

## COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 9 septembre 2015

DOC C-2015-3

AVIS

sur le projet d'arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

### RESUME

Le 30 juin 2015, le Vice-Premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Economie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur, Monsieur Kris Peeters, a soumis à l'avis de la Commission des Assurances un projet d'arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle sont en principe conclus à vie. En outre, après la conclusion du contrat et sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, l'assureur ne peut plus apporter de modifications aux bases techniques de la prime, ni aux conditions de couverture. L'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (qui reprend l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre) (ci-après « loi relative aux assurances ») prévoit toutefois trois mécanismes permettant d'adapter la prime, la franchise ou les prestations d'un tel contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle, dont la possibilité d'indexer la prime, la franchise et les prestations à la date d'échéance annuelle de celle-ci, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie. Le Conseil d'Etat a partiellement annulé l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 relatif à l'indice médical. Suite à cette annulation, les primes d'une assurance-maladie non liée à l'activité professionnelle ne peuvent, depuis le 29 décembre 2012, plus être adaptées que sur la base de l'indice des prix à la consommation ou en faisant application de l'article 21octies de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances (ci-après « loi de contrôle »). Par ailleurs, il a pu être constaté qu'actuellement l'indice des prix à la consommation ne permet pas de suivre l'évolution des coûts

## COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 9 september 2015

DOC C-2015-3

ADVIES

over het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

### SAMENVATTING

Op 30 juni 2015 heeft de heer Kris Peeters, vice-eersteminister en minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, de Commissie voor Verzekeringen gevraagd een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten zijn in beginsel levenslang. Bovendien kan de verzekeraar, behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden niet meer wijzigen nadat de overeenkomst is gesloten. Artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (dat artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst overneemt) (hierna "de verzekeringswet" genoemd) voorziet echter in drie mechanismen die een aanpassing van de premie, de vrijstelling of de prestaties van een andere dan een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst mogelijk maken, waaronder de mogelijkheid om de premie, de vrijstelling of de prestaties op de jaarlijkse premieervaldag op grond van één of verschillende specifieke indexcijfers te indexeren aan de kosten van de diensten die door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten worden gedekt. De Raad van State heeft het koninklijk besluit van 1 februari 2010 over de medische index gedeeltelijk vernietigd. Als gevolg daarvan mogen de premies van een andere dan een beroepsgebonden ziekteverzekering sinds 29 december 2012 enkel nog worden aangepast op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen of met toepassing van artikel 21octies van de wet van 9 juli 1975 betreffende

en soins de santé. En outre, la procédure basée sur l'article 21octies de la loi de contrôle entraîne le risque d'augmentations soudaines et importantes des primes d'assurance maladie.

Le projet d'arrêté royal soumis à l'avis de la Commission des Assurances, prévoit une nouvelle méthode de construction de l'indice médical.

Ce projet d'arrêté royal a été discuté lors de la réunion de la Commission des Assurances du 8 juillet 2015, en présence d'un représentant du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après « KCE »), invité à la demande du Ministre. Le KCE précise qu'aucun élément nouveau ne permet de déroger aux recommandations qu'il avait faites au moment de la rédaction du projet d'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 et confirme que le rapport et les recommandations fournies le 16 décembre 2008 restent donc d'actualité.

La Commission accueille favorablement l'objectif poursuivi par ce projet d'arrêté royal de réintroduire un indice médical afin d'encadrer de manière appropriée les augmentations tarifaires en assurance maladie non liée à l'activité professionnelle et d'éviter des augmentations soudaines et brutales des primes.

Toutefois, les propositions d'adaptation du projet d'arrêté royal et les positions des délégations concernant différents aspects de la réglementation présentée sont expliquées au point II ci-dessous.

## I. INTRODUCTION

Le 30 juin 2015, le Vice-Premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Economie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur, Monsieur Kris Peeters, a soumis à l'avis de la Commission des Assurances un projet d'arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle sont en principe conclus à vie. En outre, après la conclusion du contrat et sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, l'assureur ne peut plus apporter de modifications aux bases techniques de la prime, ni aux conditions de couverture.

de contrôle der verzekeringsondernemingen (hierna "de controlewet" genoemd). Overigens is vastgesteld dat het op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen momenteel niet mogelijk is om de evolutie van de kosten voor de gezondheidszorg te volgen. Bovendien houdt de op artikel 21octies van de controlewet gebaseerde procedure een risico in op onverwachte en forse stijgingen van de ziektekostenpremies.

Het ontwerp van koninklijk besluit dat ter advies aan de Commissie voor Verzekeringen is voorgelegd, voorziet in een nieuwe berekeningswijze van de medische index.

Dat ontwerp is besproken tijdens de vergadering van de Commissie voor Verzekeringen van 8 juli 2015 in aanwezigheid van een vertegenwoordiger van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (hierna "het KCE" genoemd), die op vraag van de minister was uitgenodigd. Het KCE verduidelijkt dat er geen enkel nieuw element is dat een afwijking rechtvaardigt van de aanbevelingen die het bij de opstelling van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 had geformuleerd, en bevestigt dat het verslag en de aanbevelingen van 16 december 2008 nog steeds actueel zijn.

De Commissie staat positief tegenover de door het ontwerp van koninklijk besluit nagestreefde doelstelling om opnieuw een medische index in te voeren, die het mogelijk maakt om tariefverhogingen voor andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten op passende wijze te omkaderen, en om plotse en brutale premieverhogingen te voorkomen.

De voorstellen tot aanpassing van het ontwerp van koninklijk besluit en de standpunten van de verschillende delegaties over diverse aspecten van de voorgestelde reglementering worden hieronder toegelicht in punt II.

## I. INLEIDING

Op 30 juni 2015 heeft de heer Kris Peeters, vice-eersteminister en minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, de Commissie voor Verzekeringen gevraagd een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten zijn in beginsel levenslang. Bovendien kan de verzekeraar, behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden

L'article 204 de la loi relative aux assurances (qui reprend l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre) prévoit toutefois trois mécanismes permettant d'adapter la prime, la franchise ou les prestations d'un tel contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle.

Tout d'abord, l'article 204, § 2 de la loi relative aux assurances prévoit la possibilité d'indexer la prime, la franchise et les prestations à la date d'échéance annuelle de celle-ci, sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Ensuite, l'article 204, § 3 de cette même loi prévoit la possibilité d'indexer la prime, ou la franchise et les prestations à la date d'échéance annuelle de celle-ci, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. Il s'agit de l'indice médical dont la méthode de construction est déterminée par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après « AR Indice médical ») (voir avis de la Commission DOC C/2009/11 du 7 janvier 2010).

Enfin, l'article 204, § 4 de la loi relative aux assurances précise que cet article ne porte pas préjudice à la possibilité d'introduire une demande auprès de la Banque Nationale de Belgique aux fins d'obtenir l'autorisation de celle-ci de mettre ses tarifs en équilibre si ceux-ci donnent lieu ou risquent de donner lieu à des pertes, en application de l'article 21octies de la loi de contrôle.

Le Conseil d'Etat a partiellement annulé l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 relatif à l'indice médical pour des raisons d'absence suffisante de motivation de la méthode de construction de l'indice médical qui ne tenait pas compte des réserves de vieillissement constituées dans le passé par l'entreprise d'assurances. Suite à cette annulation, les primes d'une assurance-maladie non liée à l'activité professionnelle ne peuvent, depuis le 29 décembre 2012, plus être adaptées que sur la base de l'indice des prix à la consommation ou en faisant application de l'article 21octies de la loi de contrôle précité (Conseil d'Etat, arrêt n°217.085 du 29 décembre 2011). Par ailleurs, il a pu être constaté qu'actuellement l'indice des prix à la consommation ne permet pas de suivre l'évolution des coûts en soins de santé. En outre, la procédure basée sur l'article

niet meer wijzigen nadat de overeenkomst is gesloten.

Artikel 204 van de verzekeringswet (dat artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst overneemt) voorziet echter in drie mechanismen die een aanpassing van de premie, de vrijstelling of de prestaties van een andere dan een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst mogelijk maken.

Eerst en vooral voorziet artikel 204, § 2, van de verzekeringswet in de mogelijkheid om de premie, de vrijstelling en de prestaties op de jaarlijkse premieervaldag aan te passen op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen.

Vervolgens voorziet artikel 204, § 3, van diezelfde wet in de mogelijkheid om de premie, de vrijstelling of de prestaties op de jaarlijkse premieervaldag op grond van één of verschillende specifieke indexcijfers te indexeren aan de kosten van de diensten die door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten worden gedekt, indien en voor zover dat (of deze) indexcijfer(s) sneller evolue(e)r(d)(en) dan het indexcijfer van de consumptieprijzen. Het gaat daarbij om de medische index waarvan de berekeningswijze wordt bepaald door het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (hierna "het KB medische index" genoemd) (zie advies van de Commissie DOC C/2009/11 van 7 januari 2010).

Tot slot verduidelijkt artikel 204, § 4, van de verzekeringswet dat dit artikel geen afbreuk doet aan de mogelijkheid om bij de Nationale Bank van België een verzoek om toestemming in te dienen om de tarieven in evenwicht te brengen als deze verlieslatend zijn of kunnen zijn, met toepassing van artikel 21octies van de controlewet.

