OCM

OFFICE DE CONTRÔLE
DES MUTUALITÉS

RAPPORT ANNUEL 2017

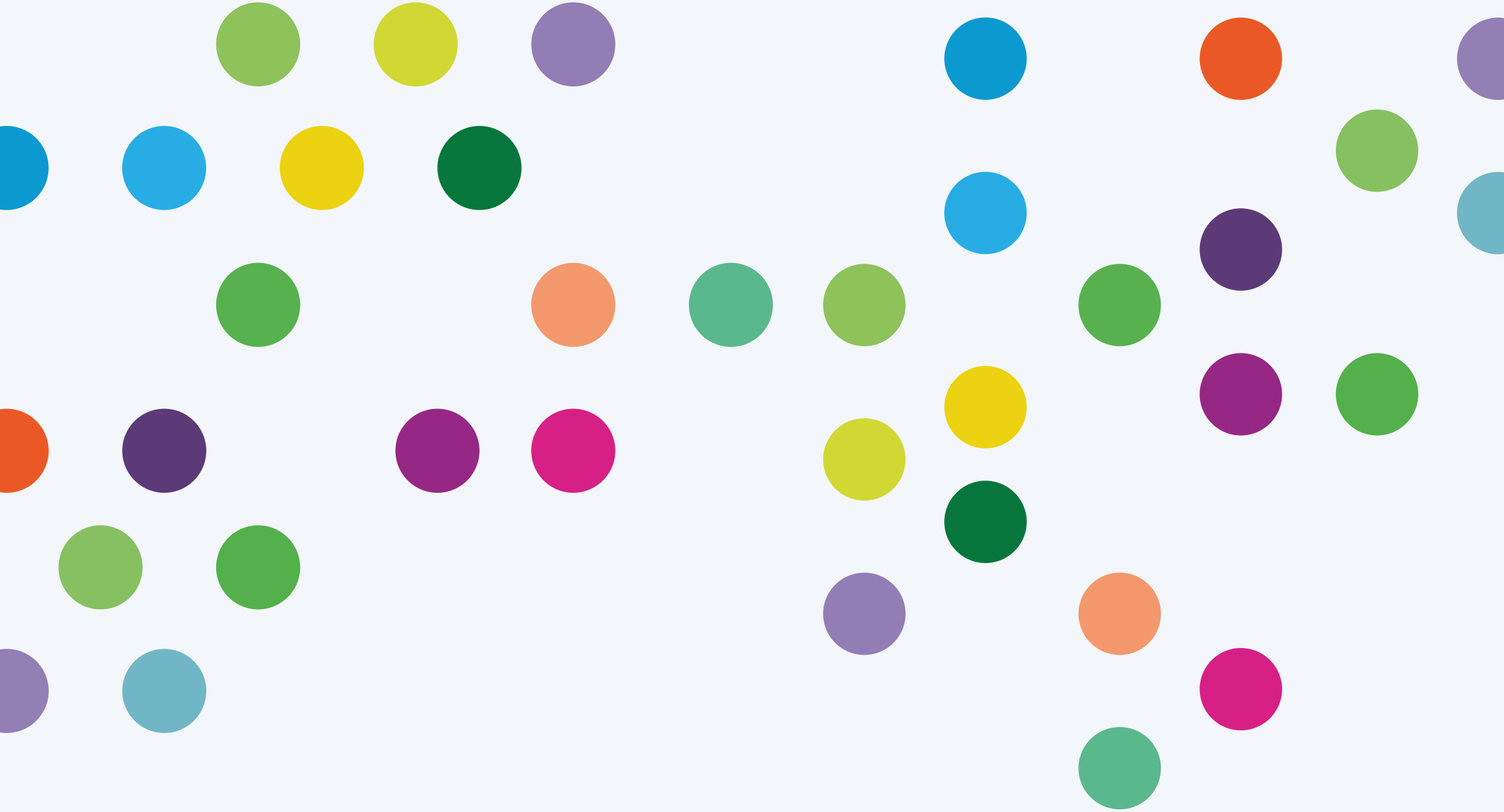


TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION 02

2. PRÉSENTATION DE L'OCM 04

2.1. MISSIONS ET ACTIVITÉS 05
2.2. VISION ET VALEURS 06
2.3. ORGANIGRAMME SIMPLIFIÉ 07
2.4. L'OCM EN QUELQUES CHIFFRES 08
2.5. ORGANES 10
2.6. DONNÉES FINANCIÈRES DE L'OCM 12
2.6.1. Mode de financement 12
2.6.2. Budget 12
2.6.3. Bilan 13

3. LES PARTENAIRES DE L'OCM 14

3.1. LA CONSTELLATION DES PARTENAIRES DE L'OCM 15
3.2. COMMENTAIRES SUR LES COLLABORATIONS EN 2017 16

4. LE SECTEUR MUTUALISTE 18

4.1. LES CHIFFRES CLÉS SUR LE SECTEUR 19
4.1.1. Assurance obligatoire 19
4.1.2. Assurance complémentaire 20
4.1.3. Sociétés mutualistes d'assurance 21

4.2. ÉVOLUTIONS MARQUANTES AU SEIN DU PAYSAGE MUTUALISTE 22

5. LES RÉALISATIONS DE L'OCM 24

5.1. ACTIVITÉS ET CONTRÔLES RÉALISÉS 25
5.2. EXÉCUTION DES DÉCISIONS POLITIQUES 31
5.3. INITIATIVES DE L'OCM 32

ANNEXE 35

RÉFÉRENCES LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES 35

I. INTRODUCTION

Vous tenez dans vos mains la nouvelle version du rapport annuel de l'Office de contrôle des mutualités. Plus condensé et centré sur l'essentiel des informations de l'Office de contrôle pour l'année écoulée. Des liens présents tout au long du rapport renvoient vers des informations plus détaillées disponibles sur notre site internet, nouveau lui aussi. Si on y ajoute le changement de logo et de charte graphique de l'Office fin 2017, c'est en quelques mois toute l'identité graphique de l'Office qui a été modernisée.

Nous espérons que cette nouvelle version vous plaira, et surtout qu'elle vous aidera à trouver plus facilement les informations que vous recherchez. Loin d'être un aboutissement, il s'agit d'un point de départ : nos différents supports de communication d'informations s'enrichiront année après année sur nos activités de contrôle, tout en restant facilement accessibles.

Sur le fond, 2017 a une nouvelle fois été une année chargée : participation à l'exécution de la 6e réforme de l'État, première évaluation des performances de gestion des organismes assureurs sur base du nouveau système, contrôle du respect de la réglementation MiFID, contrôles pléniers auprès des entités mutualistes pour ne citer que quelques-unes des activités marquantes de l'année écoulée.

L'exécution du pacte d'avenir conclu entre la ministre des Affaires sociales, les organismes assureurs, l'INAMI et l'Office de contrôle aura par ailleurs mobilisé beaucoup d'énergie, à la mesure de l'ampleur des réformes qu'il propose.

Nous espérons que la lecture de ce rapport vous permettra d'avoir une vision claire des activités de l'Office pour l'année 2017.

Laurent Guinotte
Administrateur général

Bernadette Lambrechts
Présidente du Conseil

II.
PRÉSENTATION DE L'OCM

2.1 Missions et activités

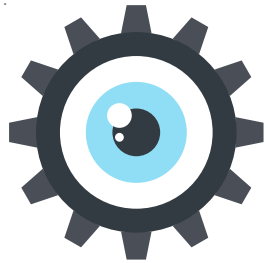
L'OCM a pour mission de veiller au respect, par les entités mutualistes et par le secteur dans son ensemble, des règles comptables, administratives et financières afin de contribuer à la bonne utilisation des deniers publics et des cotisations des membres ainsi qu'à la qualité des services rendus aux membres.

Pour réaliser cette mission, l'OCM déploie les activités clés suivantes :

1. AGRÉER les entités mutualistes et les réviseurs, et pour les SMA, leurs compliance officers et intermédiaires d'assurance, ainsi que les activités de formation.

2. APPROUVER a priori les modifications statutaires et les décisions relatives aux cotisations et à l'affectation de celles-ci, émanant des mutualités, des unions nationales et des sociétés mutualistes (AC).

3. CONTRÔLER, a priori et a posteriori, les modifications statutaires et les primes d'assurance des sociétés mutualistes d'assurance (SMA).



4. CONTRÔLER le fonctionnement financier, comptable, administratif et juridique des entités mutualistes (AO, AC et SMA) et les intermédiaires d'assurance.

5. ÉVALUER les performances de gestion des organismes assureurs dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs sur la partie variable de leurs frais d'administration (AO).

6. TRAITER les plaintes et questions des membres, des entités contrôlées, des administrations et des tiers.

7. CONSEILLER au ministre et au Conseil les adaptations de la réglementation.

Le point 5.1. de ce rapport décrit les activités et contrôles réalisés par l'OCM en 2017 dans le cadre de chacune de ces activités clés.

2.2 Vision et valeurs

OCM
OFFICE DE CONTRÔLE
DES MUTUALITÉS

La vision de l'OCM :

L'OCM souhaite être un superviseur responsable et crédible, une organisation performante au service de ses clients et un employeur qui mobilise et développe ses talents.

