

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 7 januari 2010

DOC C/2009/11

ONTWERP-ADVIES

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

1. INLEIDING

De Minister van Financiën heeft aan de CBFA gevraagd een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138*bis*-4, § 3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. De Minister vraagt de CBFA om dit advies te verlenen binnen een termijn van één maand "... Gelet op de vertraging die bijgaand ontwerp om diverse redenen al heeft opgelopen...".

Op haar beurt heeft de CBFA dit ontwerp, bij brief de dato 11 december 2009, voorgelegd voor advies aan de Commissie voor Verzekeringen en dit tegen 29 december 2009.

Tijdens de vergadering van de Commissie voor Verzekeringen van 17 december 2009 is deze vraag besproken.

De Commissie heeft informeel vernomen dat de Raad van State reeds een advies heeft verleend en dat de oorspronkelijk bij de Raad van State ingediende tekst ondertussen reeds is aangepast. Het is deze aan het advies van de Raad van State aangepaste tekst van het ontwerp die aan de Commissie voor Verzekeringen is voorgelegd. Een medewerker van de Minister van Financiën heeft bevestigd dat over deze aangepaste tekst een advies wordt gevraagd. Het ontwerp van het Verslag aan de Koning zou evenwel nog niet aangepast zijn en zou dus niet overeenkomen met het aangepaste ontwerp van KB.

De Commissie heeft beslist om, gezien het belang van de medische indexcijfers zowel voor de verzekeringnemers

COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 7 janvier 2010

DOC C/2009/11

PROJET D'AVIS

sur le projet d'arrêté royal déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

1. INTRODUCTION

Le ministre des Finances a sollicité l'avis de la CBFA concernant le projet d'arrêté royal déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Le ministre demande à la CBFA de rendre cet avis dans un délai d'un mois "vu le retard que ce projet a déjà accumulé pour diverses raisons".

À son tour, la CBFA a, par lettre du 11 décembre 2009, soumis ce projet pour avis à la Commission des Assurances, qui était priée de se prononcer avant le 29 décembre 2009.

Cette demande a été discutée lors de la réunion de la Commission des Assurances du 17 décembre 2009.

La Commission a appris de source informelle que le Conseil d'État avait déjà rendu un avis sur le projet d'arrêté royal et que le texte original déposé au Conseil d'État avait, entre-temps, déjà été adapté. C'est la version du projet d'arrêté royal adaptée selon l'avis du Conseil d'État qui a été soumise à la Commission des Assurances. Un collaborateur du ministre des Finances a confirmé que l'avis était sollicité relativement à cette version adaptée. Le projet de rapport au Roi n'aurait toutefois pas encore été modifié et ne correspondrait donc pas au projet d'arrêté royal adapté.

Vu l'importance des indices médicaux, tant pour les preneurs d'assurances que pour les entreprises d'assurances,

als voor de verzekeringsondernemingen, gezien de bijzonder korte termijn die werd gegeven om het advies te verstrekken, en gezien de Commissie niet beschikt over een aangepaste tekst van het ontwerp van het Verslag aan de Koning, meer tijd te vragen opdat een gefundeerd advies zou kunnen verleend worden. Hiervoor werd op 24 december 2009 een brief gestuurd naar de Voorzitter van de CBFA, met als bijlage de eerste bemerkingen van de vertegenwoordigers van de verbruikers en van de verzekeringsondernemingen.

De Voorzitter van de CBFA heeft op 30 december 2009 via het secretariaat van de Commissie, geantwoord dat de Commissie verzocht wordt een advies te verlenen tegen 7 januari 2010.

De leden van de Commissie hebben dan beslist via de schriftelijke procedure en op basis van de eerste schriftelijke bemerkingen een advies onder voorbehoud te verlenen. Er wordt benadrukt dat de leden geen mogelijkheid hebben gehad om een onderlinge mondelinge bespreking aan dit ontwerp te wijden.



2. BESPREKING

De delegaties in de Commissie voor Verzekeringen hebben bij het voorliggende ontwerp van koninklijk besluit de volgende bemerkingen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wensen vooreerst te benadrukken dat een objectieve en representatieve index vereist is.

