

DE HERVORMING VAN DE INRICHTING VAN DE AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING¹

DOOR ALAIN THIRION

Voorzitter Mutassur (Beroepsvereniging van de mutualistische verzekeraars en hun verzekeringstussenpersonen); Schatbewaarder Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten

Mevrouw,
Mijne Heren,

Het is voor mij een grote eer vandaag het woord te kunnen nemen op deze academische zitting over de hervorming van de inrichting van de aanvullende ziekteverzekering. Het is echter ook met veel genoegen omdat deze academische zitting plaatsvindt bij de pensionering van Christian Langendries, met wie ik het geluk en het genoegen had sedert bijna 25 jaar te kunnen samenwerken aan de hervorming van de ganse ziekenfondssector.

6 augustus 1990: een sleuteldatum voor de ziekenfondsen. De wet-Busquin (wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen²) hervormt de mutualistische wereld en geeft deze een aangepast actiekader, met het oog op de transparantie van een sector die inderdaad onder een eeuwenoude reglementering viel en die niet meer beantwoordde aan de werkelijkheid van het einde van de 20^{ste} eeuw, inzonderheid aan de regels inzake governance en controle van een zo belangrijke sector van de sociale economie. De wet-Busquin omschreef het activeld van de ziekenfondsen, te weten de gezondheid, en gaf hun een specifiek voogdijorgaan, de Controledienst voor de ziekenfondsen (hierna: CDZ). Christian Langendries werd de eerste administrateur-generaal. Het was dus aan hem om deze nieuwe wetgeving in werking te stellen en het was, geloof mij, een intens werk, waarvan de sector vandaag geniet. Ik wil hem hiervoor van harte danken.

Het moeilijkste was gedaan, dachten wij. Wel neen: 26 april 2010, een nieuwe sleuteldatum voor de ziekenfondsen. Na een lange zogeheten “discussieperiode” tussen

(1) Toespraak die werd gehouden op de academische zitting van 27 maart 2014, georganiseerd ter gelegenheid van het vertrek van de heer Christian Langendries, Administrateur-generaal van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

(2) B.S. van 28 september 1990, p. 18475.

de sector van de privéverzekeringen en deze van de ziekenfondsen, moeten deze laatste hun verrichtingen van de klassieke aanvullende verzekering afscheiden van wat voortaan verzekeringsactiviteiten zijn. Een nieuwe Big Bang in de sector: er moeten verzekeringsmaatschappijen opgericht worden van een nieuw type: de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, afgekort VMOB of SMA (société mutualiste d'assurances). Meteen hebben de ziekenfondsen de belangen van hun VMOB's in de schoot van een specifieke beroepsvereniging willen samenbrengen: Mutassur was geboren en ik heb de eer er het voorzitterschap van gedurende de komende 2 jaar te mogen waarnemen.

Het is dus in deze hoedanigheid dat ik vandaag werd uitgenodigd om te spreken over de hervorming van de inrichting van de aanvullende verzekering.

Ik zal mijn uiteenzetting in 3 delen opsplitsen:

- Vooreerst een korte herinnering aan wat de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen is en de evolutie ervan in de tijd, wat ons zal toelaten de recente opsplitsing van de aanvullende activiteiten tussen enerzijds “verrichtingen en diensten” en anderzijds “verzekeringsactiviteiten” beter te begrijpen.
- Vervolgens en in enkele cijfers zullen wij nagaan welke plaats de mutualistische sector inneemt op het vlak van de gezondheidsverzekeringen. Ik zal ook trachten een eerste balans op te maken na 2 boekjaren in dit nieuwe reglementaire kader.
- Ten slotte zou ik met u willen nadenken over de gevolgen van deze hervorming.

Wij beginnen met een flashback, en herinneren eraan dat de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen ouder is dan de verplichte verzekering. Zij bestond zelfs gedurende meer dan een eeuw toen de tweede opgericht werd na de Tweede Wereldoorlog. Inderdaad, sedert het midden van de 19^{de} eeuw stellen de ziekenfondsen aan hun leden diensten voor die solidair worden ingericht, in ruil voor bijdragen die solidair worden geïnd: het sleutelwoord is dus solidariteit. Alle aangesloten dragers bij en allen kunnen een beroep doen op de prestaties naar gelang van hun noden.

