

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2007-2008

20 JULI 2008

Wetsvoorstel tot wijziging van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 met het oog op een belastingvermindering voor premies van een aanvullende private ziekteverzekering

(Ingediend door de dames Lieve Van Ermen en Margriet Hermans)

TOELICHTING

De afgelopen decennia kende de gezondheidssector een enorme groei. Recentelijk werd berekend dat de Belg de verplichte ziekteverzekering jaarlijks gemiddeld 1 600 euro kost. Ofschoon dit bedrag voor de zelfstandigen een stuk lager ligt op 1 045 euro, kennen we hier de jongste jaren een inhaalbeweging (1). Aan dit systeem van de wettelijk verplichte ziekteverzekering gaat een lange geschiedenis vooraf, die aanvangt in de 19e eeuw.

De eerste financiële beschermingen tegen ziekte of overlijden waren van private aard. Zo ontstonden omstreeks 1820 in onze streken bij de betere arbeidersklassen geheime mutualiteiten op basis van het beroep. Daarnaast richtte men arme- en ziekebussen op. De overheid nam een positieve houding aan. De initiatieven waren immers meestal nog (onrechtstreeks) in handen van het patronaat. Het grootste leed van de arbeiders werd minimaal gelenigd (2).

(1) X. Belg kost gezondheidszorg 1 600 euro, *www.vrtnieuws.net*, 5 juli 2005.

(2) Thijs, A. (1998), *Sociale en politieke geschiedenis van België*, Antwerpen: Universitas, blz. 27.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2007-2008

20 JUILLET 2008

Proposition de loi modifiant le Code des impôts sur les revenus 1992, en vue d'instaurer une réduction d'impôt pour les primes versées dans le cadre d'une assurance maladie complémentaire privée

(Déposée par Mmes Lieve Van Ermen et Margriet Hermans)

DÉVELOPPEMENTS

Le secteur de la santé a connu une croissance énorme durant les dernières décennies. Selon des calculs récents, le Belge coûte en moyenne 1 600 euros par an à l'assurance maladie obligatoire. Bien que ce coût soit largement inférieur pour les indépendants, avec un montant de 1 045 euros, il a tendance, ces dernières années, à se rapprocher du montant dépensé pour les salariés (1). Le système de l'assurance maladie obligatoire que nous connaissons actuellement est l'héritier d'une longue histoire qui débute au XIX^e siècle.

Les premières protections financières contre la maladie ou le décès étaient des initiatives privées. C'est ainsi que des mutualités secrètes liées à la profession et destinées aux classes ouvrières bien loties ont vu le jour vers 1820 dans nos contrées. Des sociétés de secours visant à venir en aide aux pauvres et aux malades furent également créées. Les autorités adoptèrent une attitude positive en la matière. En effet, à cette époque, les structures étaient encore généralement dirigées (indirectement) par le patronat, et la grande souffrance des ouvriers était à peine soulagée (2).

(1) X. Belg kost gezondheidszorg 1 600 euro, *www.vrtnieuws.net*, 5 juillet 2005.

(2) Thijs, A. (1998), *Sociale en politieke geschiedenis van België*, Anvers, Universitas, p. 27.

In 1848 nam het aantal werkelijke ziekenkassen gestaag toe. In 1851 vaardigde de Belgische wetgever een wet uit waarbij de mutualiteiten rechtspersoonlijkheid konden verwerven. Geen enkele van de ziekenkassen ging op deze uitnodiging in, uit vrees dat de greep van de overheid op de «kassen voor onderlinge bijstand» te groot zou worden (1). Met die keuze blijven deze organisaties private aangelegenheden. Begin jaren 1900 vangen deze kassen aan zich te structureren op ideologische basis (2). Uiteindelijk zullen uit deze initiatieven een geëtatiseerde, verplichte ziekteverzekering ontstaan in de schoot van een nieuwe instelling het RIZIV (3). Hierop kwam finaal de «Medische Vrede», gestoeld op overleg, tot stand met het zogenaamde St.-Jansakkoord van 25 juni 1964 (4).

Vandaag bevat onze ziekteverzekering drie elementen: de verplichte ziekteverzekering, aanvullende maatregelen binnen dat systeem (bijvoorbeeld de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming) en tot slot een aantal private initiatieven. De verplichte ziekteverzekering verschilt naargelang de beroepscategorie waarbij men behoort. De financiering van dit systeem verloopt via inningen van werknemers- en werkgeversbijdragen, bijdragen van de zelfstandigen alsook door subsidiëring van de federale overheid. De jongste jaren wordt de financiering steeds problematischer. Zo gaf de ziekteverzekering in 2004 liefst 500 miljoen euro meer uit dan aanvankelijk gepland (5).

(1) Thijs, A. (1998), *Sociale en politieke geschiedenis van België*, Antwerpen, Universitas, blz. 55.

(2) Deleeck, H. (1996), *De Architectuur van de welvaartstaat*, Leuven, Acco, blz. 226 (christelijke mutualiteit 1906, neutralen 1908, socialistische bond 1913, liberale mutualiteit 1914 en de beroepsmutualiteit 1920).

(3) RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, wet van 9 augustus 1963.

(4) Deleeck, H. (1996), *De Architectuur van de welvaartstaat*, Leuven, Acco, blz. 224.

(5) X. Belg kost gezondheidszorg 1 600 euro, *www.vrtnieuws.net*, 5 juli 2005.

