

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

27 februari 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**

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR  
HET BEDRIJFSLEVEN, HET WETENSCHAPSBELEID,  
HET ONDERWIJS, DE NATIONALE  
WETENSCHAPPELIJKE EN CULTURELE  
INSTELLINGEN, DE MIDDENSTEND  
EN DE LANDBOUW  
UITGEBRACHT DOOR  
MEVROUW **Katrin JADIN**

**INHOUD**

|  |    |
|--|----|
| I. Inleidende uiteenzetting . . . . .            | 3  |
| II. Hoorzitting . . . . .                        | 6  |
| a) Uiteenzettingen van de gastsprekers . . . . . | 6  |
| b) Gedachtewisseling . . . . .                   | 15 |
| III. Algemene bespreking . . . . .               | 22 |
| IV. Artikelsgewijze bespreking . . . . .         | 30 |
| V. Stemmingen . . . . .                          | 37 |

Voorgaande documenten:

Doc 52 **1662/ (2008/2009):**

001: Wetsontwerp.  
002 en 003: Amendementen.

**Zie ook:**

005: Tekst aangenomen door de commissie.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

27 février 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**

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DE L'ÉCONOMIE, DE LA POLITIQUE  
SCIENTIFIQUE, DE L'ÉDUCATION,  
DES INSTITUTIONS SCIENTIFIQUES  
ET CULTURELLES NATIONALES, DES CLASSES  
MOYENNES ET DE L'AGRICULTURE  
PAR  
MME **Katrin JADIN**

**SOMMAIRE**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| I. Exposé introductif . . . . .       | 3  |
| II. Auditions . . . . .               | 6  |
| a) Exposés des invités . . . . .      | 6  |
| b) Echanges de vues . . . . .         | 15 |
| III. Discussion générale . . . . .    | 22 |
| IV. Discussion des articles . . . . . | 30 |
| V. Votes . . . . .                    | 37 |

Documents précédents:

Doc 52 **1662/ (2008/2009):**

001: Projet de loi.  
002 et 003: Amendements.

**Voir aussi:**

005: Texte adopté par la commission.

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/  
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Bart Laeremans

**A. — Vaste leden / Titulaires:**

|              |   |
|--------------|---|
| CD&V         | Gerald Kindermans, Katrien Partyka, Liesbeth Van der Auwera |
| MR           | David Clarinval, Jean-Luc Crucke, Katrin Jadin              |
| PS           | Colette Burgeon, Karine Lalieux                             |
| Open Vld     | Willem-Frederik Schiltz, Sofie Staelraeve                   |
| VB           | Bart Laeremans, Peter Logghe                                |
| sp.a         | Dalila Douifi, Freya Van den Bossche                        |
| Ecolo-Groen! | Philippe Henry  |
| cdH          | Joseph George   |
| N-VA         | Jan Jambon  |

**B. — Plaatsvervangers / Suppléants:**

|   |
|---|
| Leen Dierick, Nathalie Muylle, Ilse Uyttersprot, Stefaan Vercamer               |
| François-Xavier de Donnea, Olivier Destrebecq, Jacqueline Galant, Olivier Hamal |
| Alain Mathot, Sophie Pécriaux, André Perpète                                    |
| Mathias De Clercq, Ine Somers, Ludo Van Campenhout                              |
| Barbara Pas, Bruno Stevenheydens, Bruno Valkeniers                              |
| Renaat Landuyt, Bruno Tobback, Christine Van Broeckhoven                        |
| Meyrem Almaci, Tinne Van der Straeten   |
| Christian Brotcome, Maxime Prévot   |
| Flor Van Noppen   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>cdH : centre démocrate Humaniste</p> <p>CD&amp;V : Christen-Democratisch en Vlaams</p> <p>Ecolo-Groen! : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</p> <p>FN : Front National</p> <p>LDD : Lijst Dedecker</p> <p>MR : Mouvement Réformateur</p> <p>N-VA : Nieuw-Vlaamse Alliantie</p> <p>Open Vld : Open Vlaamse liberalen en democraten</p> <p>PS : Parti Socialiste</p> <p>sp.a : socialistische partij anders</p> <p>VB : Vlaams Belang</p> | <p>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</p> <p>DOC 52 0000/000: Parlementair document van de 52<sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</p> <p>QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden</p> <p>CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</p> <p>CRABV: Beknopt Verslag (blauwe kaft)</p> <p>CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</p> <p>(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</p> <p>PLEN: Plenum</p> <p>COM: Commissievergadering</p> <p>MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</p> | <p>Abréviations dans la numérotation des publications:</p> <p>DOC 52 0000/000: Document parlementaire de la 52<sup>ème</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</p> <p>QRVA: Questions et Réponses écrites</p> <p>CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</p> <p>CRABV: Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</p> <p>CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</p> <p>(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</p> <p>PLEN: Séance plénière</p> <p>COM: Réunion de commission</p> <p>MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</p> |
| <p>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</p> <p>Bestellingen:<br/>Natieplein 2<br/>1008 Brussel<br/>Tel. : 02/ 549 81 60<br/>Fax : 02/549 82 74<br/>www.deKamer.be<br/>e-mail : publicaties@deKamer.be</p>  | <p>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</p> <p>Commandes:<br/>Place de la Nation 2<br/>1008 Bruxelles<br/>Tél. : 02/ 549 81 60<br/>Fax : 02/549 82 74<br/>www.laChambre.be<br/>e-mail : publicaties@laChambre.be</p>  |   |

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 20 en 27 januari 2009 en van 3 en 17 februari 2009.

## PROCEDURES

De commissie heeft besloten hoorzittingen te houden. Op 27 januari 2009 heeft zij de vertegenwoordigers gehoord van de FOD Economie, het KCE en Reactin, *spin-off* van de UCL. Bovendien heeft zij beslist het schriftelijk advies in te winnen van twee patiëntenverenigingen en van Test-Aankoop.

### I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Ruim een jaar geleden trad een belangrijke wet in werking. De wet van 20 juli 2007 moest immers bepaalde belangrijke waarborgen inbouwen in een niet onbelangrijke tak van de verzekeringssector: de particuliere ziektekostenverzekering.

Men kan er evenwel niet omheen dat die wetgeving op bepaalde punten niet het verwachte effect heeft gehad. Een wet die op de juiste principes stoelt, maar moeilijk toe te passen is... of makkelijk kan worden omzeild, moet worden herschreven.

Het thans ter bespreking voorliggende wetsontwerp is dan ook hoofdzakelijk een reparatiewet. De bedoeling ervan is een aantal beginselen ten uitvoer te leggen waarop wij staan:

- het recht op individuele voortzetting van een collectieve verzekering waarvan men het genot verliest (bijvoorbeeld bij pensionering);
- de gewaarborgde levenslange dekking door een verzekering;
- een gunstigere regeling ten behoeve van de verzekerde omtrent eventueel bestaande aandoeningen;
- een eventuele premiestijging zal nooit hoger uitvallen dan die welke wordt berekend volgens een indexcijfer dat de reële kostprijs van de verleende dekking weerspiegelt; zulks moet bruuske prijsstijgingen, met vaak verwoestende gevolgen, voorkomen.

De volgende vaststellingen hebben binnen deze Kamer en binnen de regering tot beraad en reactie aangezet:

1. een aantal bij de vigerende wet ingestelde verschillen zijn inadequaet. Dat is het geval voor het belangrijkste onderscheid, met name dat tussen de zogenaamde

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi au cours de ses réunions des 20 et 27 janvier 2009 et des 3 et 17 février 2009.

## PROCEDURES

La commission a décidé de procéder à des auditions; le 27 janvier 2009, elle a auditionné des représentants du SPF Économie, du KCE et de Reactin, *spin off* de l'UCL; elle a en outre décidé de solliciter l'avis écrit de deux organisations de patients et de Test-Achats.

### I.— EXPOSÉ INTRODUCTIF

Voici plus d'un an, entrain 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, force est de constater que 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, une telle loi, donc, doit être réécrite.

Le projet de loi présenté aujourd'hui est donc essentiellement une loi de réparation. Il entend mettre en œuvre un certain nombre de principes auxquels nous tenons:

- le droit de poursuivre individuellement une assurance collective dont on perd le bénéfice (par exemple, avec l'arrivée à la pension)
- la garantie de pouvoir bénéficier, à vie, d'un contrat d'assurance.
- d'éventuelles affections préexistantes mieux prises en compte, au bénéfice de l'assuré
- le fait que les éventuelles augmentations de primes ne pourront excéder un index reflétant le coût réel des prestations effectuées; ceci afin d'éviter des hausses brusques aux conséquences souvent ravageuses.

Les constats qui ont poussé, dans cette enceinte-ci et au sein du gouvernement, à se poser des questions et à réagir, sont les suivants:

1. un certain nombre de distinctions prévues par la loi existantes sont inadéquates. C'est le cas de la plus fondamentale, qui doit distinguer entre les contrats dits

llectieve overeenkomsten en de zogenaamde individuele overeenkomsten: tal van overeenkomsten – waarvan sommige overigens problemen doen rijzen, onder meer de *affinity*-verzekeringsovereenkomsten – voegen zich niet naar dat onderscheid;

2. de oorspronkelijk ingestelde termijnen worden uiteenlopend geïnterpreteerd, wat de vereiste rechtszekerheid van de regelgeving niet ten goede komt. Zo moet de interpretatie dat de overeenkomsten pas twee jaar na de inwerkingtreding van de indexcijfer(s) van de premieverhoging aan de nieuwe regels moeten worden aangepast, ten stelligste worden weerlegd;

3. het systeem dat moest leiden tot het instellen van een of meer indexcijfers die de evolutie van de kosten van die verzekeringen weerspiegelen, blijkt overhaast te zijn uitgewerkt, zonder rekening te houden met de eigenheid van de organen en instellingen waarop het/ze betrekking heeft/hebben, en zonder enige concrete aanwijzing over de gebruikte methode.

Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp werd tweemaal in de Ministerraad besproken. Er werd rekening gehouden met de, onder meer door de leden van deze commissie, uitgebrachte adviezen en met de adviezen van de sprekers die hier enkele maanden geleden in hoorzittingen werden gehoord. Aangezien over de vorige bepalingen – terecht – tal van vragen werden gesteld, eerst en vooral in de commissie voor het Bedrijfsleven, leek het belangrijk dit wetsontwerp als dusdanig voor te leggen, en niet in het licht van een wet houdende diverse bepalingen, ook al gaat het voornamelijk om reparatiebepalingen.

Dit zijn de krachtlijnen van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp:

1. De particuliere overeenkomsten worden in beginsel opgedeeld in overeenkomsten die niet en overeenkomsten die wél in beroepsverband zijn aangegaan. Dat betekent dat voortaan dus alle soorten van verzekeringsovereenkomsten, met inbegrip van de overeenkomsten die gekoppeld zijn aan het bezit van een bankrekening, of andere zogenaamde *affinity groups*-overeenkomsten, duidelijk onder de toepassing van de wet ressorteren.

Het is zeer duidelijk dat dit wetsontwerp de reikwijdte van de wet van 2007 niet wijzigt door bepaalde soorten van overeenkomsten met terugwerkende kracht aan nieuwe verplichtingen te onderwerpen; het is integendeel een weerspiegeling van een breed gedragen politiek streven;

2. De premie van de overeenkomsten die buiten beroepsverband worden gesloten, kan voortaan worden

collectifs et les contrats dits individuels: de nombreux contrats – parmi lesquels certains ne sont d'ailleurs pas sans poser problème, je pense notamment aux assurances «*affinity*» – ne se plient pas à cette distinction;

2. les délais prévus initialement ont fait l'objet d'interprétations divergentes, préjudiciables à la sécurité juridique nécessaire du dispositif. Ainsi, l'interprétation selon laquelle les contrats ne devraient 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 représentatif(s) 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 d'indication concrète de la méthodologie employée.

Le projet qui est présenté aujourd'hui a fait l'objet de deux passages en Conseil des ministres. Il a été tenu compte des avis exprimés, notamment par les membres de la présente commission et au cours des auditions qui ont eu lieu ici même voici quelques mois. Dans la mesure où les dispositions précédentes ont – à juste titre – suscité des interrogations multiples, à commencer par la commission de l'économie, il semblait important de présenter ce projet comme tel, et non pas, même s'il s'agit essentiellement de dispositions réparatrices, dans un train de loi de dispositions diverses.

Voici donc les grandes lignes de ce projet.

1. La distinction de base entre les contrats privés, est celle des contrats conclus ou non dans le cadre d'une relation professionnelle. 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 obligations; au contraire, il énonce clairement ce qui était un souhait politique largement partagé.

2. La prime des contrats qui ne sont pas liés au cadre professionnel pourra désormais être adaptée à l'indice

aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen, alsook aan een indexcijfer dat de evolutie van de kosten van de gezondheidszorg weerspiegelt, maar alleen op voorwaarde dat de laatstgenoemde index hoger is dan de eerste.

Uiteraard moet worden gewaarborgd dat die indexen methodologisch stevig zijn onderbouwd en wetenschappelijk verantwoord zijn.

Het was in dit verband niet aangewezen die indexcijfers door de CBFA te laten bepalen, aangezien zulks duidelijk haaks staat op haar kerntaak, met name het prudentieel toezicht, dat achteraf wordt uitgeoefend.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) krijgt een belangrijke taak: het moet een methode voorstellen die zo billijk mogelijk rekening houdt met de verschillende factoren die de ziekteverzekeringskosten, meer bepaald de nettopremie, beïnvloeden. In antwoord op een verzoek van de Ministerraad van 23 mei jongstleden heeft het KCE trouwens op 16 december 2008 een voorlopige studie bezorgd.

Tot slot wordt de FOD Economie gelast de indexcijfer(s) te berekenen op grond van de gegevens welke de dienst zullen worden bezorgd, en die cijfers jaarlijks bekend te maken.

De resultaten van het onderzoek van het KCE werden onderzocht. Momenteel wordt werk gemaakt van een koninklijk besluit tot vaststelling van de gebruikte parameters, de vereiste gegevens en de berekeningswijze van de indexcijfers.

Tenzij de methode herzien wordt, zullen de indexcijfers jaarlijks worden gepubliceerd. Dat lijkt een redelijke periodiciteit, gezien de frequentie waarmee de vereiste gegevens worden gepubliceerd. Daarbij zal het voornamelijk gaan om cijfers over de reële schadelast;

3. Met betrekking tot de inwerkingtreding van de wet voor de bestaande overeenkomsten voorziet het ter bespreking voorliggende wetsontwerp wel degelijk in de datum van 1 juli 2007 (datum van inwerkingtreding van de wet); het voorziet evenwel in een periode van twee jaar vanaf die datum om de overeenkomsten aan te passen. Het lijkt evenwel verkeerd twee jaar te laten verstrijken vanaf het ogenblik dat het betrokken indexcijfer in werking zal treden.

Bovendien voorziet het wetsontwerp in een verlenging (met een jaar) van de overgangsregeling van twee jaar voor de personen met een handicap of een chronische ziekte, en wordt hen de onmiddellijke toegang tot een verzekering gegarandeerd.

des prix à la consommation et, mais uniquement dans la mesure où celui-ci dépasse cet indice, à un indice reflétant l'évolution des coûts de soins de santé.

Il est évidemment essentiel de s'assurer de la solidité méthodologique et de la validité scientifique de ces indices.

Il n'était pas opportun, ici, de faire fixer ces indices par la CBFA: c'était clairement contraire à sa mission première, celle d'un contrôle prudentiel, qui s'effectue *a posteriori*.

Le Centre fédéral d'Expertise en Soins de Santé (le KCE) se voit attribuer un rôle important: il lui revient de proposer une méthodologie pour prendre en compte au plus justement les différents facteurs qui influent sur les coûts de l'assurance maladie, plus exactement sur la prime pure. Suite à la demande que lui a formulée le conseil des ministres du 23 mai dernier, le KCE a d'ailleurs remis une première étude le 16 décembre.

Enfin, il reviendra au SPF Économie de calculer l'indice ou les indices sur base des chiffres qui lui seront fournis, et de procéder à la publication annuelle de ceux-ci.

Les résultats de l'étude du KCE ont été examinés et un arrêté royal déterminant les paramètres utilisés, les données nécessaires et le mode de calcul des indices, est en cours de préparation.

A défaut de révision de la méthode, la périodicité de publication des indices sera annuelle. Cela nous semble un rythme raisonnable eu égard à la fréquence de publication des données nécessaires. Il s'agira, principalement, des données de sinistralité réelle.

3. Quant à l'entrée en vigueur de la loi pour les contrats existants, notre projet fixe bel et bien l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2007 (date d'entrée en vigueur de la loi), mais laisse une période de 2 ans à dater de ce moment pour adapter les contrats. Il nous semble par contre clairement abusif de laisser 2 ans à compter du moment où le fameux index sera en vigueur.

De même, le projet de loi prévoit la prolongation (d'un an) du régime transitoire de 2 ans prévu au bénéfice des personnes handicapées ou malades chroniques et leur garantissant d'emblée l'accès à une assurance.

Momenteel is het van wezenlijk belang onbetwistbare grondslagen te bepalen. Aangezien de bestaande grondslagen onvoldoende eenduidig zijn, gaven ze aanleiding tot een aantal weinig wenselijke praktijken in de sector van de ziekenhuiskostenverzekering. Het ligt in de bedoeling met deze wet een krachtig signaal te geven. De indexcijfers, die momenteel worden uitgewerkt, moeten ertoe leiden dat de verzekerden een reële tariefzekerheid gewaarborgd wordt, ongeacht hun leeftijd.