De Raad van State heeft het koninklijk besluit van 1 februari 2010 over de medische index gedeeltelijk vernietigd op grond van de overweging dat de berekeningswijze van de medische index onvoldoende onderbouwd was, omdat geen rekening werd gehouden met de verouderingsreserves die de verzekeringsonderneming in het verleden had aangelegd. Als gevolg van die vernietiging mogen de premies van een andere dan een beroepsgebonden ziekteverzekering sinds 29 december 2012 enkel nog op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen of met toepassing van artikel 21octies van de controlewet worden aangepast (Raad van State, arrest nr. 217.085 van 29 december 2011). Overigens is vastgesteld dat het op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen momenteel niet

21octies de la loi de contrôle entraîne le risque d'augmentations soudaines et importantes des primes d'assurance maladie.

Le projet d'arrêté royal soumis à l'avis de la Commission des Assurances, prévoit une nouvelle méthode de construction de l'indice médical.

Ce projet d'arrêté royal a été discuté lors de la réunion de la Commission des Assurances du 8 juillet 2015, en présence d'un représentant du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, invité à la demande du Ministre.

La Commission des Assurances déplore le fait que le texte du Rapport au Roi n'ait pas été transmis.

La Commission des Assurances rend son avis par la présente.

## II. EXAMEN DU PROJET D'ARRETE ROYAL

### A. Remarques générales

1. Les membres de la Commission accueillent favorablement le projet d'arrêté royal et souscrivent à l'objectif poursuivi par ce projet de réintroduire un indice médical afin d'encadrer de manière appropriée les augmentations tarifaires pour les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle.

Les représentants des consommateurs formulent toutefois ci-après des réserves et se réfèrent aux remarques formulées par la Commission dans son avis DOC C/2009/11 qui peuvent être appliquées *mutatis mutandis* à ce nouveau projet, vu la forte similitude entre le projet d'arrêté royal examiné et l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010, partiellement annulé.

2. La Commission précise que les sociétés mutualistes tombent sous le champ d'application de la réglementation en matière d'assurances depuis l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Ces sociétés mutualistes sont donc également concernées par la réintroduction de cet indice médical.

La Commission rappelle que, lorsque la FSMA est tenue de fournir un avis relatif à un arrêté pris en exécution de la loi relative aux assurances, l'avis de l'Office de contrôle

mogelijk is om de evolutie van de kosten voor de gezondheidszorg te volgen. Bovendien houdt de op artikel 21octies van de controlewet gebaseerde procedure een risico in op onverwachte en forse stijgingen van de ziektekostenpremies.

Het ontwerp van koninklijk besluit dat ter advies aan de Commissie voor Verzekeringen is voorgelegd, voorziet in een nieuwe berekeningswijze van de medische index.

Dat ontwerp is besproken tijdens de vergadering van de Commissie voor Verzekeringen van 8 juli 2015 in aanwezigheid van een vertegenwoordiger van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ("KCE"), die op vraag van de minister was uitgenodigd.

De Commissie voor Verzekeringen betreurt dat zij de tekst van het verslag aan de Koning niet heeft ontvangen.

De Commissie voor Verzekeringen verstrekt hierbij haar advies.

## II. ONDERZOEK VAN HET ONTWERP VAN KB

### A. Algemene opmerkingen

1. De leden van de Commissie staan positief tegenover het ontwerp van koninklijk besluit en onderschrijven de door het ontwerp nagestreefde doelstelling om opnieuw een medische index in te voeren, die het mogelijk maakt om tariefverhogingen voor andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten op passende wijze te omkaderen.

De vertegenwoordigers van de consumenten formuleren echter een voorbehoud en verwijzen naar de door de Commissie voor Verzekeringen geformuleerde opmerkingen in haar advies DOC C/2009/11, die *mutatis mutandis* op dit nieuwe ontwerp kunnen worden toegepast, gelet op de grote gelijkenis tussen het onderzochte ontwerp van koninklijk besluit en het gedeeltelijk vernietigde koninklijk besluit van 1 februari 2010.

2. De Commissie verduidelijkt dat de maatschappijen van onderlinge bijstand onder de toepassing van de verzekeringsreglementering vallen sinds de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering. De herinvoering van de medische index heeft dus ook een impact op die maatschappijen.

De Commissie herinnert eraan dat, als de FSMA een advies moet verstrekken over een ter uitvoering van de verzekeringswet genomen besluit, ook het advies van de

des mutualités (OCM) est également requis si les sociétés mutualistes et/ou les intermédiaires d'assurances visés à l'article 68 de la loi du 26 avril 2010 précitée tombent dans le champ d'application des arrêtés en question. Les remarques transmises par l'OCM à la Commission des Assurances ne peuvent être considérées, selon lui, comme un avis fourni en exécution de cette obligation légale. Le cas échéant, l'OCM devra être invité de manière officielle à émettre un avis sur ces projets d'arrêtés royaux et cet avis devra être mentionné dans le préambule de l'arrêté royal en projet, au même titre que l'avis de la FSMA ou de la Banque Nationale de Belgique.

3. La Commission attire l'attention sur l'article 204, § 3 de la loi relative aux assurances, et sur la règle prévue par cet article selon laquelle le KCE devra être consulté concernant le projet d'arrêté royal relatif à l'indice médical.

A la demande du Ministre, un représentant du KCE a participé aux travaux de la Commission. Ce représentant renvoie vers l'avis du KCE du 16 décembre 2008 et précise qu'aucun élément nouveau ne permet de déroger aux recommandations faites par le KCE au moment de la rédaction du projet d'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 susmentionné. Le rapport et les recommandations fournies à ce moment-là restent donc d'actualité.

En réponse à une critique des représentants des consommateurs qui contestaient la crédibilité de cet avis en raison du fait que, selon eux, celui-ci aurait été rédigé par un bureau d'étude et non par le KCE lui-même, le représentant du KCE confirme qu'il s'agit bien d'un rapport du KCE adopté par la Conseil d'administration et validé par trois experts internationaux.

Les représentants des consommateurs font référence aux auditions relatives à la modification de la loi du 20 juillet 2007 pendant lesquelles le représentant du SPF Economie avait, selon eux, fait le même constat à savoir que le KCE « a déjà fait rédiger un document préparatoire sur la construction d'un index médical (...) par le bureau d'étude REACFIN » (Doc. Parl. Chambre, DOC 52-1662/004, p. 6 et s.). REACFIN est, selon leur opinion, un bureau d'étude spécialisé en sciences actuarielles travaillant principalement pour les entreprises d'assurances. Par ailleurs, ils font observer que l'augmentation de la prime future due à l'augmentation des coûts hospitaliers pourrait certes être plus que proportionnelle (pour s'appliquer également aux réserves déjà constituées) mais pour autant que ces évolutions soient imprévisibles au jour de la conclusion du contrat. Il appartient, selon eux, à l'assureur pro-

Controledienst voor de ziekenfondsen (CDZ) vereist is als de maatschappijen van onderlinge bijstand en/of de in artikel 68 van voornoemde wet van 26 april 2010 bedoelde verzekeringstussenpersonen onder de toepassing van dat besluit vallen. De door de CDZ aan de Commissie voor Verzekeringen overgelegde opmerkingen kunnen volgens laatstgenoemde niet als een ter uitvoering van die wettelijke verplichting verstrekt advies worden beschouwd. In voorkomend geval, zal de CDZ officieel moeten worden verzocht om, over het ontwerp van koninklijk besluit, een advies te verstrekken, dat dan – net als het advies van de FSMA en dat van de Nationale Bank van België – in de aanhef van het ontwerp van koninklijk besluit zal moeten worden vermeld.

3. De Commissie vestigt de aandacht op artikel 204, § 3, van de verzekeringswet en op de in dat artikel vermelde regel op grond waarvan het KCE moet worden geraadpleegd over het ontwerp van koninklijk besluit over de medische index.

Op vraag van de minister neemt een vertegenwoordiger van het KCE deel aan de werkzaamheden van de Commissie. Die vertegenwoordiger verwijst naar het KCE-advies van 16 december 2008 en verduidelijkt dat er geen enkel nieuw element is dat een afwijking rechtvaardigt van de bij de opstelling van voornoemd koninklijk besluit van 1 februari 2010 geformuleerde aanbevelingen. Het verslag en de aanbevelingen die destijds zijn opgesteld, zijn nog steeds actueel.

In antwoord op de kritiek van de vertegenwoordigers van de consumenten die vraagtekens plaatsten bij de geloofwaardigheid van dat advies omdat het – volgens hen – door een studiebureau en niet door het KCE zelf zou zijn opgesteld, bevestigt de KCE-vertegenwoordiger dat het wel degelijk om een verslag van het KCE gaat dat door zijn raad van bestuur is goedgekeurd en door drie internationale deskundigen is gevalideerd.