En 1848, le nombre de caisses de maladie dignes de ce nom grimpa. En 1851, le législateur belge promulgua une loi permettant aux mutualités d'acquiescer la personnalité juridique. Aucune des caisses de maladie n'a usé de cette possibilité, de peur que l'emprise des autorités sur les «caisses de solidarité» devienne trop grande (1). En faisant ce choix, ces organisations sont restées privées. Au début des années 1900, les caisses ont commencé à se structurer en fonction des idéologies (2). Ces initiatives seront finalement réunies pour créer une assurance maladie obligatoire étatisée au sein d'un nouvel organisme, l'INAMI (3). Pour finir, les «accords de la Saint-Jean» du 25 juin 1964 instaurèrent une «paix médicale» issue d'une concertation (4).

Notre assurance maladie actuelle est composée de trois volets: l'assurance maladie obligatoire, les mesures complémentaires intégrées à ce système (par exemple, le maximum à facturer et l'intervention majorée) et une série d'initiatives privées. L'assurance maladie obligatoire diffère selon la catégorie professionnelle à laquelle on appartient. Ce système est financé par le prélèvement de cotisations personnelles et patronales, par les cotisations versées par les indépendants, ainsi que par des subventions octroyées par l'État fédéral. Les dernières années, le financement est devenu de plus en plus problématique. Ainsi, en 2004, l'assurance maladie a coûté pas moins de 500 millions d'euros de plus que ce qui était prévu initialement (5).

(1) Thijs, A. (1998), *Sociale en politieke geschiedenis van België*, Anvers, Universitas, p. 55.

(2) Deleeck, H. (1996), *De Architectuur van de welvaartstaat*, Louvain, Acco, p. 226 (mutualité chrétienne en 1906, mutualité neutre en 1908, mutualité socialiste en 1913, mutualité libre en 1914 et mutualité professionnelle en 1920).

(3) INAMI: Institut national d'assurance maladie-invalidité, institué par la loi du 9 août 1963.

(4) Deleeck, H. (1996), *De Architectuur van de welvaartstaat*, Louvain, Acco, p. 224.

(5) X. Belg kost gezondheidszorg 1 600 euro, *www.vrtnieuws.net*, 5 juillet 2005.

De verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur (MAF) (1) zijn aanvullende maatregelen binnen het verplichte ziekteverzekeringssysteem die bepaalde categorieën bijkomende bescherming moeten bieden ingeval van ziekte of een handicap. De verhoogde tegemoetkoming slaat voornamelijk op de weduwen/weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW's). Een tweede, recente maatregel, de MAF, maakt dat eens een totaalbedrag van remgelden door (chronisch) zieken of invaliden wordt bereikt en naargelang hun jaarlijks inkomen, zij de bijkomende medische facturen niet langer zelf dienen te betalen (2). De uitgaven voor de MAF in de ziekteverzekering zitten in stijgende lijn. In 2006 werd verwacht dat ze toenemen tot 315 miljoen euro, tegenover 250 miljoen in 2005 (3).

Tot slot, zoals we in de inleiding zagen, zijn de mutualiteiten zelf in een aantal private diensten en verzekeringen blijven voorzien. Ze concurreren om hun ledenbestand te verhogen. Ideologische bindingen brokkelen af en kwaliteit van dienstverlening wordt belangrijker (4). Velen maken van de nieuwe diensten gebruik en sluiten voor eigen comfort een «hospitalisatieverzekering» of een aanvullende private ziekteverzekering af bij de ziekenbond waar zij zijn aangesloten. Ook meer en meer andere verzekeraars dan mutualiteiten bieden zulke formules aan. Daarenboven nemen vele bedrijven het initiatief om te voorzien in een collectieve aanvullende private ziekteverzekering voor hun werknemers. Die kunnen dan op hun beurt, via de bedrijfsverzekering, hun gezinsleden aansluiten tegen een gunstiger tarief.

(1) Er zijn vier types maximumfactuur: de sociale MAF, de MAF bescheiden inkomens, de individuele MAF en de fiscale MAF.

(2) Federale Overheid (2005), Belgopocket, Brussel, FOD Kanselarij eerste minister, blz. 17-22.

(3) X. (2006), «Maximumfactuur», in *Gazet Van Antwerpen*, X., 157: 6.

(4) Schokkaert, E. en Van de Voorde, C., *Concurrentie en privatisering in de ziekteverzekering: voorbij de clichés*, www.kuleuven.ac.be.

L'intervention majorée et le maximum à facturer (MAF) (1) sont des mesures complémentaires faisant partie du système d'assurance maladie obligatoire, qui visent à offrir à certaines catégories de personnes une protection supplémentaire en cas de maladie ou de handicap. L'intervention majorée s'adresse principalement aux veuves et veufs, aux invalides, aux pensionnés et aux orphelins (les VIPO). Une deuxième mesure introduite récemment, le MAF, permet aux malades (chroniques) et aux invalides de ne plus devoir payer eux-mêmes les factures médicales supplémentaires dès que le total de leurs tickets modérateurs atteint un plafond déterminé en fonction de leur revenu annuel (2). Le coût du MAF dans le cadre de l'assurance maladie va croissant. En 2006, il avait été prévu qu'il atteigne le montant de 315 millions d'euros, contre 250 millions en 2005 (3).

Enfin, comme cela a été précisé dans l'introduction, les mutualités ont continué à proposer elles-mêmes une série de services et d'assurances privés. Elles se font concurrence pour augmenter leur nombre de membres. Les liens idéologiques se relâchent, et la qualité du service est un critère de plus en plus important (4). Nombreux sont ceux qui utilisent ces nouveaux services et qui souscrivent, pour leur propre confort, une «assurance hospitalisation» ou une assurance maladie complémentaire privée auprès de la mutuelle à laquelle ils sont affiliés. Outre les mutualités, de plus en plus d'assureurs proposent aussi pareilles formules. De plus, beaucoup d'entreprises prennent l'initiative de souscrire une assurance maladie complémentaire collective privée pour leurs travailleurs. Ceux-ci peuvent à leur tour, par l'assurance de l'entreprise, affilier les membres de leur ménage à un tarif avantageux.

