

Chambre des représentants

Kamer van volksvertegenwoordigers

Question Parlementaire

Parlementaire Vraag

Document : 55 0000201900067

Session / zitting :

00002019 (SE)

00002019 (BZ)

Dépôt / Geregistreerd : 10/07/2019

Auteur : VAN PEEL Valerie

Départements interrogés Bevraagde departementen	N° de question Vraagnummer	Fin délai Einde termijn
6 M. Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie M. Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration	28	09/08/2019

### **Financiering van de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen.**

Ziekenfondsen kunnen eenzijdig beslissen om de premies te verhogen voor hun leden die aangesloten zijn bij een vrijwillige aanvullende verzekering (bijvoorbeeld voor tandzorg). Eind 2018 gebeurde dat bij enkele ziekenfondsen. Bart De Ruyscher, directeur van MOB Verzekeringen van de CM, vertelde over die beslissing het volgende in *De Standaard*: "We betalen nu ongeveer evenveel uit als er premies binnenkomen. We hebben dus onvoldoende budget voor onze werking en voor de opbouw van reserves. We hadden niet voorzien dat de kosten voor verzorging buiten het ziekenhuis zo fel zouden stijgen."

De verhoging van de premies komt dus voort uit een financiële noodzaak, omdat de ziekenfondsen over onvoldoende budget zouden beschikken. De financiering van de aanvullende vrijwillige verzekering bleef ook een beetje buiten beeld in de evaluatierapporten van het Rekenhof rond de financiering van de ziekenfondsen. Graag verneem ik of wij zeker weten dat er geen middelen van het jaarlijkse forfait van één miljard euro doorstromen naar de maatschappijen voor onderlinge bijstand (MOB) die deze aanvullende verzekeringen aanbieden.

Enerzijds stelt de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering dat de administratiekosten, waarvoor dit jaarlijkse forfait toegekend wordt, omschreven wordt als "de uitgaven die voortvloeien uit de toepassing van deze gecoördineerde wet" met uitzondering van de prestaties zelf. Hieruit kan men afleiden dat de werkingskosten in het kader van de niet-verplichte verzekeringen niet met het jaarlijkse forfait van één miljard euro zouden moeten worden betaald.

Anderzijds, uit de rapporten van het Rekenhof weten we dat het nog steeds volkomen onduidelijk is hoe de landsbonden deze werkingsmiddelen verdelen. Of om het Rekenhof nog eens te citeren: "Om meer inzicht te krijgen in de evolutie van de werkingskosten, voorzag het

regeerakkoord dat het RIZIV en de controledienst de kostenstructuur van de ziekenfondsen samen zouden doorlichten. Deze controlediensten stelden bij hun voorbereidende werkzaamheden vast dat zij over onvoldoende gegevens beschikten om deze analyse uit te voeren. Vanuit de toekenning van een forfait, is het strikt genomen niet vereist dat de ziekenfondsen bijkomende verantwoording afleggen."

1. Welke financiële bronnen gebruiken de MOB's om de werkingskosten te financieren die zij maken in het kader van het beheer van de vrijwillige aanvullende verzekeringen?

2. Zijn er wettelijke of andere reglementaire bepaling die de ziekenfondsen of landsbonden verbieden om middelen van de jaarlijkse forfaitaire vergoeding die ze van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) ontvangen door te laten stromen naar de MOB's voor het beheer van de vrijwillig aanvullende verzekeringen? Eventueel op straffe van sanctie?

3. Heeft de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) of het RIZIV een zicht op de mate waarin de jaarlijkse forfaitaire vergoeding aan de verzekeringsinstellingen gebruikt wordt om de werkingskosten die de MOB's maken in het kader van de vrijwillige aanvullende verzekeringen te financieren?

4. Bart De Ruyscher zei in de pers dat de premieverhoging noodzakelijk was wegens "onvoldoende budget voor [de] werking en voor de opbouw van reserves". De CDZ heeft een hogere premie toegestaan, maar zou hierover beslist hebben op basis van de stijging van de medische index, die de stijging van de kosten in de gezondheidszorg volgt, niet de stijging van de werkingskosten van de MOB's.

a) Kan de CDZ ook toelating geven aan de MOB's om de premies voor hun vrijwillige verzekeringen te verhogen op basis van het argument dat dit nodig is om stijgende werkingskosten te ondervangen? Of staan zij een dergelijke stijging van de premies enkel toe op basis van een stijging van de kosten in de gezondheidszorg zelf?

b) Is de CDZ van oordeel dat de werkingskosten waarover de MOB's beschikken lager liggen dan wat noodzakelijk is om hun werking te kunnen financieren?



DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID  
LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE

## **Antwoord op de parlementaire vraag nr. 28 van 10 juli 2019 van mevrouw VAN PEEL Valerie, Volksvertegenwoordiger**

---

De verzekeringsproducten die door de ziekenfondsen worden aangeboden aan hun leden-verzekerden zijn ondergebracht in afzonderlijke juridische entiteiten, zogenaamde verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOB's). De producten die door de VMOB's worden aangeboden zijn hoofdzakelijk hospitalisatieverzekeringen, terugbetalingen van ambulante zorgen en tandverzorging. Deze entiteiten zijn onderworpen aan dezelfde wettelijke bepalingen als de private verzekeringsmaatschappijen die gelijkaardige verzekeringsproducten aanbieden.

De enige financieringsbron van deze VMOB's zijn de premies die door de verzekerden worden betaald. Hiermee dient men niet alleen de schadegevallen te vergoeden, maar dient men ook de werkingskosten te dekken. Er is dus geen enkele financiering vanuit het forfait administratiekosten dat in het kader van de verplichte verzekering door het RIZIV wordt gestort aan de ziekenfondsen.

Behoudens in een aantal uitzonderingen die bij wet werden vastgelegd, mag een verzekeraar in principe de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen (cf. artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen).

De premie-aanpassing die doorgevoerd wordt vanaf 1 januari 2019 voor het verzekeringsproduct MediKo Plan maakt een uitzonderlijke maatregel uit, waartoe beslist werd door de Controledienst voor de ziekenfondsen, om het tarief voor dit product op termijn weer in evenwicht te brengen. Deze uitzonderlijke maatregel is voorzien in de verzekeringswetgeving (het betreft meer bepaald een toepassing van artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen). Deze maatregel kan enkel worden doorgevoerd wanneer het tarief van een verzekeringsproduct verlieslatend is of dreigt te worden. Naast een aanpassing van de premies, kan het in evenwicht brengen van het tarief eveneens een aanpassing van de dekkingsvoorwaarden inhouden.

Bij de beoordeling van een dergelijk dossier, wordt rekening gehouden met de globale financiële toestand van de VMOB en het desbetreffende verzekeringsproduct in het bijzonder. Vermits de premie zowel de schadegevallen dient te dekken als de werkingskosten is de beslissing van de Controledienst dan ook gebaseerd op de som van beiden, en niet op enkel het luik schadegevallen of het luik werkingskosten. Dit geldt trouwens ook voor de jaarlijkse toepassing van de index der consumptieprijzen

of de medische index. De toename van de premies die hieruit voortvloeit moet immers ook de toename van zowel de schadegevallen als de werkingskosten dekken.

Het in evenwicht brengen van de tarieven staat volledig buiten de toepassing van de premie-indexeringen die een ziektekostenverzekeraar jaarlijks kan doorvoeren op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen, of op grond van de medische index (als deze laatste index hoger is). Het in evenwicht brengen van de tarieven wordt slechts doorgevoerd indien voornoemde indexeringen niet volstaan om het financieel evenwicht op termijn te waarborgen.

## **Réponse à la question parlementaire n° 28 du 10 juillet 2019 de Madame VAN PEEL Valerie, Députée**

---

Les produits d'assurance offerts par les mutualités à leurs membres/assurés le sont par l'intermédiaire d'entités juridiques distinctes, à savoir des sociétés mutualistes d'assurance (SMA). Les produits offerts par les SMA sont principalement des assurances hospitalisation, des remboursements de soins ambulatoires et des assurances soins dentaires. Ces entités sont soumises aux mêmes dispositions légales que les entreprises d'assurance privées qui offrent des produits similaires.

La seule source de financement de ces SMA sont les primes payées par les assurés. Celles-ci contribuent non seulement à indemniser les sinistres, mais aussi à couvrir les frais de fonctionnement. Il n'y a donc pas le moindre financement à l'aide du forfait des frais d'administration qui est versé par l'INAMI aux mutualités dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Hormis quelques exceptions prévues par la loi, un assureur ne peut en principe plus modifier les bases techniques de la prime et les conditions de couverture après la conclusion d'un contrat d'assurance maladie (cf. art. 204 de loi du 4 avril 2014 relative aux assurances).

L'adaptation de prime appliquée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour le produit d'assurance MediKo Plan constitue une mesure d'exception qui a été décidée par l'Office de contrôle des mutualités, afin de rééquilibrer à terme le tarif de ce produit. Cette mesure exceptionnelle est prévue dans la législation relative aux assurances (il s'agit concrètement d'une application de l'article 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance). Cette mesure ne peut être appliquée que lorsque le tarif d'un produit d'assurance est déficitaire ou menace de le devenir. Outre une adaptation des primes, la mise en équilibre du tarif peut également impliquer une adaptation des conditions de couverture.

Lors de l'évaluation d'un tel dossier, il est tenu compte de la situation financière globale de la SMA et du produit d'assurance concerné en particulier. Étant donné que la prime doit couvrir tant les sinistres que les frais de fonctionnement, la décision de l'Office de contrôle se base porte sur l'ensemble des deux volets, et pas uniquement sur le volet sinistres ou le volet frais de fonctionnement. Cela vaut d'ailleurs également pour l'adaptation annuelle à l'indice des prix à la consommation ou à l'indice médical. L'augmentation des primes qui en découle doit en effet également couvrir la hausse tant des coûts liés aux sinistres que des frais de fonctionnement.

La mise en équilibre des tarifs est une mesure qui est prise en dehors des indexations de prime qu'un assureur en soins de santé peut appliquer annuellement sur la base de l'indice des prix à la consommation ou de l'indice médical (si ce dernier index est plus élevé). La mise en équilibre des tarifs n'est effectuée que si les indexations susvisées ne suffisent pas pour assurer l'équilibre financier à terme.

**De Minister,**

**La Ministre,**

**Maggie DE BLOCK**