

LA REFORME DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE¹

PAR

ALAIN THIRION

Président de Mutassur (Association Professionnelle des Assureurs Mutualistes et de leurs intermédiaires d'assurances) ; Trésorier, Union nationale des mutualités socialistes

Mesdames,
Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur d'être invité aujourd'hui à prendre la parole à l'occasion de cette séance académique sur la réforme de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Mais c'est également un grand plaisir dès l'instant où cette séance académique salue le départ à la retraite de Christian Langendries, avec lequel j'ai eu la chance et le plaisir de travailler, depuis près de 25 ans, à la réforme du secteur tout entier des mutualités.

6 août 1990 : une date clé pour les mutualités. La loi Busquin (loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités²) réforme le monde des mutualités en les dotant d'un cadre d'action adapté, dans un souci de transparence pour un secteur qui relevait toujours, il est vrai d'une réglementation plus que centenaire et qui ne répondait plus aux réalités de cette fin de 20^{ème} siècle, et notamment aux règles de gouvernance et de contrôle d'un secteur aussi important de l'économie sociale. La loi Busquin précisa le champ d'action des mutualités, à savoir la santé, et les dota d'un organe de tutelle spécifique, l'Office de Contrôle des Mutualités (ci-après : OCM) Christian Langendries en fut le premier Administrateur Général. Il lui revenait donc de mettre en œuvre cette nouvelle législation et ce fut un travail intense, croyez-moi, dont tout le secteur bénéficie aujourd'hui. Je tiens à l'en remercier très sincèrement.

Le plus dur était fait pensions-nous. Et bien non : 26 avril 2010, nouvelle date clé pour les mutualités. Au terme d'une longue période de « discussion », dirons-nous,

(1) Discours prononcé lors de la séance académique, le 27 mars 2014, organisée à l'occasion du départ de Monsieur Christian Langendries, Administrateur général de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

(2) M.B. 28 septembre 1990, p. 18475.

entre le secteur des assurances privées et le celui des mutualités, ces dernières doivent scinder leurs opérations d'assurance complémentaire classiques de ce qui constitue désormais des activités d'assurance. Nouveau big-bang au sein du secteur, il nous faut créer des sociétés d'assurances, d'un type nouveau, les sociétés mutualistes d'assurance, en abrégé, sma ou vmob (pour verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand). Dans la foulée, les mutualités ont voulu fédérer les intérêts de leurs sma au sein d'une association professionnelle spécifique : Mutassur était né et j'ai l'honneur d'en assumer la présidence pour les 2 années à venir.

C'est donc à ce titre que j'ai été invité aujourd'hui à jeter un regard sur la réforme de l'organisation de l'assurance complémentaire.

J'articulerai mon exposé en 3 temps :

- Tout d'abord, un bref rappel de ce qu'est l'assurance complémentaire des mutualités, et son évolution dans le temps, ce qui nous permettra de clarifier la scission récente des activités complémentaires des mutualités entre « opérations et services », d'une part, et activités « d'assurances », d'autre part.
- Ensuite, et en quelques chiffres, nous verrons quelle est la place du secteur mutualiste sur le terrain des assurances-santé. Je tenterai également d'esquisser un premier bilan après 2 années d'exercice dans ce nouveau cadre réglementaire.
- Enfin, je voudrais, en guise de conclusion, partager avec vous quelques réflexions sur les conséquences de cette réforme.

Flash-back tout d'abord, pour rappeler que l'assurance complémentaire des mutualités est antérieure à l'assurance obligatoire. Elle était même déjà plus que centenaire lorsque cette dernière fut créée après la seconde guerre mondiale. En effet, depuis le milieu du 19^{ème} siècle, les mutualités proposent à leurs membres des services organisés de manière solidaire, en échange de cotisations prélevées de manière solidaire : le maître mot est donc la solidarité. Tous les affiliés cotisent, et tous peuvent recourir aux prestations selon leurs besoins.

Au début des années 80, certaines mutualités ont commencé à proposer, dans le cadre de cette assurance complémentaire, des services facultatifs. Ces services visaient particulièrement la couverture des frais liés à l'hospitalisation. Ils se sont généralisés peu à peu dans l'ensemble du secteur mutualiste et, fin des années 90, toutes les mutualités en proposaient à leurs membres.

Et c'est donc là que les relations se sont – disons – « compliquées » entre le secteur des assurances et celui des mutualités ; les assureurs considérant que les mutualités entraient en concurrence avec les entreprises d'assurance-privées et qu'elles devaient par conséquent également respecter les règles prévues par les directives européennes en matière d'assurances.

