Jaarverslag 2014

Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen

Jaarverslag 2014

Sterrenkundelaan 1
1210 Brussel
Tel.: 02/209.19.11
Fax: 02/209.19.60
E-mail: info@ocm-cdz.be

Bestuursorgaan: de Raad [1]

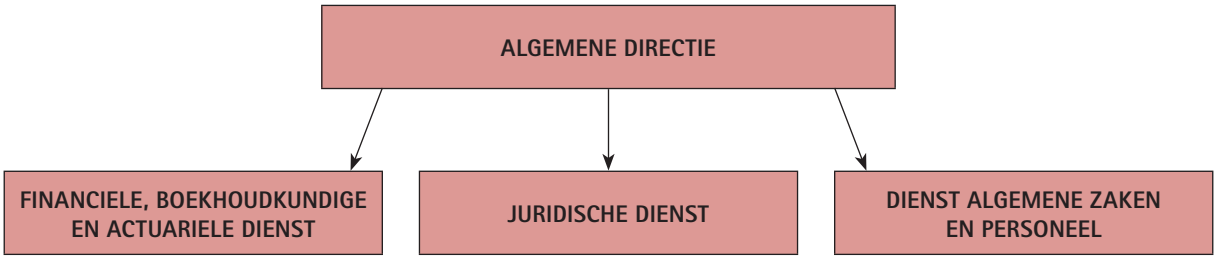
Voorzitter	B.	Lambrechts
Leden	J.	Annane
	P.	Ballegeer
	P.	Facon
	P.	Fastenakel
	Ph.	Roland
	E.	Wauters
Regeringscommissaris	A.	Antoine
Afgevaardigde van de Minister van Begroting	F.	Bosmans

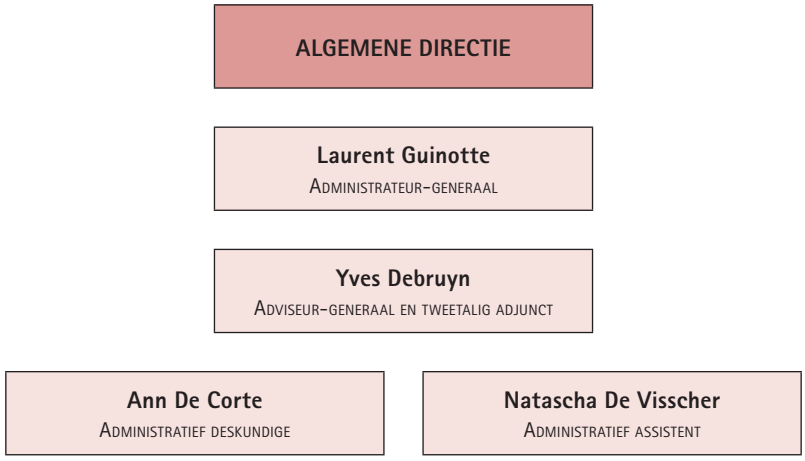
Adviserend orgaan : het Technisch Comite [1]

Voorzitter	A.	Thirion
Plaatsvervangend voorzitter	M.	Justaert
Leden	L.	Carsauw
	S.	Damien
	J.	De Cock
	R.	Dessein
	P.	Heidbreder
	G.	Messiaen
	N.	Spinozzi
	M.	Van Schelvergem
	D.	Vanwolleghem
	A.	Verheyden
Plaatsvervangende leden	D.	Borreman
	H.	De Swaef
	M.	Eggermont
	R.	Felice
	A.	Grosswasser
	M.	Justaert
	P.	Mayne
	C.	Miclotte
	T.	Steylemans
	S.	Tonneaux

(1) *Toestand op 31 december 2014.*

De diensten van de Controledienst (1)





(1) *Toestand op 31 december 2014.*

FINANCIELE, BOEKHOUDKUNDIGE EN ACTUARIELE DIENST

Dirk Doom
Adviseur-generaal

Inspectie

Fernand Moxhet
Adviseur

Robert Verschoren
Adviseur

Fabienne Préat
Adviseur

Nathalie Vandesteene
Attache-Actuaris

Hans Van Kerckhove
Attache

Jean-Luc Detiège
Attache

Stefaan Clement
Attache

Massaki-Ma-Mboso
Attache

Liesbeth Merchiers
Attache

Jens Miala N'Dongala
Attache

Tom Van de Perre
Attache

Jialin Shi
Attache

Yannick Swinnen
Attache

Caroline Willocq
Financieel deskundige

Franky Vanmaele
Financieel deskundige

Bachille Kouroussis
Financieel deskundige

Geert Denoodt
Financieel deskundige

Patrick Vanneste
Financieel deskundige

Administratieve ondersteuning

Elke Aelbrecht
Administratief deskundige

Jean-Claude Van Laere
Administratief assistent

Isabelle Montemaggiori
Administratief assistent

JURIDISCHE DIENST

Yves Debruyn
Adviseur-generaal en tweetalig adjunct [1]

Juristen

Wim Van Beeck
adviseur

Laurent Herbinan
Attache

Gert Rom
Attache

Pierre Minette
Attache

Katerien Duchateau
Attache

Adrien Louis
Attache

Cassander Peeters
Attache

Reinert Natens
Attache

Administratieve ondersteuning

Lindsay Tonneau
Administratief deskundige

Nadine Willem
Administratief assistent

DIENST ALGEMENE ZAKEN EN PERSONEEL

Yves Debruyn
Adviseur-generaal en tweetalig adjunct

Informatica en Vertaaldienst

Luc Heyvaert
Adviseur

Michel Devaleriola [2]
IT-medewerker

François Lejeune
Attaché (vertaler)

Jean-Pascal Leroux [2]
IT-medewerker

Personeel en Economaat

Yves Salmon
Adviseur

Rudi Hofkens
Administratief deskundige

Daisy Pannekocke
Administratief medewerker

Paula De Haes
Administratief medewerker

---

(1) *Neemt tijdelijk de directie van de dienst waar.*
(2) *Gedetacheerd van de vzw Smals.*

Inleiding

2014 was een druk jaar voor de Controledienst.

Eerst en vooral was er in januari de indiensttreding van de nieuwe administrateur-generaal, Laurent Guinotte, opvolger van Christian Langendries, die iets meer dan 20 jaar aan het hoofd van de Controledienst heeft gestaan, en van Yves Debruyn, die gedurende een jaar de directie heeft waargenomen.

Het nieuwe management is onmiddellijk gestart met zowel intern als extern overleg en is beginnen bouwen aan het strategisch plan 2015-2018. Dat document beoogt het stappenplan van de Controledienst voor de vier komende jaren te zijn. Er worden elementen betreffende het bestuur, het interne management, doelstellingen voor de mutualistische sector alsook de beslissingen uit het regeerakkoord in geïntegreerd.

Naar aanleiding van het vertrek met pensioen van de vorige administrateur-generaal heeft de Controledienst in maart 2014 een academische zitting georganiseerd waarbij de volledige mutualistische sector, de bedrijfsrevisoren, de politieke vertegenwoordigers, maar ook de vertegenwoordigers van de consumenten en de verzekeringssector aanwezig waren. Naast het unaniem eerbetoon aan de vorige administrateur-generaal, wenste de Controledienst de balans op te maken van drie jaar toepassing van de wet van 26 april 2010, die de werking van de mutualistische sector grondig heeft gewijzigd. Dankzij de publicatie van de tussenkomsten van dat colloquium in het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, kon het debat worden voortgezet en konden de verschillende ideeën die tijdens die dag aan bod kwamen een breder publiek bereiken.

Het thema van die academische zitting blijft overigens nu nog brandend actueel met de zogenoemde "Solvency II"-richtlijn, die op 1 januari 2016 in voege treedt. Het personeel van de Controledienst heeft zich hierop in 2014 grondig voorbereid en heeft talrijke opleidingen gevolgd bij de Nationale Bank van België. Daarnaast hebben ze contacten onderhouden met de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand om deze belangrijke datum voor te bereiden.

Voor de verplichte verzekering is het sleutelelement van 2014, en zonder twijfel ook van de komende jaren, de hervorming van de evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen. 2014 was vooral een jaar van overleg met het RIZIV, waardoor de banden tussen deze twee administraties nauwer zijn aangehaald. De verwachtingen zijn groot, en er wordt alles aan gedaan om ze in te lossen.

Bij de aanvullende verzekering merken we op dat de moeilijkheden die we tijdens de eerste momenten na de inwerkingtreding van de hervorming van 2010 het hoofd moesten bieden, nu achter ons lijken te liggen. De regels zijn intussen goed geïntegreerd en de behandeling van de dossiers van statutaire wijzigingen verloopt op kruissnelheid.

Voor de verzekeringen was 2014 voornamelijk gekenmerkt door een groot aantal wettelijke en reglementaire wijzigingen van toepassing op de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand. Naast de voorbereiding op het in voege treden van de Europese richtlijn "Solvency II", zoals hierboven reeds vermeld, zal de Controledienst vanaf 2015 als waarnemer zetelen in de Commissie voor verzekeringen ingesteld door de FSMA.

Tot slot was de transparantie van de mutualistische sector een thema dat in de loop van 2014 meerdere keren in de kijker stond, niet alleen in het regeerakkoord of in de pers, maar ook in de verschillende discussies bij de Controledienst. Deze bezorgdheid zal de komende jaren aanwezig blijven. De verschillende werkpunten, die in samenspraak met de regering en de sector zijn opgestart, gaan onmiskenbaar in die richting.

Wij wensen u een aangename lectuur van dit jaarverslag.

Laurent Guinotte
Administrateur-generaal

Bernadette Lambrechts
Voorzitter van de Raad

Hoofdstuk 1

Belang van het mutualistisch stelsel

Jaarverslag 2014

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.

1.1.1. Geneeskundige verzorging

In 2013 telde deze sector 11,01 miljoen rechthebbenden. Het bedrag van de prestaties bedroeg in boekjaar 2013 24,95 miljard EUR. Dit bedrag had betrekking op een volume van meer dan 1.171,80 miljoen prestaties.

1.1.2. Uitkeringen

Deze sector telde in 2013 ongeveer 4,21 miljoen gerechtigden in de algemene regeling en 0,61 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 2013 bedroegen de toegekende uitkeringen inzake primaire arbeidsongeschiktheid voor beide regelingen samen 1.638,88 miljoen EUR, hetzij meer dan 36,75 miljoen vergoedbare dagen. De uitkeringen voor invaliditeit bedroegen globaal 4.319,29 miljoen EUR, wat meer dan 100,83 miljoen vergoedbare dagen vertegenwoordigt.

Voor hetzelfde jaar vertegenwoordigden de uitkeringen voor moederschap, met inbegrip van het vaderschapsverlof, voor beide regelingen samen 657,56 miljoen EUR, daar waar de uitkeringen voor begrafeniskosten voor de algemene regeling[3] 1,48 miljoen EUR bedroegen.

1.2. Aanvullende verzekering

Het bedrag van de prestaties aan de leden van de aanvullende verzekering bedroeg ongeveer 675,76 miljoen EUR in 2013. Dit bedrag omvat niet de uitgaven aan prestaties van het voorhuwelijkssparen die in hetzelfde boekjaar 34,51 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 1ste jaar arbeidsongeschiktheid, waarbij dit 1ste 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. Het betreft uitkeringen betaald in 2013 voor een overlijden dat ten laatste op 31 december 2012 plaatsvond.

Hoofdstuk 2

De mutualistische structuren

Jaarverslag 2014

2.1. Lijst van de verzekeringsinstellingen, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand op 31 december 2014

De lezer vindt als bijlage 1 de lijst, op 31 december 2014, van de 7 verzekeringsinstellingen, de 54 ziekenfondsen en de 23 maatschappijen van onderlinge bijstand, waarvan 12 verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand. Al deze entiteiten zijn onderworpen aan de controle van de Controledienst.

2.2. Fusie van mutualistische entiteiten

In toepassing van artikel 44 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen kunnen de ziekenfondsen die deel uitmaken van dezelfde landsbond, fuseren. De regels betreffende statutenwijzigingen, bedoeld door de artikelen 10 en 11 van de wet van 6 augustus 1990, zijn hierop van toepassing.

In 2014 diende de Controledienst zich te buigen over een aanvraag tot fusie van ziekenfondsen. Na onderzoek van het dossier stelde de Controledienst vast dat de wettelijke voorschriften ter zake volledig werden nageleefd en heeft hij derhalve zijn goedkeuring voor de fusie en de statuten van de nieuwe mutualistische entiteit verleend. Deze fusie trad in werking op 1 januari 2015.

2.3. Ontbinding van een maatschappij van onderlinge bijstand

Zoals reeds vermeld op pagina 5 van het jaarverslag van het jaar 2000, werd in de loop van het jaar 2000 een maatschappij van onderlinge bijstand ontbonden, conform artikel 45 van de wet van 6 augustus 1990. Sindsdien bleef de entiteit in ontbinding bestaan vanwege de vereffening. In toepassing van het koninklijk besluit van 2 augustus 2002 tot uitvoering van artikel 46, § 1, vijfde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, heeft de algemene vergadering van de maatschappij van onderlinge bijstand zich in de loop van 2014 uitgesproken over de sluiting van de vereffening. Deze beslissing werd overigens binnen de termijnen vastgelegd in datzelfde koninklijk besluit van 2 augustus 2002 in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt.

2.4. Omvorming van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand tot een coöperatieve vennootschap

In toepassing van artikel 70, § 8, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, kon een maatschappij van onderlinge bijstand na 31 december 2014 haar activiteiten niet langer onder die juridische vorm beoefenen.

De entiteit heeft bijgevolg, om haar verzekeringsactiviteiten te kunnen behouden, gekozen voor een andere juridische vorm van verzekeringsonderneming, bedoeld in artikel 9, § 1, van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, namelijk een coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid.

In samenwerking met de Nationale Bank van België en de FSMA, dat zijn de toezichthouders voor de andere verzekeringsondernemingen dan de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, werd het dossier voor de omvorming onderzocht conform de daartoe voorziene procedure in artikelen 56 tot 66 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

2.5. De samenwerkingsakkoorden en de relaties met derde entiteiten die verbonden zijn met de landsbonden en de ziekenfondsen

2.5.1. 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.

Enerzijds 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 moeten de aangebrachte wijzigingen 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 worden 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 privaat- 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 privaat- 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.

2.5.2. Beleid van de Controledienst

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

Niettemin dient opgemerkt dat een eerstelijnscontrole gebeurt door de instanties van de mutualistische entiteiten zelf, vermits zowel de afgesloten samenwerkingsakkoorden als het verslag over de uitvoering van de samenwerkingsakkoorden voor goedkeuring worden voorgelegd aan de algemene vergadering van deze entiteiten. Zodra deze documenten zijn overgemaakt aan de Controledienst, worden deze eveneens onderzocht en, desgevallend, wordt aan de mutualistische entiteiten gevraagd de nodige aanpassingen uit te voeren. Parallel met de controle door de Controledienst wordt dat verslag bovendien onderzocht door de bij de mutualistische entiteiten aangestelde revisoren, die hun eventuele vaststellingen moeten opnemen in hun verslag dat jaarlijks aan de Controledienst wordt overgemaakt in het kader van hun onderzoek van de rekeningen van de aanvullende verzekering.

2.5.3. Partnerschapsovereenkomsten

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:

- voor zover er geen enkele directe (bijvoorbeeld, een transfer van bijdragen) of indirecte (zoals het ter beschikking stellen van menselijke en/of materiële middelen) financiering bestaat door de betrokken mutualistische entiteit van de desbetreffende partners. De toegekende voordelen door de partners zelf aan de leden van het ziekenfonds in het kader van dergelijke akkoorden, die niet aan de goedkeuring van de Controledienst worden voorgelegd, kunnen immers niet worden beschouwd als voordelen van een dienst van de aanvullende verzekering. De mutualistische entiteiten mogen bijgevolg in hun externe mededelingen deze voordelen niet als door hen geboden voordelen presenteren;

- door de nadruk te leggen op de noodzaak dat de toegekende kortingen verband houden met het begrip gezondheid.

Hoofdstuk 3

Wettelijke en reglementaire bepalingen

Jaarverslag 2014

3.1. Koninklijke besluiten

3.1.1. Koninklijk besluit van 26 januari 2014 tot uitvoering van artikel 11, § 1, vijfde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen

Artikel 70 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) heeft de termijn tijdelijk 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, maar 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 van statutaire bepalingen die na 1 januari 2012 ingaan, heeft de wet van 29 maart 2012 houdende diverse bepalingen (I) evenwel artikel 11 van de wet van 6 augustus 1990 met ingang van 1 januari 2012 aangepast om:

- de goedkeuringstermijn van 120 kalenderdagen te handhaven voor de statutaire bepalingen waarvan de inwerkingtreding beslist door de algemene vergadering van de betrokken entiteiten na 1 januari 2012 en ten laatste op 1 januari 2014 valt (artikel 11, § 1, vierde lid van de wet van 6 augustus 1990);

- de Koning toe te laten, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en op eensluidend advies van de Controledienst, de voormelde datum van 1 januari 2014 met ten hoogste één jaar te verdagen (artikel 11, § 1, vijfde lid van de wet van 6 augustus 1990).

  Bij koninklijk besluit van 26 januari 2014 werd uitvoering gegeven aan deze bepaling. Het was immers van belang dat de Controledienst nog over een goedkeuringstermijn van 120 kalenderdagen kon blijven beschikken voor de dossiers aangaande de statutaire bepalingen die na 1 januari 2014 en ten laatste op 1 januari 2015 in werking zouden treden en dit wegens het feit dat:

  – het onderzoek van de conformiteit van de statuten met de bepalingen van de voornoemde wet van 26 april 2010 nog vaak principiële vragen met zich meebracht, wat de Controledienst niet toeliet om de betrokken dossiers te behandelen binnen de maximale termijn van 75 dagen en dat des te meer omdat de aanvragen tot goedkeuring van de statuten en van de statutaire wijzigingen bijna gelijktijdig worden overgemaakt aan de Controledienst, vermits de algemene vergaderingen van alle mutualistische entiteiten in dezelfde periode plaatsvinden;

  – bij gebrek aan een beslissing na afloop van de termijn toegekend aan de Controledienst om zich uit te spreken, de voornoemde wet van 6 augustus 1990 stelt dat de betrokken statutaire bepalingen worden geacht te zijn goedgekeurd.

3.1.2. Koninklijk besluit van 28 januari 2015 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 (1)

Dit koninklijk besluit, opgesteld in 2014, maar pas uitgevaardigd in 2015, legt vanaf het kalenderjaar 2014 de bijdragen van de maatschappijen van onderlinge bijstand die enkel verzekeringen mogen aanbieden voor de werkingskosten van de

(1) *Rekening houdend met een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit van 21 januari 2011 dat de overgangsperiode bedoeld in artikel 75 van voornoemde wet van 26 april 2010 met 6 maanden heeft verlengd.*

Controledienst vast op hetzelfde niveau als de bijdragen in de werkingskosten van de NBB en de FSMA die de commerciële verzekeringsondernemingen verschuldigd zijn.

Voor meer informatie over dit koninklijk besluit wordt verwezen naar het punt 8.4. hierna.

3.1.3. Koninklijk besluit van 28 januari 2015 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 (2)

Dit koninklijk besluit, opgesteld in 2014, maar pas uitgevaardigd in 2015, voorziet in een stelsel voor de mutualistische entiteiten waarvan de werkingskosten van 2012 en 2013 voor de sector van de aanvullende verzekering werden berekend op basis van de bijdragen van respectievelijk 2010 en 2011, terwijl een deel van de diensten die ze in 2010 en 2011 zelf organiseerden, vanaf 2012 werd overgenomen door een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

Voor meer informatie over dit koninklijk besluit wordt verwezen naar het punt 8.4. hierna.

3.2. Belangrijkste omzendbrieven van de Controledienst

3.2.1. Omzendbrief van 11 juni 2014 met betrekking tot de draagwijdte van het principe van het verplichte karakter van de aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering

Ingevolge een vraag van de Europese Commissie of de verplichte aanvullende verzekering voorzien door de wet van 26 april 2010 niet kan worden beschouwd als behorend tot de sociale zekerheid, waardoor, zoals alle personen die verzekerd zijn voor de verplichte verzekering in België, ook de personen verzekerd voor de verplichte verzekering in een andere lidstaat van de Europese Unie de prestaties van de aanvullende verzekering in België zouden kunnen genieten, heeft de Controledienst ten aanzien van de Belgische mutualistische entiteiten een omzendbrief uitgevaardigd met betrekking tot de draagwijdte van het verplichte karakter van de aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering.

In omzendbrief 14/01 heeft de Controledienst gepreciseerd welke categorieën van personen verplicht aangesloten worden bij dergelijke diensten van een ziekenfonds en welke categorieën van personen zich op facultatieve basis daarbij kunnen aansluiten, ermee rekening houdend dat de aansluiting bij deze diensten in dat geval eveneens geldt voor alle diensten van de aanvullende verzekering ingericht voor de leden van het betrokken ziekenfonds.

3.2.2. Omzendbrief van 27 februari 2014 betreffende de aanvragen tot goedkeuring van statuten of statutaire wijzigingen – bijdragetabellen

Overeenkomstig artikel 11 van de wet van 6 augustus 1990 moeten de mutualistische entiteiten hun statuten en alle wijzigingen aan deze statuten waartoe werd beslist door de algemene vergadering van deze entiteiten ter goedkeuring overmaken aan de Controledienst. Hetzelfde geldt voor de bijdragen te betalen voor de diensten van de aanvullende verzekering, die een integrerend deel uitmaken van de statuten, maar waarvoor door de algemene vergadering aan de raad van bestuur de bevoegdheid kan worden gedelegeerd om deze aan te passen.

Op technisch vlak wordt de bijdragetabel overgemaakt aan de Controledienst via het programma Etac (Echange de tableau de cotisations) waarin de totale bijdrage is uitgesplitst per dienst overeenkomstig de classificatiecodes vastgelegd door

de Controledienst (cf. ook punt 7.1.2.6. infra). Voor de bijdragetabellen die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2013 werden in een nieuwe versie van voormeld programma een aantal aanpassingen doorgevoerd waaronder het voorzien van vaste ledencategorieën, de indeling van de diensten overeenkomstig de nieuwe classificatiecodes die vanaf voormelde datum van toepassing zijn en het schrappen van de tabel waarin de facultatieve diensten moeten worden opgegeven gezien het feit dat deze niet meer bestaan sedert de wet van 26 april 2010. Op basis van de ervaringen met deze nieuwe versie van het programma werd vastgesteld dat een aantal verduidelijkingen betreffende het gebruik van dit programma dienden te worden toegevoegd in de reeds bestaande instructies. Dit gebeurde via de omzendbrief van 27 februari 2014.

3.2.3. Omzendbrief van 28 februari 2014 betreffende de exhaustieve lijst van de opbrengsten en kosten die kunnen worden toegewezen aan het "administratief centrum: reserve administratiekosten verplichte verzekering"

Het koninklijk besluit van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) somt de diensten op die noch verzekeringen, noch verrichtingen bedoeld in de eerste Europese richtlijn "verzekeringen niet-leven" zijn, met name de zogenaamde "derde categorie" van diensten. Eén van deze diensten betreft het "administratief centrum" dat instaat voor het beheer van het boni inzake administratiekosten van de verplichte verzekering en naar analogie ook het mali op deze administratiekosten ten laste neemt. In het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 inzake de waarderingsregels voor de opstelling van de jaarrekening dat aan de minister werd overgemaakt, wordt de rol van voormeld administratief centrum nader gedefinieerd. Hierbij is voorzien dat aan dit centrum eveneens de opbrengsten en kosten kunnen worden toegewezen die door de Controledienst worden vastgesteld.