Les valeurs de l'OCM :

Orientation client

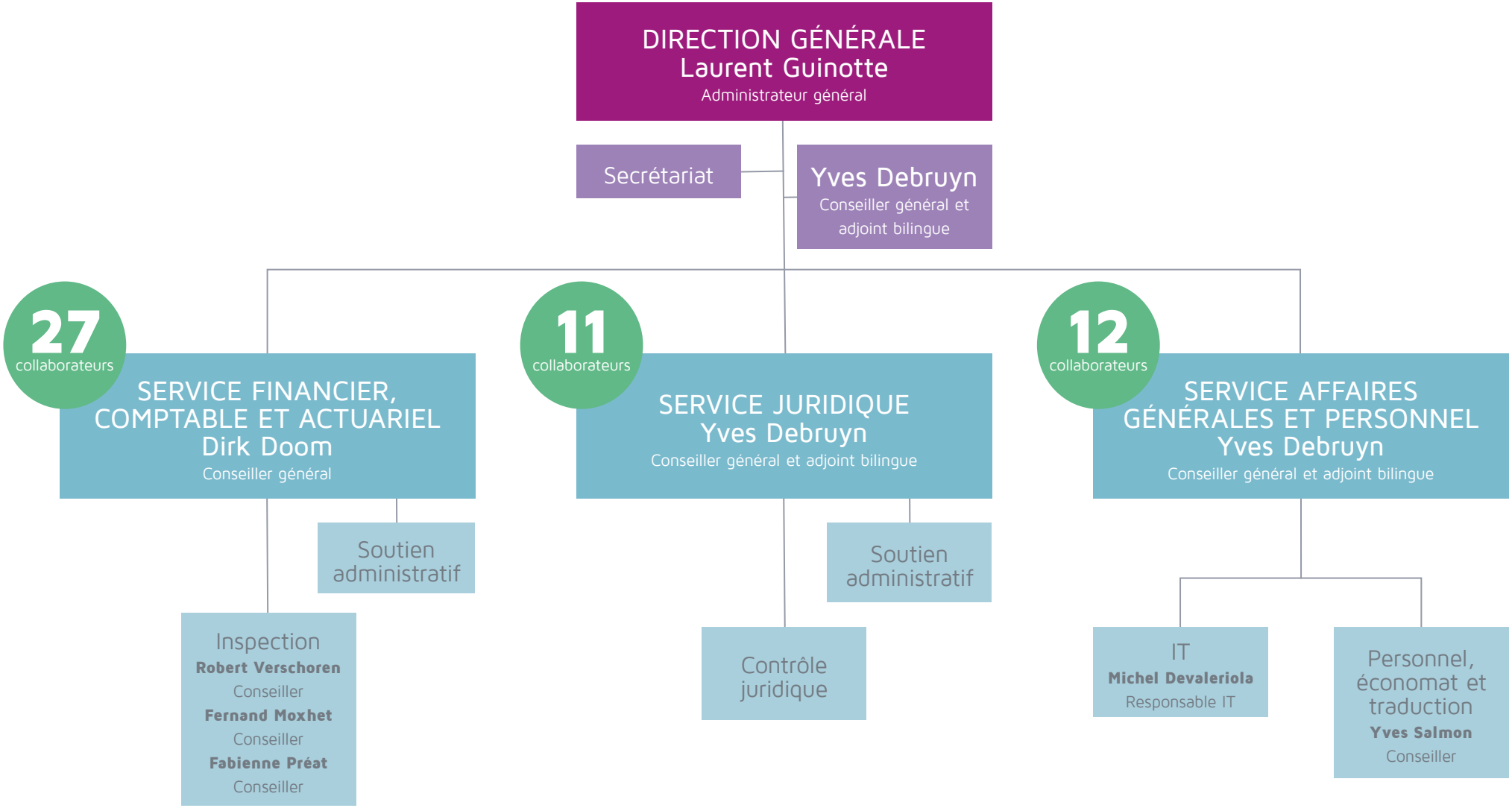
Orientation résultats

Impartialité

Intégrité

2.3 Organigramme simplifié

Situation au 31 décembre 2017



2.4 L'OCM en quelques chiffres

Moyenne de
4,2
jours de formation par agent

98%
de statutaires

51%
de francophones

49%
de néerlandophones

10%
d'effectif supplémentaire en 2017

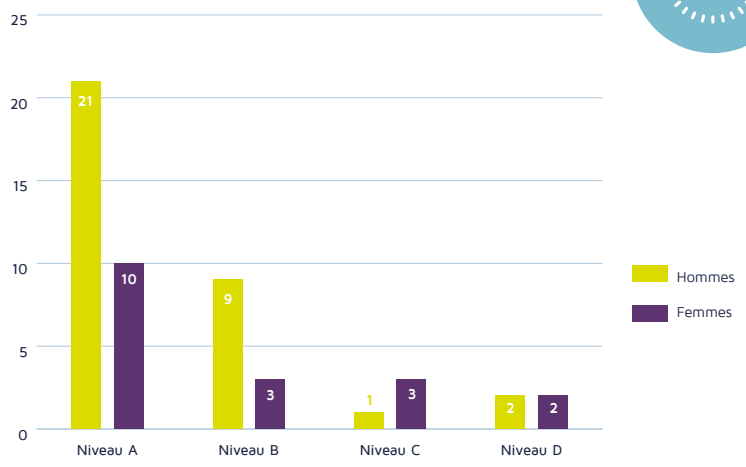
51
membres du personnel au total

65%
d'hommes

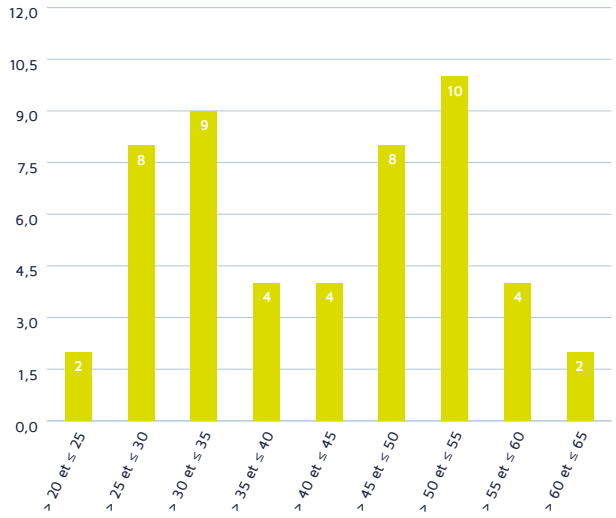
35%
de femmes

L'OCM en quelques chiffres

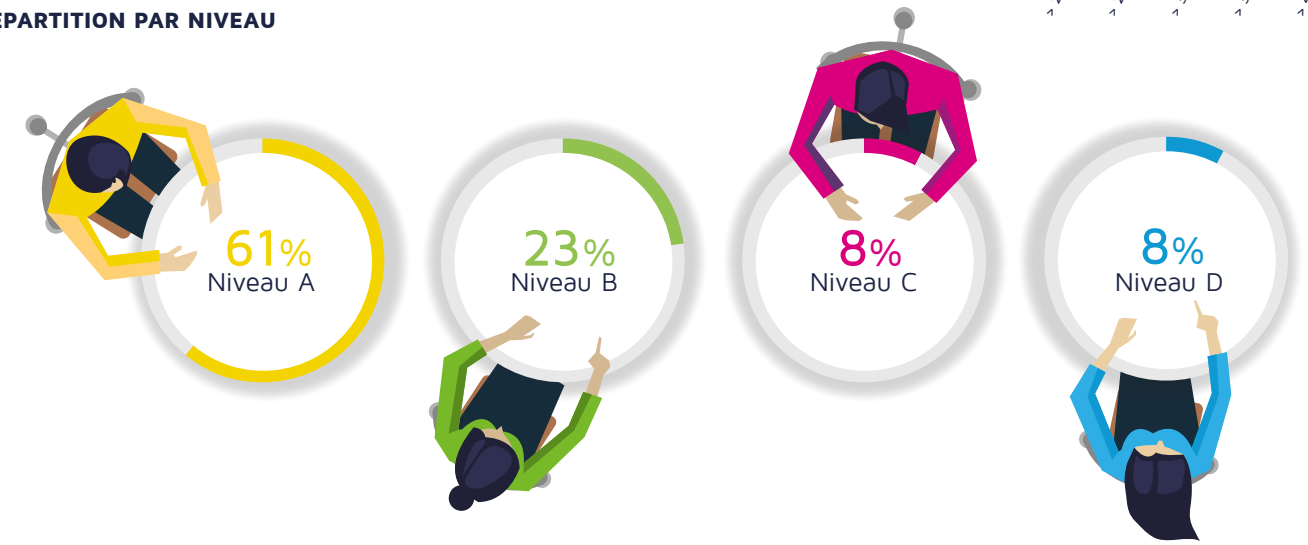
RÉPARTITION PAR GENRE ET NIVEAU



RÉPARTITION PAR ÂGE



RÉPARTITION PAR NIVEAU



2.5 Organes

2.5.1. Le Conseil de l'OCM

L'OCM est géré par un Conseil, qui se compose actuellement d'un président et de six membres :

- deux membres choisis parmi les fonctionnaires de l'INAMI chargés de tâches dans le domaine des soins de santé ou qui ont de l'expérience dans ce domaine ;
- quatre membres choisis en raison de leur compétence en matière juridique, sociale, financière ou actuarielle.

Les membres du Conseil sont nommés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres pour une période renouvelable de six ans.

En 2017, le Conseil s'est réuni 14 fois.

Présidence	B. LAMBRECHTS
Membres	J. ANNANE P. BALLEGEER P. FACON P. FASTENAKEL Ph. ROLAND E. WAUTERS
Commissaire du gouvernement	H. NAGELS
Délégué du ministre du Budget	F. BOSMANS

2.5.2. Le Comité technique

La loi du 6 août 1990 a institué auprès de l'OCM un organe consultatif, le Comité technique. À la demande du ministre des Affaires sociales ou du Conseil de l'OCM, ou encore de sa propre initiative, ce comité émet un avis sur toutes les questions se rapportant à l'exécution de la loi du 6 août 1990.

Le Comité technique est composé d'un président, de cinq membres présentés par les unions nationales, d'un représentant de la CAAMI, d'un représentant de la Caisse des soins de santé de HR Rail, de l'Administrateur général de l'INAMI et de deux personnes désignées par le ministre des Affaires sociales parmi les fonctionnaires de l'INAMI ou du SPF Sécurité sociale. De plus, la loi du 26 avril 2010 a prévu la possibilité pour le ministre des Affaires sociales et le ministre ayant les assurances dans ses attributions de désigner conjointement un observateur de la FSMA, sur proposition de cet organisme, ainsi qu'un observateur de la Banque nationale de Belgique, sur proposition de cet organisme, pour les matières relatives aux SMA et à leurs intermédiaires.

Le roi nomme le président et les membres du Comité technique pour une durée renouvelable de six ans.

Le Comité technique s'est réuni 4 fois en 2017.

Présidence	A. THIRION
Président suppléant	M. JUSTAERT
Membres	L. CARSAUW S. DAMIEN J. DE COCK R. DESSEIN P. HEIDBREDER G. MESSIAEN N. SPINOZZI M. VAN SCHELVERGEM D. VANWOLLEGHEM A. VERHEYDEN
Membres suppléants	D. BORREMAN H. DE SWAEF M. EGGERMONT R. FELICE † A. GROSWASSER M. JUSTAERT P. MAYNE C. MICLOTTE T. STEYLEMANS S. TONNEAUX

2.6 Données financières de l'OCM

2.6.1. Mode de financement

Les frais de fonctionnement de l'OCM sont supportés par les entités qu'il contrôle, selon des modalités fixées comme suit par l'arrêté royal du 21 décembre 1992 :

1° pour le secteur de l'**assurance obligatoire**, un montant forfaitaire à charge de chacun des sept organismes assureurs. L'intervention de chaque organisme assureur est fixée au moyen de deux critères équivalents, à savoir le nombre de membres titulaires en assurance obligatoire, et le montant des avances reçues de l'INAMI ;

2° pour le secteur de l'**assurance complémentaire**, un pour mille des cotisations versées par les membres pour l'assurance complémentaire et l'épargne prénuptiale. Ce montant est à charge des unions nationales, des mutualités et des sociétés mutualistes qui ne peuvent pas offrir d'assurances ;

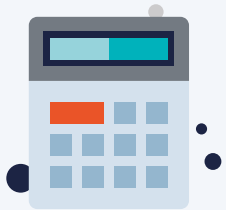
3° pour le secteur des **assurances**, un pour mille des primes payées par les assurés, qui correspond à la somme des pour mille qu'une entreprise d'assurance privée doit payer en tant que contribution aux frais de fonctionnement de la FSMA et de la BNB dans le cadre des activités assurance maladie (branche 2) et assistance (branche 18). Ce montant est à charge des sociétés mutualistes d'assurance.

Les **intermédiaires d'assurance** des SMA contribuent aux frais de fonctionnement de l'OCM en payant un droit d'inscription annuel. Le montant de ce droit d'inscription correspond au montant payé à la FSMA par les intermédiaires d'assurance privés.

2.6.2. Budget

Le tableau ci-dessous reprend l'exécution du budget pour l'exercice 2017 et le budget pour l'exercice 2018 (en EUR).

Rubrique		Exécution budget 2017	Budget 2018
Recettes	**(+)**	**5.927.565,31**	**5.639.456,00**
Intervention des entités mutualistes	(+)	4.600.012,26	4.300.000,00
Intervention des sociétés mutualistes d'assurance	(+)	1.048.894,26	1.050.000,00
Intervention des intermédiaires d'assurance	(+)	270.040,57	270.000,00
Sanctions	(+)	-	10.000,00
Autres	(+)	8.618,22	9.456,00
Dépenses	**(-)**	**-6.178.089,35**	**-6.831.853,00**
Frais de personnel	(-)	-4.152.657,43	-4.757.885,00
Frais de fonctionnement	(-)	-1.914.711,23	-1.846.409,00
Investissements	(-)	-106.750,69	-209.361,00
Transfert sanctions	(-)	-	-5.000,00
Remboursement sanctions aux entités mutualistes	(-)	-	-5.000,00
Autres	(-)	-3.970,00	-8.198,00
Excédent (+) / déficit (-) de l'exercice		**-250.524,04**	**-1.192.397,00**



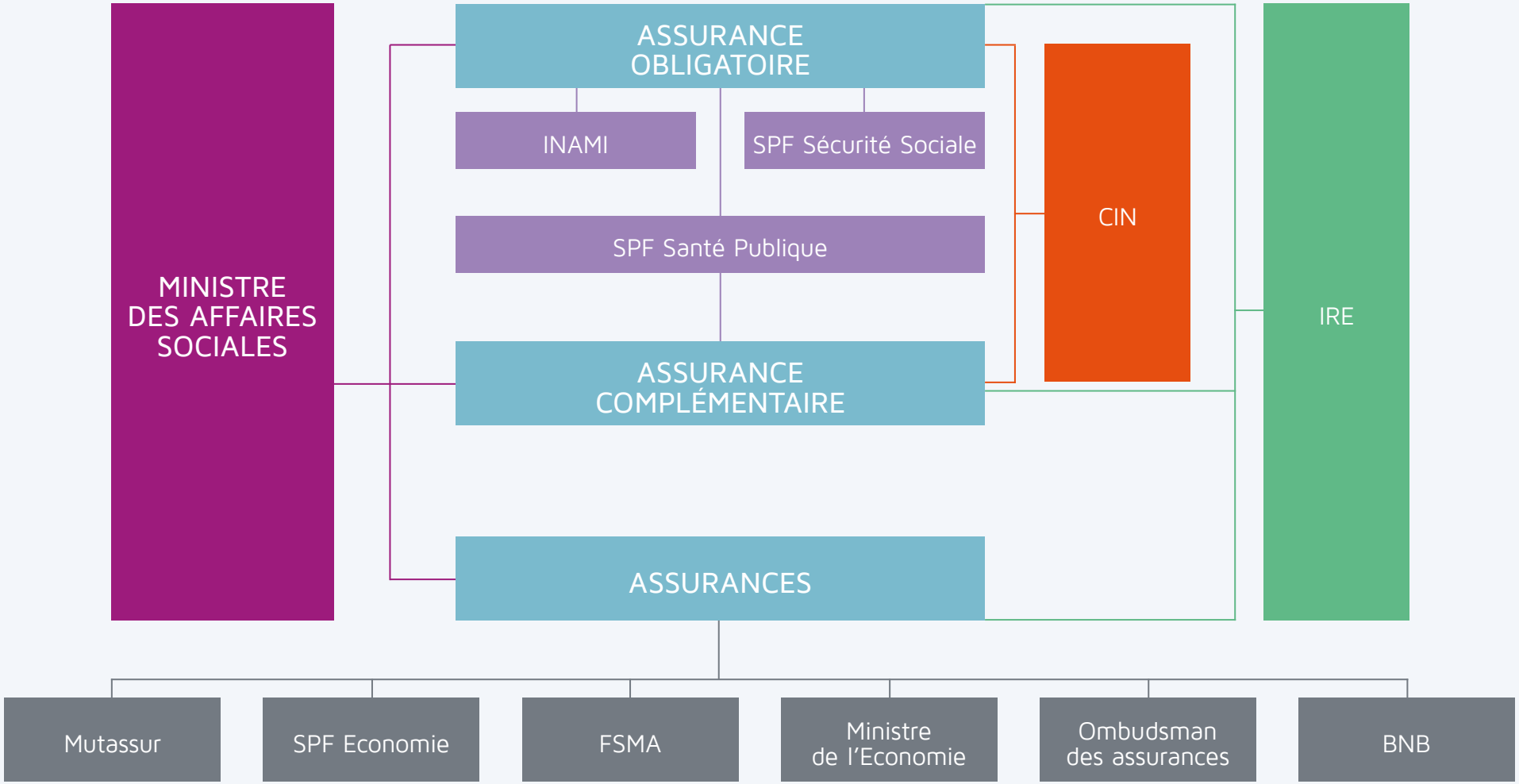
2.6.3. Bilan

Le tableau suivant reprend la situation bilantaire des exercices 2016 et 2017 et son évolution (en EUR).