De vertegenwoordigers van de consumenten verwijzen naar de hoorzittingen over de wijziging van de wet van 20 juli 2007. Tijdens die hoorzittingen kwam de vertegenwoordiger van de FOD Economie, volgens hen, tot dezelfde vaststelling, namelijk dat het KCE “al een beleidsvoorbereidend document heeft laten opmaken over de constructie van een medische index (...) door het studiebureau REACFIN” (Parl.St. Kamer, DOC 52-1662/004, p. 6 e.v.). REACFIN is, volgens hen, een in actuariële wetenschappen gespecialiseerd studiebureau dat in hoofdzaak voor verzekeringsondernemingen werkt. Verder merken zij op dat de stijging van de toekomstige premie als gevolg van de toename van de ziekenhuiskosten meer dan proportioneel zou kunnen zijn (om ook van toepassing te zijn op de reeds opgebouwde reserves), voor zover die evoluties echter niet te voorzien

fessionnel du risque de calculer correctement la prime de départ d'un contrat à long terme comme l'assurance maladie et l'assureur peut/doit tenir compte de différents facteurs tels l'espérance de vie (en bonne santé), l'évolution des dépenses de santé en fonction de la croissance des revenus, les évolutions technologiques et l'effet générationnel tel qu'analysé par les économistes spécialisés dans les études démographiques. Seules les circonstances nouvelles bouleversant l'économie du contrat devraient dès lors pouvoir justifier une révision du prix de départ par le biais de clauses d'indexation qui doivent, de plus, être fondées sur des paramètres objectifs. Ils renvoient, en outre, à l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 31 mai 2011 (n° 90/2011) qui, selon eux, a mis en exergue le fait que l'article 21octies de la loi de contrôle a pour but de permettre aux entreprises d'assurances d'augmenter leurs primes mais uniquement lorsqu'ils subissent des pertes exceptionnelles et graves.

#### *B. Remarques article par article*

La Commission demande que la référence à l'article 40quater, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi de contrôle dans le préambule du projet d'arrêté royal soit vérifiée.

##### *Article 1<sup>er</sup>*

L'article 1<sup>er</sup> du projet d'arrêté royal prévoit une modification du titre de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 afin de faire référence au nouvel article 204 de la loi relative aux assurances.

La Commission prend note de l'explication fournie par les représentants du SPF Economie selon laquelle, pour des raisons légistiques, les articles annulés de l'arrêté royal existant doivent être modifiés, sans passer par la rédaction d'un nouvel arrêté royal. Dès lors, le titre de l'arrêté royal doit également être adapté à la loi relative aux assurances.

##### *Article 2*

Cet article modifie l'article 1<sup>er</sup> annulé de l'ancien arrêté royal et précise que les indices médicaux sont déterminés une fois par an et publiés par le SPF Economie.

Cet article dispose également que l'assureur peut adapter la prime et/ou la franchise et/ou les prestations du contrat d'assurance ou, lorsque le contrat octroie la couverture à plusieurs assurés, la prime afférent à chacun d'entre eux,

zijn op het moment waarop de overeenkomst wordt gesloten. Volgens hen is het de taak van de professionele verzekeraar van het risico om de aanvangspremie van een langetermijnovereenkomst, zoals de ziekteverzekering, correct te berekenen. De verzekeraar kan/moet rekening houden met diverse factoren zoals de levensverwachting (in goede gezondheid), de evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in functie van de inkomensgroei, de technologische evoluties en het generatie-effect zoals geanalyseerd door economen gespecialiseerd in demografische studies. Enkel nieuwe omstandigheden die de opzet van de overeenkomst verstoren, zouden bijgevolg moeten kunnen rechtvaardigen dat de aanvangsprijs wordt herzien aan de hand van indexeringsclausules die bovendien objectieve parameters moeten hanteren. Bovendien verwijzen zij naar het arrest van het Grondwettelijk Hof van 31 mei 2011 (nr. 90/2011) dat, volgens hen, benadrukt dat artikel 21octies van de controlewet ertoe strekt de verzekeringsondernemingen in staat te stellen hun premies op te trekken, maar uitsluitend wanneer zij met uitzonderlijke en zware verliezen worden geconfronteerd.

#### *B. Artikelsgewijze opmerkingen*

De Commissie vraagt dat de verwijzing naar artikel 40quater, eerste lid, van de controlewet in de aanhef van het ontwerp van koninklijk besluit zou worden gecontroleerd.

##### *Artikel 1*

Artikel 1 van het ontwerp van koninklijk besluit wijzigt de titel van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 om naar het nieuwe artikel 204 van de verzekeringswet te kunnen verwijzen.

De Commissie neemt nota van de toelichting door de vertegenwoordigers van de FOD Economie, op grond waarvan de vernietigde artikelen van het bestaande koninklijk besluit om legistische redenen moeten worden gewijzigd, zonder dat een nieuw koninklijk besluit moet worden opgesteld. Ook de titel van het koninklijk besluit moet bijgevolg aan de verzekeringswet worden aangepast.

##### *Artikel 2*

Dit artikel wijzigt het vernietigde artikel 1 van het oude koninklijk besluit en verduidelijkt dat de medische indexen éénmaal per jaar worden vastgesteld en door de FOD Economie worden gepubliceerd.

Verder bepaalt artikel 2 dat de verzekeraar de premie en/of de vrijstelling en/of de prestaties van de verzekeringsovereenkomst of, wanneer de overeenkomst dekking verleent aan verschillende verzekerden, de

au maximum au pourcentage qui reflète l'évolution entre les derniers indices spécifiques applicables aux contrats en cours à l'échéance et les indices spécifiques qui sont d'application lors de l'année précédente. Il indique enfin que lorsqu'il fait usage de l'indice médical, la comparaison entre l'indice des prix à la consommation et l'indice spécifique se fait pour la même période.

La Commission souligne tout d'abord que la possibilité d'une indexation ainsi que le mécanisme de l'adaptation de la prime, de la franchise et des prestations doivent être prévus dans le contrat, conformément à l'article 3, § 1<sup>er</sup> alinéas 2 et 3 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 et à l'article 15, § 5 de l'arrêté royal concernant le règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances et qu'il ne s'agit pas d'un droit unilatéral de l'assureur. Afin que l'assureur puisse indexer la prime, la franchise ou les prestations, une clause d'indexation doit préalablement être stipulée dans le contrat d'assurance.

Sur la base du texte de l'article 2 du projet d'arrêté royal (nouvel article 1 de l'arrêté royal de base), l'assureur semble être laissé libre de choisir d'appliquer les indices médicaux aux trois éléments que sont la prime, la franchise et les prestations, à certains de ces éléments ou à aucun de ceux-ci. Certains membres de la Commission s'interrogent sur la conformité avec l'article 204, § 3, de la loi relative aux assurances qui ne prévoit pas clairement une même liberté de choix d'appliquer l'indexation à certains des trois éléments que constituent la prime, la franchise et les prestations. Ils demandent une modification législative afin de clarifier le texte de l'article 204 de la loi relative aux assurances concernant ce point et une adaptation en conséquence du texte de l'article 2 du projet d'arrêté royal. Les représentants des entreprises d'assurances estiment, quant à eux, que la loi est claire et donne cette liberté.

La Commission souligne qu'une différence existe entre la version française et la version néerlandaise du texte de l'article de loi. En outre, la Commission souligne que l'article 3 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010, n'a, pour sa part, pas été modifié et que cette disposition semble limiter l'application de l'indice spécifique à la seule prime du contrat d'assurance et donc pas à la franchise et aux prestations. L'article 3 doit, le cas échéant, être adapté pour être mis en conformité avec l'article 204 de la loi relative aux assurances et avec le nouvel article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal, tels qu'ils seront modifiés.

prime die op ieder van hen betrekking heeft, ten hoogste kan aanpassen aan het percentage dat de evolutie weergeeft tussen de laatste specifieke indexcijfers die van toepassing zijn op de lopende overeenkomsten op de vervaldag en de specifieke indexcijfers die een jaar vroeger in werking zijn getreden. Tot slot vermeldt het artikel dat, wanneer de medische index wordt gebruikt, de vergelijking van het indexcijfer van de consumptieprijs en het specifieke indexcijfer voor dezelfde periode moet gebeuren.

De Commissie onderstreept in de eerste plaats dat de mogelijkheid tot indexering en het mechanisme tot aanpassing van de premie, de vrijstelling en de prestaties in de overeenkomst moeten worden ingeschreven conform artikel 3, § 1, tweede en derde lid, van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 en artikel 15, § 5, van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook dat het niet om een eenzijdig recht van de verzekeraar gaat. Opdat de verzekeraar de premie, de vrijstelling of de prestaties zou kunnen indexeren, moet vooraf een indexeringsclausule in de verzekeringsovereenkomst worden opgenomen.

Op basis van de tekst van artikel 2 van het ontwerp van koninklijk besluit (het nieuwe artikel 1 van het basisbesluit) lijkt de verzekeraar vrij te kunnen kiezen of hij de medische indexen toepast op de drie elementen (dus de premie, de vrijstelling en de prestaties), op sommige van die elementen of op geen enkel van die elementen. Sommige leden van de Commissie vragen naar de conformiteit met artikel 204, § 3, van de verzekeringswet, die niet duidelijk voorziet in dezelfde keuzevrijheid om de indexering op sommige van de drie elementen toe te passen. Zij vragen een wetswijziging om artikel 204 van de verzekeringswet op dat punt te verduidelijken, en bijgevolg ook een aanpassing van artikel 2 van het ontwerp van koninklijk besluit. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn echter van oordeel dat de wet duidelijk is en die vrijheid wel degelijk biedt.

De Commissie onderstreept dat de Nederlandse en de Franse tekst van het wetsartikel van elkaar verschillen. Bovendien onderstreept de Commissie dat artikel 3 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 niet is gewijzigd en dat die bepaling de toepassing van de specifieke index lijkt te beperken tot de premie van de verzekeringsovereenkomst, en de vrijstelling en de prestaties dus buiten beschouwing laat. In voorkomend geval, moet artikel 3 worden aangepast om in overeenstemming te worden gebracht met artikel 204 van de verzekeringswet en met het nieuwe artikel 1 van het koninklijk besluit, zoals die zullen worden gewijzigd.



