en reglementaire bepalingen	23
5.2.2.	Beleid van de Controledienst	24
5.2.3.	Evaluatieverslag.....	25
5.3.	De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen inzake geneeskundige verzorging	37
5.3.1.	Invoering van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.....	37
5.3.2.	Taken toevertrouwd aan de Controledienst op het vlak van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.....	38
5.3.3.	Beleid van de Controledienst	40
6.	HET FINANCIËEL EVENWICHT VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN VAN HET ADMINISTRATIEF CENTRUM.....	43
6.1.	Wettelijke en reglementaire bepalingen.....	45
6.1.1.	Organisatie en classificatie van diensten	45
6.1.2.	Erkenning van de diensten	45
6.1.3.	Reservefondsen	45
6.1.4.	Beleggingen in het kader van de aanvullende verzekering	48
6.1.5.	Dekking van de reservefondsen door gelijkwaardige activa	50
6.2.	De dienst voorhuwelijkssparen	51
6.2.1.	Situering van de dienst	51
6.2.2.	Ledenbestand.....	52
6.2.3.	Bespreking van de toegekende voordelen (situatie op 1 januari 2013).....	53
6.2.4.	Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011	54
6.2.5.	Beleid van de Controledienst	55
6.3.	De dienst dagvergoedingen.....	56
6.3.1.	Doelstelling van de dienst	56
6.3.2.	Dagvergoedingen met een korte duurtijd (codes 11 en 12)	56
6.3.3.	Dagvergoedingen gedurende meer dan een jaar.....	57
6.4.	De dienst hospitalisatie	62
6.4.1.	Inrichting van de dienst.....	62
6.4.2.	Aansluiting van leden.....	63
6.4.3.	Vergoedingsmodaliteiten	63
6.4.4.	Tegemoetkoming bij hospitalisatie.....	65
6.4.5.	Bijdragen.....	66
6.4.6.	Financiële gegevens voor het jaar 2011	66
6.4.7.	Beleid van de Controledienst	69
6.5.	De dienst ziekenvervoer en verplaatsingskosten	71
6.5.1.	Inrichting van de dienst.....	71
6.5.2.	Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011	72
6.6.	De dienst verzorging in het buitenland	74
6.6.1.	Doelstelling van de dienst.....	74
6.6.2.	Inrichting van de dienst.....	75
6.6.3.	Tegemoetkoming van de dienst (situatie op 1 januari 2012)	75

6.6.4.	Samenwerkingsakkoorden	76
6.6.5.	Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011	76
6.7.	De zorgverzekering	79
6.8.	De diverse diensten	80
6.8.1.	Inhoud van de diverse diensten	80
6.8.2.	Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011	83
6.8.3.	Tendensen op het vlak van de inrichting van de diensten	85
6.8.4.	Beleid van de Controledienst	85
6.9.	Administratief centrum	87
6.9.1.	Beleid van de Controledienst	87
6.9.2.	Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011	89
6.10.	Het aanvullend bijzonder reservefonds	91
6.10.1.	Inrichting van de dienst	91
6.10.2.	Financiële gegevens van de boekjaren 2009, 2010 en 2011	91
6.11.	Globale financiële staten inzake de aanvullende verzekering en het voorhuwelijkssparen	92
6.12.	De sociale balans	96
7.	DE CONTROLE	97
7.1.	De boekhouding en de boekhoudkundige staten	99
7.1.1.	Wettelijke en reglementaire bepalingen	99
7.1.2.	Beleid van de Controledienst	100
7.2.	De interne controle	105
7.2.1.	Wettelijke bepalingen	105
7.2.2.	Beleid van de Controledienst	106
7.3.	De revisorale controle	108
7.3.1.	Algemene benadering van de revisorale controle en algemene richtlijnen aan de revisoren	108
7.3.2.	Revisorale verslagen	112
7.3.3.	Erkenning van de revisoren	113
7.4.	De controle uitgevoerd door de Controledienst	113
7.4.1.	Inventariscontroles van de saldi op de rekeningen van de verplichte verzekering en de niet-verantwoorde aanwezigheid hierin van oude bedragen	114
7.4.2.	Controles om de naleving na te gaan van de instelling door de verzekeringsinstellingen van de nodige validiteitscontroles voor de correcte terugbetaling van de prestaties geneeskundige verzorging	115
7.4.3.	Controle van de naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de subrogatoir toegekende prestaties die effectief teruggevorderd werden	116
7.4.4.	Controle op het eventuele bestaan van financiële stromen of iedere andere vorm van bijstand tussen de mutualistische entiteiten en optiekwinkels	116
8.	DE CONTROLEDIENST	117
8.1.	De Raad van de Controledienst	119
8.2.	Het Technisch comite	119
8.3.	De administratieve diensten	119
8.4.	Financiering van de Controledienst	120

BIJLAGEN

1. LIJST VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN, ZIEKENFONDSEN EN MAATSCHAPPIJEN VAN ONDERLINGE BIJSTAND OP 31 DECEMBER 2012123
2. ALGEMEEN OVERZICHT VAN DE RESULTATEN VERKREGEN INGEVOLGE DE TOEPASSING VOOR HET JAAR 2010 VAN DE EVALUATIECRITERIA BEDOELD DOOR HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 28 AUGUSTUS 2002 BETREFFENDE DE RESPONSABILISERING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN MET BETREKKING TOT HET BEDRAG VAN HUN ADMINISTRATIEKOSTEN129
3. LIJST VAN DE REVISOREN, ERKEND DOOR DE CONTROLEDIENST VOOR DE ZIEKENFONDSEN IN TOEPASSING VAN ARTIKEL 32 VAN DE WET VAN 6 AUGUSTUS 1990133