In het begin van de jaren tachtig, begonnen sommige ziekenfondsen in het kader van deze aanvullende verzekering facultatieve diensten aan te bieden. Deze diensten betroffen in het bijzonder de dekking van de hospitalisatiekosten. Deze werden beetje bij beetje gegeneraliseerd in de mutualistische sector en einde jaren negentig boden alle ziekenfondsen dit aan hun leden aan.

Een het is daar dat de relaties tussen de verzekeringssector en deze van de ziekenfondsen – laten we zeggen – “complexer” geworden zijn; de verzekeraars meenden inderdaad dat de ziekenfondsen in concurrentie traden met de privéverzekeringsondernemingen en dat zij bijgevolg ook de regels dienden na te leven die voorzien zijn door de Europese richtlijnen inzake verzekeringen.

Van deze periode, die gepaard ging met vele rechtsprocedures, onder andere op Europees vlak, zou ik enkel het besluit willen weerhouden, namelijk de wetgevende aanpassingen die de ziekenfondsen dus in de verzekeringswereld hebben gestort voor wat hun facultatieve dekkingen betreft, voornamelijk de “hospitalisatiediensten”. Dit betekende lange onderhandelingen tussen beide sectoren, op zeer vroege ontbijten onder het voorzitterschap van Christian Langendries, Administrateur-generaal van de Controledienst. De ziekenfondsen bleven onderworpen aan hun organieke wet en dus diende men er een aantal bepalingen uit de “verzekeringswetgeving” in te transponeren.

Aldus werden de wetten van 26 april 2010 (I)³ en van 2 juni 2010 (II)⁴ houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering aangenomen, tot wijziging van onder andere de wet betreffende de ziekenfondsen (wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen).

De wet voorziet dat men binnen de aanvullende diensten die ingericht werden door de mutualistische entiteiten, voortaan een onderscheid moet maken tussen enerzijds de verzekeringen en anderzijds de verrichtingen en andere diensten die geen verzekeringskarakter hebben.

Deze laatste twee types van diensten kunnen nog steeds worden ingericht door de ziekenfondsen, de landsbonden en de maatschappijen van onderlinge bijstand die geen verzekeringen aanbieden, en zijn verplicht voor alle aangeslotenen die er dus moeten voor bijdragen.

De ziekenfondsen en de landsbonden mogen daarentegen geen diensten meer inrichten die ziekteverzekeringen zijn in de zin van tak 2, en geen dekking inrichten van de risico's die behoren tot de bijstand.

Deze diensten, die verzekeringen zijn, zijn diensten met een facultatieve aansluiting. Voortaan moeten zij ingericht en beheerd worden door een afzonderlijke rechtspersoon, te weten een specifieke maatschappij van onderlinge bijstand.

Deze wetten hebben in de wetgeving het principe van “*same level playing field*” ingevoerd, dat geëist werd door de verzekeringssector en aan de ziekenfondsen toeliet om verzekeringen van de takken 2 en 18 via verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (de VMOB's) aan te bieden.

(3) B.S. van 28 mei 2010, p. 32374.

(4) B.S. van 1 juli 2010, p. 43805.

Parallel hebben de ziekenfondsen een inschrijving dienen te bekomen als verzekeringstussenpersoon bij de CDZ om in hun contactpunten de verzekeringsproducten van de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand waarbij zij zijn aangesloten, te mogen bevorderen, distribueren en verkopen.

Bijgevolg hebben de ziekenfondsen op 1 januari 2012 11 verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOB's) ingesteld, overeenkomstig het wetgevende kader.

In toepassing van de nieuwe wetgeving heeft elk van deze maatschappijen van onderlinge bijstand bij de Controledienst een aanvraag tot toelating ingediend in hoedanigheid van verzekeringsonderneming.

