

## VERZEKERAARS EN ZIEKENFONDSEN

# Steeds meer concurrenten van elkaar

De markt van de aanvullende ziekteverzekering is weinig rendabel, maar vormt niettemin het strijdtoneel van een harde concurrentie tussen verzekeraars en ziekenfondsen. Door de wet van 26 april 2010 werden de kaarten echter geschud.

**ZIEKTEVERZEKERING**

Reportage: Laurent Feiner

**D**e aanvullende ziekteverzekering is een facultatieve verzekering die kan worden afgesloten bij een verzekeraar (individueel of via een groepsverzekering), of bij een ziekenfonds of mutualiteit (in België zijn er vijf landsbonden: de christelijke, socialistische en liberale mutualiteiten, het neutraal ziekenfonds en het onafhankelijk ziekenfonds). Momenteel zijn 8 miljoen Belgen verzekerd, waarvan 2,8 miljoen bij de ziekenfondsen.

**Andere filosofie**

De producten die worden aangeboden door de ziekenfondsen zijn geïnspireerd op een heel andere filosofie dan de producten van de verzekeraars.

Voor de ziekenfondsen is de activiteit gebaseerd op voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit, zonder winstoogmerk en zonder uitsluiting van leden op basis van leeftijd of gezondheidstoestand. De producten bieden een aantrekkelijke prijs-kwaliteitsverhouding: ze zijn niet duur en bieden goede waarborgen.

Voor verzekeraars is de activiteit van commerciële aard: hun producten bieden ruimere waarborgen tegen hogere tarieven. De filosofie is in de eerste plaats commercieel en gaat gepaard met specifieke regels: uitsluiting op basis van leeftijd, eenzijdige verhoging van premies enzovoort. ►



THINKSTOCK

In 2006 legde Assuralia een klacht neer bij de Europese Commissie voor oneerlijke concurrentie vanwege de ziekenfondsen.



Jean-Pascal Labille, algemeen secretaris van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten



Bernard Thiry, CEO van Ethias

## Verzekeraars versus ziekenfondsen

DECAVI organiseerde onlangs in samenwerking met PwC een CEO Event over de problematiek van de ziekteverzekeringen, aangeboden door verzekeraars en ziekenfondsen. "Bewust van de belangrijkheid van deze problematiek, voornamelijk op het reglementair vlak, heeft PwC een aantal ronde tafels georganiseerd voor de ziekenfondsen. Dit initiatief werd door de sector ten zeerste geapprecieerd." Hier volgen enkele reacties van de twee sprekers Jean-Pascal Labille, algemeen secretaris van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, en Bernard Thiry, CEO van Ethias.

**Aan welk type filosofie geeft u de voorkeur wat betreft gezondheidszorg?**

JEAN-PASCAL LABILLE. Gezondheid is geen product dat onderhevig mag zijn aan de wetten van de markt. Daarom ben ik voor een zo ruim mogelijke, verplichte en universele ziekteverzekering, rekening houdend met ons overlegmodel dat de vrijheid van onderschrijving van de tariefakkoorden impliceert.

Kiezen voor solidariteit in de dekking van de gezondheidszorguitgaven is niet alleen een ideologische kwestie. Als het over gezondheid

gaat, heeft 75% van alle uitgaven betrekking op 10% van de bevolking. Een goede dekking voor de hele bevolking valt daarom niet te rijmen met de concurrentievervalsing van de privéverzekeringsmarkt, waar het overleven van verschillende spelers een doorgedreven selectie van risico's en een segmentering van premies veronderstelt.

BERNARD THIRY. Het aanbod van de verzekeraars is van goede kwaliteit en beantwoordt stevast aan de behoeften van onze medeburgers.

Wij willen ons gezondheidszorgsysteem niet ter discussie stellen, maar vragen simpelweg dat de ziekenfondsen dezelfde regels toepassen als de verzekeraars.

**Wat vindt u van de filosofie van artikel 43ter, die elke samenwerking tussen een verzekeraar en een ziekenfonds verbiedt? Is die gerechtvaardigd?**

LABILLE. De beweegredenen achter de opname van artikel 43ter in de wet van 6 augustus 1990 zijn nog altijd actueel. De bedoeling is om een duidelijk onderscheid te

ken tussen de producten van ziekenfondsen – nu 'verrichtingen' genoemd – en verzekeringsproducten. De verrichtingen van de ziekenfondsen zijn geen verzekeringen maar 'diensten aan leden'. Ze moeten een aantal criteria respecteren, die risicomutualisering en solidariteit mogelijk maken. Dat kenmerk moet behouden blijven.

THIRY. In het verleden bestond dat type samenwerking via collectieve polissen en alle partijen waren er tevreden over: ziekenfondsen, verzekeraars en verzekerden. Ze maakte het mogelijk om knowhow uit te wisselen en de producten te verbeteren. Dat punt is voor mij perfect bespreekbaar.

**Bent u voorstander van een samenwerking tussen verzekeraars en ziekenfondsen in de toekomst?**

LABILLE. De huidige context

waarin 'klachten' de regel worden, is niet goed voor een samenwerking. Eerst moet de mentaliteit veranderen en een minimum aan respect en vertrouwen hersteld worden. Maar zeg nooit nooit.

THIRY. Wij voorzien in een aanvullende oplossing en bieden elk op onze manier een coherent antwoord op een legitieme vraag naar dekking, die onmisbaar geworden is voor de bevolking.

Wanneer het wettelijke kader definitief van kracht is, lijkt het mij nuttig – en gezond – dat verzekeraars en ziekenfondsen in het belang van hun verzekerden en hun leden ideeën en visies kunnen blijven uitwisselen.

**Vaak worden verzekeraars en ziekenfondsen tegenover elkaar geplaatst. Vult u elkaar uiteindelijk niet aan? Uw doelstelling is toch de bevolking te****'dienen' wat betreft ziekteverzekeringsformules.**

LABILLE. Ons overlegmodel impliceert de vrijheid van onderschrijving van de tariefakkoorden en het bestaan van 'zones van tarifieringsvrijheid'. Er is in ons systeem dus ruimte voor aanvullende verzekeringen. Maar het is essentieel dat die een ondergeschikt belang blijven hebben. Dat veronderstelt – naast een correcte financiering van de behoeften – een juiste afbakening van het begrip 'specifieke eisen van de patiënt' (bijvoorbeeld verblijf in een eenpersoonskamer wanneer de gezondheidstoestand dat niet vereist, niet-dringende doktersraadplegingen 's avonds) maar ook het versterken van de incentives voor artsen opdat ze de akkoorden onderschrijven.

In die strikte context is het mogelijk om een evenwichtige verdeling te voorzien van de activi-

teiten van de verzekeraars en de ziekenfondsen om de verwachtingen van de bevolking op een efficiënte en solidaire manier te beantwoorden.

THIRY. De maatschappelijke rol van verzekeraars ligt dicht bij die van de ziekenfondsen. Beide hebben als doel een oplossing te bieden met de beste prijs-kwaliteitsverhouding voor de hele bevolking.

De uitdaging van de vergrijzing in combinatie met de zware budgettaire verplichtingen die ons te wachten staan, maakt het volgens mij essentieel om in de toekomst aangepaste oplossingen te kunnen aanbieden aan alle lagen van de bevolking. Ik ben ervan overtuigd dat een evenwichtige en harmonieuze verdeling van onze activiteiten het mogelijk zal maken om het juiste antwoord te geven op de behoeften van onze medeburgers.

### ► Klacht van Assuralia

In 2006 legde Assuralia, dat de Belgische verzekeraars vertegenwoordigt, een klacht neer bij de Europese Commissie voor oneerlijke concurrentie vanwege de ziekenfondsen. Het aangevoerde argument was opzienbarend: als de ziekenfondsen aanvullende ziekteverzekeringen wensen te verkopen, moeten ze zich in de toekomst aan dezelfde regels houden als de privéverzekeraars.

De belangrijkste verwijten aan het adres van de ziekenfondsen waren onder meer het niet naleven van de Europese richtlijnen betreffende de 'verzekering niet-leven' en het niet naleven van de prudentiële verplichtingen eigen aan de verzekeringssector (regels met betrekking tot Solvency II). De beslissing liet niet op zich wachten: de Commissie oordeelde dat de ziekenfondsen met de aanvullende ziekteverzekering de concurrentie aangaan met de producten van verzekeraars en daarom aan dezelfde regels gebonden moeten zijn. Dat is uiteraard niet zonder gevolgen voor de ziekenfondsen: een deel van hun activiteit verschuift immers naar de verzekeringsfeer.