(1) Il existe quatre types de maximums à facturer: le MAF social, le MAF revenus modestes, le MAF à titre individuel et le MAF fiscal.

(2) État fédéral (2005), Belgopocket, Bruxelles, SPF Chancellerie du premier ministre, pp. 19-21.

(3) X. (2006), «Maximumfactuur», in *Gazet Van Antwerpen*, X., 157: 6.

(4) Schokkaert, E. et Van de Voorde, C., *Concurrentie en privatisering in de ziekteverzekering: voorbij de clichés*, www.kuleuven.ac.be.

«Dit private initiatief op de markt kunnen we enkel maar ondersteunen. Overigens stellen we vast dat qua financiering van de ziekteverzekering op de markt de wetmatigheid van vraag en aanbod zijn werk doet. Dit neemt niet weg dat wij er voor pleiten dat private verzekeraars patiënten niet mogen weigeren omwille van hun fysische eigenschap. Bij een persoon met een aangeboren deviatie is die afwijking een eigenheid van die persoon waar hij of zij zelf nooit voor gekozen heeft, net zoals men niet kiest voor zijn huidskleur, afkomst of voorouders. Hij of zij mag daar niet op gediscrimineerd worden (1). Terecht is geen toegang tot verzekeringen of leningen of geen toegang wegens verhoogde bijdrage op basis van een congenitale afwijking, ziekte of handicap tot zulke verzekeringen en leningen, al enkele decennia wettelijk verboden in dit land.» (2)

Dit wetsvoorstel beoogt het fiscaal stimuleren tot het afsluiten van een aanvullende private ziekteverzekering door natuurlijke personen. De voordelen voor zowel de betrokkene als voor de samenleving zijn legio. Aan de zijde van de afsluitende patiënt merken we dat de medische kosten die worden vergoed, exponentieel toenemen. Een aantal voorbeelden maakt dit meteen duidelijk. Bovenop de wettelijk voorziene terugbetalingen bieden verzekeraars van een aanvullende private ziekteverzekering voor hun aangesloten onder meer de volledige vergoeding van daghospitaalsaties aan, de terugbetaling van honorariumsupplementen, verhoogde tussenkomst op medicijnen, bijkomende bedragen voor corrigerende brilglazen en contactlenzen alsook voor andere prothesen, enz. In sommige polissen worden ook kortingen aangeboden op overheidsverzekeringssystemen. Zo krijgen in sommige contracttypes aangesloten bij een aanvullende private ziekteverzekering korting op de premie die ze betalen voor de Vlaamse zorgverzekering.

Kortom, de afsluiter van een private ziekteverzekering zal na behandeling door een arts of hospitalisatie een nog lagere factuur betalen. Een willekeurig gekozen operatie bijvoorbeeld, zal de betrokkene geen 1 400 euro meer kosten, maar finaal, na tussenkomst van zijn eigen aanvullende private ziekteverzekering, zal hij nog maar 250 euro betalen. Deze bijkomende

(1) Artikel 1, § 2, wet 25 februari 2003 ter bestrijding van discriminatie [...], *Belgisch Staatsblad*, 17 maart 2003. (Er is sprake van directe discriminatie indien een verschil in behandeling dat niet objectief en redelijkerwijze wordt gerechtvaardigd, rechtstreeks gebaseerd is op het geslacht, een zogenaamd ras, de huidskleur, de afkomst, de nationale of etnische afstamming, seksuele geaardheid, de burgerlijke staat, de geboorte, het fortuin, de leeftijd, het geloof of de levensbeschouwing, de huidige of toekomstige gezondheidstoestand, een handicap of een fysieke eigenschap.)

(2) Mores, B. (2005), *Nieuwe patiënten, nieuwe noden: bouwen aan een moderne ziekenhuisorganisatie en sociale ziekteverzekering voor de toekomst*, Antwerpen, ALV, blz. 14.

«On ne peut que soutenir cette initiative privée sur le marché. On constate du reste que la loi de l'offre et de la demande joue son rôle de régulateur en ce qui concerne le financement de l'assurance maladie sur le marché. Cela ne nous empêche pas de plaider pour que l'on interdise aux assureurs privés de refuser des patients en raison d'une caractéristique physique. Une personne qui présente une anomalie congénitale n'a jamais choisi d'avoir cette particularité, de la même manière que l'on ne choisit pas sa couleur de peau, son origine ou ses ancêtres. Elle ne peut pas être discriminée sur la base de cette caractéristique (1). Depuis plusieurs décennies, la loi belge interdit à juste titre que l'on refuse l'accès aux assurances ou aux crédits, ou que l'on en limite l'accès par une cotisation majorée, en raison d'une anomalie congénitale, d'une maladie ou d'un handicap.» (2) (traduction)

La présente proposition de loi vise à encourager fiscalement les personnes physiques à conclure une assurance maladie complémentaire privée. Les avantages d'une telle assurance sont légion, tant pour l'intéressé que pour la société. Le patient qui en souscrit une bénéficie d'un remboursement plus élevé des frais médicaux. Quelques exemples suffisent pour s'en convaincre. En plus des remboursements prévus par la loi, les assureurs offrent à leurs affiliés qui ont souscrit une assurance maladie complémentaire privée, entre autres, le remboursement intégral des frais d'hôpital de jour, le remboursement des suppléments d'honoraires, l'intervention majorée pour l'achat de médicaments, des remboursements supplémentaires pour les lunettes et les lentilles de contact correctrices ainsi que pour des prothèses, etc. Certaines polices offrent également des réductions sur les régimes d'assurances publics. Ainsi, dans certains types de contrats, les affiliés à une assurance maladie complémentaire privée bénéficient d'une réduction sur la prime qu'ils versent pour l'assurance-dépendance flamande.