In het vooruitzicht van de publicatie van voormeld koninklijk besluit heeft de Controledienst, na advies van het Technisch Comité, reeds via een omzendbrief van 28 februari 2014 de lijst van voornoemde opbrengsten en kosten vastgelegd. Er moet worden onderstreept dat het gaat om een exhaustieve lijst, die de opbrengsten en kosten opsomt die reeds in het verleden werden toegewezen aan het administratief centrum.

3.2.4. Omzendbrief van 18 december 2014 betreffende het rekeningenstelsel en de schema's voor de jaarrekening van de verplichte verzekering

In het kader van de zesde staatshervorming werden vanaf 1 juli 2014 bepaalde bevoegdheden op het vlak van de geneeskundige verzorging overgedragen naar de gemeenschappen en gewesten. Het betreft in grote lijnen onder meer de uitgaven inzake rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, vaccinatiecampagnes, tabaksontwenning, revalidatie, mobiliteitshulpmiddelen en geïsoleerde geriatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen.

Hoewel de overdracht in principe gebeurde vanaf 1 juli 2014, had deze in de praktijk op financieel en boekhoudkundig vlak geen gevolgen tot 31 december 2014. Het is immers pas vanaf 2015 dat de gemeenschappen en gewesten in hun respectieve begroting voorzien in de nodige financieringsmiddelen. De periode tot en met 2017 is echter een overgangsperiode tijdens dewelke alle financiële stromen inzake de overgehevelde uitgaven verder zullen verlopen via het RIZIV waarbij de uitgaven verbonden aan de overgehevelde bevoegdheden via de FOD Financiën worden verrekend met de gemeenschappen en gewesten. Dit heeft tot gevolg dat met ingang van 1 januari 2015 in het rekeningenstelsel en de schema's voor de jaarrekening van de verplichte verzekering de diverse betrokken uitgavenrubrieken moeten worden opgesplitst in enerzijds de federale uitgaven en anderzijds de overgehevelde uitgaven. Dit werd gerealiseerd via de omzendbrief van 18 december 2014.

3.2.5. Omzendbrief van 18 december 2014 betreffende de handleiding voor de boekhouding en de jaarrekening van de aanvullende verzekering

Naar aanleiding van besprekingen met de diverse actoren in de mutualistische sector werd vastgesteld dat het voor de leden van de algemene vergadering van een mutualistische entiteit niet altijd eenvoudig is om de jaarrekening van de aanvullende verzekering te begrijpen, omdat hierin onder meer het globale resultaat en werkkapitaal niet onmiddellijk kan worden afgelezen. Derhalve wordt vanaf boekjaar 2014 in de schema's van deze jaarrekening een staat toegevoegd waarin voor alle diensten en het administratief centrum een overzicht wordt gegeven van de resultaten van het boekjaar en de evolutie van het werkkapitaal. Via de omzendbrief van 18 december 2014 werd deze nieuwe staat vastgelegd in de handleiding voor de boekhouding en de jaarrekening van de aanvullende verzekering.

Hoofdstuk 4

Specifieke bevoegdheden van de Controledienst inzake de verplichte verzekering

Jaarverslag 2014

4.1. Inleiding

Artikel 52 van de wet van 6 augustus 1990 heeft 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 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, moeten toepassen. De Controledienst formuleert eveneens op eigen initiatief of op vraag van de minister adviezen en/of voorstellen betreffende de boekhouding en het financiële beheer van de ziekenfondsen en van de landsbonden en over alle materies die verband houden met hun werking.

De wet van 15 februari 1993 tot hervorming van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft principes ingevoerd inzake de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. Deze responsabilisering werd vanuit twee 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 voornoemde gecoördineerde wet);

b) anderzijds via de instelling van een stelsel van financiële verantwoordelijkheid om 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).

De bevoegdheden van de Controledienst ter zake worden hierna ontwikkeld.

4.2. De responsabilisering van de verzekeringsinstellingen in functie van de criteria inzake de beheersprestaties

4.2.1. 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. Naast 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 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 betroffen 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 moeten worden geleverd, 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.

4.2.2. Beleid van de Controledienst

De Controledienst heeft 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 2014 werd weliswaar gewijd aan de evaluatie van de beheersprestaties over de periode van 1 januari tot 31 december 2013, die het voorwerp uitmaakt van het punt 4.2.3. hierna, maar er moet worden onderstreept 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 en heeft geleid tot de uitvaardiging van het koninklijk besluit van 10 april 2014 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten. 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 zeven sleutelprocessen die de globale werking van de verzekeringsinstellingen weergeven en die zelf verschillende activiteitsdomeinen bevatten van de verzekeringsinstellingen die, met behulp van indicatoren, in de toekomst zouden kunnen worden geëvalueerd.

4.2.3. Evaluatieverslag

4.2.3.1. Voorafgaande opmerking

Zoals reeds gesteld onder punt 4.2.1. 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 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 haar artikel 195, § 1, 2°, derde lid, het bedrag vast van de administratiekosten van de vijf landsbonden en van de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail voor boekjaar 2013 op respectievelijk 1.027.545.000,00 EUR en 17.648.000,00 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 1.038.955.000,00 EUR. Bijgevolg bedraagt het variabele gedeelte van de administratiekosten voor boekjaar 2013 103.895.500,00 EUR (102.754.500,00 EUR in hoofdsom vermeerderd met 1.141.000,00 EUR) voor de vijf landsbonden en 1.764.800,00 EUR voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail, hetzij een totaalbedrag van 105.660.300,00 EUR.

Inzake de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail 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 HR Rail niet ten volle vergeleken worden met deze van de andere landsbonden en moet er bijgevolg steeds een onderscheid tussen beide gemaakt worden.

4.2.3.2. Deel van het bedrag van 105.660.300,00 EUR waarop de landsbonden en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail 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 103.895.500,00 EUR waarop elke landsbond aanspraak kan maken, wat het hoofdbedrag van 102.754.500,00 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 boekjaar 2013, 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	42.002.260,80	5.141.379,05	31.097.613,93	6.751.417,33	18.902.828,89	103.895.500,00

Voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail is het maximaal toe te kennen bedrag zoals vermeld onder punt 4.2.3.1. hiervoor vastgesteld door de wet op 1.764.800,00 EUR.

(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.

4.2.3.3. Deel van het bedrag van 105.660.300,00 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 2013 en hun respectieve wegingen zij 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 %	6.300.339,12	771.206,86	4.664.642,09	1.012.712,60	2.835.424,33	15.584,325,00
2	10 %	4.200.226,08	514.137,91	3.109.761,38	675.141,73	1.890.282,90	10.389.550,00
3	5 %	2.100.113,04	257.068,95	1.554.880,70	337.570,87	945.141,44	5.194.775,00
4	5 %	2.100.113,04	257.068,95	1.554.880,70	337.570,87	945.141,44	5.194.775,00
5	25 %	10.500.565,20	1.285.344,76	7.774.403,49	1.687.854,32	4.725.707,23	25.973.875,00
6	5 %	2.100.113,04	257.068,95	1.554.880,70	337.570,87	945.141,44	5.194.775,00
7	15 %	6.300.339,12	771.206,86	4.664.642,09	1.012.712,60	2.835.424,33	15.584.325,00
8	10 %	4.200.226,08	514.137,91	3.109.761,38	675.141,73	1.890.282,90	10.389.550,00
9	5 %	2.100.113,04	257.068,95	1.554.880,70	337.570,87	945.141,44	5.194.775,00
10	5 %	2.100.113,04	257.068,95	1.554.880,70	337.570,87	945.141,44	5.194.775,00
Totaal	**100 %**	**42.002.260,80**	**5.141.379,05**	**31.097.613,93**	**6.751.417,33**	**18.902.828,89**	**103.895.500,00**

Wat de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail 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 %	264.720,00
2	10 %	176.480,00
3	5 %	88.240,00
4	5 %	88.240,00
5	25 %	441.200,00
6	5 %	88.240,00
7	15 %	264.720,00
8	10 %	176.480,00
9	5 %	88.240,00
10	5 %	88.240,00
Totaal	**100 %**	**1.764.800,00**

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.

4.2.3.4. 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	6.300.339,12	6.107.548,74	96,94 %
200	771.206,86	720.075,85	93,37 %
300	4.664.642,09	4.389.428,21	94,10 %
400	1.012.712,60	991.648,18	97,92 %
500	2.835.424,33	2.643.466,10	93,23 %
Totaal	**15.584.325,00**	**14.852.167,08**	**95,30 %**
900[1]	264.720,00	256.169,54	96,77 %

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.

(1) *Verzekeringsinstelling 900: de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.*

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	4.200.226,08	4.173.344,63	99,36 %
200	514.137,91	511.657,20	99,52 %
300	3.109.761,38	3.093.668,37	99,48 %
400	675.141,73	668.575,98	99,03 %
500	1.890.282,90	1.879.130,23	99,41 %
Totaal	**10.389.550,00**	**10.326.376,41**	**99,39 %**
900	176.480,00	175.804,96	99,62 %

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 experten 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.

Met betrekking tot het tweede deel van het criterium aangaande het het tijdig overmaken van de correcte en volledige gegevens ten behoeve van de experten die 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, moet worden opgemerkt dat het RIZIV voor deze periode geen informatie heeft meegedeeld.

Daardoor 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 deel toe te kennen bedrag bepaald door toepassing van het gemiddelde percentage verkregen voor de evaluatie van alle criteria en criteriumelementen waarvoor de Controledienst over voldoende representatieve informatie beschikt.

Op basis van de geëvalueerde informatie in het kader van het eerste deel en de toepassing van het principe waarvan hierboven sprake is voor het tweede deel, heeft de Raad beslist dat, betreffende dit criterium, de volgende bedragen aan de verzekeringsinstellingen kunnen worden toegekend:

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	2.100.113,04	1.955.047,73	93,09 %
200	257.068,95	251.322,17	97,76 %
300	1.554.880,70	1.526.348,64	98,17 %
400	337.570,87	319.743,75	94,72 %
500	945.141,44	917.340,10	97,06 %
Totaal	**5.194.775,00**	**4.969.802,39**	**95,67 %**
900	88.240,00	87.471,87	99,13 %

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 vier studies uitgevoerd door het RIZIV op basis van informatie meegedeeld door het Intermutualistisch Agentschap.

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	2.100.113,04	2.100.113,04	100,00 %
200	257.068,95	257.068,95	100,00 %
300	1.554.880,70	1.554.880,70	100,00 %
400	337.570,87	337.570,87	100,00 %
500	945.141,44	945.141,44	100,00 %
Totaal	**5.194.775,00**	**5.194.775,00**	**100,00 %**
900	88.240,00	88.240,00	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 tweeërlei 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, moeten de revisoren hun beoordeling opnemen in hun verslagen die moeten worden opgesteld in toepassing van artikel 57 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de financiële toestand van zowel de aanvullende verzekering als de verplichte verzekering, waarvan het schema het voorwerp uitmaakt van 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 moeten uitvoeren in elkeen van de ziekenfondsen van de betreffende landsbond en de resultaten ervan moeten opnemen in een verslag waarvan het schema vastgelegd is door omzendbrief 09/14 van 26 oktober 2009.

Wat een derde specifiek aspect van de interne controle betreft, gericht op "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", moet worden benadrukt dat dit geëvalueerd wordt via specifieke thema's waarvan het onderzoek onder de bevoegdheid van de Controledienst valt. Wat deze evaluatieperiode betreft, bestond het bijzondere thema dat werd onderzocht door de Controledienst uit de beoordeling van de validiteitscontroles uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen inzake de interventionele verstrekkingen. In dat opzicht vormden de gegevens die door de verzekeringsinstellingen werden meegedeeld inzake de al dan niet a priori of a posteriori effectief uitgevoerde validiteitscontroles, nadat ze door de inspecteurs van de Controledienst werden onderworpen aan een valideringsproces, de basis van de evaluatie. Overigens integreerde deze evaluatie een nieuwe herziening van de bijzondere thema's die werden onderzocht door de Controledienst tijdens de evaluatieperiodes betreffende 2007, 2008, 2009 en 2010, te weten de beoordeling van de uitgevoerde validiteitscontroles inzake de zorgen verstrekt door kinesitherapeuten, de zorgen verstrekt door fysiotherapeuten, de zorgen verstrekt door logopedisten 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 moeten worden 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	10.500.565,20	9.915.683,72	94,43 %
200	1.285.344,76	1.261.565,88	98,15 %
300	7.774.403,49	7.585.485,49	97,57 %
400	1.687.854,32	1.613.251,16	95,58 %
500	4.725.707,23	4.573.066,89	96,77 %
Totaal	**25.973.875,00**	**24.949.053,14**	**96,05 %**
900	441.200,00	426.993,36	96,78 %

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 omzendbrief 09/15 van 27 oktober 2009.

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

- 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	2.100.113,04	2.100.113,04	100,00 %
200	257.068,95	250.642,23	97,50 %
300	1.554.880,70	1.554.880,70	100,00 %
400	337.570,87	337.570,87	100,00 %
500	945.141,44	945.141,44	100,00 %
Totaal	**5.194.775,00**	**5.188.348,28**	**99,88 %**
900	88.240,00	88.240,00	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 informatie nodig voor de evaluatie van het eerste gedeelte van het criterium werd ingezameld op grond van controles uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst met behulp van het auditprogramma ACL. Na afloop van deze controles dienden de inspecteurs de resultaten te vermelden van hun onderzoeken inzake de toewijzing van de uitgaven aan de betreffende maand of trimester, 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 inspecteurs 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 2012 tot en met het tweede trimester 2013.

Voor het tweede gedeelte van het criterium werden de voor de evaluatie nodige gegevens verkregen via controles eveneens 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	6.300.339,12	6.228.515,25	98,86 %
200	771.206,86	768.816,12	99,69 %
300	4.664.642,09	4.601.669,42	98,65 %
400	1.012.712,60	1.002.990,56	99,04 %
500	2.835.424,33	2.808.771,34	99,06 %
Totaal	**15.584.325,00**	**15.410.762,69**	**98,89 %**
900	264.720,00	264.534,70	99,93 %

Criterium 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, wat 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 liquiditeitsoverschotten" 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	4.200.226,08	4.198.414,34	99,96 %
200	514.137,91	513.761,93	99,93 %
300	3.109.761,38	3.108.340,65	99,95 %
400	675.141,73	674.966,62	99,97 %
500	1.890.282,90	1.888.379,87	99,90 %
Totaal	**10.389.550,00**	**10.383.863,41**	**99,95 %**
900	176.480,00	176.479,28	100,00 %

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	2.100.113,04	2.059.895,88	98,09 %
200	257.068,95	253.386,44	98,57 %
300	1.554.880,70	1.531.907,33	98,52 %
400	337.570,87	332.296,33	98,44 %
500	945.141,44	928.908,64	98,28 %
Totaal	**5.194.775,00**	**5.106.394,62**	**98,30 %**
900	88.240,00	87.240,68	98,87 %

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 2013, 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 2012 enerzijds, en de uitgaven van de aanvullende verzekering gemaakt in het kader van de diensten inzake de gezondheid (hospitalisatie, medische en paramedische zorgen ...) van boekjaar 2012, 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 3,36 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	2.100.113,04	2.100.113,04	100,00 %
200	257.068,95	257.068,95	100,00 %
300	1.554.880,70	1.554.880,70	100,00 %
400	337.570,87	337.570,87	100,00 %
500	945.141,44	945.141,44	100,00 %
Totaal	**5.194.775,00**	**5.194.775,00**	**100,00 %**
900	88.240,00	88.240,00	100,00 %

♦♦♦

In boekjaar 2013 werd voor de tien evaluatiecriteria samen 101.576.318,02 EUR administratiekosten aan de landsbonden en 1.739.414,39 EUR aan de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail toegekend, wat respectievelijk overeenkomt met 97,77% en 98,56% van de maximaal toe te kennen bedragen van 103.895.500,00 EUR en 1.764.800,00 EUR. Hierna volgt een overzicht per verzekeringsinstelling[(1)].

Verzekeringsinstelling	Maximaal toe te kennen bedrag	Toegekend bedrag	
100	42.002.260,80	40.938.789,41	97,47 %
200	5.141.379,05	5.045.365,72	98,13 %
300	31.097.613,93	30.501.490,21	98,08 %
400	6.751.417,33	6.616.185,19	98,00 %
500	18.902.828,89	18.474.487,49	97,73 %
Totaal	**103.895.500,00**	**101.576.318,02**	**97,77 %**
900	1.764.800,00	1.739.414,39	98,56 %

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

4.3. De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen inzake geneeskundige verzorging

4.3.1. 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 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 twee verdeelsleutels. De eerste verdeelsleutel, waarvan het gewicht vanaf boekjaar 2001 70% bedraagt, betreft het aandeel in de werkelijke uitgaven van iedere verzekeringsinstelling en de tweede verdeelsleutel, waarvan het gewicht 30%[1] bedraagt, is een normatieve sleutel die 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 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 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 inkomstenaandeel 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 eventuele boni, en/of een bijdrage van de gerechtigden en/of een storting uit eigen middelen. Het wettelijk bijzonder reservefonds moet ten minste 4,46 EUR (180 BEF) per gerechtigde bedragen.

Wegens het feit dat het RIZIV de rekeningen van de verplichte verzekering slechts laattijdig kon afsluiten, wat 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 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 betreffende 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.

(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%.

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

4.3.2.1. 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.

4.3.2.2. Toepassing van de financiële verantwoordelijkheid

Tijdens het jaar 2014 werden door het RIZIV geen boekjaren afgesloten. De laatste cijfers zijn bijgevolg deze opgenomen in het jaarverslag 2013.

Hierna wordt per component de gecumuleerde toestand van het wettelijk bijzonder reservefonds hernomen per 31 december 2011(in duizenden EUR), d.w.z. op het einde van het laatst afgesloten boekjaar:

Verzekeringsinstelling	Boekjaar 2011	
	Bijdragen	Boni
100	40.493,6	289.527,2
200	3.448,8	24.229,3
300	14.299,9	185.753,9
400	1.896,6	48.953,1
500	9.147,0	50.303,0
600	1.146,5	14.526,4
900	363,1	14.942,2
Totaal	**70.795,5**	**628.235,1**

4.3.3. Beleid van de Controledienst

4.3.3.1. 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 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 gelden van de component "boni" van het wettelijk bijzonder reservefonds blijven deel uitmaken van de thesaurie van de verplichte verzekering ter financiering van de terugbetaling van de prestaties geneeskundige verzorging;

- 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 moeten de verzekeringsinstellingen eerst een beroep 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 via voornoemde omzendbrief 09/17 het door elke verzekeringsinstelling na te leven boekhoudcircuit voor het beheer van het wettelijk bijzonder reservefonds vastgesteld.

4.3.3.2. Overdracht van het wettelijk bijzonder reservefonds bij mutatie

In 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 moet worden 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 dat 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 moeten geen gelden worden 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.

Hoofdstuk 5

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

Jaarverslag 2014

5.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen

Door het in werking treden van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) vanaf uiterlijk 1 januari 2012[1], bestaat de aanvullende verzekering die wordt aangeboden door de mutualistische entiteiten die geen verzekeringen aanbieden, uit (1) de "verrichtingen"[2] zoals bedoeld door de eerste Europese richtlijn "verzekeringen niet-leven", (2) de diensten die noch "verrichtingen", noch verzekeringen zijn, en (3) de dienst voorhuwelijkssparen, die uitsluitend ingericht wordt door de landsbonden. Voor de inrichting van de verrichtingen en de diensten die noch verrichtingen, noch verzekeringen zijn, zijn de principes inzake het financieel en boekhoudkundig beheer in belangrijke mate gewijzigd. Een belangrijke wijziging betreft het feit dat de inrichting van deze diensten voortaan is gebaseerd op repartitie, wat betekent dat de toekenning van de prestaties afhangt van de beschikbare middelen op het betrokken moment alsook dat er geen opbouw meer is van voorzieningen in tegenstelling tot de wettelijke regeling van toepassing tot 31 december 2011. Dit sluit echter niet uit dat deze diensten moeten beheerd worden als een goede huisvader. De per einde boekjaar 2011 aangelegde voorzieningen voor I.B.N.R. (Incurred But Not Recorded) en technische voorzieningen voor de andere diensten dan het voorhuwelijkssparen dienden dan ook te worden teruggenomen tijdens boekjaar 2012, wat wordt weerspiegeld in de resultatenrekeningen van elk van de in dit hoofdstuk besproken diensten. Hierdoor zijn op dit punt de resultatenrekeningen van de boekjaren 2012 en 2013 niet vergelijkbaar met deze van de vorige boekjaren. In dit verband wordt er ook op gewezen dat herverzekering voortaan niet meer is toegelaten.

Wat betreft de aanvragen tot terugbetaling van de prestaties die pas tijdens de twee jaren volgend op het betrokken boekjaar (zijnde de uiterste verjaringstermijn) worden ingediend, wordt opgemerkt dat hiervoor enkel schulden uit prestaties worden geboekt per einde boekjaar voor zover deze aanvragen gekend zijn op het ogenblik dat de raad van bestuur de jaarrekening opstelt. Tot en met boekjaar 2011 was deze periode beperkt tot de maanden januari en februari die volgden op het boekjaar in kwestie. Terwijl tot en met de afsluiting van boekjaar 2011 voor de aanvragen tot terugbetaling die werden ontvangen ná februari van het jaar dat volgt op het boekjaar in kwestie op basis van historische ervaringsgegevens een voorziening voor I.B.N.R. (Incurred But Not Recorded) diende aangelegd in de balans, wordt vanaf boekjaar 2012 met betrekking tot de periode die loopt vanaf de datum waarop de raad van bestuur de jaarrekening opstelt tot het einde van de verjaringstermijn van twee jaar in de toelichting bij de jaarrekening het geraamde bedrag vermeld van de nog te ontvangen aanvragen tot terugbetaling.

Het bovenvermelde geldt echter niet voor het voorhuwelijkssparen waarvoor na de invoegetreding van de wet van 26 april 2010 dezelfde principes inzake reservefondsen van toepassing zijn als voorheen (cf. punt 5.1.3. hierna).

5.1.1. Organisatie en classificatie van diensten

De landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand organiseren een grote verscheidenheid aan diensten in het kader van de aanvullende verzekering. Ze passen deze regelmatig aan in functie van de behoeften van hun leden.

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

(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. Heel weinig mutualistische entiteiten hadden echter beslist om hun statuten en werking aan deze wet aan te passen vanaf een datum voorafgaand aan 1 januari 2012. Voor laatstgenoemde entiteiten geldt de in dit punt beschreven regeling reeds bij de opstelling van de jaarrekening van boekjaar 2011.*

(2) *De diensten die «verrichtingen» uitmaken, moeten aan een aantal cumulatieve voorwaarden beantwoorden. Deze voorwaarden betreffen onder meer het verplichte karakter van de aansluiting, de gewaarborgde toegang voor alle leden, de onmogelijkheid iemand uit te sluiten vanwege zijn leeftijd of gezondheidstoestand, het forfaitaire karakter van de bijdragen voor alle leden, met enkel een mogelijkheid tot differentiatie op grond van de samenstelling van het gezin of op grond van het sociaal statuut, de gelijkheid van de waarborg voor elke persoon aangesloten bij de betreffende dienst, met inbegrip van de leden die aan vooraf bestaande aandoeningen en ziekten lijden, met de mogelijkheid evenwel om de waarborg te verhogen in functie van het sociaal statuut.*

werd ook geïntegreerd in het rekeningenstelsel van de aanvullende verzekering. Bij het opstellen van de jaarrekening moeten bepaalde rubrieken eveneens worden uitgesplitst in functie van deze classificatie.

Ingevolge de wet van 26 april 2010 werd deze classificatie herzien vanaf boekjaar 2013.

5.1.2. 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.

5.1.3. Reservefondsen voor het voorhuwelijkssparen

Het 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, dat van toepassing is vanaf boekjaar 2012, bepaalt het niveau dat de reservefondsen voor het voorhuwelijkssparen moet bereiken.