Rubrique	Exercice		Évolution
Actif	**2016**	**2017**	**2016-2017**
Immobilisations incorporelles	7.429,93	459.584,96	+452.155,03
Immobilisations corporelles	94.857,08	71.626,27	-23.230,81
Créances à plus d'un an	12.355,62	29.954,01	+17.598,39
Créances à un an au plus	94.864,65	284.849,97	+189.985,32
Liquidités	4.357.123,19	4.402.848,64	+45.725,45
Comptes d'attente et de régularisation	237.131,79	182.393,31	-54.738,48
Total de l'actif	**4.803.762,26**	**5.431.257,16**	**+627.494,90**
Passif	**2016**	**2017**	**2016-2017**
Réserve administrative	1.240.243,60	1.235.617,87	-4.625,73
Fonds de l'immobilisé	102.287,01	531.211,23	+428.924,22
Résultats reportés à nouveau	3.235.237,92	2.505.120,59	-730.117,33
Provisions pour intérêts amendes pendantes	1.035,21	1.067,22	+32,01
Dettes à un an au plus	205.046,02	743.979,80	+538.933,78
Comptes d'attente et de régularisation	19.912,50	414.260,45	+394.347,95
Total du passif	**4.803.762,26**	**5.431.257,16**	**+627.494,90**

III.
LES PARTENAIRES DE L'OCM

3.1 La constellation des partenaires de l'OCM



3.2 Commentaires sur les collaborations en 2017

Comme déjà invoqué dans notre rapport annuel 2016, dans le prolongement de l'accord de gouvernement fédéral, la **ministre des Affaires sociales et de la Santé publique**, les organismes assureurs, l'INAMI et l'OCM ont signé le 28 novembre 2016 le **pacte d'avenir**. L'OCM est principalement concerné par les axes 5 (assurance complémentaire obligatoire) et 6 (capacité de gestion, bonne gouvernance et transparence). L'OCM est chargé, après avoir pris connaissance des positions du secteur mutualiste (via des groupes de travail, le Collège intermutualiste national ou le Comité technique), de prendre les dispositions légales et réglementaires en exécution de ce pacte.

Un des partenaires les plus importants de l'OCM est l'**INAMI**, avec qui la collaboration est permanente dans le cadre de la plupart des sujets qui concernent l'assurance obligatoire. Les dossiers emblématiques de 2017 auront été sans surprise l'exécution du pacte d'avenir que nous venons d'évoquer, l'évaluation des performances de gestion des organismes assureurs, ou encore l'établissement d'un reporting analytique par les organismes assureurs relativement à l'utilisation du budget des frais d'administration.

L'OCM collabore également intensivement avec les **réviseurs d'entreprises** agréés désignés par les différentes entités mutualistes. Outre les contacts qui interviennent dans le cadre de l'exercice de leur mission, et l'organisation de réunions « trialogues » entre l'OCM, les unions nationales et les réviseurs désignés auprès d'elles, une collaboration structurelle et transversale est organisée dans le cadre d'un groupe de travail OCM - IRE qui se réunit régulièrement pour examiner toutes les questions générales sur les thématiques communes.

Suite au transfert, par la **sixième réforme de l'État**, de compétences en matière de santé et d'assistance aux personnes, certaines tâches de l'assurance obligatoire qui sont actuellement gérées par l'INAMI, le SPF Santé publique et le SPF Sécurité sociale, seront exécutées à partir du 1er janvier 2019 par des organismes assureurs sociaux opérationnels, lesdites sociétés mutualistes régionales (SMR), créées par toutes les mutualités d'une même union nationale. Toutes les mutualités d'une même union nationale seront en effet affiliées à ces SMR, parce que le domicile des membres et le siège de la mutualité à laquelle ils sont affiliés ne se trouvent en effet pas nécessairement dans la même entité fédérée. La **Région wallonne** et la **Région de Bruxelles-Capitale** ont décidé d'avoir recours aux conseils de l'OCM pour la rédaction de la législation et de la réglementation en la matière, et souhaitent également faire appel à l'OCM pour contrôler le respect de ces textes. L'OCM est en effet depuis 1999 l'autorité compétente pour ce qui concerne le contrôle des caisses d'assurance soins, créées sous la forme de sociétés mutualistes pour organiser l'assurance soins au niveau de la **Communauté flamande** et, depuis 2016, la Protection sociale flamande.

Le **Comité technique** institué auprès de l'OCM compte notamment un représentant du SPF Santé publique, du SPF Affaires sociales et de l'INAMI.

Comme cela avait déjà été le cas au cours des années précédentes, des réunions se sont régulièrement tenues à l'OCM avec des membres du bureau de **Mutassur**, l'organisation professionnelle qui représente le secteur des SMA, en vue de maintenir un dialogue permanent et une collaboration avec le secteur des SMA. Ces échanges ont permis de mieux cerner les attentes du secteur.
Depuis 2010, le législateur a prévu la possibilité, pour l'OCM, de conclure des

accords de coopération respectivement avec l'**Autorité des services et marchés financiers (FSMA)** et la **Banque Nationale de Belgique (BNB)**, en vue entre autres de régir l'échange d'informations et l'application uniforme des législations applicables aux entreprises d'assurance. Sur cette base, le protocole d'accord entre l'OCM et la BNB a été finalisé et signé en mai 2017. Les deux protocoles conclus par l'OCM avec respectivement la FSMA et la BNB ont également été publiés sur les sites internet des différentes autorités de contrôle.

Indépendamment de la conclusion formelle de ces accords, l'OCM a régulièrement adressé

des demandes d'informations à ces autorités de contrôle et des réunions ont eu lieu entre des membres des différents services à propos de thèmes déterminés (gouvernance, MiFID, IDD, etc.). Ces échanges se sont révélés grandement utiles au traitement des dossiers soumis à l'OCM.

Par ailleurs, les observateurs de la BNB et de la FSMA, désignés respectivement en 2013 et en 2014, continuent à siéger, pour ce qui concerne les matières relatives aux assurances, en tant qu'observateurs au sein du Comité technique. Ceci permet au secteur mutualiste d'être en contact direct avec des représentants de ces autorités de contrôle.

En sa qualité d'observateur dans la **Commission des assurances** instituée auprès de la FSMA et dans le cadre de la collaboration avec la FSMA, l'OCM a eu l'occasion de participer à l'examen de projets de lois et d'arrêtés royaux susceptibles de concerner les SMA. L'OCM a ainsi émis un avis à propos :

- de l'avant-projet d'arrêté royal précisant l'obligation de notification préalable du document d'informations clés à l'Autorité des services et marchés financiers en exécution de l'article 37sexies, §2, alinéa 1er, de la loi du 2 août 2002 ;
- de l'avant-projet de loi transposant la directive (UE) 2016/97 sur la distribution d'assurances (IDD) ;
- du projet d'arrêté royal déterminant les indices médicaux visés à l'article 204, §3, de la loi du 4 avril 2014. L'objectif est de permettre aux entreprises d'assurance de lier l'augmentation du montant des primes à l'évolution des dépenses en matière de soins de santé et d'ainsi éviter à l'avenir l'introduction de dossiers de redressement.

Enfin, l'OCM communique à l'**Ombudsman des assurances** les demandes de particuliers qui lui ont été adressées mais qui ne relèvent pas de sa compétence en ce qu'elles concernent un litige entre un consommateur et une SMA ou un de ses intermédiaires. Trois dossiers ont ainsi été transmis dans le courant de l'année.

IV.
LE SECTEUR MUTUALISTE

4.1 Les chiffres clés sur le secteur

4.1.1. Assurance obligatoire maladie-invalidité

La mission principale des entités mutualistes consiste à exécuter l'assurance obligatoire maladie-invalidité, telle que régie par la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Cette mission est concrétisée par une collaboration entre l'INAMI et les sept organismes assureurs. Sont agréées comme organisme assureur : les cinq unions nationales, y compris les mutualités qui y sont affiliées, ainsi que la CAAMI et la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Les derniers comptes annuels établis par les organismes assureurs sont ceux de l'exercice 2012. Le tableau ci-contre donne un certain nombre de **chiffres globalisés** pour cet exercice (en EUR), ainsi que l'évolution par rapport à l'exercice précédent. Vous trouverez plus de détails sur le site web de l'OCM.

Rubrique	2011	2012	Évolution	Évolution en %
Indemnités	5.800.204.565,89	6.171.689.048,83	+371.484.482,94	+ 6,40%
Soins de santé	25.636.105.116,38	26.787.104.940,06	+1.150.999.823,68	+ 4,49%
Frais d'administration	1.098.417.539,48	1.097.643.842,47	-773.697,01	-0,07%
Fonds spécial de réserve soins de santé[1]	699.030.575,27	656.196.742,63	-42.833.832,64	-6,13%
Boni frais d'administration assurance obligatoire	25.457.465,06	18.206.880,04	-7.250.585,02	-28,48%

À partir de 2015, suite à la 6e réforme de l'état, une partie des compétences fédérales relatives à l'assurance obligatoire soins de santé est graduellement transférée vers les communautés et régions.

1 Le fonds spécial de réserve est lié au système de responsabilité financière. Pour ce qui concerne le secteur des soins de santé, une partie du boni est affectée à ce fonds, qui est géré par chacun des organismes assureurs. Si le fonds spécial de réserve est inférieur à 4,46 EUR par titulaire, il doit être complété par des moyens propres provenant de l'assurance complémentaire ou par une cotisation supplémentaire réclamée aux membres.

4.1.2. Assurance complémentaire

Outre l'assurance obligatoire, les entités mutualistes offrent des services et avantages via l'assurance complémentaire. On appelle ces services des « opérations » ou des services qui ne sont ni des opérations, ni des assurances. Ces derniers services consistent à offrir des informations aux membres, à subventionner des structures socio-sanitaires ayant un objet mutualiste et à exécuter l'assurance soins flamande. Le centre administratif auquel le résultat des frais d'administration de l'assurance obligatoire est affecté et le fonds spécial de réserve complémentaire[2] sont également considérés comme des services qui ne sont ni des opérations, ni des assurances.

Le tableau ci-contre donne un certain nombre de **chiffres globalisés** pour l'exercice 2016, ainsi que l'évolution par rapport à l'exercice précédent. Vous trouverez plus de détails sur le site web de l'OCM.

