

ASSUREURS ET MUTUALITÉS

De plus en plus de concurrents !

L'assurance soins de santé est un marché peu rentable mais disputé âprement entre les assureurs et les mutualités. La loi du 26 avril 2010 a changé la donne. Explication...

ASSURANCE SOINS DE SANTE

Reportage : Laurent Feiner

L'assurance soins de santé complémentaire constitue une assurance facultative qui peut être souscrite auprès d'un assureur (individuellement ou par le biais d'une assurance de groupe) ou d'une mutualité (il existe 5 unions : mutualités chrétiennes, neutres, socialistes, libérales et libres).

On estime ainsi que près de 8 millions de Belges sont actuellement assurés (dont 2,8 millions auprès des mutualités).

Philosophie différente

Mais les produits offerts par le secteur mutualiste et le secteur des assurances se basent sur une philosophie totalement différente.

a) Pour les mutualités, cette activité s'envisage dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, sans but lucratif, sans exclusion des membres (basé sur l'âge ou l'état de santé). Les produits offrent un rapport qualité /prix intéressant (pas cher et garanties d'un bon niveau).

b) Pour les assureurs, cette activité est de type commercial (sans être péjoratif) : leurs produits affichent des garanties plus étendues, mais à un tarif plus élevé.

La philosophie demeure avant tout commerciale, avec des règles bien spécifiques (exclusion sur base de l'âge, hausse unilatérale des primes, etc.). ▶



THINKSTOCK

En 2006, Assuralia (qui représente les assureurs belges) a déposé une plainte devant la Commission européenne, en prétextant une concurrence déloyale des mutualités.



Jean-Pascal Labille, Secrétaire général de l'Union Nationale des Mutualités socialistes

Assureurs vs mutualités

DECAVI a organisé récemment, en collaboration avec PwC, un CEO Event sur la problématique des assurances soins de santé offertes par les assureurs et les mutualistes. Conscient de l'importance de cette problématique, notamment sur le plan réglementaire, PwC a récemment initié une série de tables rondes pour les mutualités. De toute évidence, cette initiative est fort appréciée par le secteur. Voici quelques réactions recueillies auprès des deux orateurs, Jean-Pascal Labille, Secrétaire général de l'Union Nationale des Mutualités socialistes, et Bernard Thiry, CEO d'Ethias.

Quel type de philosophie prônez-vous au niveau des soins de santé ?

JEAN-PASCAL LABILLE. « La santé n'est pas une marchandise qui peut être laissée aux lois du marché. Je prône dès lors une assurance soins de santé obligatoire et universelle la plus large possible compte-tenu de notre système de concertation dont le corollaire est la liberté d'adhésion aux accords tarifaires. Le choix de la solidarité pour couvrir les dépenses de soins de santé n'est pas qu'une question idéologique. En ce qui concerne la santé,

75 % des dépenses se concentrent sur 10 % de la population. Une bonne couverture pour l'ensemble de la population est dès lors incompatible avec le fonctionnement concurrentiel du marché de l'assurance privée où la survie des différents acteurs marchands suppose une forte sélection des risques et une segmentation des primes ».

BERNARD THIRY. « Les offres des assureurs sont de qualité et répondent manifestement aux besoins de nos concitoyens. Nous ne voulons pas remettre en cause notre système de

soins de santé mais nous demandons simplement que les mutualités appliquent les mêmes règles que celles imposées aux assureurs ».

Que pensez-vous de la philosophie de l'article 43ter qui interdit toute collaboration entre un assureur et une mutualité ? Est-elle justifiée ?

J.-P. LABILLE. « Les motivations qui ont prévalu à l'intégration de l'article 43ter dans la loi du 6 août 1990 sont toujours d'actualité. L'objectif

est de distinguer clairement les produits offerts par les mutualités - ce qu'on qualifie maintenant d'opérations - des produits d'assurances. En effet, les opérations des mutualités ne sont pas des assurances mais des « services aux affiliés ». Ils doivent respecter un certain nombre de critères très stricts qui font intervenir la mutualisation des risques et la solidarité. Il faut préserver cette spécificité ». B. THIRY. « Par le passé, ce type de collaboration, via des polices collectives, existait à la satisfaction manifestement réciproque de toutes les parties : mutualités, assureurs et assurés. Elle permettait de croiser les know-how et d'améliorer les produits. Je n'ai pas de tabou en la matière »

Etes-vous pour une collaboration entre assureurs et mutualités dans le futur ?

J.-P. LABILLE. « Le contexte actuel où la 'plainte' devient la règle n'est pas propice à la collaboration. Il faudra d'abord que les esprits évoluent et qu'on rétablisse un minimum de respect et de confiance. Mais il ne faut jamais dire jamais ».

B. THIRY. « Nous intervenons de manière complémentaire et nous offrons, chacun avec nos spécificités, une réponse cohérente à une demande légitime de couverture devenue incontournable pour la population. Lorsque le cadre légal aura définitivement été validé, il me paraît utile - et sain - que les assureurs et les mutualités puissent conserver et entretenir des lieux d'échanges et ce, dans l'intérêt de leurs assurés et de leurs membres ».

On oppose souvent assureurs et mutualités. N'êtes-vous finalement pas complémentaires, votre objectif étant de « servir » la population au niveau des formules « soins de santé » ?