In dit koninklijk besluit worden de bepalingen inzake de technische voorzienigen overgenomen uit het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 28, § 1, tweede lid, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990, dat van toepassing was tot 31 december 2011, maar worden de bepalingen met betrekking tot de solvabiliteitsmarge voor het voorhuwelijkssparen aangepast. Overeenkomstig het koninklijk besluit van 10 november 2012 vertegenwoordigen de technische voorzieningen de huidige waarde van de statutaire verplichtingen, namelijk de voordelen die gewaarborgd zijn aan de op de berekeningsdatum aangesloten 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 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, om 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 toegevoegd 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 toegevoegd te worden van het resultaat van een simulatie van de technische voorzieningen, berekend op basis 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.

5.1.4. Beleggingen in het kader van de aanvullende verzekering

5.1.4.1. 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 4.3.2.3. hiervoor.

Met betrekking tot de fondsen die behoren tot het stelsel van de aanvullende verzekering is voorzien dat deze 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:

     - door de Commissie voor het Bank-, Financie- 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-, Financie- 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;

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

- 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-, Financie- 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-, Financie- 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-, Financie- 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-, Financie- 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 mag een landsbond of een ziekenfonds eveneens maximum 25% van het werkkapitaal of de reserves (voorhuwelijkssparen) van de diensten van de aanvullende verzekering als volgt aanwenden:

- voor de financiering van de voor hun werking noodzakelijke infrastructuur in materiële, immateriële en financiële vaste activa;
- 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 is de ziekenfondsen en landsbonden tevens toegelaten de totaliteit van het werkkapitaal (desgevallend na de aanleg van de nodige voorzieningen voor risico's en kosten) van het administratief centrum aan te wenden op voormelde wijze, alsook voor andere beleggingen, op voorwaarde dat het financiële evenwicht van het betrokken administratief centrum niet in het gedrang wordt gebracht en de Controledienst hiervan per aangetekend schrijven wordt ingelicht. De beleggingen in afgeleide financiële producten worden echter uitgesloten. Indien blijkt dat, na verloop van tijd, deze aanwending het financiële evenwicht van het administratief centrum in het gedrang brengt, moet dat evenwicht worden hersteld binnen de termijn en volgens een plan vastgesteld door de Controledienst.

5.1.4.2. 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 moeten wijden aan de beleggingen, als door inspecteurs van de Controledienst tijdens controles ter plaatse.

De Controledienst bereidt momenteel een aanpassing voor van voornoemd koninklijk besluit om rekening te houden met de evoluties sedert de wet van 26 april 2010.

5.1.5. Dekking van de reservefondsen voor het voorhuwelijkssparen door gelijkwaardige activa

Ingevolge artikel 7, § 4, vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990, moeten de reservefondsen inzake het voorhuwelijkssparen gedekt zijn door gelijkwaardige activa. De Controledienst heeft per omzendbrief 07/10 van 14 mei 2007 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 landsbonden noodzakelijk was dat op het gepaste ogenblik de activa die tegenover de reservefondsen staan, konden vrijgemaakt worden onder de vorm van liquide geldmiddelen.

Voormelde omzendbrief stelt dat de aan te leggen technische voorzieningen van het voorhuwelijkssparen permanent volledig moeten zijn gedekt 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 moeten voldoen aan de voorwaarden vermeld in het koninklijk besluit van 13 november 2002 die reeds werden weergegeven onder punt 5.1.4.1. hiervoor.

Ten slotte moet worden 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 moeten worden gebracht van de balanswaarde van deze activa.

5.2. De dienst voorhuwelijkssparen

5.2.1. 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 op deze dienst zijn gepreciseerd in omzendbrief 11/09 van 21 februari 2011. 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 14de verjaardag en ten laatste het jaar van de 27ste verjaardag);

- de verplichte uittredingsleeftijd (31 december van het jaar van de 30ste verjaardag);

- de minimale en maximale jaarlijkse spaarbedragen, met name 18,00 EUR en 48,00 EUR.

De omzendbrief voorziet ook in de regels die moeten worden 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.

5.2.2. Ledenbestand

5.2.2.1. Totaal aantal leden

Het aantal spaarders aangesloten bij de dienst voorhuwelijkssparen bedroeg per 31 december 2013 404.292. Onderstaande tabel geeft de evolutie van het aantal spaarders voor de periode 2011-2013.

Landsbond	Aantal spaarders per			Evolutie 2011-2013	
	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Aantal	%
100	273.491	246.142	220.273	-53.218	-19,46 %
200	21.976	22.537	23.144	+1.168	+5,31 %
300	137.518	132.644	129.014	-8.504	-6,18 %
400	14.731	13.240	11.781	-2.950	-20,03 %
500	25.893	22.861	20.080	-5.813	-22,45 %
Totaal	**473.609**	**437.424**	**404.292**	**-69.317**	**-14,64 %**

5.2.2.2. 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 2011-2013 vertoont de aansluitingsgraad een daling.

	2011	2012	2013
Potentieel aan spaarders	1.909.019	1.927.135	1.941.765
Totaal aantal leden	473.609	437.424	404.292
Aansluitingsgraad	**24,81 %**	**22,70 %**	**20,82 %**

5.2.3. Voordelen toegekend door de dienst

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 aangroeipremie, 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 aangroeipremie 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 ten slotte 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.

5.2.4. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

In de onderstaande tabel worden de resultatenrekeningen van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 weergegeven van de door de vijf landsbonden georganiseerde dienst voorhuwelijkssparen.

(in duizenden EUR)		Boekjaar 2011	Boekjaar 2012	Boekjaar 2013	Evolutie 2012-2013
Prestaties aan leden		-38.182,4	-36.531,9	-34.511,6	+2.020,3
Technische voorzieningen		20.655,6	5.954,9	21.661,2	+15.706,3
Overige technische opbrengsten		9.497,4	2.871,0	216,0	-2.655,0
Overige technische kosten				-1.014,9	-1.014,9
Technische resultaten	**(a)**	**-8.029,4**	**-27.706,0**	**-13.649,3**	**+14.056,7**
Diensten, diverse goederen en kosten		-246,5	-484,2	-240,2	+244,0
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-94,8	-96,9	-160,1	-63,2
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-3,1	-2,1	-1,1	+1,0
Waardeverminderingen op vlottende activa		-0,1			
Overige bedrijfsopbrengsten		0,5	0,3	1,6	+1,3
Overige bedrijfskosten		-1.255,8	-1.090,7	-1.570,3	-479,6
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum		-830,5	-814,9	-157,4	+657,5
Werkingsresultaten	**(b)**	**-2.430,3**	**-2.488,5**	**-2.127,5**	**+361,0**
Financiële opbrengsten		26.518,2	30.259,3	22.676,8	-7.582,5
Financiële kosten		-20.977,3	-5.086,0	-3.978,8	+1.107,2
Financiële resultaten	**(c)**	**5.540,9**	**25.173,3**	**18.698,0**	**-6.475,3**
Uitzonderlijke opbrengsten		11,4	4,0	35,1	+31,1
Uitzonderlijke kosten		-0,4	-3,0	-1,0	+2,0
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**	**11,0**	**1,0**	**34,1**	**+33,1**
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		44.559,0	39.848,0	35.179,2	-4.668,8
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**-4.907,8**	**-5.020,2**	**2.955,3**	**+7.975,5**
Overdracht van reserves van of naar de diensten		196,8	351,4		-351,4
Reserves (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**39.848,0**	**35.179,2**	**38.134,5**	**+2.955,3**

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

Verplichtingen t.o.v. de leden	2011	2012	2013	Evolutie 2012-2013
Uitstaande spaargelden	187.403,7	180.147,3	172.378,6	-7.768,7
Technische voorzieningen	310.096,5	304.131,7	282.470,5	-21.661,2
Schulden aan 30-jarigen en onregelmatige spaarders	15.376,2	16.180,5	16.385,7	+205,2
Totaal	**512.876,4**	**500.459,5**	**471.234,8**	**-29.224,7**

Geen enkele landsbond heeft boekjaar 2013 met een mali afgesloten. Eén landsbond beschikt evenwel niet over voldoende reserves om de solvabiliteitsmarge te dekken.

5.2.5. Beleid van de Controledienst

Ingevolge het koninklijk besluit van 10 november 2012, dat van toepassing is vanaf boekjaar 2012, moeten de landsbonden, om de verbintenissen te waarborgen die ten opzichte van de spaarders werden aangegaan, het volgende aanleggen:

- technische voorzieningen die de toekomstige verbintenissen ten opzichte van de leden vertegenwoordigen, alsmede de toekomstige beheerskosten van de dossiers van de spaarders;
- een solvabiliteitsmarge, naar gelang van het geval, tussen 9% en 15% van het niveau van de technische voorzieningen.

De Controledienst volgt aandachtig de financiële toestand op van de diensten voorhuwelijkssparen van de landsbonden, en in het bijzonder deze van de landsbond die niet beschikt over voldoende reserves om de vereiste solvabiliteitsmarge te dekken.

5.3. De dienst dagvergoedingen

5.3.1. 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 vóór boekjaar 2013 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.

Vanaf boekjaar 2013 wordt de dienst dagvergoedingen ondergebracht onder de code 13.

5.3.2. Inrichting van de dienst

In 2013 richtten nog maar drie ziekenfondsen een dienst dagvergoedingen in.

Twee diensten hebben boekjaar 2013 met een mali afgesloten, maar de drie ziekenfondsen vertonen een gecumuleerd boni per 31 december 2013 voor hun dienst dagvergoedingen.

5.3.3. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

Hierna volgt de geglobaliseerde resultatenrekening van de diensten ondergebracht onder de codes 10, 11 en 12 voor de boekjaren vóór 2013 en onder de code 13 voor boekjaar 2013. Er wordt opgemerkt dat de gegevens van de boekjaren 2012 en 2013 niet vergelijkbaar zijn met deze van boekjaar 2011. Enerzijds is dit het gevolg van het feit dat een entiteit die voorheen een dergelijke dienst inrichtte, een andere juridische vorm heeft aangenomen en momenteel onderworpen is aan de prudentiële controle van de Nationale Bank van België en anderzijds komt dit omdat de andere facultatieve diensten dagvergoedingen voortaan worden ingericht door verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (zie punt 6.2. hierna).

(in duizenden EUR)		Boekjaar 2011	Boekjaar 2012	Boekjaar 2013	Evolutie 2012-2013
Bijdragen		10.619,6	381,5	180,6	-200,9
Prestaties aan leden		-9.265,0	-584,5	-178,1	+406,4
Tussenkomsten van herverzekeraars in de prestaties		653,3			
Herverzekeringspremies		-781,1			
Technische voorzieningen		1.750,2	2.235,4		-2.235,4
Overige technische opbrengsten		4,5	5,3	3,0	-2,3
Overige technische kosten		-366,2	-2.159,4		+2.159,4
Technische resultaten	**(a)**	**2.615,3**	**-121,7**	**5,5**	**+127,2**
Diensten, diverse goederen en kosten		-1.391,4	-45,0	-16,2	+28,8
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-1.164,5			
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-130,9			
Waardeverminderingen op vlottende activa		1,9	0,5		-0,5
Voorzieningen voor risico's en kosten		12,8			
Overige bedrijfsopbrengsten		73,9	0,4		-0,4
Overige bedrijfskosten		-93,6	-0,3	-1,4	-1,1
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum		-17,8	-9,7	-7,7	+2,0
Werkingsresultaten	**(b)**	**-2.709,6**	**-54,1**	**-25,3**	**+28,8**
Financiële opbrengsten		1.880,8	24,9	7,6	-17,3
Financiële kosten		-88,7	-0,5	-0,4	+0,1
Financiële resultaten	**(c)**	**1.792,1**	**24,4**	**7,2**	**-17,2**
Uitzonderlijke opbrengsten		768,7			
Uitzonderlijke kosten		-1.106,8	-3,8		+3,8
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**	**-338,1**	**-3,8**		**+3,8**
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		32.222,4	660,0	273,2	-386,8
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**1.359,7**	**-155,2**	**-12,6**	**+142,6**
Overdracht van werkkapitaal van of naar de diensten		3.311,8	-231,6		+231,6
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**36.893,9**	**273,2**	**260,6**	**-12,6**

5.4. De dienst hospitalisatie

5.4.1. Situering van de dienst

Tot 31 december 2011 omvatten de diensten "hospitalisatie" die werden ingericht door de mutualistische entiteiten zowel de diensten bij dewelke de aansluiting facultatief was als de diensten waarbij de aansluiting verplicht was. Ingevolge de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) worden de diensten waarbij de aansluiting facultatief was vanaf 1 januari 2012 verder aangeboden door verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (cf. punt 6.2. hierna). De diensten hospitalisatie die verder worden ingericht in het kader van de aanvullende verzekering betreffen uitsluitend diensten die worden beschouwd als "verrichtingen" waarvoor de aansluiting als onderdeel van het volledige pakket van diensten van de aanvullende verzekering verplicht is voor alle leden van het ziekenfonds. Deze diensten voorzien vaak in een beperkte tussenkomst in de hospitalisatiekosten of viseren uitsluitend specifieke situaties. Enkel deze diensten worden hierna nader besproken.

Per 31 december 2013 richtten veertien ziekenfondsen en twee maatschappijen van onderlinge bijstand een dienst hospitalisatie in. Van deze diensten voorzien er acht in de betaling van een forfaitair bedrag van 1,86 EUR tot 12,37 EUR per hospitalisatiedag en negen in de terugbetaling van 75% tot 100% van de werkelijke kosten. Voor een aantal diensten is de tussenkomst beperkt tot specifieke situaties, met name in twee gevallen gaat het om hospitalisaties in een psychiatrische inrichting of afdeling, in twee gevallen om hospitalisaties van kinderen, in één geval om hospitalisaties van rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming in de verplichte verzekering en in één geval om hospitalisaties als

gevolg van zware brandwonden. Eén ziekenfonds voorziet ook in een dienst die een forfaitair bedrag betaalt van 250 EUR per begonnen periode van 30 dagen voor de dekking van palliatieve zorgen zowel in een ziekenhuis als thuis. Daarnaast voorziet de dienst hospitalisatie bij één ziekenfonds ook een tussenkomst in de kosten van thuiszorg volgend op een hospitalisatie, vergoeden drie entiteiten de begeleider van de patiënt en voorzien twee entiteiten een vast bedrag bij bevalling. De meeste betrokken mutualistische entiteiten voorzien in een beperking op het vlak van de in aanmerking komende ziekenhuisdiensten, de terugbetaalde duur van de hospitalisatie en/of voorzien in een maximumbedrag. Vier entiteiten passen ook een franchise toe.

5.4.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

In de hierna volgende tabel wordt de globale resultatenrekening voor de dienst hospitalisatie gegeven van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 (in duizenden EUR). Er wordt opgemerkt dat de gegevens met betrekking tot de boekjaren 2012 en 2013 niet vergelijkbaar zijn met deze van boekjaar 2011 ingevolge de overdracht vanaf 1 januari 2012 van de facultatieve hospitalisatiediensten naar verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand.

(in duizenden EUR)		Boekjaar			Evolutie
		2011	2012	2013	2012-2013
Bijdragen		413.882,1	26.179,0	26.332,8	+153,8
Prestaties aan leden		-285.906,3	-23.302,9	-20.787,1	+2.515,8
Tussenkomsten van herverzekeraars in de prestaties		14.705,9			
Herverzekeringspremies		-21.408,9			
Technische voorzieningen		-5.705,1	5.538,9		-5.838,9
Overige technische opbrengsten		476,0	4,8	4,0	-0,8
Overige technische kosten		-35.021,1	-14,6	-13,0	+1,6
Technische resultaten	**(a)**	**81.022,6**	**8.405,2**	**5.536,7**	**-2.868,5**
Diensten, diverse goederen en kosten		-4.082,7	-422,6	-484,9	-62,3
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-8.236,1	-231,7	-85,9	+145,8
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-822,8		-0,2	-0,2
Waardeverminderingen op vlottende activa		-70,6	-89,1	-188,4	-99,3
Voorzieningen voor risico's en kosten		3,9	160,3	25,0	-135,3
Overige bedrijfsopbrengsten		305,7	60,9	12,3	-48,6
Overige bedrijfskosten		-18.538,7	-939,3	-608,9	+330,4
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum		-9.901,8	-1.016,6	-1.463,3	-446,7
Werkingsresultaten	**(b)**	**-41.343,1**	**-2.478,1**	**-2.794,3**	**-316,2**
Financiële opbrengsten		16.246,3	1.610,2	719,2	-891,0
Financiële kosten		-6.115,7	-24,1	-178,4	-154,3
Financiële resultaten	**(c)**	**10.130,6**	**1.586,1**	**540,8**	**-1.045,3**
Uitzonderlijke opbrengsten		8.892,7	25,5	2,7	-22,8
Uitzonderlijke kosten		-23.099,1	-243,0	-5,9	+237,1
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**	**-14.206,4**	**-217,5**	**-3,2**	**214,3**
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		311.772,8	21.616,1	(1)28.074,0	+6.457,9
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**35.603,7**	**7.295,7**	**3.280,0**	**-4.015,7**
Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten		-21.359,6	36,5		-36,5
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**326.016,9**	**28.948,3**	**31.354,0**	**+2.405,7**

(1) Het verschil tussen het werkkapitaal per einde boekjaar 2012 en het werkkapitaal bij het begin van boekjaar 2013 wordt verklaard door een herschikking van werkkapitaal die werd doorgevoerd door zes ziekenfondsen en één maatschappij van onderlinge bijstand.

Onderstaande tabellen geven weer hoeveel mutualistische entiteiten boekjaar 2013 hebben afgesloten met een boni of mali, en hoeveel hiervan per 31 december 2013 een gecumuleerd boni of mali vertonen.

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2012	2013	2012	2013
Entiteiten met een boni	19	10	7.343,2	3.748,7
Entiteiten met een mali	2	7	-47,5	-468,7
Totaal	**21**	**17**	**7.295,7**	**3.280,0**

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2012	2013	2012	2013
Entiteiten met een gecumuleerd boni	19	16	28.948,3	31.354,0
Entiteiten met een gecumuleerd mali	-	-	-	-
Totaal(1)	**19**	**16**	**28.948,3**	**31.354,0**

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST HOSPITALISATIE VOOR BOEKJAAR 2013
(in duizenden EUR)

			ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	5.104,8	21.228,0	26.332,8
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-4.082,9	-16.704,2	-20.787,1
V.	Overige technische opbrengsten	(+)	4,0		4,0
VI.	Overige technische kosten	(-)	-13,0		-13,0
	Technische resultaten (I tot VI)	**(a)**	**1.012,9**	**4.523,8**	**5.536,7**
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-162,1	-322,8	-484,9
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	31,6	-117,5	-85,9
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)	-0,2		-0,2
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa andere dan vorderingen uit bijdragen	(-)(+)	-34,7	-153,7	-188,4
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten			25,0	25,0
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	1,2	11,1	12,3
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-4,5	-604,4	-608,9
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-777,2	-686,1	-1.463,3
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**	**-945,9**	**-1.848,4**	**-2.794,3**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	302,6	416,6	719,2
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-22,8	-155,6	-178,4
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**	**279,8**	**261,0**	**540,8**
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	2,7		2,7
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-5,9		-5,9
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**	**-3,2**		**-3,2**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		11.243,8	16.830,2	28.074,0
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**343,6**	**2.936,4**	**3.280,0**
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**11.587,4**	**19.766,6**	**31.354,0**

(1) Het verschil met het aantal entiteiten in de vorige tabel wordt verklaard doordat een aantal ziekenfondsen het boekjaar in kwestie nog afsluiten met een resultaat, maar als gevolg van de stopzetting van de organisatie van de dienst en de daaraan verbonden overdracht van het werkkapitaal geen gecumuleerd resultaat meer hebben per einde van dit boekjaar.

5.5. De overige verrichtingen

5.5.1. Situering

De "verrichtingen" bedoeld door de eerste Europese richtlijn "verzekeringen niet-leven" omvatten naast de diensten dagvergoedingen en hospitalisatie die werden besproken in de vorige punten van dit hoofdstuk, nog andere verrichtingen die worden behandeld in dit punt. Het gaat om een uitgebreid gamma van voordelen die aan de leden worden toegekend in het kader van de aanvullende verzekering. De aard van deze voordelen is tevens heel divers en betreft zowel terugbetalingen van de door het lid betaalde kosten (vb. terugbetaling van kosten inzake alternatieve geneeswijzen, ziekenvervoer, vaccinaties en een deel van het lidgeld van sportclubs), als voordelen in natura (vb. inrichten van thuisverzorging, ter beschikking stellen van uitleenmaterieel, verlenen van adviezen omtrent ergonomische aanpassingen van de woning) en welzijnsdiensten (vb. diensten ter bevordering van de sociale integratie van langdurig zieken en gehandicapten). Vooral voor het aanbieden van thuisverzorging, de uitleendienst en welzijnsdiensten doen de mutualistische entiteiten een beroep op derden door het afsluiten van samenwerkingsakkoorden bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990, omdat de mutualistische entiteiten zelf hiervoor niet altijd over de gepaste organisatie en infrastructuur beschikken.

5.5.2. Financiële gegevens van boekjaar 2013

In onderstaande tabel wordt de geglobaliseerde resultatenrekening van boekjaar 2013 gegeven voor de overige verrichtingen. Er wordt opgemerkt dat door het gebruik van nieuwe classificatiecodes vanaf boekjaar 2013 geen vergelijking mogelijk is met de vorige boekjaren.

			LANDS-BONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	47.682,4	290.516,5	83.691,5	421.890,4
II.	Overheidstoelagen	(+)	73,9	2.742,1		2.816,0
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-40.645,5	-233.091,0	-64.822,4	-338.558,9
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-3.547,3	-24.555,9	-11.038,5	-39.141,7
VI.	Overige technische opbrengsten	(+)	593,1	6.160,9	10,1	6.764,1
VII.	Overige technische kosten	(-)	-202,4	-2.725,7		-2.928,1
	Technische resultaten (I tot VII)	**(a)**	**3.954,2**	**39.046,9**	**7.840,7**	**50.841,8**
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-1.478,4	-11.657,6	-1.455,1	-14.591,1
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-640,7	-8.307,2	-693,0	-9.640,9
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)	-10,0	-996,1	-35,8	-1.041,9
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa	(-)(+)	-270,9	-1.174,9		-1.445,8
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten			25,8		25,8
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	145,3	2.406,2	82,3	2.633,8
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-1.441,5	-604,5	-2.366,5	-4.412,5
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-655,4	-30.238,3	-1.195,7	-32.089,4
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**	**-4.351,6**	**-50.546,6**	**-5.663,8**	**-60.562,0**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	810,2	10.622,1	1.511,7	12.944,0
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-202,7	208,6	-442,7	-436,8
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**	**607,5**	**10.830,7**	**1.069,0**	**12.507,2**
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)		742,8		742,8
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-17,0	-1.488,3		-1.505,3
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**	**-17,0**	**-745,5**		**-762,5**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		26.896,8	319.901,2	52.547,3	399.345,3
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**193,1**	**-1.414,5**	**3.245,9**	**2.024,5**
XXIV.D.	Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten	(-)(+)		46.751,9	11.742,3	58.494,2
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**27.089,9**	**365.238,6**	**67.535,5**	**459.864,0**

Een overzicht van het aantal landsbonden[1], ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand met een boni of mali voor boekjaar 2013 en een gecumuleerd boni of mali per 31 december 2013 voor de overige verrichtingen is opgenomen in onderstaande tabellen.

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Landsbonden met een boni	2	1.155,9
Ziekenfondsen met een boni	29	18.022,8
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een boni	5	4.595,9
Landsbonden met een mali	2	-962,8
Ziekenfondsen met een mali	25	-19.437,3
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een mali	1	-1.350,0
Totaal	**64**	**2.024,5**

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Landsbonden met een gecumuleerd boni	4	27.089,9
Ziekenfondsen met een gecumuleerd boni	52	365.298,8
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd boni	6	67.535,5
Landsbonden met een gecumuleerd mali	-	-
Ziekenfondsen met een gecumuleerd mali	2	-60,2
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd mali	-	-
Totaal	**64**	**459.864,0**

(1) Eén landsbond richt geen "overige verrichtingen" in.