Rubrique	2015	2016	Évolution	Évolution en %
Cotisations (cotisations administratives comprises)	841.472.675,21	865.985.616,41	+24.512.941,20	+ 2,91%
Prestations	888.102.541,91	944.151.037,40	+56.048.495,49	+ 6,31%
Résultat de l'exercice	65.279.349,98	19.979.846,07	-45.299.503,91	-69,39%
Fonds de roulement et réserves assurance prénuptiale	1.694.568.129,28	1.684.671.626,00	-9.896.503,28	-0,58%
Nombre de ménages mutualistes	7.487.259	7.565.584	+78.325	+ 1,05%
Nombre moyen de membres du personnel en ETP	14.704,10	14.927,34	+ 223,24	+ 1,52%

2 *Le fonds spécial de réserve complémentaire est un fonds constitué en assurance complémentaire qui est utilisé si le niveau du fonds spécial de réserve en assurance obligatoire n'atteint pas le minimum légal de 4,46 EUR par titulaire.*

4.1.3. Sociétés mutualistes d'assurance

Les sociétés mutualistes d'assurance (SMA) proposent uniquement des assurances maladie au sens de la branche 2[3], ainsi qu'à titre complémentaire des assurances assistance, telles que visées à la branche 18. Dans ce contexte, les principaux produits offerts par les SMA sont :

- des assurances hospitalisation ;
- des assurances soins dentaires ;
- des assurances couvrant des frais médicaux divers (soins ambulatoires...).

Les SMA offrent exclusivement leurs produits aux membres des mutualités qui leur sont affiliées.

Le tableau ci-contre reprend pour l'exercice 2016 un certain nombre de **chiffres globalisés**, ainsi que leur évolution par rapport à l'exercice précédent. Vous trouverez des chiffres plus détaillés sur le site web de l'OCM.

Rubrique	2015	2016	Evolution	Evolution en %
Primes	558.615.697,03	625.780.758,55	+ 67.165.061,52	+ 12,02%
Sinistres	443.438.528,39	472.025.578,77	+ 28.587.050,38	+ 6,45%
Résultat de l'exercice	70.317.895,85	68.161.364,03	- 2.156.531,82	- 3,07%
Capitaux propres	621.831.643,49	689.993.007,52	+ 68.161.364,03	+ 10,96%
Nombre d'assurés au 31 décembre	3.946.383	3.993.385	+ 47.002	+ 1,19%
Nombre d'employés en ETP	404,50	437,60	+ 33,10	+ 8,18%
Nombre de responsables de la distribution au 1er janvier	291	370	+ 79	+ 27,15%
Nombre de personnes en contact avec le public au 1er janvier	4.067	3.978	- 89	- 2,19%

***3** Les différentes branches d'assurance sont décrites à l'annexe I de la loi du 13 mars 2016.*

4.2 Évolutions marquantes au sein du paysage mutualiste

L'**axe de modernisation 6 du pacte d'avenir** joue un rôle important dans ces évolutions, en particulier l'« **accroissement de la capacité de gestion des organismes assureurs** ». Ce point vise la professionnalisation des organes de gestion, la diminution du nombre de représentants dans les organes de gestion et la création obligatoire de comités spécialisés au sein des entités mutualistes. Le pacte d'avenir prévoit ainsi notamment, en vue d'accroître la capacité de gestion des organismes assureurs, l'augmentation substantielle à 75.000 du nombre minimum de titulaires qu'une mutualité, sans tenir compte des quelques exceptions prévues, doit compter. Le pacte prévoit également la diminution à deux du nombre minimum de mutualités appartenant à une même union nationale, ce qui mènera peut-être à des fusions de mutualités.

L'OCM a été chargé de préparer des projets de loi en ce sens.

L'OCM a été saisi en 2016 de plusieurs demandes de fusions dont l'entrée en vigueur était prévue le 1er janvier 2017 :

- une demande de fusion de mutualités. Après examen de ce dossier, l'OCM a constaté que les prescriptions légales en la matière avaient été observées complètement et a, par conséquent, donné son approbation à la fusion et aux statuts de la nouvelle entité mutualiste ;
- les demandes de fusions par absorption de deux SMA par une troisième SMA. Après examen de ces dossiers, l'OCM a constaté que les prescriptions légales en la matière avaient été observées et a, par conséquent, approuvé les fusions et autorisé les transferts des portefeuilles d'assurance respectifs des SMA absorbées vers la SMA absorbante.

V.
LES RÉALISATIONS DE L'OCM

5.1 Activités et contrôles réalisés

Activité clé 1 : *Agréer les entités mutualistes et les réviseurs, et pour les SMA, leurs compliance officers et intermédiaires d'assurance, ainsi que les activités de formation*

En application de l'article 32 la loi du 6 août 1990, les unions nationales et les mutualités doivent désigner un ou plusieurs **réviseurs d'entreprises**, choisis sur une liste de réviseurs agréés établie par l'OCM. L'agrément est octroyé aux réviseurs par le Conseil de l'OCM, en se fondant sur l'avis d'une Commission d'examen des candidatures composée paritairement de réviseurs agréés et de fonctionnaires de l'OCM.

Cet agrément est d'abord accordé pour une période de deux ans renouvelable. Il devient définitif lorsque le réviseur a exercé durant six années, en qualité de réviseur effectif ou de collaborateur de celui-ci, la fonction de réviseur auprès de mutualités ou d'unions nationales de mutualités.

En 2017, la commission s'est réunie à une reprise et sur base de son avis, le Conseil a prolongé l'agrément d'un réviseur. Au 31 décembre 2017, la liste des réviseurs d'entreprises agréés par l'OCM comptait 22 réviseurs, dont 14 sont détenteurs d'un agrément définitif. Cette liste est disponible sur le site web de l'OCM.

En vertu de l'article 87bis de la loi du 2 août 2002, chaque SMA doit désigner un **compliance officer**, qui est chargé de contrôler le respect des règles en matière d'intégrité et qui doit avoir été agréé par l'OCM. Trois entités ont, pour des motifs divers, introduit un dossier en vue de nommer un nouveau compliance officer et l'OCM a marqué à chaque fois son accord.

Comme cela était déjà le cas les quatre dernières années, il n'y a pas eu de demande d'inscription d'un nouvel intermédiaire d'assurance.

À propos de ces intermédiaires, ceux-ci sont soumis à une obligation de recyclage des connaissances professionnelles, de même que les membres de leur personnel actifs en matière d'intermédiation, qui sont, selon la législation, désignés en tant que responsables de la distribution. L'OCM a, dans ce cadre, été amené à examiner deux **formations** organisées par Mutassur pour l'ensemble du secteur des intermédiaires mutualistes. L'une était destinée aux néerlandophones et l'autre aux francophones.

Activité clé 2 : *Approuver a priori les modifications statutaires et les décisions relatives aux cotisations et à l'affectation de celles-ci, émanant des mutualités, des unions nationales et des sociétés mutualistes (AC)*

En 2017, l'OCM a traité 120 dossiers de demandes officielles et 45 dossiers de demandes officieuses d'approbation de **modifications statutaires** des unions nationales, mutualités et sociétés mutualistes. Il a par ailleurs vérifié l'absence de contradictions entre les dispositions prévues dans les accords de collaboration et les statuts des entités mutualistes. L'OCM a également vérifié si certaines dispositions reprises dans ces accords ne devraient pas l'être aussi dans les statuts.

Activité clé 3 : *Contrôler, a priori et a posteriori, les modifications statutaires et les primes d'assurance des sociétés mutualistes d'assurance (SMA)*

En ce qui concerne le traitement des dossiers individuels, 13 demandes d'avis ont été introduites par les SMA en ce qui concerne des **projets de modifications statutaires**. Les avis officieux de l'OCM ont permis aux SMA de s'assurer, sur les plans juridique et financier, de la conformité à la réglementation des décisions envisagées.

Par ailleurs, l'OCM a examiné deux **dossiers de redressement** introduits par des SMA sur la base de l'article 504 de la loi du 13 mars 2016. L'utilisation de cette procédure, que l'entité concernée doit justifier par la transmission d'un dossier contenant des prévisions financières et actuarielles, permet à une entreprise d'assurance d'adapter un contrat d'assurance maladie et de modifier les conditions de couverture ou de procéder à une augmentation de primes supérieure à une indexation. Une telle opération se réalise en vue de rétablir ou d'assurer la viabilité de l'entreprise d'assurance et par conséquent,

celle de la garantie offerte aux membres couverts.

Activité clé 4 : ***Contrôler** le fonctionnement financier, comptable, administratif et juridique des entités mutualistes (AO, AC et SMA) et les intermédiaires d'assurance*

CONTRÔLES FINANCIERS ET COMPTABLES

Une partie significative des contrôles réalisés en 2017 par les inspecteurs de l'OCM a concerné l'**assurance obligatoire** et plus particulièrement l'**évaluation des performances de gestion** des organismes assureurs pour l'exercice 2017. Ces contrôles ont notamment porté sur la vérification des éléments suivants :

- les inventaires des soldes comptables en assurance obligatoire et la pertinence de ceux-ci ;
- l'imputation correcte des prestations accordées à titre subrogatoire effectivement récupérées ;
- la mise en œuvre des contrôles de validité nécessaires au remboursement correct des soins de santé ;
- les procédures de travail suivies par les organismes assureurs dans le cadre de la gestion des plaintes ;
- le respect des délais quant à l'imputation des prestations comptabilisées pour les soins de santé et les indemnités d'incapacité de travail.