Zij stellen evenwel vast dat het voorliggende ontwerp van KB alleen de mogelijkheid biedt tot indexering van de premies en niet tot indexering van de premiereserves. Nochtans dienen deze reserves ook geïndexeerd te worden. Medische uitgaven vormen een risico dat verhoogt met de leeftijd van de verzekerde. De premies zouden dus moeten stijgen in functie van de leeftijd. Om deze stijging echter af te vlakken gebruiken de verzekeringsondernemingen "genivelleerde" premies. Dit betekent dat de verzekeraar bij het begin van de verzekeringsovereenkomst een premie aanrekent die hoger ligt dan het gemiddelde risico van de leeftijdsgroep van de verzekerde, om later een premie aan te kunnen rekenen die lager ligt dan het gemiddeld risico van de op dat moment bereikte leeftijdsgroep. Het premieoverschot wordt verzameld in de "premiereserves".

Deze vertegenwoordigers wijzen er op dat de medische kosten afhankelijk zijn van externe factoren die moeilijk te voorspellen zijn bij het sluiten van de overeenkomst.

vu le délai particulièrement court accordé à la Commission pour rendre son avis et considérant qu'elle ne dispose pas du projet de rapport au Roi adapté, la Commission a décidé de demander un délai supplémentaire, afin de pouvoir émettre un avis fondé. Le 24 décembre 2009, une lettre en ce sens a été envoyée au président de la CBFA, à laquelle étaient jointes les premières remarques des représentants des consommateurs et des entreprises d'assurances.

Le 30 décembre 2009, le président de la CBFA a répondu par l'intermédiaire du secrétariat de la Commission qu'il était demandé à celle-ci de rendre un avis pour le 7 janvier 2010.

Les membres de la Commission ont donc décidé d'émettre un avis sous réserve, en recourant à la procédure écrite et sur la base des premières remarques formulées par écrit par les délégations. Il est souligné que les membres n'ont pas eu la possibilité de débattre oralement le projet d'arrêté royal.



2. CONTEXTE JURIDIQUE

Les délégations à la Commission des Assurances formulent les remarques suivantes sur le projet d'arrêté royal soumis à leurs délibérations.

Les représentants des entreprises d'assurances insistent tout d'abord sur la nécessité de disposer d'un indice objectif et représentatif.

Cependant, ils constatent que le projet d'arrêté royal prévoit uniquement la possibilité d'indexer les primes et non celle d'indexer les "réserves de primes" qui, pourtant, doivent également être indexées. Les dépenses en soins de santé constituent un risque qui augmente avec l'âge de l'assuré. Les primes devraient donc augmenter en fonction de l'âge. Pour amortir cette augmentation, les entreprises d'assurances mettent toutefois à charge des primes "nivellées". Le principe est le suivant : au début du contrat d'assurance, l'assureur facture une prime supérieure au risque moyen lié au groupe d'âge de l'assuré, afin de pouvoir, plus tard, facturer une prime inférieure au risque moyen lié au groupe d'âge atteint à ce moment. Les surplus de prime sont rassemblés dans les "réserves de primes".

Ces représentants mettent en évidence que les frais médicaux dépendent de facteurs externes difficilement prévisibles lors de la conclusion du contrat. En outre, depuis l'in-

Sinds de invoering van hoofdstuk IV in titel III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (hierna WLVO), zijn deze ziekteverzekeringsovereenkomsten bovendien levenslang. Het indexeren van de premiereserves in de loop van de overeenkomst is daarom noodzakelijk, zowel voor de overeenkomsten die in de toekomst worden gesloten, als voor de huidige portefeuille van individuele ziektekostenverzekeringen.

De overgrote meerderheid van de huidige verzekeringsovereenkomsten is bovendien gesloten vóór de wet van 17 juni 2009 in werking is getreden. Bij de vaststelling van de tarieven van deze overeenkomsten was rekening gehouden met de wettelijke mogelijkheid om de premies aan te passen, en de verzekeringsondernemingen konden onmogelijk weten dat deze mogelijkheid zou worden ingeperkt en de premies en premiereserves zouden "bevroren" worden.

Om bovenvermelde redenen (prefinanciering van toekomstige premies via opbouw van premiereserves, niet-voorspelbaarheid van de medische kosten over de lange termijn, ingrijpen in de spelregels voor de bestaande portefeuille) vragen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen de aanpassing van het voorliggende ontwerp van KB opdat zowel de premies als de premiereserves op een correcte manier zouden kunnen geactualiseerd worden. Indien dit niet kan gebeuren, zal een groeiend tekort voor de sector ontstaan, waardoor drastische saneringsmaatregelen nodig zullen zijn. Door groeiende verliescijfers te veroorzaken wordt de bescherming van de verzekerden zelf op het spel gezet.

De vertegenwoordigers van de verbruikers hebben concrete vragen bij de wijze van berekening van de index en de gebruikte parameters.