5.6. De dienst informatie aan de leden

5.6.1. Inrichting van de dienst

Artikel 67 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) voorziet in zijn vijfde lid in de mogelijkheid voor de ziekenfondsen, landsbonden en maatschappijen van onderlinge bijstand om diensten in te richten die noch verrichtingen, noch verzekeringen zijn.

Het koninklijk besluit van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67 van de voornoemde wet van 26 april 2010 somt deze diensten op. Onder deze diensten staan de diensten met als doel de "informatie aan de leden over de aangeboden voordelen". Over het algemeen beogen deze diensten de informatie aan de leden te verzekeren over alle actuele onderwerpen in verband met gezondheid, over de organisatie van het gezondheidssysteem, alsook over de diensten en voordelen die uit hun aansluiting voortvloeien. Deze diensten komen eveneens tussen in het kader van de publicatie van artikelen die kunnen bijdragen tot de informatie over, de verbetering van en de bevordering van de gezondheid.

5.6.2. Financiële gegevens van boekjaar 2013

In onderstaande tabel wordt de geglobaliseerde resultatenrekening van boekjaar 2013 gegeven voor de dienst informatie aan de leden[1].

			LANDS-BONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	546,3	17.803,4	2.525,1	20.874,8
II.	Overheidstoelagen	(+)		120,2		120,2
III.A.	Prestaties aan leden	(-)		-1.809,1	-435,7	-2.244,8
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-25,0	-1.816,9		-1.841,9
V.	Overige technische opbrengsten	(+)	4.413,2	178,4		4.591,6
VI.	Overige technische kosten	(-)	-4.344,9	-6.989,1	-24,4	-11.358,4
	Technische resultaten (I tot VI)	**(a)**	**589,6**	**7.486,9**	**2.065,0**	**10.141,5**
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-265,1	-4.730,3	-2.139,8	-7.135,2
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-298,4	-880,6	-1.097,7	-2.276,7
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)	-6,6	-33,2	-17,4	-57,2
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa andere dan vorderingen uit bijdragen	(-)(+)		-39,1		-39,1
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)		86,2	1.344,5	1.430,7
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-20,6	-31,8	-34,3	-86,7
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-8,1	-1.144,9	-60,3	-1.213,3
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**	**-598,8**	**-6.773,7**	**-2.005,0**	**-9.377,5**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	109,2	694,9	63,1	867,2
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-34,7	-9,3	-19,0	-63,0
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**	**74,5**	**685,6**	**44,1**	**804,2**
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)		24,6	1.080,9	1.105,5
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-485,6	-102,9		-588,5
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**	**-485,6**	**-78,3**	**1.080,9**	**517,0**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		4.209,2	17.021,1	2.041,8	23.272,1
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**-420,3**	**1.320,5**	**1.185,0**	**2.085,2**
XXIV.C.	Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten	(-)(+)		-16,6		-16,6
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**3.788,9**	**18.325,0**	**3.226,8**	**25.340,7**

(1) Er wordt opgemerkt dat deze bedragen tijdens de voorgaande boekjaren opgenomen waren onder de diverse diensten.

De diensten die onder de code 37 "informatie aan de leden" samengebracht worden, hebben in de loop van boekjaar 2013 globaal een boni van 2.085,2 duizend EUR geboekt. De verdeling van deze boni onder de verschillende mutualistische entiteiten die deze dienst inrichten (4 landsbonden, 41 ziekenfondsen en 4 maatschappijen van onderlinge bijstand) ziet er als volgt uit:

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Landsbonden met een boni	3	62,3
Ziekenfondsen met een boni	23	2.189,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een boni	2	1.230,4
Landsbonden met een mali	1	-482,6
Ziekenfondsen met een mali	18	-868,9
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een mali	2	-45,4
Totaal	**49**	**2.085,2**

Wat de gecumuleerde boni's en mali's betreft, is de toestand de volgende:

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Landsbonden met een gecumuleerd boni	4	3.788,9
Ziekenfondsen met een gecumuleerd boni	37	18.592,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd boni	4	3.226,8
Landsbonden met een gecumuleerd mali	-	-
Ziekenfondsen met een gecumuleerd mali	4	-267,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd mali	-	-
Totaal	**49**	**25.340,7**

5.7. Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren

5.7.1. Inrichting van de dienst

Onder de diensten die noch verrichtingen, noch verzekeringen zijn, voorziet het koninklijk besluit van 12 mei 2011 eveneens de mogelijkheid om diensten te organiseren met als doel de financiering van collectieve acties of de betoelaging van socio-sanitaire structuren. Deze moeten kaderen in het begrip gezondheid. Voor de socio-sanitaire structuren is vereist dat hun sociaal doel zich geheel of gedeeltelijk inschrijft in de voortzetting van het begrip gezondheid zoals bedoeld in artikel 2 van de wet van 6 augustus 1990.

5.7.2. Financiële gegevens van boekjaar 2013

In onderstaande tabel wordt de geglobaliseerde resultatenrekening van boekjaar 2013 gegeven voor de dienst[1].

			LANDS-BONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	12.988,0	45.383,2	5.207,0	63.578,2
III.A.	Prestaties aan leden	(-)		-122,5		-122,5
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-11.928,0	-41.784,4	-3.687,8	-57.400,2
V.	Overige technische opbrengsten	(+)		131,6		131,6
VI.	Overige technische kosten	(-)		-389,0		-389,0
	Technische resultaten (I tot VI)	**(a)**	**1.060,0**	**3.218,9**	**1.519,2**	**5.798,1**
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-1.132,0	-2.546,1	-880,9	-4.559,0
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-5,3	-3,7	-66,0	-75,0
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)		-28,0	-0,5	-28,5
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa, andere dan vorderingen uit bijdragen	(-)(+)		-175,6		-175,6
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)			700,0	700,0
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	55,0	528,3	1,1	584,4
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-4,5	-431,7		-436,2
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-34,2	-920,7	-44,4	-999,3
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**	**-1.121,0**	**-3.577,5**	**-290,7**	**-4.989,2**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	10,3	1.537,5	191,9	1.739,7
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-4,6	22,9	-63,4	-45,1
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**	**5,7**	**1.560,4**	**128,5**	**1.694,6**
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)		-39,7		-39,7
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**		**-39,7**		**-39,7**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		737,7	38.775,4	17.437,4	56.950,5
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**-55,3**	**1.162,1**	**1.357,0**	**2.463,8**
XXIV.C.	Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten	(-)(+)		2.506,4	-11.742,3	-9.235,9
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**682,4**	**42.443,9**	**7.052,1**	**50.178,4**

De diensten die onder de code 38 "financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren" samengebracht worden, hebben in de loop van boekjaar 2013 globaal een boni van 2.463,8 duizend EUR geboekt. De verdeling van dit boni onder de verschillende mutualistische entiteiten die deze dienst inrichten, gebeurt als volgt (1 landsbond, 29 ziekenfondsen en 2 maatschappijen van onderlinge bijstand):

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Landsbonden met een boni	-	-
Ziekenfondsen met een boni	18	2.910,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een boni	1	1.444,7
Landsbonden met een mali	1	-55,3
Ziekenfondsen met een mali	11	-1.748,3
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een mali	1	-87,7
Totaal	**32**	**2.463,8**

(1) *Er wordt opgemerkt dat deze bedragen naar aanleiding van de voorgaande boekjaren opgenomen waren onder verschillende diensten, waaronder voornamelijk de diverse diensten.*

Wat de gecumuleerde boni en mali betreft, is de toestand na afloop van boekjaar 2013 de volgende:

	Aantal	Bedrag (in duizenden EUR)
Landsbonden met een gecumuleerd boni	1	682,4
Ziekenfondsen met een gecumuleerd boni	27	42.457,3
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd boni	2	7.052,1
Landsbonden met een gecumuleerd mali	-	-
Ziekenfondsen met een gecumuleerd mali	2	-13,4
Maatschappijen van onderlinge bijstand met een gecumuleerd mali	-	-
Totaal	**32**	**50.178,4**

5.8. De zorgverzekering

5.8.1. Doelstellingen en organisatie van de dienst

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 HR Rail, alsook door verzekeringsondernemingen. Momenteel 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 EUR, behalve voor de leden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor wie de bijdrage 10 EUR bedraagt. Deze bedragen worden vanaf 2015 opgetrokken naar

respectievelijk 50 EUR en 25 EUR en worden voortaan jaarlijks aangepast aan de evolutie van het gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen. 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.

5.8.2 Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

Hierna volgt voor de boekjaren 2011, 2012 en 2013 de globale resultatenrekening van de zorgverzekering ingericht door de mutualistische entiteiten.

(in duizenden EUR)		Boekjaar			Evolutie
		2011	2012	2013	2012-2013
Bijdragen		91.756,3	91.952,8	92.121,8	+169,0
Overheidstoelagen		203.778,9	213.016,1	223.642,0	+10.625,9
Prestaties aan leden		-293.681,3	-303.168,7	-313.863,4	-10.694,7
Tussenkomst van herverzekeraars		10,0			
Herverzekeringspremies		-13,9			
Technische voorzieningen		-3,7			
Overige technische kosten		-1.862,9	-1.790,0	-1.904,5	-114,5
Technische resultaten	**(a)**	**-16,6**	**10,2**	**-4,1**	**-14,3**
Diensten, diverse goederen en kosten		-9.087,5	-9.426,3	-7.068,8	+2.357,5
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-137,5	-158,2	-1.436,0	-1.277,8
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-5,0	-656,1	-1.097,0	-440,9
Waardeverminderingen op vlottende activa		-20,4	-33,8	-14,9	+18,9
Voorzieningen voor risico's en kosten			79,8	-50,0	-129,8
Overige bedrijfsopbrengsten		9.402,7	9.119,1	9.644,0	+524,9
Overige bedrijfskosten		-162,9	-358,9	-372,7	-13,8
Werkingsresultaten	**(b)**	**-10,6**	**-1.434,4**	**-395,4**	**+1.039,0**
Financiële opbrengsten		383,8	280,4	159,8	-120,6
Financiële kosten		-20,4	-17,5	-19,1	-1,6
Financiële resultaten	**(c)**	**363,4**	**262,9**	**140,7**	**-122,2**
Uitzonderlijke opbrengsten		6,6	10,7	0,4	-10,3
Uitzonderlijke kosten		-127,2	-0,5	-0,6	-0,1
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**	**-120,6**	**10,2**	**-0,2**	**-10,4**
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		7.082,7	7.298,4	6.147,3	-1.151,1
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**215,6**	**-1.151,1**	**-259,0**	**+892,1**
Overdracht van werkkapitaal van of naar de diensten		0,1			
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**7.298,4**	**6.147,3**	**5.888,3**	**-259,0**

De prestaties betaald aan de leden zijn in 2013 t.o.v. 2012 toegenomen met 3,53%, terwijl de bijdragen slechts toegenomen zijn met 0,18%. Er dient opgemerkt dat bovenvermelde cijfers m.b.t. boekjaar 2011 ook de in uitdoving zijnde dienst zorgverzekering omvatten die werd aangeboden door één landsbond in aanvulling op de zorgverzekering die kadert in het decreet van de Vlaamse Gemeenschap. Deze dienst is vanaf 1 januari 2012 overgenomen door een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

5.9. Het aanvullend bijzonder reservefonds

5.9.1. 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 boekjaar 1996 zijn alle verzekeringsinstellingen op basis van een beslissing van 12 december 1996 van het Nationaal Intermutualistisch College uit voorzorg een bijdrage ten laste van elke gerechtigde blijven innen ten gunste van het aanvullend bijzonder reservefonds. Hoewel de verzekeringsinstellingen aanvankelijk eenzelfde bijdrage toepasten, ontstonden geleidelijk aan verschillen op het vlak van de gevraagde bedragen tussen de verzekeringsinstellingen onderling.

In 2014 heeft geen enkele verzekeringsinstelling een dergelijke bijdrage gevraagd aan zijn leden.

5.9.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

De financiële gegevens inzake het aanvullend bijzonder reservefonds dat is samengesteld door de landsbonden voor de boekjaren 2011, 2012 en 2013, zijn gegroepeerd in de volgende tabel. Uit deze tabel blijkt dat dit fonds over boekjaar 2013 globaal een stijging vertoonde van 4,26% vermits het werkkapitaal is toegenomen van 143,40 miljoen EUR per 31 december 2012 tot 149,51 miljoen EUR per 31 december 2013.

(in duizenden EUR)		Boekjaar			Evolutie
		2011	2012	2013	2012-2013
Bijdragen		6.285,1	6.403,0	3.985,1	-2.417,9
Technische resultaten	**(a)**	**6.285,1**	**6.403,0**	**3.985,1**	**-2.417,9**
Werkingsresultaten	**(b)**				
Financiële opbrengsten		3.165,3	3.047,8	2.316,1	-731,7
Financiële kosten		-205,4	-325,1	-195,0	+130,1
Financiële resultaten	**(c)**	**2.959,9**	**2.722,7**	**2.121,1**	**-601,6**
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**				
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		125.028,7	134.273,7	143.399,4	+9.125,7
Boni (+), mali (-)van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**9.245,0**	**9.125,7**	**6.106,2**	**-3.019,5**
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**134.273,7**	**143.399,4**	**149.505,6**	**+6.106,2**

Uit het onderzoek van de resultatenrekening blijkt dat het boni van 6,11 miljoen EUR voor boekjaar 2013 voortvloeit uit enerzijds de geïnde bijdragen, alsook de financiële opbrengsten gegenereerd door het werkkapitaal en anderzijds de afwezigheid van de noodzaak om transfers uit te voeren ten gunste van de rekeningen van de verplichte verzekering om het daar geboekte reservefonds aan te vullen. De omvang van dit resultaat en bijgevolg dit van het werkkapitaal dat bij de afsluiting van boekjaar 2013 149,51 miljoen EUR bedraagt, verklaart de vermindering van de bijdragen die worden gevraagd door de verschillende verzekeringsinstellingen en die sedert meerdere boekjaren vastgesteld wordt.

5.10. De dienst patrimonium

5.10.1. Situering van de dienst

Sommige mutualistische entiteiten beschikken over een dienst "patrimonium" voor het beheer van de roerende en onroerende goederen die nodig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten.

5.10.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

In onderstaande tabel worden de geglobaliseerde resultatenrekeningen van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 gegeven.

(in duizenden EUR)		Boekjaar			Evolutie
		2011	2012	2013	2012-2013
Bijdragen		26.111,2	28.150,5	31.983,2	+3.832,7
Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat		-24.631,7	-26.974,5	-30.473,2	-3.498,7
Overige technische opbrengsten		370,0			
Overige technische kosten				-0,2	-0,2
Technische resultaten	**(a)**	**1.849,5**	**1.176,0**	**1.509,8**	**+333,8**
Diensten, diverse goederen en kosten		-510,8	-428,9	-710,5	-281,6
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-821,7	-675,4	-637,2	+38,2
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-1,0	-6,2	-495,6	-489,4
Waardeverminderingen op vlottende activa		88,2	-629,8	-12,7	+617,1
Overige bedrijfsopbrengsten		54,8	51,6	38,6	-13,0
Overige bedrijfskosten		-425,4	-345,1	-106,8	+238,3
Werkingsresultaten	**(b)**	**-1.615,9**	**-2.033,8**	**-1.924,2**	**+109,6**
Financiële opbrengsten		127,1	375,0	364,1	-10,9
Financiële kosten		-15,4	29,3	-40,0	-69,3
Financiële resultaten	**(c)**	**111,7**	**404,3**	**324,1**	**-80,2**
Uitzonderlijke opbrengsten			0,7	0,7	
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**		**0,7**	**0,7**	
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		3.405,0	(1) 9.582,1	(1) 14.032,2	+4.450,1
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**345,3**	**-452,8**	**-89,6**	**+363,2**
Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten		5.631,7	1.763,6	550,0	-1.213,6
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**9.382,0**	**10.892,9**	**14.492,6**	**+3.599,7**

Uit de tabel hierboven blijkt dat de dienst patrimonium in de loop van boekjaar 2013 globaal een mali van 89,6 duizend EUR heeft opgelopen. Hierna volgt de verdeling van dat mali op het vlak van de mutualistische entiteiten in vergelijking met het vorige boekjaar:

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2012	2013	2012	2013
Entiteiten met een boni	5	10	900,7	1.512,1
Entiteiten met een mali	4	4	-1.353,5	-1.601,7
Entiteiten met een resultaat gelijk aan nul	24	23	-	-
Totaal	**33**	**37**	**-452,8**	**-89,6**

(1) *De verschillen tussen deze bedragen en deze opgenomen bij de afsluiting van het vorige boekjaar vloeien voort uit de inboekingen uitgevoerd door de mutualistische entiteiten om zich te richten naar de nieuwe classificatie van de diensten.*

Na afloop van boekjaar 2013 heeft de dienst globaal een werkkapitaal van 14.492,6 duizend EUR. Hierna volgt de toestand op het vlak van de gecumuleerde resultaten, in vergelijking met het vorige boekjaar:

	Aantal		Bedrag (in duizenden EUR)	
	2012	2013	2012	2013
Entiteiten met een gecumuleerd boni	8	14	10.892,9	14.492,6
Entiteiten met een gecumuleerd mali	-	-	-	-
Entiteiten met een gecumuleerd resultaat gelijk aan nul	25	23	-	-
Totaal	**33**	**37**	**10.892,9**	**14.492,6**

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN DE DIENST PATRIMONIUM VOOR BOEKJAAR 2013
(in duizenden EUR)

			LANDS-BONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	5.591,1	26.329,1	63,0	31.983,2
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-5.584,0	-24.838,0	-51,2	-30.473,2
VI.	Overige technische kosten	(-)		-0,2		-0,2
	Technische resultaten (I tot VI)	**(a)**	**7,1**	**1.490,9**	**11,8**	**1.509,8**
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)		-710,5		-710,5
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)		-637,2		-637,2
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)		-495,6		-495,6
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa andere dan vorderingen uit bijdragen	(-)(+)		-12,7		-12,7
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)		38,6		38,6
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)		-106,8		-106,8
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**		**-1.924,2**		**-1.924,2**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)		362,2	1,9	364,1
XX.	Financiële kosten	(-)(+)		-39,2	-0,8	-40,0
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**		**323,0**	**1,1**	**324,1**
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)		0,7		0,7
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**		**0,7**		**0,7**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		-7,1	13.970,1	69,2	14.032,2
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**7,1**	**-109,6**	**12,9**	**-89,6**
XXIV.C.	Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten	(-)(+)		550,0		550,0
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**-**	**14.410,5**	**82,1**	**14.492,6**

5.11. Administratief centrum

5.11.1. 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.

In dit kader werden door de Controledienst een reeks bepalingen uitgewerkt die opgenomen werden in het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 betreffende de waarderingsregels.

Deze bepalingen voorzien dat de kosten en opbrengsten die vanwege hun aard betrekking hebben op een welbepaalde dienst van de aanvullende verzekering, rechtstreeks worden toegewezen aan de betreffende dienst. Wat meer in het bijzonder de gemeenschappelijke kosten betreft, en inzonderheid de personeelskosten, de kosten inzake infrastructuur en uitrusting en de overige bedrijfskosten, voorziet het voormeld koninklijk besluit dat deze in principe op grond van een analyse van de effectieve kosten moeten worden toegerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen enerzijds, en aan de verschillende diensten of groepen van diensten van de aanvullende verzekering anderzijds.

Wat de verwerking van de gemeenschappelijke kosten betreft, stelt het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 dat elke entiteit in haar rekeningen een administratief centrum moet afzonderen dat zal fungeren als centraliserende rekening. Het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot wijziging van het bovenvermelde koninklijk besluit heeft echter voorzien in een uitzondering voor de maatschappijen van onderlinge bijstand die slechts één enkele dienst of groep van diensten inrichten, zoals opgenomen 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 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.

Of voormelde gebeurtenissen zich al dan niet voordoen, de Raad stelde dat minstens om de 3 jaar een nieuwe analyse van de kosten moet worden 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 boekjaar 2012 en dat de werkdocumenten met betrekking tot de analyse van de effectieve kosten in de maatschappelijke zetel van de mutualistische entiteit ter beschikking moeten zijn en, als onderdeel van de boekhouding, gedurende zeven jaar moeten worden bewaard.

Ongeacht of de gemeenschappelijke kosten via verdeling rechtstreeks geboekt worden 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, de volgende door de mutualistische entiteiten toegepaste verdelingswijzen van de gemeenschappelijke kosten kunnen worden onderscheiden:

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 enz.;

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.

Er moet ook op worden 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.

Overigens, naast deze rol van verdeelcentrum van de gemeenschappelijke werkingskosten, vervult het administratief centrum eveneens de rol bepaald in artikel 1, 4°, van het koninklijk besluit van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), met name de inning van de bijdragen bestemd om een eventueel mali te dekken in de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 195, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Rekening houdend met deze twee afzonderlijke rollen die worden vervuld door het administratief centrum en met de verschillende bestemming van de betrokken bedragen, werd beslist het administratief centrum door middel van twee afzonderlijke classificatiecodes aan te duiden, met name de codes 98/1 en 98/2.

Het administratief centrum bedoeld onder de code 98/1, verschillend van deze bedoeld onder de code 98/2, vervult op die manier de functie van verdeelcentrum van de gemeenschappelijke werkingskosten die niet rechtstreeks toewijsbaar zijn aan de verplichte ziekteverzekering of aan een welbepaalde dienst of verrichting. De kosten en opbrengsten in kwestie worden eraan toegewezen vóór de volledige verdeling ervan onder de verschillende diensten op basis van objectieve sleutels. Aan het einde van het boekjaar vertoont de administratieve dienst een resultaat gelijk aan nul en zal deze bijgevolg niet over werkkapitaal moeten beschikken.

Het administratief centrum bedoeld onder de code 98/2 heeft tot doel de eventuele mali van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld bij artikel 195, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ten laste te nemen,

en dat met name met behulp van geïnde administratieve bijdragen en eventuele boni van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, verkregen in de loop van de voorgaande boekjaren en aan die dienst toegewezen. Naast de voornoemde kosten en opbrengsten heeft de Raad van de Controledienst beslist dat ook de opbrengsten en kosten, waarvan de exhaustieve lijst is opgenomen in omzendbrief 14/04 van 28 februari 2014 (zie punt III.2.2 hierboven), aan deze dienst met code 98/2 mogen worden toegewezen.

5.11.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

In onderstaande tabel worden de geglobaliseerde resultatenrekeningen van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 gegeven voor het administratief centrum.