De aanvraag tot toelating hield voor de maatschappijen van onderlinge bijstand het instellen in van een nieuwe governancestructuur. Dit gaf ook aanleiding tot het ontdekken en verwerken van een nieuwe en belangrijke wetgevende materie, en dit in zeer korte tijd.

In de eerste twee jaar van uitbating, hebben een nieuwe wetgeving en reglementering overigens het licht gezien. Deze werden toegevoegd aan de nieuwe verplichtingen die direct door de VMOB's nageleefd dienen te worden en, op korte termijn, inzonderheid het instellen van de richtlijnen Solvency II⁵.

De Controledienst diende eveneens snel vooruitgang te boeken in zijn kennis en beheersing van een materie waarvoor hij voor de VMOB's de controleoverheid geworden is, en dit in samenwerking met de Nationale Bank van België (hierna: NBB) en van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (hierna: de FSMA).

In juni 2013, kende de Controledienst aan elk van de 11 maatschappijen van onderlinge bijstand haar definitieve toelating toe onder voorbehoud van het afleveren van een aantal aanvullende inlichtingen, die geleverd werden.

Hierbij veroorloof ik mij de oefening te onderstrepen die in België ongetwijfeld uniek door de sector van de VMOB's in een recordtijd geleverd werd. De VMOB's werden vanuit het niets opgericht en hebben zich snel aangepast aan de wettelijke verplichtingen om de toelating als verzekeringsonderneming te verkrijgen. Dit werd overigens begeleid door verschillende specialisten van de verzekeringssector die allen de beroepsernst van de ziekenfondsen ter zake hebben erkend.

(5) 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 (Solvabiliteit II) – *Publicatieblad van de Europese Unie*, L335, 17 december 2009, 52e jaargang.

Ik kom nu tot het tweede deel van mijn uiteenzetting, de plaats en het belang van de sector der VMOB's op de markt van de gezondheidsverzekeringen.

Op 31 december 2013 betekent de sector VMOB van de ziekenfondsen:

- 11 maatschappijen van onderlinge bijstand;
- meer dan 510 miljoen EUR aan geïnde premies;
- meer dan 3,5 miljoen verzekerden, wat hem tot de grootste speler maakt inzake individuele hospitalisatieverzekering;
- een beroepsvereniging: Mutassur;
- meerdere voogdij- en controle-instanties die samenwerken:
 - de CDZ;
 - de NBB;
 - de FSMA.

Op het vlak van de aangeboden dekkingen biedt de sector van de VMOB's natuurlijk hospitalisatieverzekeringen aan, maar ook ambulante dekkingen, al dan niet gebonden aan een dekking van de ernstige ziekten. Sedert kort ziet men ook nieuwe initiatieven verschijnen die verzekeringen van het type tandverzorging voorstellen.

Als mensen uit de ziekenfondswereld kan men verwachten geïnterpelleerd te worden over de ontwikkeling van deze facultatieve aanbiedingen omdat de logica van de solidaire diensten de basis vormt van het ziekenfonds. Wij moeten echter inspelen op de verwachtingen van een deel van de aangeslotenen en op het aanbod op de verzekeringsmarkt.

Welke is overigens na deze eerste twee jaar werking de balans die de VMOB's kunnen voorleggen?

Hoe staat het met de concurrentie tussen de maatschappijen van onderlinge bijstand en de sector der privéverzekeringen. Het antwoord lijkt mij duidelijk.

De sector der privéverzekeringen geeft zelf toe dat de maatschappijen van onderlinge bijstand wel degelijk onderworpen zijn aan dezelfde regels als hijzelf; en dit terwijl zij ook onderworpen zijn aan de wetgeving inzake de ziekenfondsen, zoals het Grondwettelijk hof onderstreepte.

De 11 VMOB's blijven overigens gelijkaardige verzekeringsproducten aanbieden als deze die de ziekenfondsen aanboden in het vroegere juridische kader in een volledige transparantie voor de "aangeslotenen" die bijna allen "verzekerden" geworden zijn. Bijgevolg heeft de verandering in het wetgevende kader geen enkele negatieve weerslag gehad op de portefeuille van de aangeslotenen van de ziekenfondsen.