Bref, un traitement médical ou une hospitalisation coûtera encore moins cher à la personne qui conclut une assurance maladie privée. Prenons une opération au hasard qui coûte 1 400 euros au patient. Si ce patient a conclu une assurance maladie complémentaire privée, cette même opération ne lui coûte plus au final que 250 euros, après l'intervention de ladite

(1) Article 1^{er}, § 2, de la loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination [...], *Moniteur belge* du 17 mars 2003. (Il y a discrimination directe si une différence de traitement qui manque de justification objective et raisonnable est directement fondée sur le sexe, une prétendue race, la couleur, l'ascendance, l'origine nationale ou ethnique, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, l'âge, la conviction religieuse ou philosophique, l'état de santé actuel ou futur, un handicap ou une caractéristique physique.)

(2) Mores, B. (2005), *Nieuwe patiënten, nieuwe noden: bouwen aan een moderne ziekenhuisorganisatie en sociale ziekteverzekering voor de toekomst*, Anvers, ALV, p. 14.

bescherming levert met andere woorden ook een aanzienlijk voordeel op voor de samenleving in zijn geheel. Medische facturen kunnen een serieuze omvang hebben. Dit gewicht op het gezinsbudget wordt uitgevlakt door een aanvullende private ziekteverzekering. Hierdoor komen mensen die geconfronteerd worden met een hoge factuur na een medische behandeling veel minder snel in financiële moeilijkheden. Het aantal beroepen op bijkomende sociale bijstand (vaak ten laste van lokale OCMW's) zal verminderen.

Ondanks de komst van de MAF blijft een aanvullende private ziekteverzekering een nuttig instrument. Immers, de MAF treedt pas in werking binnen een gezin vanaf het moment dat het persoonlijk aandeel in de jaarlijkse gezondheidskosten een bepaald plafond bereikt. Een voorbeeld illustreert (1). Voor een gezin met een gemiddeld, doch bescheiden inkomen gelegen tussen 29 414,22 en 36 714,86 euro ligt het grensbedrag aan remgelden in kader van de MAF op 1 400 euro. Nemen we terug onze random-operatie van zonet, dan zien we dat die kostprijs samenvalt met het grensbedrag van de MAF. Had nu het betrokken gezin ook een aanvullende private ziekteverzekering, dan moesten zij zelf finaal maar 250 euro betalen. Overigens hebben gezinnen met lage inkomens meer voordeel bij een aanvullende private ziekteverzekering, omdat ziekten en handicaps in lage sociale klassen vaker voorkomen dan in hoog verdienende klassen (2). De kans dat het risico waarvoor zij zijn verzekerd zich sneller realiseert, ligt hoger dan bij hogere inkomensklassen. Zo ontstaat als het ware een herverdelend effect via het private marktmechanisme. Concluderend kunnen we dus stellen dat ondanks de voordelen die de MAF biedt, een aanvullende private ziekteverzekering een nuttig initiatief blijft.

(1) Het voorbeeld is gebaseerd op het maximumfactuurtype «Fiscale MAF» voor een gezin met gemiddeld inkomen basis BNI per capita 28 588,00 euro. – NNB (2006), BNI, BNP, BNI per capita en BNP per capita, Nationale Bank België, 7 juli 2006.

(2) Giddens, A. (1997), *Sociology*, Cambridge, Polity Press, blz. 124.

assurance. Autrement dit, cette protection complémentaire procure aussi un avantage considérable pour la société dans son ensemble. Si les factures médicales peuvent représenter des sommes énormes, une assurance maladie complémentaire privée permet d'en réduire le poids sur le budget des ménages. Grâce à ce type d'assurance, les personnes qui reçoivent une facture élevée après un traitement médical se retrouvent moins rapidement dans une situation financière précaire, et le nombre de demandes d'aide sociale (souvent prises en charge par les CPAS locaux) diminue.

L'assurance maladie complémentaire privée reste un instrument utile malgré l'introduction du MAF. En effet, le MAF ne s'applique à un ménage qu'à partir du moment où l'intervention personnelle dans les frais de soins de santé annuels atteint un certain plafond. Voici un exemple (1). Pour un ménage ayant un revenu moyen mais modeste, compris entre 29 414,22 et 36 714,86 euros, le plafond de tickets modérateurs dans le cadre du MAF est fixé à 1 400 euros. Si nous reprenons l'opération de l'exemple précédent, nous constatons que le coût de l'opération envisagée équivaut au plafond du MAF. Si le ménage concerné avait souscrit également une assurance maladie complémentaire privée, il ne devrait payer lui-même que 250 euros au final. Au demeurant, les ménages à revenus modestes ont davantage intérêt à conclure une assurance maladie complémentaire privée, car ils sont plus souvent touchés par les maladies et les handicaps que les ménages à revenus élevés (2). Le risque contre lequel ils sont assurés a une plus grande probabilité de se réaliser rapidement que chez les ménages à hauts revenus. On crée pour ainsi dire un effet redistributif par le biais du mécanisme du marché privé. En conclusion, on peut affirmer que l'assurance maladie complémentaire privée demeure une initiative utile, malgré les avantages offerts par le MAF.