(in duizenden EUR)		Boekjaar			Evolutie
		2011	2012	2013	2012-2013
Bijdragen		42.665,9	42.463,7	36.672,9	-5.790,8
Diensten, diverse goederen en kosten		-41.487,8	-37.966,9	-33.924,8	+4.042,1
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-21.526,7	-24.285,5	-25.039,1	-753,6
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-26.323,8	-23.561,2	-21.429,5	+2.131,7
Waardeverminderingen op vlottende activa		-1.244,0	-2.275,5	-220,8	+2.054,7
Voorzieningen voor risico's en kosten		-3.764,2	-5.083,7	1.704,0	+6.787,7
Overige bedrijfsopbrengsten		41.792,3	51.068,3	37.814,1	-13.254,2
Overige bedrijfskosten		-14.070,2	-19.467,8	-9.767,4	+9.700,4
Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten aan de verplichte verzekering		16.428,1	14.322,9	13.628,6	-694,3
Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten door de verplichte verzekering		-24.740,2	-24.195,5	-22.572,5	+1.623,0
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum		30.884,7	25.999,6	35.930,3	+9.930,7
Werkingsresultaten	**(b)**	**-1.385,9**	**-2.981,6**	**12.795,8**	**+15.777,4**
Financiële opbrengsten		20.644,5	23.262,0	18.357,1	-4.904,9
Financiële kosten		-12.036,8	475,2	-2.911,5	-3.386,7
Financiële resultaten	**(c)**	**8.607,7**	**23.737,2**	**15.445,6**	**-8.291,6**
Uitzonderlijke opbrengsten		28.884,3	53.674,5	33.686,9	-19.987,6
Uitzonderlijke kosten		-16.612,2	-16.481,2	-35.793,3	-19.312,1
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**	**12.272,1**	**37.193,3**	**-2.106,4**	**-39.299,7**
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		748.259,3	(1) 750.783,7	(1) 787.725,9	+36.942,2
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(b)+(c)+(d)**	**19.493,9**	**57.948,9**	**26.135,0**	**-31.813,9**
Overdracht van het boni naar de diensten		-135,5			
Overdracht van werkkapitaal van of naar de diensten		3.471,9	-25.458,9	-49.791,7	-24.332,8
Overdracht van het boni van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering		18.151,3	27.295,7	17.124,0	-10.171,7
Tenlastename van het mali van de administratie-kosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering		-19.081,4	-16.272,3	-19.560,3	-3.288,0
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**770.159,5**	**794.297,1**	**761.632,9**	**-32.664,2**

(1) Het verschil tussen het werkkapitaal bij het begin van het boekjaar en het werkkapitaal op het einde van het vorige boekjaar, wordt verklaard door herschikkingen gerealiseerd door bepaalde ziekenfondsen.

Voor boekjaar 2013 is het boni van 26,14 miljoen EUR als volgt samengesteld:

46	mutualistische entiteiten met een boni	42,26 miljoen EUR
15	mutualistische entiteiten met een mali	-16,12 miljoen EUR
Totaal		**26,14 miljoen EUR**

GEGLOBALISEERDE RESULTATENREKENING VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN VAN HET ADMINISTRATIEF CENTRUM VOOR BOEKJAAR 2013 (in duizenden EUR)

			LANDSBONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
VIII.	Administratieve bijdragen	(+)	3.724,2	32.851,8	96,9	36.672,9
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-2.082,7	-30.734,2	-1.107,9	-33.924,8
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-1.378,4	-20.823,8	-2.836,9	-25.039,1
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)	-3.939,1	-17.465,2	-25,2	-21.429,5
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa andere dan vorderingen uit bijdragen	(-)(+)		-219,0	-1,8	-220,8
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)	787,0	976,5	-59,5	1.704,0
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	461,6	36.024,6	1.327,9	37.814,1
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-1.896,8	-7.563,8	-306,8	-9.767,4
XVII.A.	Aanrekening gemeenschappelijke werkings-kosten aan de verplichte verzekering	(+)	4.349,6	9.006,3	272,7	13.628,6
XVII.B.	Aanrekening gemeenschappelijke werkings-kosten door de verplichte verzekering	(-)	-842,3	-21.730,2		-22.572,5
XVIII.	Aandeel van de diensten van de aanvullende verzekering in de werkings-kosten van het administratief centrum	(+)	855,1	33.088,8	1.986,4	35.930,3
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**	**38,2**	**13.411,8**	**-654,2**	**12.795,8**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	3.570,7	14.761,2	25,2	18.357,1
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-925,9	-1.982,5	-3,1	-2.911,5
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**	**2.644,8**	**12.778,7**	**22,1**	**15.445,6**
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	15.731,6	17.955,3		33.686,9
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-25.211,0	-10.582,3		-35.793,3
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**	**-9.479,4**	**7.373,0**		**-2.106,4**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		201.556,7	584.253,3	1.915,9	787.725,9
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(b)+(c)+(d)**	**-6.796,4**	**33.563,5**	**-632,1**	**26.135,0**
XXIV.C.	Overdracht van het werkkapitaal van of naar de diensten	(-)(+)		-49.791,7		-49.791,7
XXIV.D.1.	Overdracht van het boni van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	(+)	8.867,7	8.256,3		17.124,0
XXIV.D.2.	Tenlastename van het mali van de administratiekosten inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering	(-)	-3.008,6	-16.551,7		-19.560,3
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**200.619,4**	**559.729,7**	**1.283,8**	**761.632,9**

5.12. Globale financiële staten inzake de aanvullende verzekering en het voorhuwelijkssparen

5.12.1. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013

Onderstaande tabellen vermelden met betrekking tot boekjaar 2013, 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 balanstoestand per 31 december 2013. Tevens worden in deze tabellen de overeenkomstige cijfers weergegeven voor de boekjaren 2011 en 2012, alsook de evolutie t.o.v. boekjaar 2012.

(in duizenden EUR)		Boekjaar			Evolutie
		2011	2012	2013	2012-2013
Bijdragen		1.048.021,1	644.923,5	660.946,9	+16.023,4
Overheidstoelagen		206.327,2	215.545,0	226.578,2	+11.033,2
Prestaties aan leden		-943.508,8	-693.433,2	-710.266,4	-16.833,2
Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat		-121.769,7	-119.527,3	-128.857,0	-9.329,7
Tussenkomsten van herverzekeraars		15.369,2			
Herverzekeringspremies		-22.203,9			
Technische voorzieningen		14.446,2	36.377,4	21.661,2	-14.716,2
Overige technische opbrengsten		24.914,9	15.184,7	11.710,3	-3.474,4
Overige technische kosten		-55.560,8	-19.917,9	-17.608,1	+2.309,8
Technische resultaten	**(a)**	**166.035,4**	**79.152,2**	**64.165,1**	**-14.987,1**
Diensten, diverse goederen en kosten		-36.973,0	-33.763,2	-53.006,0	-19.242,8
Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen		-22.904,1	-13.328,7	-23.065,7	-9.737,0
Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa		-2.488,9	-2.279,0	-14.077,5	-11.798,5
Waardeverminderingen op vlottende activa		-6.358,4	-9.876,1	-1.930,7	+7.945,4
Voorzieningen voor risico's en kosten		43,0	-18,6	1.499,0	+1.517,6
Overige bedrijfsopbrengsten		16.517,5	17.966,5	27.058,6	+9.092,1
Overige bedrijfskosten		-26.365,1	-9.258,5	-11.097,2	-1.838,7
Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten aan de verplichte verzekering				10.073,2	+10.073,2
Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten door de verplichte verzekering				-16.745,6	-16.745,6
Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum		-30.884,7	-25.999,6	-503,4	+25.496,2
Werkingsresultaten	**(b)**	**-109.413,7**	**-76.557,2**	**-81.795,3**	**-5.238,1**
Financiële opbrengsten		63.443,1	53.713,3	42.295,2	-11.418,1
Financiële kosten		-32.821,3	-5.935,4	-5.517,9	+417,5
Financiële resultaten	**(c)**	**30.621,8**	**47.777,9**	**36.777,3**	**-11.000,6**
Uitzonderlijke opbrengsten		11.514,2	17.391,3	2.564,1	-14.827,2
Uitzonderlijke kosten		-25.345,6	-19.535,3	-3.157,4	+16.377,9
Uitzonderlijke resultaten	**(d)**	**-13.831,4**	**-2.144,0**	**-593,3**	**+1.550,7**
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		930.716,1	627.019,9	706.673,2	+79.653,3
Boni (+), mali (-) van het boekjaar	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**73.412,1**	**48.228,9**	**18.553,8**	**-29.675,1**
Overdracht van het boni van het administratief centrum naar de diensten		135,5			
Overdracht van werkkapitaal van of naar de diensten		-3.471,9	25.458,9	49.791,7	+24.332,8
Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar		**1.000.791,8**	**700.707,7**	**775.018,7**	**+74.311,0**

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie
	2011	2012	2013	2012-2013
Oprichtingskosten	**64.445,9**	**64.141,1**	**71.973,5**	**+7.832,4**
Immateriële vaste activa	**9.400,8**	**7.698,0**	**6.204,6**	**-1.493,4**
Materiële vaste activa	**86.557,8**	**85.159,3**	**85.793,1**	**+633,8**
Terreinen en gebouwen	30.717,1	28.852,6	28.951,8	+99,2
Installaties, machines en uitrusting	7.758,9	7.414,1	7.790,9	+376,8
Meubilair, materieel en rollend materieel	21.650,0	21.768,7	21.406,0	-362,7
Leasing en soortgelijke rechten	5.935,8	6.006,0	6.075,7	+69,7
Overige materiële vaste activa, vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	20.496,0	21.117,9	21.568,7	+450,8
Aandeel van de herverzekeraars in de voorzieningen	**9.860,3**			
Financiële vaste activa	**8.296,5**	**13.304,6**	**13.146,5**	**-158,1**
Verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	4.815,7	10.264,2	10.745,5	+481,3
Andere financiële vaste activa, overige vorderingen en borgtochten in contanten	3.480,8	3.040,4	2.401,0	-639,4
Vorderingen op meer dan een jaar	**100.309,5**	**90.695,1**	**88.434,7**	**-2.260,4**
Vorderingen op mutualistische entiteiten	92.390,8	82.433,6	79.553,4	-2.880,2
Overige vorderingen	7.918,7	8.261,5	8.881,3	+619,8
Voorraden	**1.752,0**	**1.394,5**	**972,7**	**-421,8**
Vorderingen op ten hoogste een jaar	**290.420,5**	**265.339,8**	**253.534,2**	**-11.805,6**
Vorderingen uit prestaties, toelagen, bijdragen en ingevolge mutaties	68.242,5	54.816,9	52.469,5	-2.347,4
Vorderingen op de verplichte verzekering	17.033,1	15.949,5	22.543,7	+6.594,2
Vorderingen op mutualistische entiteiten	74.302,2	70.487,8	80.225,8	+9.738,0
Overige vorderingen	130.640,2	124.084,7	98.284,8	-25.799,9
Te verwerken uitgaven	202,5	0,9	10,4	+9,5
Geldbeleggingen	**2.157.498,9**	**1.658.897,2**	**1.704.048,3**	**+45.151,1**
Vastrentende effecten	1.427.877,8	1.038.401,9	1.048.463,7	+10.061,8
Termijnrekeningen bij kredietinstellingen	460.418,3	395.003,0	431.090,4	+36.087,4
Overige beleggingen	269.202,8	225.492,3	224.494,2	-998,1
Liquide middelen	**284.791,4**	**318.986,8**	**327.931,3**	**+8.944,5**
Overlopende rekeningen	**54.702,0**	**45.197,1**	**37.288,9**	**-7.908,2**
Totaal van de activa	**3.068.035,6**	**2.550.813,5**	**2.589.327,8**	**+38.514,3**

(in duizenden EUR)	Boekjaar			Evolutie
	2011	2012	2013	2012-2013
Werkkapitaal	**1.775.812,4**	**1.500.592,2**	**1.537.184,5**	**+36.592,3**
van de diensten	1.005.594,4	706.164,7	775.359,7	+69.195,0
van het administratief centrum	770.218,0	794.427,5	761.824,8	-32.602,7
Gecumuleerd tekort	**-4.861,1**	**-5.587,4**	**-532,9**	**+5.054,5**
van de diensten	-4.802,6	-5.457,0	-341,0	+5.116,0
van het administratief centrum	-58,5	-130,4	-191,9	-61,5
Technische voorzieningen betreffende het voorhuwelijkssparen	**310.086,5**	**304.131,7**	**282.470,5**	**-21.661,2**
Technische voorzieningen van de diensten andere dan het voorhuwelijkssparen	**125.693,0**			
Technische voorzieningen	58.496,9			
Voorzieningen voor I.B.N.R.	62.132,6			
Overige voorzieningen	5.063,5			
Voorzieningen voor risico's en kosten	**132.879,1**	**138.725,1**	**145.489,8**	**+6.764,7**
Schulden op meer dan een jaar	**240.194,8**	**223.376,6**	**211.400,4**	**-11.976,2**
Deposito's van herverzekeraars	14,4			
Financiële schulden	13.778,1	12.214,7	10.740,6	-1.474,1
Voorhuwelijkssparen – gestorte kapitalen	187.403,7	180.147,3	172.378,6	-7.768,7
Schulden tegenover mutualistische entiteiten	14.895,0	7.643,7	11.262,5	+3.618,8
Overige schulden op meer dan een jaar	24.103,6	23.370,9	17.018,7	-6.352,2
Schulden op ten hoogste een jaar	**409.795,4**	**347.218,2**	**359.522,0**	**+12.303,8**
Financiële schulden	7.835,7	14.806,4	13.493,2	-1.313,2
Schulden uit prestaties, bijdragen en ingevolge mutaties	109.389,7	71.759,9	72.304,2	+544,3
Schulden met betrekking tot belastingen, bezoldigingen en sociale lasten	87.560,5	88.342,9	91.317,6	+2.974,7
Schulden tegenover de verplichte verzekering	8.130,7	6.803,8	6.394,3	-409,5
Schulden tegenover de mutualistische entiteiten	98.545,1	107.930,0	107.490,0	-440,0
Overige schulden	98.333,7	57.575,2	68.522,7	+10.947,5
Overlopende rekeningen	**78.435,5**	**42.357,1**	**53.793,5**	**+11.436,4**
Totaal van de passiva	**3.068.035,6**	**2.550.813,5**	**2.589.327,8**	**+38.514,3**

De geglobaliseerde algemene resultatenrekening van de aanvullende verzekering en van het voorhuwelijkssparen van boekjaar 2013, zonder rekening te houden met het administratief centrum, vertoont een gecumuleerd resultaat van 775,0 miljoen EUR op 31 december 2013, wat een stijging betekent van 10,6% ten opzichte van het vorige boekjaar. De bijdragen en de prestaties belopen op 31 december 2013 respectievelijk 660,9 miljoen EUR en 710,3 miljoen EUR. Voor de bijdragen is dit een stijging van 2,5% en voor de prestaties een stijging van 2,4%.

Inzake de evolutie over de boekjaren 2012 en 2013 van de geglobaliseerde toestand van de activa en passiva van de aanvullende verzekering en van het voorhuwelijkssparen van de mutualistische entiteiten, moet worden opgemerkt dat het totaal van de balans voor boekjaar 2013 2.589,3 miljoen EUR bedraagt ten opzichte van een balanstotaal van 2.550,8 miljoen EUR in 2012, hetzij een stijging met 1,5%.

5.12.2. Globale financiële staten van boekjaar 2013

Onderstaande tabellen vermelden afzonderlijk voor 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 balanstoestand per 31 december 2013.

ALGEMENE RESULTATENREKENING VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR BOEKJAAR 2013 (in duizenden EUR) – GEGLOBALISEERDE TOESTAND VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

			LANDS-BONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
I.	Bijdragen	(+)	70.792,9	385.317,6	204.836,4	660.946,9
II.	Overheidstoelagen	(+)	73,9	2.862,3	223.642,0	226.578,2
III.A.	Prestaties aan leden	(-)	-75.157,1	-239.283,6	-395.825,7	-710.266,4
III.B.	Overdrachten aan verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	(-)	-21.084,3	-92.995,2	-14.777,5	-128.857,0
IV.	Technische voorzieningen	(-)(+)	21.661,2			21.661,2
V.	Overige technische opbrengsten	(+)	5.222,3	6.477,9	10,1	11.710,3
VI.	Overige technische kosten	(-)	-5.562,2	-10.117,0	-1.928,9	-17.608,1
	Technische resultaten (I tot VI)	**(a)**	**-4.053,3**	**52.262,0**	**15.956,4**	**64.165,1**
X.	Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	-3.390,8	-36.639,9	-12.975,3	-53.006,0
XI.	Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-)(+)	-1.104,5	-16.334,4	-5.626,8	-23.065,7
XII.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op vaste activa	(-)	-2.511,0	-10.390,6	-1.175,9	-14.077,5
XIII.	Waardeverminderingen op vlottende activa, andere dan vorderingen uit bijdragen	(-)(+)	-270,9	-1.489,4	-170,4	-1.930,7
XIV.	Voorzieningen voor risico's en kosten	(-)(+)		883,5	615,5	1.499,0
XV.	Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	204,9	14.442,8	12.410,9	27.058,6
XVI.	Overige bedrijfskosten	(-)	-3.212,1	-4.327,2	-3.557,9	-11.097,2
XVIIA.	Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten aan de verplichte verzekering	(+)	3.437,3	6.363,2	272,7	10.073,2
XVII.B.	Aanrekening gemeenschappelijke werkingskosten door de verplichte verzekering	(-)	-145,4	-16.600,2		-16.745,6
XVIII.	Aandeel van de diensten in de werkingskosten van het administratief centrum	(-)	-311,6	-191,7	-0,1	-503,4
	Werkingsresultaten (VIII tot XVIII)	**(b)**	**-7.304,1**	**-64.283,9**	**-10.207,3**	**-81.795,3**
XIX.	Financiële opbrengsten	(+)	25.922,6	14.020,4	2.352,2	42.295,2
XX.	Financiële kosten	(-)(+)	-4.415,8	-398,3	-703,8	-5.517,9
	Financiële resultaten (XIX tot XX)	**(c)**	**21.506,8**	**13.622,1**	**1.648,4**	**36.777,3**
XXI.	Uitzonderlijke opbrengsten	(+)	58,7	1.424,1	1.081,3	2.564,1
XXII.	Uitzonderlijke kosten	(-)	-1.422,0	-1.734,8	-0,6	-3.157,4
	Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)	**(d)**	**-1.363,3**	**-310,7**	**1.080,7**	**-593,3**
XXIV.A.	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het begin van het boekjaar		210.415,2	401.184,8	95.073,2	706.673,2
XXIV.B.	**Boni (+), mali (-) van het boekjaar**	**(a)+(b)+(c)+(d)**	**8.786,1**	**1.289,5**	**8.478,2**	**18.553,8**
XXIV.C.	Overdracht van werkkapitaal van of naar de diensten	(-)(+)		49.791,7		49.791,7
	Werkkapitaal (+) of gecumuleerd tekort (-) bij het einde van het boekjaar (XXIV)		**219.201,3**	**452.266,0**	**103.551,4**	**775.018,7**

ACTIVA VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR BOEKJAAR 2013 (in duizenden EUR) – GEGLOBALISEERDE TOESTAND VAN HET GEHEEL VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

		LANDS-BONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
Vaste activa		73.924,5	186.043,4	5.584,5	265.552,4
I.	Oprichtingskosten	10.626,2	61.346,5	0,8	71.973,5
II.	Immateriële vaste activa	2.044,9	778,8	3.380,9	6.204,6
III.	Materiële vaste activa	29.617,3	56.102,1	73,7	85.793,1
	A. Terreinen en gebouwen	17.725,5	11.226,3		28.951,8
	B. Installaties, machines en uitrusting	3.135,3	4.608,1	47,5	7.790,9
	C. Meubilair, materieel en rollend materieel	5.277,7	16.102,1	26,2	21.406,0
	D. Leasing en soortgelijke rechten	1.378,0	4.697,7		6.075,7
	E. Overige materiële vaste activa, vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	2.100,8	19.467,9		21.568,7
IV.	Financiële vaste activa	208,2	12.214,1	724,2	13.146,5
	A. Verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	42,7	9.978,6	724,2	10.745,5
	1. Deelnemingen	42,7	3.267,2		3.309,9
	2. Vorderingen		6.711,4	724,2	7.435,6
	B. Andere financiële vaste activa, overige vorderingen en borgtochten in contanten	165,5	2.235,5		2.401,0
V.	Vorderingen op meer dan een jaar	31.427,9	55.601,9	1.404,9	88.434,7
	A. Vorderingen op mutualistische entiteiten	28.929,8	49.218,7	1.404,9	79.553,4
	B. Overige vorderingen	2.498,1	6.383,2		8.881,3
Vlottende activa		972.454,0	1.209.152,8	142.168,6	2.323.775,4
VI.	Voorraden		972,7		972,7
VII.	Vorderingen op ten hoogste een jaar	43.416,2	195.947,1	14.170,9	253.534,2
	A. Vorderingen uit prestaties, toelagen, bijdragen en ingevolge mutaties	997,9	48.712,2	2.759,4	52.469,5
	1. Vorderingen uit prestaties	14,7	618,3	401,8	1.034,8
	2. Te ontvangen overheidssubsidies en -tussenkomsten	160,6	193,0	1.972,0	2.325,6
	3. Te innen bijdragen		47.054,7	365,2	47.419,9
	4. Vooruitbetalingen aan leden	820,4	566,0		1.386,4
	5. Overige vorderingen		280,2	20,4	300,6
	6. Voorhuwelijkssparen: schuldvorderingen ingevolge mutaties	2,2			2,2
	B. Vorderingen op de verplichte verzekering	4.351,4	16.055,3	2.137,0	22.543,7
	C. Vorderingen op mutualistische entiteiten	3.359,8	70.468,7	6.397,3	80.225,8
	D. Overige vorderingen	34.707,1	60.700,5	2.877,2	98.284,8
	E. Te verwerken uitgaven		10,4		10,4
VIII.	Geldbeleggingen	839.589,1	786.533,4	77.925,8	1.704.048,3
	A. Vastrentende effecten	606.738,4	392.480,5	49.244,8	1.048.463,7
	B. Termijnrekeningen bij kredietinstellingen	167.444,0	236.602,6	27.043,8	431.090,4
	C. Overige beleggingen	65.406,7	157.450,3	1.637,2	224.494,2
IX.	Liquide middelen	70.466,3	211.302,1	46.162,9	327.931,3
X.	Overlopende rekeningen	18.982,4	14.397,5	3.909,0	37.288,9
Totaal van de activa		1.046.378,5	1.395.196,2	147.753,1	2.589.327,8

PASSIVA VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN HET VOORHUWELIJKSSPAREN VOOR BOEKJAAR 2013 (in duizenden EUR) – GEGLOBALISEERDE TOESTAND VAN HET GEHEEL VAN DE MUTUALISTISCHE ENTITEITEN

			LANDSBONDEN	ZIEKEN-FONDSEN	M.O.B.'s	TOTAAL
Eigen vermogen			**419.820,7**	**1.011.995,7**	**104.835,2**	**1.536.651,6**
I.	**Werkkapitaal**		**419.820,7**	**1.012.336,7**	**105.027,1**	**1.537.184,5**
	A.	van de diensten	219.201,3	452.607,0	103.551,4	775.359,7
	B.	van het administratief centrum	200.619,4	559.729,7	1.475,7	761.824,8
II.	**Gecumuleerd tekort**			**-341,0**	**-191,9**	**-532,9**
	A.	van de diensten		-341,0		-341,0
	B.	van het administratief centrum			-191,9	-191,9
Voorzieningen			**299.592,2**	**128.258,6**	**109,5**	**427.960,3**
III.	**Technische voorzieningen betreffende het voorhuwelijkssparen**		**282.470,5**			**282.470,5**
IV.	**Voorzieningen voor risico's en kosten**		**17.121,7**	**128.258,6**	**109,5**	**145.489,8**
Schulden			**326.965,6**	**254.941,9**	**42.808,4**	**624.715,9**
V.	**Schulden op meer dan een jaar**		**201.340,8**	**10.059,6**		**211.400,4**
	A.	Financiële schulden	5.989,4	4.751,2		10.740,6
	B.	Voorhuwelijkssparen – gestorte kapitalen	172.378,6			172.378,6
	C.	Schulden tegenover mutualistische entiteiten	6.112,4	5.150,1		11.262,5
	D.	Overige schulden op meer dan een jaar	16.860,4	158,3		17.018,7
VI.	**Schulden op ten hoogste een jaar**		**124.627,8**	**195.511,5**	**39.382,7**	**359.522,0**
	A.	Financiële schulden	12.919,7	573,5		13.493,2
	B.	Schulden uit prestaties, bijdragen en ingevolge mutaties	22.560,5	32.180,4	17.563,3	72.304,2
		1. Schulden uit prestaties	6.159,1	29.259,9	17.168,9	52.587,9
		2. Terug te betalen bijdragen		52,8	213,2	266,0
		3. Te verwerken bijdragen		2.490,1		2.490,1
		4. Vervallen kapitalen inzake voorhuwelijkssparen	16.385,7			16.385,7
		5. Voorhuwelijkssparen: schulden ingevolge mutaties	0,1			0,1
		6. Overige schulden	15,6	377,6	181,2	574,4
	C.	Schulden met betrekking tot belastingen, bezoldigingen en sociale lasten	18.643,7	72.303,8	370,1	91.317,6
		1. Belastingen	230,6	202,1		432,7
		2. Bezoldigingen en sociale lasten	18.413,1	72.101,7	370,1	90.884,9
	D.	Schulden tegenover de verplichte verzekering		2.634,5	3.759,8	6.394,3
	E.	Schulden tegenover de mutualistische entiteiten	53.016,8	41.051,1	13.422,1	107.490,0
	F.	Overige schulden	17.487,1	46.768,2	4.267,4	68.522,7
VII.	**Overlopende rekeningen**		**997,0**	**49.370,8**	**3.425,7**	**53.793,5**
Totaal van de passiva			**1.046.378,5**	**1.395.196,2**	**147.753,1**	**2.589.327,8**

5.13. 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. 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. Vanaf 1 januari 2012 bestaan er geen dergelijke maatschappijen van onderlinge bijstand meer. De gegevens in dit punt hebben bovendien geen betrekking op de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand die werden opgericht vanaf 2012.