## II. — HOORZITTINGEN

### a) Uiteenzettingen van de uitgenodigde sprekers

1. FOD Economie: de heer Filip Nicolaï, adviseur,
2. Reacfin: de heer Benoît-Laurent Yerna, medewerker,
3. KCE: mevrouw Imgard Vinck, deskundige.

### 1. Uiteenzetting van de heer Filip Nicolaï, FOD Economie

De bedoeling van de tekst die nu voorligt is tweërlei: het wegwerken van bepaalde technische moeilijkheden die in de oorspronkelijke wet van 20 juli 2007 voorkomen en het uitwerken van een kader dat tot de effectieve vaststelling van de medische index moet leiden.

De eerste moeilijkheid die het ontwerp wil wegwerken is de rectificering van de indeling die de oorspronkelijke wet maakt. De oorspronkelijke wet maakte een onderscheid tussen de individuele ziekteverzekering en de collectieve verzekering. Deze laatste werd verondersteld steeds beroepsmatig te zijn aangegaan. De wet verloor echter uit het oog dat er op de markt zgn. «*affinity*-verzekeringen» bestonden, collectieve verzekeringen die buiten elke beroepsband werden afgesloten. Het ontwerp zet deze indeling recht. Vanaf nu maakt de wet een onderscheid tussen individuele ziekteverzekeringen en beroepsgebonden ziekteverzekeringen die elk aan een eigen regeling worden onderworpen. Bij wijze van uitdovende overgangsmaatregel bepaalt het ontwerp dat bestaande «*affinity*-overeenkomsten» aan het regime van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten onderworpen blijven.

In de tweede plaats verlengt het ontwerp met één jaar de toepassing van de bepaling die maakt dat chronische zieken en personen met een handicap een ziektekostenverzekering kunnen afsluiten met dien verstande dat de kosten die verband houden met de ziekte en handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst, mogen worden uitgesloten. De minister wil namelijk niet dat de verwarring die is ontstaan met

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.

## II.— AUDITIONS

### a) Exposé des invités

1. SPF Économie: M Filip Nicolaï, Conseiller;
2. Reacfin: Benoît-Laurent Yerna, collaborateur;
3. KCE: Mme Imgard Vinck, experte.

### 1. Exposé de M. Filip Nicolaï, SPF Économie

L'objectif du texte à l'examen est double: la suppression de certains problèmes techniques que pose la loi initiale du 20 juillet 2007 et l'élaboration d'un cadre devant mener à la détermination effective de l'indice médical.

Pour remédier au premier problème, le projet de loi souhaite rectifier la classification établie par la loi initiale. La loi initiale établissait une distinction entre l'assurance maladie individuelle et l'assurance collective. Cette dernière était toujours supposée avoir été conclue à titre professionnel. Le législateur avait cependant perdu de vue qu'il existe sur le marché des assurances dites «*d'affinité*», à savoir des assurances collectives contractées en dehors de tout lien professionnel. Le projet corrige cette classification. Dès à présent, la loi établit une distinction entre les assurances maladie individuelles et les assurances maladie liées à l'activité professionnelle qui sont chacune soumises à une réglementation propre. Le projet prévoit, en guise de mesure transitoire vouée à disparaître, que les contrats d'affinité existants restent soumis au régime des contrats d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle.

Deuxièmement, le projet prolonge d'un an l'application de la disposition en vertu de laquelle les malades chroniques et les personnes handicapées peuvent conclure une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent être exclus de la couverture. En fait, le ministre veut éviter que la confusion à laquelle a donné lieu l'entrée

betrekking tot de inwerkingtreding van deze bepaling, ondermeer als gevolg van de langdurige regeringsonderhandelingen, in het nadeel zou spelen van de chronische zieken of de personen met een handicap.

Het laatste technische probleem dat wordt aangepakt is het scheppen van duidelijkheid met betrekking tot de inwerkingtreding van de wet, waarbij, en daar leg ik de nadruk op, er zorgvuldig op toegezien wordt om niet te raken aan de oorspronkelijke bedoelingen van de wet van 20 juli 2007.

Het tweede probleem dat de tekst aanpakt is het wegwerken van de moeilijkheden die de vaststelling van de medische index in de weg staan. De inwerkingtreding van de wet laat de verzekeraars immers niet meer toe om de prijzen van hun ziekteverzekeringsovereenkomsten vrij aan te passen na 1 juli 2009. Vanaf dat ogenblik kunnen zij de premies nog enkel koppelen aan de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen én aan de evolutie van de zogenaamde «medische index», een indexcijfer dat de evolutie vaststelt van de objectieve parameters die de prestaties van de ziekteverzekering bepalen.

De huidige tekst bepaalt reeds de vaststelling van een dergelijke index met de actieve tussenkomst van het Kenniscentrum van de Gezondheidszorg en de Commissie voor het Bank- Financier- en Assurantiewezen. Beide instellingen zijn echter de mening toegedaan dat de huidige tekst afbreuk doet aan hun oorspronkelijke opdracht. Het Kenniscentrum, hier aanwezig, kan u zelf hierover inlichten. De CBFA is de mening toegedaan dat een actieve tussenkomst in de vaststelling van de tarieven van de verzekeringsondernemingen niet te verzoenen valt met de eigenlijke rol van de toezichthouder.

Daarom wordt U een nieuwe bepaling 138bis-4 voorgesteld. Het valt op te merken dat, vooruitlopend op de aanneming van deze tekst, al een begin werd gemaakt met de uitvoering. Inderdaad, het Kenniscentrum heeft al een beleidsvoorbereidend document laten opmaken over de constructie van een medische index voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten door het studie bureau REACFIN, hier eveneens aanwezig en dat U desbetreffend de nodige uitleg zal geven.

Op dit ogenblik wordt in een werkgroep op het kabinet van de minister nagegaan in welke mate de bevindingen van deze studie kunnen vertaald worden naar een werkzaam beleidsinstrument dat krachtens de bepalingen van het ontwerp in een besluit zal moeten worden neergelegd.

en vigueur de cette disposition, notamment en raison des longues négociations gouvernementales, joue en défaveur des malades chroniques ou des personnes handicapées.

Le dernier problème technique auquel il est remédié concerne l'entrée en vigueur de la loi, que le projet fixe clairement, tout en veillant scrupuleusement – et nous insistons sur ce point – à ne pas toucher aux objectifs initiaux de la loi du 20 juillet 2007.

Le deuxième problème que s'attache à résoudre le texte est l'élimination des difficultés qui entravent l'établissement de l'index médical. L'entrée en vigueur de la loi ne permet en effet plus aux assureurs d'adapter librement les prix de leurs contrats d'assurance maladie après le 1<sup>er</sup> juillet 2009. A partir de ce moment, ils ne pourront plus lier les primes qu'à l'évolution de l'indice des prix à la consommation et à l'évolution de «l'index médical», un index qui constate l'évolution des paramètres objectifs qui déterminent les performances de l'assurance maladie.

Le texte actuel prévoit déjà l'établissement d'un tel index avec l'intervention active du Centre d'expertise des soins de santé et de la Commission bancaire, financière et des assurances. Les deux institutions sont cependant convaincues que le texte actuel porte préjudice à leur mission initiale. Le Centre d'expertise, ici présent, vous éclairera lui-même sur ce point. La CBFA estime qu'une intervention active dans l'établissement des tarifs des entreprises d'assurances n'est pas conciliable avec le rôle spécifique de l'organe de surveillance.

C'est la raison pour laquelle une nouvelle disposition 138bis-4 vous est proposée. Il est à remarquer qu'il a déjà été anticipé sur l'adoption de ce texte, dans la mesure où sa mise en œuvre a déjà été entamée. En effet, le Centre d'expertise a déjà fait rédiger un document préparatoire sur la construction d'un index médical pour les contrats d'assurance maladie par le bureau d'étude REACFIN, également présent ici, qui vous fournira toutes les explications nécessaires à ce propos .

À l'heure actuelle, un groupe de travail constitué au sein du cabinet du ministre examine dans quelle mesure les constatations de cette étude peuvent être traduites en un instrument stratégique opérationnel qui devra être déposé sous la forme d'un arrêté en vertu des dispositions du projet.

## 2. Uiteenzetting van de heer Benoît-Laurent Yerna, REACFIN

### *Inleiding*

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

### *Mogelijke indexeringsmethoden*

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

### *Een index van het type Index van de Consumptie-prijzen*

Dit komt er op 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 toe te kennen en systematisch hun prijsevolutie te noteren. 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

## 2. Exposé de M. Benoît-Laurent Yerna, REACFIN

### *Introduction*

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 visait à protéger les assurés en limitant les possibilités de modification des conditions tarifaires 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.

### *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 (nombre de prestations) 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



waarin de leeftijdspiramide 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 schadegevallen die effectief wordt ten laste genomen door de verzekeraars (ondermeer, franchise en vrijgestelde plafonds) en de blootstelling aan het overeenstemmende risico. Natuurlijk moet 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 kost van de betaalde schadegevallen op de evolutie van de premies kan leiden tot onachtzaam gedrag van bepaalde verzekeraars.

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 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 verzekeraar elk jaar de premie vastlegt in functie 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 verzekeraar reserves opbouwt tijdens de eerste jaren van de overeenkomst 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

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 n'est pas tant fondée sur l'évolution du prix de certains éléments qui ont été choisis pour leur représentativité, mais sur l'évolution du montant attendu des dépenses par assuré. La collecte de l'information est alors beaucoup simplifiée car il ne faut s'informer que sur l'évolution de deux montants: le coût total des sinistres réelement supporté par les assureurs (notamment, franchises et plafonds exclus) et l'exposition au risque correspondant. Il faut bien entendu établir une distinction entre les coûts moyens totaux par âge et par type d'assurance. Ce montant correspond à ce que la compagnie d'assurance est supposée facturer au titre de prime de risque. Il convient d'observer que l'impact automatique du coût total des sinistres payés sur l'évolution des primes peut entraîner un comportement négligent chez certains assureurs.

Contrairement à l'approche précédente, l'approche actuarielle permet de tenir compte de l'évolution des prix, de la fréquence, des maxima, des exonérations et de l'âge de l'assuré. C'est donc l'approche qui est suivie ci-après.

#### *Un problème particulier au niveau de l'adaptation des primes d'assurance*

Il convient tout d'abord d'établir une distinction entre la couverture de risques par des primes successives et la couverture de risques par des primes nivelées et ensuite de distinguer les nouveaux dossiers du portefeuille de contrats déjà existant.

Lorsque l'assureur fixe annuellement la prime en fonction du risque couvert (primes de risque successives), cette prime va augmenter avec l'âge et sera très élevée en fin de vie. Généralement, les primes sont nivelées de manière à ce que l'assureur constitue des réserves pendant les premières années du contrat, lorsque l'assuré est jeune et peu malade, réserves dans lesquelles il pourra puiser pendant les dernières années, lorsque la prime nivelée ne sera plus suffisante pour couvrir toutes les dépenses assurées.

Cette technique des primes nivelées suppose toutefois que lorsque les coûts augmentent de x% à un moment donné, la prime nivelée augmente de plus de x% dès

meer dan x% moet worden verhoogd aangezien men ook de reserves moet herwaarderen om deze verhoging in de toekomst het hoofd te 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 en de dekking die voor deze studie weerhouden wordt 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: Pre/post-hospitalisatie;

Dekking 5: Ernstige ziekten;

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

De voor deze studie voorgestelde klasse gelden enkel als illustratie.

#### *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 in functie van 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 schijnt evenwel niet mogelijk vanuit een zuiver actuariel standpunt. Daarom zullen er verschillende indextabellen bestaan volgens de tarifieringsmethode (risicopremies of genivelleerde premies) en volgens de gekozen dekking.

lors que les réserves doivent également être revues à la hausse afin de faire face à cette augmentation à l'avenir.

Cette revalorisation de la réserve sera d'autant plus lourde que le nombre d'années passées depuis la conclusion de l'assurance est grand.

#### *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 et les couvertures retenues pour cette étude 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 classes proposées pour cette étude ne le sont toutefois qu'à titre illustratif.

#### *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 ne semble cependant pas possible d'un point de vue purement actuariel. Dès lors, il existerait plusieurs tableaux d'indices selon la méthode de tarification (primes de risque ou primes nivelées) et selon la couverture choisie.

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 in functie van 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 er op 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 of dat de premies werden aangepast in de loop van het contract.

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.

#### *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 levenslangovereenkomsten af te sluiten. Vooraleer 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 aanpassingsoperatie en de factor van de indexering die eruit voortvloeit moeten worden vergeleken met de verhouding tussen de actueel betaalde premie en de premie die de verzekerde betaalde bij het sluiten van zijn contract.

Deze ingreep zou kunnen leiden tot een aanzienlijke verzwaring van de premies voor sommige verzekerden. Men dient op te merken dat de risicopremies die worden gebruikt voor de berekening van de genivelleerde premies geen groei-hypothese voor de toekomstige groei van de gezondheidskosten mogen insluiten.

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 devrait être 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 ou que les primes étaient ajustées en cours de vie de contrat.

Pour les ajustements suivants, il sera ensuite 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.

#### *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. 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 d'ajustement et le facteur d'indexation qui en découle sont à comparer avec le rapport entre la prime actuellement payée par un assuré et celle que ce dernier payait lors de la souscription de son contrat.

Cette opération pourrait conduire à un alourdissement significatif des primes pour certains assurés. Notons que les primes de risque utilisées dans le calcul des primes nivelées ne peuvent inclure des hypothèses de croissance future des coûts de soins de santé.

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 worden ter beschikking 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 er van vergewissen dat de noemer die toelaat de gemiddelde kosten te berekenen van de gezondheidszorgen per verzekerde over een eenheidsperiode 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 wat betreft 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 een redelijke termijn voorzien worden 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 publicatie in het Staatsblad. Eén vraag moet echter nog beantwoord

Par ailleurs, il convient de porter attention aux points suivants

#### *Récolte des données*

Des instructions claires et précises doivent être données à propos du contenu des données à fournir par les assureurs pour construire l'indice. Les données reçues pour réaliser cet exercice ne semblent pas très fiables, probablement 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 correspond 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 actuarielle*

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

worden. 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 gepubliceerd, 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 consumptieprijsen.

#### *Concurrentiële aspecten*

Het systeem bevoordelend 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 waarvan 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 waarvan de risicopremies een minder gunstige evolutie 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.

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

Deux possibilités sont envisageables:

- Méthodologie «assureur»: publier uniquement la matrice d'évolution des coûts moyens du marché. Cela impliquerait alors que les assureurs (re)calculent eux-mêmes le taux d'augmentation des primes à appliquer à chaque police sur la 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, les primes payées par les assurés comprennent également le chargement des assureurs (frais d'administration, de courtage et marge bénéficiaire).

Il serait donc logique de limiter l'augmentation de ce 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 dont les primes de risque évoluent plus favorablement que le marché pourront donc répercuter une augmentation plus faible sur les primes réclamées à leurs assurés. Par contre, les acteurs dont les primes de risque évoluent moins favorablement que le marché, devront néanmoins s'en tenir à cette augmentation maximale.

Cela pourrait les amener à améliorer leur efficacité opérationnelle ce qui, à terme, peut avoir un effet positif sur les augmentations futures qui seront répercutées sur les assurés.

### 3. Uiteenzetting van mevrouw Imgard Vinck (KCE)

#### *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 frequentie van de publicatie te verhogen, zodat zo snel mogelijk de reële kosten van de gezondheidszorgen 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 binnensluipt 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

### 3. Exposé de Mme Imgard Vinck (KCE)

#### *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 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, méthodes 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

voor alle verzekeraars moeten worden gedefinieerd. Bovendien veronderstelt ze ook de publicatie van een groter aantal tabellen.

#### *Verschillende extra kosten*

- Men moet 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.

#### *b) Gedachtewisseling*

*De heer Peter Logghe (VB) wenst te vernemen of de timing voor de medische index in acht zal kunnen worden genomen, waarbij een en ander rond is tegen volgende herfst, dan wel in de nabije toekomst. De verzekeringsmaatschappijen zal worden verzocht cijfergegevens te verstrekken om de verschillende indexcijfers te bepalen; zullen ook die termijnen kunnen worden nageleefd?*

De spreker herinnert eraan dat twee benaderingen mogelijk zijn, met name de aanpak met een medische prijsindex en de actuariële methode. Hij verwijst naar het rapport van het KCE «Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten», en constateert dat de actuariële methode er niet in wordt voorgesteld als de efficiëntste. Waarom?

Het lid gaat verder in op de voorgestelde te volgen methoden. In welke mate vallen substantiële stijgingen te verwachten van de verzekeringspremies? Waarom? De spreker merkt op dat zich bij de vigerende regeling al stijgingen hebben voorgedaan.

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 oeuvre 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.

#### *b) Échanges de vues*

*M. Peter Logghe (VB) souhaite savoir si le timing en matière d'index médical pourra être tenu, avec une échéance à l'automne prochain, soit dans un avenir proche. Les compagnies d'assurances seront sollicitées pour fournir des données chiffrées pour déterminer les différents index: les délais pourront-ils là aussi être tenus?*

L'intervenant rappelle que deux approches sont possibles, l'approche basée sur un indice des prix médical et la méthode actuarielle. Faisant référence au rapport du KCE sur la construction d'un indice pour les primes d'assurance hospitalisation, M. Logghe constate que l'approche actuarielle n'y est pas présentée comme la plus efficace. Quelle en est la raison?

