

**BELGISCHE SENAAAT**

ZITTING 2008-2009

6 MEI 2009

**Wetsontwerp tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst**

*Evocatieprocedure***VERSLAG**

**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE FINANCIËN EN VOOR DE ECONOMISCHE AANGELEGENHEDEN UITGEBRACHT DOOR DE HEER MAHOUX**

**SÉNAT DE BELGIQUE**

SESSION DE 2008-2009

6 MAI 2009

**Projet de loi modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre**

*Procédure d'évocation***RAPPORT**

**FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES ET DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES PAR M. MAHOUX**

Samenstelling van de commissie / Composition de la commission :

**Voorzitter / Président :** Wouter Beke.**Leden / Membres :**

CD&V	Wouter Beke, Hugo Vandenberghe, Elke Tindemans, Tony Van Parys.
MR	Berni Collas, Marie-Hélène Crombé-Berton, Richard Fournaux.
Open Vld	Jean-Jacques De Gucht, Roland Duchatelet.
Vlaams Belang	Anke Van dermeersch, Freddy Van Gaever.
PS	Joëlle Kapompolé, Christiane Vienne.
SP.A-Vl. Pro	Bart Martens, André Van Nieuwkerke.
CDH	Vanessa Matz.
Écolo	José Daras.

**Plaatsvervangers / Suppléants :**

Dirk Claes, Nahima Lanjri, Els Schelfhout, Luc Van den Brande, Pol Van Den Driessche.
Jacques Brotchi, Alain Courtois, François Roelants du Vivier, Dominique Tilmans.
Margriet Hermans, Nele Lijnen, Martine Taelman.
Yves Buysse, Jurgen Ceder, Nele Jansegers.
Sfia Bouarfa, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
Marleen Temmerman, Johan Vande Lanotte, Myriam Vanlerberghe.
Anne Delvaux, Jean-Paul Procureur.
Marcel Cheron, Carine Russo.

*Zie :***Stukken van de Senaat :****4-1235 - 2008/2009 :**

Nr. 1 : Ontwerp geëvoceerd door de Senaat.  
Nr. 2 : Amendementen.

*Voir :***Documents du Sénat :****4-1235 - 2008/2009 :**

N° 1 : Projet évoqué par le Sénat.  
N° 2 : Amendements.

## I. Inleiding

Dit optioneel bicameraal wetsontwerp werd in de Kamer van volksvertegenwoordigers oorspronkelijk ingediend als een wetsontwerp van de regering (stuk Kamer, nr. 52-1662/001) op 11 december 2008.

Het werd op 19 maart 2009 aangenomen door de Kamer van volksvertegenwoordigers, met 72 tegen 25 stemmen bij 9 onthoudingen.

Het werd op 20 maart 2009 overgezonden aan de Senaat en op 26 maart 2009 geëvoceerd.

De commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 31 maart, 28 april en 6 mei 2009.

## II. Inleidende uiteenzetting door de staatssecretaris voor de Modernisering van de FOD Financiën, de Milieufiscaliteit en de Bestrijding van de fiscale fraude, toegevoegd aan de minister van Financiën

Ruim een jaar geleden trad een belangrijke wet in werking. De wet van 20 juli 2007 moest immers een aantal belangrijke garanties geven in een belangrijke verzekeringssector: de sector van de private ziekteverzekering.

Toch heeft deze wetgeving niet de verwachte effecten gehad. Een wet die op principieel vlak goed is, maar moeilijk toepasbaar of gemakkelijk te omzeilen blijkt, moet herschreven worden.

Het wetsontwerp dat vandaag voorligt is dus hoofdzakelijk en in feite een reparatiewet. De bedoeling ervan is een aantal beginselen ten uitvoer te leggen waarop wij allen staan:

- de garantie om levenslang een hospitalisatieverzekeringsovereenkomst te kunnen genieten;
- het recht om individueel (voor zichzelf en familieleden) een collectieve verzekering voort te zetten waarvan men het voordeel verliest (bijvoorbeeld bij het met pensioen gaan);
- het recht op een verzekeringsovereenkomst voor personen met een handicap of chronisch zieken;
- de onbeperkte dekking van eventuele al bestaande aandoeningen die bij het afsluiten van de overeenkomst nog niet aan het licht getreden zijn;
- en, tot slot, de invoering van een index die de eventuele premieverhogingen strikt beperkt tot de verhoging van de reële kostprijs van de verleende zorg, dit om bruske verhogingen met vaak verwoestende gevolgen te voorkomen.

## I. Introduction

Le projet de loi qui fait l'objet du présent rapport relève de la procédure bicamérale facultative et a été déposé initialement à la Chambre des représentants par le gouvernement le 11 décembre 2008 (doc. Chambre, n° 52-1662/001).

Il a été adopté par la Chambre des représentants le 19 mars 2009, par 72 voix contre 25 et 9 abstentions.

Il a été transmis au Sénat le 20 mars 2009 et a été évoqué le 26 mars 2009.

La commission l'a examiné au cours de ses réunions des 31 mars, 28 avril et 6 mai 2009.

## II. Exposé introductif du secrétaire d'État à la Modernisation du SPF Finances, à la Fiscalité environnementale et à la Lutte contre la fraude fiscale, adjoint au ministre des Finances

Le secrétaire d'État expose que, voici plus d'un an, entré en vigueur une loi importante. La loi du 20 juillet 2007 devait en effet apporter certaines garanties importantes dans un secteur important des assurances, celui de l'assurance-maladie privée.

Cependant, cette législation n'a pas eu tous les effets escomptés. Or, une loi qui est bonne sur le plan des principes mais qui s'avère difficile à appliquer ou facile à contourner, doit être réécrite.

Le projet de loi à l'étude ici est donc essentiellement, et concrètement, une loi de réparation. Il entend mettre en œuvre un certain nombre de principes auxquels tous les contractants de pareille assurance tiennent beaucoup:

- la garantie de pouvoir bénéficier, à vie, d'un contrat d'assurance hospitalisation;
- le droit de poursuivre individuellement (pour soi et les membres de sa famille) une assurance collective dont on perd le bénéfice (par exemple, avec l'arrivée à la pension);
- le droit à un contrat d'assurance pour les personnes handicapées ou malades chroniques;
- la couverture sans limitation des éventuelles affections préexistantes qui ne seraient pas manifestées au moment de la conclusion du contrat;
- et enfin, la création d'un index limitant strictement les éventuelles augmentations de primes à l'augmentation du coût réel des prestations effectuées; ceci afin d'éviter des hausses brusques aux conséquences souvent ravageuses.

De volgende vaststellingen hebben ons, in het parlement en binnen de regering, tot beraad en reactie aanzet :

1. Een bepaald aantal bij de wet voorziene onderscheiden zijn inadequaat. Dat is het geval voor het meest fundamentele onderscheid: dat tussen de zogenaamde collectieve overeenkomsten en de zogenaamde individuele overeenkomsten: tal van overeenkomsten (waarvan bepaalde overigens niet probleemloos zijn: men denke in het bijzonder aan de «*affinity* — verzekeringen») kaderen niet in dit onderscheid.

2. De aanvankelijk voorziene termijnen werden op uiteenlopende wijze geïnterpreteerd, wat nadelig is voor de rechtszekerheid die voor het regelgevende gedeelte vereist is. Zo moet de interpretatie, volgens welke de overeenkomsten pas twee jaar na de inwerkingtreding van het indexcijfer of de indexcijfers van de premieverhoging aan de nieuwe regels aangepast moeten worden, krachtig weerlegd worden.

3. Het stelsel dat tot de invoering van een of meer representatieve indexcijfers voor de kostenevolutie van deze verzekeringen moest leiden, bleek overhaast opgebouwd te zijn, zonder rekening te houden met het specifieke karakter van de organen en instellingen waarop het betrekking had, en zonder enige concrete aanwijzing in verband met de te gebruiken methodologie.

Het ontwerp dat vandaag wordt voorgesteld en door de Kamer is goedgekeurd, is twee keer voorgekomen op de Ministerraad.

Rekening houdend met wat voorafgaat en met de standpunten van onder meer leden van Kamer en Senaat en naar aanleiding van de hoorzittingen in de Kamercommissie voor het Bedrijfsleven enkele maanden geleden, leek het de regering beter om dit ontwerp apart voor te leggen en niet in het kader van een wet houdende diverse bepalingen — ook al gaat het hoofdzakelijk om herstellbepalingen.

De grote lijnen van dit ontwerp zien er als volgt uit :

1. Het basisonderscheid tussen de verschillende private overeenkomsten wordt gemaakt al naargelang het gaat om een professionele relatie of niet. Voortaan vallen bijgevolg alle types van verzekeringsovereenkomsten duidelijk onder het toepassingsgebied van de wet, ook de overeenkomsten die gekoppeld zijn aan het bezit van een bankrekening of andere zogenaamde «*affinity groups*»-overeenkomsten. Dit wetsontwerp voert dus uitdrukkelijk geen wijziging in van de draagwijdte van de wet van 2007 door bepaalde types van overeenkomsten met terugwerkende kracht te onderwerpen aan nieuwe bepalingen. Integendeel, het ontwerp brengt enkel duidelijk tot uitdrukking wat reeds de ruim onderschreven politieke doelstelling was van bij het ontstaan van de eerste wet.

Les constats qui nous ont poussé, au Parlement et au sein du gouvernement, à nous interroger et à réagir, sont les suivants :

1. Un certain nombre de distinctions prévues par la loi existante sont inadéquates. C'est d'abord le cas de la distinction la plus fondamentale, qui distingue entre les contrats dits collectifs et les contrats dits individuels: de nombreux contrats parmi lesquels certains posent d'ailleurs problème ne se plient pas à cette distinction, notamment les assurances dites «*affinity*».

2. Les délais prévus initialement ont fait l'objet d'interprétations divergentes et préjudiciables à la sécurité juridique nécessaire du dispositif mis en place. Ainsi, l'interprétation selon laquelle les contrats ne devaient être adaptés aux nouvelles règles que deux ans après l'entrée en vigueur du ou des indices d'augmentation des primes, doit-elle être démentie fermement.

3. Le système qui devait aboutir à la création d'un ou de plusieurs indices représentatifs de l'évolution des coûts de ces assurances, s'est avéré avoir été construit précipitamment, sans tenir compte de la spécificité des organismes et institutions qu'il impliquait, et sans donner aucune indication concrète de la méthodologie à employer.

Le projet qui est présenté aujourd'hui, et qui a été adopté par la Chambre, a fait l'objet de deux passages en Conseil des ministres.

Compte tenu de ce qui précède, ainsi que des avis exprimés, — notamment par des membres de la Chambre et du Sénat —, et suite aux auditions qui ont eu lieu en commission de l'Économie de la Chambre voici quelques mois, il a semblé plus opportun au gouvernement de présenter ce projet de façon distincte, et non pas, — même s'il s'agit essentiellement de dispositions réparatrices —, dans une loi de dispositions diverses.

Voici donc les grandes lignes de ce projet :

1. La distinction de base entre les différents contrats privés, est opérée selon qu'on se trouve dans le cadre d'une relation professionnelle ou non. Entrent donc désormais clairement dans le champ d'application de la loi, tous les types de contrats d'assurance, en ce compris les contrats liés à la possession d'un compte en banque, ou d'autres contrats dits «*affinity groups*». Très clairement, ce projet de loi ne modifie pas la portée de la loi de 2007 en soumettant rétroactivement certains types de contrats à de nouvelles dispositions. Au contraire, il ne fait qu'exprimer clairement ce qui était déjà le souhait politique largement partagé dès la conception de la première loi.

2. De premie uit overeenkomsten die niet gekoppeld zijn aan een professioneel kader, kan voortaan worden aangepast aan het normale indexcijfer der consumptieprijzen en, enkel indien de premie deze index overschrijdt, aan een index die de evolutie van de kosten van de verzekering weergeeft.

Het is uiteraard belangrijk om zich van de methodologische soliditeit en van de wetenschappelijke geldigheid van deze indexcijfers te vergewissen. Hier was het niet raadzaam deze indexcijfers door de CBFA te laten vaststellen: dit was duidelijk in strijd met haar kernopdracht, namelijk het prudentieel toezicht, dat *a posteriori* uitgeoefend wordt.

Dit betekent niet dat de CBFA niet bij dit dossier betrokken zal zijn: ze zal de gelijkvormigheid moeten controleren van de door de verzekeringsondernemingen verstrekte schadelastcijfers, op grond waarvan de FOD Economie de index zal berekenen.

Deze methodologie is conform de wil om de objectiviteit van de gegevens te waarborgen.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (het KCE) zal ook geen rol in de beleid- en besluitvorming spelen. Zijn rol als wetenschappelijke adviesinstantie wordt evenwel bekrachtigd. De waarde van zijn werk is vorig jaar nog gebleken: na een verzoek van de Ministerraad heeft het immers een studie verricht en in zijn rapport van 16 december 2008 heeft het een keuze voorgesteld tussen twee methodologieën met het oog op de invoering van een index rond de verschillende factoren die een invloed hebben op de kosten van de ziekteverzekering en meer in het bijzonder op de nettopremie.

Op grond van de resultaten van deze studie van het KCE heeft de beleidscel van Financiën samen met die van Volksgezondheid een ontwerp van koninklijk besluit voorbereid tot bepaling van de aangewende parameters, de vereiste gegevens en de wijze van berekening van de indexcijfers. Tot slot zal het de taak van de FOD Economie zijn om op basis van de cijfers die hem verstrekt zullen worden het indexcijfer of de indexcijfers te berekenen en halfjaarlijks bekend te maken. Zeer logisch is dat de ministers bevoegd voor verzekeringen en sociale zaken ertoe gemachtigd zullen zijn om de indexcijfers autonoom te herzien.

Met betrekking tot de inwerkingtreding van de wet voor de bestaande overeenkomsten stelt het ontwerp weliswaar 1 juli 2007 voorop (datum van inwerkingtreding van de wet), maar het laat een periode van 2 jaar vanaf dit ogenblik om de overeenkomsten aan te passen.

Daarentegen lijkt het ons duidelijk ongerechtvaardigd om nog een bijkomende termijn van 2 jaar in voege te laten gaan vanaf het ogenblik waarop de bewuste index van kracht wordt.

2. La prime résultant des contrats qui ne sont pas liés à un cadre professionnel pourra désormais être adaptée à l'indice des prix à la consommation normale et, seulement dans la mesure où celui-ci dépasse cet indice, à un indice reflétant l'évolution des coûts de l'assurance.

Il est évidemment essentiel de s'assurer de la solidité méthodologique et de la validité scientifique de ces indices. Il n'était pas opportun, en l'occurrence, de faire fixer ces indices par la CBFA. Cela aurait été clairement contraire à sa mission première: celle d'un contrôle prudentiel, qui s'effectue *a posteriori*.

Cela ne signifie pas que la CBFA sera absente de ce dossier: elle devra contrôler la conformité des données de sinistralité fournies par les entreprises d'assurances, à partir desquelles le SPF Économie calculera l'indice.

Ceci rejoint le souci de garantir l'objectivité des données.

Le Centre fédéral d'Expertise en Soins de Santé (le «*Kenniscentrum*»), n'interviendra donc plus non plus dans un rôle politique et décisionnel. Cependant, il se voit confirmé dans un rôle de conseil scientifique. Il a d'ailleurs, suite à une demande du Conseil des ministres de l'an dernier, effectué une étude et proposé (dans son rapport du 16 décembre 2008) le choix entre deux méthodologies visant à construire un index autour des différents facteurs qui influent sur les coûts de l'assurance maladie, plus exactement sur la prime pure.

Les résultats de cette étude KCE ont été examinés. La cellule stratégique du ministre des Finances et celle de la ministre de la Santé, préparent ainsi, sur cette base, un projet d'arrêté royal déterminant les paramètres utilisés, les données nécessaires et le mode de calcul des indices. Enfin, il reviendra au SPF Économie de calculer l'indice ou les indices sur la base des chiffres qui lui seront fournis, et de procéder à la publication semestrielle de ceux-ci. Très logiquement, les ministres en charge des assurances et des affaires sociales seront habilités à procéder à une révision des indices.

Quant à l'applicabilité de la loi aux contrats existants, le projet fixe bel et bien l'entrée en vigueur de la loi au 1<sup>er</sup> juillet 2007, mais prévoit une période transitoire de 2 ans pour adapter les contrats en cours.

Par contre, l'idée de prévoir un délai de 2 ans pour l'entrée en vigueur de la loi en tant que telle lui semble clairement abusif.

Het wetsontwerp voorziet daarentegen wel in een verlenging (met 1 jaar) van de overgangsregeling van 2 jaar, dit ten gunste van personen met een handicap of chronisch zieken, wat hun een betere toegang geeft tot een verzekering.

Tot slot zal de betere vaststelling van de toe te passen index een einde maken aan de terechte kritiek die een aantal consumentenorganisaties in het verleden uitten. Zij laakten de praktijken van bepaalde maatschappijen, die even aanzienlijke als onverwachte verhogingen doorvoerden, meestal trouwens op grond van leemten in de wet van 2007. Uiteraard betreft dit fenomeen verre van een meerderheid op de markt. Ernstige maatschappijen, die hun tarieven regelmatig bijwerkten en geen op lange termijn onhoudbare lokprijzen hanteerden, verzetten zich daar trouwens tegen. Er zijn overigens een reeks procedures aan de gang, onder meer bij de Ombudsman van de Verzekeringen.

Uiteraard zal de mededinging gevrijwaard worden en zal elke maatschappij vrij blijven om aantrekkelijke prijzen te blijven hanteren ..., maar ze zal in geen geval nog « inhaalbewegingen » kunnen verrichten. Voortaan zal iedere verzekerde, ongeacht zijn leeftijd, een reële tariefzekerheid gewaarborgd worden.

De correcte toepassing van deze index zal de verzekeringsmaatschappijen ook in de gelegenheid stellen om, in bedrijfseconomisch haalbare omstandigheden, de nieuwe verplichtingen ingevolge deze wet en de wet van 2007, en meer bepaald de verplichting in verband met levenslange dekking, na te komen. Voorts leidt het wetsontwerp tot een veel striktere omlijsting, maar niet tot een verbod, van de mogelijkheid om uitzonderlijke omstandigheden het hoofd te bieden: wanneer een verlies in zijn bedrijfstak dreigt of voorkomt, zal de verzekeraar een dossier kunnen indienen bij de CBFA, die de algehele vrijheid van handelen zal hebben om daarover te oordelen.

Vandaag gaat het er in de eerste plaats om onbetwistbare grondslagen te bepalen. Omdat de bestaande grondslagen niet voldoende eenduidig waren, gaven ze aanleiding tot een aantal weinig wenselijke praktijken in de sector van de hospitalatieverzekering. We willen dat deze wet een krachtig signaal is daartegen. We willen dat de indexcijfers, die we aan het uitwerken zijn, ertoe leiden dat de verzekerden een reële tariefzekerheid gewaarborgd wordt, ongeacht hun leeftijd.

De regering wil trouwens dat de garanties waarin wordt voorzien via de producten van ziekenfondsen (de zogenaamde aanvullende verzekeringen) in de toekomst in de eerste plaats de consument beschermen. Daarop zal ik de komende maanden toezien, samen met mijn collega bevoegd voor de Volksgezondheid.

De même, le projet de loi prévoit une prolongation d'un an du régime transitoire de 2 ans au bénéfice des personnes handicapées ou malades chroniques et leur garantissant ainsi un accès plus adapté à leur situation à l'assurance-santé.

La meilleure définition de l'index mettra un terme à la critique légitime émise par certaines organisations de consommateurs par le passé. Ceux-ci ont pointé du doigt la pratique de certaines compagnies, qui ont pratiqué des hausses aussi importantes qu'inattendues, le plus souvent d'ailleurs en s'appuyant sur des failles de la loi de 2007. Ceci ne constitue heureusement pas un phénomène majoritaire sur le marché. Les compagnies sérieuses, qui ont régulièrement adapté leurs tarifs en s'abstenant de pratiquer des prix de lancement intenables sur le long terme, ont d'ailleurs dénoncé ces pratiques. Une série de procédures sont d'ailleurs en cours, notamment auprès du médiateur du secteur des assurances.

Bien sûr, le jeu de la concurrence sera préservé, et chaque compagnie restera libre de garder des prix attractifs ... mais elle ne pourra plus, en aucun cas, pratiquer de « rattrapage ». Désormais, chaque assuré, quel que soit son âge, se verra garantir une réelle sécurité tarifaire.

L'application correcte de cet index donnera aussi aux compagnies d'assurance la possibilité de se conformer, dans des conditions économiquement réalistes, aux nouvelles obligations issues de cette loi-ci et de la loi de 2007, et notamment l'obligation de couverture à vie. Du reste, le projet de loi encadre beaucoup plus strictement, sans l'interdire, la possibilité de faire face à des circonstances exceptionnelles: l'assureur pourra, lorsqu'une perte menace ou se présente dans cette branche de son activité, introduire un dossier auprès de la CBFA, qui aura toute latitude pour en décider.

Aujourd'hui, il est essentiel de fixer des bases incontestables. Parce que les bases existantes ne sont pas suffisamment univoques, elles ont donné lieu à certaines pratiques peu souhaitables dans le secteur de l'assurance hospitalisation. Nous voulons que cette loi soit un signal fort. Nous voulons que les indices, que nous sommes en train d'élaborer, aboutissent à garantir à l'assuré une réelle sécurité tarifaire. Et ce, quel que soit son âge.