Als een ziekenfonds nu een verzekeringsactiviteit wenst uit te oefenen, heeft het twee mogelijkheden: ofwel biedt het alle mogelijke soorten verzekeringen aan (zonder beperking) via een juridische entiteit; ofwel mag het slechts bepaalde soorten verzekeringsproducten aanbieden en moet dat gebeuren via een verzekeringsmaatschappij voor onderlinge bijstand (verzekerings-MOB), een nieuwe vorm van een maatschappij voor onderlinge bijstand die onderworpen is aan de verschillende wetgevingen van toepassing op de verzekeringssector.

Dat scenario heeft drie gevolgen:

- 1) ziekenfondsen mogen alleen tak 2 (ziekte, gewaarborgd inkomen en zorgverzekering) en tak 18 (hulpverlening) aanbieden. De verzekeringen reizen, juridische bijstand, pensioen enzovoort zijn uitgesloten;
- 2) de producten zijn alleen toegankelijk voor de eigen leden, met andere woorden voor de leden van de ziekenfondsen die aangesloten zijn bij de verzekerings-MOB;
- 3) de automatische toepassing van artikel 43ter van de wet van 6 augustus 1990. Dat verbiedt elk schriftelijk of stilzwijgend akkoord met betrekking tot promotie of verkoop:

→ door een ziekenfonds of een landsbond van ziekenfondsen, evenals door een maatschappij voor onderlinge bijstand:

- van een verzekeringsproduct in de zin van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, zelfs indien speciaal ontworpen of voorbehouden voor de leden;

- van een bankproduct in de zin van de wet van 22 maart 1993 op het statuut van en het toezicht op de kredietinstellingen, zelfs indien speciaal ontworpen of voorbehouden voor de leden;

→ door een verzekeringsmaatschappij, een verzekeringsmakelaar en door een kredietinstelling van een dienst in de zin van artikel 3 van voornoemde wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door een landsbond van ziekenfondsen, een ziekenfonds of een maatschappij van onderlinge bijstand.

De wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen betreffende de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering, gepubliceerd in het staatsblad op 28 mei, maakte dus een einde aan een aantal ongelijkheden: de regels en voorwaarden die de verzekeraars al meerdere jaren moesten naleven, gelden vanaf nu ook voor de ziekenfondsen.

### Gevolgen

Naast het feit dat ziekenfondsen bepaalde regels moeten toepassen die betrekking hebben op de verzekeringssector, heeft de klacht van de verzekeraars nog twee gevolgen:

- a) De ziekenfondsen moeten vanaf nu, net als de privéverzekeraars, levensverzekeringscontracten aanbieden. In de praktijk was dat al het geval, aangezien een ziekenfonds geen lid kon uitsluiten om redenen van gezondheid of leeftijd. De premie en de waarborgen kunnen niet gewijzigd worden, tenzij de individuele verzekerde ermee akkoord gaat. Er bestaan uitzonderingen, maar alleen in specifieke omstandigheden.

- b) De ziekenfondsen moeten ook een taks van 9,25% betalen op de premies. Tot op heden waren alleen de producten van privéverzekeraars daaraan onderworpen.

De individuele hospitalisatieverzekeringen, zowel van privéverzekeraars als van ziekenfondsen, die betere waarborgen en bescherming bieden dan de standaardpolissen, zijn vrijgesteld van premietaks. Het gaat om polissen die voorafbestaande ziekten en aandoeningen dekken, in een tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer, zonder premiesupplement noch wachtperiode.

Hoewel de totale impact van de nieuwe wet pas duidelijk zal worden wanneer ze effectief van kracht wordt, is het een feit dat de producten van de verzekeringsmaatschappijen over het algemeen een betere dekking bieden dan die van de ziekenfondsen.

De taks waaraan de ziekenfondsen onderworpen zullen worden, net zoals de privéverzekeraars nu, zal meer dan waarschijnlijk aan de consument doorgerekend worden.

Los daarvan zal dat nieuwe marktgegeven niet veel veranderen voor de consument. Alleen het aanbod aan ziekteverzekeringsproducten zal groter en beter vergelijkbaar worden. En dat is zeker geen slechte evolutie. ■