Par rapport aux méthodologies proposées, quels sont les ordres de grandeur des augmentations substantielles de primes d'assurance auxquelles on peut s'attendre? Quelles en sont les raisons? L'intervenant fait remarquer que des hausses sont déjà intervenues dans le cadre du système actuellement en place.

In verband met de op een micro-economische aanpak gestoelde actuariële methode vraagt de heer Logghe zich af of de berekeningswijze welke die benadering impliceert er niet zal toe leiden dat wordt gezocht naar verzekerden met een laag risicoprofiel wat hun leeftijd of andere aspecten betreft, zoals het geval is bij de bonus-malusregeling voor de autoverzekering. Voorts wijst de spreker erop dat in 2005 de premies voor de verschillende geboden dekkingstypes kennelijk fors gestegen zijn voor verzekerden die ouder zijn dan 65 jaar. Hoe staat het met de betaalbaarheid van dergelijke premies voor de verzekerden? Wat zal er gebeuren in verband met de indexering van dergelijke premies? De heer Logghe wenst te vernemen of het wel volstaat alleen gegevens uit de jaren 2005 tot 2007 te gebruiken om een toereikende representativiteit te waarborgen en om de zaak vanop voldoende afstand in oenschouw te nemen? Zou men niet over een grotere databank moeten beschikken?

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* wijst erop hoe ingewikkeld de materie is en vindt dat het nodig is de wet terzake bij te sturen. Zij verwijst naar het persbericht van het KCE en wenst te vernemen hoe de betrouwbaarheid van de door de maatschappijen verstrekte gegevens zal kunnen worden gecontroleerd. Welke rol krijgt het KCE toebedeeld bij de controle op de betrouwbaarheid van die gegevens? Hoe zullen de verzekeringsmaatschappijen het eens kunnen raken over verschillende parameters zoals de sterfecijfertabellen of andere indicatoren? Meent het KCE dat de verzekeraars bij machte zullen zijn over die punten een compromis te bereiken? *Mevrouw Lalieux* is verbaasd dat 2007 (een betwist jaar waarin de premies bijzonder fors zijn gestegen) als basisjaar kan worden gehanteerd om met de tenuitvoerlegging van de nieuwe methodologie van start te gaan. Dreigt zulks de verzekeraars niet dubbel te bevoordelen?

Het lid wenst te vernemen hoe de veranderingen inzake de verplichte verzekering in aanmerking zullen worden genomen bij de voorgestelde methodes, inzonderheid de afschaffing van alle supplementen op een tweepersoonskamer. Indien geen wet voorhanden is, hoe staat het dan met de gezondheidsindex?

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* beklemtoont twee cruciale aspecten van de wet-Verwilghen: de levenslange overeenkomsten en de medische index. *Mevrouw Partyka* gaat vervolgens in op de medische index. Zij vraagt zich af waarom daarbij niet is gekozen voor een index die berust op, en een getrouwe weergave is van de aan de ziekte en de ziekenhuisopname gerelateerde kosten. Was dat niet het oogmerk van de wet-Verwilghen? Waarom is geopteerd voor de actuariële methode die berust op de kosten van de verzekeraars? Waarom is niet onderzocht of het mogelijk is een op de geneeskundige verzorging afgestemd indexcijfer van de consumptieprijsen uit te werken dat de evolutie van kos-

S'agissant de la méthode actuarielle basée sur une approche micro-économique, M Logghe se demande si le mode de calcul qu'elle implique ne va pas générer une recherche des assurés présentant un profil de risque bas en termes d'âge ou autres, comme dans le système bonus-malus en assurance «automobile». L'intervenant relève par ailleurs les fortes augmentations de primes constatées en 2005 pour les assurés de plus de 65 ans pour les différents types de couvertures proposées. Qu'en est-il du caractère abordable de telles primes pour les assurés? Qu'en sera-t-il de l'indexation de telles primes? M. Logghe souhaite savoir si l'utilisation des données des seules années 2005 à 2007 offre suffisamment de garantie en termes de représentativité et de recul? Ne faudrait-il pas disposer d'une base de données plus large?

*Mme Karine Lalieux (PS)* relève la complexité de la matière et estime qu'il est nécessaire de corriger la loi en la matière. Faisant référence au communiqué de presse du KCE, l'intervenante souhaite savoir comment la fiabilité des données qui seront fournies par les compagnies d'assurance pourra être vérifiée. Quel rôle sera dévolu au KCE dans le contrôle de la fiabilité de ces données? Comment les compagnies d'assurances arriveront à se mettre d'accord sur différents paramètres tels que les tables de mortalité ou autres indicateurs? Le KCE pense-t-il que les assureurs seront capables d'atteindre un compromis sur ces points? *Mme Lalieux* s'étonne que l'année de base pour entamer la mise en œuvre de la nouvelle méthodologie puisse être l'année 2007 qui a été une année contestée, où les primes ont particulièrement augmenté. Cela ne risque-t-il pas d'avantager doublement les assureurs?

*Mme Lalieux* souhaite savoir comment des changements au niveau de l'assurance obligatoire sont pris en compte dans les méthodologies proposées, notamment la suppression de tout supplément sur une chambre double. S'il n'y a pas de loi, qu'en est-il de l'indice santé?

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* souligne deux éléments essentiels dans la loi Verwilghen: les contrats à vie et l'indice médical. Par rapport à l'indice médical, *Mme Partyka* se demande pourquoi le choix d'un indice reposant sur et reflétant objectivement les coûts liés à la maladie et à l'hospitalisation n'a pas été retenu. N'était-ce pas l'objectif de la loi Verwilghen? Pourquoi avoir retenu l'approche actuarielle qui repose sur les coûts des assureurs? Pourquoi ne pas avoir étudié la possibilité d'élaborer un indice des prix à la consommation, adapté aux soins médicaux et qui aurait reflété l'évolution des coûts dans ce secteur, en fonction du nombre de cas de telle ou telle maladie? Le SPF Economie a eu une



ten in die sector zou weergeven naargelang het aantal gevallen van deze of gene ziekte? De FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie heeft ervaring opgedaan met indexcijfers: werd overleg gepleegd met het KCE om een aan de sector aangepast indexcijfer op te maken? Waarom werd geen enkele vertegenwoordiger van de patiëntenverenigingen of van de ziekenfondsen geraadpleegd? Is er een specifieke reden waarom in de matrix die ter bepaling van het indexcijfer dient vier leeftijdscategorieën voorkomen? Die matrix bevat zes soorten overeenkomsten. Hoe staat het met de behandeling van de hybride overeenkomsten, die bijvoorbeeld voorzien in een dekking voor een eenpersoonskamer en/ of voor ernstige ziekten?

Volgens de in de studie bepleite aanpak zullen de verzekeraars gegevens bezorgen die als grondslag dienen om de index te bepalen: wie zal de betrouwbaarheid van die gegevens controleren, en hoe zal dat concreet in zijn werk gaan? Mevrouw Partyka onderstreept dat de verzekeraars het zelfs niet eens zijn over dusdanig eenvoudige gegevens als de sterftcijfertabellen voor mannen en vrouwen. Dat voorspelt weinig goeds voor de actuariële aanpak, die de correcte overdracht van een hele reeks gegevens impliceert.

Mevrouw Partyka richt zich tot het KCE en merkt op dat het wijst op de voor- en nadelen van beide methodes, maar zonder zich verder uit te spreken over de door Reacfin voorgestane aanpak. Heeft het KCE twijfels over de door Reacfin voorgestane methode? Waarom wordt de eerste insteek, die berust op de bepaling van een voor de medische sector specifieke prijsindex, niet verder uitgediept? Volgens mevrouw Partyka past die methode nochtans in het opzet van de wet-Verwilghen, terwijl de actuariële aanpak nieuw is en berust op gegevens over de door de verzekeraars gedragen kosten. Mevrouw Partyka is sceptisch over de overzending van een massa betrouwbare gegevens door de verzekeringsmaatschappijen. Soms doet de overzending van eenvoudige basisgegevens al problemen rijzen. Hoe zal dat zijn met de overzending van een aanzienlijke hoeveelheid informatie en met het toezicht op de betrouwbaarheid ervan?

Mevrouw Partyka wenst te weten hoe het met dat dossier staat in de werkgroep. Ze acht het essentieel de inhoud te kennen van het koninklijk besluit dat zal worden aangenomen alvorens zich uit te spreken over het wetsontwerp. Er bestaat een verband tussen het wetsontwerp en het koninklijk besluit en de keuze die moet worden gemaakt, is geen louter technische kwestie, maar een fundamentele keuze.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* vraagt of de voorgestane aanpak, die berust op de kosten van de verzekeraars, er niet op neerkomt een deel van het risico door alle verzekerden te doen dragen. Wat is de

expérence en matière d'indice: y a-t-il eu concertation avec le KCE pour construire un indice adapté au secteur? Pourquoi aucun représentant des organisations de patients ou des mutualités n'a été consulté? Y a-t-il une raison particulière à cela? Y a-t-il une raison particulière au fait que 4 catégories d'âges figurent dans la matrice servant de base à la détermination de l'indice? Dans cette matrice, figurent 6 types de contrats. Qu'en est-il du traitement des contrats hybrides, prévoyant par exemple une couverture pour chambre particulière et/ ou pour maladies graves?

Avec la méthodologie préconisée par l'étude, les assureurs transmettront des données qui serviront de base à la détermination de l'indice: qui contrôlera la fiabilité de ces données et comment ce contrôle sera-t-il concrètement opéré? Mme Partyka souligne que des données aussi simples que les tables de mortalité homme / femme ne font pas l'unanimité entre assureurs, ce qui augure assez mal de la bonne transmission de toute une série de données par les assureurs qu'implique l'approche actuarielle.

S'adressant au KCE, Mme Partyka souligne qu'il relève les avantages et inconvénients des deux méthodes mais sans se prononcer davantage sur la méthodologie mise en avant par Reacfin. Le KCE émet-il des doutes par rapport à la méthode préconisée par Reacfin? Pourquoi la première approche, basée sur la définition d'un indice des prix spécifique au secteur médical, n'a pas été explorée davantage? Mme Partyka estime que cette méthode s'inscrivait pourtant dans l'esprit de la loi Verwilghen alors que l'approche actuarielle est nouvelle et repose sur des données de coûts supportés par les assureurs. Mme Partyka se montre sceptique par rapport à la transmission par les compagnies d'assurances d'une masse d'informations fiables. La transmission de données de base et simples pose déjà parfois problème: qu'en sera-t-il de la transmission d'une quantité considérable d'informations et du contrôle de leur fiabilité?

Mme Partyka souhaite savoir quel est l'état d'avancement de ce dossier au sein du groupe de travail et estime qu'il est essentiel de connaître le contenu de l'arrêté royal qui sera adopté avant de se prononcer sur le projet de loi. Il existe un lien entre le projet de loi et l'arrêté royal et le choix qui est à opérer n'est pas une simple question technique mais un choix fondamental.

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* se demande si l'approche préconisée, reposant sur les coûts des assureurs, ne revient pas à faire supporter par la collectivité des assurés une partie du risque. Quelle est la durée de l'im-

implementatieduur van een dergelijke methode? Welke weerslag zal ze bij haar lancering hebben op de betaalde premies ?

Zullen de verzekeraars kunnen overstappen van de ene naar de andere index? Hoe zal de regeling worden gecontroleerd? Zullen de premies verplicht dalen als de index daalt? De heer Henry vraagt of het systeem, door vast te stellen dat de te betalen premies zullen worden bepaald door de kosten van de verzekeraars, niet zelf zal zorgen voor verhogingen van de kosten en dus van de premies, in een soort van vicieuze cirkel.

*De heer Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* wijst op de premieverhogingen als gevolg van de toepassing van de methode. Er zouden twee stijgingen zijn: een eerste stijging door de opwaardering en vervolgens toekomstige stijgingen naargelang de waarde van de jaarlijks berekende index.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* vraagt bijkomende informatie over de opwaardering van de premies.

*De heer Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* legt uit dat in een levenslange overeenkomst twee tarifieringsopties mogelijk zijn: bij de ene wordt de premie elk jaar berekend naargelang het bijzonder risicoprofiel van de verzekerde voor het betrokken jaar en in de andere wordt een genivelleerde en constante premie berekend volgens de levensverwachting van de betrokken verzekerde. In dat tweede scenario betaalt de verzekerde bij de aanvang van de overeenkomst een hogere premie dan zijn risicopremie en wordt er dus een reserve aangelegd. Op het einde van de overeenkomst ligt de betaalde premie lager dan de risicopremie en is er dus op dat ogenblik een daling van de aangelegde reserves. Als in dat systeem de stijging van de kosten hoger blijkt dan de op het ogenblik van het bepalen van de premie in aanmerking genomen hypothesen kan de premie voor de volgende jaren opwaarts worden herzien. Maar bovendien zullen de in het verleden aangelegde reserves moeten worden gerevalueerd, wat ook een stijging van de toekomstige premies tot gevolg kunnen hebben. Dat tweede effect zal groter zijn als het om een oude overeenkomst gaat en als de verzekerde van gevorderde leeftijd is (onder verstaan dat geleidelijk en tijdsgebonden het aantal nog te betalen premies potentieel meer en meer zal dalen).

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* stipt aan dat aanzienlijke premieverhogingen, tot 371%, worden opgelegd aan de verzekerden als hun contract levenslang wordt. Dat is een groot probleem in de huidige wetgeving, waarvoor kennelijk geen oplossing wordt aangereikt. De betrokkenen zijn vaak bejaard en kunnen dergelijke premieverhogingen niet betalen. Bovendien kunnen die

plémentation d'une telle méthodologie? Quel sera son impact sur les primes payées lors de son lancement?

Les assureurs pourront-ils changer d'index, passer d'un à l'autre? Comment le dispositif sera-t-il contrôlé? En cas de diminution de l'index, est-ce que les primes devront à ce moment diminuer obligatoirement? M. Henry se demande si le système, en prévoyant que les coûts des assureurs détermineront les primes à payer, ne va pas alimenter lui-même des hausses de coûts et par conséquent des primes dans une sorte de cercle vicieux.

*M. Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* évoque les hausses de primes qui résulteraient de la mise en œuvre de la méthodologie. Deux hausses auraient lieu: une première hausse de mise à niveau et des hausses futurs en fonction de la valeur de l'index calculé chaque année.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* souhaite un complément d'informations sur la mise à niveau des primes.

*M Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* explique que dans un contrat viager, à vie, deux options de tarification sont possibles: l'une où la prime est calculée chaque année en fonction du profil de risque spécifique de l'assuré pour l'année en question et l'autre où une prime nivelée et constante est calculée en fonction de l'espérance de vie de l'assuré en question. Dans ce second scénario, l'assuré paie en début de contrat une prime supérieure à sa prime de risque et il y a donc constitution de réserves. A la fin du contrat, la prime payée sera inférieure à la prime de risque et il y aura à ce moment diminution des réserves constituées. Dans ce système, si l'augmentation des coûts s'avère plus élevée que l'hypothèse retenue au moment de la détermination de la prime, la prime à payer pour les années ultérieures pourra être revue à la hausse mais en outre, les réserves constituées dans le passé devront être revalorisées, ce qui pourrait également se traduire par une hausse des primes futures. Ce second effet sera d'autant plus important que le contrat est ancien et que l'âge de l'assuré est élevé (sousentendu qu'au fur et à mesure du temps, le nombre de primes restant à payer est potentiellement de plus en plus faible).

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* intervient en signalant que des hausses de primes considérables, allant jusqu'à 371%, sont imposées aux assurés lorsque leur contrat devient un contrat à vie. Il s'agit là d'un problème majeur de la législation actuelle auquel il ne semble pas qu'une solution soit apportée. Les personnes concernées sont souvent âgées et ne peuvent pas faire face à de telles

mensen geen andere verzekeraar vinden tegen aanvaardbare voorwaarden.

*De heer Filip Nicolaï (FOD Economie, KMO, Mid-denstand en Energie)* preciseert dat een individueel ziekteverzekeringscontract al een levenslang contract is. Het kan worden opgezegd door de verzekerde maar niet door de verzekeraar. De nieuwigheid van de wet van 20 juli 2007 bestaat erin dat aan de begunstigen van de collectieve verzekering tegen medische kosten en ziekenhuiskosten de mogelijkheid wordt geboden hun contract verder te zetten tot het einde van hun leven. De heer Nicolaï voegt eraan toe dat voor de individuele contracten voor verzekering tegen medische kosten en ziekenhuiskosten twee formules bestonden: de ene was tijdelijk van duur en nam een einde bij het verstrijken van die duur. De andere was levenslang en kon alleen door de verzekerde worden beëindigd. De door mevrouw Partyka aangehaalde gevallen van forse premieverhoging betreffen «*affinity*contracten» die worden omgezet in levenslange contracten, van het individuele type.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* bevestigt dat de verplichting alleen nog maar overeenkomsten voor het leven aan te bieden, dergelijke toestanden – die vooral voor ouderen problematisch zijn – in de hand werkt.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* vraagt zich af waarom een tariefverhoging precies zal samenvallen met de invoering van de nieuwe regeling, terwijl het algemene risico toch ongewijzigd is gebleven.