Le gouvernement souhaite d'ailleurs que les garanties prévues par les produits distribués par les mutuelles (assurances dites complémentaires), à l'avenir, protègent tout autant le consommateur. C'est d'ailleurs ce à quoi, avec ma collègue en charge de la Santé, nous allons veiller dans les prochains mois.

Kortom: dit wetsontwerp is essentieel om de verzekerde te beschermen.

Zoals reeds in Kamer aangekondigd, ligt het in de bedoeling om nog verder te gaan, om te komen tot de geleidelijke invoering van een nog betere individualisering, door rekening te houden met de via de hospitalisatieverzekering aangelegde reserves en de overdraagbaarheid daarvan mogelijk te maken. Dat is waar de minister momenteel aan werkt, samen met zijn diensten.

### III. Procedure

Tijdens de vergaderingen vragen verschillende senatoren om een hoorzitting onder meer vanwege een petitie met meer dan 40 000 handtekeningen, vermits in het verslag van de Kamer van volksvertegenwoordigers niet alle tussenkomsten van de sprekers zouden zijn opgenomen en aangezien er een aantal belangrijke patiënten- en consumentenorganisaties en de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen niet werden gehoord. Echter, de vergadering gaf er uiteindelijk de voorkeur aan om alleen schriftelijk kennis te nemen van de nieuwe adviezen en van de ontbrekende tussenkomsten van de Kamer van volksvertegenwoordigers (zie bijlagen). Ze besliste ook om de regering te vragen bijkomende uitleg te verschaffen over de Gedragscode en over het ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de gebruikte parameters, de vereiste gegevens en de berekeningswijze van de indexcijfers.

### IV. Uiteenzettingen over de gedragscode en het ontwerp van koninklijk besluit

Het ontwerp van gedragscode waartoe wij een verbintenis verzoeken zonder voorwaarden van de verzekeringssector, beantwoordt aan verschillende doelstellingen.

In de eerste plaats gaat het erom een alternatief voor te stellen voor de verzekerden die hun hospitalisatieverzekeringsspolissen sinds twee jaar moesten opzeggen. Concreet: als ze over een waarborg voor een eenpersoonskamer beschikten, moet hun een soortgelijke dekking, maar in een tweepersoonskamer, kunnen worden aangeboden. Deze maatregel moet dus gericht zijn op wie met de praktijken van bepaalde marktdeelnemers werd geconfronteerd, praktijken waarmee zij de wet van 20 juli 2007 omzeilden. Een wet waarvan wij de tekortkomingen nu rechtzetten.

Vervolgens komt het erop aan om in de toekomst ook een soortgelijk alternatief voor te stellen aan alle personen die met een forse premieverhoging, dit wil zeggen meer dan 5 % per jaar, worden geconfronteerd.

Le présent projet de loi, en conclusion, est essentiel pour la protection de l'assuré.

Comme il l'a déjà été rappelé à la Chambre, il faudra toutefois aller plus loin encore, en mettant en place de façon progressive, l'individualisation des réserves constituées en assurance-hospitalisation, et leur portabilité. Le ministre y travaille en ce moment avec ses services.

### III. Procédure

Lors des réunions, plusieurs sénateurs ont demandé d'organiser des auditions notamment à la suite du dépôt d'une pétition de plus de 40 000 signatures, arguant du fait que toutes les interventions des orateurs n'auraient pas été retranscrites dans le rapport de la Chambre des représentants et que plusieurs associations importantes de patients et de consommateurs, ainsi que le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes n'ont pas été entendus. Cependant, la commission a finalement préféré prendre connaissance par écrit uniquement des nouveaux avis et des interventions absentes du rapport de la Chambre des représentants (voir annexes). Elle a également décidé de demander au gouvernement de fournir des explications complémentaires sur le code de conduite et sur le projet d'arrêté royal fixant les paramètres utilisés, les données requises et le mode de calcul des indices.

### IV. Exposé sur le code de conduite et le projet d'arrêté royal

Le projet de code de conduite sur lequel nous demandons l'engagement sans condition du secteur des assurances, répond à plusieurs objectifs.

Il s'agit tout d'abord de proposer une alternative aux assurés qui ont été amenés à résilier leur police d'assurance hospitalisation depuis deux ans. Concrètement, s'ils disposaient d'une garantie en chambre simple, il faut pouvoir leur proposer une couverture similaire, mais en chambre double. Cette mesure doit donc viser ceux qui ont été confrontés aux pratiques de certains acteurs du marché, pratiques qui ont contourné la loi du 20 juillet 2007, dont nous sommes en train de réparer les failles.

Il s'agit ensuite de faire en sorte qu'une alternative similaire soit également proposée à l'avenir à toutes les personnes qui seraient confrontées à une augmentation significative de leur prime, soit une augmentation en base annuelle supérieure à 5 %.

Uit politiek oogpunt zal ik, onder meer bij mijn collega bevoegd voor Volksgezondheid, blijven pleiten voor een betere terugbetaling van de hospitalisatiekosten voor chronisch zieken en personen met een handicap door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, alsook voor een betere regulering van de supplementen die in de ziekenhuizen kunnen worden gevraagd. Binnen de budgettaire mogelijkheden zullen we ook moeten zorgen voor een betere toegankelijkheid van de verzekeringsvormen en -overeenkomsten die aan hoge dekkingswaarborgen voldoen.

*Voorstel van indexeringsmechanisme voor de verzekeringspremies van de overeenkomsten die niet met de beroepsactiviteit zijn verbonden*

Elk contract zal worden ondergebracht in een van de vier voorgestelde categorieën: ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer/ziekenhuisopname in een twee- of meerpersoonskamer/ambulante verzorging/tandheelkundige verzorging.

De overeenkomsten die in een premieaanpassing op grond van de leeftijd van de verzekerde in de loop van de overeenkomst voorzien, zullen eveneens kunnen worden ondergebracht in een leeftijdsgroep: 0-19 jaar/20-34 jaar/35-49 jaar/50-64 jaar/65 jaar en ouder.

De categorie waarin de overeenkomst wordt ondergebracht, zal op de kwitantie worden vermeld. Als de verkeerde categorie wordt gekozen, zal de verzekerde kunnen vragen om de eventuele tariefaanpassing terug te betalen.

De indices zullen worden berekend op grond van het bedrag van de door de verzekeraars geregelde schadegevallen (ziekenhuisfacturen).

Iedere verzekeraar zal zijn gegevens en de indeling van de overeenkomsten per categorie in de vorm van een anonieme tabel aan de CBFA en de FOD Economie moeten meedelen. De echtverklaring van de cijfers door de revisor die de CBFA daartoe bij elke maatschappij heeft erkend, zal de toezending van de gegevens met zich meebrengen. Voorts zal de traditionele «reporting» van de ondernemingen en revisoren naar de CBFA (artikel 40 van de wet betreffende de controle der verzekeringsondernemingen die de commissarissen ertoe verplicht de CBFA onmiddellijk in te lichten over een inbreuk op de wet of op andere specifieke voorschriften betreffende de uitoefening van de werkzaamheden van verzekeringsondernemingen) voor de opsporing van eventuele incoherenties, vergissingen of vervalsingen dienen. De schadelast in het kader van de ziekteverzekering is immers een element van de jaarrekening dat bij de controle door de bedrijfsrevisoren behoort.

De FOD Economie zal de halfjaarlijkse berekeningen maken. Dat zal ze echter pas doen als ten minste drie maatschappijen, die ten minste 75% van de

D'un point de vue politique, je continuerai de plaider, en ce compris auprès de ma collègue en charge de la santé, en faveur d'un meilleur remboursement par l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des frais d'hospitalisation pour les maladies chroniques et les personnes handicapées, de même que pour une régulation bien plus efficace des suppléments qui peuvent être demandés dans les hôpitaux. Il faudra aussi renforcer, dans la limite des possibilités budgétaires, l'accessibilité de formes et de contrats d'assurance répondant à des garanties élevées en matière de couvertures.

*Proposition de mécanisme d'indexation pour les primes d'assurances des contrats qui ne sont pas liés à l'activité professionnelle*

Chaque contrat sera rattaché à une des quatre catégories proposées: hospitalisation en chambre particulière/hospitalisation en chambre double ou commune/soins ambulatoires/soins dentaires.

Les contrats prévoyant une adaptation de la prime en fonction de l'âge de l'assuré en cours de contrat pourront également être rattachés à une classe d'âge: 0-19 ans/20-34 ans/35-49 ans/50-64 ans/65 ans et plus.

La catégorie à laquelle est rattaché le contrat figurera sur la quittance. En cas de rattachement erroné, l'assuré pourra solliciter le remboursement de l'éventuelle adaptation tarifaire.

Les indices seront calculés sur la base du montant des sinistres réglés par les assureurs (factures d'hôpitaux).

Chaque assureur sera tenu de communiquer ses données, de même que la ventilation des contrats par catégorie, à la CBFA et au SPF Économie, sous forme de tableau anonymisé. C'est la certification des chiffres par le réviseur agréé par la CBFA auprès de chaque compagnie qui emportera l'envoi des données. Pour le reste, le processus classique de «reporting» des entreprises et des réviseurs vers la CBFA (article 40 de la loi sur le contrôle des entreprises d'assurances, obligeant les commissaires à informer immédiatement la CBFA de tout fait pouvant constituer une violation de la loi ou de toutes autres prescriptions spécifiques concernant l'exercice de l'activité de l'entreprise d'assurances) servira à traquer d'éventuelles incohérences, erreurs ou falsifications. La charge des sinistres dans le cadre de l'assurance-maladie est en effet un élément des comptes annuels incombant au contrôle révisoral.

Le SPF Économie procédera aux calculs semestriels. Il n'y procédera toutefois que si au moins trois compagnies, représentant au moins 75% des montants

verzekerde bedragen op de markt vertegenwoordigen, hun cijfers hebben meegedeeld, teneinde de representativiteit van de indices te waarborgen. Zo niet zal enkel de laatst gekende index kunnen worden toegepast.

Halfjaarlijks zal een indextabel worden berekend en bekendgemaakt met de evolutie die gedurende de twaalf voorgaande maanden werd waargenomen.

Op de jaarlijkse vervaldag van de overeenkomst zal de verzekeraar kunnen beslissen om de laatst bekendgemaakte index (geheel of deels) op de premie toe te passen.

De toepasbare maximale indexering (in geval van stijging) zal dus gelijk zijn aan de evolutie van de specifieke index of aan die van het indexcijfer der consumptieprijzen sinds de laatste vervaldag. Samengevat: als de verzekeringsonderneming haar recht niet op de jaarlijkse vervaldag van de premie uitoefent, verliest ze dit recht voor het betrokken jaar. Op dezelfde wijze worden overeenkomstig de wet alle inhaalbewegingen (toepassing van een differentieel dat groter is dan een jaar) verboden.

## V. Algemene bespreking

Mevrouw Stevens stelt dat het voorliggende ontwerp de patiënten eens te meer in de kou laat staan terwijl de belangen van de verzekeraars ruimschoots gediend worden. Sommige kwatongen beweren zelfs dat de tekst van het wetsontwerp grotendeels werd neergeschreven door de verzekeraars zelf. Dat deze gedachtengang nog zo gek niet is, wenst de spreker te illustreren aan de hand van een kort overzicht van de drie belangrijke verzueringen van de patiënten- en consumentenorganisaties. Die blijven in het voorliggende wetsontwerp onopgelost of ze worden integraal opgelost in het voordeel van de verzekeraars.

Ten eerste wordt er in het wetsontwerp opnieuw geen regeling getroffen voor vooraf bestaande ziekten. Tot twee jaar na het afsluiten van een verzekeringscontract blijven de verzekeraars over de mogelijkheid beschikken om het vooraf bestaan van een ziekte uit te roepen als reden om niet uit te betalen. Hiervoor dienen ze simpelweg aan te tonen dat de persoon in kwestie, voor het afsluiten van het contract, al symptomen van een aandoening had waarbij er geen diagnose van een arts hoeft te zijn gesteld. Vraag is hier welke de precieze symptomen van een aandoening zijn?

Ten tweede treft het wetsontwerp geen regeling inzake de opgebouwde reserves van mensen die jarenlang hebben bijgedragen aan hun verzekering. De voorbije jaren hebben de verzekeraars de hospitalisatiepremies naar eigen goeddunken opgetrokken. Deze stijging ging niet om een aanpassing aan de

assurés du marché, ont communiqué leurs chiffres, et ce, afin de garantir la représentativité des indices. Faute de quoi, seul le dernier indice connu pourra être appliqué.

Un tableau d'indices sera calculé et publié semestriellement, reprenant l'évolution constatée sur les douze mois précédents.

À l'échéance annuelle du contrat, l'assureur pourra décider d'appliquer à la prime (en tout ou en partie) le dernier indice publié.

L'indexation maximale applicable (en cas d'augmentation) sera donc égale à l'évolution de l'indice spécifique ou à celle de l'indice des prix à la consommation depuis la dernière échéance. En somme, si l'entreprise d'assurances n'exerce pas son droit à l'échéance annuelle de la prime, elle perd ce droit pour l'année concernée. De même, tout rattrapage (application d'un différentiel supérieur à un an) sera interdit, conformément à la loi.

## V. Discussion générale

Mme Stevens affirme que le projet à l'examen abandonne une fois de plus les patients à leur sort, en privilégiant amplement les intérêts des assureurs. Certaines mauvaises langues prétendent même que le texte du projet de loi a en grande partie été écrit par les assureurs eux-mêmes. Ce constat n'est pas si saugrenu, comme l'illustre la synthèse des trois principales revendications des associations de patients et organisations de consommateurs. Le projet de loi à l'examen n'y a apporté aucune réponse ou a au contraire fait le jeu des assureurs.

Tout d'abord, le projet de loi ne prévoit toujours rien pour les maladies préexistantes. Dans les deux années de la souscription d'un contrat d'assurance, les assureurs auront toujours la possibilité de justifier un refus d'indemnisation en invoquant une maladie préexistante. Il leur suffit de démontrer simplement qu'avant de conclure le contrat, la personne en question présentait déjà les symptômes d'une affection qui ne devait pas nécessairement avoir été diagnostiquée par un médecin. La question qui se pose ici est celle de l'identification des symptômes précis d'une affection.

Deuxièmement, le projet de loi ne réglemente pas les réserves constituées par les assurés ayant cotisé pendant de nombreuses années. Au fil des ans, les assureurs ont augmenté à leur gré les primes des assurances hospitalisation. Cette hausse traduisait non pas une adaptation à l'inflation ou au coût de la vie



inflatie of levensduurte maar vaak om een niet te verantwoorden vereenvoudiging van de premie. Vaak kunnen mensen daardoor momenteel hun premie niet meer betalen en worden ze gedwongen tot het opzeggen van het verzekeringscontract. Spreekster is van mening dat er in deze gevallen een rechtvaardige regeling moet worden getroffen met betrekking tot de opgebouwde reserves. Een regeling die ook moet worden toegespast indien een verzekerde van verzekeraar wenst te veranderen.

Ten derde is er de kwestie van de berekening van de medische index, een index die in de toekomst zal bepalen in hoeverre verzekeraars hun premies mogen verhogen. Basisprobleem is dat deze index zal worden berekend op basis van cijfers die de verzekeraars zelf aanleveren. Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg heeft hierover reeds ernstige bedenkingen geformuleerd.

De senator vindt het dan ook schrijnend dat het voorliggende wetsontwerp, dat zijn bestaansredenen vindt in de lacunes van de wet Verwilghen van 20 juli 2007, er niet in slaagt om de bovenvermelde mankementen aan de wet op te lossen of om rekening te houden met de belangen van de patiënten en consumenten. Spreekster wenst daarom te verwijzen naar haar wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie met het oog op de invoering van een verbod op segmentering op basis van handicap of gezondheidstoestand in het verzekeringswezen (St. Senaat, 4-1224/1) dat alvast één van de problemen oplost. Wat het ontwerp zelf betreft, dringt de spreekster erop aan dat de commissie ruim de tijd zou nemen om het ontwerp te bespreken en dat de nodige aanpassingen ten voordele van de patiënten en consumenten zouden worden opgenomen bijvoorbeeld door de goedkeuring van de 12 amendementen die in de Kamer van volksvertegenwoordigers werden verworpen. Kan er bovendien een hoorzitting worden georganiseerd waarop de vertegenwoordigers van beide partijen worden uitgenodigd?

Bovendien verwijst de spreekster naar het negatieve advies van de Raad van Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen met betrekking tot de voorliggende bepalingen. Het lijkt haar belangrijk om hiermee rekening te houden en er de voorliggende bepalingen aan aan te passen.

Tot slot geeft de spreekster aan dat de wettelijke waarde van de voorgestelde Gedragscode nul is. Het is opportuun om de Gedragscode in de eigenlijke wettelijke bepalingen op te nemen.

Mevrouw Vanlerberghe herinnert eraan dat ook een aantal senatoren van de meerderheid het ontwerp mee geëvoceerd hebben en dus zijn twijfels uit over de voorgestelde tekst. Bovendien hebben ze openlijk beloofd om het ontwerp te herevalueren. En meer

mais souvent une simplification de la prime qui ne se justifiait pas. De ce fait, de nombreux assurés ne sont plus capables de payer leur prime et se croient dès lors contraints de résilier leur contrat d'assurance. L'intervenante estime que de tels cas appellent l'élaboration d'un règlement équitable concernant les réserves constituées. Ce règlement devra être appliqué même si l'assuré demande à changer d'assureur.

Troisièmement, il y a la question du calcul de l'indice médical, un indice qui déterminera à l'avenir dans quelle mesure les assureurs peuvent augmenter leurs primes. Le problème fondamental est que cet indice sera calculé en fonction de chiffres fournis par les assureurs eux-mêmes. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a déjà émis de sérieuses réserves à ce propos.

Par conséquent, la sénatrice déplore que le projet de loi à l'examen, qui trouve sa raison d'être dans les lacunes de la loi Verwilghen du 20 juin 2007, ne parvienne pas à résoudre les manquements susmentionnés de la loi ou à tenir compte des intérêts des patients et des consommateurs. C'est la raison pour laquelle elle renvoie à sa proposition de loi modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, en vue d'interdire dans les assurances toute segmentation fondée sur le handicap ou l'état de santé (doc. Sénat, n° 4-1224/1), qui règle déjà l'un des problèmes. En ce qui concerne le projet de loi proprement dit, l'intervenante insiste pour que la commission prenne bien le temps d'examiner le projet et pour que l'on intègre les modifications nécessaires au profit des patients et des consommateurs en votant par exemple les 12 amendements qui ont été rejetés à la Chambre des représentants. Est-il possible en outre d'organiser une audition à laquelle les représentants des deux parties seraient invités?

Par ailleurs, l'intervenante évoque l'avis négatif rendu par le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes à propos des dispositions proposées. Il lui semble important d'en tenir compte et de modifier les dispositions proposées en conséquence.

Enfin, l'intervenante indique que le Code de conduite proposé n'a aucune valeur sur le plan légal. Il convient de faire figurer ce Code de conduite dans les dispositions législatives proprement dites.

Mme Vanlerberghe rappelle que plusieurs sénateurs de la majorité ont eux aussi évoqué le projet; elle fait donc part de ses doutes concernant le texte proposé. De plus, ces sénateurs ont promis publiquement de réévaluer le projet. Mieux encore, on a déclaré à la

nog : in de Kamer van volksvertegenwoordigers werd verklaard dat de voorgestelde tekst niet goed is en dat hij ging worden aangepast in de Senaat. Het kan dus niet dat het ontwerp nu snel en zonder aanpassingen door de Senaat wordt gejaagd. Spreekster benadrukt immers het belang van het onderwerp en zoals blijkt uit de reacties van de Gezinsbond, de Vlaamse Ouderenraad en andere, is het belangrijk dat ook die partijen worden gehoord en dat de bepalingen worden aangepast.

Het lid kan immers niet akkoord gaan met de enorme prijsstijgingen uit het verleden, noch met de bevestiging van deze stijgingen door de goedkeuring van de voorliggende wettelijke bepalingen. Concreet wenst ze dan ook dat er gestemd wordt over de adviesaanvraag aan de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden en over de organisatie van hoorzittingen. Op die manier moet elke stemgerechtigde aangeven hoe hij de voorliggende bepalingen wenst te behandelen.

Mevrouw Matz geeft aan dat men niet ongevoelig mag zijn voor de veelheid van opmerkingen. Daarbij is het belangrijk om enerzijds de voorliggende bepalingen en anderzijds de nog te bespreken bepalingen, namelijk de fusie tussen de wetten Verwilgen en Demotte, te onderscheiden. Kan de staatssecretaris enige toelichting verschaffen over de perspectieven en principes van deze nieuwe fusiewet? Als er een risico is op vermarkting van de gezondheidszorg als er een risico is dat bepaalde categorieën zullen worden uitgesloten van de gezondheidszorg dan situeert zich dat op het niveau van deze fusiewet. Spreekster verwijst daarbij naar opmerkingen van de consumenten- en patiëntenorganisaties die eveneens op de risico's bij deze fusie hebben gewezen. Het kan niet de bedoeling zijn dat aan de hand daarvan de ziekenfondsen met het geheel van de « grote » risico's overblijven.

Mevrouw Crombé-Berton wenst de merites van deze tekst in herinnering te brengen en ze vraagt dat erover zou worden gestemd.

De heer Mahoux stelt dat het probleem momenteel wordt aangepakt vanuit het standpunt van de verzekeraars. Een andere optie zou de benadering van de dekking van het risico kunnen zijn. De heer Mahoux stelt in dit verband voor om binnen de index een onderscheid in te voeren tussen de ziekenhuizen die supplementen aanrekenen binnen bepaalde grenzen (vaak met een maximum van 100 % van de RIZIV-prijs) en de ziekenhuizen die geen grenzen hanteren. Hij is niet van mening dat het advies van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden moet worden ingewonnen.