Onderstaande tabel geeft per landsbond en voor het geheel van de maatschappijen van onderlinge bijstand die niet aangesloten zijn bij een landsbond, de evolutie weer van het gemiddeld aantal voltijds en deeltijds tewerkgestelde werknemers gedurende de jaren 2011, 2012 en 2013. Uit deze tabel blijkt dat in 2013 het aantal werknemers in de voltijdse regeling afneemt met 1,31%. In de deeltijdse regeling neemt dit aantal toe met 0,58%. Tevens werkt in 2013 34,12% van de werknemers deeltijds.

Landsbond	Gemiddeld aantal werknemers					
	2011		2012		2013	
	Voltijds	Deeltijds	Voltijds	Deeltijds	Voltijds	Deeltijds
100	4.070,8	2.462,8	4.039,2	2.395,4	4.060,8	2.381,3
200	510,7	241,2	512,9	226,2	498,9	230,0
300	3.685,9	1.489,7	3.533,9	1.469,9	3.450,5	1.490,9
400	771,8	379,0	735,2	378,9	720,0	379,6
500	1.773,9	921,5	1.804,1	928,8	1.755,4	948,7
Totaal	**10.813,1**	**5.494,2**	**10.625,3**	**5.399,2**	**10.485,6**	**5.430,5**
M.O.B.'s niet aangesloten bij een landsbond	**1,0**	**4,0**				
TOTAAL	**10.814,1**	**5.498,2**	**10.625,3**	**5.399,2**	**10.485,6**	**5.430,5**
Evolutie t.o.v. vorig boekjaar	-0,68 %	3,68 %	-1,75 %	-1,80 %	-1,31 %	+0,58 %

De volgende tabel geeft voor dezelfde jaren het gemiddeld aantal werknemers in voltijdse equivalenten. In 2013 vertoont dit aantal t.o.v. 2012 een daling van 0,53%.

Landsbond	Gemiddeld aantal werknemers (in voltijdse equivalenten)		
	2011	2012	2013
100	5.672,85	5.611,83	5.644,64
200	672,60	665,81	656,25
300	4.723,08	4.560,60	4.506,50
400	1.021,40	989,50	970,00
500	2.414,19	2.450,30	2.424,30
Totaal	**14.504,12**	**14.278,04**	**14.201,69**
M.O.B.'s niet aangesloten bij een landsbond	**3,50**		
TOTAAL	**14.507,62**	**14.278,04**	**14.201,69**
Evolutie t.o.v. vorig boekjaar	+0,55 %	-1,58 %	-0,53 %

De hiernavolgende tabel geeft voor 2013 per landsbond 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 landsbonden meer vrouwen dan mannen tewerkstellen. Voor wat betreft de deeltijdse tewerkstelling is het duidelijk dat hiervan bijna uitsluitend vrouwen gebruik maken.

Landsbond	Aandeel in de tewerkstelling per geslacht					
	Voltijds		Deeltijds		Voltijdse equivalenten	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
100	43,14 %	56,86 %	12,38 %	87,62 %	34,36 %	65,64 %
200	37,87 %	62,13 %	10,42 %	89,58 %	31,30 %	68,70 %
300	41,01 %	58,99 %	13,06 %	86,94 %	34,47 %	65,53 %
400	46,17 %	53,83 %	15,31 %	84,69 %	38,04 %	61,96 %
500	37,38 %	62,62 %	13,71 %	86,29 %	30,91 %	69,09 %
TOTAAL	**41,43 %**	**58,57 %**	**12,92 %**	**87,08 %**	**33,92 %**	**66,08 %**

Onderstaande tabel geeft de opsplitsing van het aantal tewerkgestelde personeelsleden in voltijdse equivalenten weer per studieniveau. Hieruit blijkt dat 52,09% van de personeelsleden een diploma hoger onderwijs heeft.

Landsbond	Aandeel per studieniveau (aantal voltijdse equivalenten)				
	Lager onderwijs	Secundair onderwijs	Hoger niet-universitair onderwijs	Universitair onderwijs	Totaal
100	0,32 %	31,31 %	51,71 %	16,66 %	100,00 %
200	2,15 %	45,84 %	40,51 %	11,50 %	100,00 %
300	2,70 %	56,48 %	31,80 %	9,02 %	100,00 %
400	5,18 %	55,57 %	30,44 %	8,81 %	100,00 %
500	2,30 %	57,30 %	27,07 %	13,33 %	100,00 %
TOTAAL	**1,83 %**	**46,08 %**	**39,20 %**	**12,89 %**	**100,00 %**

5.14. Aantal mutualistische gezinnen

Samen met de jaarrekeningen van de aanvullende verzekering maken de mutualistische entiteiten die geen VMOB zijn de statistieken over van het aantal leden dat bij hen is aangesloten voor de aanvullende verzekering. Vanaf boekjaar 2013 gaat het om het aantal mutualistische gezinnen, waarbij het begrip "mutualistisch gezin" in het koninklijk besluit van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) wordt gedefinieerd als de gerechtigde en zijn eventuele personen ten laste overeenkomstig de gezinssamenstelling in het kader van de verplichte verzekering. Artikel 67 van voornoemde wet van 26 april 2010 bepaalt dat elk mutualistisch gezin dezelfde bijdrage voor de diensten van de aanvullende verzekering moet betalen, en dat er enkel een afwijking mogelijk is in functie van de samenstelling van het gezin (d.w.z. met of zonder personen ten laste) of het sociaal statuut. In dit laatste geval is een verminderde bijdrage van toepassing. Deze afwijkingen moeten worden gepreciseerd in de statuten.

Onderstaande tabel geeft de geglobaliseerde toestand per 31 december 2013 van het aantal mutualistische gezinnen.

Ledencategorie	Aantal
Mutualistisch gezin zonder personen ten laste	5.289.709
Mutualistisch gezin met personen ten laste	2.011.613
Mutualistisch gezin met verminderde bijdrage en zonder personen ten laste	92.535
Mutualistisch gezin met verminderde bijdrage en met personen ten laste	44.956
Totaal	**7.438.813**

Hoofdstuk 6

Specifieke bevoegdheden van de Controledienst inzake de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand

Jaarverslag 2014

Er wordt aan herinnerd dat de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOB's) door de Controledienst gecontroleerd worden en, behoudens uitzonderingen verbonden met de bijzondere aard van de rechtsvorm van de VMOB's[1], onderworpen worden aan dezelfde wettelijke en reglementaire bepalingen als de andere verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringen aanbieden en die onder het toezicht van de NBB en de FSMA vallen. Deze twee toezichthouders vaardigen overigens diverse omzendbrieven en mededelingen uit ter attentie van de verzekeringsondernemingen en –tussenpersonen, die kunnen worden geraadpleegd op hun respectievelijke websites. Deze omzendbrieven en mededelingen zijn ook van toepassing op de VMOB's en hun tussenpersonen.

6.1. Evolutie van het wettelijke en reglementaire kader

Wat de verzekeringssector betreft, vonden er in 2014 belangrijke wijzigingen plaats in de reglementering. De tekst hierna beoogt een overzicht te geven van deze wijzigingen, zonder volledigheid na te streven inzake deze teksten en hun inhoud, waarbij de nadruk gelegd wordt op de relevante evoluties voor de sector van de VMOB's, rekening houdend met hun werkterrein.

Vooreerst moet er verwezen worden naar de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, die tot doel heeft de rechten van de verzekeringsnemers, verzekerden, rechthebbenden en iedere derde die belang heeft bij de uitvoering van verzekeringsovereenkomsten, te beschermen en die een reeks nieuwe bepalingen bevat, die aangenomen werden om een gedeeltelijke omzetting van de richtlijn "Solvency II"[2] te verzekeren.

Bovendien hebben bepaalde artikelen van deze nieuwe wet tot gevolg dat bepalingen van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, gewijzigd of opgeheven worden.

Overigens herneemt deze wet van 4 april 2014 een reeks teksten die daarvoor opgenomen waren in andere wetgevingen:

- de bepalingen over de landverzekeringsovereenkomst (artikelen 201 en volgende), met inbegrip van de specifieke bepalingen met betrekking tot de ziekteverzekeringsovereenkomsten. Hierbij wordt opgemerkt dat de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst grotendeels opgeheven werd en dat de overblijvende artikelen geen betrekking hebben op de ziekteverzekering;

- de bepalingen inzake de verzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen (artikelen 257 en volgende). Bijgevolg werd de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen volledig opgeheven.

Eveneens wordt opgemerkt dat een deel van deze nieuwe wet gewijd is aan de controlebevoegdheden en aan de sancties en maatregelen die nodig zijn om de naleving ervan te verzekeren en waarover zowel de FSMA als de Controledienst beschikken ten aanzien van de entiteiten en hun tussenpersonen die onderworpen worden aan hun respectievelijke controle.

(1) *Deze bijzondere kenmerken kunnen als volgt worden samengevat:* ***1)*** *Toepassing van de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 met betrekking tot de verkiezing en de samenstelling van de beheersorganen* ***2)*** *De rechten en verplichtingen van de verzekerde leden worden opgenomen in de «statuten» van de VMOB's* ***3)*** *De VMOB's moeten hun activiteiten beperken tot de ziekteverzekeringen (tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen) en bijkomend tot de dekking van de risico's verbonden met de bijstand (tak 18 van bijlage 1 van hetzelfde koninklijk besluit van 22 februari 1991) en kunnen zich hiervoor alleen richten tot de leden van de ziekenfondsen die hen opgericht hebben of die een afdeling ervan uitmaken* ***4)*** *De VMOB's kunnen enkel verzekeringsovereenkomsten aanbieden aan de leden van de erbij aangesloten ziekenfondsen en kunnen bijgevolg geen dekking bieden in het kader van een groepsverzekering zoals de andere verzekeringsondernemingen* ***5)*** *Ze handelen zonder winstoogmerk en hebben vennoten noch aandeelhouders.*

(2) *Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf.*

Vervolgens moet ook de wet van 25 april 2014 houdende diverse bepalingen vermeld worden, die met name de wijziging van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen tot gevolg heeft, wat onder andere het volgende betreft:

- de onverenigbaarheden van functies die de personen beogen die deelnemen aan het bestuur en het beheer van de verzekeringsondernemingen;

- de verplichting voor de verzekeringsondernemingen om in de raad van bestuur een directiecomité op te richten, behalve als er specifieke voorwaarden aanwezig zijn;

- de bevoegdheid van het toezichtorgaan inzake de voorstellen tot benoeming, binnen de verzekeringsondernemingen, van de leden van de raad van bestuur, van het directiecomité, of desgevallend van de personen die belast zijn met de effectieve leiding, alsook van de personen die verantwoordelijk zijn voor de onafhankelijke controlefuncties.

Uit reglementair oogpunt werden op 21 februari 2014 de volgende drie koninklijke besluiten aangenomen om de MiFID-gedragsregels, die aanvankelijk enkel van toepassing waren op de banksector, van toepassing te maken op de verzekeringssector en dat, mits bepaalde aanpassingen die rekening houden met de bijzondere kenmerken van de verzekeringen:

- het koninklijk besluit tot wijziging van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen;

- het koninklijk besluit over de regels voor de toepassing van de artikelen 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten op de verzekeringssector[(1)];

- het koninklijk besluit inzake de krachtens de wet vastgestelde gedragsregels en regels over het beheer van belangenconflicten, wat de verzekeringssector betreft.

Ten slotte heeft het koninklijk besluit van 19 december 2014[(2)] vanaf 1 januari 2015 in de verzekeringsbemiddelingssector een examenregeling ingevoerd dat afgelegd moet worden om de vereiste beroepskennis te bewijzen. De verplichting om een gespecialiseerde en door de FSMA erkende cursus succesvol te volgen, werd immers vervangen door de verplichting om te slagen voor een door de FSMA erkend examen. Dit nieuwe systeem werd evenwel geconcretiseerd zonder afbreuk te doen aan de bevoegdheden toevertrouwd aan de Controledienst ten aanzien van de verzekeringstussenpersonen van de VMOB's, zoals bepaald in artikel 270, § 8, van voormelde wet van 4 april 2014.

6.2. Acties van de Controledienst

Het optreden van de Controledienst in 2014 was voornamelijk gericht op het onderzoek van meerdere principiële vragen. Met het oog op de handhaving van een permanente dialoog en van een samenwerking met de sector van de VMOB's, vonden er op de Controledienst regelmatig vergaderingen plaats met leden van Mutassur, de beroepsvereniging die de sector van de VMOB's vertegenwoordigt. Onder de thema's die in 2014 onderzocht werden, stonden er voornamelijk vragen

(1) *Krachtens artikel 350 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, die de voormelde wet van 27 maart 1995 heeft opgeheven, werden deze eerste twee koninklijke besluiten bevestigd met ingang van hun respectievelijke datum van inwerkingtreding.*

(2) *Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 maart 1996 tot uitvoering van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen en tot opheffing van de artikelen 1 tot 6, 10, eerste lid, en 11, 1° en 2°, van het koninklijk besluit van 21 juli 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 maart 1996 tot uitvoering van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 juli 2006 tot uitvoering van de wet van 22 maart 2006 betreffende de bemiddeling in bank- en beleggingsdiensten en de distributie van financiële instrumenten.*

met betrekking tot de uitbesteding van activiteiten door een verzekeringsonderneming, de uitoefening van de compliance-functie in een VMOB of ook de vorming betreffende onder andere de nieuwe MiFID-regels en de "bijscholing" van de personen die door verzekeringstussenpersonen van de VMOB's tewerkgesteld worden (vereisten inzake de beroepskennis). Deze vergaderingen hebben ook de mogelijkheid geboden om de sector in te lichten en de balans op te maken van de verschillende wettelijke of reglementaire ontwerpteksten, met betrekking tot zowel de vorderingen als de inhoud van deze teksten.

Overigens heeft de Controledienst ook veel tijd besteed aan de voorbereiding van de inwerkingtreding van de Europese richtlijn "Solvency II". In dit kader hebben de personeelsleden van de Controledienst de volledige interne vormingscyclus georganiseerd door de Nationale Bank van België kunnen volgen. De Controledienst heeft eveneens een stand van zaken gevraagd met betrekking tot de voorbereidingsgraad van de sector en de acties die op korte en lange termijn overwogen worden om zich in overeenstemming te brengen met de nieuwe regels opgelegd door de richtlijn "Solvency II". Op basis daarvan vond overleg met de Nationale Bank plaats, met dien verstande dat dit overleg een aanhoudend proces is.

Ten slotte heeft de Controledienst de bevestiging gekregen dat hij vanaf 2015 als waarnemer kan zetelen in de Commissie voor verzekeringen ingesteld bij de FSMA.

6.3. De verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand

De oprichting van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand is het gevolg van de wijziging van de wetgeving inzake de aanvullende ziekteverzekeringen aangeboden door de mutualistische entiteiten, die plaatsvond ingevolge een gemotiveerd advies van de Europese Commissie die preciseerde dat deze wetgeving niet conform was met de Europese richtlijnen inzake de verzekeringen niet-leven. De Europese Commissie was meer in het bijzonder van oordeel dat de mutualistische entiteiten die in concurrentie traden met de verzekeringsondernemingen op de markt van de aanvullende verzekeringen, ook de regels moeten naleven die voorzien zijn door de voornoemde richtlijnen. Bijgevolg heeft de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) een onderscheid ingevoerd binnen de aanvullende diensten, ingericht door de mutualistische entiteiten, tussen enerzijds de verzekeringen en anderzijds de verrichtingen en de andere diensten zonder verzekeringskarakter. Daar waar de verrichtingen en de andere diensten zonder verzekeringskarakter praktisch gezien nog steeds kunnen worden ingericht door de ziekenfondsen, de landsbonden en de maatschappijen van onderlinge bijstand die geen verzekeringen aanbieden, heeft de wet van 26 april 2010 de inrichting en het beheer van de diensten die verzekeringen zijn, vanaf 2012 toevertrouwd aan een afzonderlijke rechtspersoon, met name de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

Om de inrichting van deze producten die onder de verzekeringen vallen, te organiseren, werden de volgende dertien verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand opgericht [1]:

- Verzekeringen CM-Vlaanderen (150/01);
- MC Assure (150/02);
- HospiPlus (250/01);
- Neutra (250/02);
- Sociale Hospitalisatieverzekeringen – Soho (350/01);
- Hopimut Solidaris (350/02);

(1) Het erkenningsnummer dat werd toegekend door de Controledienst wordt telkens tussen haakjes vermeld.

– Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand van Brabant (350/03);

– Hospitaal Plus (450/01);

– OZ Verzekeringen (550/01);

– Securex (550/02);

– Ziekenfonds voor hospitalisatiekosten – Hospitalia (750/01);

– Mutuelle médicale Hippocrate (750/02);

– Médical Services (750/03).

Op het vlak van de stichtende entiteiten van deze verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, wordt opgemerkt dat binnen de vijf landsbonden die de mutualistische sector uitmaken, naar gelang van de betreffende landsbond één, twee of drie verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand werden opgericht. Daar waar alle ziekenfondsen van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten zijn aangesloten bij één enkele verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (450/01), beschikken de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen elkeen over twee verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand waarbij respectievelijk de Nederlandstalige (150/01 en 250/01) en de Franstalige en Brusselse (150/02 en 250/02) ziekenfondsen zijn aangesloten. Ondanks het feit dat de Socialistische en Onafhankelijke Landsbonden drie verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand tellen, is te onderstrepen dat in hoofde van de eerste, de ziekenfondsen aangesloten bij de drie opgerichte verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand respectievelijk Nederlandstalig (350/01), Franstalig (350/02) en Brussels (350/03) zijn, en dat voor de tweede betrokken landsbond één van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand als kenmerk heeft dat alle ziekenfondsen van deze landsbond erbij zijn aangesloten (750/01) en de twee andere (550/01 en 550/02) werden opgericht op initiatief van een ziekenfonds om aan de leden ervan eigen producten aan te bieden.

Naast deze elf entiteiten werden twee andere verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (750/02 en 750/03) opgericht op initiatief van voorheen bestaande maatschappijen van onderlinge bijstand die zich richtten tot leden met een welbepaald beroep, met name de artsen wat de eerste maatschappij betreft en de zorgverleners wat de tweede maatschappij betreft. Niettemin moet worden onderstreept dat hoewel aan deze entiteiten werd toegestaan tot 31 december 2014 de juridische vorm aan te nemen van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, de wet hen oplegt na deze datum een andere juridische vorm aan te nemen indien zij verzekeringsproducten willen blijven aanbieden. De maatschappij Médical Services (750/03) was echter niet betrokken bij een dergelijke omvorming omdat haar voorlopige erkenning, gelet op het feit dat haar financiële toestand niet voldeed aan de reglementaire vereisten om haar activiteiten te kunnen voortzetten, door de Controledienst werd ingetrokken. Deze maatschappij heeft bijgevolg haar verzekeringsportefeuille in de loop van 2013 afgestaan aan een verzekeringsonderneming onderworpen aan de controle van de Nationale Bank van België en van de FSMA. De verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand Mutuelle médicale Hippocrate (750/02) heeft zich per 1 januari 2015 omgevormd tot een coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid, zodat ze sindsdien onder het toezicht van de Nationale Bank van België en de FSMA staat.

Overigens wordt opgemerkt dat de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, om hun activiteiten uit te oefenen, beroep doen op verzekeringstussenpersonen die ingeschreven moeten zijn in een register dat wordt bijgehouden door de Controledienst. Op 1 januari 2013 telde dit register 416 verantwoordelijken voor de distributie en 4.338 personen in contact met het publiek.

Ten slotte wordt erop gewezen dat de twaalf overblijvende verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand per 31 december 2013 een totaal van 3.469.636 verzekerden hadden aangesloten, wat een toename van 2,88% vertegenwoordigt ten opzichte van de toestand van diezelfde maatschappijen per 31 december 2012.

6.4. De aangeboden producten

De verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand mogen enkel ziekteverzekeringen aanbieden in de zin van tak 2 van bijlage 1 aan het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook, op bijkomende wijze, een dekking van de risico's die behoren tot de hulpverlening, zoals bedoeld in tak 18 van dezelfde bijlage aan het voornoemde koninklijk besluit van 22 februari 1991. In deze context bestaan de door de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand aan hun verzekerden aangeboden producten vooral uit hospitalisatieverzekeringen, de toekenning van uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid en de terugbetaling van tandzorgen. Onder de dertien verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand die opgericht werden in 2012, hebben tien in de loop van hun eerste bestaansjaar hospitalisatieverzekeringen aangeboden, vier uitkeringsverzekeringen en twee tandverzorgingsverzekeringen. Ten opzichte van deze aanvankelijke toestand werd het jaar 2013, zoals reeds vermeld in punt 6.3. hierboven, enkel gekenmerkt door de intrekking van de toelating van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, met als enig gevolg dat het aantal maatschappijen die hospitalisatieverzekeringen aanbieden, teruggebracht werd naar negen. Er werd geen andere evolutie vastgesteld inzake de aangeboden producten door de twaalf andere verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, die onder het prudentiële toezicht van de Controledienst handelen.

Inzake hospitalisatieverzekeringen kan een onderscheid worden gemaakt naar gelang de voorgestelde verzekeringen een terugbetaling voorzien gebaseerd op de werkelijk gedragen kosten of bestaan uit de toekenning van een forfait per hospitalisatiedag. In de negen verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand die hospitalisatieverzekeringen aanbieden in 2013, zijn 28 producten van het type dat een terugbetaling toekent op grond van de reële kosten en zijn 13 producten forfaitair.

Wat betreft de uitkeringsverzekeringen aangeboden in 2013, worden er in totaal zes producten aangeboden door de vier betrokken verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand. Naar gelang van de bedoelde verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, dekt de geboden waarborg een toestand van afhankelijkheid ingevolge een ziekte of een ongeval, een arbeidsongeschiktheid of een beroepsherintegratie ingevolge een arbeidsongeschiktheid. Betreffende de populatie die door deze verzekeringen wordt aangesproken, hebben twee van de betrokken verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand als eigenschap producten in te richten waarvoor nieuwe verzekerden niet kunnen inschrijven; het ledental aangesloten bij deze producten bestaat immers uit verzekerden die aangesloten waren bij de diensten die voorheen werden ingericht door de stichtende mutualistische entiteiten van deze verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, ten voordele van dewelke deze verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand de voorheen gewaarborgde verplichtingen blijven naleven.