Volgens *de heer Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* is het van belang de op het tijdstip van de sluiting van de overeenkomst betaalde premie te vergelijken met de actuele premie. Het is juist deze verhouding die moet worden vergeleken met die bekomen na de eerste aanpassingsfase. Toch moet de omvang van die gelijkstelling worden gerelativeerd, want de aanpassingen aan de inflatie of de tarifaire wijzigingen hebben reeds plaatsgevonden en zouden in bepaalde gevallen op zich al kunnen volstaan.

*De heer Xavier Maréchal (Reacfin)* voegt daaraan toe dat de attitude van de verzekeringsmaatschappijen in die overgangperiode tussen de twee wetten moeilijk in te schatten is. Dat thema werd niet onderzocht. Vervolgens komt de spreker terug op de methodes: een van de grote zwaktes van de op het indexcijfer van de consumptieprijzen gebaseerde berekeningswijze is dat ze geen rekening houdt met de frequentie. Nochtans hangt de kostprijs af van een combinatie van prijs en frequentie. De actuariële invalshoek heeft als voordeel de werkelijk door de verzekeringsmaatschappijen betaalde kosten in aanmerking te nemen, dus min de franchise, de tegemoetkoming in het raam van de verplichte verzekering

augmentations de primes. En outre, ces personnes ne peuvent pas retrouver d'autres assureurs à des conditions acceptables.

*M. Filip Nicolaï (SPF Économie)* précise que le contrat d'assurance maladie souscrit à titre individuel est déjà un contrat à vie. La possibilité de résilier est offerte à l'assuré mais pas à l'assureur. La nouveauté créée par la loi du 20 juillet 2007 est la possibilité offerte aux bénéficiaires de pouvoir prolonger leur contrat à titre individuel jusqu'à la fin de leur vie. M. Nicolaï ajoute que les contrats d'assurance hospitalisation individuels étaient offerts sous deux formules distinctes: dans le premier cas, il s'agissait d'un contrat temporaire qui prenait fin à l'expiration de la période prévue; dans le second, il s'agissait d'un contrat à vie qui ne pouvait être résilié que par l'assuré. Les cas de forte hausse de prime signalés par Mme Partyka relèvent de «*contrats affinity*», qui se voient transformés en contrats à vie, de type individuel.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* confirme que l'obligation de ne plus offrir que des contrats à vie génère ce type de situations qui posent de gros problèmes, pour les personnes âgées en particulier.

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen !)* se demande pourquoi une hausse de tarif interviendra au moment de la mise en route du nouveau système alors que le risque global n'est pas modifié.

*M. Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* souligne qu'il est important de comparer la prime payée au moment de la conclusion du contrat et la prime actuelle. C'est précisément ce rapport qu'il conviendra de comparer avec celui obtenu lors de la première phase d'ajustement. Il faut cependant relativiser l'ampleur de cette mise à niveau car des adaptations dues à la prise en compte de l'inflation ou des changements tarifaires ont déjà eu lieu et peuvent en elles-mêmes suffire dans certains cas.

*M. Xavier Maréchal (Reacfin)* ajoute qu'il est difficile de se prononcer sur l'attitude des compagnies d'assurances dans cette période de transition entre deux lois. Cette matière n'a pas été étudiée. Revenant sur les méthodologies, il explique que une des grosses faiblesses de la méthode basée sur l'indice des prix réside dans l'absence de prise en compte de la fréquence. Or, le coût est fonction de la combinaison du prix et de la fréquence. L'approche actuarielle présente l'avantage de prendre en compte les coûts réellement payés par les compagnies d'assurances, déduction faite des franchises, des interventions de l'assurance obligatoire et compte tenu des plafonds éventuels. Cela n'empêche nullement de veiller

en rekening houdend met de eventuele maxima. Een en ander verhindert niet dat men er op blijft toezien de kosten te drukken, door op te treden tegen de ziekenhuis-supplementen – maar dat is een politieke keuze.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* vindt dat een medische indicator evenzeer een aanwijzing kan zijn voor de veroudering van de bevolking of voor de impact van deze of gene ziekte.

*De heer Filip Nicolaï (FOD Economie)* wenst de studie van Reacfin en het advies van het KCE in hun juiste context te plaatsen. Het KCE heeft een advies verstrekt dat als basistekst dienst doet om na te gaan in hoeverre de studie nuttig kan zijn voor een praktische en concrete oplossing en voor de opmaak van een koninklijk besluit, als sleutelement in de regelgeving.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* acht het wenselijk ook patiëntvertegenwoordigers te horen, en niet alleen vertegenwoordigers van de verzekeringssector. De patiënten hebben forse premieverhogingen te verduren gekregen en daarom is het normaal dat ook zij hun standpunt kunnen geven over de wijze waarop de wet zou kunnen worden aangepast.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* steunt het voorstel van mevrouw Van den Bossche. Overigens vraagt hij zich af welk risico ten laste blijft van de verzekeraars, waarvan de activiteit er precies in bestaat het aan hun métier eigen risico te beheren.

Volgens *de heer Xavier Maréchal (Reacfin)* is het risico voor de verzekeraars niet van de baan, aangezien de premieverhogingen aan beperkingen onderworpen zijn. Die beperkingen zullen de verzekeraars verplichten doeltreffender te zijn in hun beheer, opdat ze, binnen het raam van de toegestane premieverhogingen, alsnog rendabel kunnen zijn. Aldus kan een positieve dynamiek ontstaan tussen de verzekeraars. In verband met de actuariële invalshoek beklemtoont de heer Maréchal dat er twee opties zijn. Ofwel berekent men technische parameters voor de hele sector, alsof er maar één verzekeraar bestond; in dat geval zijn de verzekeraars verplicht die parameters en de daaruit voortvloeiende verhogingen in hun overeenkomsten op te nemen, afhankelijk van de leeftijdscategorie, de dekking en de anciënniteit van de overeenkomst. Ofwel wordt een index van de kostenevolutie gehanteerd en passen de verzekeraars hun premies aan volgens de eigen technische berekeningsbases. De keuze voor een van beide methodes is politiek van aard.

*De heer Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* onderstreept dat een van de aanbevelingen luidt dat uiterste strenge criteria moeten gelden wat de kwaliteit van de opgevraagde informatie betreft.

à limiter les coûts en luttant contre les suppléments dans les hôpitaux, ce qui relève de choix politique.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* estime qu'un indice médical peut tout aussi bien refléter le vieillissement de la population ou l'impact de telle ou telle maladie.

*M. Filip Nicolaï (SPF Économie)* souhaite replacer l'étude de Reacfin et l'avis du KCE dans leur contexte. Le KCE a remis un avis qui sert de texte de base afin de voir dans quelle mesure l'étude peut être utilisée pour arriver à une solution pratique et concrète et se traduire en un arrêté royal qui constitue un élément essentiel de la réglementation.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* estime qu'il est souhaitable d'entendre des représentants des patients et pas uniquement des représentants du secteur des assurances. Des hausses de primes très importantes ont été mises à charge des patients et il est dès lors normal qu'ils puissent faire connaître leur point de vue sur la façon dont la loi pourrait être adaptée.

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen !)* soutient la proposition de Mme Van den Bossche. Il se demande par ailleurs quels risques demeurent à charge des assureurs dont l'activité consiste justement à gérer ce risque inhérent à leur métier.

*M. Xavier Maréchal (Reacfin)* explique que le risque n'est pas évacué pour les assureurs dans la mesure où les augmentations de primes sont limitées. Cette limite obligera les assureurs à être plus efficaces dans leur gestion de telle sorte qu'ils puissent être rentables avec les augmentations de primes permises. Un effet d'entraînement positif peut avoir lieu entre assureurs. M. Maréchal souligne que pour l'approche actuarielle, existent deux options: soit on calcule des paramètres techniques au niveau de l'ensemble du secteur, comme si il y a avait un assureur unique et ces paramètres et augmentations en découlant s'imposent aux assureurs dans leurs contrats, en fonction de la classe d'âge, de la couverture et de l'ancienneté du contrat, soit l'indice d'évolution des coûts est défini et les assureurs adaptent leurs primes en fonction de leurs bases techniques propres. Le choix entre ces options relève du politique.

*M. Benoît-Laurent Yerna (Reacfin)* souligne que dans les recommandations formulées, figure l'exigence d'être extrêmement strict dans la qualité de l'information demandée.

In verband met het aantal leeftijdscategorieën werd overgestapt van een regeling met categorieën van vijf jaar naar een hergroepering in vier categorieën. Met elke categorie stemmen zes dekkingsopties overeen, waarvan de laatste de dekkingen die niet zijn weerhouden door de vijf eerste opties omvat.

*De heer Xavier Maréchal (Reacfin)* voegt eraan toe dat de verzekeraars nu al een hele reeks gegevens aan de CBFA moeten verstrekken en dat in dat verband zou kunnen worden overwogen de CBFA ermee te belasten de vereiste gegevens te verzamelen en te controleren. In Duitsland wordt een onafhankelijke externe auditor aangesteld om na te gaan of de hele procedure voor de premieverhoging geldig is verlopen. Extern toezicht op de door de verzekeraars aangewende methodes is een mogelijkheid. Dankzij de opsplitsing in leeftijdsklassen is een nauwkeurigere en gedifferentieerde premieberekening mogelijk en kan rekening worden gehouden met de wijze waarop de verzekeringsportefeuille volgens leeftijdsklasse is gestructureerd. Door een gemiddeld indexcijfer toe te passen, zouden sommige verzekeraars, naar gelang van het leeftijdsprofiel van de portefeuille, kunnen kiezen voor een aanhoudend financieel onevenwichtige toestand, stelselmatige winsten of verliezen. Dankzij het onderscheid op basis van de dekkingen kunnen de premies worden gedifferentieerd op basis van de contractueel bepaalde dekkingen. De verzekeraars zullen het indexcijfer niet voor het kiezen hebben, maar zullen het indexcijfer moeten gebruiken dat overeenstemt met de leeftijd van de verzekerde. Ingeval het indexcijfer negatief is, zal de premiedaling minstens conform dat cijfer zijn.

*Mevrouw Imgard Vinck (KCE)* onderstreept dat de opdracht van het KCE erin bestaat de diverse politieke keuzemogelijkheden uit te werken en voor te bereiden, maar niet de beslissingen te nemen; dat is de verantwoordelijkheid van de politieke overheid. Het KCE is er ook mee belast de methodes te bepalen, wat het ook doet, maar het maakt zelf geen keuze.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* vindt dat de betrouwbaarheid van de gegevens, die alleen door de verzekeraars zullen worden aangeleverd, fundamenteel is. Hoe zal worden gecontroleerd of de gegevens betrouwbaar zijn? Wie zal dat doen, en volgens welke nadere regels? Welke rol zal het KCE terzake vervullen?

*De heer Peter Logghe (VB)* stelt vast dat de controle van de cijfers een belangrijke aangelegenheid is. Wie zal die controle uitvoeren? Binnen welke termijnen zal de gekozen methode ten uitvoer moeten worden gebracht?

*Mevrouw Imgard Vinck (KCE)* meent dat de CBFA een rol zou kunnen spelen bij het controleren van de cijfers. Onafhankelijke externe controle, naar het voorbeeld van

Par rapport au nombre de classes d'âge, après avoir opéré des classes de 5 ans, des regroupements ont été faits en quatre classes. À chaque classe, correspondent six options de couverture dont la dernière comprend les couvertures non reprises par les cinq premières.

*M. Xavier Maréchal (Reacfin)* ajoute que les assureurs doivent déjà fournir toute une série de données à la CBFA et que dans ce cadre-là, il pourrait être envisagé de charger la CBFA de récolter les données requises et de les auditer. En Allemagne, un auditeur externe indépendant est nommé pour contrôler la validité du processus d'augmentation des primes. Le contrôle extérieur de la méthodologie utilisée par les assureurs peut être envisagé. La répartition en classes d'âge permet d'affiner et de différencier le calcul des primes et de prendre en compte la structure du portefeuille d'assurés en termes d'âges. L'application d'un indice moyen pourrait conduire certains assureurs à un déséquilibre financier, pertes ou profits systématiques, selon le profil d'âge du portefeuille. La distinction en fonction des couvertures permet de différencier les primes sur base de la gamme des couvertures proposées dans le contrat. Les assureurs ne pourront pas faire leur shopping entre indices mais devront appliquer l'indice qui correspond à l'âge de l'assuré. Si l'indice est négatif, les primes devront diminuer de ce niveau ou davantage.

*Mme Imgard Vinck (KCE)* souligne que la mission du KCE consiste à élaborer et préparer les différentes options politiques possibles mais pas à prendre des décisions, lesquelles relèvent du niveau politique. Le KCE est aussi chargé de fixer les méthodologies, ce qu'il a fait, mais pas d'opérer des choix.

*Mme Karine Lalieux (PS)* estime que la fiabilité des données, qui ne viendront que des assureurs, est une question fondamentale. Comment cette fiabilité sera-t-elle contrôlée? Par qui et selon quelles modalités? Quel sera le rôle du KCE dans cette mission?

*M. Peter Logghe (VB)* constate que le contrôle des données chiffrées est une question importante. Qui en sera chargé? Quels sont les délais pour la mise en œuvre de la méthodologie qui sera retenue?

*Mme Imgard Vinck (KCE)* est d'avis que la CBFA pourrait jouer un rôle dans le contrôle des données chiffrées. Un contrôle externe indépendant pourrait être

Duitsland, is een mogelijkheid, maar het KCE zal daar niet bij betrokken zijn.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* voert aan dat de wet waarbij het KCE werd opgericht, bepaalt dat het KCE de benaderingsmethode moet bepalen.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* betreurt dat het KCE zich niet over de studie van Reactfin uitspreekt en geen enkel oordeel over de voorgestelde methodes uitspreekt.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* wijst erop dat segmentering niet mag worden verward met een kostprijsgebonden benadering. Aangaande de voorzieningen vraagt de spreker zich af hoe het zit met de al gevormde voorzieningen; welke plaats krijgen zij in de voorgestelde aanpak?

*De heer Xavier Maréchal (Reactfin)* antwoordt dat de verzekerde bij de aanvang van de overeenkomst een hogere premie dan de risicopremie betaalt en dat het saldo tussen de betaalde premie en de op dat ogenblik geldende risicopremie aan de reserves wordt toegevoegd. Wanneer de kostenbedragen worden verhoogd, stijgen ook de betaalde premies, niet alleen omdat de toekomstige premies stijgen, maar ook omdat de gevormde reserves moeten worden geherwaardeerd doordat de toekomstige schadegevallen die onder andere met die reserves zullen worden vergoed, duurder zullen zijn. Dat effect speelt nog meer bij oudere verzekerden, aangezien de herwaardering gebeurt op basis van een lagere levensverwachting.

De toekomstige premies zullen dus sneller stijgen dan de toekomstige kosten, juist door de herwaardering van de gevormde voorzieningen. Zonder een nieuwe wet zouden de premies bij een toename van de kosten ook stijgen, zij het ongebreideld.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* vraagt zich af via welk mechanisme de voorgestelde aanpak de verzekeringsondernemingen ertoe zal aanzetten de kosten te verlagen. Zulks zou verbazing wekken, aangezien die aanpak zelf gebaseerd is op de kosten van de verzekeraars.

*De heer Xavier Maréchal (Reactfin)* legt uit dat de verzekeraars die hogere kosten dan gemiddeld hebben, de stijging die nodig is om het evenwicht te herstellen, niet zullen kunnen doorrekenen in de premie. Zij zullen ertoe worden aangespoord de kosten te beperken om rendabel te blijven. Daardoor zal het referentie-indexcijfer dan weer dalen of op zijn minst minder snel stijgen.

envisagé, à l'instar de ce qui se fait en Allemagne mais le KCE ne sera pas impliqué dans cette mission.

*Mme Karine Lalieux (PS)* rétorque qu'il est stipulé dans la loi l'instituant que le KCE doit fixer la méthodologie.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* regrette que le KCE ne se prononce pas sur l'étude faite par Reactfin et n'émette aucune appréciation sur les méthodologies proposées.

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* précise qu'il ne faut pas faire de confusion entre la segmentation et l'approche par les coûts. Sur les provisions, l'intervenant se demande ce qu'il advient des provisions déjà constituées, où sont-elles reprises dans la méthodologie proposée?

*M. Xavier Maréchal (Reactfin)* répond que l'assuré paie en début de contrat une prime supérieure à sa prime de risque et que l'excédent entre la prime payée et la prime de risque à ce moment vient augmenter les réserves. Lorsque les coûts sont revus à la hausse, les primes payées augmentent, non seulement parce que les primes futures augmentent mais aussi parce que les réserves constituées doivent être revalorisées du fait que les sinistres futurs qu'elles doivent contribuer à couvrir, seront plus coûteux. Ce dernier impact sera d'autant plus important que l'assuré est âgé dans la mesure où la revalorisation ne pourra se faire que sur une espérance de vie résiduelle plus faible.

Les primes futures augmenteront donc plus vite que les coûts futurs, précisément à cause de la revalorisation des réserves constituées. Sans nouvelle loi, des augmentations de primes interviendraient aussi en cas d'augmentations de coûts, mais sans limites.

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* souhaite savoir par quel mécanisme la méthodologie proposée va inciter les compagnies à baisser les coûts. Cela paraît étonnant dans la mesure où cette méthodologie est basée elle-même sur les coûts des assureurs.

*M. Xavier Maréchal (Reactfin)* explique que les assureurs qui affichent des coûts plus élevés que la moyenne ne pourront pas répercuter dans la prime l'augmentation nécessaire à rétablir l'équilibre. Ils seront incités à réduire leurs coûts pour rester rentables, ce qui, à son tour, fera baisser l'indice de référence ou, au moins, en ralentira la progression.