Het lid wenst verder op te merken dat er een speciale aandacht moet worden besteed aan gehandicapte personen en aan de problematiek van de

Chambre des représentants que le texte proposé n'était pas bon et qu'il allait être modifié au Sénat. On ne peut donc pas accepter que le projet soit maintenant voté au pas de charge par le Sénat et, qui plus est, sans aucune modification. L'intervenante souligne en effet l'importance du projet de loi. En outre, compte tenu des réactions notamment du Gezinsbond et du Vlaamse Ouderenraad, il importe d'entendre également ces parties et d'adapter les dispositions.

La commissaire ne peut effectivement pas tolérer les fortes hausses de prix du passé, ni leur entérinement en adoptant les dispositions légales à l'examen. Elle souhaite donc concrètement que l'on vote sur la demande d'avis à la commission des Affaires sociales et sur l'organisation d'auditions. Chaque votant devra ainsi préciser la manière dont il veut examiner les dispositions proposées.

Mme Matz indique que l'on ne peut être insensible à la multitude de remarques formulées. À ce propos, il convient de distinguer, d'une part, les dispositions à l'examen et, d'autre part, celles qui doivent encore être examinées et qui concernent la fusion des lois Verwilghen et Demotte. Le secrétaire d'État peut-il fournir quelques précisions sur les perspectives et les principes de cette nouvelle loi de fusion? S'il existe un danger de marchandisation des soins de santé ou si certaines catégories risquent d'être exclues des soins de santé, c'est au niveau de la loi de fusion en question que le risque se situe. À ce propos, l'intervenante se réfère aux observations des organisations de consommateurs et de patients qui pointent également les risques liés à cette fusion. L'objectif de la fusion ne saurait être de laisser l'ensemble des « gros » risques aux mutuelles.

Mme Crombé-Berton désire rappeler les mérites du texte à l'examen et demande que l'on vote sur celui-ci.

M. Mahoux déclare que le problème est abordé actuellement du point de vue des assureurs. Une autre option consisterait à adopter la perspective de la couverture du risque. M. Mahoux propose à cet égard d'introduire au sein de l'index une différenciation entre les hôpitaux qui pratiquent des suppléments dans des limites définies (souvent un maximum de 100 % du prix INAMI) et ceux qui ne se mettent pas de limite. Il ne pense pas qu'il faille demander l'avis de la commission des Affaires sociales.

Le commissaire souhaite aussi souligner la nécessité de porter une attention particulière aux personnes handicapées et à la problématique des maladies

vooraf bestaande ziektes. Deze problematieken zouden verder moeten worden uitgeklaard, zeker ook aangezien hier geopereerd wordt in een contractueel systeem. Kunnen contracten na het afsluiten ervan wel nietig worden verklaard? Verder acht hij het een vooruitgang dat er verschillende categorieën worden ingesteld namelijk naar aanleiding van de wijze waarop de verzorging plaatsvindt en naargelang van de leeftijd. Echter, spreker stelt zijn bedenkingen te hebben bij de keuze om bijvoorbeeld alle eenpersoonskamers onder eenzelfde categorie onder te verdelen. Graag had hij hier nog een verdere onderverdeling opdat de uiteindelijke index beter met de werkelijkheid zou kunnen overeenstemmen. Kan hier worden over nagedacht? Kan er een bovendien een oplossing worden uitgedacht voor de problematiek van de supplementen?

De heer Collas is van mening dat voorliggende bepalingen moeten worden onderzocht.

Mevrouw Van Ermen stelt vast dat de laatste tien jaar het persoonlijke aandeel van de patiënt in de ziektekosten enorm is gestegen en dat terzelfder tijd de relatieve kwaliteit van de verzorging in vergelijking met de andere landen is gedaald. Ook vraagt de spreker eveneens dat er hoorzittingen zouden worden georganiseerd.

Verder merkt de spreker op dat voorliggende bepalingen wel strekken tot de regeling van de private ziekteverzekeringsovereenkomsten maar dat niet mag worden vergeten dat het grootste marktaandeel van deze verzekeringen wordt aangehouden door de ziekenfondsen. Ook daar is de leeftijd een belangrijke bepalende factor.

De heer Van Nieuwkerke stelt dat de problematiek van de eenpersoonskamers met hun supplementen de basis vormt van de hospitalisatieverzekering. Hij verklaart dat hij aan de voorliggende bepalingen een aantal correcties wenst aan te brengen aangezien het systeem uit de hand aan het lopen is door de ongebreidelde premieverhogingen vanaf begin 2008, premieverhogingen die nog kunnen voortduren tot 2009. Los daarvan is het lid voorstander van een wettelijk stelsel dat zoveel mogelijk alle medische kosten dekt.

Spreker stelt vervolgens de uitleg over de Gedragscode en het koninklijk besluit te appreciëren maar hij blijft toch van mening dat een wet het kader moet vastleggen waarbinnen de hospitalisatieverzekering kan geïmplementeerd worden. Nergens is dat echter terug te vinden. Bovendien blijft de wet asociaal.

Mevrouw Vienne stelt dat de vooraf bestaande ziekten een probleem vormen. Kan de staatssecretaris bevestigen dat dit probleem in de toekomst zal worden geregeld?

préexistantes. Il y a lieu de clarifier davantage ces questions, d'autant que l'on se situe ici dans un système contractuel. Des contrats peuvent-ils vraiment être annulés après leur conclusion? Ensuite, il considère comme un progrès l'introduction de plusieurs catégories, en fonction du mode d'administration des soins et de l'âge. Cependant, l'intervenant émet des réserves sur le choix visant par exemple à réunir toutes les chambres particulières en une seule catégorie. Il aurait préféré que l'on opère une nouvelle subdivision, de telle sorte que l'indice final corresponde mieux à la réalité. Peut-on y songer? Peut-on également réfléchir à une solution au problème des suppléments?

M. Collas est d'avis qu'il faut examiner les dispositions proposées.

Mme Van Ermen constate que l'intervention personnelle du patient dans les frais de santé a énormément augmenté ces dix dernières années, alors que la qualité relative des soins a baissé durant la même période par rapport aux autres pays. L'intervenante demande, elle aussi, que l'on organise des auditions.

En outre, elle relève que les dispositions à l'examen visent à réglementer les contrats privés d'assurance maladie. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que les plus grosses parts de marché de ces assurances sont détenues par les mutualités, pour lesquelles l'âge est aussi un facteur décisif.

M. Van Nieuwkerke indique que la problématique des chambres particulières et de leurs suppléments constitue la base de l'assurance hospitalisation. Il déclare vouloir apporter une série de corrections aux dispositions proposées, car le système est en train de déraiper à cause des hausses de primes effrénées depuis le début 2008 qui peuvent encore se poursuivre jusqu'en 2009. Indépendamment de cela, le commissaire est favorable à un régime légal couvrant si possible l'ensemble des frais médicaux.

L'intervenant déclare ensuite qu'il apprécie les précisions données sur le Code de conduite et sur l'arrêté royal, mais il continue de penser qu'une loi doit fixer le cadre dans lequel l'assurance hospitalisation peut être mise en œuvre. Cela n'est cependant prévu nulle part. En outre, la loi reste asociale.

Mme Vienne relève que les maladies préexistantes posent problème. Le secrétaire d'État peut-il confirmer que ce problème sera réglé à l'avenir?

De heer Daras merkt op dat het advies van de Raad van State over de voorliggende tekst dateert van 19 juni 2008 en dat er sindsdien een wereldwijde financiële en economische crisis heerst. Veel mensen leven daardoor meer in onzekerheid en ze wensen, meer dan vroeger, dat, bijvoorbeeld hun hospitalisatieverzekering, hun een bepaalde zekerheid zou kunnen bieden. Ze wensen dat er een bepaalde vorm van concurrentie is ten voordele van de verzekerden en dat die laatste zonder een te hoge prijs van maatschappij kunnen veranderen.

Spreker verklaart ook dat een Gedragscode slechts een Code is en geen wet. In die zin is het dus slechts een instrument om het geheel te helpen reglementeren. Het lid dankt de staatssecretaris voor het verschaffen van de korte inhoud van het bovenvermelde koninklijk besluit. Graag echter, had hij ook de tekst zelf ter beschikking gehad om te kunnen inschatten in welke mate het koninklijke besluit de voorgestelde onaanvaardbare wettelijke bepalingen bijstelt. Bovendien merkt hij op dat de voorgestelde indeling in verschillende categorieën het systeem zeer complex zal maken. Misschien zal deze werkwijze het geheel verbeteren, maar het is moeilijk om dat onmiddellijk te begrijpen. Zeker is echter wel dat het betere ware geweest om ook deze bepalingen bijvoorbeeld over de referentie-index in de wet op te nemen.

De heer Daras wenst de regering eveneens te herinneren aan het advies van de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen. Aangezien de «genderwet» van 10 mei 2007 niet wordt nageleefd, kennen de voorliggende wettelijke bepalingen een belangrijk risico op beroepsprocedures. Gezien de zeer onzekere tijden en de lacunes vraagt de spreker dat er grondig over het ontwerp wordt nagedacht en dat het belang van de burgers niet uit het oog verloren wordt. Spreker vraagt daarom dat de regering de voorgestelde tekst intrekt en binnen een paar weken met een nieuw voorstel komt. Hij steunt ook de vraag naar een hoorzitting.

De heer Mahoux verklaart dat niet elk verschil in behandeling een discriminatie inhoudt zoals ook verschillende wetten bepalen. De heer Mahoux vindt het zorgwekkend dat het koninklijk besluit niet lijkt te voorzien in specifieke bepalingen voor personen met een handicap. In die zin zou het interessant zijn dat de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen zich zou uitspreken over het hier voorgestelde koninklijk besluit dat een aantal verduidelijkingen aangeeft. Ook benadrukt het lid dat de huidige bepalingen een duidelijke verbetering zijn ten opzichte van de wet Verwilghen. Spreker merkt nog op dat het huidige systeem van ziekenfondsen met hun aanvullende verzekeringen een andere aanpak hanteert maar creëert geen discriminatie. Spreker is verheugd dat ook

M. Daras met l'accent sur le fait que l'avis du Conseil d'État sur le texte à l'examen date du 19 juin 2008 et qu'une crise financière et économique fait rage depuis lors à l'échelle mondiale. Nombreux sont ceux qui vivent dans l'incertitude à cause de cette crise et qui veulent encore plus qu'avant qu'on leur offre une certaine sécurité, notamment par le biais de leur assurance hospitalisation. Ils souhaitent qu'une certaine forme de concurrence apparaisse au profit des assurés et qu'il leur soit possible de changer de compagnie à faible coût.

Du reste, l'intervenant déclare qu'un code de conduite est seulement un code et pas une loi. Dans ce sens, il s'agit uniquement d'un instrument destiné à aider à réglementer le tout. Le membre remercie le secrétaire d'État d'avoir fourni un compte rendu succinct de l'arrêté royal susmentionné. Il aurait néanmoins voulu disposer aussi du texte même afin de pouvoir évaluer dans quelle mesure l'arrêté royal rectifie les dispositions légales inacceptables qui ont été proposées. En outre, il signale que la classification en catégories qui a été proposée compliquera très fortement le système. Cette façon de travailler améliorera peut-être l'ensemble mais il est difficile de le comprendre immédiatement. Ce qui est certain en revanche, c'est qu'il aurait été plus opportun de faire également figurer les dispositions relatives, par exemple, à l'indice de référence dans la loi.

M. Daras souhaite également rappeler au gouvernement l'avis du Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Vu que la loi antidiscrimination du 10 mai 2007 n'est pas respectée, les dispositions légales à l'examen risquent fortement de susciter des procédures en recours. Compte tenu des temps très incertains que nous connaissons et des lacunes existantes, l'intervenant demande que l'on procède à une réflexion approfondie sur le projet et que l'on ne perde pas de vue les intérêts des citoyens. L'intervenant souhaiterait dès lors que le gouvernement retire le texte proposé et qu'il dépose une nouvelle proposition d'ici quelques semaines. Il soutient également la demande d'organiser une audition.

M. Mahoux déclare que les différences de traitement n'impliquent pas toutes une discrimination, comme le confirment également différentes lois. M. Mahoux exprime sa préoccupation face à l'arrêté royal qui ne semble prévoir aucune disposition spécifique pour les personnes handicapées. Dans ce sens, il serait intéressant que le Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes s'exprime au sujet de l'arrêté royal proposé qui apporte un certain nombre de précisions. Le membre insiste également sur le fait que les dispositions actuelles représentent une nette amélioration par rapport à la loi Verwilghen. L'intervenant fait également remarquer que le système actuel des mutuelles et de leurs assurances complémentaires a une autre approche et ne crée pas de

mevrouw Van Ermen dit erkent. Ook de heer Mahoux vraagt tot slot nadere uitleg met betrekking tot de inhoud van de in voorbereiding zijnde fusiewet.

De heer Beke benadrukt dat het wetsontwerp ertoe strekt een wet uit de vorige zittingsperiode te repareren. Bovendien probeert de Gedragscode te bepalen hoe personen die door de vorige wet uit de boot gevallen zijn in de toekomst toch kunnen worden geholpen. Wat het koninklijk besluit betreft, stelt de voorzitter dat zelden aan de regering wordt gevraagd om voor de goedkeuring van een wet reeds de richting van het erbij horende koninklijk besluit openbaar te maken. Beide teksten geven duidelijk de richting aan waarbinnen de wet moet worden gesitueerd en ze hebben dus zeker hun belang.

In verband met de indexberekening is de spreker van mening dat ze moet gebeuren op basis van kostenelementen die de ziekenhuiskosten in hun totaliteit reflecteren en dus niet enkel op basis van de duurste kostenelementen. Hij stelt vervolgens te wensen dat de vergrijzingspremie in de voorgestelde regeling wordt verankerd.

De heer Van Nieuwkerke stelt dat zijn partij reeds van begin 2008 heeft aangedrongen op een sociale correctie van de bepalingen. Ook nu moeten de opmerkingen in die context worden beschouwd. Het moet de bedoeling zijn dat bepaalde overdreven stijgingen van premiebetaling worden teruggedraaid. Deze stijgingen treffen vooral de ouderen, vooral de oudere vrouwen maar ook de mensen met een lager inkomen, zoals de tijdelijke werklozen, alleenstaanden met kinderen, ... Echter, het wetsontwerp doet hier niets aan en er bestaat ook geen maatschappelijke draagvlak voor, zoals allerhande opmerkingen van organisaties getuigen. Verder merkt het lid nog op dat een Gedragscode eigenlijk wettelijk moet worden verankerd. Het is ook belangrijk dat de hospitalisatieverzekering wordt gesitueerd in de globale context van het verzekeringsstelsel. Een verzekeringsstelsel waarover moet worden gewaakt dat het niet verder afglijdt.

De heer Clerfayt verklaart nogmaals dat de huidige wet Verwilghen een aantal belangrijke tekortkomingen kent en dat verschillende personen hiervan het slachtoffer waren. Echter, de prijsverhogingen van de polissen, gedurende de laatste twee jaar, situeerden zich in het kader van de huidige wet. Het is daarom de bedoeling, via de voorliggende bepalingen, een einde te stellen aan de huidige heersende mechanismen en om hiervoor een oplossing te vinden.

Ook verklaart de staatssecretaris dat de belangrijkste verzekeraars, die meer dan 80 % marktaandeel hebben, geen overdreven prijsverhoging of contractwijzigingen hebben doorgevoerd. In de huidige context is het echter niet mogelijk om de wettelijke bepalingen met terugwerkende kracht te wijzigen en

discrimination. L'intervenant se réjouit que Mme Van Ermen le reconnaisse également. Enfin, M. Mahoux demande, lui aussi, des précisions quant au contenu de la loi de fusion en préparation.

M. Beke met l'accent sur le fait que le projet de loi vise à rectifier une loi votée au cours de la législature précédente. En outre, le code de conduite essaie de définir comment il sera possible à l'avenir d'aider les personnes qui ont été laissées sur le carreau par la loi précédente. En ce qui concerne l'arrêté royal, le président affirme que l'on demande rarement au gouvernement de rendre public l'orientation de l'arrêté royal exécutant une loi avant même que cette dernière n'ait été adoptée. Les deux textes indiquent clairement l'orientation dans laquelle il convient de situer la loi et ont dès lors assurément leur importance.

Quant au calcul des indices, l'intervenant est d'avis qu'il doit être basé sur des composantes de coûts qui reflètent les coûts hospitaliers dans leur totalité et donc pas uniquement sur les composantes de coûts les plus onéreuses. Il souhaite également que la prime de vieillissement soit ancrée dans la réglementation proposée.

M. Van Nieuwkerke déclare que son parti a insisté dès le début de l'année 2008 sur une correction sociale des dispositions. Aujourd'hui, il convient également de restituer les remarques dans ce contexte. Il faut faire en sorte que certaines augmentations exagérées de la prime soient revues à la baisse. Ces augmentations touchent surtout les personnes âgées, les femmes âgées en particulier, mais aussi les petits revenus tels que les chômeurs temporaires, les isolés avec enfants, ... Cependant, le projet de loi ne change rien à cet état de choses et il n'y a pas non plus de consensus social en la matière, comme en témoignent toutes sortes de remarques émanant de plusieurs organisations. Le membre fait aussi remarquer qu'un code de conduite doit en fait être ancré légalement. Il importe également que l'assurance hospitalisation soit située dans le contexte global du système d'assurance. Il faut veiller à ce que ce dernier ne se détériore pas davantage.

M. Clerfayt déclare une nouvelle fois que l'actuelle loi Verwilghen présente plusieurs lacunes importantes et que différentes personnes en ont été victimes. Toutefois, les renchérissements des polices d'assurance qui sont intervenus au cours des deux dernières années se situaient dans le cadre de la loi actuelle. L'objectif est dès lors de mettre un terme aux mécanismes en vigueur et d'y remédier au travers des dispositions à l'examen.

Le secrétaire d'État déclare également que les principaux assureurs, qui détiennent plus de 80 % des parts de marché, n'ont procédé à aucune augmentation de prix exagérée ni à des modifications contractuelles. Dans le contexte actuel, il n'est cependant pas possible de modifier les dispositions

daarom is het belangrijk om zo snel mogelijk bepaalde wijzigingen in te voeren die de mogelijkheid van de verzekeraars om prijsverhogingen door te voeren inperken. Vandaar ook de Gedragscode die, ook al heeft hij geen kracht van wet, toch een duidelijk engagement is van de verzekeraars. Momenteel kan deze tekst nog niet letterlijk worden vrijgegeven aangezien daarover nog finaal wordt onderhandeld. Van het koninklijk besluit heeft de staatssecretaris vervolgens de grote lijnen meegedeeld. Het is echter niet de gewoonte dat de regering een koninklijk besluit letterlijk meedeelt aan het Parlement vooraleer de basiswet werd gestemd.

In verband met de zogenaamde « fusiewet », geeft de regeringsvertegenwoordiger aan dat beide wetten niet zullen fuseren maar dat het de bedoeling is om de beschermingsmechanismen die in beide wetten bestaan, of zullen bestaan, op een hoger niveau te brengen. Bovendien is het de bedoeling om vooruitgang te boeken met betrekking tot de overdraagbaarheid van de reserves en met betrekking tot de aantrekkelijke fiscale behandeling van de voor de begunstigden meest voordelige systemen.

Met betrekking tot de verdere differentiëring bij de eenpersoonskamers, wenst de staatssecretaris eraan te herinneren dat het voorgestelde mechanisme, op basis van de reële kostprijs van de hospitalisatie namelijk zoals deze werd terugbetaald door de verzekeringsinstellingen, een index gaat berekenen voor bepaalde categorieën. Deze zal echter slechts een maximaal indexatiebedrag aangeven en geen enkele verzekeringsinstelling wordt verplicht om dit maximum na te volgen. Als sommigen het maximum willen volgen en andere dan weer niet, kan hier ten volle de concurrentie spelen. In dit opzicht zal de door de heer Mahoux voorgestelde verdere differentiëring niet noodzakelijk een meerwaarde bieden. Verzekeringsinstellingen die vooral cliënten hebben die gebruik maken van de duurdere eenpersoonskamers zullen de indexering volledig volgen. Anderen, namelijk zij die cliënten hebben die gebruik maken van de minder dure eenpersoonskamers, zullen slechts gedeeltelijk de index volgen. Op die manier kunnen deze laatsten een concurrentievoordeel opbouwen.

De heer Mahoux merkt op dat de index de manier van prijsstijgingen zal bepalen. Hij vormt het gemiddelde van minder dure en duurdere kamers en geeft minder goed aansluiting bij de verschillende realiteiten. Bij een verder indeling kan er wel beter worden aangesloten bij de verschillende ontwikkelingen.

De staatssecretaris stelt dat in de toekomst misschien een verdere onderverdeling mogelijk is. Momenteel echter is er reeds een differentiatie in 20 categorieën en zijn er dus reeds 20 mogelijk toepasbare indexen. Bovendien wenst de spreker er aan te herinneren dat het voorgestelde systeem verschilt van bijvoorbeeld de automatische indexering van de lonen.

légales avec effet rétroactif et il importe dès lors d'introduire dans les plus brefs délais certaines modifications limitant la possibilité de renchérissement par les assureurs. D'où le code de conduite qui, bien qu'il n'ait pas force de loi, constitue un engagement clair de la part des assureurs. Ce texte ne peut pas encore être divulgué pour l'instant étant donné qu'il fait encore l'objet d'ultimes négociations. Le secrétaire d'État a divulgué ensuite les grandes lignes de l'arrêté royal. Il est toutefois inhabituel que le gouvernement communique littéralement un arrêté royal au parlement avant que la loi qui en est à la base n'ait été votée.