Par ailleurs et toujours dans le cadre de l'assurance obligatoire, différents contrôles spécifiques ont été réalisés afin de répondre à des questions ponctuelles qui ont été soulevées à l'occasion de l'examen de documents en interne ou de rapports révisoraux.

De manière générale, les remarques formulées à l'issue des examens précités ont été peu nombreuses et d'une importance limitée par rapport au volume des opérations concernées. Deux constatations méritent néanmoins d'être soulignées :

- Dans les inventaires des soldes présentés à la clôture de l'exercice 2016, certains montants anciens dont la présence inopportune au sein des soldes avait déjà été signalée et sanctionnée à plusieurs reprises, continuent à rester en attente d'une imputation définitive.
- Le contrôle relatif à la gestion des plaintes, qui était réalisé pour la deuxième année consécutive et qui a porté sur les plaintes réceptionnées au cours du 4e trimestre de 2016, a révélé une amélioration sensible des procédures de travail mises en œuvre par les entités mutualistes par rapport à celles qui avaient été présentées lors de l'évaluation de l'exercice 2016.

En ce qui concerne l'**assurance complémentaire**, l'OCM a finalisé l'examen des **inventaires des soldes comptables**. Il a également poursuivi le contrôle plénier entamé au cours du dernier semestre 2016, qui porte sur la vérification que les **avantages accordés aux membres** sont en adéquation avec les dispositions statutaires des entités mutualistes concernées. Dans le cadre de ce dernier contrôle, un nombre significatif de remboursements erronés a été constaté dans le chef de certaines entités, et ce en raison du caractère systématique des procédures appliquées. Dans tous les cas, l'OCM exige une régularisation des situations concernées, via le paiement du complément nécessaire ou la récupération du montant payé indument, ainsi qu'une analyse des procédures de travail destinée à cerner les raisons des manquements constatés et à améliorer les procédures de contrôle interne.

En 2017, les inspecteurs de l'OCM ont par ailleurs mené des contrôles au siège de différentes **sociétés mutualistes d'assurance** (SMA). Ces contrôles se sont focalisés sur la manière dont le capital de solvabilité requis est déterminé, à la lumière notamment des risques pris en considération par chaque SMA et des hypothèses de travail retenues dans le cadre des calculs réalisés. L'objectif de ces contrôles étant de tendre, le cas échéant, vers une harmonisation pour l'ensemble du secteur, ces contrôles sont amenés à se poursuivre.

Outre ces contrôles sur place, les inspecteurs ont examiné de nombreux reportings qualitatifs relatifs à l'exercice 2016. Ces reportings ont été introduits en 2017 pour la première fois en application de la législation Solvency II. Au-delà de l'analyse des reportings pour chaque SMA à titre individuel, cet examen s'est inscrit dans une optique plus large de mise en exergue des bonnes pratiques en la matière, notamment dans le cadre de la gouvernance.

CONTRÔLES JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS

Outre la réponse aux questions parlementaires, aux questions de particuliers

et d'entités mutualistes et l'analyse des plaintes introduites par les particuliers et les entités mutualistes, le service juridique de l'OCM s'est attelé en 2017 :

- à contrôler le respect de l'**obligation de publication sur internet des statuts** des mutualités, des unions nationales et des sociétés mutualistes qui ne peuvent pas offrir d'assurances, et à formuler des constatations à l'attention des entités concernées, suite à l'entrée en vigueur au 1er octobre 2016 de l'arrêté royal du 26 janvier 2017 qui fixe les modalités pour la publication des statuts sur internet ;
- à établir le **bilan des élections mutualistes** qui se sont déroulées en 2016. L'OCM a en particulier vérifié si les dispositions réglementaires ont bien été respectées, et il a également formulé des propositions de modification de la réglementation en la matière. À l'occasion de l'exécution de l'axe de modernisation 6 du pacte d'avenir (capacité de gestion, bonne gouvernance et transparence) et de ce bilan des élections mutualistes, l'OCM a entamé une réflexion générale sur le nombre de membres dans les organes de gestion des entités mutualistes ;
- à évaluer la manière dont les organismes assureurs traitent les **plaintes** qu'ils reçoivent de la part de tiers. En effet, pour pouvoir offrir des services de qualité et chercher constamment à s'améliorer, les organismes assureurs doivent prendre en considération les éventuels mécontentements, s'ils sont fondés, exprimés par leurs membres et par tout autre tiers avec lequel ils collaborent. Cet examen constituait un des domaines évalués par l'OCM dans le cadre des performances de gestion (voir activité clé 5 ci-après). Dans ce cadre, chaque entité mutualiste a d'abord dû remplir un questionnaire sur la manière dont elle traite les plaintes, et l'OCM a ensuite contrôlé si certaines procédures de travail ont été appliquées correctement.

Par ailleurs, l'OCM a procédé à un premier contrôle du respect, par les SMA, de la **réglementation MiFID** (règles de conduite).

S'agissant d'une matière encore relativement récente et assez vaste, il n'était pas envisageable de procéder à un contrôle exhaustif de l'ensemble des aspects de cette réglementation. L'OCM a également pris en compte le fait que les SMA limitent leurs activités à certains types d'assurances, puisqu'elles ne peuvent offrir que des produits de la branche 2 et, à titre complémentaire, de la branche 18 (donc pas de produits d'épargne et d'investissement).

Il a enfin été tenu compte de la structure du réseau de distribution des assurances mutualistes : un nombre limité d'entreprises d'assurance, une distribution des produits par les différentes mutualités belges qui agissent à titre d'agent d'assurance lié et qui disposent parfois de nombreux points de contact au sein desquels les employés n'ont pas pour unique activité l'intermédiation en assurance.

Dans ce cadre, des réunions se sont tenues à l'OCM avec chaque SMA afin de prendre connaissance des mesures et des procédures adoptées afin de respecter certains aspects de la réglementation MiFID et ce, dans une approche pédagogique et non de sanction. Les conclusions de l'examen réalisé seront communiquées au secteur en 2018.

Un second contrôle important a concerné les **critères de segmentation**. Chaque SMA, comme toute entreprise d'assurance, doit, sur son site web :

- publier, par type de contrat d'assurance, les critères de segmentation au niveau de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture ;
- expliquer de manière claire et compréhensible pour le preneur d'assurance pourquoi ces critères sont utilisés.

Après avoir vérifié que toutes les SMA avaient bien repris ces informations sur leur site web ou sur celui des mutualités liées, l'OCM a communiqué ses attentes et recommandations en ce qui concerne

le respect par les SMA de leurs obligations en matière de critères de segmentation. L'éventuelle adaptation, à la suite de ces recommandations, des informations publiées fera l'objet d'un contrôle dans le courant de l'année 2018.

Enfin, comme chaque année, l'OCM a contrôlé si les intermédiaires d'assurance mutualistes respectent bien les exigences règlementaires concernant le **nombre minimum de responsables de la distribution**. Ce nombre augmente en fonction du nombre de personnes en contact avec le public désignées au sein d'un intermédiaire.

Activité clé 5 : *Évaluer les performances de gestion des organismes assureurs dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs sur la partie variable de leurs frais d'administration (AO)*

En application des dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, 10% de l'enveloppe des frais d'administration qui est octroyée annuellement aux unions nationales et à la Caisse des soins de santé de HR Rail, sont accordés sur la base du résultat d'une évaluation de leurs performances de gestion réalisée par l'OCM. C'est ce qu'on appelle la partie variable des frais d'administration. Les montants maximums à attribuer à l'issue de l'évaluation de l'exercice 2016, qui a été réalisée en 2017, étaient de 108.345.400 EUR, soit 106.541.700 EUR en faveur des unions nationales et 1.803.700 EUR en faveur de la Caisse des soins de santé de HR Rail. Ces montants résultent du pourcentage de répartition prévu dans la loi coordonnée précitée.

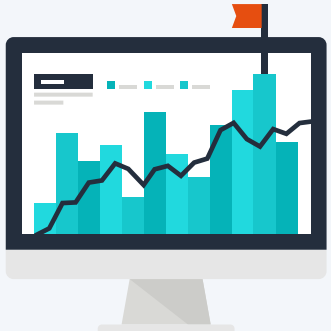
L'évaluation consiste à apprécier la manière dont les entités mutualises réalisent leurs tâches et missions, qui sont à cet effet classifiées au sein de sept processus clés, tels que par exemple la qualité des informations fournies aux assurés sociaux, la qualité des mécanismes de contrôle et d'audit interne mis en œuvre ou encore l'attribution correcte et uniforme des droits dans les délais fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire. L'arrêté royal du 10 avril 2014 définit ces sept processus, ainsi que le pourcentage de la partie variable des frais d'administration à attribuer à chacun de ceux-ci.

L'OCM et l'INAMI fixent ensuite dans le cadre de chacun des sept processus, une série de domaines, ainsi que les indicateurs qui permettront d'évaluer ceux-ci. Pour l'évaluation de l'exercice 2016, 40 domaines ont ainsi été évalués, soit 14 domaines qui ont été fixés par le Conseil de l'OCM et 26 par le Comité général de gestion de l'INAMI. La récolte des données nécessaires pour l'évaluation des domaines propres à l'OCM est assurée soit par ses services, soit par les réviseurs qui sont en charge des différents organismes assureurs. Sur la base de ces données, ainsi que de celles communiquées par l'INAMI, l'OCM a ensuite réalisé l'évaluation des différents domaines concernés afin de déterminer un pourcentage d'octroi pour chacun de ceux-ci. À l'issue de la procédure d'évaluation, un pourcentage global d'octroi est obtenu pour chaque organisme assureur et traduit en montant à octroyer.