(1) Cet exemple est basé sur le type de maximum à facturer «MAF fiscal» pour un ménage ayant un revenu moyen de 28 588,00 euros, calculé sur la base du RNB par habitant – BNB (2006), RNB, PNB, RNB par habitant et PNB par habitant, Banque nationale de Belgique, 7 juillet 2006.

(2) Giddens, A. (1997), *Sociology*, Cambridge, Polity Press, p. 124.

Voorgaande toont aan dat private verzekeringsmodules voor medische en paramedische zorgen en dienstverlening geen bedreiging hoeven te zijn voor het huidige en degelijke ziekteverzekeringssysteem, maar eerder een meerwaarde bieden. Eenzelfde redenering gaat immers op inzake de pensioenen. Lang was de weerstand voor het stimuleren van aanvullend privaat pensioensparen (tweede pijler — financiering door kapitalisatie) hevig. Een weerstand die nog steeds bestaat als het gaat over verzekeren tegen medische risico's (1). In de private pijler van het pensioenstelsel onderscheiden we het sparen in groepsverband op niveau van het bedrijf en het individueel initiatief: het pensioensparen en de levensverzekering. De redenering luidde dat men zich met dit privaat model op een hellend vlak zou begeven. Het wettelijk pensioen uit de sociale zekerheid (eerste pijler — financiering door repartitie) zou verdwijnen en eenieder zou voortaan zelf voor zijn pensioen moeten instaan op de vrije kapitaalmarkt, zonder collectieve solidariteit door toedoen van de overheid (2).

Het huidige pensioenstelsel toont aan dat geen van beiden alleen zaligmakend zijn. Zowel inspanningen in het wettelijk pensioen als aanvullend pensioen zijn nodig. De private en overheidspijler worden samen verder uitgebouwd. De aanleg van het «Zilverfonds» is hierin de bekendste maatregel. Daarnaast moedigt de overheid het private pensioensparen aan. Zij schiep de mogelijkheid tot het inbrengen in de inkomstenbelastingen van premies betaald voor aanvullende pensioenen (art. 145/1 WIB 92).

Een gelijkaardige redenering kunnen we hanteren voor verzekering inzake gezondheidszorg. De uitgaven in de zorgsector nemen alsmaar toe; de tekorten lopen verder op. Deze situatie noopt de overheid ertoe keuzes te maken in haar gevoerde beleid. De optie ligt in de waarborging van de zorgkwaliteit en de toegankelijkheid, zeg maar de betaalbaarheid ervan voor de patiënt (3). Die betaalbaarheid wordt vandaag enkel gewaarborgd door de verplichte ziekteverzekering, georganiseerd van overheidswege. Ofschoon ondernemingen groepsverzekeringen tegen ziekte afsluiten voor hun medewerkers en burgers individueel een aanvullende private ziekteverzekering afsluiten, stimuleert de overheid deze tweede pijler op dit ogenblik niet. In België wordt in de zorgsector 71 % gefinancierd met publieke middelen en komt maar 26,3 % uit private weg: remgeld, private verzeke-

Ce qui précède démontre que les assurances privées pour les soins et les services médicaux et paramédicaux ne constituent pas une menace pour le système actuel efficace d'assurance maladie, mais apportent au contraire une plus-value. On peut tenir le même raisonnement en ce qui concerne les pensions. L'on s'est longtemps opposé fermement à l'idée d'encourager l'épargne-pension complémentaire privée (deuxième pilier — financement par capitalisation). La même résistance existe encore en matière d'assurance contre les risques médicaux (1). Au sein du pilier privé du régime de pension, nous faisons la distinction entre l'épargne collective au niveau de l'entreprise et l'initiative individuelle, c'est-à-dire l'épargne-pension et l'assurance-vie. On disait à l'époque qu'en adoptant ce modèle privé, on s'aventurerait sur un terrain glissant. La pension légale disparaîtrait de la sécurité sociale (premier pilier — financement par répartition) et que chacun devrait dorénavant garantir lui-même sa pension sur le marché libre des capitaux en l'absence d'une solidarité collective organisée par l'État (2).

Le régime de pension actuel prouve qu'aucun des deux piliers pris isolément n'est la panacée. Il est nécessaire de fournir des efforts aussi bien dans le régime de la pension légale que dans le système de la pension complémentaire. Les piliers privé et public continuent à être développés conjointement, la constitution du «Fonds de vieillissement» étant la mesure la plus connue à cet égard. Par ailleurs, les pouvoirs publics encouragent l'épargne-pension privée en accordant une réduction d'impôt pour les primes versées pour des pensions complémentaires (art. 145/1 du CIR 92).

Nous pouvons appliquer un raisonnement similaire à l'assurance en matière de soins de santé. Les dépenses dans le cadre des soins de santé ne cessent d'augmenter, et le déficit continue de se creuser. Cette situation force les autorités à faire des choix dans le cadre de la politique qu'elles mènent, le but étant de garantir la qualité des soins et leur accessibilité, autrement dit le fait que le patient soit encore en mesure de les payer (3). À l'heure actuelle, cette accessibilité n'est garantie que par l'assurance maladie obligatoire qui est organisée par les autorités. Bien que des entreprises souscrivent des assurances maladie collectives pour leurs collaborateurs et que des citoyens souscrivent une assurance maladie complémentaire privée à titre individuel, les pouvoirs publics rechignent actuellement à encourager ce deuxième pilier. En Belgique, le secteur des soins de santé est

(1) Schokkaert, E. en Van de Voorde, C., Concurrentie en privatisering in de ziekteverzekering: voorbij de clichés, www.kuleuven.ac.be, 1 en 9.

(2) KBC (2000), «Het zilverfonds: onvolledig antwoord op het pensioenprobleem», in Economische en Financiële Berichten, 55, 9, blz. 1-13.