Le représentant du gouvernement annonce au sujet de la loi dite de fusion que les deux lois ne fusionneront pas mais que l'intention est d'amener à un niveau supérieur les mécanismes de protection qu'elles prévoient ou prévoiront. En outre, le but est d'enregistrer des progrès sur le plan du transfert des provisions et en ce qui concerne le traitement fiscal attrayant des systèmes les plus avantageux pour les bénéficiaires.

Pour ce qui est de la différenciation plus approfondie dans le cas des chambres particulières, le secrétaire d'État souhaite rappeler que le mécanisme proposé va calculer un indice pour certaines catégories sur la base du coût réel de l'hospitalisation c'est-à-dire telle qu'elle a été remboursée par les organismes assureurs. Il n'indiquera toutefois qu'un montant d'indexation maximum et aucun organisme assureur n'est obligé de s'aligner sur ce maximum. La concurrence pourra jouer pleinement si certains veulent appliquer le maximum et d'autres non. À cet égard, la différenciation plus approfondie proposée par M. Mahoux n'apportera pas nécessairement de valeur ajoutée. Les organismes assureurs dont les clients utilisent surtout les chambres particulières plus coûteuses appliqueront l'indexation dans sa totalité. Les autres, c'est-à-dire ceux dont les clients utilisent les chambres particulières moins onéreuses, n'appliqueront l'indice qu'en partie. De cette manière, ces derniers pourront développer un avantage concurrentiel.

M. Mahoux fait remarquer que l'indice déterminera comment les prix augmenteront. Il forme la moyenne des prix plus ou moins élevés des chambres et constitue un moins bon indicateur des différentes réalités. En revanche, une classification plus poussée permet de mieux percevoir les différentes évolutions.

Le secrétaire d'État affirme qu'une classification plus détaillée sera peut-être possible à l'avenir. Néanmoins, il existe d'ores et déjà une différenciation en 20 catégories et, partant, 20 indices applicables. Par ailleurs, l'intervenant tient à rappeler que le système proposé diffère, par exemple, de l'indexation automatique des salaires. L'indice indique, en effet, un

De index geeft immers een toepasbaar maximum aan dat de verzekeringsinstellingen niet verplicht zijn om te volgen.

In verband met de vooraf bestaande ziekten verklaart de spreker dat dit gegeven ook de ziekenfondsen aanbelangt en dat er in de toekomst met de zogenaamde fusiewet zal geprobeerd worden om dit probleem te remediëren. Echter, ook in de toekomst zullen beide partijen zich voor specifieke gevallen tot het burgerlijk recht moeten wenden.

De heer Clerfayt stelt tevens verwonderd te zijn dat er opmerkingen zijn met betrekking tot de gelijkheid. Immers, als vrouwen in verhouding een hogere verzekeringspremie moeten betalen ten opzichte van hun pensioen is dat te wijten aan het gegeven dat de pensioenen van vrouwen gemiddeld lager zijn. De oorzaak van het probleem bevindt zich echter bij de pensioenen en daar moet er naar een oplossing worden gezocht.

De heer Mahoux verduidelijkt dat de verklaringen van de regering over de inhoud van het koninklijk besluit en over de sterkere waarborgen voor de verzekeringnemers, die de fusiewet zal bevatten maken dat hij de tekst zal goedkeuren, maar dat hij nauwlettend zal toezien op het verdere verloop in de praktijk.

De heer Clerfayt geeft toe dat de hier voorliggende reparatiewet niet alle problemen kan oplossen. Zo blijft er het probleem van de overdraagbaarheid van de reserves. In dat kader echter heeft de minister zich reeds in de Kamer van volksvertegenwoordigers geëngageerd om op termijn oplossingen te vinden. In de praktijk zal dit toch wel enkele maanden in beslag nemen. Het is daarom raadzaam om de huidige reparatiewet zo snel mogelijk te stemmen opdat de positieve elementen ervan zo snel mogelijk zouden kunnen worden toegepast.

## VI. Bespreking van de amendementen

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 1 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt in een nieuw artikel 5/1 in een regeling te voorzien voor de reserve die wordt opgebouwd voor de veroudering. Op die manier kan een verzekerde de opgebouwde reserve voor veroudering terugkopen of kan hij die overhevelen in geval de verzekerde van maatschappij verandert. Zo zullen de premies voor veroudering niet buitensporig hoog oplopen.

De heer Daras is van mening dat de amendementen een antwoord kunnen bieden op een reeks van vragen. Het is dan ook betreurenswaardig dat deze amendementen, gezien ze werden opgesteld door de oppositie, niet zullen worden goedgekeurd. Zo wenst het eerste amendement een oplossing te geven voor het pro-

maximum applicable que les organismes assureurs ne sont pas obligés de suivre.

En ce qui concerne les maladies préexistantes, l'intervenant déclare que cette donnée concerne aussi les mutuelles et que l'on essaiera à l'avenir de remédier à ce problème au moyen de la loi dite de fusion. Cependant, à l'avenir également, les deux parties devront recourir au droit civil pour les cas spécifiques.

M. Clerfayt affirme également être surpris d'apprendre qu'il y aurait des remarques au sujet de l'égalité. En effet, les pensions en moyenne moins élevées chez les femmes font que ces dernières doivent payer une prime d'assurance proportionnellement plus élevée par rapport à leur pension. La cause du problème se situe cependant au niveau des pensions, et c'est là qu'il faut précisément chercher une solution.

M. Mahoux précise que l'information donnée par le Gouvernement sur le contenu de l'arrêté royal et sur la direction que prendra le projet de loi dit « fusion » vers des garanties plus importantes pour les souscripteurs d'assurances lui permet de voter le texte en restant très attentif aux suites qui leur seront données.

M. Clerfayt consent que la loi de réparation à l'examen ne peut résoudre tous les problèmes. Le problème de la transférabilité des réserves, par exemple, demeure entier. À cet égard, le ministre s'est déjà engagé, devant la Chambre des représentants, à trouver à terme des solutions. Dans la pratique, il faudra toutefois encore patienter durant quelques mois. C'est pourquoi il est opportun de voter ladite loi de réparation le plus rapidement possible, de manière à pouvoir mettre en œuvre au plus vite les éléments positifs qu'elle contient.

## VI. Discussion des amendements

M. Van Nieuwkerke et consorts dépose l'amendement n° 1 (doc. Sénat, 4-1235/2) visant à prévoir, dans un nouvel article 5/1, un règlement relatif à la réserve qui est constituée pour le vieillissement. De cette manière, un assuré pourra racheter la réserve constituée pour le vieillissement ou la transférer s'il change de compagnie d'assurances. Ainsi les primes de vieillissement ne s'envoleront pas de manière incontrôlée.

M. Daras estime que les amendements sont en mesure de fournir une réponse à une série de questions. Il est dès lors regrettable que ces amendements ne seront pas adoptés au motif qu'ils ont été rédigés par l'opposition. Le premier amendement vise ainsi à remédier au problème du transfert des réserves

bleem van de overdraagbaarheid van de reserves voor veroudering, een probleem dat zowel door de heer Beke en de staatssecretaris werd erkend.

De staatssecretaris merkt op dat het voorgestelde amendement hetzelfde regime inhoudt als werd voorgesteld door de Amerikaanse Bush-administratie en dat deze oplossing nieuwe problemen met zich zal meebrengen ten nadele van de betere ondernemingen en van de verzekerden, als de « reserves » eenmaal uitgeput zijn. Hij vraagt daarom om het initiatief van de regering af te wachten.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient amendement nr. 2 op artikel 6 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt duidelijkheid te scheppen over de manier waarop de premie, de vrijstellingen en de prestatie kunnen worden gewijzigd. Er wordt daarom voorgesteld om te komen tot één uniforme medische index die de FOD Economie maandelijks zal publiceren.

In verband met de voorgestelde bepaling uit § 3, derde lid, geeft mevrouw Stevens aan dat deze voorgestelde berekeningswijze niets zal veranderen. Er blijft immers een overleg in de Ministerraad en de adviezen van de Raad voor het Verbruik en van de Commissie voor de Verzekeringen zijn niet dwingend. In die zin stelt spreekster voor om hiervoor de bepaling uit § 2, eerste lid, te weerhouden en de berekening te baseren op het indexcijfer der consumptieprijzen. Eventueel kan er hier ook nog een alternatief, zijnde het luik gezondheidsuitgaven, uit de index der consumptieprijzen worden weerhouden. Deze index is betrouwbaar, objectief en transparant. Bovendien is er op die wijze geen nood aan het opstellen van een volledig nieuwe index.

Wat het indexatiesysteem betreft, is de heer Daras van mening dat de bij amendement voorgestelde oplossing een antwoord biedt op een reeks van hier opgeworpen problemen.

De heer Clerfayt stelt dat het niet mogelijk is om de index van de consumptieprijzen of een deel ervan, als basis voor de mogelijke prijsstijgingen te gebruiken aangezien de leden van de indexcommissie dit tot nu toe geweigerd hebben. De regering heeft daarom een alternatief voorgesteld en ze vraagt de leden dit alternatief goed te keuren.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 3 in ter invoeging van een artikel 6/1 (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt de huidige wet-Verwilghen te wijzigen aangezien er duidelijk wordt gesteld dat de relevante gegevens die een verzekeringsnemer aangaande zijn gezondheidstoestand moet meedelen enkel betrekking kunnen hebben op een gediagnosticeerde ziekte of aandoening.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 4 op artikel 7 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe

pour le vieillissement, problème qu'ont reconnu M. Beke et le secrétaire d'État.

Le secrétaire d'État fait remarquer que l'amendement proposé instaure un régime identique à celui qui avait été proposé par l'administration américaine de Bush et que cette solution créera de nouveaux problèmes au détriment des entreprises plus performantes comme des assurés, une fois la « réserve » épuisée. C'est pourquoi il demande que l'on attende l'initiative du gouvernement.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 2 à l'article 6 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui vise à clarifier la manière dont la prime, les franchises et la prestation peuvent être modifiées. C'est pourquoi il est proposé d'établir un indice médical uniforme qui sera publié chaque mois par le SPF Économie.

En ce qui concerne la disposition proposée au § 3, alinéa 3, Mme Stevens souligne que le mode de calcul proposé ne changera rien. En effet, il y aura toujours délibération en Conseil des ministres et les avis du Conseil de la consommation et de la Commission des assurances ne sont pas contraignants. En ce sens, l'intervenante propose que l'on conserve à cet effet la disposition figurant au § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, et que l'on base le calcul sur l'indice des prix à la consommation. Une autre possibilité en l'espèce serait de retenir le volet « dépenses de santé » de l'indice des prix à la consommation. Cet indice est fiable, objectif et transparent. De surcroît, il ne serait pas nécessaire d'élaborer un tout nouvel indice.

S'agissant du système d'indexation, M. Daras est d'avis que la solution proposée par l'amendement permet de remédier à une série de problèmes soulevés ici.

M. Clerfayt indique qu'il n'est pas possible d'utiliser l'indice des prix à la consommation ou une partie de celui-ci comme base pour les éventuelles augmentations de prix étant donné que les membres de la Commission de l'indice ont jusqu'à présent refusé cette solution. C'est pourquoi le gouvernement a proposé une alternative et demande aux membres de l'approuver.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 3 insérant un article 6/1 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui vise à modifier l'actuelle loi Verwilghen en précisant clairement que les données pertinentes qu'un preneur d'assurance doit communiquer à propos de son état de santé ne peuvent porter que sur une maladie ou une affection diagnostiquée.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 4 à l'article 7 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui vise à



strekt de huidige wet betreffende de chronisch zieken en gehandicapten te wijzigen.

In verband met de amendementen 3 en 4 rijst de vraag waarom er nog twee jaar de tijd wordt geboden om de verzekeringscontracten aan te passen. De diagnose is immers reeds gesteld op het moment van het afsluiten van het contract. Hoe kan deze dan nog opzettelijk worden verzwegen?

De heer Daras stelt dat enkel de kosten die rechtstreeks verband houden met een gediagnosticeerde ziekte of handicap op het moment van de sluiting van het contract kunnen worden uitgesloten. Op die manier is er een oplossing gevonden voor een aantal problemen die eveneens door de meerderheid worden opgeworpen.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 5 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt in een artikel 10/1 duidelijkheid te scheppen in verband met de bijkomende premie indien de hoofdverzekerde van baan verandert.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 6 in om artikel 12 te schrappen (St. Senaat, 4-1235/2). Het amendement strekt ertoe te verhinderen dat verzekeraars los van enige objectieve index de premies kunnen verhogen.

De heer Daras benadrukt vervolgens het belang van het voorstel om het voorgestelde artikel 12 te doen vervallen. Immers, de ontsnappingsroute voor verzekeraars om hun premies te kunnen verhogen los van enige objectieve index is te groot.

De staatssecretaris merkt op dat enkel de CBFA gemachtigd is om dergelijk uitzonderlijk mechanisme toe te staan. Dit mechanisme wordt nu reeds toegepast voor de ziekenfondsen en aangezien het de bedoeling is om beide gelijk te stellen vraagt de spreker het amendement niet goed te keuren. Bovendien is deze maatregel ook een bescherming van de consument aangezien hij de meeste schade zou lijden bij een eventueel faillissement van zijn verzekeraar.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 7 op artikel 13 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt duidelijk te stellen dat alle premieaanpassingen na de inwerkingtreding van de wet op 1 juli 2007 moeten gebeuren overeenkomstig de bepalingen van artikel 138bis-4.

Verder wijzigt dit amendement de uiterste datum waarop de verzekeringonderneming wat betreft alle bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst moet aanbieden die voldoet aan de vereisten van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomsten.

modifier l'actuelle loi relative aux malades chroniques et aux personnes handicapées.

En ce qui concerne les amendements n<sup>os</sup> 3 et 4, on peut se demander pourquoi on accorde un délai supplémentaire de deux ans pour adapter les contrats d'assurance. En effet, le diagnostic a déjà été posé au moment de la conclusion du contrat. Comment, dans ces conditions, pourrait-il encore être délibérément passé sous silence?

M. Daras précise que seuls les coûts qui sont directement liés à une maladie ou à un handicap diagnostiqué au moment de la conclusion du contrat peuvent être exclus. On résout ainsi un certain nombre de problèmes également soulevés par la majorité.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n<sup>o</sup> 5 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui insère un article 10/1 visant à préciser ce qu'il advient de la prime complémentaire si l'assuré principal change d'emploi.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n<sup>o</sup> 6, qui supprime l'article 12 (doc. Sénat, 4-1235/2) dans le but d'empêcher les assureurs de majorer les primes indépendamment de tout indice objectif.

M. Daras souligne ensuite l'importance de la proposition de suppression de l'article 12 en question. En effet, celui-ci offre aux assureurs une trop grande échappatoire pour majorer leurs primes indépendamment de tout indice objectif.

Le secrétaire d'État fait remarquer que seule la CBFA est habilitée à autoriser pareil mécanisme exceptionnel. Celui-ci est déjà appliqué aujourd'hui pour les mutualités, et étant donné que l'objectif est de procéder à un alignement, l'intervenant demande de ne pas approuver l'amendement. En outre, cette mesure a aussi pour finalité de protéger le consommateur, puisque c'est ce dernier qui pâtirait le plus de la faillite éventuelle de son assureur.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n<sup>o</sup> 7 à l'article 13 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui vise à préciser clairement que toutes les adaptations de prime postérieures à l'entrée en vigueur de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 2007 doivent respecter les dispositions de l'article 138bis-4.

Par ailleurs, cet amendement tend à modifier la date limite à laquelle une entreprise d'assurance doit proposer, pour tous les contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle, un nouveau contrat d'assurance maladie répondant aux conditions de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

De heer Daras merkt op dat de opmerkingen van de Raad van Gelijke Kansen van Mannen en Vrouwen zich vooral toespitsen op de retroactieve maatregel uit het voorgestelde artikel 3, § 2, tweede lid. Het laat immers toe om *a posteriori* alle reeds doorgevoerde prijsverhogingen te rechtvaardigen.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 8 op artikel 14 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt te voorzien in een strafrechtelijke sanctie in geval de wet wordt overtreden.

In verband met de sancties stelt de staatssecretaris dat het niet nuttig is om een aparte manier van bestraffing te organiseren. Dit mechanisme zal worden bepaald binnen de bestaande wet van 1992 die reeds in bestraffingsmaatregelen voorziet in de artikelen 132 en volgende.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 9 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt in een artikel 14/1 de dienst algemene directie Controle en Bemiddeling de bevoegdheid te verlenen om inbreuken op te sporen en vast te stellen.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 10 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt in een artikel 14/2 in een waarschuwingsprocedure te voorzien.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 11 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt in een artikel 14/3 te bepalen dat administratieve boetes kunnen worden uitgeschreven.

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 12 in (St. Senaat, 4-1235/2) betreffende de vordering tot staking (nieuw artikel 14/4).

De heer Van Nieuwkerke c.s. dient een amendement nr. 13 in (St. Senaat, 4-1235/2) dat ertoe strekt te voorzien in een administratief toezicht en controle op de handhaving van de wet (nieuw artikel 14/5).

## VII. Stemmingen

De amendementen nrs. 1 en 2 worden verworpen met 12 tegen 3 stemmen.

De amendementen nrs. 3 en 4 worden verworpen met 9 tegen 3 stemmen bij 3 onthoudingen.

De amendementen nrs. 5 tot 7 worden verworpen met 12 tegen 3 stemmen.

De amendementen nrs. 8 tot 14 worden verworpen met 10 tegen 3 stemmen bij 2 onthoudingen.

M. Daras souligne que les observations du Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes portent surtout sur la mesure rétroactive prévue à l'article 3, § 2, alinéa 2, proposé. Elle permet en effet de justifier *a posteriori* toutes les augmentations de prix déjà opérées.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 8 à l'article 14 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui vise à prévoir une sanction pénale en cas d'infraction à la loi.

En ce qui concerne les sanctions, le secrétaire d'État précise qu'il n'est pas nécessaire d'instaurer un système de sanctions séparé. Ce mécanisme sera prévu dans le cadre de la loi existante de 1992, dont les articles 132 et suivants comportent déjà des sanctions.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 9 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui insère un article 14/1 visant à conférer à la direction générale Médiation et Contrôle le pouvoir de rechercher et de constater les infractions.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 10 (doc. Sénat, n° 4-1235/2), qui insère un article 14/2 instaurant une procédure d'avertissement.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 11 (doc. Sénat, n° 4-1235/2), qui insère un article 14/3 prévoyant la possibilité d'infliger des amendes administratives.

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 12 (doc. Sénat, 4-1235/2) concernant l'action en cessation (article 14/4 nouveau).

M. Van Nieuwkerke et consorts déposent l'amendement n° 13 (doc. Sénat, 4-1235/2), qui vise à prévoir une surveillance et un contrôle administratifs du respect de la loi (article 14/5 nouveau).

## VII. Votes

Les amendements n<sup>os</sup> 1 et 2 sont rejetés par 12 voix contre 3.

Les amendements n<sup>os</sup> 3 et 4 sont rejetés par 9 voix contre 3 et 3 abstentions.

Les amendements n<sup>os</sup> 5 à 7 sont rejetés par 12 voix contre 3.

Les amendements n<sup>os</sup> 8 à 14 sont rejetés par 10 voix contre 3 et 2 abstentions.

Het wetsontwerp in zijn geheel is aangenomen met 12 tegen 3 stemmen.

\*  
\* \*

Dit verslag is eenparig goedgekeurd door de 9 aanwezige leden.

*De rapporteur,*  
Philippe MAHOUX.

*De voorzitter,*  
Wouter BEKE.

**De door de commissie aangenomen tekst is dezelfde als die van het door de Kamer van volksvertegenwoordigers overgezonden ontwerp (stuk Kamer, nr. 52-1662/006).**

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 12 voix contre 3.

\*  
\* \*

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 9 membres présents.

*Le rapporteur,*  
Philippe MAHOUX.

*Le président,*  
Wouter BEKE.

**Le texte adopté par la commission est identique à celui du projet transmis par la Chambre des représentants (voir doc. Chambre, n° 52-1662/006).**

**BIJLAGE I (TEST-AANKOOP)****Hospitalisatieverzekeringen :**

Na buitensporige stijgingen van de premies, een medische index uitgewerkt door en voor de verzekeraars

*Moelijk aanvaardbare stijgingen van premies*

De premies voor hospitalisatieverzekeringen stijgen onophoudelijk: bij Ethias (73 en 30%, naar gelang van de polissen), Argenta (tot een drievoud), Axa (in het vermelde geval, van 430 tot 2300 euro voor personen van 75 jaar!!!). Bejaarden worden voor een voldongen feit geplaatst, en hebben *de facto* slechts het recht om te betalen (of om aan de verzekeraar een minder gunstige formule te vragen, bijvoorbeeld kostendekking in een tweepersoonskamer of een hele hoge franchise). De wet-Verwilghen zal op middellange en lange termijn weliswaar een (zekere?) betrekkelijke verbetering inhouden voor intekenaars van een groepsverzekering die instemmen met het betalen van een bijkomende premie voor de duur van het contract.

De laatste beschikbare cijfers (2007) betreffende de sector tonen bovendien aan dat het saldo, uitgedrukt in percenten, van de premies sinds twee jaar positief is. Gelet op de financiële resultaten, maar zonder rekening te houden met de «tak 23»-producten, heeft de sector massaal geïnvesteerd in obligaties (wat betekent dat de resultaten allicht niet voor lange tijd zullen verminderen), en slechts voor 18% in aandelen.

Deze stijgingen zijn weliswaar grotendeels te wijten aan de buitensporige stijging van de prijzen van eenpersoonskamers: + 9% vorig jaar. In twee- of vierpersoonskamers zijn de prijzen echter vrij stabiel gebleven (hoewel 10 ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor 70% van de prijsstijgingen van tweepersoonskamers). Maar dat volstaat lang niet om de buitensporige stijgingen van de premies te rechtvaardigen.

Die stijgingen zijn te wijten aan een bewuste keuze van sommige verzekeraars, die in het begin een zeer lage prijs vragen, en vervolgens, wanneer de klant niet meer de leeftijd heeft om van verzekeraar te veranderen, de premies geregeld verhogen.

Een index door en voor verzekeraars !

Een specifiek voor privéverzekeringen uitgewerkte medische index, of tabel van indexen, zou kunnen hebben geleid tot een redelijkere en uniformere evolutie van de premies, maar :

— de voorstudie voor het uitwerken van een dergelijke index werd toevertrouwd aan een actuarissenvereniging die geregeld (vooral) voor verzekeringsmaatschappijen werkt. Men kan zich afvragen of een actuarissenvereniging wel de beste keuze is voor het uitwerken van een prijzenindex, hoewel zij verklaart rekening te houden met alle aspecten van het probleem (economische, juridische, prudentiële, institutionele) maar ook erkent dat zij het standpunt van het bedrijf inneemt ...;

— de actuarissenvereniging verklaart in haar verslag natuurlijk niet dat zij een index als het indexcijfer van de consumptieprijzen wil invoeren, maar een actuariële methode die een rookgordijn moet optrekken en de verzekeraars de kans moet geven zich te verbergen achter een wettelijke index om de premies op de voor hen meest geschikte manier te verhogen. Het verslag van de actuarissen beveelt bovendien aan om de stijgingen per leeftijdscategorie te laten variëren (vier categorieën). Dit betekent

**ANNEXE I (TEST-ACHATS)****Assurances hospitalisations :**

Après des hausses de primes indécentes, un indice médical élaboré par et pour les assureurs.

*Hausses de primes difficilement supportables ...*

Les hausses de prime en assurance hospitalisation se succèdent sans discontinuer: chez Ethias (73 et 30%, selon les polices) Argenta (du simple au triple), Axa (dans le cas signalé de 430 à 2300 euros et ce pour des personnes de 75 ans!!!). Lorsqu'il s'agit de personnes âgées, elles se retrouvent devant le fait accompli et elles n'ont *de facto* que le droit de payer (ou demander à l'assureur de passer à une formule moins favorable c'est-à-dire couverture des frais dans une chambre à 2 lits ou accepter une franchise très élevée). Certes la loi Verwilghen amènera à moyen et à long terme une (certaine?) relative amélioration pour les souscripteurs d'une assurance groupe qui accepteront de payer une prime complémentaire pendant la durée de ce contrat.

Par ailleurs, les derniers chiffres disponibles (2007) concernant la branche montrent que le solde en pourcentage des primes est positif depuis 2 ans. En tenant compte des résultats financiers, mais hormis la «branche23», le secteur à investi massivement en obligations (ce qui revient à dire que ces résultats ne devraient pas diminuer durablement), les actions ne représentant que 18% des placements.

Certes ces augmentations s'expliquent en grande partie par le dérapage des factures en chambre particulière: + 9% l'an passé. En chambre à 2 ou 4 lits les prix sont par contre assez stables (même si 10 hôpitaux concentrent 70% de l'augmentation des coûts en chambre à 2 lits). Mais cela est loin de justifier une hausse des primes dans les proportions citées plus haut.

Cela s'explique par la volonté délibérée de certains assureurs de demander au départ un prix très bas puis *de facto* quand le consommateur n'est plus en âge de changer d'assureur de hausser régulièrement les primes.

Un indice par et pour les assureurs !

Certes, la création d'un (des tableaux d') indice(s) médical(aux) spécifique(s) aux assurances privées, actuellement aurait du permettre d'obtenir une évolution plus modérée et plus uniforme des primes mais :

— l'étude chargée d'aider à la constitution d'un tel index a été confiée à une société d'actuaire travaillant régulièrement (principalement) pour les entreprises d'assurances. Dans le cadre de la création d'un indice des prix, on n'aperçoit pas la compétence particulière d'une société d'actuaire qui prétend pourtant «prendre en compte toutes les dimensions du problème (contraintes économiques, mais aussi juridiques, prudentielles, institutionnelles)» mais qui reconnaît se placer du «point de vue de l'entreprise» ...;

— cette entreprise ne prône évidemment pas dans son rapport la création d'un indice type «indice des prix à la consommation» mais une méthode actuarielle destinée à jeter le brouillard et à permettre aux assureurs de s'abriter derrière un indice légal pour augmenter les primes de la manière la plus adéquate pour eux. De plus, le rapport des actuaire obligés préconise que les augmentations puissent varier selon la classe d'âge (quatre classes). C'est une consécration légale de la segmentation permettant de tailler un

een wettelijke bevestiging van een opdeling die het mogelijk maakt om nog meer geld van de klant af te troggelen. In feite dienen de ingewikkelde actuariële formules om een systeem van absolute willekeur te verdoezelen.

Dit is des te meer het geval daar de cijfers van de sector zelf afkomstig zullen zijn, en dus niet verifieerbaar zijn.

Wij zijn niet de enigen die dat zeggen : het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft in een mededeling hetzelfde verklaard : « de cijfers zijn onbetrouwbaar ». Het Kenniscentrum hoopt dat de werkelijke stijging lager zal zijn dan de stijging die de actuariële index (lees : verzekeringsindex) toestaat.

Er bestaat al een echte index ... Waarom het warm water dan opnieuw uitvinden ?

Er bestaat nochtans binnen het indexcijfer der consumptieprijzen een subpost (« lijn 6 »), waarvan één van de subsubposten de kostprijs van de ziekenhuiszorg in een eenpersoonskamer (en ook voor de tweepersoonskamers) is. Er bestaat dus een kant-en-klare methodologie die men gewoon had kunnen aanvullen door zich bijvoorbeeld te baseren op de voor het publiek toegankelijke gegevens op de websites van de ziekenfondsen om er de honorarium- en kamersupplementen in te kunnen opnemen. In dat verband moet worden opgemerkt dat Fortis AG, een van de leidinggevende maatschappijen ter zake, haar premies indexeert op grond van de subpost van de ICP, dit wil zeggen de kostprijs van de ziekenhuiszorg in een eenpersoonskamer. Bovendien evolueert de ICP noodzakelijkerwijs met de tijd, waardoor rekening kan worden gehouden met de evolutie van de frequentie en meer bepaald van het type van uitgevoerde operaties.

Juridisch betwistbaar !

Een dergelijk ontwerp lijkt ons ook op juridisch gebied vatbaar voor kritiek omdat de Staten geen maatregelen kunnen nemen die de nuttige effecten van concurrentie kunnen beperken. De invoering van een dergelijke indexreeks heeft evenwel duidelijk tot gevolg dat de maatschappijen, ongeacht hun specifieke kenmerken, dezelfde indexreeks gebruiken.

Een ontwerp op maat voor de verzekeraars ...

Tot slot lost het wetsontwerp dat in de Kamer werd ingediend het probleem van de verzekeraars op, namelijk zich verschuilen achter een « wettelijke index », maar vergeet het bewust alle problemen op te lossen die werden gecreëerd en vergeten door de wet-Verwilghen :

— een voor de verzekeraars zeer gunstige definitie van ziekten waarvan de verzekerde geen weet had, die optreden tijdens de eerste twee jaar van de overeenkomst;

— ervoor zorgen dat het gedeelte dat wordt opzijgelegd voor de oude dag (de reserve voor veroudering) de verzekerde toebehoort;

— de verzekeraar (en niet de werkgever) verplichten de verzekerde erover in te lichten dat de groepsovereenkomst afloopt (hoofdzakelijk in geval van pensionering).

Het meest opmerkelijke voorbeeld was dat van een vrouw met borstkanker (die nog steeds behandeld werd op het moment van haar vertrek) : deze persoon was er zich niet van bewust dat ze een individuele verlenging binnen de vereiste termijn moest aanvragen. De maatschappij beriep zich op de overschrijding van de termijn om de verdere behandeling niet langer te dekken.

Wie tot slot geneigd zou zijn ter zake bevoegdheden toe te kennen aan de CBFA, moet erop worden gewezen dat de voornaamste taak van deze instelling erin bestaat toe te zien op

peu plus la laine des pauvres moutons. C'est en fait l'arbitraire le plus absolu camouflé sous des formules actuarielles savantes.

Ceci est d'autant plus vrai que les chiffres seront fournis par le secteur et donc invérifiables.

Nous ne sommes pas les seuls à le dire : le centre fédéral d'expertise des soins de santé a dans un communiqué utilisé la même expression : « les chiffres ne sont pas fiables »; le centre espère que la hausse réelle sera inférieure à celle permise par l'indice actuariel (lisez assurantiel).

Un vrai indice existe déjà ... Alors pourquoi réinventer la roue ?

Il existe pourtant dans l'indice des prix à la consommation un sous-poste (la « ligne 6 ») dont un des sous — sous postes est le coût des soins hospitaliers en chambre à 1 lit (et aussi pour les chambres à 2 lits) avec donc une méthodologie toute prête qu'il aurait suffi de compléter, par exemple, en se basant sur les données accessibles au public sur les sites des mutuelles pour pouvoir y inclure les suppléments d'honoraires et de chambres. Signalons à cet égard que Fortis AG, une des compagnies leader dans ce domaine, indexe ses primes en fonction du sous-poste de l'IPC, c'est-à-dire le coût des soins hospitaliers en chambre à une personne. De plus, l'IPC évolue nécessairement avec le temps ce qui permet de tenir compte de l'évolution de la fréquence et notamment quant au type d'opérations pratiquées.

Juridiquement contestable !

Un tel projet nous semble aussi critiquable juridiquement car les États ne peuvent prendre de mesures susceptibles de limiter les effets utiles de la concurrence. Or la création d'une telle série d'index a clairement pour conséquence que les compagnies, nonobstant leurs caractéristiques propres, utilisent la même série d'index.

Un projet sur mesure pour les assureurs ...

Enfin, le projet de loi déposé à la chambre résout le problème des assureurs c'est-à-dire pouvoir s'abriter derrière un « index légal » mais oublie sciemment de résoudre tous les problèmes créés, oubliés par la loi Verwilghen :

— une définition très favorable aux assureurs de la notion de maladies que l'assuré ne connaissait pas, si elles surviennent pendant les deux premières années du contrat;

— faire en sorte que la partie de la prime mise de côté pour les vieux jours (la réserve de vieillissement) appartienne à l'assuré;

— mettre à charge de l'assureur (et non de l'employeur) l'obligation d'informer l'assuré que le contrat groupe prend fin (principalement en cas de départ à la pension).

L'exemple le plus frappant fut celui d'une femme atteinte d'un cancer du sein (toujours en traitement au moment de son départ) : la personne ne se rendit pas compte qu'elle devait demander une prolongation individuelle dans le délai requis. La compagnie excipa du dépassement du délai pour refuser de couvrir les suites du traitement.

Enfin, à ceux qui seraient tentés de confier des compétences dans ce domaine à la CBFA, il faut rappeler que le rôle essentiel de cette institution est de veiller à la solvabilité financière des

de financiële solvabiliteit van de verzekeringsondernemingen. Hoe meer de premies dus stijgen, hoe meer oudere mensen hun contract opzeggen (of noodgedwongen aanvaarden om de dekking van hun verzekering te verminderen), hoe meer de ondernemingen er financieel wel bij varen.

## BIJLAGE II

### Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten

KCE reports A

Pierre Devolder, Michel Denuit, Xavier Maréchal, Benoit-Laurent Yerna, Jean-Pierre Closon, Christian Léonard, Arnaud Senn, Imgard Vinck

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg 2008

KCE REPORTS VOL.A

Titel: Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten

Auteurs: Pierre Devolder (Reacfin), Michel Denuit (Reacfin), Xavier Maréchal (Reacfin), Benoît-Laurent Yerna (Reacfin), Jean-Pierre Closon (KCE), Christian Léonard (KCE), Arnaud Senn (KCE), Imgard Vinck (KCE).

Externe experts: Filip Nicolai (SPF Economie), Véronique Eeckeleers (SPF Economie), Gerhard Gieselink (CBFA), Philippe Colle (Assuralia), Floris Goyens (Assuralia), René D'Hondt (Assuralia), Karel Coudre (Fortis).

Externe validatoren: Henk Becquaert (CBFA), Elisabeth Vandermeulen (Ethias), Patrick Vrancken (SPF Economie)

Conflict of interest: Philippe Colle, Floris Goyens, René D'Hondt, Karel Coudré en Elisabeth Vandermeulen werken in de verzekeringssector

Disclaimer: De externe experts hebben aan het wetenschappelijke rapport meegewerkt dat daarna aan de validatoren werd voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Layout: Ine Verhulst

Brussel, december 2008

Studie nr. 2008-53

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Insurance, Health;

Economic Competition;

Cost Control;

LC Headings: Price Regulation;

Price Indexes

NLM classification: (1 Classification code)

Taal: Nederlands, Frans

Format: Adobe(r) PDF(tm) (A4)

Wettelijk depot: D/2008/10.273/XX

entreprises d'assurances. Donc, plus les primes sont augmentées, plus les personnes âgées résilient leur contrat (ou acceptent contraints et forcés de réduire leur couverture d'assurance) plus les entreprises prospèrent financièrement.

## ANNEXE II

### Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie

KCE reports vol B

Pierre Devolder, Michel Denuit, Xavier Maréchal, Benoit-Laurent Yerna, Jean-Pierre Closon, Christian Léonard, Arnaud Senn, Imgard Vinck

Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2008

KCE reports vol.B

Titre: Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie

Auteurs: Pierre Devolder (Reacfin), Michel Denuit (Reacfin), Xavier Maréchal (Reacfin), Benoît-Laurent Yerna (Reacfin), Jean-Pierre Closon (KCE), Christian Léonard (KCE), Arnaud Senn (KCE), Imgard Vinck (KCE).

Experts externes: Filip Nicolai (SPF Economie), Véronique Eeckeleers (SPF Economie), Gerhard Gieselink (CBFA), Philippe Colle (Assuralia), Floris Goyens (Assuralia), René D'Hondt (Assuralia), Karel Coudre (Fortis).

Validateurs: Henk Becquaert (CBFA), Elisabeth Vandermeulen (Ethias), Patrick Vrancken (SPF Economie)

Conflict of interest: Philippe Colle, Floris Goyens, René D'Hondt, Karel Coudré et Elisabeth Vandermeulen travaillent dans le secteur des assurances

Disclaimer: Les experts externes ont collaboré au rapport scientifique qui a ensuite été soumis aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Mise en Page: Ine Verhulst

Bruxelles, 16 décembre 2008

Étude n° 2008-58

Domaine: Health Services Research (HSR)

MeSH: Insurance, Health;

Economic Competition;

Cost Control.

LC Headings: Price Regulation;

Price Indexes

NLM classification: (1 Classification code)

Langue: français

Format: Adobe(r) PDF(tm) (A4)

Dépôt légal: D/2008/10.273/XX

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding. Dit document is beschikbaar van op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit document ?

Devolder P, Denuit M, Maréchal X, Yerna B-L, Closon, JP, Leonard C, Senn A, Vinck I; Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten; Health Services Research (HSR); Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008; KCE Reports vol A; D/2008/10.273/xx

## VOORWOORD

In juli 2007 kreeg het KCE, samen met de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen (CBFA), onverwacht van de wetgever de taak om het maximale groeipercentage van de premies van de private ziekteverzekeringsovereenkomsten vast te leggen en toe te zien op de toepassing van deze nieuwe wetgeving.

Nadat het KCE in de Kamercommissie uitgelegd had dat haar rol erin bestaat om beslissingen te onderbouwen vooraleer ze worden genomen, eerder dan deel te nemen aan het uitwerken en het in werking stellen ervan, kreeg het KCE in het begin van de zomer van 2008 een nieuwe missie die beperkt was tot de methodologie van het opstellen van een prijsindex specifiek voor deze ziekteverzekeringsovereenkomsten.

We zijn onmiddellijk aan de slag gegaan en hebben ons omringd met specialisten in deze materie die erg specifiek was in vergelijking met onze gebruikelijke interessegebieden. Bovendien waren gegevens uit de verzekeringssector noodzakelijk om het probleem te bestuderen en scenario's te simuleren.

Ondanks de korte tijdsspanne waarover we beschikten, was het rapport klaar binnen de termijn die ons door de regering was vooropgesteld. We willen Assuralia bedanken die alle nodige gegevens heeft ingezameld, afkomstig van de voornaamste verzekeringsmaatschappijen, en Reacfin, een spin-off van het «Institut des Sciences actuarielles» van de UCL die in een recordtijd deze gegevens analyseerde en een aangepaste methodologie ontwierp.

We hopen dat dit rapport zal bijdragen tot het bereiken van de doelstellingen gesteld door de wetgever.

Gert Peeters Jean-Pierre Closon

Adjunct Algemeen directeur a.i. Algemeen directeur a.i.

Samenvatting en toelichtingen

## INLEIDING

Veel mensen of hun werkgevers hebben een private ziekteverzekeringsovereenkomst afgesloten om zo de kosten voor gezondheidszorg te dekken die niet terugbetaald worden door een verplichte ziekteverzekering. Naar schatting hebben meer dan 5 miljoen Belgen een dergelijke verzekering afgesloten.

Het gebeurt vaak dat private ziekteverzekeringsovereenkomsten niet worden verlengd of dat de contractuele voorwaarden, vooral de tarieven, gewijzigd worden, als gevolg van ziekte of ongeval.

De wet van 20 juli 2007, die de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat betreft de ziekteverzekeringsovereenkomsten wijzigt, was bedoeld om de verzekerden te beschermen door de mogelijkheid tot wijziging van de tariefvoor-

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Comment citer ce rapport ?

P. Devolder, M. Denuit, X. Maréchal, B.-L. Yerna, J.-P. Closon, C. Léonard, A. Senn, I. Vinck. Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie. Health Services Research (HSR). KCE Report XXB; Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); décembre 2008

## PRÉFACE

Le KCE avait été étonné en juillet 2007 de se voir confier par le législateur, avec la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA), le soin de fixer les taux de croissance maximum des primes des contrats privés d'assurance maladie et de surveiller l'application de cette nouvelle législation.

Après avoir expliqué en Commission de la Chambre que son rôle était d'éclairer les décisions avant qu'elles ne soient prises plutôt que de participer à leur élaboration et à leur mise en œuvre, le KCE a reçu au début de l'été 2008 une nouvelle mission limitée à la méthodologie de construction d'un indice de prix spécifique à ces contrats d'assurance.

Nous nous sommes alors immédiatement mis au travail tout en nous assurant la collaboration de spécialistes dans cette matière très particulière par rapport à nos centres d'intérêt habituels. Des données en provenance du secteur des assurances étaient en outre nécessaires pour étudier la question et simuler des scénarios.

Malgré le temps très court dont nous disposions, le rapport arrive dans les délais impartis par le gouvernement. Nous souhaitons remercier Assuralia qui a rassemblé pour nous les données nécessaires en provenance des principales compagnies d'assurance et Reacfin, spin-off de l'Institut des Sciences actuarielles de l'UCL qui, en un temps record, a pu analyser ces données et construire une méthodologie adaptée au problème.

Nous espérons que ce rapport contribuera à atteindre les buts poursuivis par le législateur.

Gert Peeters Jean-Pierre Closon

Directeur général adjoint a.i. Directeur général a.i.

Executive summary

## INTRODUCTION

Des contrats privés d'assurance maladie sont conclus par bon nombre de personnes ou par leurs employeurs pour couvrir des frais résultant de soins de santé et qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. On estime que plus de cinq millions de personnes sont couvertes par de tels contrats en Belgique.

À la suite d'une maladie ou d'un accident, il est fréquent que ces contrats ne soient pas renouvelés par les assureurs ou que leurs conditions contractuelles soient modifiées et en particulier leurs tarifs.

La loi du 20 juillet 2007 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie vise à protéger les assurés en limitant notamment les possibilités de modification des conditions tarifai-

waarden van de ziekteverzekeringsovereenkomsten te beperken tot het geval van werkelijke verhogingen van de kosten van de gewaarborgde prestaties.

Het KCE werd er door de wetgever mee belast om een methodologie uit te werken voor het opstellen van een medische index die, op basis van objectieve parameters, een vertaling zou zijn van de werkelijke verhoging van de kosten ten laste van de verzekeraars en die dus gebruikt zou kunnen worden om de jaarlijkse aanpassing van de gevraagde premies te beperken.

## ONDERZOEKSVRAGEN

In de eerste plaats moest nagegaan worden of er in België of in een ander Europees land, niet al een index bestond die de kostenwijzigingen weerspiegelde waarvan sprake in de nieuwe Belgische wet. Of, bij gebrek aan zo'n index, of er elders regels of praktijken bestaan die worden gebruikt om de indexering van de ziekteverzekeringsovereenkomsten in te perken? Deze eerste vraag moest ook gezien worden in het kader van de Europese regelgeving: hoe kan deze nieuwe nationale wetgeving ingepast worden in een eventuele Europese wetgeving?

De tweede vraag was om het concept voor een index te definiëren die de kosten van willekeurige gebeurtenissen die met de leeftijd toenemen, moet weerspiegelen.

De derde vraag bestond uit het vaststellen van de gegevens die nodig zijn voor het berekenen van deze index.

Ten slotte rees ook de vraag naar de uniciteit van de index. Kan één enkele index de variatie aan aangeboden overeenkomsten dekken, of was het nodig om een lijst van indexen te definiëren per grote categorie van overeenkomsten?

## METHODOLOGIE

Om de eerste vraag te beantwoorden, werden enquêtes uitgevoerd bij Belgische, Franse, Engelse, Duitse en Nederlandse organisaties. Bovendien werd het Europese project «Solvabilité II» over de verzekeringssector, bestudeerd en samengevat.

Het concept van de medische index dat het best aansluit bij de private ziekteverzekeringsovereenkomsten werd vervolgens gedefinieerd.

In samenspraak met Assuralia werd bepaald welke gegevens nodig waren en die werden daarna door Assuralia verzameld bij maatschappijen die actief zijn op de verzekeringsmarkt van de gezondheidszorg. Deze gegevens werden in geaggregeerde en anonieme vorm aan het KCE bezorgd.

Ten slotte, nadat de verschillende elementen die in het tarifieringsproces van de private ziekteverzekeringsovereenkomsten een rol spelen, waren geanalyseerd, werd gezocht naar de actuariële formules om een proces voor premieaanpassing te definiëren dat rekening zou houden met alle objectieve parameters.

## RESULTATEN

De internationale vergelijking

*België*

De index die door het KCE moet worden opgesteld, vervangt in geen enkel geval de rubrieken van het algemene indexcijfer van de

res des contrats d'assurance maladie aux cas de réelles augmentations du coût des prestations garanties.

Le KCE a été chargé par le législateur de mettre au point une méthodologie de construction d'un index médical qui traduirait, sur la base de paramètres objectifs, l'augmentation réelle des coûts auxquels doivent faire face les assureurs et qui pourrait donc être utilisé pour limiter l'adaptation annuelle des primes demandées.

## QUESTIONS DE RECHERCHE

Il fallait d'abord s'inquiéter de savoir s'il n'existait pas déjà en Belgique ou dans un autre pays européen, un indice qui reflète les modifications de coûts visées par la nouvelle loi belge. Ou à défaut d'un tel indice, existe-t-il ailleurs des règles ou des pratiques utilisées pour contenir l'indexation des contrats d'assurance maladie? Cette première question doit également s'intégrer dans le cadre de la réglementation européenne: comment cette nouvelle législation nationale pourrait-elle s'insérer dans un éventuel cadre législatif européen?

La deuxième question était de définir de manière conceptuelle un indice qui devait refléter le coût d'événements aléatoires augmentant avec l'âge.

La troisième question consistait à déterminer les données nécessaires pour calculer cet indice.

Et enfin se posait la question de l'unicité de l'indice. Un seul indice pouvait-il couvrir toute la variété des contrats offerts ou bien fallait-il définir une liste d'indices par grande catégorie de contrat?

## METHODOLOGIE

Pour répondre à la première question, des enquêtes ont été effectuées auprès d'organismes belges, français, anglais, allemands et néerlandais. En outre, le projet européen «Solvabilité II» sur le secteur des assurances, a été étudié et résumé.

Le concept d'index médical le mieux approprié au cas des contrats d'assurance privés a ensuite été défini.

Les données nécessaires ont été définies en concertation avec Assuralia et puis réunies par Assuralia auprès des entreprises actives sur le marché de l'assurance soins de santé. Elles ont été fournies au KCE de manière agrégée et anonyme.

Enfin, après avoir analysé les différents éléments intervenant dans le processus de tarification des contrats privés d'assurance maladie, des formules actuarielles ont été recherchées pour définir un processus d'ajustement des primes qui tienne compte de tous les paramètres objectifs.

## RÉSULTATS

La comparaison internationale

*Belgique*

L'indice à construire par le KCE ne se substitue en aucune façon aux rubriques de l'indice général des prix à la consommation (IPC)



consumptieprijzen (ICP) die betrekking hebben op de sector van de gezondheidszorg. Omwille van hun opbouw houden deze rubrieken inderdaad alleen rekening met

- het remgeld en niet met de supplementen;
- de bijdragen van de aanvullende verzekering van de mutualiteiten en niet met de premies die aan de private verzekeringsmaatschappijen worden betaald.

#### *Frankrijk*

Er bestaat geen specifieke index voor deze sector en evenmin een eenvormig nationaal beleid. De gebruikte formules voor indexering stelen vaak op indexen buiten de sector van de aanvullende gezondheidsverzekering, vastgelegd door de overheid: index voor herwaardering van het plafond van de Sociale Zekerheid, index van herwaardering van het ogenblik van pensionering, ...

#### *Duitsland*

Er bestaat geen specifieke index voor deze sector maar een nationaal reglementair kader, dat voornamelijk gedefinieerd wordt vanuit het idee van de verdediging van de belangen van de verzekerden, maar ook van de bescherming van het beroep. De bestaande indexeringsmaatregelen worden geïnspireerd door de levensverzekeringstechnieken, maar aangepast aan de behoeften van de sector van de gezondheidszorg. De gegevens en methodologieën die door elke maatschappij worden gebruikt om hun overeenkomsten te indexeren, moeten systematisch vooraf worden gevalideerd door een « onafhankelijke beheerder ».

#### *Verenigd Koninkrijk*

Er bestaat geen specifieke index voor deze sector. De modaliteiten voor het berekenen van de indexering hangen vooral af van het beleid dat door elke maatschappij vrij kan worden bepaald.

#### *Nederland*

Geen bindende reglementering inzake indexering van de premies van de aanvullende verzekering.

#### Besluit

In de verschillende onderzochte landen bestaat er geen echte officiële index die specifiek is voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten. We willen wel wijzen op de originele controlemethode die in Duitsland werd uitgewerkt.

In elk van deze landen moet bovendien rekening worden gehouden met de Europese richtlijnen bij de voorbereiding van het project « Solvabiliteit II » dat tot doel heeft de financiële soliditeit van de verzekeringsmaatschappijen te versterken, hun risicobeheer te verbeteren en meer transparantie te eisen naar de bevolking toe.

qui ont trait au secteur des soins de santé. En effet, par construction ces rubriques ne tiennent compte que

- des tickets modérateurs et pas des suppléments;
- des cotisations d'assurance complémentaire des mutuelles et pas des primes payées aux compagnies d'assurances privées.

#### *France*

Il n'existe ni indice spécifique à ce secteur, ni politique nationale unifiée. Les formules d'indexation utilisées reposent souvent sur des indices extérieurs au secteur de la complémentaire santé, fixés par la puissance publique: indice de revalorisation du plafond de la Sécurité sociale, indice de revalorisation du point de retraite, ...

#### *Allemagne*

Il n'existe pas d'indice spécifique à ce secteur mais un encadrement national réglementaire, principalement défini dans une logique de défense des intérêts des assurés mais aussi de protection de la profession. Les mesures d'indexation existantes sont inspirées des techniques de l'assurance vie mais adaptées aux besoins du secteur santé. Les données et méthodologies utilisées par chaque entreprise pour indexer ses contrats, doivent faire l'objet d'une validation systématique *a priori* par un « administrateur indépendant ».

#### *Royaume Uni*

Il n'existe pas d'index spécifique à ce secteur. Les modalités de calcul de l'indexation dépendent avant tout de la politique librement mise en œuvre par chaque entreprise.

#### *Pays Bas*

Pas de réglementation contraignante concernant l'indexation des primes d'assurance complémentaire.

#### Conclusion

Il n'existe pas au niveau des différents pays étudiés de véritable index officiel spécifique aux contrats privés d'assurance maladie. Il faut cependant noter la méthode de surveillance originale mise au point en Allemagne.

Dans chacun de ces pays, il faudra en outre tenir compte des directives européennes en préparation dans le cadre du projet « Solvabilité II » qui a pour objectif de renforcer la solidité financière des compagnies d'assurance, d'améliorer leur gestion du risque et d'exiger plus de transparence vis-à-vis du public.

## MOGELIJKE INDEXERINGSMETHODEN

Twee verschillende benaderingswijzen werden overwogen en hun voor- en nadelen geanalyseerd.

Een index van het type Index van de Consumptieprijsen

Dit komt erop neer dat opnieuw een korf met goederen en diensten wordt gekozen die representatief zijn voor wat door de ziekteverzekering wordt gedekt, aan deze elementen een zeker gewicht wordt toegekend en systematisch hun prijsevolutie wordt genoteerd. Ongetwijfeld moeten verschillende elementen worden gekozen naargelang de verzekering al dan niet de kosten van een éénpersoonskamer dekt.

Naast de moeilijkheid om de goederen en diensten te identificeren die bij de berekening van de medische prijsindex in aanmerking moeten worden genomen (en deze een gewicht toe te kennen), wordt de uitvoering van deze benadering geconfronteerd met drie grote problemen. De medische prijsindex

- weerspiegelt slechts de prijswijzigingen en helemaal niet alle veranderingen in frequentie (aantal prestaties) die nochtans sterk kunnen doorwegen op de kosten;

- houdt geen rekening met de beperkingen in tussenkomst en de vrijstellingen;

- is onafhankelijk van de leeftijd van de verzekerde. Alleen verzekeraars die beschikken over een portefeuille waarin de leeftijds piramide overeenkomt met die van de markt zullen in evenwicht zijn. Voor de anderen geldt dat ze eventueel onderworpen kunnen zijn aan systematische verliezen (of winsten).

Een actuariële benadering

Deze benadering is niet zozeer gebaseerd op de prijsevolutie van sommige elementen die als representatief werden gekozen, maar wel op de evolutie van het verwachte bedrag van de uitgaven per verzekerde. Het verzamelen van informatie wordt dan veel eenvoudiger want men moet zich informeren over de evolutie van slechts twee bedragen: de totale kostprijs van de uitbetaalde schadegevallen en de blootstelling aan het overeenstemmende risico. Natuurlijk moet er een onderscheid worden gemaakt tussen de totale gemiddelde kosten per leeftijd en per type verzekering. Dit bedrag komt overeen met wat de verzekeringsmaatschappij verondersteld wordt te factureren als risicopremie. Het dient te worden opgemerkt dat de automatische impact van de totale kosten van de betaalde schadegevallen op de evolutie van de premies kan leiden tot onachtzaam gedrag van bepaalde verzekerders.

In tegenstelling tot de voorgaande benadering laat de actuariële benadering toe om zowel rekening te houden met de prijsevolutie, frequentie, maxima, vrijstellingen en de leeftijd van de verzekerde. Dit is dus de benadering die hierna wordt gevolgd.

## EEN BIJZONDER PROBLEEM BIJ DE AANPASSING VAN DE VERZEKERINGSPREMIES

Allereerst moet er een onderscheid worden gemaakt tussen risicodekking met opeenvolgende premies en risicodekking met genivelleerde premies en vervolgens de nieuwe zaken onderscheiden van de reeds bestaande portefeuille van overeenkomsten. Wanneer de verzekerder elk jaar de premie vastlegt op basis van het gedekte risico (opeenvolgende risicopremies), zal deze premie stijgen met de leeftijd en zeer hoog zijn op het einde van het leven. Meestal worden de premies dus genivelleerd zodat de verzekerder reserves opbouwt tijdens de eerste jaren van de overeenkomst

## LES MÉTHODES POSSIBLES D'INDEXATION

Deux approches différentes ont été envisagées et les avantages et inconvénients de chacune ont été analysés.

Un indice de type Indice des Prix à la Consommation

Cela revient à choisir un panier de biens et services représentatif de ce qui est couvert par l'assurance maladie, d'associer un poids à chacun de ces éléments et de relever systématiquement l'évolution de leurs prix. Il faut sans doute en outre choisir des éléments différents selon qu'il s'agit d'une assurance couvrant les dépenses en chambre individuelle ou pas.

Indépendamment de la difficulté d'identifier les biens et services pouvant intervenir dans le calcul de l'indice des prix médicaux (et de leur allouer un poids), la mise en œuvre de cette approche pose trois grands problèmes. L'indice des prix médicaux :

- ne reflète que les changements de prix et pas du tout les changements de fréquence qui peuvent pourtant affecter lourdement les coûts;

- ne prend pas en compte les limites d'intervention et les franchises;

- est indépendant de l'âge de l'assuré. Seuls les assureurs disposant d'un portefeuille dont la pyramide d'âges est similaire à celle du marché seront en équilibre. Quant aux autres, ils seront potentiellement soumis à des pertes (ou des gains) systématiques.

Une approche actuarielle

Cette approche est basée non plus sur l'évolution du prix de certains éléments choisis comme représentatifs mais bien sur l'évolution du montant attendu des dépenses par assuré. La collecte d'informations est donc beaucoup plus simple puisqu'il s'agit de se renseigner sur l'évolution de seulement deux montants, celui du coût total des sinistres payés et de l'exposition au risque correspondante. Bien sûr, il faudra distinguer les coûts totaux moyens par âge et par type d'assurance. Ce montant correspond à ce que la compagnie d'assurance est supposée facturer comme prime de risque. A noter que l'impact automatique du coût total des sinistres payés sur l'évolution des primes pourrait induire des comportements de gestion peu attentifs de la part de certains assureurs.

Contrairement à l'approche précédente, l'approche actuarielle permet de tenir compte de l'évolution des prix, des fréquences, des plafonds, des franchises et de l'âge de l'assuré. C'est donc cette approche qui sera poursuivie ci-dessous.

## UN PROBLÈME PARTICULIER DANS L'AJUSTEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE

Il faut tout d'abord distinguer la couverture en primes de risque successives de la couverture en primes nivelées et ensuite différencier les nouvelles affaires du portefeuille de contrats déjà existant. Si l'assureur fixe chaque année la prime en fonction du risque couvert (primes de risque successives), cette prime va augmenter avec l'âge et atteindre des niveaux très élevés vers la fin de la vie. En général, les primes sont donc nivelées de sorte que les assureurs accumulent des réserves pendant les premières années du contrat où l'assuré est jeune et peu malade et utilisent ces

wanneer de verzekerde jong en weinig ziek is en waaruit zij dan kunnen putten tijdens de laatste jaren wanneer de genivelleerde premie niet meer voldoende is om alle verzekerde uitgaven te dekken.

Deze techniek van genivelleerde premies veronderstelt echter dat, wanneer de kosten op een bepaald moment met X % stijgen, de genivelleerde premie dan met meer dan X % moet worden verhoogd aangezien men ook de reserves moet herwaarderen om aan deze verhoging in de toekomst het hoofd te kunnen bieden.

Deze herwaardering van de reserve zal des te zwaarder zijn naarmate er meer jaren verstreken zijn sinds het afsluiten van de verzekering.

#### PRESENTATIE VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS

Deze gegevens worden gepresenteerd in de vorm van een matrix van jaarlijkse gemiddelde kosten van schadegevallen per verzekerde, per leeftijdsklasse en per type verzekering.

De leeftijdsklassen zijn de volgende :

klasse 1 : 0 tot 17 jaar; klasse 2 : 18 tot 44 jaar;

klasse 3 : 45 tot 64 jaar; klasse 4 : > 64 jaar;

en de types van risicodekking :

Dekking 1 : Hospitalisatie, onbeperkte dekking, alle kamers;

Dekking 2 : Hospitalisatie, onbeperkte dekking, uitgezonderd éénpersoonskamers;

Dekking 3 : Hospitalisatie, beperkte dekking alle kamers;

Dekking 4 : Pré/post-hospitalisatie;

Dekking 5 : Ernstige ziekten;

Dekking 6 : De rest (dit wil zeggen wat niet onder de andere dekkingen valt).

Er konden slechts gegevens worden verkregen tot drie jaar terug. Wanneer we het jaar 2005 als referentiejaar gebruiken (2005 = 100), zijn de gemiddelde kosten als volgt :

**Tabel 1 : Gemiddelde kosten per verzekerde (2005 = 100)**

2006	Dekking 1 — <i>Couverture 1</i>	Dekking 2 — <i>Couverture 2</i>	Dekking 3 — <i>Couverture 3</i>	Dekking 4 — <i>Couverture 4</i>	Dekking 5 — <i>Couverture 5</i>	Dekking t — <i>Couverture t</i>
Klasse 1 — <i>Classe 1</i>	104,69	124,87	138,79	121,62	156,27	124,40
Klasse 2 — <i>Classe 2</i>	105,86	117,81	138,69	126,64	142,16	114,44
Klasse 3 — <i>Classe 3</i>	103,62	121,26	135,21	138,59	145,65	120,96
Klasse 4 — <i>Classe 4</i>	103,35	93,84	143,79	142,17	165,14	134,46

réserves pendant les dernières années où la prime nivelée n'est pas suffisante pour couvrir toutes les dépenses assurées.

Cette technique de prime nivelée implique cependant que, si les coûts augmentent de x % à un moment donné, il faille augmenter la prime nivelée de plus de x % à partir de ce moment car il faut aussi revaloriser la réserve pour pouvoir faire face à cette augmentation dans le futur.

Cette revalorisation de la réserve sera d'autant plus lourde que le nombre d'années écoulées depuis la souscription est important.

#### PRÉSENTATION DES DONNÉES RÉCOLTÉES

Ces données se présentent sous forme d'une matrice de coûts annuels moyens des sinistres par assuré, par classe d'âge et par type d'assurance.

Les classes d'âge sont les suivantes :

classe 1 : 0 à 17 ans; classe 2 : 18 à 44 ans;

classe 3 : 45 à 64 ans; classe 4 : > 64 ans;

et les types de couverture :

Couverture 1 : Hospitalisation, couverture illimitée, toutes chambres;

Couverture 2 : Hospitalisation, couverture illimitée, chambres particulières exclues;

Couverture 3 : Hospitalisation, couverture limitée, toutes chambres;

Couverture 4 : Pré/post hospitalisation;

Couverture 5 : Maladies graves;

Couverture 6 : Le reste (c'est-à-dire ce qui n'appartient à aucune des autres couvertures).

Les données n'ont pu être obtenues qu'avec un recul de trois ans. En prenant 2005 comme année de référence (2005 = 100), les coûts moyens se présentent comme suit :

**Tableau 1 : Coûts moyens par assuré (2005 = 100)**

2006	Dekking 1 — <i>Couverture 1</i>	Dekking 2 — <i>Couverture 2</i>	Dekking 3 — <i>Couverture 3</i>	Dekking 4 — <i>Couverture 4</i>	Dekking 5 — <i>Couverture 5</i>	Dekking t — <i>Couverture t</i>
Klasse 1 — <i>Classe 1</i>	116,58	148,08	130,06	112,88	164,07	109,47
Klasse 2 — <i>Classe 2</i>	112,84	116,16	125,40	122,57	133,37	105,78
Klasse 3 — <i>Classe 3</i>	114,88	124,15	120,90	127,29	142,59	104,54
Klasse 4 — <i>Classe 4</i>	108,40	116,48	132,23	123,21	149,10	112,36

Wanneer we deze cijfers bekijken, zien we dat de groei-percentages zeer hoog zijn in 2006, dat een atypisch jaar lijkt te zijn. Deze cijfers moeten met de nodige omzichtigheid worden gehanteerd. Het blijkt immers dat niet alle verzekeraars dezelfde informatie hebben kunnen leveren, namelijk de kosten van de schadegevallen na toepassing van de clausules die hun tussenkomst beperken, en dat ze niet allemaal op dezelfde manier rekening hielden met verzekeren die slechts een deel van het jaar aanwezig waren.

#### METHODOLOGIE VOOR AANPASSING VAN DE PREMIE

De berekening van de premieaanpassing zal dus individueel moeten gebeuren, contract per contract. Inderdaad, met een gelijkaardige dekking en op een gelijkaardige leeftijd, zal de premie van een verzekerde opnieuw worden geëvalueerd aan verschillende percentages naargelang de leeftijd bij het afsluiten van de verzekering. Om een matrix van indexen gepubliceerd in het *Staatsblad* te kunnen laten toepassen, moet een manier gevonden worden om deze groeipercentages van de premies tussen verzekerden van dezelfde leeftijd en met hetzelfde type dekking, te harmoniseren.

Anders gezegd, er moet een methode worden gevonden die de impact van de verouderingsreserve weghaalt. Dergelijke methode is echter niet mogelijk. Daarom zullen er verschillende indextabellen bestaan volgens de tarifieringsmethode (risicopremies of genivelleerde premies) en volgens de gekozen dekking.

Een eerste indextabel zou van toepassing zijn bij tarieven met een jaarlijkse risicopremie.

Vervolgens zou een reeks indextabellen nodig zijn om de genivelleerde premies te dekken, één tabel per dekking.

Concreet zou de aanpassing van de premies in twee fasen moeten gebeuren. Voorgesteld wordt om aan de verzekeraars die dat wensen de mogelijkheid te bieden een eerste aanpassing door te voeren vóór het gebruik van de nieuwe index. Die zal polis per polis worden berekend naargelang de leeftijd die bereikt werd op het ogenblik van die eerste aanpassing, het type dekking en de termijn die verlopen is sinds het afsluiten van de verzekering. We wijzen erop dat die eerste aanpassing zeer aanzienlijk kan zijn voor overeenkomsten die al lange tijd geleden afgesloten zijn en die nog nooit werden aangepast, tenzij vanaf het begin al zeer ruime hypothesen voor de groei van toekomstige kosten werden gebruikt.

Voor de volgende aanpassingen zal het daarna mogelijk zijn om een indexeringstabel te gebruiken met dezelfde structuur als tabel 1 hierboven, en berekend op basis van de gegevens die door de verzekeraars worden bezorgd.

L'observation de ces chiffres montre que les taux de croissance sont fort importants en 2006 qui semble une année atypique. Ces chiffres sont à prendre avec prudence. En effet, il semble que tous les assureurs n'aient pu fournir la même chose, à savoir les coûts des sinistres après application des clauses limitant leur intervention et qu'ils ne tenaient pas tous compte de la même manière des assurés présents seulement une partie de l'année.

#### MÉTHODOLOGIE D'ADAPTATION DE LA PRIME

Le calcul d'adaptation de la prime s'effectuerait donc individuellement, contrat par contrat. En effet, à couverture équivalente et à âge équivalent, la prime d'un assuré serait réévaluée à des taux différents en fonction de l'âge à la souscription. Pour pouvoir faire appliquer une matrice d'indices publiée au *Moniteur*, il faut trouver une manière d'harmoniser ces taux de croissance des primes entre souscripteurs de même âge et de même type de couverture.

Autrement dit, il faut trouver une méthode supprimant l'impact de la réserve de vieillissement. Une telle méthode n'est cependant pas possible. Dès lors, il existerait plusieurs tableaux d'indices selon la méthode de tarification (primes de risque ou primes nivelées) et selon la couverture choisie.

Un premier tableau d'indices serait applicable au cas des tarifs à la prime de risque annuelle.

Ensuite, une série de tableaux d'indices serait nécessaire pour couvrir le cas des primes nivelées; un tableau par couverture.

Concrètement, l'adaptation des primes serait réalisée en deux phases. La proposition serait de permettre aux assureurs qui le souhaitent d'effectuer un premier ajustement avant l'utilisation du nouvel indice. Celui-ci serait calculé police par police en fonction de l'âge atteint au moment de ce premier ajustement, du type de couverture et du délai écoulé depuis la souscription. À noter que ce premier ajustement peut être très significatif pour les contrats conclus depuis longtemps et qui n'ont jamais été réajustés, à moins que des hypothèses fortes de croissance des coûts futurs n'aient été utilisées au départ.

Pour les ajustements suivants, il est alors possible d'utiliser un tableau d'indexation de même structure que le tableau 1 ci-dessus, calculé à partir des données fournies par les assureurs.

**CONCLUSIES**

Het is mogelijk om op een relatief eenvoudige manier een index op te stellen en te implementeren waarvan de progressie de stijging van de premies van de private ziekteverzekeringsovereenkomsten plafonneert in overeenstemming met de wet van 20 juli 2007, terwijl ook rekening wordt gehouden met de verplichting voor de verzekeraars om levenslange overeenkomsten af te sluiten. Vooral deze hervorming op een uniforme manier kan worden ingevoerd voor alle overeenkomsten moet aan de verzekeraars die dat wensen de mogelijk worden gelaten de premies van de vroeger afgesloten overeenkomsten aan te passen.

Deze ingreep zou kunnen leiden tot een aanzienlijke verzwarening van de premies voor sommige verzekerden.

Bovendien moet de aandacht worden gevestigd op volgende punten :

**INZAMELEN VAN GEGEVENS**

Er moeten duidelijke en nauwkeurige instructies komen betreffende de inhoud van de gegevens die door de verzekeraars moeten worden bezorgd om deze index op te stellen. De gegevens die voor het maken van deze oefening werden verkregen, lijken niet erg betrouwbaar, waarschijnlijk omdat de verschillende verzekeraars niet allemaal dezelfde selectiecriteria op de gegevens hebben toegepast. Er moet gegarandeerd worden dat de bedragen van de uitgaven die ter beschikking worden gesteld effectief overeenkomen met de sommen die aan de verzekerden werden betaald, dus met aftrek van het deel van de mutualiteiten, de vrijstellingen en de plafonds.

Bovendien moeten we ons ervan vergewissen dat de noemer die toelaat de gemiddelde kosten te berekenen van de gezondheidszorg per verzekerde over een eenheidsperiode, wel goed overeenstemt met de blootstelling aan het risico dat kan worden benaderd door het aantal verzekerden in de helft van het jaar.

Tevens moet met de sector worden nagegaan of de leeftijdsklassen en categorieën van dekking die gekozen werden voor het opstellen van de matrix van indexen inderdaad representatief zijn.

**VOORAFGAANDE AANPASSING**

Er moeten duidelijke en nauwkeurige instructies komen voor de voorafgaande aanpassing en in het bijzonder voor de basistechnieken voor de vaststelling van de premies (actualiseringspercentage, mortaliteitstabellen, valpercentages, ...). Indien zou blijken dat niet alle verzekeraars dezelfde basistechnieken kunnen gebruiken, moet minstens, zoals in Duitsland, door een onafhankelijke derde (bijvoorbeeld de CBFA) gecontroleerd worden of de gebruikte basistechnieken aanvaardbaar zijn.

Er moet in een redelijke termijn worden voorzien om over te gaan tot deze aanpassing.

**PRAKTISCHE UITVOERING VAN DE ACTUARIËLE METHODE**

Het is raadzaam dat de verzekeraars de gevraagde gegevens elk jaar aan de bevoegde dienst van de FOD Economie sturen (in de helft van het jaar). Deze dienst kan de matrix van de indexen publiceren in de loop van de herfst, en de verzekeringsmaatschappijen kunnen vervolgens hun premie aanpassen op de eerste vervaldatum van de overeenkomst die volgt op bekendmaking in het Staatsblad. Eén vraag moet echter nog beantwoord worden.

**CONCLUSIONS**

Il est possible de construire et de mettre en œuvre de manière relativement simple un indice dont la progression plafonne l'augmentation des primes des contrats privés d'assurance maladie conformément à la loi du 20 juillet 2007 tout en tenant compte de l'obligation pour les assureurs de conclure des contrats à vie. Cependant, préalablement à la mise en œuvre de cette réforme de manière uniforme pour tous les contrats, il faut permettre aux assureurs qui le souhaitent de réaliser une opération d'ajustement des primes pour les contrats conclus antérieurement.

Cette opération pourrait conduire à un alourdissement significatif des primes pour certains assurés.

Par ailleurs, il convient de porter attention aux points suivants :

**RÉCOLTE DES DONNÉES**

Le contenu des données à fournir par les assureurs pour construire l'indice doit être clairement précisé. Les données reçues pour réaliser le présent exercice ne semblent pas très fiables, notamment peut être parce que les différents assureurs n'ont pas tous appliqué les mêmes règles de sélection des données. Il faut garantir que les chiffres de dépenses fournis correspondent bien aux sommes payées aux assurés, donc part mutuelle, franchises et limites déduites.

Il faut de plus s'assurer que le dénominateur permettant de calculer le coût moyen des soins de santé par assuré sur une période unitaire corresponde bien à l'exposition au risque qui peut être approximée par le nombre d'assurés au milieu de l'année.

Il faut également vérifier avec le secteur que les classes d'âge et les catégories de couvertures choisies pour former la matrice d'indices sont bien représentatives.

**AJUSTEMENT PRÉALABLE**

Il faut donner des consignes précises et uniformes pour l'ajustement préalable et notamment au niveau des bases techniques de fixation des primes (taux d'actualisation, tables de mortalité, taux de chute, ...). S'il s'avère qu'il n'est pas possible que tous les assureurs utilisent les mêmes bases techniques, il faudrait au moins, comme en Allemagne, faire vérifier par un tiers indépendant (par exemple la CBFA) que les bases techniques utilisées sont acceptables.

Un délai raisonnable doit être laissé pour procéder à cet ajustement.

**MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DE LA MÉTHODE ACTUARIËLE**

Il convient que les assureurs envoient les données demandées au service compétent du SPF Economie à intervalle régulier d'un an (vers le milieu de l'année). Celui-ci peut alors publier la matrice d'indices dans le courant de l'automne et les compagnies d'assurance pourront alors adapter leur prime à la première échéance de contrat qui suivra la publication au Moniteur. Une question reste toutefois en suspens : Qui devra effectuer les calculs

Wie zal de eigenlijke berekeningen voor de indexering uitvoeren? De verzekeringsmaatschappijen of een onafhankelijke organisatie zoals de CBFA?

Er zijn twee mogelijkheden:

— «verzekeraar» methode: alleen de matrix van de evolutie van de gemiddelde kosten van de markt wordt gepubliceerd. Dit zou dan inhouden dat de verzekeraars zelf het stijgingspercentage van de premies die op elke polis moeten toegepast worden, zouden (her)berekenen op basis van hun eigen tarifieringsmethode en hun eigen basistechnieken.

— «markt» methode: meerdere matrixen van stijgingspercentages van de premies worden gepubliceerd. Dit zou tot gevolg hebben dat enerzijds overeenstemming moet worden bereikt over uniforme basistechnieken voor heel de markt en anderzijds over één (of meerdere) tarifieringsmethoden.

Wat er ook van zij, de indexeringstabel(len) die in het Staatsblad worden bekendgemaakt, komt/komen overeen met de verhoging van de kosten van de te vergoeden schadegevallen. De premies die door de verzekerden worden betaald, omvatten ook de extra kosten van de verzekeraars (administratiekosten, makelaarsloon en winstmarge). Het zou dus logisch zijn om de stijging van deze extra kosten te beperken tot die van het algemene indexcijfer van de consumptieprijzen.

#### Concurrentiële aspecten

Het systeem bevoordt duidelijk de grote verzekeraars die een doorslaggevende invloed zullen hebben op de index.

De aanpassing die door de in deze studie voorgestelde methodologie wordt verkregen, is een maximale aanpassing. Actoren wier de risicopremie in gunstiger zin evolueert, dan de markt, kunnen dus de premies die ze aan hun verzekerden vragen, minder sterk laten stijgen. Anderzijds, actoren de risicopremies wier minder gunstig evolueren doormaken dan de markt, zullen zich echter moeten houden aan deze maximale stijging. Hierdoor kunnen ze gestimuleerd worden om hun operationele efficiëntie te verbeteren, wat op termijn een positief effect kan hebben op de toekomstige stijgingen die zullen worden doorgerekend aan de verzekerden.

#### AANBEVELINGEN

##### Te verstrekken gegevens

— In samenspraak met de verschillende partijen die bij het project betrokken zijn, moeten het bedrag van de door de verzekeraars uitbetaalde schadegevallen (na aftrek van de vrijstellingen en de plafonds) en de blootstelling aan het risico duidelijk worden gedefinieerd.

— De leeftijdsklassen en de types van dekking moeten ook duidelijk worden gedefinieerd.

— Zodra al deze elementen verduidelijkt zijn, zal een externe audit van de gegevens door de CBFA er niet alleen voor zorgen dat elk belangenconflict wordt vermeden, maar ook dat de betrouwbaarheid van de gegevens wordt gegarandeerd.

— Het is aan te raden over een voldoende lange evolutiegeschiedenis van de kosten van de schadevergoedingen te beschikken. De drie jaren 2005, 2006, 2007 alleen zullen niet volstaan om significatieve groeipercentages uit het verleden af te leiden.

— Aanbevolen wordt om de termijn voor het leveren van de gewenste gegevens zo kort mogelijk te houden en misschien de

propres à l'indexation? Les compagnies d'assurances ou un organisme indépendant tel que la CBFA?

Deux voies sont envisageables:

— Méthodologie «assureur»: publier uniquement la matrice d'évolution des coûts moyens du marché. Cela impliquerait alors que les assureurs eux-mêmes (re)calculeraient le taux d'augmentation des primes à appliquer à chaque police sur base de leur propre méthode de tarification et leurs propres bases techniques.

— Méthodologie «marché»: publier plusieurs matrices de taux d'augmentation des primes. Cela impliquerait de s'accorder d'une part sur des bases techniques uniformes pour tout le marché et, d'autre part, sur une (ou plusieurs) méthodes de tarification.

Quoi qu'il en soit, le(s) tableau(x) d'indexation publié(s) au Moniteur correspond(ent) à l'augmentation du coût des sinistres à indemniser. Or dans les primes payées par les assurés, il y a aussi le chargement des assureurs (frais d'administration, de courtage et marge bénéficiaire). Il serait logique de limiter l'augmentation du chargement à celle de l'indice général des prix à la consommation.

#### Aspects concurrentiels

Le système favorise clairement les gros assureurs qui auront une influence prépondérante sur l'indice.

L'adaptation fournie par la méthodologie présentée dans cette étude est une adaptation maximale. Les acteurs du marché qui ont une évolution plus favorable de leurs primes de risque pourront donc répercuter une augmentation plus faible sur les primes réclamées à leurs assurés. Par contre, les acteurs présentant une évolution moins favorable de leurs primes de risque que le marché, devront néanmoins se soumettre à cette augmentation maximale. Cela pourrait les amener à améliorer leur efficacité opérationnelle ce qui devrait avoir un effet positif à terme sur les augmentations futures qui seront répercutées sur les assurés.

#### RECOMMANDATIONS

##### Données à fournir

— Le montant des sinistres payés par les assureurs (déduction faite des franchises et plafonds) ainsi que l'exposition au risque devraient être clairement définis après concertation avec les différentes parties prenantes à ce projet.

— Il faut également clairement définir les classes d'âges et les types de couverture.

— Une fois tous ces éléments clairement éclaircis, un audit externe des données par la CBFA permettrait d'éviter non seulement tout conflit d'intérêt mais également d'assurer une certaine fiabilité des données.

— Il convient de disposer d'un historique suffisamment long sur l'évolution passée du coût des indemnités. Les seules trois années 2005, 2006, 2007 ne permettent pas de déduire des taux de croissance passés significatifs.

— Il convient de réduire au maximum le délai pour fournir les données souhaitées et peut-être d'augmenter la fréquence de

frequentie van de publicatie te verhogen, zodat zo snel mogelijk de reële kosten van de gezondheidszorg kunnen worden doorgerekend.

### **PRAKTISCHE UITVOERING VAN DE ACTUARIËLE METHODE**

In het rapport worden twee methoden overwogen die allebei hun voor- en nadelen hebben.

— De zogenaamde «verzekeraar» methode lijkt de voorkeur te genieten van de sector en wordt in de praktijk gebracht in Duitsland zonder dat enige aantoonbare problemen werden genoteerd. Ze heeft als nadeel dat de verzekerden zullen onderworpen zijn aan verschillende indexeringen al naargelang de verzekeringmaatschappijen, wat niet overeen lijkt te komen met de geest van de Belgische wet. Men moet er ook over waken dat geen enkele hypothese over de toekomstige groei van de kosten binnensluit in de berekening van de genivelleerde premie want dit zou leiden tot een dubbele indexering voor de verzekerden.

— De zogenaamde «markt» methode garandeert dezelfde maximale premieverhoging voor alle verzekerden maar vereist dat gemeenschappelijke basistechnieken voor alle verzekeraars moeten worden gedefinieerd. Bovendien veronderstelt ze ook de publicatie van een groter aantal tabellen.

### **VERSCHILLENDE EXTRA KOSTEN**

— Men moet in een gedifferentieerde verhoging voorzien voor de extra kosten en voor de zuivere premies. Deze extra kosten hebben niet allen direct verband met de evolutie van de kosten van de gezondheidszorg, maar hangen meer af van meer algemene indexen zoals de gezondheidsindex.

### **CONCURRENTIËLE ASPECTEN**

— Men kan zich afvragen of de publicatie van een index eerder zal leiden tot het inperken van de stijging van de premies dan dat men het spel van concurrentie laat spelen. Dit laatste zal overigens waarschijnlijk de stijging lager houden dan de index voor de meest efficiënte maatschappijen.

— Vooraleer over te gaan tot de uitvoering van het nieuwe systeem moet men evalueren in welke mate de kleine actoren zich in een systeem kunnen terugvinden waarbij de verzekeraars die over grote delen van de markt beschikken, een doorslaggevende invloed uitoefenen op de index.

### **BIJLAGE IIIA**

Hospitalisatieverzekering: het wetsontwerp bekrachtigt een discriminatie op basis van leeftijd en geslacht

De Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen, met de ondersteuning van het OIVO, stelt het zogenaamde «herstel»-wetsontwerp aan de kaak, dat op 19 maart 2009 in de Kamer goedgekeurd werd en dat verondersteld wordt een oplossing te brengen voor de problemen met de Wet-Verwilghen van 20 juli 2007 betreffende de hospitalisatieverzekering. De tekst levert geen afdoende oplossing voor de premieverhogingen die de private verzekeraars toepassen. Praktijken die al te vaak de bejaarden en de vrouwen benadelen.

publication, afin de pouvoir répercuter au plus tôt l'augmentation réelle du coût des soins de santé.

### **MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DE LA MÉTHODE ACTUARIELLE**

Deux méthodes sont envisagées dans le rapport qui présentent chacune des avantages et des inconvénients.

— La méthode dite «assureur» semble privilégiée par le secteur et est pratiquée en Allemagne sans qu'aucune critique n'ait été relevée par le KCE. Elle présente l'inconvénient que les assurés seraient soumis à des indexations différentes selon les compagnies d'assurance, ce qui ne semble pas correspondre à l'esprit de la loi belge. Il faudra aussi veiller à ce qu'aucune hypothèse de croissance future des coûts ne rentre dans le calcul de la prime nivelée, sous peine de faire subir aux assurés une double indexation.

— La méthode dite «marché» garantit la même augmentation maximale de prime pour tous les assurés ayant les mêmes caractéristiques mais exige que des bases techniques communes à tous les assureurs soient définies. De plus, elle suppose la publication d'un plus grand nombre de tableaux.

### **CHARGEMENTS DIVERS**

— Il faut prévoir une augmentation différenciée pour les chargements et pour les primes pures. En effet, ces chargements ne sont pas tous directement liés à l'évolution du coût de soins de santé mais dépendent plutôt d'indices plus généraux tel que l'Indice Santé.

### **ASPECTS CONCURRENTIELS**

— On peut se demander si la publication d'un indice va conduire à mieux freiner l'augmentation des primes que ne l'aurait fait le jeu de la concurrence. Ce dernier va d'ailleurs vraisemblablement maintenir l'augmentation en deçà de l'indice pour les compagnies les plus efficaces.

— Avant de mettre en œuvre le nouveau système, il faudrait évaluer son influence sur les petits acteurs confrontés à un système où les assureurs disposant de parts de marché importantes ont une influence prépondérante sur l'indice.

### **ANNEXE IIIA**

Assurance hospitalisation: le projet de loi entérine une discrimination sur l'âge et le genre

Le Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, avec le soutien du CRIOC, dénonce le projet de loi dit de «réparation», adopté à la Chambre le 19 mars 2009 et censé remédier aux problèmes posés par la loi Verwilghen du 20 juillet 2007 en matière d'assurance hospitalisation. Le texte n'apporte pas de solution satisfaisante en ce qui concerne les augmentations de primes pratiquées par les assureurs privés. Des pratiques qui pénalisent trop souvent les personnes âgées et les femmes.

De tekst bepaalt dat de private verzekeraars tot 1 juli 2009 hun hospitalisatiepremies mogen aanpassen zoals zij willen. Op die datum wordt de medische index, die als basis voor de premieverhogingen zal dienen, van toepassing. Maar tot dan laat het wetsontwerp aan de verzekeraar toe om een lopend contract naar believen te veranderen en stelt het wetsontwerp dus geen plafond voor de eventuele premieverhogingen voorop. Als voorbeelden kunnen we aanhalen dat hospitalisatieverzekeringspremies recent en op enkele maanden tijd verdrievoudigd zijn bij Argenta, met wel 73 % verhoogd werden bij Ethias en Axa en dat gepensioneerden hun premie hebben zien vervijfvoudigen.

De Raad onderstreept dat sinds 10 juni 2007, de « genderwet » van 10 mei 2007 geen enkele geslachtsdiscriminatie meer toelaat. Bijgevolg kan de overgangperiode van twee jaar (tot 1 juli 2009) bepaald door artikel 11 van het ontwerp 1662 (nieuw artikel 3 van de wet van 20 juli 2007) niet gebruikt worden voor de validatie van geslachtsdiscriminaties die in strijd met de wet van 10 mei 2007 zouden gehandhaafd zijn.

De ongecontroleerde verhoging van de hospitalisatieverzekeringspremies bevestigt een ernstige discriminatie op basis van leeftijd en van geslacht. Enerzijds verhogen de premies immers heel sterk bij de oppensioenstelling, vaak als gevolg van de stopzetting van de verzekeringscontracten die de bedrijven afgesloten hebben. Anderzijds is het zo dat de vrouwen in verhouding meer gediscrimineerd worden doordat ze een lager pensioen ontvangen dan de mannen. Voor zeer veel vrouwen is het risico groot dat ze een verzekering zullen moeten opzeggen die onbetaalbaar geworden is, terwijl ze er toch gedurende hun hele beroepsloopbaan bijdragen voor betaald hebben.

Kostprijs van de hospitalisatieverzekering voor een loontrekker	Man	Vrouw
Gemiddeld maandinkomen	2 846 euro	2 491 euro
Hospitalisatieverzekeringspremie (bedrijfscontract)	15 euro	15 euro
Deel van het inkomen	0,5 %	0,6 %
Hospitalisatieverzekeringspremie (individueel contract)	40 euro	40 euro
Deel van het inkomen	1,4 %	1,6 %

*Bron:* Gemiddelde maandelijkse brutolonen, algemene directie van de Statistiek en Economische Informatie — Enquête over de structuur en de verdeling van de lonen, OIVO.