De cette période, émaillée de nombreuses procédures judiciaires, notamment au niveau européen, je voudrais ne retenir que la conclusion, à savoir les adaptations législatives qui ont donc versé les mutualités dans le monde des assurances pour leurs activités de couvertures facultatives, principalement donc les services « hospitalisations ». Cela nous a valu de longues négociations entre les deux secteurs, à l'occasion de petits déjeuners très matinaux, sous la présidence de Christian Langendries, Administrateur Général de l'Office de Contrôle des Mutualités. Les mutualités restant soumises à leur loi organique, il fallait y transposer un certain nombre de dispositions importées de la législation « assurance ».

C'est ainsi que les lois du 26 avril 2010 (I)³ et du 2 juin 2010 (II)⁴ portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ont été adoptées, modifiant entre autres, la loi relative aux mutualités (loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités).

La loi prévoit qu'au sein des services complémentaires qui étaient organisés par les entités mutualistes, il faut désormais distinguer, d'une part, les assurances et d'autre part, les opérations et autres services qui ne présentent pas un caractère d'assurance.

Ces deux derniers types de services peuvent toujours être organisés par les mutualités, les unions nationales et les sociétés mutualistes qui n'offrent pas d'assurances, et sont obligatoires pour les affiliés qui doivent donc y cotiser.

Par contre, il est maintenant clairement interdit aux mutualités comme aux unions nationales, d'organiser des services qui constituent des assurances-maladies au sens de la branche 2 et d'organiser une couverture des risques qui appartiennent à l'assistance.

Ces services, qui constituent des assurances, sont des services à affiliation facultative. Désormais, ils doivent être organisés et gérés par une personne juridique distincte, en l'occurrence une société mutualiste spécifique.

Ces lois ont donc traduit dans la législation le principe de « *same level playing field* » exigé par le secteur des assurances tout en permettant aux mutualités de proposer des assurances de branches 2 et 18 au travers de sociétés mutualistes d'assurances (les SMA).

Parallèlement, les mutualités ont dû obtenir une inscription en qualité d'intermédiaire en assurances auprès de l'OCM afin de promouvoir, distribuer et vendre, dans leurs points de contact, les produits d'assurance de la société mutualiste à laquelle elles sont affiliées.

(3) M.B. 28 mai 2010, p. 32374.

(4) M.B. 1^{er} juillet 2010, p. 43805.

Par voie de conséquence, les mutualités ont donc mis en place, le 1^{er} janvier 2012, 11 sociétés mutualistes d'assurance (SMA) conformément au cadre législatif.

En application de la nouvelle législation, chacune de ces sociétés mutualistes a introduit une demande d'agrément en qualité d'entreprise d'assurance auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités.

Cette demande d'agrément impliquait pour les sociétés mutualistes la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance. Elle a donné lieu également à la découverte et à l'assimilation d'une nouvelle et importante matière législative et réglementaire et ce, en peu de temps.

Par ailleurs, au cours des deux premières années d'exploitation, de nouvelles législations et réglementations ont vu le jour. Elles se sont ajoutées aux nouvelles obligations à respecter dans l'immédiat par les SMA et, à court terme avec, notamment la mise en œuvre de la directive Solvabilité II⁵.

Parallèlement, il s'agissait aussi pour l'Office de Contrôle de progresser rapidement dans la connaissance et la maîtrise d'une matière pour laquelle il est devenu pour les SMA, l'Autorité de Contrôle et ce, en collaboration tant avec la Banque Nationale de Belgique (ci-après : BNB) que l'Autorité des services et marchés financiers (ci-après : la FSMA).

En juin 2013, l'Office de Contrôle octroyait à chacune des 11 sociétés mutualistes son agrément « définitif » sous réserve de production d'un certain nombre d'informations complémentaires, qui ont été fournies.

Je me permettrai de souligner ici l'exercice, sans doute unique, en Belgique, réalisé en un temps record, par le secteur des SMA. Les SMA ont été constituées de toutes pièces et se sont adaptées rapidement aux obligations légales jusqu'à obtenir l'agrément en qualité d'entreprise d'assurance. Cette démarche a, par ailleurs, été accompagnée par divers spécialistes du secteur des assurances qui ont tous reconnu le professionnalisme des mutualités en la matière.

J'en arrive au deuxième temps de mon exposé, la place et l'importance du secteur des SMA sur le marché des assurances-santé.

(5) Directive 2009/138/EG du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II), *Journal officiel de l'Union européenne*, L335, 17 décembre 2009, 52^e année.

Au 31 décembre 2013, le secteur SMA des mutualités, ce sont :

- 11 sociétés mutualistes ;
- un volume de plus de 510 millions d'EUR de primes encaissées ;
- plus de 3,5 millions d'assurés, ce qui le positionne comme le plus grand acteur en matière d'assurance-hospitalisation individuelle ;
- une association professionnelle : Mutassur ;
- plusieurs instances de tutelle et de contrôle qui collaborent entre elles :
 - l'OCM ;
 - la BNB ;
 - la FSMA.

Au niveau des couvertures proposées, le secteur des SMA propose bien entendu des assurances-hospitalisations. Mais, il propose aussi des couvertures ambulatoires liées ou non à la couverture des maladies graves. De plus, depuis peu, on voit également apparaître de nouvelles initiatives proposant des assurances de type soins dentaires.