La Commission s'interroge sur la cohérence du système mis en place. En effet, l'indice des prix à la consommation est calculé mensuellement alors que les indices médicaux, quant à eux, ne seront plus calculés qu'annuellement. En outre, l'assureur semble pouvoir adapter la prime, la franchise et/ou les prestations à la hausse sans pour autant devoir répercuter une indexation négative.

Certain membres de la Commission attirent également l'attention sur le fait que l'assureur semble pouvoir effectuer des choix différents d'années en années à savoir une adaptation ou non, une, adaptation d'un ou plusieurs éléments, l'utilisation de l'indice des prix à la consommation ou de l'indice médical. Par ailleurs, ils remarquent que l'application pratique de l'arrêté en projet pourrait être défavorable aux assurés si les indices médicaux sont appliqués en vue d'augmenter les primes et les franchises et que l'indice des prix à la consommation est appliqué pour limiter l'augmentation des prestations. Les représentants de consommateurs trouvent cette situation totalement injustifiable, l'arrêté royal ne pouvant se contenter d'apporter la sécurité juridique aux entreprises d'assurances.

Les représentants des entreprises d'assurances estiment, quant à eux, que la loi est claire en ce qui concerne l'application soit de l'indice des prix à la consommation, soit des indices médicaux spécifiques et que l'assureur peut appliquer les indices médicaux si et dans la mesure où l'évolution de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. Ceci implique selon eux que l'assureur doit comparer chaque année l'évolution des deux types d'indice et appliquer au maximum le plus élevé des deux. Ils précisent qu'on ne peut supposer que l'assureur ne doive effectuer la comparaison qu'une seule fois, au moment de la conclusion du contrat, étant donné que ceci impliquerait qu'un seul type d'indice pourrait être appliqué pour la suite du contrat et aurait pour conséquence que l'assureur aurait deux « groupes » de contrats, un groupe dans lequel les primes seraient ajustées à l'évolution de l'indice médical et un autre où l'adaptation se ferait conformément à l'indice des prix à la consommation et ce, en fonction du moment où le contrat a été conclu. De plus, ceci n'apporterait pas la moindre sécurité aux assureurs concernant la suffisance de l'indexation des primes au fil des années.

### Article 3

L'article 3 insère un article 2 dans l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 sur base duquel chaque assureur est tenu de

De Commissie stelt zich vragen bij de coherentie van de ingevoerde regeling. Het indexcijfer van de consumptieprijzen wordt immers maandelijks berekend, terwijl de medische indexen voortaan slechts jaarlijks zullen worden berekend. Bovendien lijkt de verzekeraar de premie, de vrijstelling en/of de prestaties te kunnen optrekken zonder daarom een negatieve indexering te moeten doorberekenen.

Sommige leden van de Commissie vestigen ook de aandacht op het feit dat de verzekeraar van jaar tot jaar andere keuzes lijkt te kunnen maken, namelijk al dan niet een aanpassing doorvoeren, één of meer elementen aanpassen, het indexcijfer van de consumptieprijzen of de medische index gebruiken. Verder merken zij op dat de praktische toepassing van het ontwerp van koninklijk besluit ongunstig zou kunnen zijn voor de verzekerden als de medische indexen worden gebruikt met het oog op de verhoging van de premies en de vrijstellingen, en als het indexcijfer van de consumptieprijzen wordt gebruikt om de verhoging van de prestaties te beperken. De vertegenwoordigers van de consumenten achten die situatie niet te rechtvaardigen, omdat het koninklijk besluit zich er niet mag toe beperken de verzekeringsondernemingen rechtszekerheid te bieden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn op hun beurt van oordeel dat de wet duidelijk is over de toepassing van hetzij het indexcijfer van de consumptieprijzen, hetzij de specifieke medische indexen, en dat de verzekeraar de medische indexen kan toepassen indien en voor zover zij sneller evolueren dan het indexcijfer van de consumptieprijzen. Volgens hen impliceert dit dat de verzekeraar de evolutie van beide types van indexen jaarlijks moet vergelijken en maximaal de hoogste van de twee moet toepassen. Zij verduidelijken dat niet mag worden verondersteld dat de verzekeraar die vergelijking slechts éénmaal zou moeten maken, namelijk op het moment waarop de overeenkomst wordt gesloten. Dat zou immers betekenen dat slechts één index zou kunnen worden toegepast voor de verdere looptijd van de overeenkomst. Een gevolg daarvan zou zijn dat de verzekeraar met twee "groepen" van overeenkomsten zou werken, één waarin de premies aan de evolutie van de medische index worden aangepast en een andere waarin die aanpassing gebeurt op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen, en dat in functie van het moment waarop de overeenkomst is gesloten. Bovendien zou die werkwijze de verzekeraars niet de minste rechtszekerheid bieden omtrent de toereikendheid van de indexering van de premies over de jaren heen.

### Artikel 3

Artikel 3 voert in het koninklijk besluit van 1 februari 2010 een artikel 2 in op grond waarvan elke verzekeraar



rattacher chaque contrat d'assurance soins de santé autre qu'un contrat d'assurance soins de santé lié à l'activité professionnelle à un des types de garantie suivants : « chambre particulière », « chambre double et commune », « soins ambulatoires » et « soins dentaires ». De plus, chaque assuré peut être affecté à une catégorie d'âge prévue par le projet d'arrêté royal.

Les représentants des entreprises d'assurances expliquent qu'il s'agit dès lors d'une matrice à deux dimensions composée des quatre catégories de couvertures et des cinq catégories d'âge mentionnées ci-dessus. Un indice spécifique pourra être établi pour chaque combinaison de catégorie, soit un total de 20 indices spécifiques.

Les représentants des consommateurs s'interrogent sur la compatibilité de ce système de répartition de chaque assuré dans une tranche d'âge spécifique avec la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination. Cette différenciation doit donc au moins répondre à la condition de justification objective. Ils soulignent, en outre, que les tranches d'âge déterminées par l'arrêté royal ne correspondent pas forcément aux tranches d'âge utilisées par les assureurs afin de déterminer le montant des primes à payer par les preneurs d'assurance. Ils s'interrogent également sur le rôle que doivent jouer les règles de segmentation prévues par les articles 42 et suivants de la loi relative aux assurances.

Les représentants des entreprises d'assurances expliquent à cet égard que les assureurs restent libres de déterminer le montant des primes en fonction entre autres de l'âge des assurés, sans nécessairement utiliser les tranches d'âge prévues dans l'AR Indice médical et ce, pour autant que les règles relatives aux critères de segmentation soient respectées. Toute segmentation opérée sur le plan, entre autres, de la tarification doit dès lors être objectivement justifiée par un objectif légitime, et les moyens de réaliser cet objectif doivent être appropriés et nécessaires.

Les représentants des consommateurs posent également des questions relatives au système des primes nivelées, par opposition au système des primes de risques et de l'impact de l'âge des assurés sur ces différents systèmes. Dans un système à primes nivelées, la prime de départ calculée par l'assureur en fonction de toutes les circonstances prévisibles, devrait rester identique pendant toute la durée du contrat. Ceci implique que la prime est trop élevée au départ et trop basse au fil du temps, la santé se dégradant avec l'âge. La réserve de vieillissement cons-

ertoe is gehouden om elke ziektekostenverzekering, andere dan een beroepsgebonden ziektekostenverzekering, aan een van de volgende waarborgtypes toe te wijzen: "eenpersoonskamer", "twee- en meerpersoonskamer", "ambulante zorgen" en "tandverzorging". Bovendien kan iedere verzekerde aan een in het ontwerp van koninklijk besluit vermelde leeftijdscategorie worden toegewezen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen leggen uit dat het dus om een tweedimensionale matrix gaat met – zoals al vermeld – vier dekkings- en vijf leeftijdscategorieën. Voor elke combinatie van die categorieën zou een specifieke index kunnen worden opgesteld, wat in totaal 20 specifieke indexen zou opleveren.

De vertegenwoordigers van de consumenten hebben vragen bij de compatibiliteit van die regeling waarbij elke verzekerde in een specifieke leeftijdscategorie zou worden ondergebracht, met de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie. Deze differentiatie moet dus minstens aan de voorwaarde van objectieve rechtvaardiging voldoen. Bovendien onderstrepen zij dat de door het koninklijk besluit vastgestelde leeftijdscategorieën niet noodzakelijk overeenstemmen met de door de verzekeraars gebruikte leeftijdscategorieën om het door de verzekeringnemers te betalen premiebedrag te bepalen. Zij stellen zich ook vragen bij de rol die de in artikel 42 en volgende van de verzekeringswet bedoelde segmentatieregels moeten spelen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen leggen in dat verband uit dat het de verzekeraars blijft vrijstaan om het premiebedrag te bepalen in functie van onder andere de leeftijd van de verzekerden, zonder dat zij daarbij noodzakelijkerwijs de in het KB medische index vermelde leeftijdscategorieën moeten gebruiken, op voorwaarde dat de regels over de segmentatiecriteria worden nageleefd. Elke segmentatie die onder andere op het vlak van de tarifiering wordt doorgevoerd, moet bijgevolg objectief kunnen worden gerechtvaardigd door een legitieme doelstelling en de middelen om die doelstelling te bereiken, moeten passend en noodzakelijk zijn.