(3) ZNA (2006), Jaarverslag 2005: samenwerken aan gezondheid, Antwerpen, ZNA, blz. 5.

(1) Schokkaert, E. et Van de Voorde, C., *Concurrentie en privatisering in de ziekteverzekering: voorbij de clichés*, www.kuleuven.ac.be.

(2) KBC (2000), «Le fonds de vieillissement: Réponse incomplète au problème des pensions», in *Courrier économique et financier*, 55, 9, pp. 1-13.

(3) ZNA (2006), *Jaarverslag 2005: samenwerken aan gezondheid*, Anvers, ZNA, p. 5.

ring en aanvullende verzekeringen (1). Kortom, ook hier toont de huidige precare situatie aan dat het ene (repartitiesysteem van overheidswege) noch het andere (privaat kapitalisatiesysteem) alleen zaligmakend zijn. Beide systemen naast elkaar zullen nodig zijn. Indien meer mensen een aanvullende private ziekteverzekering kunnen afsluiten, worden de overheidsmiddelen beter gevrijwaard om ze aan te wenden ter waarborging van de kwaliteit van de zorg en de hulp aan de allerzwaksten in de samenleving.

Concluderend kunnen we het volgende stellen. De mutualiteiten waren van oorsprong private initiatieven die nood lenigden bij ziekte, ongeval of overlijden. Na WO I en WO II kwam er een verregaande etatisering van de ziekteverzekering. Dit mondde, na de oprichting van het RIZIV, uit in de zogenaamde « Medische Vrede » van 1964. Ondanks de verder toenemende overheidsdiscretie op vlak van de ziekteverzekering, bleven de mutualiteiten hun oorspronkelijke private verzekeringstaak verder uitbreiden. Dit resulteerde in talloze aanvullende private ziekteverzekering -producten. Daar de financiering van de gezondheidszorg van overheidswege (eerstepijlerrepartitie) nood heeft aan alternatieve initiatieven om financiële drama's bij gezinnen maximaal uit te sluiten als zij een medisch risico realiseren, achten wij het fiscaal stimuleren van aanvullende private ziekteverzekering opportuun. Een belastingvermindering voor het afsluiten van een aanvullende private ziekteverzekering biedt zowel betrokkenen als de samenleving een meerwaarde.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Dit artikel betreft een technische aanpassing met oog op de correcte nummering der artikelen binnen het WIB 92. De plaats van invoegen werd gekozen omdat men een aparte private verzekering in feite kan beschouwen als een langetermijninvestering.

De aftrek voor een aanvullende private ziekteverzekering wordt pas mogelijk indien daartoe de opening wordt gecreëerd in de algemene lijst, zoals geformuleerd in artikel 145/1 van het WIB 92; door de opname van een art 145/1/7^o « als betaling voor een individuele aanvullende private ziekteverzekeringen » wordt dit het geval.

(1) X. (2004), « Hoeveel kost de gezondheidszorg? », in *Gezondheidszorg*, 21, 21 : 3.

financé à 71 % par des fonds publics et seulement à 26,3 % par de l'argent privé, par le biais des tickets modérateurs, des assurances privées et des assurances complémentaires (1). Bref, la situation précaire actuelle démontre ici aussi qu'aucun des deux systèmes (le système public de répartition et le système privé de capitalisation) pris isolément n'est la panacée. Il s'agira d'appliquer les deux systèmes côte à côte. Si davantage de personnes sont en mesure de souscrire une assurance maladie complémentaire privée, les fonds publics seront moins sollicités et pourront ainsi être utilisés pour garantir la qualité des soins et pour aider les citoyens les plus démunis dans notre société.

Nous pouvons tirer la conclusion suivante. À l'origine, les mutualités étaient des initiatives privées qui prêtaient secours en cas de maladie, d'accident ou de décès. Après les deux Guerres mondiales, l'assurance maladie a été profondément étatisée, ce qui a mené à la « paix médicale » de 1964 après la création de l'INAMI. Malgré l'ingérence croissante des autorités en matière d'assurance maladie, les mutualités ont continué à développer leur rôle d'assurance privée initial, ce qui a abouti à la création d'innombrables produits d'assurance maladie complémentaire privée. Considérant qu'il est nécessaire de disposer d'alternatives au financement public des soins de santé (système de répartition du premier pilier) pour éviter autant que possible les drames financiers pour les ménages confrontés à des problèmes médicaux, nous estimons qu'il est opportun d'encourager fiscalement les assurances maladie complémentaires privées. Prévoir que la conclusion d'une assurance maladie complémentaire privée donne droit à une réduction d'impôt profite aussi bien aux intéressés qu'à la société dans son ensemble.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Cet article concerne une adaptation technique visant à numéroter correctement les articles du CIR 92. Si l'on a choisi d'insérer les dispositions proposées précisément à cet endroit-là du Code, c'est parce que l'on peut considérer une assurance privée distincte comme un investissement à long terme.

La déduction pour une assurance maladie complémentaire privée n'est possible que si elle est mentionnée dans la liste générale, comme le prévoit l'article 145/1 du CIR 92. C'est chose faite en ajoutant, à l'article 145/1, un point 7^o « à titre de paiements pour une assurance maladie complémentaire individuelle privée ».

(1) X. (2004), « Hoeveel kost de gezondheidszorg? », in *Gezondheidszorg*, 21, 21 : 3.

Artikel 3

Hier worden de eigenlijke modaliteiten van de inbrengbaarheid van de aanvullende private ziekteverzekering -premies, welke betaald werden binnen een bepaald belastbaar jaar, bepaald.