De façon synthétique, les résultats de l'évaluation de l'exercice 2016 se présentent comme suit :

	OA 100	OA 200	OA 300	OA 400	OA 500	Total	OA 900
Pourcentages d'octroi	93,93%	96,35%	92,85%	84,54%	94,54%	93,25%	96,47%
Montants maximaux	42.908.745,24	5.417.813,28	31.789.619,19	6.784.196,38	19.641.325,91	106.541.700,00	1.803.700,00
Montants accordés	40.303.087,97	5.220.159,09	29.517.868,43	5.735.414,26	18.569.000,53	99.345.530,28	1.740.085,81

Activité clé 6 : ***Traiter** les plaintes et questions des membres, des entités contrôlées, des administrations et des tiers*



Suite à l'introduction d'une plainte par une entité mutualiste en raison du fait qu'un centre de soins déterminé appliquerait des tarifs plus avantageux en fonction de la mutualité à laquelle le patient est affilié, l'OCM a estimé qu'une **différenciation, sur la base de l'affiliation mutualiste, de la tarification des suppléments d'honoraires** en chambre individuelle dans une structure hospitalière, devait être interdite. Aucune infraction n'a toutefois pu être retenue sur la base des dispositions de la loi du 6 août 1990. Selon des informations obtenues auprès de l'INAMI et du SPF Santé publique, ce traitement inégal n'est en outre visé par aucune disposition légale spécifique dont le respect est contrôlé par ces institutions. Par conséquent, l'OCM a suggéré à la ministre des Affaires sociales de reprendre dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008, et donc pas dans la loi du 6 août 1990, une interdiction d'appliquer des tarifs différents en fonction de l'affiliation mutualiste des patients et en particulier toute forme de discrimination dans la facturation de suppléments aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé, que ce soit par un établissement hospitalier ou par tout autre prestataire de soins.

Suite à une plainte introduite par une entité mutualiste, le Conseil s'est penché sur la publicité que certaines entités mutualistes font sur leur site web pour le fait que leurs membres peuvent recevoir des réductions auprès de certaines auto-écoles pour obtenir un permis de conduire, et qu'elles ont conclu à cette fin des **accords de partenariat avec des auto-écoles**. Le Conseil a confirmé sa position antérieure selon laquelle de telles pratiques ne sont possibles que si elles s'inscrivent dans le cadre de la notion de « santé » et dans l'objectif d'une mutualité, tel que visé à l'article 2, § 1er, de la loi du 6 août 1990. Par conséquent :

- les réductions doivent être intégralement accordées par les partenaires et ne doivent donc pas être considérées comme des services des mutualités concernées ;
- elles ne peuvent pas être octroyées en vue de l'obtention du permis de conduire obligatoire (théorique et pratique), mais bien dans le cadre d'une formation complémentaire destinée à favoriser une conduite responsable et à faire baisser le nombre d'accidents de la route (conduite défensive).

Étant donné que ces conditions n'étaient pas remplies dans les cas qui lui ont été soumis, le Conseil a signalé aux entités concernées que la situation devait être régularisée pour une date déterminée.

Activité clé 7 : ***Conseiller** au ministre et au Conseil les adaptations de la réglementation*

Le Conseil de l'OCM s'est penché sur un projet de **modification de la circulaire** 16/05 du 22 décembre 2016 **relative à l'introduction des demandes d'approbation des statuts et des modifications statutaires**, et sur un projet de checklist adaptée pour le secteur (la seule adaptation concerne le renvoi à la « nouvelle » circulaire au lieu de la circulaire 16/05), en tenant compte d'adaptations techniques proposées par les organismes assureurs. Il a décidé d'approuver ces projets et de les soumettre au Comité technique pour avis. Il a toutefois précisé à cet égard que la circulaire concernée (et la checklist pour le secteur) devra par la suite peut-être encore être adaptée suite aux modifications légales opérées en exécution du pacte d'avenir (possible suppression des accords de collaboration).

Le Conseil s'est penché sur un projet de **modification** de l'article 59 de la loi du 6 août 1990 sur le **devoir de discrétion** et de l'article 52 de la même loi. Cette proposition se base sur le secret professionnel qui est d'application à la FSMA et à la BNB.

Ces modifications légales sont nécessaires parce qu'il s'est avéré que certaines adaptations techniques s'imposent et que le devoir de discrétion tel que formulé actuellement, malgré les dérogations prévues, ne permet pas à l'OCM de transmettre à certaines administrations ou entités qui exercent des missions de service public des informations sur des actes ou des omissions constatées par l'OCM lors de l'exécution de

ses missions légales, qu'il estime contraires aux dispositions légales et réglementaires dont le respect est contrôlé par ces autres administrations. Cela constitue un frein à la bonne collaboration entre l'OCM et les autres administrations, et prolonge le temps de traitement de dossiers que des citoyens ou entités mutualistes ont introduits par erreur à l'OCM.

Le projet adapté de modification de l'article 59 de la loi du 6 août 1990 vise principalement :

- à transformer le devoir de discrétion en un secret professionnel ;
- à définir clairement les personnes qui sont soumises au secret professionnel ;
- à étendre les exceptions pour lesquelles il peut être dérogé au secret professionnel, mais à en maintenir malgré tout le caractère restrictif et à mentionner explicitement que les possibilités de déroger au devoir de discrétion ne portent en rien préjudice au secret professionnel médical. Dans ce cadre, il est également tenu compte de la régionalisation ou communautarisation de certaines problématiques liées à la santé ;
- à créer plus de transparence, principalement pour le volet de l'assurance obligatoire. L'OCM doit en effet pouvoir fournir suffisamment d'informations à la ministre et au grand public sur l'utilisation des deniers publics ;
- à introduire des modifications terminologiques.

L'OCM prendra toutefois seulement position en 2018 concernant ces modifications légales, quand il y aura davantage de clarté à propos de la nouvelle législation européenne sur la protection de la vie privée, ledit « Règlement général sur la protection des données », qui est entrée en application le 25 mai 2018, et des obligations de l'OCM en la matière, concernant les adaptations éventuelles qu'il devrait apporter à sa propre politique de protection des données pour satisfaire à la nouvelle législation.

5.2 Exécution des décisions politiques

L'OCM est, avec l'INAMI et le secteur mutualiste, le 3e acteur qui a signé le 28 novembre 2016 le **pacte d'avenir** rédigé par la ministre des Affaires sociales (le texte peut être lu dans son intégralité sur notre site web).

Ce pacte contient de nombreuses actions-engagements pour lesquelles l'OCM doit prendre les initiatives nécessaires, la plupart du temps en collaboration avec le secteur et éventuellement l'INAMI, en respectant le calendrier établi. Voici un aperçu des actions-engagements principales pour lesquelles les démarches nécessaires ont déjà été entreprises en 2017 :

- Pour augmenter la **transparence financière** au niveau des frais d'administration, un modèle de reporting analytique a été fixé. Ce modèle sera d'application à partir de l'exercice 2018. En 2018, les détails pratiques seront réglés en concertation avec le secteur et l'OCM examinera avec les réviseurs désignés par les organismes assureurs quel sera leur rôle dans ce cadre.
- L'OCM a rédigé des **projets de textes légaux et réglementaires** concernant :
  - la consolidation du secteur ;
  - le renforcement des compétences de contrôle des unions nationales sur les entités affiliées ;
  - l'amélioration du reporting des entités affiliées à l'égard des organismes assureurs ;
  - la réorientation de l'assurance complémentaire ;
  - l'octroi de jetons de présence et le remboursement de frais pour les personnes disposant d'un mandat dans les organes de gestion.
- L'OCM a participé à la concertation relative à l'axe de modernisation 5 du pacte d'avenir (assurance complémentaire obligatoire), qui prévoit que les interventions axées sur la santé accordées en assurance complémentaire ne peuvent pas être en contradiction avec les principes de l'« evidence based practice » et de l'« evidence based medicine », qui doivent mener vers de la qualité et des soins justifiés sur le plan médical. Le secteur a, dans ce cadre, fait des propositions concernant les services et les **avantages qui pourront encore être organisés à l'avenir**, mais il n'y a pas de consensus intermutualiste pour l'ensemble des services et avantages. La cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales s'est saisie de la problématique et prendra une décision à cet égard.

Signalons également l'impact important de la **6e réforme de l'État** sur les activités de l'OCM. Suite à cette réforme, certaines dépenses de soins de santé qui sont jusqu'à 2018 inclus financées par les moyens de l'assurance maladie obligatoire, seront financées par les moyens des communautés et régions respectives. L'OCM participe dans ce cadre aux réunions de travail qui sont organisées entre chacune des communautés et régions et le secteur mutualiste. L'OCM y joue principalement un rôle de conseiller pour les aspects liés à la législation relative aux mutualités et aux dispositions comptables et financières. Les différentes communautés et régions ont entretemps émis le souhait que l'OCM continue à assurer le contrôle des structures qui se chargeront à partir de 2019 du remboursement des dépenses régionalisées. Dans cette optique, les accords nécessaires devront être trouvés dans le courant de 2018 avec le niveau fédéral.