De vertegenwoordigers van de consumenten stellen ook vragen over de regeling van de genivelleerde premies tegenover de regeling van de risicopremies en over de impact van de leeftijd van de verzekerden op die verschillende regelingen. In de regeling van de genivelleerde premies zou de aanvangspremie die de verzekeraar in functie van alle voorspelbare omstandigheden berekent, gedurende de volledige looptijd van de overeenkomst identiek moeten blijven. Dit betekent dat de premie té hoog is bij de aanvang en té laag

tituée progressivement doit alors permettre de faire face à cette dégradation progressive de l'état de santé. Ces représentants des consommateurs signalent toutefois que le risque de grossesse et d'accouchement vient mettre à mal ce système de compensation. Il importe donc que le preneur d'assurance sache si le risque de grossesse et d'accouchement est répercuté dans la prime des seules catégories d'âge concernées ou si celui-ci est répercuté sur l'ensemble des assurés en vertu d'une « solidarité intergénérationnelle ». Ils estiment également que le système des primes nivelées est délibérément et totalement basé sur l'opacité des différentes composantes de la prime et que ceci est contraire à l'obligation légale d'information précontractuelle concernant les caractéristiques principales du produit (qui visent selon eux par essence toutes les particularités (principales) et non les seules conditions générales du contrat), prévue par l'article VI.2. du Code de droit économique. Le consommateur a, selon leur opinion, le droit de connaître quelle est la partie de la prime affectée à la réserve de vieillissement de la même manière qu'en assurance vie, où la réglementation spécifique a permis au consommateur de connaître l'évolution de la valeur de rachat, ceci constituant une caractéristique principale du produit. Selon eux, la non-communication de cette information pourrait être considérée comme une pratique commerciale trompeuse par omission au sens de l'article VI.99. du Code de droit économique.

Les représentants des entreprises d'assurances contestent cette position et indiquent pour leur part que l'article VI.2. du Code de droit économique précité n'oblige pas à communiquer une telle information. Cet article prévoit en effet que l'entreprise doit fournir au consommateur des informations relatives aux principales caractéristiques du produit mais également quant au prix total du produit. Les caractéristiques et le prix du produit sont donc deux choses distinctes. De plus, toutes les caractéristiques du produit sont bien communiquées au consommateur par le biais des conditions générales.

#### Article 4

L'article 4 du projet d'arrêté royal modifie l'article 4 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 en précisant que les assureurs et les sociétés mutualistes sont tenus de communiquer, respectivement à la FSMA et à l'OCM, ainsi qu'au SPF Economie, la charge brute des sinistres par type de frais (frais d'hospitalisation en chambre particulière, frais

in de loop van de tijd, vermits de gezondheid er met de leeftijd op achteruitgaat. De progressief opgebouwde verouderingsreserve moet het dan mogelijk maken om in te spelen op de progressieve achteruitgang van de gezondheidstoestand. Diezelfde vertegenwoordigers van de consumenten merken echter op dat het zwangerschap- en bevallingsrisico die compensatieregeling kan ondermijnen. Daarom is het belangrijk dat de verzekeringnemer weet of met het zwangerschap- en bevallingsrisico enkel rekening is gehouden in de premies van de betrokken leeftijdscategorieën of dat dit risico over alle verzekerden wordt omgeslagen in het kader van een solidariteit "tussen generaties". Verder zijn zij van oordeel dat de regeling van de genivelleerde premies opzettelijk en volledig is gebaseerd op de ondoorzichtigheid van de verschillende onderdelen van de premie, wat indruist tegen de wettelijke verplichting tot precontractuele informatieverstrekking over de belangrijkste kenmerken van het product (waarbij – volgens hen – in essentie alle (belangrijkste) specifieke kenmerken en niet alleen de algemene voorwaarden van de overeenkomst worden geïllustreerd) als bedoeld in artikel VI.2 van het Wetboek van Economisch Recht. Zij zijn van oordeel dat de consument het recht heeft om te weten welk deel van de premie voor de verouderingsreserve wordt aangewend zoals dat ook gebeurt in het kader van de levensverzekeringen, waar de specifieke reglementering de consument de gelegenheid biedt om kennis te nemen van de evolutie van de afkoopwaarde, wat een hoofdkenmerk van het product is. Dat die informatie niet wordt meegegeven, zou – volgens hen – als een misleidende ommissie in de zin van artikel VI.99 van het Wetboek van Economisch Recht kunnen worden beschouwd.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen betwisten dat standpunt en vermelden dat voornoemd artikel VI.2 van het Wetboek van Economisch Recht geen verplichting tot mededeling van die informatie inhoudt. Dat artikel bepaalt immers dat de onderneming de consument informatie moet verstrekken over de voornaamste kenmerken én over de totale prijs van het product. De kenmerken en de prijs van het product zijn dus twee verschillende aspecten. Bovendien worden alle kenmerken van het product wel degelijk aan de consument meegegeven in de algemene voorwaarden.

#### Artikel 4

Artikel 4 van het ontwerp van koninklijk besluit wijzigt artikel 4 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 door te preciseren dat de verzekeraars en de maatschappijen van onderlinge bijstand zowel aan de FSMA als aan de CDZ en de FOD Economie de brutoschadelast moeten meedelen per kostentype

d'hospitalisation en chambre double et commune, frais ambulatoires, frais dentaires) et par classe d'âge pour les contrats soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle. Ces informations doivent être fournies une fois par an, dans le courant du mois d'avril.

La Commission constate que les informations ne doivent plus être communiquées trimestriellement mais annuellement. Les indices médicaux seront donc également calculés annuellement. Il s'agit d'une modification substantielle par rapport à la version précédente de l'arrêté royal qui prévoyait que les données devaient être communiquées quatre fois par an, dans le courant des mois de mars, juin, septembre et décembre.

Les représentants des consommateurs critiquent le fait que le projet d'arrêté royal ne se base que sur un unique paramètre, à savoir la charge brute des sinistres, information émanant des entreprises d'assurances, alors que, selon eux, la loi prévoit la sélection d'un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs, la détermination du mode de calcul des valeurs de ces paramètres et la détermination des poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indice(s). Ils se réfèrent à l'article 57 de la loi de redressement économique du 30 mars 1976 qui exige qu'une clause de révision ait trait à des coûts réels constituant les éléments du prix final et prévoit que toute liaison à un indice général est interdite. Ils se posent la question quant à savoir si la charge brute des sinistres ne doit pas être considérée comme un indice général alors que, par exemple, le coût des honoraires médicaux est, à leurs yeux, clairement un coût réel.

Les représentants des entreprises d'assurances estiment qu'un ensemble de paramètres est bien utilisé pour déterminer l'indice spécifique et expliquent dès lors que la charge brute des sinistres n'est pas le seul critère utilisé puisqu'il faut tenir compte de la matrice à deux dimensions composée par les types de garanties et les catégories d'âge déterminées, qui constituent bien des critères objectifs. La charge brute des sinistres est également un critère objectif puisqu'elle est constituée de la partie des frais qui est mise à charge des patients sans prendre en compte la manière dont intervient l'assureur. Ils signalent, quant à l'influence de la mauvaise gestion d'un assureur qui accepterait beaucoup de sinistres sans effectuer une gestion efficace augmentant sa charge brute des sinistres et, par conséquent, augmentant également l'indice médical, que les indices médicaux calculés sont des maximums qui peuvent être appliqués en fonction du type de garantie et

(hospitalisatiekosten in eenpersoonkamer, hospitalisatiekosten in twee- en meerpersoonkamer, ambulante kosten, tandverzorgingskosten) en per leeftijdsklasse voor de ziektekostenverzekeringen, andere dan de beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen. Deze gegevens moeten eenmaal per jaar worden meegedeeld in de loop van de maand april.

De Commissie stelt vast dat de informatie niet langer om de drie maanden moet worden meegedeeld maar slechts eenmaal per jaar. De medische indexcijfers zullen dus ook eenmaal per jaar worden berekend. Dat is een ingrijpende verandering ten opzichte van de vorige versie van het koninklijk besluit waarin was bepaald dat de gegevens viermaal per jaar moesten worden overgemaakt, in de loop van de maand maart, juni, september en december.

De vertegenwoordigers van de consumenten maken er bezwaar tegen dat het ontwerp van koninklijk besluit slechts op één enkele parameter is gebaseerd, namelijk de brutoschadelast, wat informatie is die verstrekt wordt door de verzekeringsondernemingen, terwijl de wet volgens hen voorschrijft dat een geheel van objectieve en representatieve parameters moet worden geselecteerd, de berekeningswijze van de waarde van die parameters moet worden vastgelegd en het respectieve gewicht van die parameters in het indexcijfer of de indexcijfers moet worden bepaald. Zij verwijzen naar artikel 57 van de wet van 30 maart 1976 betreffende de economische herstelmaatregelen die stelt dat een herzieningsbeding betrekking moet hebben op reële kosten die de bestanddelen van de eindprijs uitmaken, alsook dat er geen elke band mag zijn met een algemeen indexcijfer. Deze vertegenwoordigers stellen zich de vraag of de brutoschadelast niet moet worden beschouwd als een algemeen indexcijfer terwijl, bijvoorbeeld, de kostprijs van de medische honoraria huns inziens duidelijk een reële kost is.