J.-P. LABILLE. « Le corollaire de notre système de concertation implique la liberté d'adhésion aux accords tarifaires et l'existence de 'zones de liberté tarifaire'. Il y a donc une place dans notre système pour des assurances complémentaires. Mais l'enjeu est qu'elles continuent à se limiter à l'accessoire. Ceci suppose - au-delà d'un financement correct des besoins - de bien délimiter la notion d'exigences particulières du patient (par exemple, le séjour en chambre particulière lorsque l'état de santé ne le nécessite pas, les consultations en soirée non justifiées par l'urgence,...) mais aussi de renforcer les incitants aux médecins pour qu'ils adhèrent aux accords. Dans le contexte strict décrit ci-

dessus, il est possible de prévoir une répartition équilibrée des activités des assureurs et des mutualités afin d'apporter une réponse efficace et solidaire aux attentes de la population.

B. THIRY. « Le rôle sociétal des assureurs est in fine très proche de celui des mutualités. Tous deux ont pour mission d'offrir une solution au meilleur rapport qualité/prix à l'ensemble de la population.

Le défi du vieillissement cumulé aux impératifs budgétaires délicats qui nous attendent renforce, à mon analyse, tout l'intérêt de pouvoir proposer demain des solutions adaptées à toutes les couches de la population belge. Une répartition équilibrée et harmonieuse de nos activités permettra, j'en suis convaincu, d'apporter la réponse appropriée aux besoins de nos concitoyens ».

► **Plainte d'Assuralia...**

En 2006, Assuralia (qui représente les assureurs belges) déposait une plainte devant la Commission européenne, en arguant d'une concurrence déloyale des mutualités. L'argument avancé est de choc: si les mutualités désirent vendre des assurances maladie complémentaires, elles devront se conformer, dans le futur, aux mêmes règles qui valent pour les assureurs privés.

Parmi les griefs exprimés, on retiendra, entre autres, le non-respect, par les mutualités, des directives européennes en assurance non-vie et des obligations prudentielles propres au secteur des assurances (règles relatives à Solvency II), etc.

La décision ne se fait pas attendre: cette même Commission estime que les mutualités, avec l'assurance maladie complémentaire, concurrencent les produits des assureurs et doivent, à ce titre, respecter les mêmes règles que les assureurs.

Avec une conséquence très claire pour les mutualités: une partie de leur activité bascule dans la sphère de l'assurance. Désormais, si une mutualité désire exercer une activité d'assurance, deux voies différentes s'offrent à elle:

a) soit elle propose tous les types d'assurances possibles (sans limitation), via une société juridique (SA, SC, mutuelle,...);

b) soit elle ne peut proposer que certains types de produits d'assurances, mais elle doit alors le faire via une Société Mutualiste d'Assurance (SMA), une nouvelle forme de société mutualiste, laquelle est désormais soumise aux différentes législations applicables au secteur des assurances. Avec une triple conséquence dans ce cas de figure:

1) seules les Branches 2 (soins de santé, revenu garanti et dépendance) et 18 (assistance en cas de maladie) peuvent être proposées par les mutualités. Les assurances voyage, protection juridique, pension... sont donc exclues;

2) ces produits ne sont accessibles qu'aux propres membres, soit aux membres des mutualités affiliées à la SMA;

3) l'application automatique de l'article 43ter de la loi du 6 août 1990. Celui-ci interdit tout accord, écrit ou tacite, ayant pour objet la promotion ou la vente:

→ par une mutualité ou une union nationale de mutualités, ainsi que par une société mutualiste:

- d'un produit d'assurance au sens de la loi du 25 juin 1992 relative aux assurances terrestres, même spécialement conçu ou réservé pour ses membres;
- d'un produit bancaire au sens de la loi du 22 mars 1993 relative au statut et au contrôle des institutions de crédit, même spécialement conçu ou réservé pour ses membres;

→ par une entreprise d'assurances, un intermédiaire en assurances et par une institution de crédit d'un service, au sens de l'article 3 de la loi précitée du 6 août 1990, organisé par une union nationale de mutualités, une mutualité ou une société mutualiste.

La loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, publiée au Moniteur belge le 28 mai, a donc éliminé un certain nombre d'inégalités: les règles et conditions auxquelles les assureurs doivent se conformer depuis plusieurs années valent désormais aussi pour les mutualités.

... avec certaines conséquences

Outre le fait que les mutualités doivent appliquer certaines règles qui touchent le secteur de l'assurance, la plainte introduite par les assureurs débouche sur une double conséquence:

→ Les mutualités doivent désormais, tout comme les assureurs privés, proposer des contrats à vie (en pratique, c'était déjà le cas puisqu'une mutualité ne pouvait pas exclure un membre pour des raisons de santé ou d'âge), dont la prime et les garanties ne pourront être modifiés qu'avec l'accord de l'assuré individuel. Il existe dans ce cas des exceptions, mais celles-ci sont liées à des circonstances très précises.

→ Les mutualités doivent également s'acquitter de la taxe sur les primes de 9,25%, à laquelle seuls les

produits des assureurs privés étaient jusqu'à présent soumis.

Les assurances hospitalisation individuelles, des assureurs privés comme des mutualités, offrant un niveau de garantie et de protection plus élevé que les polices standard bénéficient toutefois d'une exonération de cette taxe sur les primes. Il s'agit de polices couvrant des maladies et affections préexistantes, en chambre double ou commune, sans supplément de prime ni délai de carence.

Si l'impact complet de la nouvelle loi n'apparaîtra clairement que lorsqu'elle entrera effectivement en vigueur, le fait est que les produits des compagnies d'assurances offrent en règle générale une couverture plus large que ceux des mutualités.

La taxe à laquelle les mutualités seront éventuellement soumises, comme les assureurs privés, sera plus que probablement répercutée sur les consommateurs.

Hormis ce fait, cette nouvelle donne du marché ne devrait pas changer grand-chose pour le consommateur. Si ce n'est une offre élargie de produits soins de santé mieux comparables. Ce qui n'est déjà pas si mal. ■