Enfin, le Conseil a approuvé quatre avant-projets d'arrêtés royaux portant modification de la définition de la **notion de « membre »** des différents types d'entités contrôlées par l'OCM, en ce qui concerne les services de l'assurance complémentaire organisés par les mutualités et les sociétés mutualistes qui n'offrent pas de produits d'assurance et les produits d'assurance offerts par les SMA. Ces arrêtés royaux devraient être publiés en 2018.

5.3 Initiatives de l'OCM

MutWeb

En 2016, l'OCM a lancé un projet pour convertir en application web le logiciel qui était utilisé pour la transmission par les entités mutualistes des tableaux de cotisations de l'assurance complémentaire. Cette application, nommée **MutWeb**, est développée par la société Smals. La dernière phase de test a été clôturée au premier semestre de 2017 et l'application est depuis lors opérationnelle. Entretemps, le développement du second volet de MutWeb a également bien avancé. Celui-ci porte sur la transmission des comptes annuels de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire, ainsi que des données statistiques. Ce second volet devrait être prêt dans le courant de 2018.

Nouveau logo

Dans le cadre de la modernisation de son image, l'OCM s'est doté en 2017 d'un nouveau logo et d'une nouvelle charte graphique. Ce nouveau logo est utilisé officiellement dans toutes les communications de l'OCM depuis le 1er janvier 2018.

OCM
OFFICE DE CONTRÔLE DES MUTUALITÉS

Style maison

Le service de traduction de l'OCM a rédigé un guide stylistique reprenant des directives en matière d'usage de la langue à appliquer par l'OCM dans sa communication.

Évaluation des performances de gestion

- En collaboration avec les réviseurs d'entreprises désignés, l'OCM a élaboré une liste détaillée de 142 questions portant sur l'application du modèle COSO-ERM au niveau du **contrôle interne** et de l'**audit interne**. Ce questionnaire remplacera à l'avenir le questionnaire limité auquel les réviseurs doivent actuellement répondre. Ce projet fera en 2018 encore l'objet de discussions avec le secteur mutualiste et les réviseurs, afin de s'assurer que toutes les questions soient suffisamment SMART. Ce n'est qu'alors que le nouveau questionnaire sera d'application dans le cadre de l'évaluation des performances de gestion.

- L'OCM a réalisé dans les organismes assureurs une étude relative à la faisabilité de l'éventuelle reprise par ses soins de l'examen du **paiement des factures tiers payants dans l'ordre chronologique**. Cet examen est actuellement assuré par les réviseurs d'entreprises. La proposition sera discutée avec le secteur mutualiste en 2018.

- Jusqu'à présent, l'évaluation du thème de la **récupération des paiements effectués à titre subrogatoire** était réalisée sur la base des éléments repris par les réviseurs dans leurs rapports, en regard d'une batterie de huit questions. Après concertation avec l'INAMI, l'OCM a défini dans une circulaire une liste de 33 questions qui distinguent les différentes situations qui peuvent se présenter aux entités mutualistes. Cette liste plus détaillée sera utilisée par les réviseurs dès l'évaluation de l'exercice 2018.

Bien-être

En 2017, le service du personnel a porté son attention sur le bien-être des agents, par exemple en les incitant à faire du sport le midi, en organisant une journée sportive, des formations dans le cadre du bien-être… Par ailleurs, des réunions ont été organisées avec des membres du personnel afin d'aborder l'ensemble des problèmes liés à leur situation de travail. Les résultats de ces réunions permettront la rédaction d'un plan d'action pluriannuel.

Formation

Le développement de la politique de formation de l'OCM a fait l'objet en 2017 d'une attention particulière de la part du service du personnel, ce qui a permis d'atteindre le chiffre de 4,2 jours de formation par agent. De plus, des formations ont été organisées en interne.

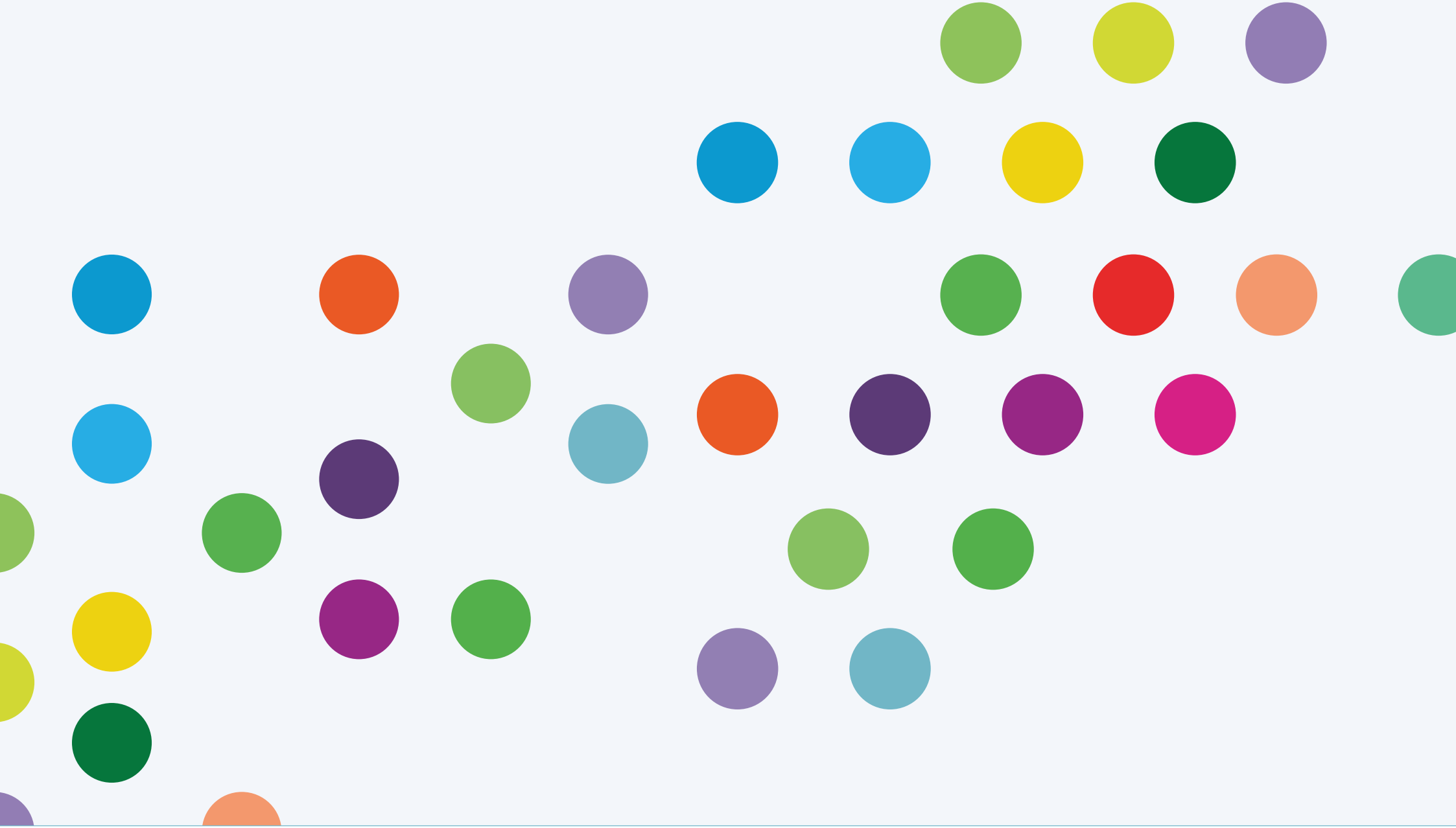
Audit de sécurité

Le système informatique, dans son sens le plus large, a été mis à l'épreuve d'un audit de sécurité réalisé par une firme externe. Mis à part une faille de sécurité bien vite corrigée, l'audit a montré que l'OCM disposait d'une très bonne protection vis-à-vis d'attaques externes. Quelques remarques issues des conclusions de l'audit ont permis d'améliorer la sécurité en interne tant au niveau des accès des personnes qu'au niveau des accès au réseau. Différentes actions sont encore prévues ou sont en cours. Une sensibilisation des utilisateurs à certains dangers de l'usage d'internet a également été faite.

Annexe

Références légales et réglementaires

Loi du 6 août 1990	Loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités
Règlement d'agrément du 27 janvier 1992	Règlement d'agrément pour l'exercice des fonctions de réviseur dans une mutualité ou une union nationale de mutualités
Arrêté royal du 21 décembre 1992	Arrêté royal portant exécution de l'article 50, §2, alinéa 1er, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités
Loi coordonnée du 14 juillet 1994	Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
Loi du 2 août 2002	Loi relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers
Loi coordonnée du 10 juillet 2008	Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins
Loi du 26 avril 2010	Loi portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I)
Loi du 4 avril 2014	Loi relative aux assurances
Arrêté royal du 10 avril 2014	Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration.
Directive (UE) 2016/97 sur la distribution d'assurances (IDD)	Directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances
Loi du 13 mars 2016	Loi relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance
Règlement (UE) 2016/679 sur la protection des données	Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)
Arrêté royal du 26 janvier 2017	Arrêté royal portant exécution de l'article 12, § 2, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, modifiant l'arrêté royal du 17 septembre 2010 portant exécution de l'article 70, § 4, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et fixant la date de l'entrée en vigueur de l'article 39 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé



Editeur responsable
OCM
avenue de l'Astronomie, 1
1210 Bruxelles
Photographie
Shutterstock, Thinkstock,
Office de contrôle des mutualités
Mise en page
thecrewcommunication.com
Impression
Snel

OCM
OFFICE DE CONTRÔLE
DES MUTUALITÉS