Twee verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand hebben de tandverzorgingsverzekering vanaf hun eerste bestaansjaar aangeboden en in 2013 waren ze nog steeds de enige.

Naast de drie belangrijkste verzekeringsproducten waarvan hiervoor sprake, biedt één verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand ook aan haar leden twee producten aan met vele voordelen die voorheen waren voorzien binnen de diensten van de aanvullende verzekering, ingericht door het ziekenfonds dat deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand heeft opgericht. Om zoveel mogelijk de aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering facultatief te houden, heeft het betrokken ziekenfonds inderdaad naar een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand alle diensten overgedragen die konden worden beschouwd als onderdeel van de verzekeringstakken 2 en 18.

6.5. Globale financiële staten van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand van boekjaar 2013

Inzake het ter beschikking stellen van de Controledienst van hun trimestriële of jaarlijkse financiële staten, moeten de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand hetzelfde circuit van gegevensinvoer gebruiken als de

verzekeringsondernemingen. De verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand dienen aldus hun rekeningen in bij de Nationale Bank van België via een informaticatoepassing waartoe de Controledienst toegang heeft.

De punten 6.5.1. en 6.5.2. hierna behandelen respectievelijk, voor het geheel van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, de opbrengsten en kosten die voortvloeien uit hun activiteiten in boekjaar 2013 in vergelijking met de cijfergegevens van boekjaar 2012, alsook de geglobaliseerde balanstoestand met betrekking tot de boekjaren 2012 en 2013.

6.5.1. Financiële gegevens van de boekjaren 2012 en 2013

De tabel hierna vertoont de geglobaliseerde resultatenrekening van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand met betrekking tot de boekjaren 2012 en 2013, alsook de evolutie ervan.

(in duizenden EUR)		Boekjaar		Evolutie
		2012	2013	2012-2013
Verdiende premies, onder aftrek van herverzekering	**(+)**	**401.443,0**	**439.467,7**	**+38.024,7**
a) Brutopremies	(+)	536.186,5	462.492,0	-73.694,5
b) Uitgaande herverzekeringspremies (-)	(-)	-24.192,5	-14.068,8	+10.123,7
c) Wijziging van de technische voorziening voor niet-verdiende premies en lopende risico's (toename (-) / afname (+)), zonder aftrek van herverzekering	(-)(+)	-111.602,6	-7.388,1	+104.214,5
d) Wijziging van de technische voorziening voor niet-verdiende premies en lopende risico's – deel van de herverzekeraars (toename (+) / afname (-))	(-)(+)	1.051,6	-1.567,4	-2.619,0
Overige technische opbrengsten, onder aftrek van herverzekering	**(+)**		**44,8**	**+44,8**
Schadelast, onder aftrek van herverzekering	**(-)**	**-305.366,4**	**-342.134,8**	**-36.768,4**
a) Betaalde nettobedragen	(-)	-279.548,3	-329.317,9	-49.769,6
aa) Brutobedragen	(-)	-295.552,6	-343.190,1	-47.637,5
bb) Deel van de herverzekeraar	(+)	16.004,3	13.872,2	-2.132,1
b) Wijziging van de voorziening voor te betalen schaden (toename (-) / afname (+))	(-)(+)	-25.818,1	-12.816,9	+13.001,2
aa) Zonder aftrek van herverzekering (toename (-) / afname (+))	(-)(+)	-27.169,1	-9.759,0	+17.410,1
bb) Deel van de herverzekeraars (toename (+) / afname (-))	(-)(+)	1.351,0	-3.057,9	-4.408,9
Wijziging van de andere technische voorzieningen, onder aftrek van herverzekering (toename (-) / afname (+))	**(-)(+)**	**-14.405,3**	**-7.006,6**	**+7.398,7**
Nettobedrijfskosten	**(-)**	**-31.636,2**	**-35.045,0**	**-3.408,8**
Overige technische lasten, onder aftrek van herverzekering	**(-)**	**-3,0**	**-538,5**	**-535,5**
Netto-opbrengsten van beleggingen	**(+)**	**13.687,1**	**16.109,1**	**+2.422,0**
Overige en uitzonderlijke opbrengsten	**(+)**	**671,6**	**1.468,2**	**+796,6**
Overige en uitzonderlijke kosten	**(-)**	**-645,4**	**-671,6**	**-26,2**
Belastingen op het resultaat	**(-)**	**-57,9**	**-65,7**	**-7,8**
Winst (+) / verlies (-) van het boekjaar		**63.687,5**	**71.627,6**	**+7.940,1**

Op basis van de geglobaliseerde resultatenrekening van boekjaar 2013 blijkt dat de dekkingsgraad van de schaden, zoals deze voortvloeit uit de verhouding tussen de schadelast en de verdiende premies, 77,85% bedraagt, en dat de dekkingsgraad van de kosten, met name de verhouding tussen de nettobedrijfskosten en de verdiende premies 7,97% bedraagt. De gecombineerde dekkingsgraad, d.w.z. rekening houdend met zowel de schaden als de kosten, bedraagt 85,82%. Deze situaties tonen een negatieve evolutie ten opzichte van het vorige boekjaar vermits de dekkingsgraad van de schaden, de dekkingsgraad van de kosten en de gecombineerde dekkingsgraad respectievelijk 76,07%, 7,88% en 83,95% bedroegen in boekjaar 2012.

6.5.2. Balanstoestand met betrekking tot de boekjaren 2012 en 2013

De tabellen hierna geven de geglobaliseerde balanstoestand van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand weer per 31 december 2012 en 31 december 2013, alsook de evolutie ervan.

Activa van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand voor de boekjaren 2012 en 2013 (in duizenden EUR) – Geglobaliseerde toestand

		Boekjaar		Evolutie
		2012	2013	2012-2013
Activa				
B.	Immateriële vaste activa	3.798,6	9.276,7	+5.478,1
C.	Beleggingen	564.617,2	590.700,1	+26.082,9
	I. Terreinen en gebouwen	423,8	198,1	-225,7
	II. Beleggingen in verbonden ondernemingen en deelnemingen	648,6	18,6	-630,0
	III. Overige financiële beleggingen	563.544,8	590.483,4	+26.938,6
	1. Aandelen, deelnemingen en andere niet-vastrentende effecten	10.699,9	14.691,0	+3.991,1
	2. Obligaties en andere vastrentende effecten	395.714,2	441.543,0	+45.828,8
	6. Deposito's bij kredietinstellingen	157.130,7	134.249,4	-22.881,3
Dbis.	Deel van de herverzekeraars in de technische voorzieningen	12.700,2	8.074,8	-4.625,4
E.	Vorderingen	77.636,8	65.592,8	-12.044,0
	I. Vorderingen uit hoofde van rechtstreekse verzekeringsverrichtingen	71.576,5	59.850,7	-11.725,8
	II. Vorderingen uit hoofde van herverzekeringsverrichtingen	1.450,7	130,7	-1.320,0
	III. Overige vorderingen	4.609,6	5.611,4	+1.001,8
F.	Overige activabestanddelen	102.284,0	182.528,9	+80.244,9
	I. Materiële activa	364,8	343,2	-21,6
	II. Beschikbare waarden	101.918,7	182.185,2	+80.266,5
	III. Overige	0,5	0,5	
G.	Overlopende rekeningen	9.233,4	10.184,5	+951,1
Totaal actief		770.270,2	866.357,8	+96.087,6

Passiva van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand voor de boekjaren 2012 en 2013 (in duizenden EUR) – Geglobaliseerde toestand

		Boekjaar		Evolutie
		2012	2013	2012-2013
Passiva				
A.	Eigen vermogen	415.939,2	486.867,7	+70.928,5
C.	Technische voorzieningen	286.915,2	310.890,2	+23.975,0
	I. Voorziening voor niet-verdiende premies en lopende risico's	118.741,3	126.129,4	+7.388,1
	II. Voorziening voor te betalen schaden	110.238,4	121.215,8	+10.977,4
	III. Andere technische voorzieningen	57.935,5	63.545,0	+5.609,5
E.	Voorzieningen voor overige risico's en kosten	1.368,1	1.309,3	-58,8
G.	Schulden	51.383,1	53.091,6	+1.708,5
	I. Schulden uit hoofde van rechtstreekse verzekeringsverrichtingen	21.548,8	21.211,3	-337,5
	IV. Schulden ten aanzien van kredietinstellingen	186,7		-186,7
	V. Overige schulden	29.647,6	31.880,3	+2.232,7
H.	Overlopende rekeningen	14.664,6	14.199,0	-465,6
Totaal passief		770.270,2	866.357,8	+96.087,6

Met betrekking tot de evolutie over de boekjaren 2012 en 2013 van de geglobaliseerde toestand van de activa en passiva van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand wordt opgemerkt dat het balanstotaal voor boekjaar 2013 866,4 miljoen EUR bedraagt, ten opzichte van een balanstotaal van 770,3 miljoen EUR in 2012, wat een toename van 12,47% vertegenwoordigt. Het eigen vermogen van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand kent een positieve evolutie van 70,9 miljoen EUR, wat neerkomt op een toename van 17,05% ten opzichte van boekjaar 2012.

Wat de solvabiliteit betreft, vertoont de vergelijking tussen de beschikbare solvabiliteitsmarge, d.w.z. het eigen vermogen verminderd met de aanwezige immateriële vaste activa, en de vereiste solvabiliteitsmarge, zoals berekend voor elke verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand op basis van de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, voor 2013 een geglobaliseerd dekkingsniveau van 473,51%. Ter vergelijking wordt opgemerkt dat dit geglobaliseerd dekkingsniveau in 2012 398,10% bedroeg.

Hoofdstuk 7

De controle

Jaarverslag 2014

7.1. De boekhouding en de boekhoudkundige staten[1]

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[2], 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 moeten worden opgesteld.

In bovenvermeld artikel 29 wordt eveneens gesteld:

- dat de landsbonden en de ziekenfondsen afzonderlijke rekeningenstelsels moeten invoeren voor enerzijds de boekhoudverrichtingen die betrekking hebben op de verplichte verzekering en anderzijds de boekhoudverrichtingen die betrekking hebben op de onderscheiden diensten van de aanvullende verzekering;

- dat de werkingskosten moeten worden 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.

Naast 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.

Andere specifieke bepalingen in voormeld koninklijk besluit betreffen voornamelijk de jaarrekening van de verplichte verzekering, waarvan hierna enkele voorbeelden:

(1) *Dit punt betreft enkel de mutualistische entiteiten die geen verzekeringen aanbieden. De verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand zijn op dat vlak onderworpen aan het koninklijk besluit van 17 november 1994 betreffende de jaarrekening van verzekeringsondernemingen en de richtlijnen ter zake uitgevaardigd door de Nationale Bank van België.*

(2) *De wet van 17 juli 1975 op de boekhouding van de ondernemingen werd opgeheven, maar de tekst ervan werd ongewijzigd geïntegreerd in het Wetboek van economisch recht.*

- de termijn waarbinnen de verworpen prestaties betaald in het kader van de verplichte verzekering moeten worden heringediend bij het RIZIV of financieel geregeld;

- het feit dat de jaarrekening van de verplichte verzekering in een eerste fase, wat de sector geneeskundige verzorging betreft, wordt afgesloten door toepassing van voorlopige normatieve verdeelsleutels voor de verdeling van de inkomstenaandelen van de verzekeringsinstellingen, en dat in een volgend boekjaar deze inkomstenaandelen worden gecorrigeerd door toepassing van de definitieve verdeelsleutels met betrekking tot het boekjaar in kwestie.

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. De Controledienst heeft de mogelijkheid om voormelde termijn voor de jaarrekening van de verplichte verzekering met maximum zes maand te verlengen om 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.

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 rekeningenstelsels, 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 rekeningenstelsels, 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 rekeningenstelsels of de schema's van de jaarrekening kunnen uitgevoerd worden om tegemoet te komen aan wijzigingen in de wetgeving en reglementering of indien uit de praktijkervaring blijkt dat verfijningen wenselijk zijn.

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 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 moet worden gevoerd en de boeken moeten worden 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 verspreid kunnen 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 moeten 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 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 27ste van de volgende maand, waarna met betrekking tot de afgesloten maand het journaal en de proef- en saldibalans moeten 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 door de verantwoordelijke moet getekend worden voor gezien. 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 moet 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 moeten worden 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 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 moeten echter langer dan, naargelang van het geval, drie of zeven jaar worden 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 moeten worden 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

Om 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 moeten worden 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

Met het oog op de elektronische overdracht van de jaarrekeningen van zowel de aanvullende verzekering als de verplichte verzekering en de verwerking ervan werd een softwareprogramma genaamd "EGUS" (Elektronisch gegevensuitwisselingssysteem) ontwikkeld. Bij deze ontwikkeling werden de landsbonden in een werkgroep ad hoc nauw betrokken en dit geldt eveneens voor de verdere evolutie ervan. Als een van de voorwaarden waaraan het uitwisselingssysteem moest 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 moeten inbrengen 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 vorige boekjaar. Desgevallend kunnen de teksten nog manueel bijgewerkt worden.

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

Het systeem EGUS wordt niet alleen gebruikt in het kader van de jaarrekeningen, maar ook voor de statistische gegevens inzake de aanvullende verzekering. De op dit moment overgemaakte statistische gegevens betreffen de ledentallen van de ingerichte diensten en de statistieken inzake de dienst voorhuwelijkssparen.

Tevens 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. Naast 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 moeten 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, wat 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 heeft de Controledienst na overleg met het Instituut der Bedrijfsrevisoren, het Technisch Comité en de voormalige Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen een nieuwe stap gezet via het uitwerken van een reglement inzake de interne controle en interne audit dat 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.

Om 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, om 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 referte-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 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.

In de loop van het jaar 2014 heeft de Controledienst werkvergaderingen georganiseerd met elke verzekeringsinstelling en de door hen aangestelde revisoren met het oog op de evaluatie van de werkprocedures toegepast door elk van de verzekeringsinstellingen om het model "COSO-ERM" te implementeren. Op termijn zouden deze onderzoeken de Controledienst moeten toelaten om de bepalingen uit te vaardigen die nodig zijn voor de harmonisering van de toestanden vastgesteld binnen de verschillende verzekeringsinstellingen.

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. In dit kader heeft de Controledienst bij omzendbrief 95/01 van 15 mei 1995, en in de vorm van aanbevelingen, vooreerst algemene richtlijnen uitgewerkt inzake de opdrachten en de verslagen van de revisoren en heeft hij vervolgens, door middel van omzendbrieven, de schema's van typeverslagen vastgelegd die moeten worden opgesteld.

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 moeten daarentegen een eigen revisor aanstellen.

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, maar 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, moeten dan ook de nodige beveiligingen en controles 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 de schema's van typeverslagen vastgelegd die door de revisoren moeten worden opgesteld, namelijk:

– een schema van typeverslag betreffende de financiële toestand van de aanvullende verzekering van de landsbonden en de ziekenfondsen;

– een schema van typeverslag op het niveau van de landsbonden betreffende de financiële toestand van de verplichte verzekering.

De voormelde schema's die momenteel van kracht zijn, worden bepaald bij omzendbrief 13/03 van 25 maart 2013.

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 moeten de revisoren zich inzonderheid uitspreken 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.

Bovendien heeft de Controledienst, na advies van het Instituut der Bedrijfsrevisoren en van het Technisch Comité, schema's van typeverslagen bepaald die de revisoren moeten opstellen in het kader van de jaarlijkse evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen, die door de Controledienst wordt uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 28 augustus 2002.

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

- het onderzoek van de interne, administratieve en boekhoudkundige controle (artikel 2, 5°, van het voornoemde koninklijk besluit);

- het onderzoek van de chronologische betaling van de facturen inzake de derdebetalersregeling (artikel 2, 6°, van het voornoemde koninklijk besluit).

Via de omzendbrieven 09/14 van 26 oktober 2009 en 09/15 van 27 oktober 2009 heeft de Controledienst de nodige instructies aan de revisoren meegedeeld met betrekking tot het verslag dat opgesteld moet worden na de twee voormelde onderzoeken. Er wordt opgemerkt dat de omzendbrieven namelijk als doel hebben dat de conclusies geformuleerd door de verschillende revisoren zich baseren op een identieke benadering van de betrokken problematieken.

7.3.2. Revisorale verslagen

In de loop van het jaar 2014 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 boekjaar 2013, alsook de verslagen inzake de financiële toestand van de verplichte verzekering na afloop van boekjaar 2011 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. 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, alsook van belangrijke verschillen vastgesteld tussen de van toepassing zijnde boekhoudkundige referentiekaders voor de openbare instellingen van sociale zekerheid, die gevolgd worden door de betrokken verzekeringsinstelling, en deze opgelegd door de wet van 6 augustus 1990.

De jaarrekeningen van de aanvullende verzekering van boekjaar 2013 maakten het voorwerp uit van een verklaring zonder voorbehoud. In dit verband wordt ook opgemerkt dat in 2014 voor het eerst trialogen werden georganiseerd met elke landsbond en de aangestelde revisor(en) met het oog op de bespreking van de vaststellingen van de revisor(en).

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 basis van het advies van de Commissie voor onderzoek van de kandidaturen en overeenkomstig artikel 4, § 2, van het erkenningsreglement heeft de Controledienst in 2014, voor een periode van twee jaar, het mandaat verlengd van twee revisoren waarvan de voorlopige erkenning afliep.

Zo telt de voornoemde lijst op 31 december 2014 21 door de Controledienst erkende revisoren, waarvan 14 met een definitieve erkenning (zie bijlage 3).

7.4. De controle uitgevoerd door de Controledienst

In de loop van 2014 werd een belangrijk deel van de controles gerealiseerd in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen voor de boekjaren 2013 en 2014. 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 voor de toewijzing van de geboekte prestaties en de subrogatoir toegekende prestaties die effectief teruggevorderd werden. Overigens vonden er verschillende specifieke controles plaats die werden uitgevoerd om de punctuele vragen op te lossen die zich stelden bij het onderzoek van interne documenten, revisorale verslagen of ook naar aanleiding van klachten van mutualistische entiteiten. In de context ten slotte van de werking van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, werden ze allemaal in 2014 onderworpen aan een controle inzake het nazicht van de verplichting een doorlopende inventaris van de dekkingswaarden bij te houden.

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.

De Raad van de Controledienst heeft dus 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 moeten worden 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 werd opnieuw uitgevoerd voor de evaluatie betreffende boekjaar 2013. Dit onderzoek, dat aanving in het tweede semester van 2013 en gefinaliseerd werd tijdens het eerste semester van 2014, had enerzijds betrekking op het nazicht van de aanwezigheid van een gedetailleerde en exhaustieve inventaris van de saldi op de balans van de rekeningen van het boekjaar 2012 en anderzijds op de opsporing van "oude bedragen" die, krachtens de termijnen voorzien in de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de principes van een regelmatige boekhouding, bij de afsluiting van boekjaar 2012 niet meer mochten voorkomen in de rekeningen. 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 54 ziekenfondsen, 5 landsbonden van ziekenfondsen en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

Ingevolge deze onderzoeken kon worden vastgesteld dat voor meer dan 97% 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 boekjaar 2012, werd, naargelang het boekjaar van oorsprong, een afhouding toegepast die overeenstemt met 70%, 50%, 40%, 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 2014 en in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van boekjaar 2014 heeft de Controledienst ook het onderzoek aangevat van de inventarissen van de boekhoudsaldi bij de afsluiting van boekjaar 2013. Dit onderzoek, dat in de loop van het eerste semester van 2015 zal worden voortgezet, heeft 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 boekjaar 2013, maar ook op het nazicht dat de eerder betekende oude bedragen wel degelijk geregulariseerd werden vóór de afsluiting van boekjaar 2013. In het kader van de evaluatie wordt ook hier op de oude niet-geregulariseerde bedragen, overeenkomstig de specifieke schalen, ter zake vastgelegd door de Raad van de Controledienst, een verschillende afhouding toegepast 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 moeten 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 via het onderzoek door de inspecteurs van de Controledienst van thema's die jaarlijks vastgelegd worden door de Raad van de Controledienst in overleg met het RIZIV. Praktisch gezien wordt opgemerkt dat het thema weerhouden in het kader van de evaluatie betreffende boekjaar 2013, met name de "interventionele prestaties", onderzocht werd door de inspectiedienst van de Controledienst. Na afloop van dit onderzoek werden er afhoudingen toegepast volgens de door de Raad aangenomen evaluatieprincipes.

De inspecteurs van de Controledienst zijn eveneens overgegaan tot de herziening van de aanvankelijk onderzochte thema's in het kader van de vier voorafgaande evaluatieperiodes. Deze thema's hadden respectievelijk betrekking op de beoordeling van de ingestelde validiteitscontroles inzake de prestaties kinesitherapie, fysiotherapie, logopedie en op de encodering van de tandnummering met betrekking tot de prestaties waarvoor een dergelijke encodering noodzakelijk blijkt om 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 om tegemoet te komen aan de aanvankelijk vastgestelde tekortkomingen en dat op basis van praktische onderzoeksmodaliteiten die eveneens voorafgaandelijk door de Raad van de Controledienst vastgelegd waren. 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 werd, overeenkomstig de evaluatieprincipes die ter zake door de Raad vastgelegd waren, een identieke afhouding uitgevoerd voor de thema's van de fysiotherapie en de logopedie als deze die werd uitgevoerd voor de oorspronkelijke gebreken.

7.4.3. Controle van de naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de geboekte prestaties

Krachtens de wettelijke bepalingen moet de toewijzing van de uitgaven van de verplichte verzekering uitgevoerd worden aan de ad hoc maand of trimester, naar gelang deze uitgaven betrekking hebben op geneeskundige verzorging of op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid. In het kader van de evaluatie van de beheersprestaties is het nodig de cijfermatige impact te kennen van de eventuele verschuivingen van uitgaven van een maand naar een andere of van een trimester naar een ander.

Deze gegevens werden ingezameld op grond van controles uitgevoerd door de inspecteurs van de Controledienst. Deze controles werden uitgevoerd tijdens het eerste semester van 2014 en betroffen alle uitgaven toegewezen aan de periode van het derde trimester van 2012 tot en met het tweede van trimester 2013. De aldus uitgevoerde controles lieten toe voor elke verzekeringsinstelling het bedrag te bepalen van de onterechte verschuivingen, zowel inzake de uitgaven geneeskundige verzorging als inzake de uitgaven uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid. Globaal gezien werden er verschuivingen vastgesteld voor 0,47% op het vlak van de uitgaven geneeskundige verzorging en voor 0,40% op het vlak van de uitgaven uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid.

7.4.4. 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 terugbetaling voor wat betreft de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid.

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 boekjaar 2013 aangevangen in de loop van het tweede semester van 2013 en afgesloten in de loop van het eerste semester van 2014.

In hoofdzaak werden deze controles uitgevoerd vertrekkende van de lijsten van de subrogatoir uitgevoerde en in 2012 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 3,6% van de onderzochte gevallen als foutief diende beschouwd te worden.

Tenslotte dient opgemerkt dat de Controledienst in de loop van het tweede semester van 2014 en meer in het bijzonder in de context van de evaluatie van 2014, het onderzoek heeft aangevat van dit thema, en dit vertrekkende van de lijsten van de in 2013 effectief teruggevorderde subrogatoir uitgevoerde betalingen.

7.4.5. Controle van het bijhouden van een doorlopende inventaris van de dekkingswaarden door de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand

Krachtens artikel 16, §3, van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen moet iedere verzekeringsonderneming op haar maatschappelijke zetel een speciaal register bijhouden, doorlopende inventaris van de dekkingswaarden genaamd, die opgesteld moet worden met naleving van de bepalingen bedoeld in Verordening nr. 12 van de Nationale Bank van België. Gelet op het bijzonder belang van deze doorlopende inventaris in de verzekeringssector, vermits deze tot doel heeft een verband te leggen tussen de boekhouding en het afzonderlijke vermogen van de onderneming met het oog op de bescherming van de verzekerden, werd er een controle verricht in alle verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand om de aanwezigheid op hun zetel na te gaan van een dergelijke doorlopende inventaris die voldoet aan de voorwaarden qua vorm en inhoud zoals uitdrukkelijk bepaald in de artikelen 3 tot 5 van voormelde Verordening nr. 12.

