

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2016/11103]

18 MAART 2016. — 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

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het koninklijk besluit dat wij de eer hebben Uwe Majesteit voor te leggen, heeft tot doel de specifieke indexcijfers die de ziekteverzekeraars kunnen gebruiken om hun premies te indexeren, opnieuw te berekenen en te publiceren. Het koninklijk besluit van 1 februari 2010 heeft deze specifieke indexcijfers, ook wel medische index genoemd, vastgesteld. Evenwel heeft de Raad van State in een arrest van 29 december 2011 de artikelen 1, 2, 6, 7 en 8 van dit besluit vernietigd. Hoewel de gevolgen van de vernietigde bepalingen voor een periode van één jaar werden gehandhaafd, werden deze bepalingen niet tijdig vervangen waardoor de medische index niet meer gepubliceerd wordt sedert het vierde trimester van 2012. Het gebrek aan specifieke indexcijfers kan leiden tot bruuske premieverhogingen, wat niet in het belang is van de verzekerden. Daarom zorgt dit koninklijk besluit ervoor dat de specifieke indexcijfers opnieuw berekend kunnen worden.

De Raad van State heeft de voornoemde bepalingen vernietigd omdat uit het administratief dossier niet bleek waarom bij de berekening van de medische index geen rekening werd gehouden met de herwaardering van de vergrijzingsvoorzieningen, hoewel het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in zijn verplicht advies had aangegeven dat dit noodzakelijk is om te vermijden dat de verzekeraars die dergelijke voorzieningen aanleggen, verlies lijden.

In het voorliggend besluit wordt in de berekening van de medische index daarom wel rekening gehouden met de vergrijzingsvoorzieningen, naast de factoren "leeftijd" en "waarborg" die reeds waren voorzien.

Tevens wordt van de gelegenheid gebruik gemaakt om de medische index in het kader van administratieve vereenvoudiging voortaan maar één keer per jaar te berekenen en te publiceren, in plaats van vier keer per jaar zoals voorheen.

Concreet verloopt de procedure voor de berekening van de medische index als volgt: de verzekeraars moeten de bruto-schadelast per waarborg en per leeftijdsklasse meedelen aan de FSMA of de CDZ wanneer het een verzekeringsmob is, in de maand april. De FSMA respectievelijk de CDZ controleert of de gegevens gecertificeerd zijn door de revisor. De FSMA gaat samen met de CDZ na of de gegevens betrekking hebben op minstens drie verzekeringsondernemingen die 75% van het incasso van de Belgische markt van de ziektekostenverzekeringen omvatten. Indien dit het geval is, stuurt de FSMA respectievelijk de CDZ de gegevens door naar FOD Economie ten laatste eind mei. Vervolgens berekent de FOD Economie de medische index en publiceert hij deze op de eerste werkdag van juli.

Tot slot wordt het koninklijk besluit geactualiseerd: de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst werd vervangen door de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. Daarnaast wordt in het besluit ook de verwijzing naar de CBFA vervangen door de verwijzing naar de FSMA en de CDZ.

De artikelen van het ontwerpbesluit geven aanleiding tot de volgende toelichting:

Art. 2

Artikel 1 van het KB van 1 februari 2010 werd vernietigd door de Raad van State en moet bijgevolg opnieuw ingevoerd worden. De tekst van het oorspronkelijke artikel wordt hernomen mits enkele aanpassingen:

- Er wordt voorzien dat de indexcijfers nog slechts één maal per jaar zullen worden berekend en gepubliceerd.

- Het tweede lid wordt in overeenstemming gebracht met artikel 204, § 3 van de wet betreffende de verzekeringen door te voorzien dat de premie, en/of de vrijstelling en/of de prestaties kunnen geïndexeerd worden. Een verplichte indexatie van alle drie deze elementen (premie, vrijstelling en prestaties) kan het financieel evenwicht ondergraven dat voorop gesteld werd bij de ontwikkeling van het tarief. Het indexatiemechanisme heeft tot doel de rendabiliteit van de portefeuille te handhaven. Dit doel kan bereikt worden door de premies en/of de vrijstelling te indexeren, hetgeen de verzekeringsonderneming moet beslissen in functie van het technisch model en de kenmerken van het betrokken verzekeringsproduct.

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C – 2016/11103]

18 MARS 2016. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 1^{er} 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

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal que nous avons l'honneur de soumettre à la signature de Votre Majesté, vise, à nouveau, à calculer et publier les indices spécifiques que les assureurs soins de santé peuvent utiliser pour indexer leurs primes. L'arrêté royal du 1^{er} février 2010 a fixé ces indices spécifiques, dénommés également indices médicaux. Toutefois, le Conseil d'Etat a dans un arrêt du 29 décembre 2011 annulé les articles 1, 2, 6, 7 et 8 de cet arrêté. Bien que les conséquences des dispositions annulées aient été maintenues pour une période d'un an, ces dispositions n'ont pas été remplacées en temps utile. De ce fait, l'indice médical n'est plus publié depuis le quatrième trimestre de l'année 2012. L'absence d'indices spécifiques peut donner lieu à de brusques augmentations de primes, ce qui n'est pas de l'intérêt des assurés. C'est la raison pour laquelle le présent arrêté royal veille à ce que les indices spécifiques puissent être à nouveau calculés.

Le Conseil d'Etat a annulé les dispositions précitées au motif que le dossier administratif n'a pas permis de déterminer pourquoi il n'a pas été tenu compte dans le calcul de l'indice médical de la revalorisation des provisions de vieillissement, alors que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé avait indiqué dans son avis obligatoire que cette prise en considération de la revalorisation des provisions de vieillissement est nécessaire pour éviter que les assureurs qui constituent de telles provisions ne subissent des pertes.

Dans le présent arrêté, le calcul de l'indice médical tient dès lors compte des provisions de vieillissement, à côté des facteurs "âge" et "garantie" qui étaient déjà prévus.

Dans le cadre de la simplification administrative, l'occasion est également mise à profit pour désormais ne plus calculer et publier l'indice médical qu'une fois par an au lieu de quatre fois par an comme c'était le cas antérieurement.

Concrètement, la procédure pour le calcul de l'indice médical se déroule comme suit: les assureurs sont tenus de communiquer au mois d'avril à la FSMA ou, lorsqu'il s'agit d'une société mutualiste, à l'OCM la charge brute des sinistres par garantie et par classe d'âge. Respectivement, la FSMA ou l'OCM, contrôle si les données ont été certifiées par le réviseur. La FSMA, en concertation avec l'OCM, vérifie si les données reçues concernent au moins trois entreprises d'assurances représentant 75 % de l'encaissement du marché belge des contrats d'assurance soins de santé. Si tel est le cas, respectivement la FSMA ou l'OCM, transmet les données reçues au SPF Economie au plus tard le dernier jour du mois de mai. Le SPF Economie calcule ensuite l'indice médical et le publie le premier jour ouvrable de juillet.

Enfin, l'arrêté royal est actualisé: la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre a été remplacée par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Par ailleurs, le renvoi à la CBFA est remplacé dans l'arrêté par le renvoi à la FSMA et l'OCM.

Les articles du projet d'arrêté appellent les commentaires suivants:

Art.2

L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 a été annulé par le Conseil d'Etat et doit par conséquent être réinséré. Le texte de l'article initial est repris moyennant quelques adaptations:

- Il est prévu que les indices ne seront plus calculés et publiés qu'une seule fois par an.

- Le deuxième alinéa est mis en conformité avec l'article 204, § 3 de la loi relative aux assurances en prévoyant que la prime, et/ou la franchise et/ou les prestations peuvent être indexées. Une indexation obligatoire de l'ensemble de ces trois éléments (prime, franchise et prestations) peut mettre en péril l'équilibre financier voulu lors du développement du tarif. Le mécanisme d'indexation a pour but de maintenir la rentabilité du portefeuille. Cet objectif peut être atteint en indexant les primes et/ou la franchise, ce que l'entreprise d'assurances doit décider en fonction du modèle technique et des caractéristiques du produit d'assurance concerné.

Art. 3

Deze bepaling voert opnieuw het originele artikel 2 van het KB van 1 februari 2010 in. Er worden geen wijzigingen aangebracht: de waarborg en de leeftijdsklasse zijn nog steeds elementen die in rekening worden gebracht bij de vaststelling van de indexcijfers.

Dit artikel bepaalt dat de verzekeraar elke verzekeringsovereenkomst toewijst aan een waarborgtype, door na te gaan welke waarborg in de overeenkomst het zwaarst doorweegt in de bepaling van de jaarpremie. In de praktijk hebben de verzekerden immers het recht om het type kamer te kiezen waarin ze verblijven tijdens hun hospitalisatie, ongeacht de waarborg voorzien in de verzekering. Verzekerden die genieten van een onbeperkte dekking in hun hospitalisatieverzekering, verblijven soms in een tweepersoonskamer tijdens hun hospitalisatie. Deze facturen zullen meegenomen worden in het waarborgtype 'eenpersoonskamer' voor de vaststelling van de specifieke indexcijfers.

Een alternatieve benadering zou er in bestaan om het specifieke indexcijfer voor de waarborg eenpersoonskamer uitsluitend vast te stellen op basis van de facturen van een hospitalisatie in een eenpersoonskamer, en de specifieke indexcijfers voor de waarborg 'twee- en meerpersoonskamer' uitsluitend vast te stellen op basis van de facturen van een verblijf in een twee- of meerpersoonskamer.

Evenwel zouden de specifieke indexcijfers voor de waarborg 'eenpersoonskamer' met deze alternatieve aanpak dan hoger uitvallen waardoor de premies van de verzekerden sterker zouden stijgen. Er wordt dan immers geen rekening mee gehouden dat verzekerden in een tweepersoonskamer kunnen verblijven, ook al voorziet hun verzekering in een dekking van een eenpersoonskamer. Om hieraan tegemoet te komen, zou voorzien kunnen worden dat de verzekeraars hun premie deels indexeren op grond van het specifieke indexcijfer voor de waarborg 'eenpersoonskamer' en deels op grond van de waarborg 'twee- of meerpersoonskamer', rekening houdende met de verhouding van de uitgaven van de verzekeraar voor de verblijven in een eenpersoonskamer respectievelijk een twee- en meerpersoonskamer ten opzichte van de totale uitgaven voor beide waarborgtypes. Een dergelijk systeem is zeer complex en weinig transparant voor de verzekeringnemer.

Om deze redenen is deze alternatieve aanpak niet weerhouden en dient de verzekeraar de overeenkomst net als in het KB van 1 februari 2010 toe te wijzen aan één waarborgtype, nl. deze die het zwaarst doorweegt in de bepaling van de premie.

Art. 4

Deze bepaling brengt artikel 3 in overeenstemming met artikel 204, § 3 van voornoemde wet.

Art. 5

Artikel 4 van het KB van 1 februari 2010 preciseert welke gegevens de verzekeraars aan de FSMA respectievelijk de CDZ moeten aanleveren opdat de indexcijfers berekend kunnen worden. Ten opzichte van het KB van 2010 wordt nu verduidelijkt dat de gegevens inzake de bruto schadelast, welke gerapporteerd worden in april, betrekking hebben op de facturen ontvangen vóór april voor de schadegevallen die zich hebben voorgedaan in de periode tussen 1 oktober van het tweede jaar voorafgaand aan deze rapportering en 30 september van het jaar voorafgaand aan deze rapportering. Concreet betekent dit dat de verzekeraars in april 2016 aan de FSMA respectievelijk de CDZ de gegevens over de bruto schadelast rapporteren voor de schadegevallen die zich hebben voorgedaan tussen 1 oktober 2014 en 30 september 2015 en waarvan ze de facturen hebben ontvangen ten laatste op 31 maart 2016.

Onder de bruto schadelast worden de factuurbedragen verstaan, verminderd met de tussenkomst van het RIZIV. Het betreft objectieve gegevens die niet vatbaar zijn voor interpretatie.

De verzekeraar moet eveneens het aantal verzekerden per waarborg en per leeftijdsklasse meedelen aan de FSMA respectievelijk de CDZ. Hiertoe wordt de leeftijd van de verzekerde vastgesteld door het jaartal voorafgaand aan de rapportering te verminderen met het geboortjaar van de verzekerde. Stel dat een verzekerde geboren is in 1980, dan zal de verzekeraar bij de eerste aanlevering van de gegevens in april 2016 ervan uitgaan dat de verzekerde 35 jaar is (nl. 2015 (jaar voorafgaand aan de rapportering) verminderd met 1980).

Er wordt benadrukt dat alle ziektekostenverzekeraars verplicht zijn om de nodige gegevens voor de vaststelling van de medische index aan te leveren aan de FSMA respectievelijk de CDZ.

Daarnaast wordt artikel 4 van het voornoemde KB aangepast om rekening te houden met de jaarlijkse publicatie van de indexcijfers.

Art. 3

Cette disposition réinsère l'article 2 original de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010. Aucune modification n'y est apportée: la garantie et la classe d'âge demeurent des éléments qui sont pris en compte dans l'établissement des indices.

Cet article dispose que l'assureur rattache chaque contrat d'assurance à un type de garantie en vérifiant quelle garantie du contrat pèse le plus dans la fixation de la prime annuelle. Dans la pratique, les assurés ont en effet le droit de choisir le type de chambre dans laquelle ils séjourneront pendant leur hospitalisation, quel que soit la garantie prévue par l'assurance. Les assurés qui bénéficient d'une couverture illimitée dans leur assurance hospitalisation séjournent parfois dans une chambre double pendant leur hospitalisation. Ces factures seront reprises dans le type de garantie "chambre particulière" pour l'établissement des indices spécifiques.

Une autre approche pourrait consister à fixer l'indice spécifique pour la garantie "chambre particulière" uniquement sur la base des factures d'hospitalisation en chambre particulière, et les indices spécifiques pour la garantie "chambre double et commune" uniquement sur la base des factures de séjour en chambre double ou commune.

Toutefois, avec cette autre approche, les indices spécifiques pour la garantie "chambre particulière" seraient plus élevés, avec pour conséquence que les primes des assurés augmenteraient plus fortement. En effet, il n'est alors pas tenu compte du fait que des assurés peuvent séjourner en chambre double, même si leur assurance prévoit une couverture pour une chambre particulière. Pour remédier à ce problème, il pourrait être prévu que les assureurs indexent leurs primes en partie sur la base de l'indice spécifique pour la garantie "chambre individuelle" et, en partie, sur celle de l'indice pour la garantie "chambre double ou commune" en tenant compte du rapport entre les débours de l'assureur pour les séjours en chambre particulière ou respectivement chambre double et commune et le total des débours pour ces deux types de garantie. Un tel système est très complexe et peu transparent pour le preneur d'assurance.

Pour ces motifs, cette alternative n'a pas été retenue et l'assureur est tenu, tout comme dans l'arrêté royal du 1^{er} février 2010, de rattacher le contrat à un seul type de garantie, à savoir celle qui pèse le plus lourd dans la fixation de la prime.

Art. 4

Cette disposition met l'article 3 en conformité avec l'article 204, § 3 de la loi précitée.

Art. 5

L'article 4 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 précise quelles données les assureurs sont tenus de fournir respectivement à la FSMA ou à l'OCM, pour que les indices puissent être calculés. Par rapport à l'arrêté royal de 2010, il est désormais précisé que les données relatives à la charge brute des sinistres, lesquelles sont communiquées au mois d'avril, concernent les factures reçues avant avril pour les sinistres qui se sont produits entre le 1^{er} octobre de la deuxième année précédant cette communication de données et le 30 septembre de l'année précédant cette communication de données. Concrètement, cela signifie qu'au mois d'avril 2016, les assureurs communiqueront respectivement à la FSMA ou à l'OCM, les données relatives à la charge brute des sinistres qui se sont produits entre le 1^{er} octobre 2014 et le 30 septembre 2015 et dont ils ont reçu les factures au plus tard le 31 mars 2016.

Par charge brute des sinistres, il faut entendre le montant de la facture, déduction faite de l'intervention de l'INAMI. Il s'agit de données objectives qui ne sont pas sujettes à interprétation.

L'assureur est tenu également de communiquer respectivement à la FSMA ou à l'OCM, le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge. A cette fin, l'âge de l'assuré est défini en diminuant l'année précédant la communication des données de l'année de naissance de l'assuré. A supposer qu'un assuré soit né en 1980, l'assureur considérera lors de la première livraison des données en avril 2016 que l'assuré est âgé de 35 ans (c'est-à-dire 2015 (année précédant la communication des données) diminué de 1980).

Soulignons que tous les assureurs soins de santé ont l'obligation de fournir respectivement à la FSMA ou à l'OCM, les données nécessaires à l'établissement de l'indice médical.

En outre, l'article 4 de l'arrêté royal précité est adapté afin de tenir compte de la publication annuelle des indices.

Art. 6

Dit artikel wordt aangepast om rekening te houden met de jaarlijkse publicatie van de indexcijfers.

Art. 7

Dit artikel bepaalt hoe de indexcijfers moeten berekend worden. Om een herwaardering van de vergrijzingsvoorzieningen toe te laten, wordt geopteerd voor een eenvoudige methode. Dit is duidelijk en begrijpelijk voor de verzekeringnemers. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft in 2008 een studie gemaakt over de methodologie voor een medische index. De nieuwe medische index is gebaseerd op deze studie van het KCE (Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten, rapport 96/A).

- De nieuwe medische index bouwt verder op de bestaande medische index, welke werd uitgewerkt op basis van het advies van het KCE.

- Het advies van het KCE gaf aan dat de vergrijzingsvoorzieningen als parameter mee in rekening moeten genomen worden bij de berekening van de index. De nieuwe indexberekening beantwoordt daaraan.

- Het advies van het KCE raadde aan om daartoe jaarlijks, per leeftijdscategorie en per waarborg, een factor te bepalen om toe te passen op de evolutie van het betreffende basisindexcijfer. Hoewel een dergelijke methode of andere methodes actuariel tot een correct resultaat leiden, wordt de berekening van de specifieke indexcijfers hierdoor zeer complex en weinig transparant voor de verzekeringnemers. De nieuwe specifieke indexcijfers moeten de noodzaak voor de verzekeraars om ook de opgebouwde vergrijzingsvoorzieningen te laten evolueren verzoenen met de noodzaak om helder, begrijpelijk en transparant te zijn naar de verzekeringnemer. De verzekeringnemer moet in staat zijn om zelf te beoordelen of de verzekeraar zijn premie correct heeft geïndexeerd. Dit kan enkel indien een eenvoudigere methode wordt toegepast. Er wordt daarom jaarlijks een vaste factor 1,5 toegepast voor alle leeftijdscategorieën en alle waarborgen. Op basis van studies van onder andere de KULeuven (W. Vercruyse, J. Dhaene, M. Denuit, E. Pitacco en K. Antonio, "Premium indexing in lifelong health insurance", *Far East Journal of Mathematical Science*, 2013) blijkt dat, gemiddeld voor alle verzekerden genomen, de factor 1,5 de verzekeraars moet toelaten om hun vergrijzingsvoorzieningen te herwaarderen. Door deze algemene factor 1,5 te gebruiken wordt bovendien een zekere solidariteit tussen de verschillende leeftijdsklassen ingebouwd.

Er wordt opgemerkt dat ook verzekeraars die verschillende premies hanteren naargelang de leeftijdscategorie waarin de verzekerde zich bevindt, vergrijzingsvoorzieningen aanleggen die mee moeten kunnen evolueren in het kader van de medische index.

De berekening van de specifieke indexcijfers gebeurt in twee stappen. In de eerste stap worden de waarden van de basisindexcijfers berekend zoals voorheen. De FOD Economie stelt op basis van de door de verzekeraars aangeleverde en gecertificeerde gegevens een globale tabel op met waarden per waarborg en per leeftijdsklasse. De FOD berekent hiervoor de gemiddelde bruto schadelast per verzekerde. De waarden van de basisindexcijfers worden vervolgens bepaald door het vaststellen van het percentage van verandering voor elk van de waarden van de globale tabel.

Voor elk van de in aanmerking genomen waarborgen wordt vervolgens de waarde van de basisindexcijfers toegevoegd dat losstaat van de leeftijdsklassen, als het gewogen gemiddelde volgens het aantal verzekerden van de leeftijdsgebonden basisindexcijfers.

In de tweede stap worden de specifieke indexcijfers berekend op grond van de basisindexcijfers. Met name wordt de globale tabel per waarborg en per leeftijdsklasse van de specifieke indexcijfers berekend uit de globale tabel per waarborg en per leeftijdsklasse met de basisindexcijfers. De startwaarden zijn dezelfde. 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.

Concreet betekent dit dat wanneer het basisindexcijfer 100,00 bedraagt voor jaar j en 102,00 bedraagt in jaar $j+1$, dan bedraagt de evolutie van het basis indexcijfer 2% (102,00/100,00) in jaar $j+1$.

De evolutie van de specifieke index wordt dan berekend door de evolutie van het basisindexcijfer (2%) te vermenigvuldigen met de factor 1,5. De evolutie van het specifieke indexcijfer bedraagt dan 3% (2*1,5) in jaar $j+1$.

Art. 6

Cet article est adapté afin de tenir compte de la publication annuelle des indices.

Art. 7

Cet article détermine le mode de calcul des indices. Afin de permettre une revalorisation des provisions de vieillissement, on a opté pour une méthode simple, qui soit claire et compréhensible pour les preneurs d'assurance. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a effectué une étude en 2008 sur la méthodologie à suivre pour l'établissement d'un indice médical. Le nouvel indice médical est basé sur cette étude du KCE (Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie, rapport 96/A).

- Le nouvel indice médical s'inscrit dans le prolongement de l'indice médical existant, lequel a été élaboré sur la base de l'avis du KCE.

- Dans son avis, le KCE indiquait que les provisions de vieillissement doivent être prises en considération comme paramètre dans le calcul de l'indice. Le nouveau calcul de l'indice répond à cette obligation.

- Dans son avis, le KCE conseillait de déterminer à cette fin, chaque année, par classe d'âge et par garantie, un facteur à appliquer à l'évolution de l'indice de base concerné. Bien qu'une telle méthode ou d'autres méthodes actuarielles aboutissent à un résultat correct, le calcul des indices spécifiques en devient très complexe et peu transparent pour les preneurs d'assurance. Les nouveaux indices spécifiques doivent permettre aussi de concilier la nécessité pour les assureurs de faire évoluer les provisions de vieillissement constituées avec le besoin de clarté, d'intelligibilité et de transparence à l'égard du preneur d'assurance. Le preneur d'assurance doit être en mesure de juger par lui-même si l'assureur a correctement indexé sa prime. Ce n'est possible que si une méthode plus simple est appliquée. C'est la raison pour laquelle il est appliqué annuellement un facteur fixe de 1,5 pour toutes les classes d'âge et toutes les catégories. Sur la base d'études de la KULeuven (W. Vercruyse, J. Dhaene, M. Denuit, E. Pitacco en K. Antonio, "Premium indexing in lifelong health insurance", *Far East Journal of Mathematical Science*, 2013) notamment, il apparaît que le facteur d'1,5 doit permettre aux assureurs, en moyenne pour l'ensemble des assurés, de revaloriser leurs provisions de vieillissement. En utilisant ce facteur général d'1,5, on introduit en outre une certaine solidarité entre les différentes classes d'âge.

Il est à noter que les assureurs qui appliquent des primes différentes en fonction de la classe d'âge dans laquelle se trouve l'assuré constituent eux aussi des provisions de vieillissement qui doivent pouvoir également évoluer dans le cadre de l'indice médical.

Le calcul des indices spécifiques se fait en deux phases. Dans la première phase, les valeurs des indices de base sont calculées comme auparavant. Le SPF Economie établit sur la base des données communiquées par les assureurs et certifiées un tableau global de valeurs par garantie et par classe d'âge. Le SPF calcule à cet effet la charge brute moyenne des sinistres par assuré. Les valeurs des indices de base sont ensuite déterminées en établissant le pourcentage de variation pour chacune des valeurs du tableau global.

Pour chacune des garanties prises en considération, il est ensuite ajouté la valeur des indices de base qui est indépendante des classes d'âge, comme moyenne pondérée selon le nombre d'assurés par les indices de base liés à l'âge.

Dans la seconde phase, les indices spécifiques sont calculés sur la base des indices de base. Le tableau global des indices spécifiques par garantie et par classe d'âge est calculé à partir du tableau global des indices de base par garantie et par classe d'âge. Les valeurs de départ sont les mêmes. Les évolutions annuelles des indices spécifiques sont calculées en multipliant les évolutions annuelles des indices de base par 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 points de pourcentage.

Concrètement, cela signifie que si l'indice de base s'élève à 100,00 pour l'année j et à 102,00 pour l'année $j+1$, l'évolution de l'indice de base est de 2 % (102,00/100,00) au cours de l'année $j+1$.

L'évolution de l'indice spécifique est alors calculée en multipliant l'évolution de l'indice de base (2 %) par le facteur d'1,5. L'évolution de l'indice spécifique s'établit alors à 3 % (2*1,5) au cours de l'année $j+1$.

Zodoende bedraagt de waarde van het specifieke indexcijfer 100,00 in het jaar j (namelijk zelfde startwaarde als het basisindexcijfer) en 103,00 ($100,00 \cdot 1,03$) in het jaar $j+1$.

Stel dat de evolutie van het basisindexcijfer niet 2 %, maar 5 % bedraagt, dan is de evolutie van het specifieke indexcijfer beperkt tot 7 %, nl. $5 \cdot 1,5 = 7,5$ %, maar dit wordt afgetopt op 7 % gezien de verhoging maximaal 2 procentpunten bedraagt.

Tegenover deze aftopping staat dat bij een negatieve evolutie van een specifiek indexcijfer de geldigheid van het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer wordt verlengd. Wanneer de evolutie van een specifiek indexcijfer van een leeftijdscategorie binnen een bepaalde waarborg negatief is, maar de evoluties van de specifieke indexcijfers voor de andere leeftijdscategorieën binnen dezelfde waarborg positief zijn, wordt enkel voor de leeftijdscategorie met de negatieve evolutie van het specifieke indexcijfer, het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer verlengd. Voor de andere leeftijdscategorieën wordt het nieuwe specifieke indexcijfer gepubliceerd.

Voor zover als nodig wordt nogmaals gepreciseerd dat de specifieke indexcijfers een maximum zijn. De verzekeraars kunnen de premies minder laten toenemen dan het maximum weergegeven door de medische index, bv. omdat ze minder vergrijzingsvoorzieningen moeten aanleggen. De concurrentie tussen de verzekeringsondernemingen zal op dit vlak spelen.

Art. 8

Deze bepaling voegt artikel 7 van het KB van 1 februari 2010 opnieuw in, maar preciseerd nu dat de index slechts één keer per jaar wordt gepubliceerd, nl. op de eerste werkdag van de maand juli.

Art. 9

Deze bepaling voert in het KB van 1 februari 2010 artikel 8 in. Het preciseerd hoe de startindex 100 wordt berekend. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de gegevens inzake de bruto schadelast met betrekking tot de schadegevallen die zich hebben voorgedaan in de periode van 1 oktober 2013 tot 30 september 2014 en waarvoor de verzekeraar de facturen heeft ontvangen uiterlijk op 31 maart 2015.

Wij hebben de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaars,

De Minister van Economie en Consumenten,
K. PEETERS

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

Advies 58.984/1 van 26 februari 2016 van de afdeling wetgeving van de Raad van State 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'

Op 19 februari 2016 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Economie en Consumenten verzocht binnen een termijn van vijf werkdagen 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'.

Het ontwerp is door de eerste kamer onderzocht op 23 februari 2016. De kamer was samengesteld uit Marnix VAN DAMME, kamervoorzitter, Wilfried VAN VAERENBERGH en Wouter PAS, staatsraden, Michel TISON, assessor, en Greet VERBERCKMOES, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Paul DEPUYDT, eerste auditeur-afdelingshoofd.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Marnix VAN DAMME, kamervoorzitter.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 26 februari 2016.

1. Volgens artikel 84, § 1, eerste lid, 3°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, moeten in de adviesaanvraag de redenen worden weergegeven tot staving van het spoedeisende karakter ervan.

Ce faisant, la valeur de l'indice spécifique s'élève à 100,00 au cours de l'année j (à savoir la même valeur de départ que l'indice de base) et à 103,00 ($100,00 \cdot 1,03$) au cours de l'année $j+1$.

A supposer que l'évolution de l'indice de base soit non pas de 2 %, mais de 5 %, l'évolution de l'indice spécifique est alors limitée à 7 %, à savoir $5 \cdot 1,5 = 7,5$ %, ce pourcentage étant toutefois lissé à 7 % dès lors que l'augmentation ne peut dépasser 2 points de pourcentage.

En contrepartie de ce lissage, la validité du dernier indice spécifique publié est prolongée si l'évolution de l'indice spécifique est négative. Lorsque l'évolution d'un indice spécifique pour une classe d'âge au sein d'une garantie donnée est négative, mais que les évolutions des indices spécifiques pour les autres classes d'âge au sein de la même garantie sont positives, la validité du dernier indice spécifique publié est prolongée uniquement pour la classe d'âge pour laquelle l'évolution de l'indice spécifique est négative. Pour les autres classes d'âge, le nouvel indice spécifique est publié.

Précisons encore une fois, pour autant que de besoin, que les indices spécifiques constituent un maximum. Les assureurs peuvent augmenter les primes à un niveau moindre que le maximum donné par l'indice médical, en raison par exemple du fait qu'ils doivent constituer moins de provisions de vieillissement. La concurrence entre les entreprises d'assurances jouera à ce niveau.

Art. 8

Cette disposition réinsère l'article 7 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010, mais précise désormais que l'indice n'est publié qu'une seule fois par an, à savoir le premier jour ouvrable du mois de juillet.

Art. 9

Cette disposition insère dans l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 l'article 8. Il précise le mode de calcul du chiffre index de départ 100. A cette fin, il est fait usage des données relatives à la charge brute des sinistres qui se sont produits entre le 1^{er} octobre 2013 et le 30 septembre 2014 et pour lesquels l'assureur a reçu les factures au plus tard le 31 mars 2015.

Nous avons l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
les très respectueux
et très fidèles serviteurs,

Le Ministre de l'Economie et des Consommateurs,
K. PEETERS

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Avis 58.984/1 du 26 février 2016 de la section de législation du Conseil d'Etat sur un projet d'arrêté royal 'portant modification de l'arrêté royal du 1^{er} 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'

Le 19 février 2016, le Conseil d'Etat, section de législation, a été invité par le Ministre de l'Economie et des Consommateurs à communiquer un avis, dans un délai de cinq jours ouvrables, sur un projet d'arrêté royal 'portant modification de l'arrêté royal du 1^{er} 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'.

Le projet a été examiné par la première chambre le 23 février 2016. La chambre était composée de Marnix VAN DAMME, président de chambre, Wilfried VAN VAERENBERGH et Wouter PAS, conseillers d'Etat, Michel TISON, assesseur, et Greet VERBERCKMOES, greffier.

Le rapport a été présenté par Paul DEPUYDT, premier auditeur chef de section.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Marnix VAN DAMME, président de chambre.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 26 février 2016.

1. Selon l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, la demande d'avis doit indiquer les motifs qui en justifient le caractère urgent.

In het onderhavige geval wordt het verzoek om spoedbehandeling gemotiveerd

“door de noodzaak dit koninklijk besluit nog in februari te publiceren opdat de verzekeringsondernemingen de nieuwe regels met betrekking tot de aanlevering van de gegevens voor de medische index zouden kunnen naleven. In onderstaande worden vooreerst de belangrijkste wijzigingen aangegeven die het ontwerp van koninklijk besluit aanbrengt met betrekking tot de gegevensaanlevering. Daarna wordt uitgelegd wat er concreet van de verzekeringsondernemingen verwacht wordt in de loop van maart 2016 en waardoor een snelle publicatie van dit koninklijk besluit dan ook uiterst noodzakelijk is.

De verzekeringsondernemingen zijn ingevolge het koninklijk besluit verplicht om tegen begin april de gegevens aan te leveren die nodig zijn voor de berekening van de medische index. Dit besluit wijzigt evenwel verschillende bepalingen van het huidige koninklijk besluit van 1 februari 2010. Op het vlak van de gegevensaanlevering wordt in het bijzonder overgeschakeld van een trimestriële medische index naar een jaarlijkse medische index. Daartoe herdefinieert dit besluit de referentieperiode waarop de gegevens betrekking moeten hebben (artikel 5 van het ontwerp). Naast de referentieperiode voor de aan te leveren gegevens wijzigt het besluit ook de manier waarop de leeftijd van de verzekerde wordt vastgesteld (eveneens artikel 5).

De aanlevering van deze nieuwe gegevens kan slechts gebeuren wanneer het besluit gepubliceerd is in het *Belgisch Staatsblad*. Artikel 4 van het KB van 1 februari 2010 werd immers niet vernietigd waardoor de verzekerders nog steeds verplicht zijn om gegevens aan te leveren aan de FSMA op basis van het huidige koninklijk besluit. Volgens dit besluit vindt de volgende aanlevering van (in de nieuwe regeling onbruikbare) trimestriële gegevens plaats begin maart, tenzij het nieuwe KB tegen dan gepubliceerd is in het *Belgisch Staatsblad*.

Bovendien voorziet het ontwerp van koninklijk besluit dat de verzekeringsondernemingen de verzameling en de verwerking van de gegevens moeten afsluiten op 31 maart. Er van uitgaande dat het besluit, dat nu ter advies voorligt, wordt gepubliceerd tegen het einde van februari 2016 hebben de verzekeringsondernemingen ongeveer één maand de tijd om de verzameling, de verwerking en de aanlevering van de gegevens tot een goed einde te brengen.

In de praktijk betekent dit dat de verzekeringsondernemingen in de maand maart 2016 – begin april 2016 :

- een aantal aanpassingen moeten doorvoeren en testen van de IT-systemen die worden gebruikt om de gevraagde gegevens te verzamelen, te verwerken en aan te leveren bij de FSMA/CDZ;
- de verzameling en de verwerking van de gegevens moeten afwerken voor twee referentieperiodes, namelijk voor de berekening van de startindex 100 en voor de berekening van de eerste evolutie van de medische index (artt. 5 en 9 van het ontwerp);
- de certificering door de revisor van elke verzekeringsonderneming moeten bekomen;
- de gegevens aan de FSMA/CDZ moeten aanleveren via de reporting-tool van de Nationale Bank van België.

Gelet op de noodzaak overleg te plegen met alle actoren (onder meer de sector, FSMA, FOD Economie, Sociale Zaken), er talrijke instanties om advies moesten gevraagd worden en het gegeven dat er nadien nog de nodige aanpassingen moesten worden gedaan om het koninklijk besluit zo veel mogelijk te laten aansluiten bij deze adviezen, was het niet mogelijk om dit koninklijk besluit eerder voor advies voor te leggen.”

2. Overeenkomstig artikel 84, § 3, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, heeft de afdeling Wetgeving zich moeten beperken tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de voorgeschreven vormvereisten is voldaan.

STREKKING EN RECHTSGROND VAN HET ONTWERP

3. Het om advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit heeft een dubbel oogmerk.

Enerzijds wordt ermee beoogd om de bepalingen 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’ te herstellen, rekening houdend met het arrest van de Raad van State, afdeling Bestuursrechtpraak, nr. 217.085 van 29 december 2011, inzake de Beroepsvereniging van de Verzekeringsondernemingen Assuralia, dat de betrokken bepalingen heeft vernietigd (artikelen 2, 3, 7, 8 en 9 van het ontwerp).

En l’occurrence, l’urgence est motivée

« door de noodzaak dit koninklijk besluit nog in februari te publiceren opdat de verzekeringsondernemingen de nieuwe regels met betrekking tot de aanlevering van de gegevens voor de medische index zouden kunnen naleven. In onderstaande worden vooreerst de belangrijkste wijzigingen aangegeven die het ontwerp van koninklijk besluit aanbrengt met betrekking tot de gegevensaanlevering. Daarna wordt uitgelegd wat er concreet van de verzekeringsondernemingen verwacht wordt in de loop van maart 2016 en waardoor een snelle publicatie van dit koninklijk besluit dan ook uiterst noodzakelijk is.

De verzekeringsondernemingen zijn ingevolge het koninklijk besluit verplicht om tegen begin april de gegevens aan te leveren die nodig zijn voor de berekening van de medische index. Dit besluit wijzigt evenwel verschillende bepalingen van het huidige koninklijk besluit van 1 februari 2010. Op het vlak van de gegevensaanlevering wordt in het bijzonder overgeschakeld van een trimestriële medische index naar een jaarlijkse medische index. Daartoe herdefinieert dit besluit de referentieperiode waarop de gegevens betrekking moeten hebben (artikel 5 van het ontwerp). Naast de referentieperiode voor de aan te leveren gegevens wijzigt het besluit ook de manier waarop de leeftijd van de verzekerde wordt vastgesteld (eveneens artikel 5).

De aanlevering van deze nieuwe gegevens kan slechts gebeuren wanneer het besluit gepubliceerd is in het *Belgisch Staatsblad*. Artikel 4 van het KB van 1 februari 2010 werd immers niet vernietigd waardoor de verzekerders nog steeds verplicht zijn om gegevens aan te leveren aan de FSMA op basis van het huidige koninklijk besluit. Volgens dit besluit vindt de volgende aanlevering van (in de nieuwe regeling onbruikbare) trimestriële gegevens plaats begin maart, tenzij het nieuwe KB tegen dan gepubliceerd is in het *Belgisch Staatsblad*.

Bovendien voorziet het ontwerp van koninklijk besluit dat de verzekeringsondernemingen de verzameling en de verwerking van de gegevens moeten afsluiten op 31 maart. Er van uitgaande dat het besluit, dat nu ter advies voorligt, wordt gepubliceerd tegen het einde van februari 2016 hebben de verzekeringsondernemingen ongeveer één maand de tijd om de verzameling, de verwerking en de aanlevering van de gegevens tot een goed einde te brengen.

In de praktijk betekent dit dat de verzekeringsondernemingen in de maand maart 2016 – begin april 2016 :

- een aantal aanpassingen moeten doorvoeren en testen van de IT-systemen die worden gebruikt om de gevraagde gegevens te verzamelen, te verwerken en aan te leveren bij de FSMA/CDZ;
- de verzameling en de verwerking van de gegevens moeten afwerken voor twee referentieperiodes, namelijk voor de berekening van de startindex 100 en voor de berekening van de eerste evolutie van de medische index (artt. 5 en 9 van het ontwerp);
- de certificering door de revisor van elke verzekeringsonderneming moeten bekomen;
- de gegevens aan de FSMA/CDZ moeten aanleveren via de reporting-tool van de Nationale Bank van België.

Gelet op de noodzaak overleg te plegen met alle actoren (onder meer de sector, FSMA, FOD Economie, Sociale Zaken), er talrijke instanties om advies moesten gevraagd worden en het gegeven dat er nadien nog de nodige aanpassingen moesten worden gedaan om het koninklijk besluit zo veel mogelijk te laten aansluiten bij deze adviezen, was het niet mogelijk om dit koninklijk besluit eerder voor advies voor te leggen ».

2. Conformément à l’article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois coordonnées sur le Conseil d’État, la section de législation a dû se limiter à l’examen de la compétence de l’auteur de l’acte, du fondement juridique et de l’accomplissement des formalités prescrites.

PORTÉE ET FONDEMENT JURIDIQUE DU PROJET

3. Le projet d’arrêté royal soumis pour avis poursuit un double objectif.

D’une part, il vise à rétablir les dispositions de l’arrêté royal du 1^{er} 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’, compte tenu de l’arrêt du Conseil d’État, section du contentieux administratif, n° 217.085 du 29 décembre 2011, en cause l’Union professionnelle des entreprises d’assurances Assuralia, qui a annulé les dispositions concernées (articles 2, 3, 7, 8, et 9 du projet).

Anderzijds strekt het ontworpen koninklijk besluit ertoe om het opschrift van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 te actualiseren (artikel 1) en om een aantal bepalingen van dat koninklijk besluit aan te passen teneinde de procedure voor het vaststellen van de indexcijfers te herzien en te verduidelijken (artikelen 4, 5 en 6).

4.1. Het merendeel van de bepalingen van het ontwerp vindt rechtsgrond in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 'betreffende de verzekeringen'. Deze bepaling is in de plaats gekomen van en is identiek aan het vroegere artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 'op de landverzekeringsovereenkomst'.(1)

4.2. Wat de bepalingen van het ontwerp betreft waarin de FSMA en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen met bijkomende taken worden belast, kan als rechtsgrond een beroep worden gedaan op de algemene uitvoeringsbevoegdheid van de Koning, bedoeld in artikel 108 van de Grondwet, gelezen in samenhang met respectievelijk artikel 280, §§ 1 en 2, van de voornoemde wet van 4 april 2014.

4.3. In het ontworpen artikel 4, § 3, van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 (artikel 5 van het ontwerp) worden bepaalde verplichtingen opgelegd aan de erkende revisor. Daarvoor kan als rechtsgrond eveneens een beroep worden gedaan op artikel 108 van de Grondwet, gelezen in samenhang met artikel 40quater, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975 'betreffende de controle der verzekeringsondernemingen'.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

5. Rekening houdend met hetgeen sub 4 is opgemerkt omtrent de rechtsgrond, vervange men het eerste lid van de aanhef van het ontwerp door de volgende drie leden :

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, artikel 40quater, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 16 februari 2009 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 maart 2011;

Gelet op de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, artikelen 204, § 3, en 280;"(2).

6. In het derde lid van de aanhef van het ontwerp, zoals het om advies is voorgelegd, wordt verwezen naar het advies van het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg van 16 december 2008. Dergelijke verwijzing is misleidend in de mate erdoor de indruk wordt gewekt dat het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg niet de gelegenheid heeft gehad om over de nieuw ontworpen regeling te adviseren. Uit de aan de Raad van State, afdeling Wetgeving, meegeleverde documenten blijkt evenwel dat het voornoemde kenniscentrum heeft verduidelijkt dat er geen enkel nieuw element is dat een afwijking rechtvaardigt van de aanbevelingen die het bij de redactie van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 had geformuleerd en dat het heeft bevestigd dat het verslag en de aanbevelingen van 16 december 2008 nog steeds actueel zijn. Deze verduidelijking zou moeten blijken uit een document dat uitgaat van het Federaal Kenniscentrum zelf.(3) Tevens zou die verduidelijking in de aanhef van het ontwerp tot uitdrukking moeten worden gebracht.(4)

7. De adviezen en akkoorden die met betrekking tot het ontwerp werden uitgebracht en waaraan wordt gerefereerd in het vierde tot het negende lid van de aanhef van het ontwerp, zoals het om advies is voorgelegd, dienen telkens met vermelding van de datum of de data(5) en naar tijdsorde te worden weergegeven.(6)

8. In het lid van de aanhef waarin wordt verwezen naar het advies van de Raad van State moet de verwijzing naar "artikel 84, § 1, eerste lid, 2°," van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, worden vervangen door een verwijzing naar "artikel 84, § 1, eerste lid, 3°," van die wetten.

9. Overeenkomstig artikel 84, § 1, tweede lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, dient de motivering van het spoedeisende karakter van de adviesaanvraag die in deze laatste wordt opgegeven, in de aanhef van het besluit te worden overgenomen. Dat is niet gebeurd in het voorliggende geval. De motivering die in de adviesaanvraag wordt weergegeven dient alsnog in de aanhef van het ontwerp te worden overgenomen. Die motivering kan in de plaats komen van de consideransen in het elfde tot het dertiende lid van de aanhef van het ontwerp zoals het om advies is voorgelegd.

D'autre part, l'arrêté royal en projet vise à actualiser l'intitulé de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 (article 1^{er}) et à adapter un certain nombre de dispositions de cet arrêté en vue de revoir et de préciser la procédure de fixation des indices (articles 4, 5 et 6).

4.1. La plupart des dispositions du projet trouvent un fondement juridique dans l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 'relative aux assurances'. Cette disposition s'est substituée et est identique à l'ancien article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 'sur le contrat d'assurance terres' (1).

4.2. En ce qui concerne les dispositions du projet qui confient des tâches supplémentaires à la FMSA et à l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, on peut invoquer à titre de fondement juridique le pouvoir général d'exécution du Roi, visé à l'article 108 de la Constitution, combiné, respectivement, avec l'article 280, §§ 1^{er} et 2, de la loi du 4 avril 2014, précitée.

4.3. L'article 4, § 3, en projet, de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 (article 5 du projet) impose certaines obligations au réviseur agréé. À cet effet, on peut également invoquer à titre de fondement juridique l'article 108 de la Constitution, combiné avec l'article 40quater, alinéa 1^{er}, de la loi du 9 juillet 1975 'relative au contrôle des entreprises d'assurances'.

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

5. Compte tenu de ce qui a été observé au point 4 en ce qui concerne le fondement juridique, on remplacera le premier alinéa du préambule du projet par les trois alinéas suivants :

« Vu la Constitution, l'article 108;

Vu la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, l'article 40quater, alinéa 1^{er}, inséré par la loi du 16 février 2009 et modifié par l'arrêté royal du 3 mars 2011;

Vu la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les articles 204, § 3, et 280 » (2).

6. Le troisième alinéa du préambule du projet, tel qu'il a été soumis pour avis, fait référence à l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé du 16 décembre 2008. Pareille référence induit en erreur dans la mesure où elle donne à penser que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé n'a pas eu l'occasion de donner un avis sur le nouveau dispositif en projet. Il ressort toutefois des documents communiqués au Conseil d'État, section de législation, que le centre d'expertise susvisé a précisé qu'aucun élément neuf ne justifie de s'écarter des recommandations qu'il avait formulées lors de la rédaction de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 et qu'il a confirmé que le rapport et les recommandations du 16 décembre 2008 restent toujours d'actualité. Cette clarification devrait ressortir d'un document émanant directement du Centre fédéral d'expertise (3). Le préambule du projet devait également faire état de cette précision (4).

7. Les avis et accords qui ont été donnés au sujet du projet et qui sont visés dans les alinéas 4 à 9 du préambule du projet, tel qu'il a été soumis pour avis, doivent chaque fois être mentionnés avec l'indication de la date ou des dates (5) et dans l'ordre chronologique (6).

8. À l'alinéa du préambule qui fait mention de l'avis du Conseil d'État, la référence à « l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2° » des lois coordonnées sur le Conseil d'État, sera remplacée par une référence à « l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3° » de ces lois.

9. Conformément à l'article 84, § 1^{er}, alinéa 2, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, la motivation de l'urgence de la demande d'avis qui y est mentionnée doit être reproduite dans le préambule de l'arrêté. Ce n'est en l'occurrence pas le cas. La motivation indiquée dans la demande d'avis doit encore être reproduite dans le préambule du projet. Cette motivation peut se substituer aux considérants figurant dans les alinéas 11 à 13 du préambule du projet, tel qu'il a été soumis pour avis.

Artikel 6

10. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 5, vierde lid, van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 moet de zinsnede “énumérées à l’alinéa premier du présent arrêté” worden vervangen door de zinsnede “énumérées à l’alinéa 1^{er}”.

De griffier,
Greet VERBERCKMOES

De voorzitter,
Marnix VAN DAMME

Nota's

(1) Teneinde de Nederlandse en de Franse tekst van artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 beter op elkaar af te stemmen werd een amendement ingediend op het ontwerp van wet ‘op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen’ (Parl.St. Kamer, nr. 54-1584/005, 2-4). Naar het zeggen van de gemachtigde was het betrokken amendement in plenaire vergadering goedgekeurd op het ogenblik waarop de afdeling Wetgeving dit advies uitbrengt.

(2) Indien de wetwijziging, bedoeld in de vorige voetnoot, al tot stand zou zijn gekomen, dient daarvan ook melding te worden gemaakt in het voorgestelde derde lid van de aanhef. Van de artikelen 21, 23, 38, 40, en 64, § 2, 7°, van de wet van 4 april 2014, die verband hielden met een niet in het ontwerp behouden bepaling, moet geen melding worden gemaakt aangezien zij de ontworpen regeling niet tot rechtsgrond strekken.

(3) