

Brussel, 21 februari 2025

DOC/C2024/5

Advies

Over mogelijke discriminatie tussen fysieke en mentale problemen in het kader van verzekeringen

Bruxelles, le 21 février 2025

DOC/C2024/5

Avis

sur la discrimination susceptible d'être opérée entre problèmes physiques et problèmes mentaux dans le cadre des assurances

I. INLEIDING

Bij brief van 25 april 2024 heeft de heer Pierre-Yves Dermagne, Vice-Eersteminister en Minister van Economie en Werk, de Commissie voor Verzekeringen verzocht om een advies te verlenen over de problematiek van mogelijke discriminatie tussen fysieke en mentale problemen in het kader van verzekeringen in het algemeen.

De Minister licht zijn adviesverzoek als volgt toe:

"De aanleiding van mijn vraag is arrest nr. 2022/AA/129, waarin op 13 december 2023 door het Arbeidshof te Antwerpen, afdeling Antwerpen, werd bevestigd dat er sprake is van discriminatie wanneer een verzekeraar bij arbeidsongeschiktheid ingevolge een depressie weigert om nog langer premies uit te keren aan diens verzekerde. De betrokken verzekeraar had een clause opgenomen waarin in een waarborgbeperking werd voorzien voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge psychische stoornissen, chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie en psychosociaal risico, terwijl er voor andere aandoeningen geen enkele beperking in de tijd gold. Het Arbeidshof stelde dat een dergelijke bepaling de begunstigden van de verzekeringsovereenkomst ongelijk behandelt op grond van hun actuele of toekomstige gezondheidstoestand. Ofschoon ze allebei een aandoening of ziekte hebben, worden begunstigden met en zonder psychische aandoening anders behandeld, zonder dat dit onderscheid gerechtvaardigd kan worden. De in het arrest betwiste clause, waarin in een onderscheid wordt voorzien tussen somatische en psychische ziektes, komt echter in de voorwaarden van diverse verzekeraars voor. In deze context wordt aan de Commissie voor Verzekeringen gevraagd om een

I. INTRODUCTION

Par lettre du 25 avril 2024, Monsieur Pierre-Yves Dermagne, Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Économie et du Travail, a demandé à la Commission des Assurances de rendre un avis sur la question de la discrimination susceptible d'être opérée entre les problèmes physiques et les problèmes mentaux dans le cadre des assurances en général.

Le Ministre explique sa demande d'avis comme suit :

"Ma demande fait suite à l'arrêt n° 2022/AA/129 rendu le 13 décembre 2023 par la Cour du travail d'Anvers, division Anvers, qui a confirmé qu'il était question de discrimination lorsqu'un assureur refuse de continuer à payer des indemnités à son assuré en cas d'incapacité de travail due à une dépression. L'assureur en question avait inclus dans son contrat une clause qui prévoyait une limitation dans le temps de la garantie en cas d'incapacité de travail résultant de troubles psychiques, du syndrome de fatigue chronique, d'une fibromyalgie ou d'un risque psychosocial, alors qu'aucune limitation de ce type ne s'appliquait aux autres affections. La Cour du travail a considéré qu'une telle clause traitait les bénéficiaires du contrat d'assurance de manière inégale en fonction de leur état de santé actuel ou futur. Bien qu'étant dans les deux cas atteints d'une affection ou d'une maladie, les bénéficiaires souffrant d'un trouble psychique et ceux souffrant d'un trouble physique faisaient l'objet d'un traitement différent, sans que cette distinction puisse se justifier. Il s'avère toutefois que la clause contestée par l'arrêt pour le motif qu'elle établit une distinction entre maladies somatiques et maladies psychiques, figure dans les conditions de divers assureurs. Dans ce contexte, je souhaiterais que la Commission des Assurances émette un avis général

algemeen advies op te stellen inzake de problematiek met betrekking tot discriminatie tussen fysieke en mentale problemen.”

sur la question de la discrimination opérée entre les problèmes physiques et les problèmes mentaux dans les contrats d’assurance.”

De Commissie voor Verzekeringen heeft dit verzoek besproken tijdens haar vergaderingen van 20 juni 2024, 19 september 2024, 24 oktober 2024, 21 november 2024 en 23 januari 2025 en verleent hierbij volgend advies.

La Commission des Assurances a débattu sur cette demande lors de ses réunions des 20 juin 2024, 19 septembre 2024, 24 octobre 2024, 21 novembre 2024 et 23 janvier 2025 et rend à ce sujet l’avis exposé ci-dessous.

II. BESPREKING

A. Wettelijk kader

1. De Minister geeft terecht aan dat de Commissie voor Verzekeringen zich niet kan uitspreken over rechterlijke beslissingen, noch over individuele dossiers inzake discriminatie.

2. De Commissie wijst op het reeds bestaand wettelijk kader op grond waarvan het aan de rechter toekomt om te beoordelen of een gemaakt onderscheid op basis van een bepaald criterium een discriminatie inhoudt om reden dat het niet gerechtvaardigd is.

Dit algemeen wettelijk kader is van toepassing op een breed scala aan contractuele relaties, waaronder verzekeringen. Het bestaat uit: de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie (algemene discriminatiewet), de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen (genderwet), de wet van 30 juli 1981 tot bestraffing van bepaalde door racisme of xenofobie ingegeven daden. Voor welomschreven specifieke verzekeringscontracten afgesloten door consumenten in de zin van het Wetboek van Economisch recht is een specifieke segmentatieregel bepaald in de artikelen 43 en 44 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

3. Betreffende fysieke en psychische aandoeningen is in het bijzonder voormelde wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie relevant. Deze wet vermeldt als beschermde criteria ‘gezondheidstoestand’ (expliciet ingevoegd bij wet van 20 juli 2022), ‘handicap’ en ‘fysieke of genetische eigenschap’.

II. EXAMEN

A. Cadre légal

1. Le Ministre indique à juste titre que la Commission des Assurances n’a pas vocation à se prononcer sur des décisions judiciaires, ni sur des dossiers individuels où il serait question de discrimination.

2. La Commission se réfère au cadre légal actuel en vertu duquel il appartient au juge d’apprécier si une distinction opérée sur la base d’un critère déterminé constitue une discrimination pour le motif qu’elle n’est pas justifiée.

Ce cadre légal général s’applique à un large éventail de relations contractuelles, y compris dans le cadre des assurances. Il se compose de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination (loi générale anti-discrimination), de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes (loi sur le genre) et de la loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie. Pour certains contrats d’assurance bien définis, qui sont souscrits par des consommateurs au sens du Code de droit économique, une règle de segmentation spécifique est prévue par les articles 43 et 44 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

3. En ce qui concerne les affections physiques et psychiques, c’est en particulier la loi du 10 mai 2007 précitée tendant à lutter contre certaines formes de discrimination qui est pertinente. Cette loi cite, parmi les critères protégés, “l’état de santé” (explicitement inséré par la loi du 20 juillet 2022), “un handicap” et “une caractéristique physique ou génétique”.

Artikel 4, 4° van deze wet bepaalt bovendien: “Deze beschermde criteria kunnen werkelijke of vermeende, eigen of bij associatie toegekende beschermde criteria zijn, en kunnen alleenstaand zijn, of worden gecombineerd met een of meer beschermde criteria van die wet, de wet van 30 juli 1981 of de wet van 10 mei 2007 discriminatie tussen vrouwen en mannen”.

Krachtens deze wet is directe discriminatie “een direct onderscheid op grond van een of meer beschermde criteria dat niet gerechtvaardigd kan worden op grond van de bepalingen van titel II” (art. 4, 7°) en indirecte discriminatie “een indirect onderscheid op grond van een of meer beschermde criteria dat niet kan gerechtvaardigd worden op grond van de bepalingen van titel II” (art. 4, 9°).

De algemene rechtvaardigingsgrond is bepaald in de artikelen 7 en 9 van deze wet.

Artikel 7 bepaalt: “Elk direct onderscheid op grond van een of meer beschermde criteria vormt een directe discriminatie, tenzij dit direct onderscheid objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn”.

Artikel 9 van deze wet bepaalt: “Elk indirect onderscheid op grond van een of meer beschermde criteria vormt een indirecte discriminatie, tenzij de ogenschijnlijk neutrale bepaling, maatstaf of handelwijze die aan de grondslag ligt van dit indirecte onderscheid objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn, of tenzij, in geval van indirect onderscheid op grond van een handicap, aangetoond wordt dat geen redelijke aanpassingen getroffen kunnen worden.”

4. Dit wettelijk kader en in het bijzonder voormelde algemene discriminatiewet vormt de wettelijk basis om concrete dekkingsvoorwaarden inzake zowel fysieke als psychische aandoeningen te toetsen en te beoordelen of de betrokken verzekeraar aantoont dat het aangevoerde vermoeden van discriminatie niettemin objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn.

L'article 4, 4°, de cette loi précise en outre : “Ces critères protégés peuvent être réels ou supposés, octroyés en propre ou par association, pris seuls ou en combinaison avec un ou plusieurs critères protégés de la présente loi, de la loi du 30 juillet 1981 ou de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes.”

Aux termes de cette loi, la discrimination directe est “une distinction directe, fondée sur un ou plusieurs des critères protégés, qui ne peut être justifiée sur la base des dispositions du titre II” (article 4, 7°) et la discrimination indirecte est “une distinction indirecte, fondée sur un ou plusieurs des critères protégés, qui ne peut être justifiée sur la base des dispositions du titre II” (article 4, 9°).

Le motif général de justification est défini aux articles 7 et 9 de cette loi.

L'article 7 dispose : “Toute distinction directe fondée sur un ou plusieurs des critères protégés constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires”.

L'article 9 de cette loi précise : “Toute distinction indirecte fondée sur un ou plusieurs des critères protégés constitue une discrimination indirecte, à moins que la disposition, le critère ou la pratique apparemment neutre qui est au fondement de cette distinction indirecte soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires, ou à moins que, en cas de distinction indirecte sur base d'un handicap, il soit démontré qu'aucun aménagement raisonnable ne peut être mis en place.”