Het nieuwe in te voegen artikel 145/16/1, 1^o, bepaalt wat dient te worden verstaan onder een « individuele aanvullende private ziekteverzekering ». Deze definitie spreekt voor zich en dient te worden geïnterpreteerd in de ruimste zin van haar betekenis

Het artikel 145/16/1, 2^o, bepaalt dat enkel premies betaald in België in aanmerking komen voor een bedrag tot 500 euro. Er wordt evenwel in een opening voorzien tot 750 euro. Belastingplichtigen kunnen premies betaald in voorgaande jaren niet in aanrekening nemen om aan het vooropgestelde maximumbedrag te komen.

De term individuele aanvullende private ziekteverzekering, die hieronder wordt gedefinieerd, staat centraal. Hiermee komen groepsverzekeringen, welke ondernemingen en organisaties voor hun medewerkers afsluiten, buiten dit bestek te vallen. Daarenboven wordt er de nadruk op gelegd dat de belastingplichtige slechts premies betaald voor één aanvullende private ziekteverzekering kan inbrengen ook al sluit die twee of meer bijkomende ziekteverzekeringen af. Immers, is de betrokken patiënt aangesloten bij twee aanvullende ziekteverzekeringen en realiseert het ziekerisico zich, dan mag de betrokkene zich slechts laten uitbetalen door één van beide verzekeraars (1). Natuurlijk staat het hem vrij te kiezen welke.

Artikel 145/16/1/3^o, legt de voorwaarden van vermindering vast. Het is evident dat de belastingplichtige aan de Administratie der Belastingen moet kunnen aantonen dat hij de premies voor een aanvullende private ziekteverzekering werkelijk betaald heeft.

(1) Deze situatie komt geregeld voor. Vele mensen sloten vaak een individuele aanvullende private ziekteverzekering af en behouden die zelfs als de werkgever voor hen een groepsziekteverzekering heeft afgesloten.

Article 3

Cet article définit les modalités proprement dites en ce qui concerne la possibilité de déclarer les primes versées pour une assurance maladie complémentaire privée au cours d'une année imposable déterminée.

L'article 145/16/1, 1^o, nouveau, qu'il est proposé d'insérer précise ce qu'il y a lieu d'entendre par « assurance maladie complémentaire individuelle privée ». Cette définition s'explique par elle-même et doit être interprétée au sens le plus large.

L'article 145/16/1, 2^o, précise que seules les primes payées en Belgique seront prises en considération, et ce jusqu'à un plafond de 500 euros. La possibilité de porter ce plafond à 750 euros est toutefois prévue. Les contribuables ne peuvent pas porter en compte les primes payées les années précédentes pour arriver au plafond fixé.

La notion d'assurance maladie complémentaire individuelle privée, définie dans cet article, est essentielle. Les assurances collectives qui sont souscrites par les entreprises et les organisations pour leurs collaborateurs, sont ainsi exclues du cadre des dispositions proposées. En outre, l'on insiste sur le fait que le contribuable ne peut déclarer les primes payées que pour une seule assurance maladie complémentaire privée, même s'il souscrit deux assurances maladie complémentaires ou plus. En effet, si un risque de maladie se concrétise pour un patient qui est affilié à deux assurances maladie complémentaires, celui-ci ne peut se faire rembourser que par un seul des deux assureurs (1). Il est évidemment libre de choisir auquel des deux il s'adressera.

L'article 145/16/1/3^o détermine les conditions de la réduction. Il est évident que le contribuable doit pouvoir prouver à l'Administration des contributions qu'il a effectivement payé les primes dues pour une assurance maladie complémentaire privée.

(1) Cette situation se présente régulièrement. Il arrive souvent que des personnes qui ont souscrit une assurance maladie complémentaire privée individuelle la conservent même lorsque l'employeur souscrit pour elles une assurance groupe collective.

Artikel 145/16/1/4^o, regelt de voorwaarden waaraan de verzekeraar die aanvullende private ziekteverzekerings-producten aanbiedt, moet voldoen. Om de controle op de aangifte sluitend te maken, dienen de verzekeraars de overheid in te lichten over hun verzekerden. De te verstrekken informatie betreft het melden van een aangegane verzekeringen en de ontvangen premies. De Koning bepaalt de termijn waarbinnen dit dient te gebeuren en de wijze van informatieverstrekking.

Lieve VAN ERMEN.
Margriet HERMANS.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 145/1 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o in de inleidende zin worden de woorden «in de artikelen 145/2 tot 145/16» vervangen door de woorden «in de artikelen 145/2 tot 145/16/1»;

2^o het 6^o, opgeheven bij de wet van 27 december 2006, wordt hersteld in de volgende lezing:

«6^o als betaling voor een individuele aanvullende private ziekteverzekering.»

Art. 3

In Titel II, Hoofdstuk III, Afdeling I, Onderafdeling *Ilbis* van hetzelfde Wetboek wordt het punt G, opgeheven bij de wet van 24 december 2002, hersteld in de volgende lezing:

«G. Vermindering voor een individuele aanvullende private ziekteverzekering.

Art. 145/16/1/1^o — Wordt verstaan onder individuele aanvullende private ziekteverzekering: iedere verzekering die in financiële tegemoetkomingen voor

L'article 145/16/1/4^o définit les conditions auxquelles doit satisfaire l'assureur qui propose des produits d'assurance maladie complémentaire privée. Pour que le contrôle de la déclaration soit efficace, les assureurs doivent transmettre aux autorités des informations concernant leurs affiliés. Ils doivent les informer de la souscription d'une assurance et des primes reçues. Le Roi détermine le délai dans lequel l'information doit avoir lieu, ainsi que les modalités de celle-ci.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

À l'article 145/1 du Code des impôts sur les revenus 1992, modifié par la loi du 24 décembre 2002, sont apportées les modifications suivantes:

1^o dans la phrase introductive, les mots «aux articles 145/2 à 145/16» sont remplacés par les mots «aux articles 145/2 à 145/16/1»;

2^o le 6^o, abrogé par la loi du 27 décembre 2006, est rétabli dans la lecture suivante:

«6^o à titre de paiements pour une assurance maladie complémentaire individuelle privée.»

Art. 3

Au Titre II, Chapitre III, section I, Sous-section *Ilbis* du même Code, le point G, abrogé par la loi du 24 décembre 2002, est rétabli dans la lecture suivante:

«G. Réduction pour une assurance maladie complémentaire individuelle privée.

Art. 145/16/1/1^o — On entend par assurance maladie complémentaire individuelle privée: toute assurance qui prévoit des interventions financières

medische en wettelijk erkende paramedische verstrekkingen voorziet, die niet of slechts gedeeltelijk worden vergoed door de verplichte ziekteverzekering en die wordt gesloten tussen een natuurlijk persoon en een verzekeraar, ten persoonlijke titel en/of voor de personen vermeld in artikel 145/16/1/2° ».

Art 145/16/1/2°. — De bedragen die overeenkomstig artikel 145/1,7°, in aanmerking komen voor vermindering, zijn die welke in België definitief worden betaald voor het aanleggen van een individuele aanvullende private ziekteverzekering.

Die bedragen zijn beperkt tot 500 euro per belastbaar tijdperk en kunnen bij een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit tot 750 euro worden verhoogd.

De betalingen in een belastbaar tijdperk mogen slechts zijn verricht voor :

- de rechthebbende;
- zijn/haar echtgeno(o)t(e);
- of zijn/haar wettelijk samenwonende partner;
- of zijn/haar levenspartner;
- hun personen ten laste.

Art. 145 /16/1/3°. — De betalingen komen voor vermindering in aanmerking op voorwaarde dat :

1° de individuele aanvullende private ziekteverzekering is geopend of aangegaan door een rijksinwoner die een belastbaar inkomen ontvangt, conform de volgende verdeelsleutel :

— voor de inkomsten die ressorteren onder de belastingschijven tot 45 % kan de premie integraal als kost worden ingebracht;

— voor de inkomsten die ressorteren onder de belastingsschijf van 50 %, kan de premie voor 50 % afgetrokken worden van het belastbaar inkomen;

2° de voordelen bij het aangaan van het contract bedongen zijn, bij leven, ten bate van de in artikel 145/16/1/2° vermelde personen;

3° de belastingplichtige tot staving van zijn aangifte een bewijs van betaling aan de desbetreffende verzekeringsinstelling en een kopie van het verzekeringscontract voorlegt.

Art. 145/16/1/4°. — De verzekeringsinstellingen die private ziekteverzekeringen aanbieden mogen met de personen vermeld in artikel 145/16/1/1° slechts één enkele individuele aanvullende private ziekteverzekering afsluiten.

pour des prestations médicales et des prestations paramédicales reconnues légalement n'étant pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire ou l'étant seulement en partie, et qui est conclue entre une personne physique et un assureur, à titre personnel et/ou pour les personnes mentionnées à l'article 145/16/1/2° ».

Art 145/16/1/2°. — Les montants qui sont pris en considération pour une réduction, conformément à l'article 145/1, 7°, sont ceux qui sont payés définitivement en Belgique en vue de la constitution d'une assurance maladie complémentaire individuelle privée.

Le total de ces montants est plafonné à 500 euros par période imposable et peut être porté à 750 euros par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

Les paiements effectués au cours d'une période imposable peuvent l'être uniquement au profit :

- de l'ayant droit;
- du conjoint;
- ou du cohabitant légal;
- ou du partenaire de vie;
- des personnes à leur charge.

Art. 145 /16/1/3°. — Les paiements ne sont pris en considération pour une réduction qu'à condition que :

1° l'assurance maladie complémentaire individuelle privée soit ouverte ou souscrite par un habitant du Royaume qui perçoit un revenu imposable et ce, conformément à la clé de répartition suivante :

— pour les revenus qui relèvent des tranches d'imposition jusqu'à 45 %, la prime peut être intégralement comptabilisée comme frais;

— pour les revenus qui relèvent de la tranche d'imposition de 50 %, la prime est déductible à 50 % du revenu imposable;

2° les avantages soient stipulés au moment de la souscription du contrat, en cas de vie, au profit des personnes mentionnées à l'article 145/16/1/2°;

3° le contribuable produise, à l'appui de sa déclaration, une attestation de paiement à l'organisme assureur concerné ainsi qu'une copie du contrat d'assurance.

Art. 145/16/1/4°— Les organismes assureurs qui proposent des assurances maladies privées ne peuvent conclure qu'une seule assurance maladie complémentaire individuelle privée avec les personnes mentionnées à l'article 145/16/1/1°.

De verzekeringsinstellingen stellen de minister van Financiën in kennis :

1° van het aangaan van een overeenkomst tot individuele aanvullende private ziekteverzekering;

2° van het jaarbedrag van de betalingen van elke houder.

De in het tweede lid bedoelde kennisgeving geschiedt in de vorm en binnen de termijn die de Koning bepaalt.

4 juli 2008.

Lieve VAN ERMEN.
Margriet HERMANS.

Les organismes assureurs informent le ministre des Finances :

1° de la souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuelle privée;

2° du montant annuel des paiements de chaque titulaire.

L'information visée à l'alinéa 2 se fait dans les formes et délais déterminés par le Roi.

4 juillet 2008.