Kostprijs van de hospitalisatieverzekering voor een gepensioneerde	Man	Vrouw
Gemiddeld maandelijks pensioen (Alle pensioenregelingen door elkaar.)	1 148,34 euro	864,14 euro
Hospitalisatieverzekeringspremie (bedrijfscontract)	47 euro	47 euro
Deel van het inkomen	4,1 %	5,4 %
Hospitalisatieverzekeringspremie (individueel contract)	57 euro	57 euro
Deel van het inkomen	5,0 %	6,6 %

*Bron:* Jaarlijkse statistiek van de pensioentekkers, Rijksdienst voor pensioenen (2007), OIVO.

Le texte prévoit que les assureurs privés peuvent augmenter leurs primes d'hospitalisation à leur convenance jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2009. À cette date, l'indice médical qui servira de base aux augmentations de prime rentre en application. Mais d'ici là, le projet de loi permet à l'assureur de modifier un contrat en cours comme bon lui semble et ne pose donc aucune limite aux hausses de primes éventuelles. À titre d'exemple, en quelques mois, des primes d'assurance hospitalisation ont été au cours des derniers mois multipliées par 3 chez Argenta, ont augmenté jusqu'à 73 % chez Ethias et chez Axa, des pensionnés ont vu leur prime multipliée par 5.

Le Conseil souligne que depuis le 10 juin 2007, la loi « genre » du 10 mai 2007 n'autorise aucune discrimination sexuelle. Par conséquent, la période transitoire de deux ans (jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2009) prévue par l'article 11 du projet 1662 (nouvel article 3 de la loi du 20 juillet 2007) ne peut pas servir à valider des discriminations sexuelles qui auraient été maintenues contrairement à la loi du 10 mai 2007.

L'augmentation incontrôlée des primes d'assurance hospitalisation entérine une grave discrimination portant à la fois sur l'âge et le genre. En effet, au moment de la pension, les primes augmentent fortement, souvent suite à l'arrêt des assurances souscrites par les entreprises, d'une part, et, d'autre part, comme les femmes reçoivent une pension plus faible que les hommes, elles sont proportionnellement plus discriminées. Le risque est grand, pour de nombreuses femmes de devoir supprimer une assurance devenue impayable alors qu'elles y avaient cotisé pendant toute leur carrière professionnelle.

Coût de l'assurance hospitalisation pour un travailleur salarié	Homme	Femme
Salaire mensuel moyen	2 846 euros	2 491 euros
Prime d'assurance hospitalisation (contrat entreprise)	15 euros	15 euros
Part du revenu	0,5 %	0,6 %
Prime d'assurance hospitalisation (contrat individuel)	40 euros	40 euros
Part du revenu	1,4 %	1,6 %

*Source:* Salaires mensuels bruts moyens, direction générale Statistique et Information économique -Enquête sur la structure et la répartition des salaires, CRIOC.

Coût de l'assurance hospitalisation pour un pensionné	Homme	Femme
Pension mensuelle moyenne (Tous régimes confondus.)	1 148,34 euros	864,14 euros
Prime d'assurance hospitalisation (contrat entreprise)	47 euros	47 euros
Part du revenu	4,1 %	5,4 %
Prime d'assurance hospitalisation (contrat individuel)	57 euros	57 euros
Part du revenu	5,0 %	6,6 %

*Source:* Statistique annuelle des bénéficiaires des pensions, Office national des pensions (2007), CRIOC.



Daarenboven werd het wetsontwerp goedgekeurd terwijl de berekeningsmodaliteiten voor de medische index nog niet zijn vastgelegd. Naar het voorbeeld van de index van de consumptieprijzen heeft die index tot doel om de premieverhogingen in verband met hospitalisatieverzekeringen strikt te omkaderen. De Wet Verwilghen van 20 juli 2007 voorziet in de invoering van die index.

Om het debat toe te spitsen op het solidariteitsbeginsel dat in ons gezondheidssysteem zo dierbaar is, pleit de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen voor een eerlijke deling van de risico's en vragen zij aan de politieke wereld om rechtvaardige regelingen voor alle burgers uit te werken.

Contact

Voorzitter: Karin Jiroflée

Perscontact: Veerle Boodts, 02 233 41 76

E-mail: [veerle.boodts@igvm.belgie.be](mailto:veerle.boodts@igvm.belgie.be)

Internet: [www.raadvandegelijkekansen.be](http://www.raadvandegelijkekansen.be)

Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen, Ernest Blerotstraat 1, 1070 Brussel

Contact in het OIVO:

Algemene directie: Marc Vandercammen, 02/547.06.51

Persdienst: Paula Morales, 02/547.06.05

Internet: [www.oivo.be](http://www.oivo.be)

E-mail: [press@oivo.be](mailto:press@oivo.be)

OIVO, Paapsemplein 20 - 1070 Brussel

### BIJLAGE IIIB

Geachte mevrouw, geachte heer

De Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen, met de ondersteuning van het OIVO, houdt eraan uw aandacht te vestigen op de discriminaties die tal van burgers vandaag ondergaan met betrekking tot hun hospitalisatieverzekering.

Er is in de eerste plaats een leeftijdsdiscriminatie. Veel mensen die de pensioenleeftijd bereiken, hebben hun hospitalisatieverzekeringspremie duizelingwekkend zien stijgen. Ze hebben die verzekering moeten opzeggen en moeten het nu stellen zonder deze hoogstnoodzakelijke verzekering die voor hen onbetaalbaar geworden is. Als voorbeelden kunnen we aanhalen dat de hospitalisatieverzekeringspremies in de voorbije maanden verdrievoudigd zijn bij Argenta, met wel 73 % verhoogd werden bij Ethias en dat gepensioneerden hun premie hebben zien verviervoudigen bij Axa.

Verder is er ook een discriminatie op grond van het geslacht. Vrouwen krijgen een lager pensioen dan de mannen en worden daardoor in verhouding meer gediscrimineerd. Voor veel vrouwen is het risico groot dat ze een onbetaalbaar geworden verzekering moeten opzeggen, terwijl ze er toch gedurende hun hele beroepsloopbaan bijdragen voor betaald hebben.

De vrouwen worden in deze context dus dubbel gediscrimineerd.

Par ailleurs, le projet de loi a été adopté alors que les modalités du calcul de l'indice médical ne sont pas encore fixées. Cet indice, à l'instar de l'indice des prix à la consommation, a pour objectif d'encadrer de façon stricte les augmentations des primes en matière d'assurance hospitalisation. La loi Verwilghen du 20 juillet 2007 prévoit sa création.

Afin de centrer le débat autour du principe de solidarité cher à notre système de santé, le Conseil de l'Égalité des chances entre hommes et femmes plaide en faveur d'une mutualisation des risques et demandent au monde politique d'apporter des réponses équitables pour l'ensemble des citoyens.

Contact au Conseil:

Présidente: Karin Jiroflée

Service presse: Veerle Boodts, 02 233 41 76

E-mail: [veerle.boodts@iefh.belgique.be](mailto:veerle.boodts@iefh.belgique.be)

Internet: [www.conseildelegalite.be](http://www.conseildelegalite.be)

Conseil de l'Égalité des chances entre hommes et femmes, Rue Ernest Blérot 1-1070 Bruxelles

Contact au CRIOC:

Direction générale: Marc Vandercammen, 02/547.06.51

Service presse: Mélanie Dutat, 02/547.06.04

Internet: [www.crioc.be](http://www.crioc.be)

E-mail: [presse@crioc.be](mailto:presse@crioc.be)

CRIOC, Boulevard Paepsem 20 - 1070 Bruxelles

### ANNEXE IIIB

Madame, Monsieur

Le Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, avec le soutien du CRIOC, tient à attirer votre attention sur les discriminations que subissent actuellement de nombreux citoyens en matière d'assurance hospitalisation.

Une discrimination d'âge tout d'abord. Beaucoup de personnes arrivées à la pension ont vu leur prime d'assurance hospitalisation s'envoler de manière vertigineuse. Ils ont dû y renoncer et se priver d'une assurance de première nécessité devenue inaccessible. À titre d'exemple, au cours des derniers mois, des primes d'assurance hospitalisation ont été multipliées par 3 chez Argenta, ont augmenté jusqu'à 73 % chez Ethias et des pensionnés ont vu leur prime multipliée par 5 chez Axa.

Une discrimination de genre ensuite. Les femmes reçoivent une pension plus faible que les hommes, et sont de fait proportionnellement plus discriminées. Le risque est grand, pour de nombreuses femmes de devoir supprimer une assurance devenue impayable alors qu'elles y avaient cotisé pendant toute leur carrière professionnelle.

Les femmes sont donc doublement discriminées en la matière.

Kostprijs van de hospitalisatieverzekering voor een loontrekker	Man	Vrouw
Gemiddeld maandinkomen	2 846 euro	2 491 euro
Hospitalisatieverzekeringspremie (bedrijfscontract)	15 euro	15 euro
Deel van het inkomen	0,5 %	0,6 %
Hospitalisatieverzekeringspremie (individueel contract)	40 euro	40 euro
Deel van het inkomen	1,4 %	1,6 %

*Bron:* Gemiddelde maandelijkse brutolonen, algemene directie van de Statistiek en Economische Informatie — Enquête over de structuur en de verdeling van de lonen, OIVO.

Kostprijs van de hospitalisatieverzekering voor een gepensioneerde	Man	Vrouw
Gemiddeld maandelijks pensioen (Alle pensioenregelingen door elkaar.)	1 148,34 euro	864,14 euro
Hospitalisatieverzekeringspremie (bedrijfscontract)	47 euro	47 euro
Deel van het inkomen	4,1 %	5,4 %
Hospitalisatieverzekeringspremie (individueel contract)	57 euro	57 euro
Deel van het inkomen	5,0 %	6,6 %

*Bron:* Jaarlijkse statistiek van de pensioentrekkers, Rijksdienst voor pensioenen (2007), OIVO.

### De Wet-Verwilghen

De hospitalisatieverzekeringen zitten al sinds enige tijd in het oog van de storm.

De wet van 20 juli 2007, ook Wet-Verwilghen genoemd, had tot doel om een antwoord te bieden op het bestaande probleem in de sector door een wijziging aan te brengen, voor wat de private ziekteverzekeringscontracten betreft, in de wet van 25 juni 1992 betreffende het landverzekeringscontract.

Die wet voorziet onder andere in de individuele voortzetting van de groepsverzekeringen, die meestal in het kader van de werkplek afgesloten worden, een recht voor de personen met een handicap of met een chronische ziekte om van een hospitalisatieverzekering te genieten en de uitwerking van een medische index die, naar het voorbeeld van de index van de consumptieprijzen, de mogelijkheid moet bieden om de premieverhogingen veel strikter te omkaderen.

Hoewel die wet een grote stap vooruit betekende, heeft hij echter (helemaal) niet gezorgd voor een afdoend antwoord voor deze kwetsbare personen, die door hun verzekeraar gegijzeld worden.

Daarom heeft een wetsontwerp, het zogenaamde «herstel»-wetsontwerp, geprobeerd om oplossingen aan te brengen.

Coût de l'assurance hospitalisation pour un travailleur salarié	Homme	Femme
Salaire mensuel moyen	2 846 euros	2 491 euros
Prime d'assurance hospitalisation (contrat entreprise)	15 euros	15 euros
Part du revenu	0,5 %	0,6 %
Prime d'assurance hospitalisation (contrat individuel)	40 euros	40 euros
Part du revenu	1,4 %	1,6 %

*Source:* Salaires mensuels bruts moyens, direction générale Statistique et Information économique -Enquête sur la structure et la répartition des salaires, CRIOC.

Coût de l'assurance hospitalisation pour un pensionné	Homme	Femme
Pension mensuelle moyenne (Tous régimes confondus.)	1 148,34 euros	864,14 euros
Prime d'assurance hospitalisation (contrat entreprise)	47 euros	47 euros
Part du revenu	4,1 %	5,4 %
Prime d'assurance hospitalisation (contrat individuel)	57 euros	57 euros
Part du revenu	5,0 %	6,6 %

*Source:* Statistique annuelle des bénéficiaires des pensions, Office national des pensions (2007), CRIOC.

### La loi Verwilghen

Les assurances hospitalisation sont dans l'œil du cyclone depuis un certain temps déjà.

La loi du 20 juillet 2007, dite loi Verwilghen, avait pour but de répondre au malaise présent dans ce secteur en modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Cette loi prévoit entre autres, la continuation individuelle des assurances groupes, le plus souvent conclues dans le cadre du travail, un droit aux personnes handicapées ou atteintes d'une maladie chronique de bénéficier d'une assurance hospitalisation, et la création d'un indice médical, à l'instar de l'indice des prix à la consommation, devant permettre d'encadrer de manière beaucoup plus stricte les augmentations de prime.

Si cette loi a permis de faire un grand pas en avant, elle n'a cependant pas, loin de là, répondu à ces personnes vulnérables pris en otage par leur assureur.

C'est pourquoi, un projet de loi, dit projet de loi «réparation», a tenté d'apporter des solutions.

**«Herstel»-wetsontwerp**

Dit wetsontwerp, dat op 19 maart in de Kamer goedgekeurd werd, is echter onaanvaardbaar.

De tekst laat enerzijds tal van belangrijke vragen open en brengt anderzijds geen enkele oplossing voor de sociale wanhoop van gepensioneerden die hun verzekeringspremies niet meer kunnen betalen.

Dit wetsontwerp haalt zijn doelstellingen dus helemaal niet.

De tekst bepaalt immers dat de verzekeraars nog tot 1 juli 2009 tijd hebben om hun premies te verhogen naar believen omdat de medische index waarop die verhogingen zich moeten baseren, zoals in de Wet Verwilghen bepaald wordt, pas vanaf die datum van toepassing wordt. Er wordt aan de verzekeraars dus de volledige vrijheid gelaten om louter in hun eigen belang te handelen tot die datum in plaats van die vrijheid in te perken.

De Raad onderstreept dat sinds 10 juni 2007, de «genderwet» van 10 mei 2007 geen enkele geslachtsdiscriminatie meer toelaat. Bijgevolg kan de overgangperiode van twee jaar (tot 1 juli 2009) voorzien door artikel 11 van het ontwerp 1662 (nieuw artikel 3 van de wet van 20 juli 2007) niet gebruikt worden voor de validatie van geslachtsdiscriminaties die in strijd met de wet van 10 mei 2007 zouden gehandhaafd zijn.

Dit wetsontwerp werd goedgekeurd terwijl er nog niets is vastgelegd met betrekking tot de berekeningsmethode voor de medische index en het toezicht op de toepassing ervan. Deze wet heeft gezorgd voor een bekrachtiging van de mogelijkheid die aan de verzekeraars werd geboden om het lopende contract nog snel aan te passen zonder zich verder te buigen over de modaliteiten en het toezicht op die premieverhogingen.

De tekst voorziet ook in de omkering van de bewijslast in het voordeel van de verzekeraars. Vanaf heden zou de verzekerde moeten aantonen dat er geen enkel teken van zijn of haar ziekte zichtbaar was op het ogenblik waarop het contract onderschreven werd. Dat bewijs is onmogelijk te leveren.

Bovendien blijven de kosten die verbonden zijn aan de ziekte of aan de handicap algemeen uitgesloten, terwijl de uitsluiting enkel zou mogen gelden voor de kosten die rechtstreeks aan de ziekte of handicap verbonden zijn als het streefdoel erin bestond om de toegang tot de verzekering voor deze kwetsbare personen te vergemakkelijken.

**Discriminatie vs. Solidariteit**

We hebben hier te maken met echte discriminaties.

De verzekeraars baseren zich op de leeftijd en het geslacht van de betrokken personen voor het vastleggen van peperdure en totaal onaanvaardbare premies. Discrimineren is onwettig en dat moet overal zo zijn.

De wetgever, die verondersteld wordt een antwoord te bieden op dit probleem, keurt hier een wetsontwerp goed dat niets anders doet dan die discriminerende praktijken nog wat meer bekrachtigen, die uiteindelijk leiden tot de uitsluiting van de gepensioneerden en vooral van de gepensioneerde vrouwen van een verzekering die van essentieel belang is voor hen.

Zou die wetgever zich niet vooral moeten buigen over een nauwgezet toezicht op de ziekenhuiskosten, waar al vaker misbruiken werden vastgesteld nadat een opgenomen persoon had verklaard verzekerd te zijn.

**Projet de loi «réparation»**

Ce projet de loi, adopté à la Chambre le 19 mars, est cependant inacceptable.

D'une part, il laisse en suspens de nombreuses questions capitales et, d'autre part, il n'apporte aucune solution à la détresse sociale de personnes pensionnées ne pouvant plus assumer leurs primes d'assurances.

Ce projet de loi est donc très loin de remplir ses objectifs.

En effet, le texte prévoit que les assureurs ont encore jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2009 pour augmenter leurs primes comme bon leur semble. L'indice médical sur lequel doivent se baser ces augmentations, comme prévu dans la loi Verwilghen, n'étant d'application qu'à partir de cette date. On offre donc la pleine liberté aux assureurs d'agir selon leurs seuls intérêts jusque là, au lieu de limiter l'hémorragie.

Le Conseil souligne que depuis le 10 juin 2007, la loi «genre» du 10 mai 2007 n'autorise aucune discrimination sexuelle. Par conséquent, la période transitoire de deux ans (jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2009) prévue par l'article 11 du projet 1662 (nouvel article 3 de la loi du 20 juillet 2007) ne peut pas servir à valider des discriminations sexuelles qui auraient été maintenues contrairement à la loi du 10 mai 2007.

Ce projet de loi a été adopté alors même que rien n'a encore été fixé sur la méthode de calcul de l'indice médical et sur son contrôle. Cette loi a entériné la possibilité offerte aux assureurs de modifier le contrat en cours de route sans se pencher plus en avant sur les modalités et le contrôle de ces augmentations.

Il prévoit également le renversement de la charge de la preuve opéré en faveur des assureurs. Désormais, il appartient à l'assuré de démontrer qu'il n'y avait aucune manifestation de sa maladie au moment de la souscription du contrat. Preuve impossible à apporter.

En outre, les coûts liés à la maladie ou au handicap restent exclus de manière générale alors que l'exclusion ne devrait concerner que les coûts directement liés à ceux-ci, si l'objectif était de favoriser l'accès à l'assurance pour ces personnes vulnérables.

**Discrimination vs Solidarité**

Nous sommes actuellement en présence de réelles discriminations.

Les assureurs se basent sur l'âge et le genre des personnes pour fixer des primes totalement prohibitives et inacceptables. La discrimination est illégale et elle doit l'être partout.

Le législateur, censé apporter une réponse à cette problématique, adopte en toute connaissance de cause un projet de loi, qui ne fait qu'entériner un peu plus ces pratiques discriminatoires, aboutissant à l'exclusion des pensionnés, et surtout des femmes pensionnées d'une couverture essentielle pour eux.

Ne faudrait-il pas se pencher avant tout sur un contrôle accru des coûts hospitaliers, où des abus sont constatés quand une personne se déclare être assurée.

Of nog over de huidige nomenclatuur, over de financiering van de ziekenhuizen, over de patiënteninformatie, ...

De Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen pleit voor een deling van de risico's, om zo aan de solidariteit opnieuw de plaats te geven die haar toekomt in dit debat. Ieder van ons zal op een dag wel eens in het ziekenhuis opgenomen moeten worden en het zou dus logisch zijn dat we allemaal op gelijke voet gesteld worden ten overstaan van dat risico. Er is geen ruimte voor discriminatie wanneer het om de gezondheid van de burgers gaat.

Wij zijn ervan overtuigd dat al deze vragen verdienen om aandachtig bestudeerd te worden, om op die manier het probleem zo compleet mogelijk aan te pakken. Daarom vragen wij antwoorden die efficiënt en rechtvaardig zijn voor alle burgers.

België staat hoog aangeschreven omdat het een maximale toegang tot de gezondheidszorgen biedt. We moeten fier zijn op die reputatie en moeten ze te allen koste verdedigen tegen elke aantasting.

Solidariteit moet in die context het sleutelwoord zijn, vooral in de harde economische tijden die we nu doormaken.

De Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen vraagt daarom aan de dames en heren senatoren om dit wetsontwerp in zijn huidige staat niet goed te keuren en er de nodige wijzigingen in aan te brengen om te zorgen voor een betere naleving van het fundamentele gelijkheidsbeginsel dat onze rechtsstaat zo dierbaar is.

Karin Jiroflée

Voorzitter Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen

Ou encore sur la nomenclature actuelle, sur le financement des hôpitaux, sur l'information des patients, ...

Le Conseil de l'Égalité des chances entre hommes et femmes plaide en faveur d'une mutualisation des risques, pour faire en sorte de redonner à la solidarité la place qui devrait être la sienne dans ce débat. Chacun d'entre nous sera hospitalisé un jour et il serait donc logique que nous soyons égaux face à ce risque. Il n'y a pas de place pour la discrimination quand on aborde la santé des citoyens.

Nous sommes persuadés que toutes ces questions méritent d'être traitées avec attention pour aborder la problématique de manière complète. C'est pourquoi, nous demandons des réponses efficaces et équitables pour l'ensemble des citoyens.

La Belgique est réputée pour donner une accessibilité maximale aux soins de santé. Cette réputation, nous devons en être fiers et nous devons la défendre à tout prix contre toute remise en cause.

La Solidarité doit être le mot d'ordre dans cette réflexion, surtout dans cette période d'austérité économique que nous connaissons.

Le Conseil de l'Égalité des chances entre hommes et femmes demande donc aux sénateurs et sénatrices de ne pas accepter ce projet de loi en l'état et d'y apporter les changements nécessaires pour un meilleur respect du principe fondamental d'égalité cher à notre État de Droit.

Karin Jiroflée

Présidente du Conseil de l'Égalité des chances entre hommes et femmes