4. Ce cadre légal et, en particulier, la loi générale anti-discrimination susvisée constituent la base juridique à appliquer pour évaluer les conditions de couverture concrètes des affections tant physiques que psychiques et pour déterminer si l'assureur concerné démontre que la discrimination présumée est néanmoins objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but sont appropriés et nécessaires.

Bijgevolg is een verschil in dekking tussen fysieke en psychische aandoeningen, en dus het onderscheid dat in verzekeringsovereenkomst wordt gemaakt in de dekking tussen fysieke en psychische aandoeningen, niet noodzakelijk een discriminatie. Enkel wanneer het onderscheid niet objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel niet passend en noodzakelijk zijn, is er discriminatie in de zin van deze wetgeving.

Il s'ensuit qu'une différence de couverture entre les affections physiques et les affections psychiques et, partant, la distinction établie dans un contrat d'assurance, en termes de couverture, entre les affections physiques et les affections psychiques ne constituent pas nécessairement une discrimination. Il n'est question de discrimination au sens de cette législation que si la distinction opérée n'est pas objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but ne sont pas appropriés et nécessaires.

5. Het door de minister vermelde arrest van het Arbeidshof van Antwerpen van 13 december 2023 is, voor zover bekend, de enige rechterlijke uitspraak waarin deze discriminatiewetgeving is getoetst in een zaak van een onderscheid tussen fysieke en psychische aandoeningen in een verzekering arbeidsongeschiktheid (verzekering gewaarborgd inkomen). In de betrokken zaak was het Arbeidshof van oordeel dat de verzekeraar niet aantoonde dat het onderscheid in de duur van de dekking tussen de bepaalde psychische aandoeningen en fysieke aandoeningen objectief gerechtvaardigd was (https://www.tribunaux-rechtbanken.be/sites/default/files/media/ahct/antwerpen/files/2022aa129_arrest.pdf). Deze beslissing betreft een beoordeling van de objectieve rechtvaardigingstoets op de concrete feiten en de aangevoerde argumenten in de betrokken zaak.

5. L'arrêt de la Cour du travail d'Anvers du 13 décembre 2023, cité par le Ministre, est à ce jour la seule décision judiciaire connue ayant examiné l'application de cette législation anti-discrimination dans une affaire portant sur une distinction opérée entre affections physiques et affections psychiques dans le cadre d'une assurance incapacité de travail (assurance revenu garanti). Dans l'affaire en cause, la Cour du travail a jugé que l'assureur n'avait pas démontré que la différence faite, au niveau de la durée de la couverture, entre certaines affections psychiques et les affections physiques était objectivement justifiée (https://www.tribunaux-rechtbanken.be/sites/default/files/media/ahct/antwerpen/files/2022aa129_arrest.pdf). Cette décision repose sur l'appréciation du critère de justification objective au regard des faits concrets et des arguments avancés dans l'affaire en question.

De deskundigen, evenals de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en verzekeringstussenpersonen benadrukken dat voormeld arrest aldus geen principearrest is, noch vaste rechtspraak over de duur van de dekking voor psychische aandoeningen.

Les experts, ainsi que les représentants des entreprises d'assurance et des intermédiaires d'assurance, soulignent que l'arrêt précité ne constitue donc ni un arrêt de principe, ni une jurisprudence constante quant à la durée de la couverture des affections psychiques.

6. Het Europees en Belgisch mededingingsrecht verbiedt verzekeraars om sectorafspraken of onderlinge afspraken te maken over de voorwaarden en de premie van verzekeringsovereenkomsten (art. 101-102 Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie en Boek IV Wetboek Economisch recht).

6. Le droit européen et belge de la concurrence interdit aux assureurs de conclure des accords sectoriels ou mutuels portant sur les conditions et les primes de contrats d'assurance (articles 101-102 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et Livre IV du Code de droit économique).

B. Algemene bespreking

1. De Commissie bevestigt dat voormelde discriminatiewetgeving ook van toepassing is op verzekeringsovereenkomsten. De Commissie

B. Commentaire général

1. La Commission confirme que la législation anti-discrimination précitée s'applique également aux contrats d'assurance. Elle confirme en outre qu'en

bevestigt dat op basis van deze wetgeving een onderscheid in dekking tussen psychische en fysieke aandoeningen objectief gerechtvaardigd dient te zijn in de zin van deze wetgeving.

2. De vertegenwoordigers van de verbruikers merken in de praktijk dat het voor personen die geconfronteerd worden met verschillen in de dekking tussen psychische en fysieke aandoeningen een grote stap is om een juridische procedure op te starten, waarvoor ze vaak noch de kracht, noch het geduld en soms niet de financiële middelen hebben en die lang kan aanslepen vooraleer er een uitspraak is. Zij zien het verzoek van de minister als een opportuniteit om met de verzekeringssector te zoeken naar een gedragen oplossing ten einde te voorkomen dat deze mensen ieder individueel hun zaak aan de rechtbank zouden moeten voorleggen voor de beoordeling of het gemaakte onderscheid discriminerend is.

3. De Commissie stelt vast dat er in de polispraktijk vaak een onderscheid wordt gemaakt in de dekkingsvoorwaarden tussen fysieke en psychische aandoeningen.

Daarbij zijn er evenwel verschillen al naar gelang de aard van het gedekte risico, en bijgevolg tussen arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (verzekeringen gewaarborgd inkomen), hospitalisatieverzekeringen, of reisverzekeringen. Bovendien kan er een verschil zijn tussen collectieve (beroepsgebonden) verzekeringen (bv. afgesloten door de werkgever en behoeve van zijn werknemers), of individuele (niet-beroepsgebonden) verzekeringen (bv. afgesloten door een consument ten behoeve van het gezin).

Derhalve zal hierna in de bespreking van de problematiek een onderscheid worden gemaakt tussen (1) arbeidsongeschiktheidsverzekeringen of verzekeringen gewaarborgd inkomen, (2) hospitalisatieverzekeringen en (3) reisverzekeringen.

4. De Commissie stelt dat moet vermeden worden dat afbreuk wordt gedaan aan de bescherming die de huidige polispraktijk toekent, zowel aan personen met een psychische aandoening, als met een fysieke aandoening.

vertu de cette législation, une distinction en termes de couverture entre les affections psychiques et les affections physiques doit être objectivement justifiée selon les règles prévues.

2. Les représentants des consommateurs observent dans la pratique qu'il n'est pas toujours facile pour les personnes confrontées à des différences de couverture entre affections psychiques et affections physiques d'entamer une procédure judiciaire, car elles n'en ont souvent ni la force, ni la patience, et ne disposent parfois pas des moyens financiers requis, sachant que cette procédure peut durer longtemps avant qu'un jugement ne soit rendu. Ils voient dans la demande du Ministre l'opportunité de chercher, de concert avec le secteur des assurances, une solution permettant d'éviter à ces personnes de devoir porter leur affaire individuellement devant un tribunal pour que ce dernier juge si la distinction opérée est discriminatoire ou non.

3. La Commission constate que, dans la pratique des assurances, une distinction est souvent opérée au niveau des conditions de couverture entre les affections physiques et les affections psychiques.

Il existe toutefois des différences en fonction de la nature du risque couvert et, par conséquent, entre les assurances incapacité de travail (assurances revenu garanti), les assurances hospitalisation et les assurances voyage. Il peut en outre y avoir une différence entre les assurances collectives (liées à l'activité professionnelle) (par exemple souscrites par l'employeur au profit de ses travailleurs) et les assurances individuelles (non liées à l'activité professionnelle) (par exemple souscrites par un consommateur au profit de sa famille).

C'est pourquoi elle propose d'examiner la problématique en distinguant (1) les assurances incapacité de travail ou assurances revenu garanti, (2) les assurances hospitalisation et (3) les assurances voyage.

4. La Commission souligne qu'il importe de ne pas porter atteinte à la protection offerte par la pratique actuelle des assurances tant aux personnes atteintes d'une affection psychique qu'à celles souffrant d'une affection physique.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de uitkomst van een aanpassing van de polispraktijk niet slechter zou uitvallen dan wat de huidige polispraktijk garandeert en op zijn minst overeenstemt met het huidige beschermingsniveau voor alle getroffen aangeslotenen, huidige en toekomstige gevallen.

5. De geestelijke gezondheidszorg is een problematiek van algemeen belang, en dient derhalve te behoren tot de prioriteiten van de (federale en deelstatelijke) overheid. De sociale zekerheid biedt bepaalde tussenkomsten (<https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg>). Recent werd de tegemoetkoming in de ziekte- en invaliditeitsverzekering uitgebreid zowel voor wat betreft de kosten van consultaties bij erkende psychologen, als voor wat betreft de doelgroep die hiervoor in aanmerking komt. De verdere uitbouw van een eerstelijnszorg voor geestelijke gezondheid binnen een passend tijdsbestek ter voorkoming van complicaties is evenwel een 'werk in uitvoering', dat ook de overheid voor uitdagingen stelt (<https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/geestelijke>). Ook ziekenfondsen geven in het kader van hun verrichtingen met solidariteitskenmerk bijzondere aandacht aan de geestelijke gezondheid. Sinds meer dan 10 jaar bieden ze tussenkomsten voor psychologische consultaties. Daarnaast hebben sommigen zelfmoordpreventiecentra opgericht, of komen ze tussen in de kosten van consultaties van psychiaters.

6. Aanvullende private verzekeringen hebben ook een rol te spelen in de problematiek van de geestelijke gezondheidszorg. De eigenheid van aanvullende verzekeringen vereist evenwel dat rekening wordt gehouden met de verzekeringstechniek bij de beoordeling van het te verzekeren risico en de relatie tussen de te verwachten schadelast en de premie en dekkingsvoorwaarden. Ter garantie van de financiële stabiliteit moet de verzekeraar tevens de prudentiële regels respecteren. Aanvullende verzekeringen hebben een sociale functie maar zijn geen socialezekerheid. Voorts is bij moeilijk objectificeerbare fysieke of psychische aandoeningen er een groter risico op fraude.