Volgens de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wordt er wel degelijk van een geheel van parameters uitgegaan om het specifieke indexcijfer vast te stellen. De brutoschadelast is immers niet het enige criterium dat wordt gehanteerd aangezien rekening moet worden gehouden met de matrix die twee dimensies behelst, de types waarborgen en de vastgestelde leeftijdsklassen, wat beslist objectieve criteria zijn. De brutoschadelast is ook een objectief criterium aangezien die bestaat uit het deel van de kosten dat ten laste komt van de patiënten, ongeacht de wijze waarop de verzekeraar tussenkomt. Wat de invloed betreft van verzekeraars die vele schadegevallen aanvaarden maar die slecht beheren waardoor hun brutoschadelast oploopt en bijgevolg ook het medische indexcijfer, wijzen deze vertegenwoordigers erop dat de gehanteerde medische indexcijfers maxima zijn die mogen worden toegepast in

de l'âge des assurés. Le principe de la concurrence entre les assureurs et les sociétés mutualistes continuera à jouer, de sorte que ces entreprises pourront décider de ne pas appliquer l'indice médical ou de ne pas appliquer le taux maximum. Les entreprises qui disposent d'une bonne gestion pourront donc rectifier le tir par le biais de ce mécanisme. Celles-ci ne désirent en effet pas augmenter leurs primes de manière déraisonnable. Ceci pourra dès lors être modalisé par assureur et en fonction du type de couverture. De plus, le mécanisme de l'indexation permet de faire évoluer la prime mais la prime de base sera toujours différente par entreprise d'assurances ou par société mutualiste. Ils tiennent également à souligner que, dans ce cas, l'indice médical maximum non appliqué une année ne pourra bien évidemment pas être « récupéré » l'année suivante.

Le représentant du KCE indique à cet égard que le poids implicite de chaque partie est pris en compte respectivement dans le total mais que cette manière de travailler permet de ne pas émettre de jugement sur les coûts médicaux qui doivent être comptabilisés ou pas. En effet, si les critères sont détaillés, ceci impliquerait de devoir décider quels traitements doivent être pris en compte et quels prix sont justifiés par exemple. Un tel affinement serait dès lors non seulement complexe techniquement mais il s'agirait également d'une question sociétale.

La Commission relève que la notion de « charge brute des sinistres » n'est pas définie dans l'arrêté royal. La différence entre charge brute et charge nette des sinistres n'est pas non plus expliquée ou définie. Elle suppose que la notion de charge brute des sinistres réfère aux frais que le patient soumet à l'assureur pour paiement. Afin d'assurer la sécurité juridique, il est recommandé de préciser ces termes dans le projet d'arrêté royal.

## Article 5

L'article 5 du projet d'arrêté royal modifie l'article 5 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 et prévoit que la FSMA et l'OCM informent le SPF Economie au plus tard le dernier jour du mois de mai. Le SPF Economie vérifie si les données reçues concernent au moins trois entreprises d'assurances représentant 75% de l'encaissement du marché belge concerné et doit ensuite calculer l'indice médical sur base des données certifiées par le réviseur agréé. Lorsque les données ne sont pas certifiées, le SPF Economie prolonge la validité du dernier tableau d'indices spécifiques connu pour une durée maximale d'un an.

fonction de het type waarborg en de leeftijd van de verzekerden. Het beginsel van concurrentie tussen verzekeraars en maatschappijen van onderlinge bijstand zal blijven spelen zodat deze ondernemingen zullen kunnen besluiten om het medische indexcijfer niet toe te passen of de maximumratio niet toe te passen. Dankzij de ondernemingen die hun schadegevallen goed beheren zal de situatie worden rechtgezet via dit mechanisme. Zij wensen hun premies immers niet buitensporig te verhogen. Dat zal dus per verzekeraar en naar gelang het type dekking kunnen worden bepaald. Bovendien laat het indexeringsmechanisme toe om de premie te doen evolueren maar de basispremie zal steeds verschillen per verzekeringsonderneming of maatschappij van onderlinge bijstand. Deze vertegenwoordigers onderstrepen nog dat als het maximale medische indexcijfer in dit geval een jaar niet wordt toegepast, het uiteraard het jaar daarop niet tweemaal kan worden toegepast.

De vertegenwoordiger van het KCE wijst er in dit verband op dat met het impliciete gewicht van elke partij rekening wordt gehouden in het totaal, maar dat deze manier van werken toelaat om geen oordeel te vellen over de medische kosten die al dan niet moeten worden opgenomen in de boekhouding. Als de criteria gedetailleerd zouden zijn, zou dit immers impliceren dat bijvoorbeeld besloten zou moeten worden welke behandelingen in aanmerking moeten worden genomen en welke prijzen verantwoord zijn. Een dergelijke mate van detaillering zou bijgevolg niet enkel ingewikkeld zijn op technisch vlak maar eveneens leiden tot een maatschappelijke kwestie.

De Commissie merkt op dat het begrip "brutoschadelast" niet gedefinieerd is in het koninklijk besluit. Het verschil tussen bruto- en nettolast van de schadegevallen is evenmin uitgelegd of gedefinieerd. De Commissie veronderstelt dat het begrip brutoschadelast verwijst naar de kosten die de patiënt ter betaling voorlegt aan de verzekeraar. Voor een betere rechtszekerheid wordt aanbevolen om deze termen te preciseren in het voorontwerp van koninklijk besluit.

## Artikel 5

Artikel 5 van het ontwerp van koninklijk besluit wijzigd artikel 5 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 en stelt dat de FSMA en de CDZ de FOD Economie uiterlijk de laatste dag van de maand mei op de hoogte moeten brengen. De FOD Economie gaat na of de gegevens betrekking hebben op ten minste drie verzekeringsondernemingen die 75 % van het incasso van de betrokken Belgische markt omvatten en berekent vervolgens het medische indexcijfer op basis van de gegevens die gecertificeerd zijn door de erkend revisor. Als de gegevens niet gecertificeerd zijn, verlengt de FOD

La Commission constate que le mot « maximale » dans l'expression « pour une durée maximale d'un an » peut être supprimé à l'article 5, alinéa 5 du projet d'arrêté royal. En effet, étant donné que les indices spécifiques ne seront plus calculés et publiés qu'une fois par an, cela n'aurait pas de sens de prolonger la durée des indices précédents pour une durée inférieure à un an.

#### Article 6

L'article 6 du projet d'arrêté royal insère un article 6 dans l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 afin de préciser la manière dont le SPF Economie doit effectuer le calcul de l'indice médical.

Le § 4 de cet article précise que les évolutions annuelles des indices spécifiques sont calculées en multipliant les évolutions annuelles des indices de base avec un facteur d'1,5. L'évolution annuelle des indices spécifiques ne peut dépasser l'évolution annuelle des indices de base de plus de 2 pourcent (« 2 procentpunten »). Enfin, il est prévu que lorsque l'évolution annuelle d'un ou de plusieurs indices spécifiques est négative, le SPF Economie prolonge la validité du (des) dernier(s) indice(s) spécifique(s) connu(s) pour une durée d'un an.

La Commission remarque une différence entre la version française et la version néerlandaise du texte : en néerlandais, il est question de « 2 procentpunten » ; or, la traduction en français de « 2 pourcent » n'est pas correcte, ceci doit être remplacé, par exemple, par « 2 points de pourcent ». En outre, les termes « indices de base », « indices spécifiques » et « facteur » (article 6, § 4 et article 7) ne sont pas définis par le projet d'arrêté royal, ce qui pourrait entraîner des confusions. Il est conseillé de définir ces différents termes.

Les représentants des entreprises d'assurances et des sociétés mutualistes expliquent que les paramètres de départ pour le calcul du nouvel indice médical, tel que prévu par le projet d'arrêté royal, sont les mêmes que dans la version précédente du texte de l'arrêté royal, à savoir les types de garanties et les catégories d'âge. Toutefois, le nouvel indice médical tient également compte d'une revalorisation des réserves de vieillissement. Une méthode simple est dès lors proposée pour tenir compte de ces réserves : dans un premier temps, les indices de bases sont calculés comme précédemment ; dans un deuxième temps, les évolutions annuelles de ces indices de base sont multi-

Economie de la validité de la dernière donnée de tableau avec les indices spécifiques pour une durée de maximum d'un an.

De Commissie stelt vast dat het woord "maximum" in de uitdrukking "voor een duur van maximum één jaar" mag worden geschrapt in artikel 5, vijfde lid van het ontwerp van koninklijk besluit. Aangezien de specifieke indexcijfers voortaan slechts eenmaal per jaar zullen worden berekend en gepubliceerd, zou het immers zinloos zijn om de duur van de vorige indexcijfers te verlengen voor een periode van minder dan één jaar.

#### Artikel 6

Artikel 6 van het ontwerp van koninklijk besluit voegt een artikel 6 toe aan het koninklijk besluit van 1 februari 2010 waarin gepreciseerd wordt op welke wijze de FOD Economie het medische indexcijfer dient te berekenen.

In § 4 van dit artikel is bepaald dat de jaarlijkse evoluties van de specifieke indexcijfers worden berekend door de jaarlijkse evoluties van de basisindexcijfers te vermenigvuldigen met een factor 1,5. De jaarlijkse evolutie van de specifieke indexcijfers mag maximum 2 procentpunten hoger liggen dan de jaarlijkse evolutie van de basisindexcijfers. Tot slot is bepaald dat indien de jaarlijkse evolutie van één of meerdere specifieke indexcijfers negatief is, de FOD Economie de geldigheid van dit (deze) laatste gegeven specifieke indexcijfer(s) verlengt voor een duur van één jaar.