Naar aanleiding van dit onderzoek werd opgemerkt dat een groot aantal verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand als doorlopende inventaris voornamelijk documenten hebben voorgelegd die vergelijkbaar zijn met deze die gewoonlijk afgeleverd worden in de mutualistische sector, zoals bewijsstukken afkomstig van bankinstellingen waar de financiële beleggingen werden gerealiseerd. De aldus opgemaakte inventarissen voldeden evenwel niet systematisch aan de opgelegde voorwaarden qua vorm en inhoud. De Raad van de Controledienst heeft daarom beslist de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand te herinneren aan de specificiteiten waaraan een dergelijke inventaris van de dekkingswaarden moet voldoen in de verzekeringssector, waarbij hun aandacht in hoofdzaak erop gevestigd werd dat deze inventaris uit een register bestaat, dat dit register gekenmerkt wordt door een doorlopende nummering van de bladen en de aanwezigheid van een eerste blad waarop bepaalde aanduidingen moeten voorkomen, en dat iedere in- en uitschrijving in het register moet worden gedateerd en ondertekend door een persoon die de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand op rechtsgeldige wijze kan verbinden.

Hoofdstuk 8

De Controledienst

Jaarverslag 2014

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.

In 2014 vergaderde de Raad 17 maal.

8.2. Het Technisch Comité

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 HR Rail, 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 FSMA, 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 2014 kwam het Technisch Comité 4 keer samen.

8.3. De administratieve diensten

Op 31 december 2014 telde de Controledienst 41 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 door twee koninklijke besluiten van 28 januari 2015[(2)], reeds vermeld in hoofdstuk 3, legt de modaliteiten voor de verdeling 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 HR Rail 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 die geen verzekeringen mogen aanbieden**, 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 2014 zijn het forfaitair minimumbedrag en het promille respectievelijk vastgelegd op 4.654,70 EUR en 3,529[(3)].

De maatschappijen van onderlinge bijstand opgericht na het van kracht worden van de voornoemde wet van 26 april 2010 om enerzijds verrichtingen en anderzijds diensten die geen verrichtingen noch verzekeringen uitmaken aan te bieden, moeten het forfaitaire minimumbedrag betalen, dat hierboven 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) Koninklijke besluiten van 28 januari 2015 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 4 april 2014 houdende vaststelling, voor het jaar 2014, 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 toepassing van het voornoemde koninklijk besluit van 21 december 1992 heeft ervoor gezorgd dat voor alle mutualistische entiteiten de werkingskosten van 2012 en 2013 voor de sector van de aanvullende verzekering werden berekend op basis van de bijdragen van respectievelijk 2010 en 2011 terwijl, voor bepaalde entiteiten, een deel van de diensten die door hen in 2010 en/of in 2011 werd georganiseerd vanaf 2012 werd overgenomen door een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand. Dat betekent dat, voor deze entiteiten, de werkingskosten voor 2012 en 2013 werden berekend rekening houdend met de bijdragen voor diensten die voortaan door een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand worden georganiseerd. Bovendien heeft het voornoemde koninklijk besluit van 28 januari 2015 het voornoemde koninklijk besluit van 21 december 1992 gewijzigd door artikel 3bis in te voegen zodat de mutualistische entiteiten die geen verzekeringen kunnen aanbieden wel een deel van hun tegemoetkomingen in de werkingskosten voor de aanvullende verzekering kunnen "recupereren" door toepassing van het bedrag promille van de jaren 2012 en 2013 op de bijdragen voor respectievelijk 2010 en 2011 van de diensten van de aanvullende verzekering die werden overgedragen naar een maatschappij van onderlinge bijstand die enkel verzekeringen kan aanbieden.

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.

Vanaf het jaar 2014 zijn deze maatschappijen van onderlinge bijstand, voor de eerste twee jaren van deelname in de werkingskosten van de Controledienst, een bijdrage verschuldigd die gelijk is aan de minimale bijdrage die door de NBB en de FSMA aan de commerciële verzekeringsondernemingen ten laste wordt gelegd. Voor de volgende jaren zijn deze maatschappijen van onderlinge bijstand een door de Koning vastgelegd bedrag promille verschuldigd van hun bijdragen die tijdens het voorlaatste jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop de werkingskosten betrekking hebben, door de leden werden gestort. Dat bedrag is gelijk aan de som:

– van het resultaat van de verhouding tussen de bijdrage van de verzekeringsondernemingen, in het kader van de activiteiten van de ziekteverzekering in de zin van tak 2 en van hulpverlening, zoals bedoeld in tak 18, in de werkingskosten van de FSMA, vastgelegd in toepassing van artikel 8 van het koninklijk besluit van 17 mei 2012[(1)] en het totale bedrag aan premies en bijdragen waarmee rekening werd gehouden voor de verdeling van deze bijdrage

– en van het resultaat van de verhouding tussen de bijdrage van de verzekeringsondernemingen, in het kader van de activiteiten van de ziekteverzekering in de zin van tak 2 en van hulpverlening, zoals bedoeld in tak 18, in de werkingskosten van de NBB, vastgelegd in toepassing van artikel 2 van het koninklijk besluit van 17 juli 2012[(2)] en het totale bedrag aan premies en bijdragen waarmee rekening werd gehouden voor de verdeling van deze bijdrage.

Voor het jaar 2014 is het bedrag promille vastgelegd op 1,30678[(3)].

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.

Ten slotte zijn de **verzekeringstussenpersonen van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand**, voor hun deelname in de werkingskosten van de Controledienst, in toepassing van artikel 268, § 1, 8°, van de wet van 4 april 2014

(1) Koninklijk besluit van 17 mei 2012 betreffende de vergoeding van de werkingskosten van de FSMA ter uitvoering van artikel 56 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten.

(2) Koninklijk besluit van 17 juli 2012 betreffende de dekking van de werkingskosten van de Nationale Bank van België verbonden aan het toezicht op financiële instellingen, tot uitvoering van artikel 12bis, § 4, van de wet van 22 februari 1998 tot vaststelling van het organiek statuut van de Nationale Bank van België.

(3) Koninklijk besluit van 2 februari 2015 tot vaststelling, voor het jaar 2014, van het promille, bedoeld in artikel 1bis, § 3, 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.

betreffende de verzekeringen, de betaling van een jaarlijks inschrijvingsrecht verschuldigd om ingeschreven te zijn en deze inschrijving te behouden in het register van de verzekeringstussenpersonen, dat door de Controledienst wordt bijgehouden. Op basis van de informatie verstrekt door de FSMA legt de Controledienst het basisinschrijvingsrecht voor 2014 vast op 299,00 EUR en het bijzondere inschrijvingsrecht op 44,85 EUR per persoon in contact met het publiek en 59,80 EUR per persoon verantwoordelijk voor de distributie.

8.5. Financiële gegevens van de Controledienst

De tabellen hierna tonen respectievelijk de uitvoering van de begroting voor boekjaar 2014 en de balanstoestand per 31/12 met betrekking tot de boekjaren 2013 en 2014, alsook de evolutie ervan.

		2014
Ontvangsten	**(+)**	**6.000.524,53**
Tussenkomst van de mutualistische entiteiten	(+)	4.891.243,60
Tussenkomst van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand	(+)	693.945,33
Tussenkomst van de verzekeringstussenpersonen	(+)	243.894,30
Sancties	(+)	165.250,00
Overige	(+)	6.191,30
Uitgaven	**(-)**	**-6.001.662,12**
Personeelskosten	(-)	-3.466.400,62
Werkingskosten	(-)	-1.588.092,46
Investeringen	(-)	-42.571,21
Overdracht sancties	(-)	-171.400,00
Regularisatie tussenkomst van de mutualistische entiteiten	(-)	-731.697,83
Overige	(-)	-1.500,00
Overschot (+) / tekort (-) van het boekjaar		**-1.137,59**

	Boekjaar		Evolutie
	2013	2014	2013-2014
Activa			
Immateriële vaste activa	9.467,90	12.503,98	+3.036,08
Materiële vaste activa	73.692,94	65.062,43	-8.630,51
Vorderingen op meer dan een jaar	12.249,26	13.084,74	+835,48
Vorderingen op ten hoogste een jaar	189.896,54	1.346.421,10	+1.156.524,56
Liquiditeiten	4.251.452,57	3.835.699,38	-415.753,19
Wacht- en regularisatierekeningen	223.568,04	240.213,37	+16.645,33
Totaal actief	**4.760.327,25**	**5.512.985,00**	**+752.657,75**
Passiva			
Administratieve reserve	988.632,33	1.200.332,42	+211.700,09
Fonds van het vastliggend	83.160,84	77.566,41	-5.594,43
Opnieuw overgedragen resultaten	2.906.578,27	2.736.882,27	-169.696,00
Voorzieningen voor intresten hangende boetes	177.139,30	190.278,43	+13.139,13
Schulden op ten hoogste een jaar	142.304,01	866.562,97	+724.258,96
Wacht- en regularisatierekeningen	462.512,50	441.362,50	-21.150,00
Totaal passief	**4.760.327,25**	**5.512.985,00**	**+752.657,75**

Bijlage 1

Lijst van de verzekeringsinstellingen, ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand op 31 december 2013[1]

Jaarverslag 2014

(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 (1)	Oude Burg 19	8000	BRUGGE
111		CHRISTELIJKE MUTUALITEIT ZUID-WEST-VLAANDEREN	Beneluxpark 22	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	CHRISTLICHE 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**	Charleroisesteenweg 145	1060	BRUSSEL
203		VLAAMS EN NEUTRAAL ZIEKENFONDS – Vlaanderen (2)	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		NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN	Statieplein 12	9300	AALST
280	3	NEUTRALE ZORGKAS VLAANDEREN	Statieplein 12	9300	AALST

(1) *Nieuwe benaming vanaf 1 januari 2015: "Christelijke Mutualiteit Brugge".*
(2) *Nieuwe benaming vanaf 1 januari 2015: "Vlaams en Neutraal Ziekenfonds".*

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	Capucienenstraat 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	**LANDSBOND 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	Z.I. Hauts-Sarts, rue de Hermée 177D	4040	HERSTAL [1]
415	LIBERALE MUTUALITEIT LIMBURG	Geraetsstraat 20	3500	HASSELT
417	LIBERALE MUTUALITEIT – VLAAMS GEWEST	Prieelstraat 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	**LANDSBOND 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 [2]	Louis Mettewielaan 74-76	1080	BRUSSEL
515	FREIE KRANKENKASSE	Hauptstrasse 2	4760	BULLINGEN
516	ZIEKENFONDS SECUREX	Tervurenlaan 43	1040	BRUSSEL
526	PARTENA ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS VLAANDEREN	Sluisweg 2	9000	GENT
527	PARTENA – MUTUALITE LIBRE [2]	boulevard Anspach 1	1000	BRUXELLES
580 2	ZORGKAS VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN	Sint-Huibrechtsstraat 19	1150	BRUSSEL

(1) Het betreft het nieuwe adres vanaf 1 januari 2015.

(2) Er wordt opgemerkt dat het ziekenfonds "Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds" (509) op 1 januari 2015 een fusie is aangegaan met het ziekenfonds "Partena – Mutualité libre" (527). Het ziekenfonds ontstaan uit de fusie behoudt de benaming "Partena – Mutualité libre" en heeft het nummer 509.

600	**HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**	**Troonstraat 30, bus A**	**1000**	**BRUSSEL**

900	**KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HR RAIL**	**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	HOSPIPLUS	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	Zuidstraat 111	1000	BRUSSEL
450/01	HOSPITAAL 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

Bijlage 2

Algemeen overzicht van de resultaten verkregen ingevolge de toepassing voor het jaar 2013 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 2014

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 beheersovereen-komst	6.300.339,12	6.107.548,74	96,94%	771.206,86	720.075,85	93,37%	4.664.642,09	4.389.428,21	94,10%
2.	De maximumfactuur	4.200.226,08	4.173.344,63	99,36%	514.137,91	511.657,20	99,52%	3.109.761,38	3.093.668,37	99,48%
3.	Overmaken aan het RIZIV van docu-menten van de verplichte verzekering en gegevens ten behoeve van de experten	2.100.113,04	1.955.047,73	93,09%	257.068,95	251.322,17	97,76%	1.554.880,70	1.526.348,64	98,17%
4.	Deelname aan studies	2.100.113,04	2.100.113,04	100,00%	257.068,95	257.068,95	100,00%	1.554.880,70	1.554.880,70	100,00%
5.	Interne controle	10.500.565,20	9.915.683,72	94,43%	1.285.344,76	1.261.565,88	98,15%	7.774.403,49	7.585.485,49	97,57%
6.	Chronologie der betalingen	2.100.113,04	2.100.113,04	100,00%	257.068,95	250.642,23	97,50%	1.554.880,70	1.554.880,70	100,00%
7.	Toewijzing van prestaties van de verplichte verzekering	6.300.339,12	6.228.515,25	98,86%	771.206,86	768.816,12	99,69%	4.664.642,09	4.601.669,42	98,65%
8.	Beheer van de inkomsten van de verplichte ziekteverzekering	4.200.226,08	4.198.414,34	99,96%	514.137,91	513.761,93	99,93%	3.109.761,38	3.108.340,65	99,95%
9.	Controle door de adviserend geneesheren	2.100.113,04	2.059.895,88	98,09%	257.068,95	253.386,44	98,57%	1.554.880,70	1.531.907,33	98,52%
10.	Gezondheidsopvoeding	2.100.113,04	2.100.113,04	100,00%	257.068,95	257.068,95	100,00%	1.554.880,70	1.554.880,70	100,00%
	Totalen	**42.002.260,80**	**40.938.789,41**	**97,47%**	**5.141.379,05**	**5.045.365,72**	**98,13%**	**31.097.613,93**	**30.501.490,21**	**98,08%**

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	%
1.012.712,60	991.648,18	97,92%	2.835.424,33	2.643.466,10	93,23%	15.584.325,00	14.852.167,08	95,30%	264.720,00	256.169,54	96,77%
675.141,73	668.575,98	99,03%	1.890.282,90	1.879.130,23	99,41%	10.389.550,00	10.326.376,41	99,39%	176.480,00	175.804,96	99,62%
337.570,87	319.743,75	94,72%	945.141,44	917.340,10	97,06%	5.194.775,00	4.969.802,39	95,67%	88.240,00	87.471,87	99,13%
337.570,87	337.570,87	100,00%	945.141,44	945.141,44	100,00%	5.194.775,00	5.194.775,00	100,00%	88.240,00	88.240,00	100,00%
1.687.854,32	1.613.251,16	95,58%	4.725.707,23	4.573.066,89	96,77%	25.973.875,00	24.949.053,14	96,05%	441.200,00	426.993,36	96,78%
337.570,87	337.570,87	100,00%	945.141,44	945.141,44	100,00%	5.194.775,00	5.188.348,28	99,88%	88.240,00	88.240,00	100,00%
1.012.712,60	1.002.990,56	99,04%	2.835.424,33	2.808.771,34	99,06%	15.584.325,00	15.410.762,69	98,89%	264.720,00	264.534,70	99,93%
675.141,73	674.966,62	99,97%	1.890.282,90	1.888.379,87	99,90%	10.389.550,00	10.383.863,41	99,95%	176.480,00	176.479,28	100,00%
337.570,87	332.296,33	98,44%	945.141,44	928.908,64	98,28%	5.194.775,00	5.106.394,62	98,30%	88.240,00	87.240,68	98,87%
337.570,87	337.570,87	100,00%	945.141,44	945.141,44	100,00%	5.194.775,00	5.194.775,00	100,00%	88.240,00	88.240,00	100,00%
6.751.417,33	**6.616.185,19**	**98,00%**	**18.902.828,89**	**18.474.487,49**	**97,73%**	**103.895.500,00**	**101.576.318,02**	**97,77%**	**1.764.800,00**	**1.739.414,39**	**98,56%**

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 2014

TOESTAND OP 31 DECEMBER 2014

BERCKMOES Renée	Dorpsstraat 40	2040 ANTWERPEN
CAMMARATA Patrick	rue Visé-Voie 81ABC	4000 LIEGE
CHRISTIAENS Johan	Noordlaan 126	9200 DENDERMONDE
CLEYMANS Dirk	Lange Lozanastraat 270	2018 ANTWERPEN
DEWAEL 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	rue Visé-Voie 81ABC	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
THEUNISSEN Cécile	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. Lijst van de verzekeringsinstellingen, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand op 31 december 2014 7
2.2. Fusie van mutualistische entiteiten 7
2.3. Ontbinding van een maatschappij van onderlinge bijstand 7
2.4. Omvorming van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand tot een coöperatieve vennootschap 7
2.5. De samenwerkingsakkoorden en de relaties met derde entiteiten die verbonden zijn met de landsbonden en de ziekenfondsen 8
2.5.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen 8
2.5.2. Beleid van de Controledienst 9
2.5.3. Partnerschapsovereenkomsten 9

3. WETTELIJKE EN REGLEMENTAIRE BEPALINGEN 11
3.1. Koninklijke besluiten 13
3.1.1. Koninklijk besluit van 26 januari 2014 tot uitvoering van artikel 11, § 1, vijfde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen 13
3.1.2. Koninklijk besluit van 28 januari 2015 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 (1) 13
3.1.3. Koninklijk besluit van 28 januari 2015 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 (2) 14
3.2. Belangrijkste omzendbrieven van de Controledienst 14
3.2.1. Omzendbrief van 11 juni 2014 met betrekking tot de draagwijdte van het principe van het verplichte karakter van de aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering 14
3.2.2. Omzendbrief van 27 februari 2014 betreffende de aanvragen tot goedkeuring van statuten of statutaire wijzigingen - bijdragetabellen 14
3.2.3. Omzendbrief van 28 februari 2014 betreffende de exhaustieve lijst van de opbrengsten en kosten die kunnen worden toegewezen aan het "administratief centrum: reserve administratiekosten verplichte verzekering" 15
3.2.4. Omzendbrief van 18 december 2014 betreffende het rekeningenstelsel en de schema's voor de jaarrekening van de verplichte verzekering 15
3.2.5. Omzendbrief van 18 december 2014 betreffende de handleiding voor de boekhouding en de jaarrekening van de aanvullende verzekering 16

4. SPECIFIEKE BEVOEGDHEDEN VAN DE CONTROLEDIENST INZAKE DE VERPLICHTE VERZEKERING 17
4.1. Inleiding 19
4.2. De responsabilisering van de verzekeringsinstellingen in functie van de criteria inzake de beheersprestaties 19
4.2.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen 19
4.2.2. Beleid van de Controledienst 20
4.2.3. Evaluatieverslag 21
4.3. De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen inzake geneeskundige verzorging 33
4.3.1. Invoering van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen 33
4.3.2. Taken toevertrouwd aan de Controledienst op het vlak van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen 34
4.3.3. Beleid van de Controledienst 34

5. HET FINANCIEEL EVENWICHT VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING EN VAN HET ADMINISTRATIEF CENTRUM 37
5.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen 39
5.1.1. Organisatie en classificatie van diensten 39
5.1.2. Erkenning van de diensten 40
5.1.3. Reservefondsen voor het voorhuwelijkssparen 40
5.1.4. Beleggingen in het kader van de aanvullende verzekering 41
5.1.5. Dekking van de reservefondsen voor het voorhuwelijkssparen door gelijkwaardige activa 43
5.2. De dienst voorhuwelijkssparen 43
5.2.1. Situering van de dienst 43
5.2.2. Ledenbestand 44
5.2.3. Voordelen toegekend door de dienst 45
5.2.4. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 46
5.2.5. Beleid van de Controledienst 46
5.3. De dienst dagvergoedingen 47
5.3.1. Doelstelling van de dienst 47
5.3.2. Inrichting van de dienst 47
5.3.3. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 47
5.4. De dienst hospitalisatie 48
5.4.1. Situering van de dienst 48
5.4.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 49
5.5. De overige verrichtingen 51
5.5.1. Situering 51
5.5.2. Financiële gegevens van boekjaar 2013 51
5.6. De dienst informatie aan de leden 53
5.6.1. Inrichting van de dienst 53
5.6.2. Financiële gegevens van boekjaar 2013 53
5.7. Financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren 54
5.7.1. Inrichting van de dienst 54
5.7.2. Financiële gegevens van boekjaar 2013 55
5.8. De zorgverzekering 56
5.8.1. Doelstellingen en organisatie van de dienst 56
5.8.2 Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 57
5.9. Het aanvullend bijzonder reservefonds 58
5.9.1. Inrichting van de dienst 58
5.9.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 58
5.10. De dienst patrimonium 59
5.10.1. Situering van de dienst 59

5.10.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 59
5.11. Administratief centrum 60
5.11.1. Beleid van de Controledienst 60
5.11.2. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 63
5.12. Globale financiële staten inzake de aanvullende verzekering en het voorhuwelijkssparen 65
5.12.1. Financiële gegevens van de boekjaren 2011, 2012 en 2013 65
5.12.2. Globale financiële staten van boekjaar 2013 67
5.13. De sociale balans 70
5.14. Aantal mutualistische gezinnen 72

6. SPECIFIEKE BEVOEGDHEDEN VAN DE CONTROLEDIENST INZAKE DE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJEN VAN ONDERLINGE BIJSTAND 73
6.1. Evolutie van het wettelijke en reglementaire kader 75
6.2. Acties van de Controledienst 76
6.3. De verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand 77
6.4. De aangeboden producten 79
6.5. Globale financiële staten van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand van boekjaar 2013 79
6.5.1. Financiële gegevens van de boekjaren 2012 en 2013 80
6.5.2. Balanstoestand met betrekking tot de boekjaren 2012 en 2013 81

7. DE CONTROLE 83
7.1. De boekhouding en de boekhoudkundige staten 85
7.1.1. Wettelijke en reglementaire bepalingen 85
7.1.2. Beleid van de Controledienst 86
7.2. De interne controle 90
7.2.1. Wettelijke bepalingen 90
7.2.2. Beleid van de Controledienst 90
7.3. De revisorale controle 92
7.3.1. Algemene benadering van de revisorale controle en algemene richtlijnen aan de revisoren 92
7.3.2. Revisorale verslagen 95
7.3.3. Erkenning van de revisoren 96
7.4. De controle uitgevoerd door de Controledienst 96
7.4.1. Inventariscontroles van de saldi op de rekeningen van de verplichte verzekering en de niet-verantwoorde aanwezigheid hierin van oude bedragen 96
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 97
7.4.3. Controle van de naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de geboekte prestaties 98
7.4.4. Controle van de naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de subrogatoir toegekende prestaties die effectief teruggevorderd werden 98
7.4.5. Controle van het bijhouden van een doorlopende inventaris van de dekkingswaarden door de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand 99

8. DE CONTROLEDIENST 101
8.1. De Raad van de Controledienst 103
8.2. Het Technisch Comité 103
8.3. De administratieve diensten 103
8.4. Financiering van de Controledienst 104
8.5. Financiële gegevens van de Controledienst 106

BIJLAGEN

1. LIJST VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN, ZIEKENFONDSEN EN MAATSCHAPPIJEN VAN ONDERLINGE BIJSTAND OP 31 DECEMBER 2013 107

2. ALGEMEEN OVERZICHT VAN DE RESULTATEN VERKREGEN INGEVOLGE DE TOEPASSING VOOR HET JAAR 2013 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 113

3. LIJST VAN DE REVISOREN, ERKEND DOOR DE CONTROLEDIENST VOOR DE ZIEKENFONDSEN IN TOEPASSING VAN ARTIKEL 32 VAN DE WET VAN 6 AUGUSTUS 1990 117