Wat betreft de toewijzing van de verzekeringsovereenkomst aan een waarborgtype (artikel 2, § 1 van het ontwerp), stellen zij zich de vraag of dit wel overeenkomt met de door artikel 138*bis*-4 WLVO gevraagde wijze van berekening van de medische index. Dit artikel legt immers het gebruik op van objectieve en representatieve parameters, dit wil zeggen parameters die kunnen gecontroleerd worden door een buitenstaander, zoals onder meer de supplementen voor ziekenhuisverblijf, voor erelonen, voor materialen, de niet terugbetaalbare medicijnen.

Wat betreft de toewijzing van iedere verzekerde aan een leeftijdscategorie (artikel 2, § 2 van het ontwerp) stellen deze vertegenwoordigers dat het algemeen geweten is dat de gezondheid verslechtert met de leeftijd en dat de medische technieken evolueren. De verzekeraars zouden daarmee rekening moeten houden bij het bepalen van de technische basis van de premie bij de aanvang van de overeenkomst. Deze technische basis kan slechts gewijzigd

sertion du chapitre IV dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 (ci-après "la LCAT"), les contrats d'assurance soins de santé sont conclus à vie. Il est donc nécessaire d'indexer les réserves de primes pendant le contrat, et ce tant pour les contrats qui seront conclus à l'avenir que pour les portefeuilles actuels d'assurances soins de santé individuelles.

De plus, la très grande majorité des contrats d'assurance soins de santé actuels ont été conclus avant que la loi du 17 juin 2009 entre en vigueur. Lors de la fixation des tarifs afférents à ces contrats, les entreprises d'assurances ont tenu compte de la possibilité légale d'adapter les primes ; elles ne pouvaient savoir que cette possibilité serait limitée et que les primes et réserves de primes seraient "gelées".

Pour les raisons précitées (préfinancement de primes futures par la constitution de réserves de primes, non-prévisibilité du coût des frais médicaux à long terme, ingérence dans les règles applicables aux portefeuilles existants), les représentants des entreprises d'assurances demandent que le projet d'arrêté royal soit adapté de manière à ce que les primes mais aussi les réserves de primes puissent être actualisées correctement. Si ce ne peut être le cas, le secteur sera confronté à un déficit croissant, qui nécessitera de prendre des mesures d'assainissement drastiques. Si l'on cause des pertes de plus en plus importantes, l'on met en jeu la protection des assurés eux-mêmes.

Les représentants des consommateurs posent des questions concrètes sur la méthode de calcul de l'indice et sur les paramètres utilisés.

Ces représentants se demandent si l'obligation de rattacher le contrat d'assurance à un type de garantie (article 2, § 1^{er}, du projet) est bien conforme à la méthode de construction de l'indice médical prescrite par l'article 138*bis*-4 de la LCAT. En effet, cet article impose d'utiliser des paramètres objectifs et représentatifs — c'est-à-dire des paramètres qui peuvent être vérifiés par un observateur extérieur — tels notamment les suppléments de séjour à l'hôpital, d'honoraires, de matériel et les médicaments non remboursables.

S'agissant de l'affectation de chaque assuré à une catégorie d'âge (article 2, § 2, du projet), ces représentants rappellent que tout le monde le sait que la santé se détériore avec l'âge et que les techniques médicales évoluent. Les assureurs devraient donc en tenir compte lors de la détermination des bases techniques de la prime au début du contrat. Celles-ci ne peuvent être modifiées qu'en cas d'imprévisibilité prouvée (force majeure) au sens juridi-

worden in geval van bewezen onvoorzienbaarheid (overmacht) in de strikte juridische betekenis van het woord. Een premieverhoging die gedifferentieerd wordt op basis van de leeftijd dient getoetst te worden aan de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie en moet minstens beantwoorden aan de gestelde voorwaarden van objectieve rechtvaardiging. Zij verwijzen hiervoor naar de gerechtelijke procedures die op dat gebied lopen.

Bij artikel 5 van het ontwerp dat bepaalt dat de gegevens op basis waarvan de index berekend wordt, betrekking dienen te hebben op tenminste drie verzekeringsondernemingen die 75 % van het incasso van de Belgische markt van ziektekostenverzekeringen omvatten, hebben deze vertegenwoordigers vragen bij de manier waarop de gemiddelden berekend worden. Kan het resultaat van één onderneming invloed hebben op de index? Zal rekening gehouden worden met het "gewicht" van de betrokken ondernemingen? Zal rekening gehouden worden met de plaats waar de onderneming actief is ?

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van oordeel dat het gebruik van genivelleerde premies voor de verzekerde zowel het minst transparant als mogelijk het meest ongunstig is indien alleen de verzekerde de verhoging van de kostenfactoren dient te dragen. De verzekeraar dient niet te bewijzen dat de evolutie van de elementen van de zuivere premie totaal onvoorzienbaar was. Hij kan dus aan het begin van de overeenkomst een lage premie vragen, om commerciële en andere redenen, en nadien, op een ogenblik dat de verzekerde de facto niet meer van verzekeraar kan veranderen, niet alleen een verhoging voor de toekomstige premies, maar ook voor de reserves toepassen. De verzekerde die toch niet akkoord zou gaan, kan niet anders dan de overeenkomst op te zeggen en verliest daarbij ook de premiereserve die voor hem was opgebouwd.

Deze vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de verzekerde jaarlijks zou geïnformeerd worden over de evolutie van de vergrijzingsreserve. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen preciseren hierbij dat de verzekeringsonderneming geen individuele reserves aanlegt. Een verzekeringsonderneming maakt immers een inschatting van de gemiddelde te verwachten medische uitgaven op basis van de kenmerken en statistieken van homogene risicogroepen. Op die manier worden de individuele onzekerheden gespreid over deze homogene risicogroepen en wordt er een solidariteit tussen verzekerden ingesteld.

Gelet op het feit dat deze reserves collectief zijn opgebouwd en er solidariteit tussen de verzekerden wordt georganiseerd, is het volgens deze vertegenwoordigers onmogelijk om deze reserves toe te wijzen aan individuele

que strict du terme. Toute différenciation de l'augmentation de la prime en fonction de l'âge doit être évaluée à l'aune de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discriminations et doit au moins répondre à la condition de justification objective. Ces représentants renvoient, à l'appui de leur thèse, aux procédures judiciaires en cours.

L'article 5 du projet d'arrêté royal dispose que les données sur la base desquelles est calculé l'indice doivent concerner au moins trois entreprises d'assurance représentant 75 % de l'encaissement du marché belge des contrats d'assurance soins de santé. Ces représentants s'interrogent sur la manière dont seront calculées les moyennes. Le résultat d'une seule entreprise pourra-t-il avoir une incidence sur l'indice ? Sera-t-il tenu compte du "poids" des entreprises concernées et de l'endroit où l'entreprise exerce ses activités ?

Les représentants des consommateurs estiment que l'application de primes nivelées est la technique à la fois la moins transparente et potentiellement la plus défavorable pour l'assuré si celui-ci doit assumer seul l'augmentation des facteurs de coût. L'assureur ne doit pas prouver que l'évolution des composantes de la prime pure était totalement imprévisible. Il lui est donc possible, pour des raisons commerciales et autres, de demander une prime basse au début du contrat et ensuite, quand l'assuré ne peut de facto plus changer d'assureur, d'appliquer une augmentation non seulement aux primes futures mais aussi aux réserves. L'assuré qui refuserait cette augmentation n'aurait pas d'autre choix que de résilier le contrat, en perdant la réserve de primes constituée pour lui.

Les représentants des consommateurs demandent que l'assuré soit informé annuellement de l'évolution de la réserve de vieillissement. À cet égard, les représentants des entreprises d'assurances précisent que celles-ci ne constituent pas de réserves individuelles mais estiment les dépenses médicales moyennes prévisibles sur la base des caractéristiques et des statistiques de groupes de risques homogènes. Ainsi, les incertitudes liées aux cas individuels sont réparties sur ces groupes homogènes et il est créé une solidarité entre les assurés.

Dès lors que les réserves sont constituées collectivement et qu'il est organisé une solidarité entre les assurés, il est, selon ces représentants, impossible de rattacher ces réserves à des assurances hospitalisation individuelles et d'en

hospitalisatieverzekeringen en mee te delen aan de verzekerden.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn evenwel van mening dat de vergrijzingsreserve het equivalent is van de afkoopwaarde. Voor hen is het dan ook logisch dat deze reserve hetzelfde juridische lot kent als de afkoopwaarde (cfr. artikel 114 WLVO).

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat, als de beheerskosten van de verzekeraar zouden verhogen, het deel van de premie dat hierop betrekking heeft, alleen zou kunnen variëren op basis van de algemene index van de consumptieprijzen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers hebben ook hun twijfels bij de objectiviteit van de studies die zijn uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg en door het Institut des Sciences actuarielles van de UCL. Betreffende de studie van het Federaal Kenniscentrum wijzen zij er tevens op dat de invloed van niet-officiële supplementen (zoals honoraria) op de medische index niet is onderzocht, hoewel die gegevens bekend zijn en de formule om de verhoging van deze kosten te berekenen bestaat (Brochure « Index consommation prix 2004 - L'indice des prix à la consommation. Base 2004 » Direction générale Statistique et Information économique -SPF économie, 2007).

Dezelfde twijfels hebben deze vertegenwoordigers ook bij de gegevens die de ondernemingen zullen dienen te verstrekken voor het berekenen van de index. Het feit dat de door de CBFA erkende revisoren deze gegevens zullen certificeren, kan deze twijfels niet volledig wegnemen gezien hun nauwe banden met de verzekeringsondernemingen en de ervaring met de financiële crisis.

-♦-

3. CONCLUSIES

De Commissie voor Verzekeringen vestigt er de aandacht op dat dit advies verleend is in bijzondere omstandigheden: het gaat om de bespreking van een reeds aan de bemerkings van de Raad van State aangepaste tekst van een ontwerp van KB, terwijl de Commissie niet beschikt over een aangepaste tekst van het Verslag aan de Koning. Voorts heeft de Commissie, mede rekening houdend met de omstandigheden van het einde van het jaar, niet de nodige tijd gekregen om tijdens een vergadering het voorliggend ontwerp te bespreken.

Op die manier heeft ze niet de mogelijkheid gekregen om mondeling onderling overleg te plegen om tot consensus te komen, noch de gelegenheid om duidelijk te maken

communiquer le montant aux assurés.

Les représentants des consommateurs restent néanmoins d'avis que la réserve de vieillissement est l'équivalent de la valeur de rachat. Pour eux, il serait donc logique que cette réserve soit traitée juridiquement comme la valeur de rachat (cf. article 114 de la LCAT).

Les représentants des consommateurs demandent que si les frais de gestion de l'assureur augmentent, la partie de la prime afférente à ces frais de gestion ne puisse varier qu'en fonction de l'indice général des prix à la consommation.

Les représentants des consommateurs mettent par ailleurs en doute l'objectivité des études réalisées par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et par l'Institut des sciences actuarielles de l'UCL. Concernant l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, ils relèvent que l'influence des suppléments non officiels (par exemple les suppléments d'honoraires) sur l'indice médical n'a pas été examinée, bien que ces données nécessaires soient connues et que la formule permettant de mesurer l'augmentation de ces coûts existe (voir la brochure "L'indice des prix à la consommation – Base 2004", Direction générale Statistique et Information économique, SPF Économie, 2007).

Les représentants des consommateurs émettent les mêmes doutes sur les données que les entreprises devront fournir aux fins du calcul de l'indice. Le fait que ces chiffres seront certifiés par les réviseurs agréés par la CBFA ne peut dissiper totalement ces doutes vu les liens étroits de ces réviseurs avec les entreprises d'assurances et l'expérience de la crise financière.

-♦-

3. CONCLUSIONS

La Commission des Assurances attire l'attention sur le fait que le présent avis a été rendu dans des circonstances particulières : il porte sur un projet d'arrêté royal déjà adapté aux remarques du Conseil d'État ; cependant, la Commission ne dispose pas du rapport au Roi adapté. De plus, eu égard notamment aux circonstances de fin d'année, la Commission n'a pas reçu le temps nécessaire pour discuter le projet d'arrêté royal lors d'une de ses réunions.

Les membres n'ont donc pas eu la possibilité de se concerter oralement pour parvenir à un consensus ni l'occasion d'établir sur quels points ils sont en désaccord, ce qui au-

over welke punten de leden het niet eens zijn en zodoende de minister toe te laten om met kennis van zaken een beslissing te nemen.

De in punt II. vermelde bemerkingen zijn gemaakt in het kader van een zeer korte schriftelijke procedure.

-♦-

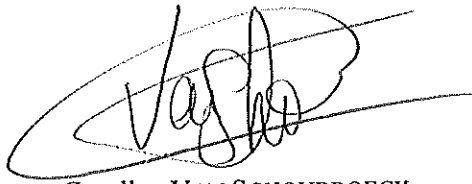
De Voorzitster,

rait permis au ministre de prendre une décision en connaissance de cause.

Les remarques exprimées au point II. ont été formulées dans le cadre d'une procédure écrite très courte.

-♦-

Le Présidente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Caroline Van Schooubroeck', enclosed within a large, loopy oval flourish.

Caroline VAN SCHOUBROECK