### III.— ALGEMENE BESPREKING

*De heer Peter Logghe (VB)* wenst preciseringen over de in uitzicht gestelde medische index en niet alleen over de gebruikte methode. Hoe zal de regering het probleem van de voor velen onbetaalbaar geworden premies aanpakken en wat zal ze doen om terug te komen tot premies die de verzekerden kunnen betalen? Zal de segmentering worden doorgedreven, of zal de voorkeur worden gegeven aan de solidariteit tussen leeftijdscategorieën?

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* stipt aan dat de bestaansreden van het wetsontwerp weliswaar geen probleem doet rijzen, maar dat er daarom nog geen sprake kan van zijn de regering carte blanche te geven voor het aan dat ontwerp gerelateerd koninklijk besluit. *Mevrouw Lalieux* stipt aan dat het KCE geen advies heeft uitgebracht over het onderzoek van *Reacfin* en over de voorgestelde methodes, hoewel de wet daarin voorziet. Hoe staat het met de goede uitvoering van de opdrachten van het KCE?

*Mevrouw Lalieux* betreurt dat de gegevens alleen door *Assuralia* worden verstrekt en dat het beginsel van de tegenspraak dus niet kan worden toegepast. De objectiviteit van de gegevens is niet gewaarborgd. Een aanbeveling van het onderzoek betreft de oprichting van een gemengd orgaan om de gegevens na te trekken die voor de berekening van de medische index zullen dienen. Welke waarborg kan de minister bieden in verband met het koninklijk besluit dat de regering zal uitvaardigen? Hoe kan de betrouwbaarheid van de gegevens worden nagegaan?

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* wenst een verduidelijking over de voorgestane methode, die berust op actuariële berekeningen op grond van kosten, niet van prijzen. Waarom wordt voor die methode gekozen en niet voor die welke berust op een aan de hand van de prijzen berekende index? De taken van het KCE moeten worden verduidelijkt. Als dat Kenniscentrum krachtens de wet een advies moet uitbrengen, moet het dat ook doen. Zullen de door de verzekeraars verstrekte gegevens worden nagezien? Zal deze in uitzicht gestelde wet het aantal gevallen van forse verhoging van de verzekeringspremies kunnen beperken?

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* betreurt dat de premies voor de verzekering tegen ziekenhuiskosten voor de bejaarden aanzienlijk stijgen en in sommige gevallen zelfs worden verviervoudigd. De verzekeraars beweren dat ze inspelen op de toekomstige wettelijke bepalingen en geven de schuld aan de toenemende prijs van de eenpersoonskamers. Die prijs is vorig jaar nochtans maar met 9 % gestegen. De vraag is gesteld of

### III.— DISCUSSION GENERALE

*M. Peter Logghe (VB)* souhaite obtenir des éclaircissements sur l'indice médical proposé et pas uniquement sur la méthodologie utilisée. Comment le gouvernement va-t-il s'y prendre pour traiter des primes devenues impayables pour beaucoup et revenir à des primes abordables pour les assurés? La segmentation sera-t-elle poussée loin ou la solidarité entre tranches d'âge sera-t-elle privilégiée?

*Mme Karine Lalieux (PS)* souligne que si la raison d'être du projet de loi ne pose pas problème, il ne peut être pour autant question de donner un blanc seing au gouvernement par rapport à l'arrêté royal lié à ce projet. *Mme Lalieux* souligne que le KCE n'a pas émis d'avis par rapport à l'étude réalisée par *Reacfin* et aux méthodologies proposées alors que la loi le prévoit pourtant. Qu'en est-il de la bonne exécution de ses missions par le KCE?

S'agissant des données, *Mme Lalieux* déplore qu'elles soient fournies exclusivement par *Assuralia* et que dès lors le principe du contradictoire ne puisse être mis en œuvre. L'objectivité des données remises n'est pas assurée. Une recommandation figurant dans l'étude prévoit la création d'un organe mixte pour vérifier les données qui serviront à calculer l'indice médical. Quelle garantie le ministre peut-il donner par rapport à l'arrêté royal qui sera pris par le gouvernement? Comment la fiabilité des données peut-elle être vérifiée?

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* souhaite un éclaircissement sur la méthodologie mise en avant qui repose sur des calculs actuariels sur base de coûts et non de prix. Pourquoi avoir retenu cette méthode et non celle reposant sur un indice calculé sur base de prix? Par rapport au KCE, il y a lieu de clarifier les missions dévolues à cet organisme. S'il doit donner un avis de par la loi, il doit s'exécuter et remettre un avis. Les données fournies par les assureurs seront-elles vérifiées? Le projet de loi en discussion pourra-t-il limiter le nombre de cas de forte hausse de primes d'assurance?

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* déplore que les primes d'assurance hospitalisation pour les personnes âgées connaissent des augmentations considérables pouvant aller jusqu'à être multipliées par cinq. Les assureurs prétendent anticiper les futures dispositions légales et montrent du doigt le coût croissant des chambres particulières qui n'ont pourtant augmenté que de 9 % l'année passée. Par rapport à la loi du

de wet van 20 juli 2007 ook op de bestaande contracten van toepassing is, dan wel of ze alleen voor de na die datum gesloten overeenkomsten geldt. Waren de regels betreffende de premieaanpassingen onmiddellijk van toepassing, of zijn ze dat pas vanaf 1 juli 2009? Mevrouw Van den Bossche herinnert eraan dat ze in april 2008 een amendement heeft ingediend dat tot doel had te bevestigen dat de wet-Verwilghen ook van toepassing was op de vóór 1 juli 2007 gesloten overeenkomsten. De spreekster betreurt dat het voorliggende wetsontwerp geen oplossing aanreikt voor dat probleem. De verzekeringsmaatschappijen kunnen tot 1 juli 2009 in alle vrijheid en ongehinderd de premies van de vóór 1 juli 2007 gesloten overeenkomsten blijven verhogen en de voorwaarden van de niet in het kader van een professionele relatie gesloten polissen blijven wijzigen. Mevrouw Van den Bossche acht het niet correct dat aan de verzekeraars zo'n mogelijkheid wordt geboden. Wat de gehanteerde methode betreft, wijst de spreekster erop dat het perfect mogelijk was een traditionele index uit te werken op grond van de kosten voor verblijf in een eenpersoonskamer dan wel in een tweepersoonskamer, de honoraria enzovoort. In het indexcijfer van de consumptieprijzen is nu reeds een subpost opgenomen voor de kosten voor ziekenhuisverpleging. Het volstond die subpost aan te vullen. Reacfin heeft onmiddellijk geopteerd voor de actuariële methode, die de methode van de verzekeraars is. Waarom werd de optie van een prijzenindex niet verder onderzocht? Waarom worden de premieverhogingen niet gekoppeld aan de werkelijke stijgingen van de prijzen? *Quid* met de betrouwbaarheid van de door de sector zelf verstrekte gegevens? Het wetsontwerp lost niet de problemen van de verzekerden op, maar wel die van de verzekeraars.

Mevrouw Van den Bossche snijdt de problematiek aan van de ziekten die op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst nog niet gediagnosticeerd en bijgevolg nog niet door de verzekerde gekend zijn, en waarvoor die laatste tijdens de aanvangsperiode een vergoeding vraagt aan de verzekeraar. Wordt die kwestie geregeld? Hoe staat het met de aanvullende premies die de verzekerde betaalt om reserves aan te leggen voor zijn oude dag? Wordt bepaald dat de verzekerde ze naar zijn nieuwe verzekeraar kan overhevelen? De spreekster stipt aan dat ze amendementen heeft ingediend om meer zaken recht te zetten dan wat het voorliggende wetsontwerp doet. Waarom baseert men zich niet op de prijzen van de door de verzekeringen gedekte prestaties? Waarom heeft men retroactieve premieverhogingen toegestaan en waarom krijgen de maatschappijen meer tijd om hun tarieven op te trekken? Wat zijn de etappes en het tijdspad om de medische index te bepalen? Is de minister bereid een index te overwegen die wordt vastgesteld op grond van de werkelijke prijs van de goederen en de producten waarvoor de verzekerde gedekt is, in plaats van de

20 juillet 2007, la question se posait de savoir si elle s'appliquait aussi aux contrats existants ou seulement aux contrats conclus à partir du 20 juillet 2007. Les règles relatives aux adaptations de primes s'appliquaient-elles immédiatement ou à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009? Mme Van den Bossche rappelle qu'elle a déposé en avril 2008 un amendement visant à confirmer que la loi Verwilghen était aussi d'application pour les contrats conclus avant le 1<sup>er</sup> juillet 2007. L'intervenante regrette que le projet en discussion n'apporte pas de solution à ce problème. Les compagnies d'assurance peuvent continuer à augmenter les primes des contrats conclus avant le 1<sup>er</sup> juillet 2007 et à modifier les conditions des polices conclues hors travail, en toute liberté et sans entrave, jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2009. Mme Van den Bossche estime que ce n'est pas correct d'offrir une telle possibilité aux assureurs. Par rapport à la méthodologie retenue, l'intervenante fait remarquer qu'il était parfaitement possible de mettre au point un indice classique construit à partir des coûts de séjour dans des chambres particulières ou des chambres doubles, des honoraires, ... Dans l'indice des prix à la consommation, existe d'ores et déjà un sous poste pour le coût des soins hospitaliers qu'il aurait suffi de compléter. Reacfin s'est orientée immédiatement vers la méthode actuarielle qui est la méthode des assureurs. Pourquoi ne pas avoir examiné davantage l'option d'un indice des prix? Pourquoi ne pas lier les primes aux hausses de prix réelles? Qu'en est-il de la fiabilité de données fournies par le secteur lui-même? Le projet de loi ne résout pas les problèmes des assurés mais bien ceux des assureurs.

Mme Van den Bossche aborde la problématique des maladies non encore diagnostiquées et par conséquent non connues de l'assuré au moment de la conclusion du contrat et pour lesquelles l'assuré sollicite l'intervention de l'assureur pendant la période initiale: cette question est-elle réglée? Qu'en est-il des primes complémentaires payées par l'assuré en vue de se constituer des réserves pour les années de vieillesse: est-il prévu que l'assuré puisse les transférer vers son nouvel assureur? L'intervenante signale qu'elle a déposé des amendements en vue de réparer davantage de choses que ce que prévoit le projet de loi en discussion. Pourquoi ne pas travailler sur base des prix des prestations couvertes par les assurances? Pourquoi avoir permis des hausses de prime rétroactives et accorder aux compagnies un délai supplémentaire pour relever leurs tarifs? Quelles sont les étapes pour établir l'indice médical et quel en est le *timing*? Le ministre est-il prêt à envisager un indice construit sur base du prix réel des biens et produits pour lesquels l'assuré est couvert, en lieu et place de la méthode actuarielle? Le ministre est-il prêt à



actuariële methode? Is de minister bereid te waarborgen dat de verzekerde de aanvullende premies zal kunnen overhevelen naar zijn nieuwe verzekeraar? Is de minister bereid een voorstel te steunen dat erop gericht is dat de verzekering geldt als een ziekte niet werd gediagnosticeerd en binnen twee jaar na het sluiten van de overeenkomst een vergoeding wordt gevraagd?

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* wijst op het belang van de wijzigingen van het wetsontwerp: levenslange contracten, beperking van de premieverhogingen, voorzetting van de groepspolissen in individuele polissen en inaanmerkingneming van de chronische ziekten. Deze reparatiewet van de wet-Verwilghen is cruciaal. De spreekster brengt echter enkele problemen voor het voetlicht, zoals het lot van de verzekerde vijfenzestigplussers wier premie fors wordt verhoogd terwijl ze zich niet meer tot een andere verzekeraar kunnen wenden en aldus de concurrentie doen spelen. De sector is zeker in staat uit te pakken met alternatieve oplossingen die voor de betrokken verzekerden financieel haalbaar zijn.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* wenst dat de minister bevestigt dat de sector wordt verzocht een oplossing voor dat probleem uit te werken, in het bijzonder voor de 65-plussers. De spreekster onderstreept het belang van de medische index die in het koninklijk besluit zal worden gedefinieerd. Dat is de reden waarom het wetsontwerp niet los van het ontwerp van koninklijk besluit kan worden besproken waarin wordt vastgesteld hoe de index wordt berekend. Welke kant is de minister van plan uit te gaan in verband met de opstelling van de medische index? Het lid onderstreept dat het belangrijk is tot een evenwichtige oplossing te komen, die de reële kosten weerspiegelt en waarvan de goede werking kan worden gecontroleerd.

Zij wenst bovendien verduidelijkingen aangaande de wijzigingen in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en op die in artikel 138bis-6 van dezelfde wet, betreffende de chronische ziekten. De verlenging van twee jaar tot drie jaar van de periode gedurende welke een chronisch zieke of een gehandicapte kandidaat-verzekeringnemer die nog geen 65 jaar is, recht heeft op een verzekering geneeskundige verzorging, vormt een positieve stap vooruit. De evaluatie zal worden uitgevoerd door het KCE, Assuralia en de patiëntenverenigingen: waarom is de CBFA er niet langer bij betrokken?

De spreekster wenst dat wordt gepreciseerd wat wordt verstaan onder «een aangehouden en aanzienlijke vraag». Ook het begrip voorafgaande aandoening is voer

garantir que les primes complémentaires versées pourront accompagner l'assuré vers son nouvel assureur? Le ministre est-il prêt à soutenir une proposition visant à ce que, lorsque qu'une maladie n'a pas été diagnostiquée et qu'une intervention est sollicitée dans les deux premières années de la conclusion du contrat d'assurance, l'assurance puisse intervenir?

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* souligne l'importance des changements envisagés par le projet de loi: contrats à vie, limitation des hausses de prime, continuation des polices collectives en polices individuelles et prise en compte des maladies chroniques. Cette loi de réparation de la loi Verwilghen est cruciale. L'intervenante soulève néanmoins quelques problèmes comme le sort des assurés de plus de 65 ans qui voient leur prime fortement augmenter et ce, alors qu'ils ne peuvent plus se tourner vers un autre assureur et faire jouer le marché. Le secteur est certainement capable de proposer des solutions alternatives qui soient financièrement supportables par les assurés concernés. Mme Partyka souhaite que le ministre confirme que le secteur est invité à trouver une solution à ce sujet, en particulier pour les personnes de plus de 65 ans.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* souligne l'importance de l'indice médical qui sera défini dans l'arrêté royal. C'est la raison pour laquelle le projet de loi ne peut être examiné séparément du projet d'arrêté royal qui fixe le mode de calcul de l'indice. Dans quelle direction le ministre a-t-il l'intention d'aller par rapport à l'établissement de l'indice médical? Mme Partyka souligne l'importance d'arriver à une proposition équilibrée, qui reflète les coûts effectifs et dont le bon fonctionnement peut être contrôlé.

Elle souhaite en outre des éclaircissements sur les modifications apportées à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et sur celles apportées à l'article 138bis-6 de cette même loi et qui concernent les maladies chroniques. La prolongation de deux à trois ans de la période pendant laquelle le candidat qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans a droit à une assurance soins de santé constitue une avancée positive. L'évaluation sera faite par le KCE, Assuralia et des associations de patients: pourquoi la CBFA n'est-elle plus associée?

Mme Partyka souhaite que soit précisé ce qui est entendu par «une demande continue et importante». Le concept d'affection pré-existante est également

voor discussie. De spreekster vindt de voorziene termijn om een collectieve verzekeringsovereenkomst in een individuele verzekeringsovereenkomst voort te zetten te kort, gelet op de omstandigheden (faillissement, ontslag enzovoort) waarin die omzetting wordt uitgevoerd. Wat gebeurt er met de voortzetting op individuele basis van de verzekeringsovereenkomsten geneeskundige verzorging waarvoor geen aanvullende premie is betaald? De voortzetting of overdracht kunnen onmogelijk blijken door de aanzienlijke kosten die zij voor de bejaarde verzekerden inhouden.

Wat met de mogelijkheid om de betaalde aanvullende premies naar een andere verzekerde over te dragen?

*Mevrouw Katrin Jadin (MR)* vindt het ter bespreking voorliggende wetsontwerp een heel nuttige en verantwoorde verduidelijking van de wet-Verwilghen van 20 juli 2007. Hoe zal in de medische index rekening worden gehouden met de mogelijke technische of demografische ontwikkelingen in de toekomst?

*De heer Willem-Frederik Schiltz (Open Vld)* legt de nadruk op het sociaal drama dat wordt veroorzaakt door de forse verhogingen van de verzekeringspremies voor gepensioneerden met een bescheiden pensioen. Hij verheugt er zich over dat de medische index een poging is om een oplossing voor dergelijke premieverhogingen aan te reiken. Er zijn talrijke parameters opgenomen om het de verzekeringsmaatschappijen mogelijk te maken rendabel te blijven, maar daarmee zijn alle problemen nog niet opgelost. De spreker wenst te weten of de gekozen formule in verband met de medische index voldoende flexibiliteit biedt om mogelijke nieuwe medische technieken in de dekking te kunnen opnemen.

De verzekeraars maken zich voorts zorgen dat het wetsontwerp te weinig ruimte laat om met verantwoorde prijsverhogingen rekening te houden. De spreker sluit zich aan bij de al gestelde vragen over de betrouwbaarheid en de controle van de gegevens die de verzekeraars in het kader van de opstelling van de medische index zullen verstrekken. Wat is het standpunt van de minister ten opzichte van die vragen?