Les représentants des consommateurs demandent que si l'on adapte la pratique des assurances, le résultat de cette adaptation ne soit pas plus mauvais que ce que garantit actuellement cette pratique et qu'il corresponde au moins au niveau de protection actuel pour tous les affiliés concernés, qu'il s'agisse de cas actuels ou futurs.

5. Les soins de santé mentale constituent une question d'intérêt général et doivent dès lors faire partie des priorités des pouvoirs publics (fédéraux et régionaux). La sécurité sociale prévoit certaines interventions (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale>). Récemment, l'intervention prévue par l'assurance maladie-invalidité a été étendue tant en ce qui concerne les frais de consultation auprès de psychologues agréés qu'en ce qui concerne le groupe cible entrant en ligne de compte à cet effet. Le développement d'une offre de soins de première ligne en santé mentale dans un délai approprié en vue de prévenir les complications reste toutefois un "chantier en cours" qui pose également des défis aux pouvoirs publics (<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/d-omaines-de-soins-specifiques/soins-de-sante-mentale>). Les mutuelles accordent elles aussi une attention particulière à la santé mentale, dans le cadre de leurs opérations de solidarité. Depuis plus de 10 ans, elles octroient des interventions dans les frais de consultation de psychologues. Certaines ont par ailleurs créé des centres de prévention du suicide ou interviennent dans les frais de consultation de psychiatres.

6. Les assurances complémentaires privées ont également un rôle à jouer dans la problématique des soins de santé mentale. La particularité des assurances complémentaires exige toutefois de tenir compte de la technique assurantielle lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque à assurer et la relation entre la charge des sinistres attendue, d'une part, et la prime et les conditions de couverture, d'autre part. Pour garantir sa stabilité financière, l'assureur doit également respecter des règles prudentielles. Les assurances complémentaires remplissent une fonction sociale mais ne font pas office de sécurité sociale. En outre, lorsque les affections physiques ou psychiques sont difficiles à objectiver, le risque de fraude est plus élevé.

C. Bespreking van specifieke verzekeringen

Zoals hoger toegelicht, moet in aanvullende verzekeringen een onderscheid worden gemaakt al naar gelang de aard van het te verzekeren risico, en bijgevolg al naargelang het type verzekering.

De vertegenwoordigers van de verbruikers hebben de onderscheiden tussen fysieke en psychische aandoeningen die in de polispraktijk van de verschillende verzekeringen worden gemaakt, ter bespreking voorgelegd.

Hierna worden deze achtereenvolgens besproken voor: (1) arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (verzekeringen gewaarborgd inkomen), (2) hospitalisatieverzekeringen en (3) reisverzekeringen.

1. Arbeidsongeschiktheidsverzekering - verzekering gewaarborgd inkomen

1. Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen worden vaak afgesloten door de werkgevers ten behoeve van hun werknemers (collectieve beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekeringen), of door zelfstandigen (individuele niet-beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekeringen).

Enkel de zgn. commerciële verzekeraars bieden deze aan. De mutualistische verzekeraars (verzekeringsmob's) zijn niet actief op deze markt.

2. In het kader van de medische selectie bij het afsluiten van een verzekering gewaarborgd inkomen wordt er geen onderscheid gemaakt tussen fysieke en psychische aandoeningen. Zowel bij een fysieke als bij een psychische aandoening wordt een evaluatie gemaakt van het risico op arbeidsongeschiktheid. Op basis daarvan kan, afhankelijk van de concrete situatie, beslist worden tot een gewone dekking, een bij premie, een uitsluiting of een weigering van verzekering. Bijgevolg wordt er bij de medische selectie en acceptatie geen onderscheid gemaakt tussen psychische en fysieke aandoeningen.

3. Wat betreft de voorwaarden van de dekking blijkt uit de praktijk dat (collectieve, of individuele) arbeidsongeschiktheidsverzekeringen vaak een

C. Discussion sur les assurances spécifiques

Comme indiqué ci-dessus, il convient, dans le cadre des assurances complémentaires, d'établir une distinction selon la nature du risque à assurer et, par conséquent, selon le type d'assurance.

Les représentants des consommateurs ont soumis à la discussion les distinctions entre affections physiques et affections psychiques qui sont opérées dans la pratique par les différentes assurances.

Ces distinctions sont discutées ci-dessous successivement pour (1) les assurances incapacité de travail (assurances revenu garanti), (2) les assurances hospitalisation et (3) les assurances voyage.

1. Assurances incapacité de travail - assurances revenu garanti

1. Les assurances incapacité de travail sont souvent souscrites par les employeurs au profit de leurs travailleurs (assurances incapacité de travail collectives liées à l'activité professionnelle) ou par des indépendants (assurances incapacité de travail individuelles non liées à l'activité professionnelle).

Seuls les assureurs dits commerciaux les proposent. Les assureurs mutualistes (sociétés mutualistes d'assurance) ne sont pas actifs sur ce marché.

2. Dans le cadre de la sélection médicale lors de la conclusion d'une assurance revenu garanti, aucune distinction n'est faite entre les affections physiques et les affections psychiques. Une évaluation du risque d'incapacité de travail est effectuée tant pour les affections physiques que pour les affections psychiques. La décision prise sur cette base pourra donner lieu, en fonction de la situation concrète, à une couverture ordinaire, un supplément de prime, une exclusion ou un refus d'assurance. Il n'est donc pas opéré de distinction entre les affections psychiques et les affections physiques lors de la sélection médicale et de l'acceptation.

3. S'agissant des conditions de couverture, il s'avère dans la pratique que les assurances incapacité de travail (collectives ou individuelles) contiennent

clausule bedingen waarin de tussenkomst voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van (bepaalde) psychische aandoeningen in de tijd beperkt is tot een termijn van 2 jaar, terwijl er voor andere (psychische of fysieke) aandoeningen geen beperking in de tijd geldt.

Vertegenwoordigers van de verbruikers merken op dat deze polispraktijk niet gebaseerd is op een regel in het Belgische verzekeringsrecht dat de actoren zou verplichten om bepaalde beperkingen qua dekking in tijd op te nemen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat ingeval van een gecombineerde fysieke en psychische aandoening er in de regel geen beperking is van de dekkingstermijn en de dekking na 2 jaar zal verder lopen als de persoon nog steeds de fysieke aandoening heeft.

4. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen lichten dit onderscheid toe als volgt:

- Dit onderscheid houdt vooreerst verband met de moeilijkheid om objectieve symptomen van bepaalde psychische aandoeningen te kunnen aantonen. Dit wordt verder besproken hierna in punt 6.

- Voorts leidt het stijgend aantal langdurig arbeidsongeschikten in België niet alleen tot budgettaire uitdagingen voor de overheid, maar ook voor de verzekeringen gewaarborgd inkomen. Hun verklaring is als volgt:

Het aantal langdurig arbeidsongeschikten in België heeft in 2022 de kaap van 500.000 personen overschreden

(https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_du2022_1_invaliditeit.pdf (werknemers en werklozen)

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_du2022_1_invaliditeit_zelfstandigen.pdf

(zelfstandigen)). Een persoon wordt als langdurig arbeidsongeschikt aanzien wanneer hij meer dan één jaar arbeidsongeschikt is. Het totale aantal arbeidsongeschikte personen in België zal nog hoger liggen. Uit cijfers blijkt tevens dat het aantal langdurig arbeidsongeschikten op 15 jaar tijd bijna is verdubbeld

(<https://www.mloz.be/nl/documentatie/het-aantal->

souvent une clause qui limite l'intervention en cas d'incapacité de travail résultant de (certaines) affections psychiques à une période de 2 ans, alors qu'il n'existe pas de limitation dans le temps pour d'autres affections (psychiques ou physiques).

Les représentants des consommateurs font observer que cette pratique ne repose sur aucune règle du droit belge des assurances qui obligerait les acteurs à assortir la couverture de certaines limitations dans le temps.

Les représentants des entreprises d'assurance relèvent que dans le cas d'une affection à la fois physique et psychique, il n'y a généralement pas de limitation au niveau de la période de couverture et que la couverture continuera à courir après 2 ans si la personne souffre toujours de l'affection physique.

4. Les représentants des entreprises d'assurance expliquent la distinction susvisée comme suit :

- Tout d'abord, cette distinction est liée à la difficulté de démontrer les symptômes objectifs de certaines affections psychiques. Cet aspect est développé plus loin, au point 6.

- Ensuite, le nombre croissant de personnes en incapacité de travail de longue durée en Belgique engendre des défis budgétaires non seulement pour les pouvoirs publics, mais aussi pour les assurances revenu garanti. En témoignent les chiffres cités ci-après.

En 2022, le nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée en Belgique a franchi la barre des 500.000

(https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_si2022_1_invalidite.pdf (salariés et chômeurs)

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/stat_si2022_1_invalidite_independant.pdf

(indépendants)). Une personne est considérée comme étant en incapacité de travail de longue durée si son incapacité de travail dure plus d'un an. Le nombre total de personnes en incapacité de travail en Belgique sera encore plus élevé. D'autres chiffres montrent également que le nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée a presque doublé en 15 ans

langdurig-zieken-doen-dalen-een-strijd-op-vele-fronten). Het RIZIV heeft berekend dat meer dan 1/3 van alle langdurig zieken arbeidsongeschikt zijn ten gevolge van psychische aandoeningen. Hiervan gaat het in 66% van de gevallen over een depressie of burn-out. In de periode 2016-2021 steeg het aantal personen in langdurige arbeidsongeschiktheid door depressie of burn-out met 46,35%. In 2020 leidde dit tot meer dan 1,6 miljard euro aan uitkeringen in de wettelijke ziekteverzekering voor langdurige arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door depressie of burn-out (<https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistiek-en-uitkeringen/langdurige-arbeidsongeschiktheid-hoeveel-langdurige-burn-outs-en-depressies-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>).

(<https://www.mloz.be/fr/documentation/reduire-le-nombre-de-malades-de-longue-duree-une-bataille-sur-plusieurs-fronts>). L'INAMI a calculé que plus d'un tiers des malades de longue durée sont en incapacité de travail en raison d'affections psychiques. Parmi eux, 66 % souffrent de dépression ou de burn-out. Au cours de la période 2016-2021, le nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée pour cause de dépression ou de burn-out a augmenté de 46,35 %. En 2020, cela a représenté plus de 1,6 milliard d'euros d'indemnités dans le cadre du régime légal d'assurance maladie pour l'incapacité de travail de longue durée due à la dépression ou au burn-out (<https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/incapacite-de-travail-de-longue-duree-combien-de-burnouts-et-de-depressions-de-longue-duree-quel-cout-pour-l-assurance-indemnitees>).

Deze cijfers vormen een grote uitdaging voor de sociale zekerheid en de maatschappij. De sociale partners merken op dat ze in nauw overleg in de nationale overlegorganen reeds meerdere jaren ingezet hebben op re-integratie van langdurig zieken en dat de vorige regering dit trachtte te faciliteren met trajecten via de Terug-naar-Werk-coördinatoren bij de mutualiteiten. Het succes van deze inspanningen is nog niet voldoende gekend.

Ces chiffres constituent un défi majeur pour la sécurité sociale et la société. Les partenaires sociaux font observer qu'ils travaillent depuis plusieurs années déjà, au sein des organes de concertation nationaux, à la réintégration des malades de longue durée et que le gouvernement précédent a tenté de faciliter ce processus en instaurant des trajets Retour au Travail avec le soutien d'un coordinateur auprès des mutuelles. Le succès de ces efforts n'est pas encore suffisamment connu.

Ook voor de verzekeringssector hebben dergelijke stijgingspercentages een impact. Verzekeraars proberen werkgevers en werknemers zo goed mogelijk bij te staan. Verschillende verzekeraars hebben preventiediensten opgezet voor hun verzekerden (bv. via tele-consultatie met een psycholoog) of via dienstenplatforms voor werkgevers om het welzijn op het werk te verbeteren. Daarnaast bieden heel wat verzekeraars in hun verzekeringen gewaarborgd inkomen re-integratietrajecten aan met goede resultaten (bij ongeveer 70% van de re-integratietrajecten is de persoon opnieuw aan het werk gegaan). Het beleid van de verzekeraars sluit aldus naar hun mening naadloos aan bij het beleid van de overheid.

Ces pourcentages en hausse ont également un impact sur le secteur des assurances. Les assureurs essaient d'aider les employeurs et les travailleurs du mieux qu'ils peuvent. Plusieurs d'entre eux ont mis en place des services de prévention pour leurs assurés (par exemple, une téléconsultation avec un psychologue) ou des plateformes de services pour les employeurs afin d'améliorer le bien-être au travail. Bon nombre d'assureurs proposent en outre dans leurs assurances revenu garanti des trajets de réintégration qui donnent de bons résultats (dans environ 70 % des trajets de réintégration, la personne a repris le travail). La politique des assureurs est donc, selon eux, parfaitement en phase avec celle des pouvoirs publics.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat de hoger vermelde cijfers aantonen dat de omvang en de instroom van het aantal langdurig arbeidsongeschikten problematisch is. In de vorige

Les représentants des entreprises d'assurance soulignent que les chiffres précités montrent que le nombre élevé de personnes entrant en incapacité de travail de longue durée est problématique. Sous la précédente législature, les pouvoirs publics ont déjà

legislatuur heeft de overheid al een aantal maatregelen genomen (zoals de creatie van de Terug-naar-Werk-coördinatoren), maar de effecten ervan zijn nog onvoldoende zichtbaar. Initiatieven om de instroom van het aantal langdurig arbeidsongeschikten onder controle te houden en om de uitstroom naar de arbeidsmarkt te bevorderen, zijn dan ook belangrijk. Het succes daarvan zal mee bepalen welke dekking verzekeraars al dan niet kunnen aanbieden voor psychische aandoeningen. Indien de cijfers van (aantal) langdurig arbeidsongeschikten zou dalen, zou de clause van de dekkingsbeperking van 2 jaar desgevallend kunnen worden herzien.

Bijgevolg, indien er in de arbeidsongeschiktheidsverzekering geen onderscheid meer zou kunnen gemaakt worden tussen de dekking van psychische en fysieke aandoeningen, verduidelijken de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat de verzekeringssector momenteel slechts twee mogelijkheden ziet:

- beperking van de dekking in de tijd voor alle aandoeningen. Dit zou een achteruitgang betekenen voor verzekerden die getroffen worden door een fysieke aandoening waarvoor vandaag wel een onbeperkte dekking geldt;
- onbeperkte dekking in de tijd voor alle aandoeningen. Dit zal leiden tot premies die riskeren te hoog te zijn voor zelfstandigen, of die werkgevers mogelijk niet (langer) bereid zijn te betalen voor collectieve verzekeringen waardoor er in het geheel geen bescherming meer zou zijn voor de werknemers.

5. De vertegenwoordigers van de gebruikers stellen dat de voorgelegde cijfers moeten genuanceerd worden. Zij hebben meer specifieke cijfers gevraagd van het aantal gevallen van getroffen aangeslotenen werknemers (dus met uitzondering van zelfstandigen en de werkzoekende werklozen die per definitie niet zijn aangesloten bij collectieve polissen arbeidsongeschiktheid) bij dit type verzekering die tevens zouden getroffen zijn door alleen een psychische aandoening die niet objectiveerbaar zou zijn. Volgens hen vallen de langdurig zieken met een depressie hier in feite niet onder aangezien depressie is opgenomen in de DSM – 5 classificatie.

pris un certain nombre de mesures (comme la création des coordinateurs Retour au Travail), mais les effets de ces mesures ne sont pas encore suffisamment visibles. Les initiatives visant à maîtriser le nombre de personnes entrant en incapacité de travail de longue durée et à favoriser leur retour sur le marché du travail sont dès lors importantes. Le succès de ces initiatives permettra notamment de déterminer la couverture que les assureurs pourraient ou non offrir pour les affections psychiques. Si les chiffres relatifs aux personnes en incapacité de travail de longue durée (dont leur nombre) venaient à diminuer, la clause limitant la couverture à 2 ans pourrait être revue.

Les représentants des entreprises d'assurance précisent dès lors que s'il n'était plus possible, dans l'assurance incapacité de travail, d'opérer une distinction entre la couverture des affections psychiques et celle des affections physiques, le secteur des assurances ne pourrait actuellement envisager que deux options :

- limiter la couverture dans le temps de toutes les affections, ce qui constituerait un pas en arrière pour les assurés atteints d'une affection physique qui bénéficient actuellement d'une couverture illimitée ;
- prévoir une couverture illimitée dans le temps pour toutes les affections, ce qui entraînerait des primes qui risquent d'être trop élevées pour les travailleurs indépendants ou que les employeurs ne seront peut-être pas (plus) disposés à payer pour des assurances collectives, supprimant ainsi toute protection pour les salariés.

5. Les représentants des consommateurs font valoir que les chiffres présentés doivent être nuancés. Ils ont demandé des chiffres plus précis sur le nombre de cas de salariés affiliés concernés (excluant donc les travailleurs indépendants et les chômeurs demandeurs d'emploi qui, par définition, ne sont pas affiliés à des polices collectives d'incapacité de travail) dans ce type d'assurance, y compris ceux qui ne seraient touchés que par une affection psychique ne pouvant être objectivée. Selon eux, les malades de longue durée atteints de dépression ne font en fait pas partie de cette catégorie, puisque la dépression est reprise dans la classification DSM-5.

Vooreerst stellen zij dat uit de cijfers van het RIZIV 2018-2022 blijkt dat de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid bij fysieke oorzaken langer is dan bij psychische stoornissen. Voor 2022 geeft dit: voor loontrekkende 6,14 maanden voor psychische stoornissen en 6,93 maanden voor fysieke oorzaken (totaal 6,64), en voor zelfstandige 5,83 voor psychische stoornissen en 6,19 voor fysieke oorzaken (totaal 6,60). Voorts moeten volgens deze vertegenwoordigers de studies over de evolutie van depressies en burn-out (waaronder de covid periode) verder worden opgevolgd want zij vermoeden dat deze tendens in de toekomst terug zou afnemen. Op basis van de huidige studies kan aldus naar hun mening niet aangevoerd worden dat de premies zouden stijgen wanneer er geen onderscheid zou worden gemaakt tussen fysieke en psychische aandoeningen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers stellen dat voorzichtigheid geboden is met de term psychische aandoeningen. Zij merken op dat, hoewel burn-out in België niet erkend is als beroepsziekte en niet wordt erkend als een officiële diagnose in de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, handboek voor psychologische stoornissen), burn-out wel wordt erkend als een serieuze aandoening die onderwerp is van veel onderzoek en door de WHO officieel erkend is als een beroepsziekte. Voorts stellen zij dat depressie als een aandoening wordt erkend in de DSM-5 en specifiek geclassificeerd is als een depressieve stoornis (met diverse vormen zoals majeure of persisterende depressieve stoornis).

6. De voormelde moeilijkheid om objectieve symptomen van bepaalde psychische aandoeningen te kunnen aantonen blijkt uit gegevens verstrekt door en de ervaring van de Ombudsman voor de verzekeringen.

De Ombudsman stelde vast dat tot 2022 de polisvoorwaarden van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (zowel individuele als collectieve contracten) enkel een tussenkomst voorzagen indien de verzekerde objectieve symptomen kon aantonen van zijn/haar ziekte. Dit is een moeilijke discussie bij psychologische aandoeningen, zoals burn-out of depressie, waar de aandoening moeilijker meetbaar is op basis van objectieve symptomen, zoals een

Ils indiquent tout d'abord que les chiffres de l'INAMI pour 2018-2022 montrent que la durée moyenne de l'incapacité de travail due à des causes physiques est plus longue que celle due à des troubles psychiques. Cette durée, en 2022, s'établissait comme suit : pour les salariés, 6,14 mois pour des troubles psychiques et 6,93 mois pour des causes physiques (total 6,64) et, pour les indépendants, 5,83 mois pour des troubles psychiques et 6,19 mois pour des causes physiques (total 6,60). Selon ces représentants, il convient par ailleurs de continuer à suivre les études sur l'évolution des dépressions et des burn-outs (y compris durant la période Covid) car ils présumant que cette tendance pourrait diminuer à l'avenir. À leur avis, les études actuelles ne permettent pas d'affirmer que les primes augmenteraient si aucune distinction n'était faite entre les affections physiques et les affections psychiques.

Les représentants des consommateurs soutiennent que le terme "affections psychiques" doit être utilisé avec prudence. Ils font observer que bien que le burn-out ne soit pas reconnu comme maladie professionnelle en Belgique ni comme diagnostic officiel dans le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, guide des troubles psychologiques), il est néanmoins considéré comme une affection sérieuse qui fait l'objet de nombreuses recherches et est officiellement reconnu par l'OMS comme maladie professionnelle. Ils affirment en outre que la dépression est reconnue comme affection dans le DSM-5 et est spécifiquement classée comme un trouble dépressif (avec différentes formes telles que le trouble dépressif majeur ou persistant).

6. La difficulté susmentionnée à démontrer les symptômes objectifs de certaines affections psychiques ressort clairement des données fournies par l'Ombudsman des assurances et de l'expérience de ce dernier.

L'Ombudsman a constaté que jusqu'en 2022, les conditions des polices d'assurance incapacité de travail (contrats tant individuels que collectifs) ne prévoyaient une intervention que si l'assuré pouvait démontrer des symptômes objectifs de sa maladie. La discussion est difficile lorsqu'il s'agit d'affections psychologiques, telles qu'un burn-out ou une dépression, car le trouble est plus difficile à mesurer sur la base de symptômes objectifs comme une analyse de sang, un scanner, etc. L'expérience de

bloedanalyse, scan, ... Uit de ervaring van de Ombudsman blijkt dat dikwijls de behandeling beperkt blijft tot een therapeutische opvolging door een psycholoog en het innemen van alternatieve geneesmiddelen, en dit om diverse redenen (men is erg ziek, wil even met rust gelaten worden en geen onderzoeken ondergaan, kostprijs van een medische expertise, ...). Bovendien stelde de ombudsman vast dat de aandoening vaak snel evolueert en zelfs verdwenen is wanneer de verzekerde wordt opgeroepen voor een medische expertise. Deze medische expertise kan enkel gedaan worden door een psychiater, en de wachttijden daarvoor zijn lang. De Ombudsman voor de verzekeringen wees reeds op deze problematiek in het jaarverslag van 2017 (www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2017-ombudsman-verzekeringen-jaarverslag). Na het jaarverslag van 2017 bleef het aantal dossiers over deze problematiek in de verschillende jaren constant.

Sinds 2022 echter ontving de Ombudsman opvallend minder dossiers over deze problematiek, met telkens 1 dossier per jaar.

Bij nader onderzoek stelde de Ombudsman vast dat in deze verzekering arbeidsongeschiktheid meer en meer toepassing werd gemaakt van de bijkomende clausule die bepaalt dat er dekking is voor onder meer burn-out en depressie gedurende 2 jaar. Aldus een clausule vergelijkbaar met deze in de zaak van het Arbeidshof te Antwerpen van 13 december 2023. Hierdoor is er in deze overeenkomsten geen betwisting meer over "objectieve symptomen" in dossiers met kortere werkonbekwaamheid dan 2 jaar. Door de dekkingsbeperking in de tijd zijn verzekeraars immers soepeler geworden in de beoordeling van de objectieve symptomen bij psychische aandoeningen.

De aan de Ombudsman sinds 2022 voorgelegde betwisting concentreerde zich vervolgens op het feit of een opname in het ziekenhuis moest meegerekend worden in deze termijn van 2 jaar. Uiteindelijk gebeurde dit niet en werd de termijn verlengd met de duur van de opname in het ziekenhuis.

7. Hieruit blijkt dat, hoewel de clausule een tijdsbeperking van 2 jaar bepaalt, deze tegelijkertijd

l'Ombudsman montre que le traitement se limite souvent à un suivi thérapeutique par un psychologue et à la prise de médicaments de médecine douce, et ce pour diverses raisons (la personne est très malade, veut être laissée tranquille pendant un certain temps et ne pas subir d'examens, est rebutée par le coût d'une expertise médicale, etc.). L'Ombudsman a en outre observé que la maladie évolue souvent de manière rapide et est atténuée, si pas disparue, lorsque l'assuré est convoqué pour une expertise médicale. Cette expertise médicale ne peut être réalisée que par un psychiatre, et les délais d'attente sont longs. L'Ombudsman des Assurances avait déjà signalé ce problème dans son rapport annuel 2017 (<https://www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2017-ombudsman-assurances-rapportannuel/>). Le nombre de dossiers portant sur cette problématique est resté constant au cours des années qui ont suivi la publication du rapport annuel 2017.

Depuis 2022, l'Ombudsman reçoit toutefois un nombre sensiblement moins élevé de dossiers traitant de cette problématique, leur nombre étant passé à 1 par an.

Après une analyse plus approfondie, l'Ombudsman a constaté que, dans les assurances incapacité de travail, il était de plus en plus souvent fait application de la clause supplémentaire fixant à 2 ans la période de couverture en cas notamment de burn-out et de dépression. Il s'agit d'une clause comparable à celle de l'affaire traitée par la Cour du travail d'Anvers dans son arrêt du 13 décembre 2023. Il n'y a donc plus, dans ces contrats, de litige sur les "symptômes objectifs" s'il s'agit d'une incapacité de travail inférieure à 2 ans. En raison de la limitation dans le temps de la couverture offerte, les assureurs font en effet preuve d'une plus grande souplesse dans leur évaluation des symptômes objectifs en cas d'affections psychiques.

Le litige dont l'Ombudsman a été saisi depuis 2022 portait sur la question de savoir si l'admission dans un hôpital devait être comprise dans cette période de 2 ans. Cela n'a finalement pas été le cas et la période a été prolongée de la durée de l'hospitalisation.

7. Cela montre que, bien que la clause prévoie une limitation dans le temps de 2 ans, elle est quand

toch ook voordelig is voor heel wat verzekerden en tevens een zekere rechtszekerheid meebrengt voor werkonbekwaamheden van kortere duur door psychische aandoeningen.

De Ombudsman wijst erop dat indien deze clausule zou verdwijnen omdat ze discriminerend zou zijn en er geen vervangende bepaling zou zijn, het ernstig risico bestaat dat opnieuw er enkel dekking is voor ziektes waarvan de verzekerde de objectieve symptomen aantoonst. Dit zou een teugkeer inhouden naar de vroegere moeilijker situatie voor de verzekerde. Bovendien blijkt de termijn van 2 jaar in de meerderheid van de gevallen voldoende.

8. Voorstel

Ten einde de spanning tussen enerzijds het onderscheid tussen fysieke en psychische aandoeningen en anderzijds de verzekeringstechnische aspecten op te lossen, hebben de delegaties in de Commissie voor verzekeringen, met uitzondering van sommige vertegenwoordigers van de verbruikers, aan de verzekeringssector het voorstel van de Ombudsman voorgelegd om:

- de bijkomende clausule van de dekking van psychische aandoeningen tot een termijn van 2 jaar te behouden
- na deze termijn van 2 jaar de dekking nog verder te behouden indien de verzekerde de aandoening met objectieve symptomen kan aantonen. Op dat ogenblik zal het bewijs van de objectieve symptomen ook makkelijker te leveren zijn.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om ook te verduidelijken wat de verzekeraars beschouwen als "objectieve bewijzen" van psychische aandoeningen.

Na intern overleg, bevestigen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat deze laatsten zich engageren om intern na te gaan in welke mate ze in hun arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een verderzetting van dekking na 2 jaar kunnen overwegen voor psychische aandoeningen mits deze objectiveerbaar zijn en zo ja, op welke wijze.

De Commissie voor verzekeringen zal de naleving van dit engagement verder opvolgen.

même avantageuse pour de nombreux assurés et offre également une certaine sécurité juridique pour les périodes d'incapacité de travail plus courtes dues à des affections psychiques.

L'Ombudsman souligne que si cette clause venait à disparaître pour cause de caractère discriminatoire sans qu'une clause de remplacement soit prévue, il existerait un risque sérieux qu'à nouveau, seules les maladies dont l'assuré démontre les symptômes objectifs soient couvertes. Cela constituerait un retour à la situation antérieure, plus difficile pour l'assuré. Par ailleurs, la période de 2 ans semble suffisante dans la majorité des cas.

8. Proposition

Afin d'arriver à concilier, d'une part, la distinction entre affections physiques et affections psychiques et, d'autre part, les aspects relevant de la technique assurantielle, les délégations présentes au sein de la Commission des Assurances, à l'exception de certains représentants des consommateurs, ont soumis au secteur des assurances la proposition de l'Ombudsman qui consiste à :

- conserver la clause supplémentaire prévoyant la couverture des affections psychiques pendant une période de 2 ans
- maintenir la couverture au-delà de cette période de 2 ans si l'assuré peut démontrer l'affection par des symptômes objectifs. À ce moment-là, il sera également plus facile de fournir la preuve des symptômes objectifs.

Les représentants des consommateurs demandent de clarifier également ce que les assureurs considèrent comme des "preuves objectives" d'affections psychiques.

Après concertation interne, les représentants des entreprises d'assurance confirment que ces dernières s'engagent à examiner en interne dans quelle mesure elles pourraient envisager, dans leurs assurances incapacité de travail, de maintenir la couverture des affections psychiques après 2 ans à condition que celles-ci soient objectivables et, le cas échéant, de quelle manière.

La Commission des Assurances veillera au respect de cet engagement.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verzoeken verzekeraars om een concrete aanpak en timing te geven.

Enkele vertegenwoordigers van de verbruikers (vakbonden) drukken hun waardering uit voor het engagement van de verzekeringssector maar betreuren dat het voorstel fysieke en psychische problemen nog verschillend behandelt. Naar hun mening valt het door het voormelde arrest van het Arbeidshof Antwerpen te betwijfelen dat dit voorstel de discriminatietoets zou doorstaan. De argumenten van de verzekeringssector zijn volgens hen niet overtuigend: de arbeidsongeschiktheid kan bij psychische en fysieke problemen formeel worden vastgesteld door een geneesheer, gemiddeld duurt een arbeidsongeschiktheid bij fysieke oorzaken langer dan bij psychische en de wettelijke arbeidsongeschiktheidsverzekering maakt ook geen onderscheid voor de duur en de hoogte van de uitkering.

2. Hospitalisatieverzekeringen

1. De commerciële verzekeraars bieden zowel collectieve (beroepsgebonden), als individuele hospitalisatieverzekeringen aan.

De mutualistische verzekeraars bieden enkel individuele niet-beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen aan.

2. In het kader van de medische selectie bij het afsluiten van een hospitalisatieverzekering wordt er geen onderscheid gemaakt tussen fysieke en psychische aandoeningen, noch door de commerciële verzekeraars, noch door de mutualistische verzekeraars.

Commerciële verzekeraars maken zowel bij een fysieke als een psychische aandoening een evaluatie van het te verzekeren risico. Op basis daarvan kan, afhankelijk van de concrete situatie, beslist worden tot een gewone dekking, een bijpremie, een uitsluiting of een weigering van verzekering. In geval van collectieve (beroepsgebonden) hospitalisatieverzekeringen wordt vaak zelfs geen gebruik gemaakt van medische vragenlijsten.

Les représentants des consommateurs demandent aux assureurs de fournir une approche et un calendrier concrets.

Certains représentants des consommateurs (syndicats) se disent satisfaits de l'engagement pris par le secteur des assurances, mais déplorent que la proposition prévoit encore un traitement différent des troubles physiques et des troubles psychiques. Selon eux, l'on peut douter, au vu de l'arrêt précité de la Cour du travail d'Anvers, que cette proposition passe le test de l'anti-discrimination. Ils estiment que les arguments du secteur des assurances ne sont pas convaincants: l'incapacité de travail peut être formellement établie par un médecin en cas de troubles psychiques et physiques, une incapacité de travail causée par un problème physique dure en moyenne plus longtemps que celle due à une cause psychique et l'assurance incapacité de travail légale ne fait aucune distinction en termes de durée et de niveau de l'indemnité.

2. Assurances hospitalisation

1. Les assureurs commerciaux proposent des assurances hospitalisation tant collectives (liées à l'activité professionnelle) qu'individuelles.

Les assureurs mutualistes ne proposent que des assurances hospitalisation individuelles non liées à l'activité professionnelle.

2. Dans le cadre de la sélection médicale lors de la conclusion d'une assurance hospitalisation, aucune distinction n'est faite entre les affections physiques et les affections psychiques, ni par les assureurs commerciaux ni par les assureurs mutualistes.

Les assureurs commerciaux procèdent, tant pour une affection physique que pour une affection psychique, à une évaluation du risque à assurer. La décision prise sur cette base pourra donner lieu, en fonction de la situation concrète, à une couverture ordinaire, un supplément de prime, une exclusion ou un refus d'assurance. Dans le cas des assurances hospitalisation collectives (liées à l'activité professionnelle), il n'est même souvent pas fait usage de questionnaires médicaux.

Sommige mutualistische verzekeraars gebruiken voor de acceptatie geen medische vragenlijst en aanvaarden dus iedereen, ongeacht de gezondheidstoestand, psychisch of fysiek. Andere mutualistische verzekeraars gebruiken wel een medische vragenlijst maar enkel om de tussenkomst van supplementen te beperken in het geval van voorafbestaande ziekten. Ze aanvaarden bijgevolg iedereen.

Bijgevolg is er in de medische selectie bij hospitalisatieverzekeringen geen onderscheid noch discriminatie tussen psychische en fysieke aandoeningen.

3. Wat betreft de voorwaarden van de dekking blijkt uit de polispraktijk dat hospitalisatieverzekeringen geen beperkingen bedingen voor psychische aandoeningen wanneer deze verband houden met fysieke aandoeningen.

Uit de polispraktijk blijkt dat hospitalisatieverzekeringen (ook mutualistische) de dekking van de kosten van psychische aandoeningen beperken. Hierna worden deze beperkingen achtereenvolgens besproken.

4. De opname in een psychiatrisch ziekenhuis en in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is gedekt.

De opname in een psychiatrisch verzorgingstehuis is uitgesloten.

De verantwoording van de verzekeringssector daarvoor is als volgt.

Vooreerst definieert de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen de term "ziekenhuizen" als: "instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand

Certains assureurs mutualistes n'utilisent pas de questionnaire médical dans le cadre de l'acceptation et admettent donc toute personne, quel que soit son état de santé, psychique ou physique. D'autres assureurs mutualistes utilisent en revanche un questionnaire médical, mais uniquement pour limiter le versement de suppléments en cas de maladies préexistantes. Ils acceptent dès lors tout un chacun.

Lors de la sélection médicale pour les assurances hospitalisation, il n'est donc question ni de distinction ni de discrimination entre les affections psychiques et les affections physiques.

3. S'agissant des conditions de couverture, la pratique montre que les assurances hospitalisation ne prévoient pas de limitations pour les affections psychiques lorsque celles-ci sont liées à des affections physiques.

Il ressort également de la pratique que les assurances hospitalisation (y compris les assurances mutualistes) limitent la couverture des frais liés aux affections psychiques. Ces différentes limitations sont abordées ci-dessous.

4. L'admission dans un hôpital psychiatrique et dans le service psychiatrique d'un hôpital général est couverte.

L'admission dans une maison de soins psychiatriques est exclue.

Le secteur des assurances justifie cette différence par les considérations exposées ci-dessous.

Tout d'abord, la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins définit le terme "hôpitaux" comme regroupant "les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou

te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren” (artikel 2).

De term “psychiatrisch ziekenhuizen” zijn “ziekenhuizen die uitsluitend bestemd zijn voor psychiatrische patiënten” (artikel 3).

Een psychiatrisch verzorgingstehuis en initiatieven voor beschut wonen vallen daarentegen niet onder de definitie van een (psychiatrisch) ziekenhuis. De zorgen die in een psychiatrisch verzorgingstehuis en instelling voor beschut wonen verleend worden, verschillen duidelijk van de zorgen die verleend worden in een (psychiatrisch) ziekenhuis. Psychiatrische verzorgingstehuizen staan eerder in voor de opvang en begeleiding en verzorging van personen met psychische aandoeningen van wie de toestand is gestabiliseerd (<https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/psychische-gezondheid/psychiatrische-verzorgingstehuizen>). Er is sprake van een afhankelijkheidsaspect eerder dan van een curatief aspect. Er bestaat een apart regelgevend kader op regionaal niveau voor de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Voorts komt een hospitalisatieverzekering tussen in de medische kosten bij een ziekenhuisopname. Volgens artikel 201, §1, 1° van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen is een “ziektekostenverzekering” een “verzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling welke noodzakelijk is voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid.”

Uit de voormelde definities van “ziekenhuis” en “ziektekostenverzekering” blijkt volgens de verzekeraars dat het doel van een hospitalisatieverzekering is om dekking te verlenen voor een verblijf in een ziekenhuis waarbij de nodige zorgen/behandelingen worden verleend met het oog op het behoud of het herstel van de gezondheid.

Bijgevolg vallen de zorgen die in een psychiatrisch verzorgingstehuis worden verleend niet onder een hospitalisatieverzekering. Deze zorgen zouden mogelijks wel het voorwerp kunnen uitmaken van een niet-verplichte zorgverzekering, die een tussenkomst beoogt bij verlies van autonomie en zelfredzaamheid. Deze verzekering wordt expliciet

de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais” (article 2).

Le terme “hôpitaux psychiatriques” désigne “les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques” (article 3).

En revanche, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d’habitation protégée ne relèvent pas de la définition d’hôpital (psychiatrique). Les soins dispensés dans une maison de soins psychiatriques et dans une habitation protégée diffèrent clairement des soins prodigués dans un hôpital (psychiatrique). Les maisons de soins psychiatriques prennent plutôt en charge l’accueil et l’accompagnement ainsi que le traitement de personnes atteintes d’affections psychiques dont l’état s’est stabilisé (<https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/sante-mentale/maisons-de-soins-psychiatriques-msp/>) (<https://www.aviq.be/fr/hebergement/sante-mentale/maisons-de-soins-psychiatriques>). Il y est question d’un aspect de dépendance plutôt que d’un aspect curatif. Il existe un cadre réglementaire distinct au niveau régional pour les maisons de soins psychiatriques.

Ensuite, une assurance hospitalisation intervient dans les frais médicaux liés à une hospitalisation. Selon l’article 201, § 1^{er}, 1°, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, une “assurance soins de santé” est une assurance “qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d’accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé.”

Selon les assureurs, les définitions précitées des termes “hôpitaux” et “assurance soins de santé” montrent que l’objet d’une assurance hospitalisation est de couvrir le séjour dans un hôpital où sont dispensés les soins/traitements nécessaires au maintien ou au rétablissement de la santé.

Par conséquent, les soins prodigués dans une maison de soins psychiatriques ne sont pas couverts par l’assurance hospitalisation. Ces soins pourraient éventuellement faire l’objet d’une assurance soins non obligatoire, prévoyant une intervention en cas de perte d’autonomie et d’indépendance. Cette assurance est explicitement régie par l’article 201,

geregeld door artikel 201, §1, 4° van de wet van 4 april 2014, waardoor de wet bevestigt dat deze verschillend is van een ziektekostenverzekering zoals een hospitalisatieverzekering of medische kostenverzekering.

De vertegenwoordigers van de verbruikers merken op dat psychiatrische verzorgingstehuizen opgezet zijn in de drie gewesten. Deze zouden vaak aan lagere kosten werken dan psychiatrische instellingen en vaak met als doelstelling re-integratie in het arbeidscircuit. Naar hun mening is het bijgevolg een gemiste kans en zonder verantwoording om de kosten van opname in deze instellingen niet te dekken in een hospitalisatieverzekering.

5. De meeste hospitalisatieverzekeringen bieden ook een aanvullende dekking voor ambulante kosten die verband houden met welomschreven ernstige ziekten.

De vertegenwoordigers van de verbruikers merken op dat deze lijsten met ernstige ziekten vrijwel geen psychische of mentale ziekten bevatten. Zij zijn zich ervan bewust dat niet alle ziektes daarin kunnen worden opgenomen. Ze denken dat het nuttig zou zijn om psychische ziektes toe te voegen aan de dekking. Geestelijke gezondheid is een maatschappelijk probleem en moet naar hun mening meer worden opgenomen in de dekking van deze verzekeringen, zoals dat nu reeds het geval is met fysieke aandoeningen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen melden dat de inhoud en het aantal (veelal rond een 30tal) ernstige ziekten in de waarborg ambulante kosten in hospitalisatieverzekeringen verschilt per verzekeraar. De opname van een ziekte in deze lijst is gebaseerd op een uitgebreide medische en actuariële evaluatie van de noden, de kosten en de premie. Bij het nemen van de finale beslissing tot opname of niet zal de verzekeraar tevens de verhouding aanbod-premie voor de beoogde doelgroep in overweging nemen. In deze lijst is overigens ook het aantal ernstige fysieke ziekten beperkt. Bij sommige mutualistische verzekeraars is de waarborg van welbepaalde ernstige ziekten optioneel, waarbij vastgesteld wordt dat veelal deze optie niet worden genomen hoewel de premie ervoor niet duur is.

§ 1^{er}, 4°, de la loi du 4 avril 2014, celle-ci confirmant de la sorte qu'elle se différencie d'une assurance soins de santé telle qu'une assurance hospitalisation ou une assurance frais médicaux.

Les représentants des consommateurs relèvent que des maisons de soins psychiatriques ont été créées dans les trois régions. Celles-ci auraient souvent des frais de fonctionnement inférieurs à ceux des établissements psychiatriques et auraient souvent pour objectif la réinsertion dans le circuit du travail. Selon eux, il serait donc dommage et injustifiable de ne pas faire couvrir les frais d'admission dans ces institutions par une assurance hospitalisation.

5. La plupart des assurances hospitalisation offrent également une couverture complémentaire pour les frais ambulatoires liés à des maladies graves bien définies.

Les représentants des consommateurs font remarquer que ces listes de maladies graves ne comportent presque pas de maladies psychiques ou mentales. Ils sont conscients que toutes les maladies ne peuvent pas y figurer. Ils pensent qu'il serait utile d'ajouter plusieurs maladies psychiques comme étant susceptibles de couverture. La santé mentale est un problème social et doit, à leur avis, être davantage prise en compte dans la couverture offerte par ces assurances, comme tel est déjà le cas pour les affections physiques.

Les représentants des entreprises d'assurance signalent que la nature et le nombre (généralement une trentaine) de maladies graves couvertes par la garantie frais ambulatoires dans les assurances hospitalisation varient selon les assureurs. L'inclusion d'une maladie dans cette liste repose sur une évaluation médicale et actuarielle approfondie des besoins, des coûts et de la prime. Lorsqu'il prend la décision finale d'inclure ou non une affection dans cette liste, l'assureur tient également compte du rapport offre-prime pour le groupe cible visé. Dans cette liste, le nombre de maladies physiques graves est également limité. Certains assureurs mutualistes proposent la couverture de certaines maladies graves à titre optionnel, mais force est de constater que cette option est rarement choisie, même si la prime dont elle est assortie n'est pas élevée.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er tevens op dat het primair doel van een hospitalisatieverzekering is om de kosten van een hospitalisatie te dekken en niet ambulante kosten. De waarborg ambulante kosten ernstige ziekten is slechts een uitbreiding. Wanneer de ambulante kosten van alle ernstige ziekten zouden moeten gedekt zijn in een hospitalisatieverzekering, dan wordt dit een ander product met een andere premie. Het is de keuze van de verzekeraar om een dergelijk geïntegreerd product aan te bieden, of niet.

6. In hospitalisatieverzekeringen zijn vaak kosten betreffende verslavingsproblematieken uitgesloten van dekking.

Volgens de vertegenwoordigers van de verbruikers zijn deze problematieken vaak wel opgenomen in de classificatiesystemen voor psychische problematieken, zoals DSM-5. De uitsluiting bemoeilijkt naar hun mening de vroeginterventie en versterkt de stigmatisering ofschoon de biomedische wetenschap volgens hen ondubbelzinnig heeft aangetoond dat afhankelijkheid van roesmiddelen een chronische ziekte is.

7. In sommige hospitalisatieverzekeringen is de duur van de opname omwille van psychische aandoeningen in (psychiatrische) ziekenhuizen beperkt, terwijl anderen de duur van de opname in de tijd niet beperken.

In sommige hospitalisatieverzekeringen is er een beperking van de kosten van de opname omwille van psychische aandoeningen in (psychiatrische) ziekenhuizen, terwijl anderen de tussenkomst niet beperken.

Bijgevolg blijkt volgens de delegaties van de Commissie behalve de vertegenwoordigers van de verbruikers uit de verschillen in de dekking dat de concurrentie tussen de (commerciële en mutualistische) verzekeraars speelt en iedereen een verzekering kan afsluiten die het best aansluit bij zijn specifieke noden en behoeften,

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat dit discriminatie inhoudt van mensen met psychische aandoeningen omdat deze contracten volgens hen over het algemeen de

Les représentants des entreprises d'assurance soulignent en outre que l'assurance hospitalisation a pour objectif principal de couvrir les frais d'hospitalisation et non les frais ambulatoires. La garantie frais ambulatoires pour les maladies graves ne constitue qu'une extension de l'assurance. Si les frais ambulatoires liés à toutes les maladies graves devaient être couverts par une assurance hospitalisation, il s'agirait d'un autre produit, assorti d'une prime différente. Il appartient à l'assureur de décider s'il souhaite ou non proposer un tel produit intégré.

6. Les assurances hospitalisation excluent souvent de la couverture les frais liés aux problèmes d'addiction.

Selon les représentants des consommateurs, ces problèmes sont souvent inclus dans les systèmes de classification des problèmes psychiques, comme le DSM-5. À leur avis, l'exclusion rend plus difficile l'intervention précoce et renforce la stigmatisation, bien que la science biomédicale ait, selon eux, démontré sans équivoque que la dépendance aux substances intoxicantes est une maladie chronique.

7. Certaines assurances hospitalisation limitent la durée d'admission dans un hôpital (psychiatrique) en cas d'affection psychique, tandis que d'autres ne prévoient pas de limitation dans le temps de l'hospitalisation due à une telle affection.

Certaines assurances hospitalisation limitent l'intervention dans les frais d'admission dans un hôpital (psychiatrique) en cas d'affection psychique, tandis que d'autres ne prévoient pas de limitation de l'intervention dans pareil cas.

Selon les délégations présentes au sein de la Commission, exception faite des représentants des consommateurs, il ressort par conséquent des différences de couverture que la concurrence entre les assureurs (commerciaux et mutualistes) joue et que tout un chacun peut souscrire l'assurance qui répond le mieux à ses besoins et exigences spécifiques.

Les représentants des consommateurs estiment que cela engendre une discrimination à l'égard des personnes souffrant d'affections psychiques car ces contrats, selon eux, couvrent généralement la

meeste fysieke ziekten dekken maar dit niet geldt voor psychische ziekten.

3. Reisverzekeringen

De vertegenwoordigers van de verbruikers melden dat in reisverzekeringen een onderscheid wordt gemaakt tussen psychische en fysieke aandoeningen.

In annuleringsverzekeringen zijn er uitsluitingen omwille van gebeurtenissen veroorzaakt door zelfdoding of poging tot zelfdoding.

In reisbijstandverzekeringen is er geen tussenkomst in geval van behoefte van hulpverlening veroorzaakt door zelfdoding of poging tot zelfdoding, bij geestesziekten die reeds behandeld werden in het jaar voor het schadegeval, of voor een opname in een buitenlands psychiatrisch ziekenhuis.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat deze uitsluitingen niet in alle annulatieverzekeringen en reisbijstandverzekeringen worden bedongen.

Bijgevolg speelt volgens de delegaties van de Commissie behalve de vertegenwoordigers van de verbruikers ook hier de concurrentie en kan eenieder een verzekering afsluiten die beantwoordt aan zijn/haar behoeften en noden.

plupart des maladies physiques, ce qui n'est pas le cas des maladies psychiques.

3. Assurances voyage

Les représentants des consommateurs indiquent que les assurances voyage opèrent une distinction entre les affections psychiques et les affections physiques.

Les assurances annulation prévoient des exclusions pour les événements causés par un suicide ou une tentative de suicide.

Les assurances assistance voyage n'interviennent pas en cas de besoin d'aide suite à un suicide ou à une tentative de suicide, suite à une maladie mentale déjà traitée au cours de l'année précédant le sinistre ou suite à une admission dans un hôpital psychiatrique à l'étranger.

Les représentants des entreprises d'assurance précisent que ces exclusions ne sont pas stipulées dans toutes les assurances annulation et toutes les assurances assistance voyage.

Selon les délégations présentes au sein de la Commission, exception faite des représentants des consommateurs, la concurrence joue donc également sur ce plan et tout un chacun peut souscrire une assurance qui répond à ses besoins et à ses exigences.

III. BESLUIT

Alle delegaties van de Commissie voor Verzekeringen met uitzondering van de vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van oordeel dat het huidige wettelijk kader, en in het bijzonder de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, een voldoende wettelijk basis biedt voor de rechter om te beoordelen of concrete dekkingsvoorwaarden die een onderscheid maken tussen fysieke en psychische problemen objectief gerechtvaardigd zijn dan wel een discriminatie inhouden.

III. CONCLUSION

Toutes les délégations présentes au sein de la Commission des Assurances, à l'exception des représentants des consommateurs, sont d'avis que le cadre légal actuel, et en particulier la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, fournit une base juridique suffisante pour permettre au juge d'apprécier si des conditions de couverture concrètes qui opèrent une distinction entre troubles physiques et troubles psychiques sont objectivement justifiées ou constituent au contraire une discrimination.

De vertegenwoordigers van de verbruikers hebben de onderscheiden tussen fysieke en psychische aandoeningen die in de polispraktijk worden gemaakt, ter bespreking voorgelegd. Ze betreuren dat ze er naar hun mening niet in geslaagd zijn om met verzekeraars een gezamenlijke oplossing te vinden om langdurige procedures ter beoordeling van het discriminatoire aspect van de contracten in individuele zaken te vermijden van mensen die vaak noch de kracht, noch het geduld, en soms ook niet de financiën hiervoor hebben.

De geestelijke gezondheidszorg is een problematiek van algemeen belang, en dient derhalve te behoren tot de prioriteiten van de (federale en deelstatelijke) overheid.

De aanvullende verzekeringen hebben hierin ook een rol te spelen. De eigenheid en financiële stabiliteit van aanvullende verzekeringen vereist evenwel dat rekening wordt gehouden met de verzekeringstechniek bij de beoordeling van het te verzekeren risico en de relatie tussen de te verwachten schadelast en de premie en dekkingsvoorwaarden.

De Commissie stelt dat moet vermeden worden dat afbreuk wordt gedaan aan de bescherming die de huidige polispraktijk toekent, zowel aan personen met een psychische aandoening, als met een fysieke aandoening.

Uit de polispraktijk blijkt dat er verschillen zijn al naar gelang de aard van het te verzekeren risico, en bijgevolg al naargelang het type verzekering: arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (verzekeringen gewaarborgd inkomen), hospitalisatieverzekeringen en reisverzekeringen (annulatie – en reisbijstandverzekeringen).

Uit de besprekingen van de polispraktijk van deze verzekeringen, die uitvoerig is toegelicht in II.C, volgt:

- Betreffende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen:

De delegaties in de Commissie, met uitzondering van sommige vertegenwoordigers van de verbruikers, hebben aan de verzekeringssector het voorstel voorgelegd om de bijkomende clausule van de dekking van psychische aandoeningen tot een termijn van 2 jaar te behouden, en daaraan toe te

Les représentants des consommateurs ont soumis à la discussion les distinctions faites dans la pratique des assurances entre les affections physiques et les affections psychiques. Ils regrettent de ne pas avoir réussi, selon eux, à trouver une solution commune avec les assureurs pour éviter de longues procédures visant à évaluer l'aspect discriminatoire des contrats dans des cas individuels de personnes qui souvent n'ont ni la force, ni la patience, et parfois pas les moyens financiers d'engager de telles procédures.

Les soins de santé mentale constituent une question d'intérêt général et doivent dès lors faire partie des priorités des pouvoirs publics (fédéraux et régionaux).

Les assurances complémentaires ont également un rôle à jouer sur ce plan. La particularité et la stabilité financière des assurances complémentaires exigent toutefois de tenir compte de la technique assurantielle lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque à assurer et la relation entre la charge des sinistres attendue, d'une part, et la prime et les conditions de couverture, d'autre part.

La Commission souligne qu'il importe de ne pas porter atteinte à la protection offerte par la pratique actuelle des assurances tant aux personnes atteintes d'une affection psychique qu'à celles souffrant d'une affection physique.

La pratique des assurances montre qu'il existe des différences selon la nature du risque à assurer et, par conséquent, selon le type d'assurance : assurance incapacité de travail (assurance revenu garanti), assurance hospitalisation et assurance voyage (assurance annulation et assurance assistance voyage).

Les discussions menées sur la pratique de ces assurances, telle qu'exposée en détail au point II.C, ont permis de dégager les points suivants :

- Concernant les assurances incapacité de travail :

Les délégations présentes au sein de la Commission, à l'exception de certains représentants des consommateurs, ont soumis au secteur des assurances une proposition qui consiste à conserver la clause supplémentaire prévoyant la couverture des affections psychiques pendant une période de

voegen dat na deze termijn van 2 jaar de dekking nog verder wordt behouden indien de verzekerde de aandoening met objectieve symptomen kan aantonen.

Na intern overleg, bevestigen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat deze laatsten zich engageren om intern na te gaan in welke mate zij in hun arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een verderzetting van dekking kunnen overwegen voor psychische aandoeningen, conform bovenstaande filosofie en zo ja, op welke wijze.

De Commissie voor verzekeringen zal de naleving van dit engagement verder opvolgen.

Enkele vertegenwoordigers van de verbruikers (vakbonden) drukken hun waardering uit voor het engagement van de verzekeringssector maar betreuren dat het voorstel fysieke en psychische problemen nog verschillend behandelt en zijn niet overtuigd van de aangevoerde argumenten.

- Betreffende hospitalisatieverzekeringen:

De uitsluiting van de opname in een psychiatrisch verzorgingstehuis werd besproken, alsook de vraag om meer psychische ziekten op te nemen in de lijst van ernstige ziekten in de bijkomende waarborg ambulante kosten.

Inzake de duur van de opname omwille van psychische aandoeningen in (psychiatrische) ziekenhuizen, en inzake de beperking van de kosten van de opname omwille van psychische aandoeningen in (psychiatrische) ziekenhuizen, speelt de concurrentie tussen de (commerciële en mutualistische) verzekeraars, zodat eenieder volgens de delegaties van de Commissie behalve de vertegenwoordigers van de verbruikers een verzekering kan afsluiten die het best aansluit bij zijn specifieke noden en behoeften.

- Betreffende reisverzekeringen:

Niet alle annulatieverzekeringen bedingen uitsluitingen omwille van gebeurtenissen veroorzaakt door zelfdoding of poging tot zelfdoding. Evenzo worden niet in alle reisbijstandverzekeringen uitsluitingen bedongen voor hulpverlening in geval van zelfdoding of poging

2 ans et à y ajouter que la couverture sera maintenue au-delà de cette période de 2 ans si l'assuré peut démontrer l'affection par des symptômes objectifs.

Après concertation interne, les représentants des entreprises d'assurance confirment que ces dernières s'engagent à examiner en interne dans quelle mesure elles pourraient envisager, dans leurs assurances incapacité de travail, de maintenir la couverture des affections psychiques après 2 ans, conformément à la philosophie exposée ci-dessus, et, le cas échéant, de quelle manière.

La Commission des Assurances veillera au respect de cet engagement.

Certains représentants des consommateurs (syndicats) se disent satisfaits de l'engagement pris par le secteur des assurances, mais déplorent que la proposition prévoit encore un traitement différent des troubles physiques et des troubles psychiques et ne sont pas convaincus par les arguments avancés.

- Concernant les assurances hospitalisation :

L'exclusion de l'admission dans une maison de soins psychiatriques a été discutée, ainsi que la demande visant à inclure un plus grand nombre de maladies psychiques dans la liste des maladies graves pour la garantie complémentaire frais ambulatoires.

En ce qui concerne la durée d'admission dans un hôpital (psychiatrique) en cas d'affection psychique et l'intervention dans les frais d'admission dans un hôpital (psychiatrique) en cas d'affection psychique, la concurrence entre les assureurs (commerciaux et mutualistes) joue, de sorte que tout un chacun peut, selon les délégations présentes au sein de la Commission, exception faite des représentants des consommateurs, souscrire l'assurance qui répond le mieux à ses besoins et exigences spécifiques.

- Concernant les assurances voyage :

Les assurances annulation ne prévoient pas toutes des exclusions pour les événements causés par un suicide ou une tentative de suicide. De même, les assurances assistance voyage ne prévoient pas toutes des exclusions en termes d'aide en cas de suicide ou de tentative de suicide, en cas de maladie

tot zelfdoding, voor geestesziekten die reeds behandeld werden in het jaar voor het schadegeval, of voor een opname in een buitenlands psychiatrisch ziekenhuis.

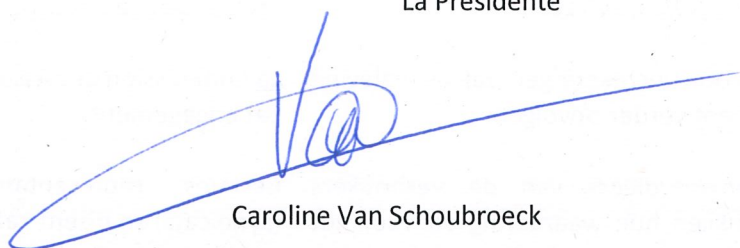
De concurrentie biedt volgens de delegaties van de Commissie behalve de vertegenwoordigers van de verbruikers de mogelijkheid een verzekering af te sluiten die beantwoordt aan de behoeften en noden van de verzekerde.

mentale déjà traitée au cours de l'année précédant le sinistre ou en cas d'admission dans un hôpital psychiatrique à l'étranger.

Selon les délégations présentes au sein de la Commission, exception faite des représentants des consommateurs, la concurrence offre la possibilité de souscrire une assurance répondant aux besoins et aux exigences de l'assuré.

Voorzitster

La Présidente



Caroline Van Schoubroeck