En qualité de mutualistes, nous ne pouvons qu'être interpellés par le développement de ces offres facultatives, la logique de services solidaires constituant la base de la mutualité. Il nous faut cependant répondre aux attentes d'une partie des affiliés et à l'offre proposée sur le marché des assurances.

Par ailleurs, au terme de ces deux premières années de fonctionnement, quel bilan les SMA peuvent-elles dresser ?

Où en est la concurrence entre les sociétés mutualistes et le secteur des assureurs privés ? La réponse me semble assez claire.

En effet, de l'aveu même du secteur des assureurs privés, les sociétés mutualistes sont bel et bien soumises aux mêmes règles que lui ; même si, en outre, elles sont également soumises à la législation relative aux mutualités, comme l'a souligné la Cour Constitutionnelle.

Par ailleurs, les 11 SMA continuent de proposer des produits d'assurance semblables à ceux que les mutualités offraient dans l'ancien cadre juridique dans une totale transparence pour les « affiliés » devenus dans leur quasi-totalité des « assurés ». Entendez par là que le changement de cadre législatif n'a eu aucune incidence négative sur le portefeuille des affiliés des mutualités à leurs services.

Rien de changé donc ? Vous me permettez d'épingler un élément, que je considère comme une réelle plus-value importée dans le secteur des assurances, à l'occasion de l'intégration des SMA dans la législation « assurances ». Il s'agit de la taxation différenciée en fonction du caractère plus ou moins solidaire des assurances-santé.

En clair, les assureurs quels qu'ils soient, privés ou mutualistes, qui appliquent des critères de solidarités à leurs produits d'assurance-santé, sont désormais exonérés de la taxe de 9,25% sur les contrats d'assurance. Ces critères de solidarités sont, notamment, l'absence de questionnaire médical. En clair, la couverture des états préexistants.

Ça, c'est la touche mutualiste, importée dans nos bagages ! Et qui y gagne ? L'affilié !!

Enfin, je voudrais terminer mon intervention en vous soumettant quelques réflexions, et ce sera également ma conclusion...

Sans remettre en cause le travail et le chemin accomplis, et sans vouloir rouvrir une quelconque polémique, était-il bien indiqué de vouloir placer, sur un « *same level playing field* » des opérateurs d'assurance guidés par des systèmes de valeurs, des objectifs et des contraintes si différents ?

D'un côté, des assureurs privés, ayant à répondre à des actionnaires en attente de dividendes, pouvant exercer leurs activités sans limites ; de l'autre, des sociétés mutualistes d'assurance, limitées dans leurs activités aux branches 2 et 18, ne pouvant offrir leurs produits qu'à leurs propres affiliés, continuant à répondre aux principes de solidarité et de démocratie mutualiste, à savoir que les « actionnaires » sont en fait les affiliés ?

Cette règle du « *same level playing field* » n'est pas contestée par le secteur mutualiste sur un certain nombre d'aspects, notamment, en matière de gouvernance, de contrôle prudentiel et de protection du consommateur.

Nous restons cependant demandeurs d'une prise en compte objective de nos spécificités dans la transposition d'un certain nombre de règles.

Un exemple parmi d'autres : est-il irraisonnable de demander des formations adaptées pour les responsables de distribution, tenant compte du fait que les SMA sont limitées, dans leurs activités, aux branches 2 et 18 ?

Autre problème, à mes yeux : le renforcement des exigences en matière de compétences individuelles des administrateurs s'accommode mal du principe de gratuité des mandats d'administrateurs en vigueur dans le secteur mutualiste. A défaut d'y prêter l'attention voulue, nous risquons en effet de voir nos conseils d'administration désertés par les personnes qui y siègent aujourd'hui.

Autre réflexion, et celle-ci vaut – selon moi – pour toutes les compagnies d'assurance, privées ou mutualistes : l'obsession du risque 0, née de la crise financière,

a transformé nos conseils d'administration en cercles d'examens de documents de nature juridique.

En effet, même si l'apport à court terme de normes tant actuarielles que de gouvernance ou de transparence plus strictes issues de la directive Solvabilité peut apparaître à nouveau comme une garantie de pérennité de son contrat pour l'assuré, force est de constater que ces normes, d'une part, alourdissent financièrement et sensiblement les frais d'exploitation avec, à terme, des impacts probables sur les primes, et d'autre part, elles focalisent une grande partie de l'attention des directions effectives et des conseils d'administration sur les obligations administratives, financières, actuarielles, ...

Le respect de ces impératifs détourne singulièrement l'attention des administrateurs exécutifs et non exécutifs de ce qui devrait rester la vraie préoccupation d'une entreprise d'assurance, à savoir : le service à ses assurés.

Je vous laisse sur cette réflexion. Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une excellente après-midi.