De Commissie merkt op dat er een verschil is tussen de Franse en de Nederlandse versie van de tekst: in het Nederlands is er sprake van "2 procentpunten" terwijl er in het Frans, ten onrechte, sprake is van "2 pourcent". Dit laatste moet vervangen worden door bijvoorbeeld "2 points de pourcent". Bovendien zijn de termen "basisindexcijfer", "specifieke indexcijfers" en "factor" (artikel 6, § 4 en artikel 7) niet gedefinieerd in het ontwerp van koninklijk besluit, wat verwarring zou kunnen scheppen. Er wordt aangeraden om deze termen te definiëren.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de maatschappijen van onderlinge bijstand verduidelijken dat de beginparameters voor de berekening van het nieuwe medische indexcijfer, zoals vastgelegd in het ontwerp van koninklijk besluit, dezelfde zijn als in de vorige versie van de tekst van het koninklijk besluit, namelijk de types waarborgen en de leeftijdsklassen. Toch houdt het nieuwe medische indexcijfer ook rekening met een herwaardering van de vergrijzingsreserves. Bijgevolg wordt er een eenvoudige methode voorgesteld om rekening te houden met deze reserves. Daarbij worden in een eerste fase de

pliées par un facteur spécifique d'1,5 et ce, afin de tenir compte des réserves de vieillissement. Le chiffre d'1,5 a été obtenu en tenant compte notamment d'une étude de différents professeurs d'universités (Vercruysse, Dhaene, Denuit, Pitacco en Antonio « Premium Indexing in Lifelong Health Insurance », *Far East Journal of Mathematical Sciences (FJMS)*, 2013, page 365). Il s'agit d'une moyenne applicable à toutes les catégories d'âge.

Les représentants des consommateurs ainsi qu'un expert de la Commission estiment que les chiffres disponibles démontrent que les dépenses de santé des personnes plus âgées ont connu une évolution moins forte que les personnes plus jeunes et que l'utilisation d'un seul facteur pour toutes les tranches d'âge a systématiquement pour conséquence de reporter sur les personnes plus âgées les insuffisances des primes de départ entraînant ainsi une discrimination à rebours pour ces personnes plus âgées. Ces représentants des consommateurs remarquent que le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 29 décembre 2011, observa que le dossier administratif ne permet pas de déterminer pourquoi l'arrêté royal ne tient pas compte des réserves que l'assuré a constituées par le passé. Selon eux, le Conseil d'Etat n'a pas exclu que l'on n'indexe pas, en tout ou en partie, les réserves constituées mais que le pouvoir exécutif doit alors le justifier valablement. Ces représentants constatent que cette réflexion est absente de l'esprit du projet d'arrêté royal. Ils se demandent, par ailleurs, si ce facteur d'1,5 s'applique à toutes les catégories de prime ou uniquement aux primes dites nivelées et si ce facteur porte sur l'évolution imprévisible de la prime ou si l'assureur est dispensé de prouver qu'il ne pouvait prévoir l'évolution de certains facteurs.

Les représentants des entreprises d'assurances font remarquer que la limitation de l'évolution annuelle des indices spécifiques, qui ne peut dépasser l'évolution annuelle des indices de base de plus de deux points de pourcent, pourrait empêcher les assureurs d'adapter les primes à l'augmentation réelle des dépenses et des réserves de vieillissement. Ceci pourrait donc s'avérer, selon ces représentants, insuffisant d'un point de vue de la technique assurantielle.

Les représentants des consommateurs font remarquer, quant à eux, que le fait de prolonger les indices médicaux de l'année précédente en cas d'indexation négative est particulièrement discriminatoire pour les consommateurs,

basisindexcijfers berekend zoals voorheen en worden in een tweede fase de jaarlijkse evoluties van deze basisindexcijfers vermenigvuldigd met een specifieke factor 1,5. Voor de berekening van het getal 1,5 werd met name uitgegaan van een studie van verschillende universiteitsprofessoren (Vercruysse, Dhaene, Denuit, Pitacco en Antonio « Premium Indexing in Lifelong Health Insurance », *Far East Journal of Mathematical Sciences (FJMS)*, 2013, p. 365). Dit getal is een gemiddelde dat kan worden toegepast op alle leeftijdscategorieën.

De vertegenwoordigers van de consumenten en een deskundige van de Commissie zijn van oordeel dat de beschikbare cijfers aantonen dat de uitgaven voor de gezondheidszorg voor ouderen een minder sterke evolutie hebben doorgemaakt dan die voor jongeren, en dat het gebruik van één enkele factor voor alle leeftijdscategorieën er systematisch toe leidt dat de tekortkomingen inzake startpremies aan de ouderen worden doorgerekend, wat een omgekeerde discriminatie tot gevolg heeft voor deze ouderen. Deze vertegenwoordigers van de consumenten wijzen erop dat de Raad van State, in zijn arrest van 29 december 2011 opmerkt dat op basis van het administratief dossier niet kan worden nagegaan waarom het koninklijk besluit geen rekening houdt met de door de verzekerde in het verleden opgebouwde reserves. Volgens hen sluit de Raad van State niet uit dat de opgebouwde reserves niet of niet volledig geïndexeerd worden maar dat de uitvoerende macht dit alsdan op geldige wijze dient te verantwoorden. Deze vertegenwoordigers vinden deze visie niet terug in de geest van het ontwerp van koninklijk besluit. Zij vragen zich overigens af of deze factor 1,5 van toepassing is op alle categorieën van premies of uitsluitend op de zogenaamde genivelleerde premies, alsook of deze factor betrekking heeft op de onvoorspelbare evolutie van de premie, dan wel of de verzekeraar is vrijgesteld van het leveren van het bewijs dat hij de evolutie van bepaalde factoren niet kon voorzien.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat de beperking van de jaarlijkse evolutie van de specifieke indexcijfers, die de jaarlijkse evolutie van de basisindexcijfers niet met meer dan twee procentpunten mag overschrijden, de verzekeraars zou kunnen beletten om de premies aan te passen aan de reële stijging van de uitgaven en van de vergrijzingsreserves. Volgens deze vertegenwoordigers zou dit verzekeringstechnisch gezien ontoereikend kunnen zijn.

Voor de vertegenwoordigers van de consumenten werkt een verlenging van de medische indexcijfers van het jaar voordien ingeval van een negatieve indexatie, uitermate discriminerend voor de consumenten die de verhogingen

qui doivent supporter les augmentations mais ne peuvent bénéficier des éventuelles diminutions et ne peut donc en aucun cas être approuvé par eux. Les représentants des entreprises d'assurances et des sociétés mutualistes estiment, pour leur part, que cette technique permet d'éviter les augmentations et diminutions brusques de la prime et d'ainsi garantir une évolution progressive des coûts qui sont à charge des preneurs d'assurance.

#### Article 8

L'article 8 du projet d'arrêté royal insère un nouvel article 8. Cet article précise que les données du premier tableau publié reprenant les indices spécifiques constituent le chiffre index de départ 100.

Les représentants des entreprises d'assurances proposent d'adapter le texte de l'article afin de faire apparaître clairement que les chiffres publiés le 1<sup>er</sup> juillet 2016 constitueront la première évolution par rapport au chiffre index de départ 100 qui lui concernera 2015. Ils estiment inutile de publier un tableau comprenant uniquement le chiffre 100. De plus, chaque retard de publication augmente le risque que les preneurs d'assurance soient confrontés avec une augmentation brusque de leur prime liée à des mesures de redressement prudentielles, telles que celle prévue par l'article 21octies de la loi de contrôle susmentionnée. Ils proposent dès lors de modifier le texte pour préciser que le chiffre index de départ 100 est déterminé sur base des données certifiées qui ont été communiquées à la FSMA et à l'OCM, ainsi qu'au SPF Economie, avant le 30 juin 2015.

A ce sujet, il est cependant relevé que cette proposition n'est techniquement pas simple. Bien que certaines données aient continué à être fournies par les entreprises d'assurances depuis l'annulation partielle de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010, celles-ci étaient basées sur trois mois. Or, les données nécessaires pour effectuer le calcul sur la base du projet d'arrêté royal sont des données annuelles. En outre, il convient de s'assurer que les données fournies par les assureurs et les sociétés mutualistes soient les mêmes pour tout le monde. Le projet d'arrêté royal détermine en effet à quel moment les données doivent être fournies mais ne précise pas la nature des chiffres et quelle période les données doivent concerner. La Commission conseille dès lors d'adapter le texte et de préciser quelle période doit être prise en compte et si c'est la date des prestations ou des factures qui est pertinente. En outre, une précision sur la date de mise en vigueur et sur la date d'utilisation effective de l'indice est nécessaire.

moeten dragen maar nooit hun voordeel kunnen doen met eventuele verminderingen. Zij kunnen dit onmogelijk goedkeuren. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de maatschappijen van onderlinge bijstand zijn dan weer van oordeel dat deze techniek toelaat om bruuske stijgingen en dalingen van de premie te vermijden en aldus een progressieve evolutie te waarborgen van de kosten die ten laste zijn van de verzekeringnemers.