Is er dus niets veranderd? Er is toch een element dat ik als een echte meerwaarde beschouw die ingevoerd is in de sector der verzekeringen bij de integratie van de VMOB's in de "verzekeringswetgeving". Het betreft de verschillende taksering in functie van het min of meer solidaire karakter van de gezondheidsverzekeringen. De verzekeraars, privé of mutualistisch, die solidariteitscriteria toepassen op het product gezondheidsverzekering, worden voortaan vrijgesteld van de taks van 9,25% op de verzekeringscontracten. Deze solidariteitscriteria zijn inzonderheid het gebrek aan medisch vragenblad; dus de dekking van de voorafbestaande toestanden.

Dit is de mutualistische toets die wij meegebracht hebben! De aangeslotene is de grote winnaar!!

Ik zou mijn tussenkomst willen beëindigen met enkele reflecties en dit zal ook mijn besluit zijn, ...

Zonder het werk en de afgelegde weg in vraag te willen stellen en zonder enige polemiek te willen aanzwengelen, stelt zich de vraag of het wel aangewezen was een "same level playing field" te willen instellen voor verzekeringsoperatoren die geleid worden door dermate verschillende waardesystemen, doelstellingen en vereisten.

Enerzijds zijn er privéverzekeraars die rekenschap moeten afleggen aan aandeelhouders die dividenden verwachten en die hun activiteiten zonder begrenzungen kunnen uitoefenen; anderzijds zijn er verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand, die hun producten slechts mogen aanbieden aan hun eigen aangeslotenen en die blijven voldoen aan de principes van solidariteit en mutualistische democratie, namelijk dat de "aandeelhouders" in feiten de aangeslotenen zijn.

Deze regel van "*same level playing field*" wordt niet betwist door de mutualistische sector voor een aantal aspecten, inzonderheid inzake governance, prudentiële controle en bescherming van de verbruiker.

Wij blijven echter vragende partij voor een objectieve inaanmerkingneming van onze specificiteiten bij de transponering van een aantal regels.

Een voorbeeld: is het onredelijk aangepaste opleidingen te vragen voor de verantwoordelijken van de distributie, rekening houdend met het feit dat de VMOB's in hun activiteiten beperkt zijn tot de takken 2 en 18?

Een ander probleem volgens mij: de versterking van de vereisten inzake individuele bekwaamheden van de bestuurders gaat slecht samen met het principe van het kosteloze mandaat van bestuurders dat van kracht is in de mutualistische sector. Indien men hier niet de nodige aandacht aan schenkt, lopen wij inderdaad het gevaar dat de

personen die vandaag in onze raden van bestuur zetelen, deze ontvluchten.

Een andere reflectie die volgens mij geldt voor alle verzekeringsondernemingen, privé of mutualistische: de obsessie voor het risico 0, een gevolg van de financiële crisis, heeft onze raden van bestuur omgevormd tot onderzoekscirkels van juridische documenten.

Hoewel de aanbreng van uit de richtlijn Solvency voortgekomen striktere normen op zowel actuariel vlak als op dat van de governance of de transparantie op korte termijn opnieuw een waarborg kan blijken te geven voor de duurzaamheid van het contract voor de verzekerde, dient men vast te stellen dat deze normen enerzijds de uitbatingskosten financieel gevoelig verzwaren met op termijn een waarschijnlijke invloed op de premies en anderzijds focussen zij een groot deel van de aandacht van de effectieve directies en van de raden van bestuur op de administratieve, financiële, actuariële regels en andere ...

De naleving van deze vereisten leidt de aandacht van de uitvoerende en niet uitvoerende bestuurders in het bijzonder af van wat de echte bekommernis van een verzekeringsonderneming zou moeten zijn, namelijk: de dienstverlening aan de verzekerden.

Ik laat het bij deze reflectie. Ik dank u voor uw aandacht en wens u een uitstekende namiddag.