*De heer Didier Reynders, vice-eersteminister en minister van Financiën en Institutionele Hervormingen*, onderstreept dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp een reparatiewet is die een correcte toepassing van de wet-Verwilghen en de instelling van een medische index moet mogelijk maken. Aangaande de voorbije premieverhogingen kan er bij wet geen oplossing worden geboden. Voor die situaties kan men naar het gerecht of de ombudsman stappen.

une matière à discussion. L'intervenante estime que le délai prévu pour opérer la continuation d'un contrat d'assurance collectif sous forme de contrat individuel est trop court et ce, compte tenu des circonstances (faillite, démission,...) dans lesquelles cette opération intervient. Qu'en est-il de la continuation à titre individuel des contrats d'assurance soins de santé pour lesquels aucune prime complémentaire n'a été payée? La continuation ou le transfert peuvent s'avérer impossibles par les coûts importants qu'ils impliquent pour les assurés âgés.

Qu'en est-il de la possibilité de transférer les primes complémentaires payées vers un autre assureur?

*Mme Katrin Jadin (MR)* estime que le projet de loi en discussion constitue une clarification fort utile et justifiée de la loi Verwilghen du 20 juillet 2007. Par rapport à l'indice médical, comment prendra-t-il en compte des évolutions techniques ou démographiques qui pourraient survenir à l'avenir?

*M Willem-Frederik Schiltz (Open Vld)* souligne le drame social que constituent des hausses de primes d'assurance considérables imposées à des pensionnés à la pension modeste. Il se réjouit que l'indice médical tente d'apporter une solution à de telles hausses de primes. De nombreux paramètres ont été intégrés pour que les compagnies d'assurance puissent aussi sauvegarder leur rentabilité mais tous les problèmes ne sont pas résolus pour autant. M Schiltz souhaite savoir si la formule retenue au niveau de l'indice médical offre suffisamment de souplesse pour que de nouvelles techniques médicales qui apparaîtraient puissent être reprises dans la couverture.

Les assureurs s'inquiètent par ailleurs de ce que le projet de loi laisse trop peu de marges pour prendre en compte des hausses de prix justifiées. L'intervenant se joint aux questions déjà posées sur la fiabilité et le contrôle des données qui seront fournies par les assureurs dans le cadre de l'établissement de l'indice médical. Quelle est la position du ministre sur ces interrogations?

*M. Didier Reynders, vice-premier ministre et ministre des Finances*, souligne que le projet en discussion concerne une loi de réparation devant permettre une application correcte de la loi Verwilghen et la mise en œuvre d'un indice médical. S'agissant des hausses de prime passées, il n'est pas possible d'y apporter une solution par la loi. La justice ou l'ombudsman peuvent constituer un recours pour ces situations.

De tussenperiode, die loopt tot juli 2009, moet het mogelijk maken een regeling inzake de indexering van de premies aan te nemen. De reparatiewet preciseert niet welke indexeringsregeling zal gelden. Wat het KCE betreft, stelt de minister vast dat dit Centrum geen oplossing voorstelt.

In verband met de premieverhogingen bij individuele verzekeringspolissen vindt de minister het wenselijk te streven naar een algemene index. Ten opzichte van de verzekeringsmaatschappijen denkt hij aan een afgevlakte index als die verzekeraars de gevraagde gegevens niet verstrekken. Dat zou de sector er moeten toe aanzetten coöperatief te zijn. De cijfers zullen door de verzekeraars zelf worden geleverd, niet door Assuralia. De CBFA zal die cijfers boekhoudkundig analyseren en vervolgens samen met de FOD Economie verifiëren. De controle door de CBFA zal ook geschieden op grond van de revisorrapporten van de verzekeringsmaatschappijen. Men kan overwegen indexen volgens de leeftijdsklassen en het soort overeenkomst te berekenen, als de indexverschillen tussen de categorieën significant zijn; anders is het beter voor één enkele index te kiezen. De CBFA, de FOD Economie en het voor Volksgezondheid bevoegde departement zullen terzake samenwerken. De overeenkomsten kunnen tot juli 2009 worden gewijzigd. De minister wenst dat de mogelijkheid inzake individuele aanpassingen die de index niet langer overschrijden, in aanmerking komt en dat men zich beperkt tot de index zelf.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* wenst dat de consumentenverenigingen in de ombudsdienst vertegenwoordigd zijn en dat het in financiële zaken gebruikte model wordt omgezet naar de verzekeringssector. De bemiddeling op het vlak van de verzekeringen is thans ontoereikend.

Het lid vindt het voorts wenselijk dat de verplichtingen inzake de doorzending van de gegevens en de termijn in de wet zelf worden opgenomen, niet in het koninklijk besluit.

De spreekster wenst tot slot aanvullende informatie over de objectieve en representatieve parameters waarvan in het wetsontwerp sprake is. Waarover gaat het?

*De minister* preciseert dat men in een eerste fase de gegevens van de verzekeraars over de kosten voor de schadegevallen van de jongste twaalf maanden zal inzamelen. Op die basis zal het mogelijk worden de indexen te berekenen en te zien of er al dan niet reden toe is te kiezen voor gedifferentieerde indexen per leeftijdsklasse of per soort van overeenkomst.

Pour l'avenir, la période intermédiaire qui court jusqu'en juillet 2009 doit permettre qu'un mécanisme d'indexation des primes soit arrêté. La loi réparatrice ne précise pas le mécanisme d'index qui sera d'application. Quant au KCE, le ministre constate qu'il ne propose pas de solution.

S'agissant des hausses de prime sur des polices d'assurance individuelles, *le ministre* estime qu'il est souhaitable de travailler à l'appui d'un indice général. Par rapport aux compagnies d'assurance, *le ministre* prévoit le recours à un indice lissé si elles ne fournissent pas les données demandées. Cela devrait inciter le secteur à se montrer coopératif. Les chiffres seront fournis par les compagnies elles-mêmes, pas par Assuralia. Ces chiffres seront analysés du point de vue comptable par la CBFA puis vérifiés en collaboration avec le SPF Économie. Le contrôle de la CBFA se fera aussi sur base des rapports réalisés par les réviseurs des sociétés d'assurance. Le calcul d'indices selon les classes d'âge et le type de contrats peut être envisagé si les différences d'indices entre catégories sont significatives; dans le cas contraire, un indice unique est préférable. La CBFA, le SPF Économie et le département en charge de la Santé collaboreront sur cette matière. Les contrats peuvent faire l'objet d'adaptations jusqu'au mois de juillet 2009. Le ministre souhaite que la possibilité d'adaptations individuelles au-delà de l'indice ne soit plus retenue et qu'on s'en tienne à l'indice lui-même.

*Mme Karine Lalieux (PS)* souhaite que les associations de consommateur soient représentées au sein du service de l'ombudsman et que le modèle utilisé en matière financière soit transposé au secteur des assurances. La médiation en matière d'assurance en l'état actuel n'est pas satisfaisante.

L'intervenante estime par ailleurs souhaitable que les contraintes de transmission de données et leur délai soient reprises dans la loi elle-même et non pas dans l'arrêté royal.

*Mme Lalieux* souhaite des informations complémentaires sur les paramètres objectifs et représentatifs dont il est question dans le projet de loi. De quoi s'agit-il?

*Le ministre* précise que la première étape est de recueillir les données de la part des assureurs en matière de coûts des sinistres pour les douze derniers mois. Sur cette base, il sera possible de calculer des indices et de voir s'il y a lieu ou pas de retenir des indices différenciés par classe d'âge ou type de contrats.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* snijdt het vraagstuk van de aanvullende ouderdomspremies aan, die de verzekerden als het ware de gevangene van de verzekeraars maken, aangezien die premies niet kunnen worden overgedragen en de verzekerde niet kunnen volgen als die van verzekeringsmaatschappij verandert. Is er voor dat probleem een oplossing denkbaar?

*De minister* onderstreept dat het debat over de samenstelling van reserves een technisch ingewikkeld debat is, dat ook betrekking heeft op de ziekenfondsen. Hij zou het normaal vinden dat de verzekerde zijn verzekeraar kan verlaten met zijn deel van de reserves, maar dat debat moet allicht niet in het kader van het nu ter bespreking voorliggende wetsontwerp worden gevoerd. Hij voegt eraan toe dat die aangelegenheid niet in de oorspronkelijke tekst voorkomt.

Mevrouw Lalieux constateert dat de CBFA zal worden betrokken bij de controle van de door de verzekeraars aangeleverde gegevens. Volgens haar is de taak van de CBFA inzake de solvabiliteitscontrole niet verenigbaar met die andere taak van die Commissie, zijnde de bescherming van de consument; die dubbele taak doet dus een belangenconflict rijzen.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* merkt op dat de wet van 20 juli 2007 niet rept van de opbouw van reserves voor collectieve verzekeringen. Dat vraagstuk moet echter worden geregeld en verduidelijkt om de overdracht van reserves mogelijk te maken ingeval de verzekerde overstapt van de ene verzekeraar naar de andere, zoals het betaamt in een geliberaliseerde, naar behoren werkende markt. Het houdt geen steek dat die reserves niet zouden kunnen worden overgedragen; in dat geval zou de verzekerde in zekere zin door de verzekeraar worden «gegjzeld».

*De minister* antwoordt dat dit vraagstuk zal worden uitgeklaard.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* wenst nadere toelichting over de dekking van de ziekenhuiskostenverzekering in de gevallen dat een verzekerde ziek wordt binnen de eerste twee jaar nadat de verzekeringsovereenkomst is gesloten, en waarbij kan worden verondersteld dat die ziekte er al was op het moment dat de overeenkomst werd gesloten. Ware het niet beter te bepalen dat de verzekering de ziekenhuiskosten in die gevallen wel degelijk dekt als de ziekte in kwestie niet werd gediagnosticeerd vooraleer de overeenkomst werd gesloten? Zulks zou dat punt volkomen ophelderen. Kan de minister zich vinden in dit voorstel?

*De minister* stelt voor dat dergelijke ziekenhuisopnames waarover betwisting bestaat, door de FOD

*Mme Karine Lalieux (PS)* aborde la question des primes complémentaires de vieillissement qui rendent les assurés captifs de leur assureur dans la mesure où ces primes ne peuvent être transférées et suivre l'assuré lorsqu'il change de compagnie d'assurance. Une solution à ce problème peut-elle être envisagée?

*Le ministre* souligne que le débat sur la constitution de réserves est un débat technique compliqué et qui concerne aussi les mutualités. Il estime qu'il serait normal que l'assuré puisse quitter son assureur avec sa part de réserves mais ce débat n'est sans doute pas à mener dans le cadre du projet de loi discuté. Il ajoute que cette matière ne figure pas dans le texte d'origine.

Mme Lalieux constate que la CBFA sera associée au contrôle des données fournies par les assureurs. Elle estime que la mission de contrôle de solvabilité qui incombe à la CBFA est incompatible avec une mission de défense du consommateur et qu'il y a conflit d'intérêt dans cette double tâche.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* fait remarquer que la constitution de réserves au niveau d'assurances collectives n'a pas été introduite dans la loi du 20 juillet 2007. Mais cette question doit être réglée et clarifiée dans le sens de rendre possible le transfert des réserves lorsque l'assuré change d'assureur, comme cela doit être possible dans un marché libéralisé et qui fonctionne bien. Ne pas permettre un tel transfert de réserves n'aurait pas de sens et reviendrait à prendre l'assuré en otage.

*Le ministre* répond que cette question sera clarifiée.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* souhaite que soit clarifiée la question de la couverture des hospitalisations pour des maladies qui surviennent dans les deux premières années de la conclusion du contrat d'assurance et dont on peut supposer qu'elles existaient déjà au moment de la conclusion du contrat. Ne conviendrait-il pas de prévoir que ces hospitalisations seront couvertes par l'assurance si la maladie en question n'a pas été diagnostiquée avant la conclusion du contrat? Cela apporterait toute clarté sur ce point précis. Le ministre peut-il être d'accord avec cette proposition?

*Le ministre* propose que les cas d'hospitalisation dans ce contexte ayant fait l'objet de contestations fassent

Economie zouden worden onderzocht. Eventueel kan worden overwogen de wet te wijzigen.

*De heer Jean-Luc Crucke (MR)* vraagt zich af of precieze voorwaarden terzake geen valstrik zijn, en of zij de wetgeving niet ingewikkelder maken. Ware het niet beter er van uit te gaan dat de verzekerde te goeder trouw handelt, tot het bewijs van het tegendeel wordt geleverd?

*De heer Peter Logghe (VB)* vraagt zich af of de verzekeringsmaatschappijen niet geneigd zullen zijn de kandidaat-verzekerde medisch te laten onderzoeken indien over diens gezondheidstoestand nog maar de minste twijfel bestaat. Zulks zou tot aanzienlijke vertragingen leiden.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* had graag gezien dat de opdeling op grond van de leeftijdscategorie wegvalt. Aangezien de verzekeringskosten voorspelbaar zijn, geeft zij de voorkeur aan een formule waarbij in de eerste jaren na het afsluiten van de overeenkomst reserves worden aangelegd, om te voorkomen dat de premie sterk oploopt naar het levenseinde toe; dat is immers net de periode waarin veel verzekerden over minder inkomsten beschikken en waarin zij tegelijk hun ziekenhuiskostenverzekering het meest nodig hebben. Voorts wenst de spreekster dat de Economische Inspectie zou worden betrokken bij uiteenlopende taken ter bescherming van de consument.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* vraagt de minister of hij de voorkeur geeft aan een wetgevend initiatief dan wel aan een voorstel van de verzekeringssector om het vraagstuk uit te klaren over de 65-plussers die met een forse stijging van hun ziekenhuiskostenverzekeringspremie worden geconfronteerd.

Moeten de revisoren van de verzekeraars toestemming krijgen van die instellingen om de gevraagde cijfergegevens vrij te geven?

Tevens wenst de spreekster te weten hoe het staat met de aanvullende premies in het kader van de collectieve verzekeringsovereenkomsten.

*De heer Joseph George (cdH)* geeft aan dat de oorzaak van bepaalde ziektes moeilijk kan worden achterhaald, wat problemen kan doen rijzen wanneer de verzekerde van verzekeraar wisselt. Door welke overeenkomst worden de kosten dan gedekt? Kon men het indexcijfer van de consumptieprijzen niet gebruiken als medische index, behalve in de gevallen waarin de verzekeringsmaatschappij bewijzen aandraagt? De spreker beklemtoont dat het om een ingewikkelde aangelegenheid gaat, waarin het moeilijk is wetgevend op te treden.

l'objet d'une vérification par le SPF Économie. Le cas échéant, des adaptations de la loi seront envisagées.

*M Jean-Luc Crucke (MR)* se demande si des critères précis en la matière ne constituent pas un piège et une complexification de la législation. Ne faudrait-il s'en remettre à la bonne foi de l'assuré qui ne pourrait être remise en cause que moyennant des preuves?

*M Peter Logghe (VB)* se demande si les compagnies ne risquent pas de demander des examens médicaux au moindre doute sur l'état de santé du candidat, ce qui occasionnerait des retards considérables.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* souhaite que la segmentation en fonction de classes d'âge ne soit pas retenue. Les coûts de l'assurance étant prévisibles, l'intervenante préfère une formule où des réserves sont constituées dans les premières années afin de ne pas gonfler les primes en fin de vie, qui est le moment où nombre d'assurés disposent de moins de ressources et en même temps le moment où ils ont le plus besoin de leur assurance hospitalisation. L'intervenante souhaite par ailleurs que l'Inspection économique puisse être impliquée dans diverses tâches au niveau de la protection du consommateur.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* souhaite savoir si le ministre préfère une initiative législative ou une proposition du secteur des assurances pour clarifier la problématique des personnes de plus de 65 ans confrontées à de fortes hausses de primes.

Par rapport au fait que les réviseurs des sociétés d'assurance fourniront les données chiffrées demandées, devront-ils y être autorisés par les compagnies d'assurance?

Mme Partyka souhaite que soit clarifié le traitement des primes complémentaires versées dans le cadre de contrats d'assurance collectifs.

*M. Joseph George (cdH)* évoque la difficulté de déterminer le fait générateur lors de l'apparition de certaines maladies, ce qui peut poser des problèmes lorsqu'il y a des changements d'assureurs. Quel contrat doit supporter l'intervention? N'aurait-il pas été possible de retenir l'indice des prix à la consommation comme indice médical, sauf éléments probants apportés par la compagnie d'assurance? M. George souligne la complexité de la matière et la difficulté à légiférer.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!) wenst te weten waarom men heeft gekozen voor een kostengerelateerde index. Misschien omdat zulks makkelijk rekent? Volgens hem blijft die methodekeuze niet zonder gevolgen voor de aard van de risico's die de verzekeringsinstelling dekt. Graag had hij gezien dat de in uitzicht gestelde wet oplossingen aandraagt voor de reeds vermelde problemen, zoals wat er gebeurt voor de 65-plussers en de gevallen waarin een ziekte wordt aangegeven binnen twee jaar na het afsluiten van de verzekering.*

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) vraagt dat de wet zou bepalen dat het indexcijfer van de consumptieprijzen zal worden gebruikt, tot een medische index is vastgesteld.*

*De minister stelt voor nogmaals in de commissie aan te treden om uitleg te verschaffen over het mechanisme van de in aanmerking genomen index, vooraleer die wordt goedgekeurd. Hij vraagt het parlement dus om vertrouwen en is bereid het ontwerp van koninklijk besluit terzake aan de commissie voor te leggen.*

Voor het samenbrengen van de gegevens die vereist zijn om de index samen te stellen, moet de minister zich op een wet baseren. Hij zal pas met de gegevensinzamelingsprocedure van start gaan nadat het wetsontwerp is goedgekeurd. Hij wijst erop dat wettelijk is bepaald dat de index van de consumptieprijzen van toepassing is ingeval de medische index niet vóór 1 juli 2009 is goedgekeurd.