#### Artikel 8

Artikel 8 van het ontwerp van koninklijk besluit voegt een nieuw artikel 8 in. Hierin wordt gepreciseerd dat de cijfers van de eerst gepubliceerde tabel met de specifieke indexcijfers, de startindex 100 uitmaken.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor de tekst van het artikel aan te passen zodat volkomen duidelijk is dat de cijfers die op 1 juli 2016 zullen worden gepubliceerd, de eerste evolutie zijn ten opzichte van de startindex 100 die betrekking heeft op 2015. Zij zijn van oordeel dat het inhoudelijk zinloos is om een tabel te publiceren die uitsluitend gewijd is aan de startwaarde 100. Bovendien verhoogt elke laattijdige publicatie het risico dat de verzekeringnemers worden geconfronteerd met een bruuske premiesstijging die gepaard gaat met prudentiële herstelmaatregelen, zoals voorgeschreven door artikel 21octies van de voormelde controlewet. Zij stellen dan ook voor om de tekst te wijzigen teneinde te preciseren dat de startindex 100 wordt bepaald op basis van gecertificeerde gegevens die vóór 30 juni 2015 zijn meegedeeld aan de FSMA en de CDZ, alsook aan de FOD Economie.

In dit verband wordt er evenwel op gewezen dat het technisch gezien niet eenvoudig is om dit voorstel te verwezenlijken. Hoewel de verzekeringsondernemingen sinds de gedeeltelijke opheffing van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 bepaalde gegevens zijn blijven verstrekken, was dat op driemaandelijks basis. Maar voor een berekening op basis van het ontwerp van koninklijk besluit zijn gegevens op jaarbasis nodig. Bovendien moet erop worden toegezien dat de gegevens die verstrekt worden door de verzekeringsondernemingen en de maatschappijen van onderlinge bijstand voor alle betrokkenen dezelfde zijn. Het ontwerp van koninklijk besluit schrijft immers voor op welk ogenblik de gegevens moeten worden verstrekt maar preciseert noch de aard van de cijfers, noch de periode waarop de gegevens betrekking moeten hebben. De Commissie raadt dan ook aan om de tekst aan te passen door te preciseren welke periode in aanmerking moet worden genomen en aan te geven welke de datum daarbij relevant is: de datum waarop de prestaties werden geleverd of de facturatedatum. Voorts



## Article 9

L'article 9 du projet d'arrêté royal insère un article 9/1 dans l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010, qui concerne les contrats conclus avant l'entrée en vigueur du présent projet d'arrêté royal. Par dérogation à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2 et 3, ces contrats ne doivent pas être adaptés afin de préciser la méthode d'indexation. Pour ceux-ci, il suffit de mentionner la méthode d'indexation dans l'avis d'échéance.

La Commission constate que cet article a pour but de résoudre le problème des contrats d'assurance en cours. Elle souligne qu'un contrat ainsi qu'une clause d'indexation prévue dans celui-ci ont force de loi. Certains contrats ne prévoient pas d'indexation ou prévoient, par exemple, une indexation sur la base de l'indice des prix à la consommation ou de l'indice médical du mois de février, mai, août ou novembre. Or, l'indice médical ne sera plus calculé qu'une fois par an et donc pas au mois de février, mai, août ou novembre. L'application de la nouvelle réglementation ne peut dès lors être rendue obligatoire que par le biais d'une loi ; un arrêté royal n'est pas suffisant. Le fait de prévoir dans le projet d'arrêté royal que la méthode d'indexation peut être mentionnée uniquement sur l'avis d'échéance n'est pas une solution juridiquement valable. Elle fait dès lors courir le risque aux entreprises d'assurances et aux sociétés mutualistes que le preneur d'assurance conteste cette indexation et qu'un recours en annulation soit introduit devant le Conseil d'Etat. Les représentants des entreprises d'assurances soulignent l'importance de pouvoir bénéficier d'une mesure transitoire pour les contrats en cours.

La Commission relève aussi que le texte en français ne correspond pas au texte en néerlandais dans la dernière version reçue.

### C. Remarques textuelles

#### Préambule

La version française *in fine* du premier considérant du projet d'arrêté royal doit être adaptée à la version néerlandaise comme suit : « *les réserves de vieillissement que l'entreprise d'assurances a constituées par le passé.* »

dient ook gepreciseerd te worden welke de datum is van inwerkingtreding en van daadwerkelijke toepassing van het indexcijfer.

## Artikel 9

Met artikel 9 van het ontwerp van koninklijk besluit wordt in het koninklijk besluit van 1 februari 2010 een artikel 9/1 ingevoegd dat betrekking heeft op de overeenkomsten die zijn afgesloten vóór de inwerkingtreding van het onderhavige ontwerp van koninklijk besluit. In afwijking van artikel 3, § 1, tweede en derde lid, hoeven deze overeenkomsten niet te worden aangepast om de indexatiemethode op te geven. Het volstaat om de indexatiemethode te vermelden op het vervaldagbericht.

De Commissie stelt vast dat dit artikel een oplossing wil bieden voor het probleem dat zich voordoet voor de lopende verzekeringsovereenkomsten. Zij wijst erop dat de overeenkomsten en indexatieclausules waarvan sprake in dit artikel, kracht van wet hebben. Bepaalde overeenkomsten voorzien niet in een indexatie of voorzien bijvoorbeeld in een indexatie op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen of het medische indexcijfer van de maand februari, mei, augustus of november. Welnu, het medische indexcijfer zal voortaan slechts eenmaal per jaar worden berekend en dus niet langer in februari, mei, augustus of november. Hieruit volgt dat de toepassing van de nieuwe reglementering enkel bij wet verplicht kan worden gesteld. Het volstaat niet dit bij koninklijk besluit te regelen. In het ontwerp van koninklijk besluit bepalen dat de indexatiemethode uitsluitend mag worden vermeld op het vervaldagbericht is dus juridisch gezien geen geldige oplossing. Op die manier lopen de verzekeringsondernemingen en de maatschappijen van onderlinge bijstand het risico dat de verzekeringnemer deze indexatie betwist en dat een beroep tot nietigverklaring wordt ingesteld bij de Raad van State. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen onderstrepen het belang van een overgangsmaatregel voor de lopende overeenkomsten.

De Commissie merkt ook op dat de laatste versies de zij heeft ontvangen van de Franse tekst en de Nederlandse tekst niet met elkaar overeenstemmen.

### C. Redactionele opmerkingen

#### Inleidend gedeelte

De Franse versie van de eerste considerans *in fine* van het ontwerp van koninklijk besluit dient met de volgende bewoordingen in overeenstemming te worden gebracht met de Nederlandse versie: "*les réserves de vieillissement que l'entreprise d'assurances a constituées par le passé.*"

#### Article 4

A l'article 4, il convient de modifier la référence à « l'Autorité de Contrôle des Mutualités » par une référence à « l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités ».

Au troisième alinéa de l'article 4, il est fait référence à « la charge brute des sinistres par type de frais » et dans la version néerlandaise à « de bruto schadelast per kostentype », afin de garantir un emploi d'une terminologie uniforme, il est conseillé d'utiliser les termes « charge brute des sinistres par garantie » ou « bruto schadelast per waarborg » tel que prévu par l'article 3 du projet d'arrêté royal.

#### Article 6

Tel qu'indiqué ci-dessus, la référence à « 2 pourcent » dans la version française de l'article 6 doit être remplacée par « 2 points de pourcent ».

#### Artikel 4

In artikel 4 dient de verwijzing naar de "Autorité de Contrôle des Mutualités" vervangen te worden door een verwijzing naar de "Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités".

In het derde lid van artikel 4 is er sprake van de "charge brute des sinistres par type de frais" en in de Nederlandse versie van de "bruto schadelast per kostentype". Met het oog op eenheid in de terminologie wordt aangeraden om in het Frans de termen "charge brute des sinistres par garantie" te gebruiken en in het Nederlands "bruto schadelast per waarborg" als vastgesteld in artikel 3 van het ontwerp van koninklijk besluit.

#### Artikel 6

Zoals hierboven reeds is vermeld, dient de verwijzing naar "2 pourcent" in de Franse versie van artikel 6 te worden vervangen door "2 points de pourcent".

### III. CONCLUSION

La Commission accueille favorablement l'objectif poursuivi par ce projet d'arrêté royal de réintroduire un indice médical afin d'encadrer de manière appropriée les augmentations tarifaires en assurance maladie non liée à l'activité professionnelle et d'éviter des augmentations soudaines et brutales des primes.

Les propositions d'adaptation du projet d'arrêté royal soumis à la Commission et les positions des délégations concernant différents aspects de la réglementation présentée sont expliquées au point II ci-dessus.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé qui, à la demande du Ministre, a pris part aux discussions, précise qu'aucun élément nouveau ne permet de déroger aux recommandations faites par le KCE au moment de la rédaction du projet d'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2010 et confirme que le rapport et les recommandations fournies le 16 décembre 2008 restent donc d'actualité.

### III. BESLUIT

De Commissie schaart zich achter de doelstelling van dit ontwerp van koninklijk besluit om opnieuw een medische index in te voeren die een passende omkadering biedt voor tariefverhogingen voor andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringen en die plotse en bruske premiestijgingen moet voorkomen.

De voorstellen tot aanpassing van het ontwerp van koninklijk besluit dat is voorgelegd aan de Commissie en de posities van de delegaties over diverse aspecten van de onderhavige reglementering zijn nader toegelicht in punt II hierboven.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dat op verzoek van de Minister heeft deelgenomen aan de besprekingen merkt op dat er geen enkel nieuw element is dat een aanleiding vormt om af te wijken van de aanbevelingen die het destijds had geformuleerd toen het ontwerp van koninklijk besluit van 1 februari 2010 werd opgesteld, en bevestigt dat zijn verslag en aanbevelingen van 16 december 2008 bijgevolg onverminderd blijven gelden.

La Présidente,

De Voorzitster,

Caroline VAN SCHOU BROECK