Met betrekking tot de methode preciseert hij dat de index is bedoeld om de prijs vast te stellen. Het is dus zinloos zich op prijzen te baseren om de index te bepalen; daarvoor moeten de effectieve kosten van de schadegevallen worden gebruikt.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS) wenst te weten hoe men in het in uitzicht gestelde koninklijk besluit rekening zal houden met het onderscheid tussen een- en tweepersonskamers.*

*De minister preciseert dat het ontwerp van koninklijk besluit binnen twee weken klaar zou moeten zijn.*

#### IV.— ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Art. 1 tot 5

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

*M. Philippe Henry (Ecolo-Groen!) souhaite savoir pourquoi avoir retenu un indice basé sur les coûts. Est-ce pour des raisons de facilité de calcul? M. Henry estime que le choix de cette méthode n'est pas sans conséquence sur la nature de la prise de risque par la compagnie. M. Henry souhaite que des solutions soient apportées dans le projet de loi aux problèmes déjà évoqués tels que le sort des personnes de plus de 65 ans et les déclarations de maladie dans un délai de deux ans.*

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a) souhaite que soit stipulé dans la loi qu'aussi longtemps qu'un indice médical n'aura pas été déterminé, l'indice des prix à la consommation sera utilisé.*

*Le ministre propose de revenir devant la commission, avant l'adoption de l'indice, pour l'informer du mécanisme d'indice retenu. Il demande donc la confiance du Parlement; il est prêt à soumettre le projet d'arrêté royal en la matière à la commission.*

Pour recueillir les données nécessaires à l'établissement de l'indice, le ministre doit s'appuyer sur une loi. Il n'entamera la procédure de recueil des données que lorsque le projet de loi aura été adopté. Il rappelle que si l'indice médical n'est pas adopté pour le 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'indice des prix à la consommation est d'application, comme le prévoit la loi. Par rapport à la méthodologie, il précise que l'indice vise à fixer le prix.

Cela n'a donc pas de sens d'utiliser des prix pour déterminer l'indice. Il convient d'utiliser le coût effectif des sinistres.

*Mme Karine Lalieux (PS) souhaite savoir ce qu'il en est de la prise en compte de la distinction entre chambres doubles et chambres simples dans l'arrêté qui devra être adopté.*

*Le ministre précise qu'un texte de projet d'arrêté devrait être prêt d'ici deux semaines.*

#### IV.—DISCUSSION DES ARTICLES

Art. 1<sup>er</sup> à 5

Ces articles ne suscitent aucun commentaire.

## Art. 5/1 (nieuw)

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) en de heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* dienen amendement nr. 12 (DOC 52 1662/003) in, dat ertoe strekt te bepalen dat het volledige bedrag van de reserve voor veroudering aan de verzekeringnemer moet worden teruggestort, wanneer deze zijn overeenkomst opzegt. Aldus kan worden voorkomen dat de verzekernemer zijn reserve bij een andere verzekeringsmaatschappij van nul moet heropbouwen.

*De minister* is van mening dat werk moet worden gemaakt van een individualisering van de reserves, maar vindt dat een dergelijke ingreep niet via een amendement kan worden uitgevoerd, maar een afzonderlijk wetsontwerp vereist. Een en ander vergt overleg met de sector en met de controlestructuren, inzonderheid de CBFA, teneinde na te gaan hoe de verschillen tussen de maatschappijen moeten worden aangepakt. In tegenstelling tot de sector van de levensverzekeringen, waar de reservemechanismen van de diverse maatschappijen bekend zijn, is niets bekend over de hospitalisatieverzekering – een sector waar de toestand verschilt van maatschappij tot maatschappij.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* vindt het jammer dat dit vraagstuk niet via een amendement kan worden geregeld in het raam van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp.

Volgens *mevrouw Karine Lalieux (PS)* gaat het hier om een heus concurrentieprobleem dat een oplossing vereist, want de niet-restitutie van de reserves voor veroudering maakt van de klanten «gijzelaars» van hun verzekeringsmaatschappij. Ze zal nauwlettend volgen hoe deze aangelegenheid evolueert.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* vindt niet dat deze aangelegenheid bij amendement kan worden geregeld. De minister moet een tekst indienen die terzake een oplossing aanreikt.

## Art. 6

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) en de heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* dienen amendement nr. 2 (DOC 52 1662/002) in, dat ertoe strekt het bij de wet van 20 juli 2007 ingevoegde artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 te vervangen. Aldus komt men tot een eenvormige medische index op grond van de werkelijke prijzenuitvoering van de goederen en diensten die representatief zijn voor wat door de ziekteverzekering wordt gedekt – dus niet op grond van de actuariële methode.

## Art. 5/1 (nouveau)

*L'amendement n° 12 (DOC 52 1662/003) de Mme Van den Bossche et M. Henry* vise à prévoir que le montant de la réserve de vieillissement accumulée soit restitué au preneur d'assurance lorsqu'il met fin à son contrat et ce, afin d'éviter que le preneur d'assurance ne doivent repartir de zéro dans la constitution de réserves dans une autre compagnie.

*Le ministre* estime qu'il faut aller vers l'individualisation des réserves mais estime qu'une telle mesure ne peut se traiter par amendement mais doit faire l'objet d'un projet distinct. Il faut se concerter avec le secteur et les structures de contrôle, en particulier la CBFA pour déterminer comment traiter les différences entre les différentes compagnies. Contrairement au secteur de l'assurance-vie où les mécanismes de réserve des différentes compagnies sont connus, ce n'est pas le cas en assurance hospitalisation où les situations sont différentes d'une compagnie à l'autre.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* regrette que cette question ne soit pas traitée par amendement dans le cadre du projet en discussion.

*Mme Karine Lalieux (PS)* estime qu'il s'agit d'un vrai problème de concurrence qui doit être réglé car la non restitution des réserves de vieillissement rend les clients captifs de leur compagnie d'assurance. Elle suivra la suite qui sera donnée à cette question.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* est d'avis que cette question ne peut pas être solutionnée par un amendement et que le ministre doit revenir avec un texte pour régler cette problématique.

## Art. 6

*L'amendement n° 2 (DOC 52 1662/002) de Mme Van den Bossche et M. Henry* vise à remplacer l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, inséré par la loi du 20 juillet 2007 et ce, afin d'établir un indice médical uniforme basé sur l'évolution réelle des prix des biens et services représentatifs de ce qui est couvert par l'assurance maladie et non pas suivant une méthode actuarielle.

*Mevrouw Katrin Jadin (MR) c.s. dient amendement nr. 14 (DOC 52 1662/003) in, dat strekt tot vervanging van § 3 van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007. Het is de bedoeling dat de Koning, op gezamenlijk voorstel van de ministers die bevoegd zijn voor de sociale zaken en de verzekeringen, alsook na advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, bepaalt volgens welke methode die indexen worden samengesteld. Hij kan er ook de frequentie van opvoeren.*

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V) vestigt de aandacht op de overgangperiode tijdens welke de voorwaarden van de verzekering kunnen worden aangepast: dat kan gevaarlijk zijn voor de verzekerde – vooral dan voor de 65-plussers, die niet meer van verzekeraar kunnen veranderen. Mevrouw Partyka pleit voor een gedragscode die de verzekeringsmaatschappijen oplegt een goedkoper verzekeringsaanbod te doen aan de mensen die hun premie niet meer kunnen betalen. Dat aanbod zou een polis behelzen die minder dekt, maar die wel voorkomt dat de betrokken ouderen van elke hospitalisatieverzekering verstoken blijven, terwijl zij toch jarenlang premies hebben betaald en niet langer van verzekeringsmaatschappij kunnen veranderen.*

*De minister herinnert eraan dat als geen medische index kan worden toegepast, men zal moeten terugvallen op de index van de consumptieprijzen. In verband met de gedragscode voor de verzekeringsmaatschappijen zegt de minister dat zij nu al regels terzake volgen. Wel kan aan nog andere regels worden gedacht. De minister zal de sector dan ook verzoeken, in de eerste plaats ten behoeve van de verzekerden van 65 jaar en ouder, vóór 1 juli 2009 een gedragscode op te stellen om de weerslag van eventuele tariefverhogingen zo klein mogelijk te houden.*

#### Art. 6/1 (nieuw)

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) en de heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!) dienen amendement nr. 3 (DOC 52 1662/002) in, dat strekt tot vervanging van artikel 138bis-5 van de wet van 25 juni 1992, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007. Het is immers niet makkelijk een diagnose te stellen voor ziekten waarvan de symptomen zich al hebben geuit, zonder dat de patiënt er zich rekenschap van heeft gegeven, of zonder dat de arts al een verband heeft gelegd met een bepaalde ziekte. Daarenboven kan er een hele discussie ontstaan over de vraag of bepaalde symptomen al dan niet een voorbode zijn van een aandoening of ziekte. Daarom wordt voorgesteld te preciseren dat de relevante gegevens die een verzekeringnemer aangaande zijn gezondheidstoestand*

*L'amendement n° 14 (DOC 52 1662/003) de Mme Jadin et consorts vise à remplacer le paragraphe 3 de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, inséré par la loi du 20 juillet 2007 et ce, afin que le Roi détermine, sur proposition conjointe des ministres ayant les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions, et après consultation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, la méthode de construction de ces indices. Il pourra aussi en augmenter la fréquence.*

*Mme Katrien Partyka (CD&V) évoque la période transitoire pendant laquelle des modifications des conditions de l'assurance peuvent être opérées, ce qui peut être dangereux pour l'assuré, en particulier les personnes de plus de 65 ans qui ne peuvent plus changer de compagnie. Mme Partyka souhaite que soit prévu un code de conduite en vertu duquel les compagnies d'assurance proposeraient une offre d'assurance moins chère aux assurés qui ne sont plus en mesure de payer leur prime. Cette offre porterait sur une police comportant moins de couvertures mais permettrait néanmoins à ces personnes âgées de ne pas se retrouver dépourvues de toute assurance hospitalisation alors qu'elles ont payé des primes pendant des années et ne peuvent plus changer de compagnie.*

*Le ministre rappelle que si un indice médical ne peut être mis en œuvre, il est prévu de revenir à un indice des prix à la consommation. S'agissant du code de conduite pour les compagnies, le ministre répond qu'elles appliquent d'ores et déjà des règles en la matière. Il pourrait être envisagé d'en prévoir d'autres. Aussi, le ministre demandera au secteur d'élaborer un code de conduite visant à minimiser l'impact d'éventuelles hausses tarifaires avant le premier juillet 2009, principalement à destination des assurés de 65 ans et plus.*

#### Art. 6/1 (nouveau)

*L'amendement n° 3 (DOC 52 1662/002) de Mme Van den Bossche et M. Henry (Ecolo-Groen!) vise à remplacer l'article 138bis-5 de la loi du 25 juin 1992, inséré par la loi du 20 juillet 2007. Il n'est pas évident de porter un diagnostic pour les maladies dont les symptômes se sont déjà manifestés, sans que l'intéressé s'en soit rendu compte, ou pour lesquelles un médecin n'a pas encore établi le lien avec une maladie déterminée. En outre, il peut y avoir polémique concernant la question de savoir si certains symptômes constituent ou non un signe précurseur d'une affection ou d'une maladie. Il est dès lors proposé de préciser que les données pertinentes qu'un preneur d'assurance doit communiquer à un assureur lors de la conclusion d'un contrat concernant*



aan een verzekeraar moet meedelen bij het sluiten van een overeenkomst, uitsluitend betrekking kunnen hebben op een gediagnosticeerde ziekte of aandoening.

*De heer Filip Nicolaï, vertegenwoordiger van de FOD Economie*, licht toe dat de wet-Vewilghen al een grote stap vooruit betekende aangaande het in aanmerking nemen van de vooraf bestaande aandoeningen. Vóór de inwerkingtreding van die wet kon de vooraf bestaande toestand worden ingeroepen gedurende de ganse duur van de ziekteverzekering. De spreker onderstreept dat als de uitsluitingen alleen maar betrekking hebben op gediagnosticeerde ziekten, de verzekerden de verzekeringsondernemingen moeten toestaan bij hun huisarts hun medisch dossier te raadplegen met betrekking tot de twee jaar voorafgaand aan de ondertekening van de overeenkomst. Kennelijk zouden de patiënten daar vrij weigerachtig tegenover hebben gestaan.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* stipt aan dat de patiënt de verdediging van zijn recht verzekerd te zijn, belangrijker vindt dan de vertrouwelijkheid van zijn medische gegevens.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* vraagt of de FOD Economie een studie kan uitvoeren om beter te kunnen inschatten hoeveel overeenkomsten gedurende de twee jaar na de ondertekening ervan werden opgezegd.

Volgens *de minister* kan bij de ombudsdienst snel om een dergelijke studie worden verzocht.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* wenst dat ook de FOD Economie aan die studie deelneemt, want de ombudsman heeft alleen maar weet van de dossiers in verband waarmee klacht bij hem werd ingediend. Het is echter best mogelijk dat heel wat mensen hun overeenkomst hebben opgezegd zonder eerst een beroep te doen op de ombudsman.

*De heer Willem-Frederik Schiltz (Open Vld)* is van oordeel dat de wet een evenwicht moet scheppen tussen de rechten en belangen van de beide partijen. Dat evenwicht is echter moeilijk te vinden. Volgens de heer Schiltz is het in bepaalde extreme gevallen waarin een verzekerde aan een nog niet gediagnosticeerde ziekte lijdt op het ogenblik dat hij de overeenkomst sluit, redelijkerwijs onmogelijk dat hij vóór de sluiting van de overeenkomst geen arts heeft geraadpleegd. Voor dergelijke extreme gedragingen mag geen recht op dekking openstaan. De wet moet ervoor zorgen dat de risico's op fraude worden beperkt.

*De heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* vindt dat als dat knelpunt maar voor weinig mensen rijst, er geen bezwaar tegen zou mogen zijn om het te regelen. In

son état de santé ne peuvent porter que sur une maladie ou une affection diagnostiquée.

*M Filip Nicolaï, représentant du SPF Économie*, précise que la loi Verwilghen a constitué une avancée importante en matière de prise en compte d'affections pré-existantes alors qu'auparavant, la situation pré-existante pouvait être invoquée pendant toute la durée de l'assurance-maladie. L'intervenant souligne que si les exclusions ne peuvent se rapporter qu'à des maladies diagnostiquées, les assurés doivent permettre aux entreprises d'assurances de consulter leur dossier médical auprès de leur médecin traitant lors des deux années préalables à la date de conclusion du contrat. Il apparaît que les patients se montraient assez réticents par rapport à cette perspective.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* fait remarquer que le patient donne la priorité à la défense de ses droits à être couverts par l'assurance plutôt qu'à la confidentialité de données médicales le concernant.

*Mme Karine Lalieux (PS)* souhaite savoir si le SPF Économie peut réaliser une étude permettant de mieux cerner le nombre de contrats qui ont été résiliés lors des deux premières années de leur conclusion.

*Le ministre* estime qu'une telle étude peut être demandée au service de l'ombudsman dans un délai rapide.

*Mme Karine Lalieux (PS)* souhaite que le SPF Économie soit aussi partie prenante car l'ombudsman n'a trace que des dossiers pour lesquels une plainte lui a été adressée. Or, il se peut que nombre d'assurés aient résilié leur contrat sans passer par l'ombudsman.

*M. Willem-Frederik Schiltz (Open Vld)* fait remarquer que la loi doit constituer un équilibre entre les droits et intérêts des deux parties et que cet équilibre est difficile à trouver. M Schiltz estime que dans certains cas extrêmes, l'assuré qui souffre d'une maladie non encore diagnostiquée au moment de la conclusion du contrat d'assurance ne peut pas raisonnablement ne pas avoir consulté un médecin préalablement à la conclusion de son contrat. De tels comportements extrêmes ne doivent pas pouvoir donner droit à couverture. La loi doit veiller à limiter les risques de fraude.

*M Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* estime que si ce problème concerne peu de personnes, il ne devrait pas y avoir d'objection à le régler. Si davantage de personnes

dien het meer mensen aanbelangt, betekent dat dat het vraagstuk ernstiger is en dat ook daarvoor dus een oplossing moet worden aangereikt. Volgens de heer Henry moet die aangelegenheid in alle gevallen worden verholpen zonder dat daarover een studie moet worden ingewacht van de FOD Economie.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* voegt daaraan toe dat het voor de artsen niet altijd gemakkelijk is een duidelijke diagnose te stellen. Misschien zou een oplossing kunnen worden gevonden binnen de voor de chronisch zieken bedoelde bemiddelingsinstantie. De spreekster beklemtoont dat de index niet tot plotse premieverhogingen mag leiden, en dat hij zo goed mogelijk de daadwerkelijke evolutie van de kosten voor geneeskundige verzorging moet weerspiegelen.

*De heer Jean-Luc Crucke (MR)* merkt op dat de commissie op eigen initiatief de ombudsman een opdracht kan geven.

#### Art. 7

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) en de heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* dienen amendement nr. 4 (DOC 52 1662/002) in, dat ertoe strekt een punt 1°/1 in te voegen, teneinde erin te voorzien dat alleen de kosten die rechtstreeks verband houden met een op het moment van de sluiting van het contract gediagnosticeerde ziekte of handicap kunnen worden uitgesloten.

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* vraagt hoe het momenteel staat met de ziekten die voortvloeien uit een op het moment van de sluiting van het contract gediagnosticeerde ziekte of handicap. Het lid wenst dat die ziekten niet van dekking mogen worden uitgesloten.

*De minister* onderstreept dat het begrip «rechtstreeks verband houden» voor interpretatie vatbaar is, en hij pleit ervoor de huidige tekst te behouden.

*Mevrouw Katrien Partyka (CD&V) c.s.* dient amendement nr. 15 (DOC 52 1662/003) in, dat ertoe strekt de limietdata van de periode waarbinnen de verzekeringsmaatschappijen verplicht zijn de chronisch zieken of gehandicapten een ziekenhuisopnameverzekering te bieden en waarbinnen de desbetreffende evaluatie moet plaatsvinden, met één jaar te verlengen. Aangezien de evaluatie zal moeten gaan over het vraagstuk of continu veel vraag is naar een dergelijke verzekering voor geneeskundige verzorging, is een daadwerkelijke evaluatieperiode van twee jaar bovendien raadzamer.

sont concernées, cela signifie que la problématique est plus sérieuse et une solution doit dès lors aussi être apportée. M Henry est d'avis que la question doit dans tous les cas être solutionnée sans qu'il faille attendre l'étude du SPF Économie sur le sujet.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* ajoute que poser un diagnostic clair n'est pas toujours chose simple pour les médecins. Peut-être une solution pourrait-elle être trouvée dans le cadre de l'organe de conciliation prévu pour les maladies chroniques. L'intervenante souligne que l'indice doit être tel qu'il ne génère pas de brusques hausses des primes et qu'il reflète le mieux possible l'évolution effective des coûts médicaux.

*M Jean-Luc Crucke (MR)* fait remarquer que la commission peut d'initiative charger l'ombudsman d'une mission.

#### Art. 7

*L'amendement n° 4 (DOC 52 1662/002) de Mme Van den Bossche et M. Henry (Ecolo-Groen!)* vise à insérer un point 1°/1 afin de prévoir que seuls les coûts directement liés à une maladie ou à un handicap diagnostiqué au moment de la conclusion du contrat peuvent être exclus.

Qu'en est-il aujourd'hui des maladies qui découlent d'une maladie ou d'un handicap diagnostiqués au moment de la conclusion du contrat? Mme Van den Bossche souhaite que ces maladies ne puissent pas être exclues de la couverture.

*Le ministre* souligne que la notion de «directement liés» est sujette à interprétation et préconise de conserver le texte actuel.

*L'amendement n° 15 (DOC 52 1662/003) de Mme Partyka et consorts* vise à reporter d'une année les dates limites de la période pendant laquelle les compagnies d'assurance sont obligées de proposer aux malades chroniques ou aux personnes handicapées une assurance hospitalisation, ainsi que de l'évaluation y relative. En outre, compte tenu que l'évaluation devra porter sur l'existence d'une demande continue et importante d'une telle assurance soins de santé, une période d'évaluation effective de deux ans est plus indiquée.

## Art. 8 tot 10

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 10/1 (*nieuw*)

*De dames Kattrin Jadin (MR) en Katrien Partyka (CD&V)* dienen *amendement nr. 16* (DOC 52 1662/003) in, dat ertoe strekt in artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen een tweede lid in te voegen. Dat amendement beoogt verzekeringsondernemingen die uitzonderlijke en zware verliezen lijden, de mogelijkheid te bieden bij de CBFA een aanvraag in te dienen om hun tarieven te verhogen en opnieuw een financieel evenwicht te bereiken. Mevrouw Jadin voegt daaraan toe dat dit nu al geldt voor de ziekenfondsen.

Volgens *mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a)* biedt dat amendement de verzekeringsmaatschappijen een uitweg om de tarieven tot boven het indexcijfer op te trekken.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* acht dat amendement problematisch omdat het de verzekeringsmaatschappijen de gelegenheid biedt hun financieel evenwicht te herstellen ten nadele van de verzekerden.

Volgens *mevrouw Katrien Partyka (CD&V)* perkt dit amendement in hetgeen oorspronkelijk reeds bij de wet-Verwilghen was bepaald.

*De minister* preciseert dat dezelfde regeling voor de ziekenfondsen geldt in relevante en uitzonderlijke gevallen, en dat dit geen moeilijkheden doet rijzen. De tariefstijgingen zullen voor akkoord worden voorgelegd aan de CBFA. Momenteel kan de CBFA tariefverhogingen eisen; het amendement voorziet erin dat de maatschappijen daarom mogen verzoeken.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* repliceert dat de minister het indexcijfer vaker dan eenmaal per jaar kan herzien. Waarom wordt dan in de mogelijkheid voorzien tariefverhogingen tot boven het indexcijfer aan te vragen?

*De minister* licht toe dat het de bedoeling is met de instemming van de CBFA tegemoet te komen aan specifieke en bijzondere omstandigheden.

Art. 10/2 (*nieuw*)

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) en de heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* dienen *amendement nr. 5* (DOC 52 1662/002) in, dat strekt tot aanvulling van

## Art. 8 à 10

Ces articles ne suscitent aucun commentaire.

Art. 10/1 (*nouveau*)

*L'amendement n°16* (DOC 52 1662/003) de *Mmes Jadin et Partyka* vise à insérer un alinéa 2 au paragraphe 2 de l'article 21*octies* de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances. Cet amendement vise à permettre aux entreprises d'assurances subissant des pertes exceptionnelles et graves de pouvoir faire une demande à la CBFA en vue de pouvoir augmenter leurs tarifs et de revenir à l'équilibre financier. Mme Jadin ajoute que cela est d'application pour les mutualités.

*Mme Freya Van den Bossche (sp.a)* estime que cet amendement offre un échappatoire aux compagnies d'assurance pour augmenter les tarifs au-delà de l'indice.

*Mme Karine Lalieux (PS)* estime que cet amendement pose problème dans la mesure où il permet aux compagnies de rétablir leur équilibre financier sur le dos des assurés.

*Mme Katrien Partyka (CD&V)* estime que cet amendement rend plus restrictif ce qui était déjà prévu à l'origine dans la loi Verwilghen.

*Le ministre* précise que le même mécanisme est d'application pour les mutualités en cas de circonstances significatives et exceptionnelles et ne pose pas de problème. Les hausses de tarifs seront soumises à l'accord de la CBFA. Aujourd'hui, la CBFA peut exiger des hausses de tarifs; l'amendement prévoit que cela puisse être demandé par les compagnies.

*Mme Karine Lalieux (PS)* réplique que le ministre peut revoir l'indice plus qu'annuellement. Pourquoi dès lors encore prévoir la possibilité de solliciter des hausses de tarifs au-delà de l'indice?

*Le ministre* précise qu'il s'agit de répondre à des situations spécifiques et particulières, après accord de la CBFA.

Art. 10/2 (*nouveau*)

*L'amendement n° 5* (DOC 52 1662/002) de *Mme Van den Bossche et M. Henry* vise à compléter l'article 138*bis*-9, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 25 juin 1992, inséré par la loi

het bij de wet van 20 juli 2007 ingevoegde artikel 138bis-9, § 1. Bedoeling daarvan is duidelijk te stellen dat de bijkomende premie toebehoort aan de hoofdverzekerde, en dat de betrokkene die premie meeneemt wanneer hij van verzekeringsmaatschappij verandert.

Art. 10/3 (*nieuw*)

*Mevrouw Freya Van den Bossche (sp.a) en de heer Philippe Henry (Ecolo-Groen!)* dienen amendement nr. 13 (DOC 52 1662/002) in, dat ertoe strekt de termijn om van een collectieve ziekenhuisopnameverzekering op een individuele polis over te schakelen, van 30 op 60 dagen te brengen. Die verlenging is verantwoord gezien de moeilijke omstandigheden waarin de betrokkenen verkeren.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* vraagt zich af of het de verzekeringsmaatschappij niet toekomt de verzekerde in te lichten.

*De minister* meent dat de werkgever in de beste positie verkeert om de betrokken verzekerden te informeren. Een verlenging van de termijn dreigt er alleen maar voor te zorgen dat almaar meer verzekerden het dossier uit het oog verliezen en dus vergeten hun keuze kenbaar te maken.

*De heer Willem-Frederik Schiltz (Open Vld)* stelt voor dat de overgangperiode kan worden verlengd zo de verzekerde daar uitdrukkelijk om verzoekt.

*Mevrouw Sofie Staelraeve c.s.* dienen amendement nr. 17 (DOC 52 1662/003) in, dat ertoe strekt de verzekerde het recht te geven de oorspronkelijke termijn waarbinnen hij zijn keuze om de overeenkomst individueel voort te zetten kenbaar moet maken, met 30 dagen te verlengen, mits hij de verzekeraar er schriftelijk of elektronisch van in kennis stelt dat hij van dat recht gebruik wenst te maken.

*De minister* stipt aan dat het recht op een verlenging van de termijn zal worden vermeld in de informatie die aan de verzekerden moet worden verstrekt.

Art. 11

*Amendement nr. 1* (DOC 52 1662/002) van *mevrouw Van den Bossche en de heer Henry* strekt ertoe tot juni 2009 elke premieverhoging uit te sluiten.

du 20 juillet 2007 et ce, afin de prévoir clairement que la prime complémentaire appartient à l'assuré principal et l'accompagne lorsqu'il change de compagnie.

Art. 10/3 (*nouveau*)

*L'amendement n° 13* (DOC 52 1662/003) de *Mme Van den Bossche et M. Henry* vise à porter de 30 à 60 jours le délai pour passer d'un contrat collectif d'assurance hospitalisation à un contrat individuel. Cet allongement se justifie par les circonstances difficiles dans lesquelles se trouvent les personnes.

*Mme Karine Lalieux (PS)* se demande s'il ne revient pas à la compagnie d'assurances d'informer l'assuré.

*Le ministre* estime que l'employeur est le mieux placé pour informer les assurés concernés. S'agissant du délai, un allongement risque de générer un plus grand nombre d'oublis de la part de personnes qui laisseraient le dossier de côté.

*M. Willem-Frederik Schiltz (Open Vld)* suggère de prévoir une période prolongeable sur demande de l'assuré.

*L'amendement n° 17* (DOC 52 1662/003) de *Mme Sofie Staelraeve et consorts* vise à prévoir que l'assuré dispose du droit de prolonger de 30 jours le délai initial dans lequel l'assuré doit communiquer sa décision de poursuivre le contrat à titre individuel, à condition d'en informer par écrit ou par voie électronique l'assureur.

*Le ministre* précise que ce droit de prolonger le délai sera mentionné dans l'information à donner aux assurés.

Art. 11

*L'amendement n° 1* (DOC 52 1662/002) de *Mme Van den Bossche et M. Henry* vise à ne pas permettre des augmentations de primes jusqu'en juin 2009.

Art. 12 en art. 12/1 tot 12/5 (*nieuw*)

Mevrouw Freya Van den Bossche (*sp.a*) en de heer Philippe Henry (*Ecolo-Groen!*) dienen de amendementen nrs. 6 tot 11 (DOC 52 1662/002) in. Ze strekken ertoe de Economische Inspectie te belasten met een controleopdracht en zo nodig een waarschuwings- en sanctieopdracht in verband met de inachtneming van de wet. Uiteraard oefent de CBFA bepaalde controles uit, maar inzake de bescherming van de consument is controle door de Economische Inspectie meer aangewezen. Voorts strekken de amendementen ertoe te voorzien in een waarschuwingsprocedure ten aanzien van de overtreder van de bepalingen van deze wet, alsook in een vordering tot staking.

De minister wijst erop dat binnenkort een wetsvoorstel zal worden uitgewerkt dat de wet op de CBFA moet aanpassen; voorts heeft hij geen a priori aangaande de instantie die met de consumentenbescherming zou worden belast. Het gaat evenwel over een ruim vraagstuk, waarbij ook het bankwezen betrokken is. Het is dan ook niet aangewezen deze kwestie via een reparatiewet af te handelen. De minister voegt eraan toe dat het toezicht op financiële producten en verzekeringen hoe langer hoe meer geïntegreerd is. Het directiecomité van de CBFA telt vertegenwoordigers van het directiecomité van de NBB. Voorts werd er een Raad van Toezicht ingesteld, alsook een Hoge Autoriteit, die wordt voorgezeten door de gouverneur van de NBB. De minister wijst er meteen op dat men voor een goede onderlinge informatiedoorstroming moet zorgen als men aan diverse actoren opdrachten toevertrouwt. Met veel actoren is zulks niet evident. Een werkgroep zal zich beraden over de hele financiële architectuur, waarbij de bescherming van de consument een grote rol zal spelen.

## Art. 13

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## V — STEMMINGEN

## Art. 1 tot 5

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Art. 5/1 (*nieuw*)

Amendement nr. 12 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen.

Art. 12 et art. 12/1 à 12/5 (*nouveaux*)

Les amendements 6 à 11 (DOC 52 1662/002) de Mme Van den Bossche et M. Henry visent à confier à l'Inspection économique une mission de contrôle et le cas échéant, d'avertissement et de sanction, sur le respect de la loi. La CBFA exerce certes des contrôles mais en matière de protection du consommateur, un contrôle par l'Inspection économique est plus indiqué. Les amendements prévoient aussi une procédure d'avertissement au contrevenant aux dispositions de cette loi et une action en cessation.

Le ministre précise qu'une proposition en vue d'adapter la loi sur la CBFA sera prochainement élaborée et qu'il n'a pas d'a priori quant à l'instance qui sera chargée de la protection du consommateur. Cependant, il s'agit d'une problématique large, qui concerne aussi le secteur bancaire. Il n'est dès lors pas indiqué de traiter cette question dans une loi réparatrice. Le ministre ajoute que la structure des instances de contrôle en matière financière et d'assurances a évolué dans le sens de l'intégration. Le Comité de direction de la CBFA comprend des représentants du Comité de direction de la BNB et un Conseil de surveillance a été mis en place. Une Haute autorité présidée par le Gouverneur de la BNB a été instaurée. Le ministre ajoute que lorsque des missions sont confiées à des acteurs différents, il faut s'assurer que l'information va bien circuler entre eux. La multiplicité des acteurs n'en est pas le meilleur garant. Un groupe de travail s'est vu confier la mission de réfléchir à toute l'architecture financière et la protection du consommateur y tiendra un rôle majeur.

## Art. 13

Cet article ne suscite aucun commentaire.

## V.— VOTES

Art. 1<sup>er</sup> à 5

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 5/1 (*nouveau*)

L'amendement n° 12 est rejeté par 10 voix contre 4.

## Art. 6

Amendement nr. 2 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 14 wordt aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen.

Art. 6/1 (*nieuw*)

Amendement nr. 3 wordt verworpen met 9 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 7

Amendement nr. 4 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 15 wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 8 tot 10

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Art. 10/1 (*nieuw*)

Amendement nr. 16 wordt aangenomen met 9 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Art. 10/2 (*nieuw*)

Amendement nr. 5 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen.

Art. 10/3 (*nieuw*)

Amendement nr. 13 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 17 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 11

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

## Art. 6

L'amendement n° 2 est rejeté par 10 voix contre 4.

L'amendement n° 14 est adopté par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article ainsi amendé est adopté par 10 voix contre 4.

Art. 6/1 (*nouveau*)

L'amendement n° 3 est rejeté par 9 voix contre 4 et 1 abstention.

## Art. 7

L'amendement n° 4 est rejeté par 10 voix contre 4.

L'amendement n° 15 est adopté à l'unanimité.

L'article ainsi amendé est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

## Art. 8 à 10

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 10/1 (*nouveau*)

L'amendement n° 16 est adopté par 9 voix contre 4 et 1 abstention.

Art. 10/2 (*nouveau*)

L'amendement n° 5 est rejeté par 10 voix contre 4.

Art. 10/3 (*nouveau*)

L'amendement n° 13 est retiré.

L'amendement n° 17 est adopté à l'unanimité.

## Art. 11

L'amendement n° 1 est rejeté par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

Het artikel wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

Art. 12

Amendement nr. 6 wordt verworpen met 10 tegen 4 stemmen.

Het artikel wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

Art. 12/1 tot 12/5 (*nieuw*)

De amendementen nrs. 7 tot 11 worden achtereenvolgens verworpen met 10 tegen 4 stemmen.

Art. 13

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen tegen 1.

\*  
\* \*

Het gehele aldus geamendeerde wetsontwerp wordt, nadat enkele wetgevingstechnische verbeteringen werden aangebracht, aangenomen met 10 tegen 4 stemmen.

*De rapporteur,*

Katrin JADIN

*De voorzitter,*

Bart LAEREMANS

L'article est adopté par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

Art. 12

L'amendement n° 6 est rejeté par 10 voix contre 4.

L'article est adopté par 10 voix contre 4.

Art. 12/1 à 12/5 (*nouveaux*)

Les amendements 7 à 11 sont successivement rejetés par 10 voix contre 4.

Art. 13

L'article est adopté par 13 voix contre 1.

\*  
\* \*

L'ensemble du projet de loi, tel qu'amendé et moyennant quelques corrections d'ordre légistique, est adopté par 10 voix contre 4.

*Le rapporteur,*

Katrin JADIN

*Le président,*

Bart LAEREMANS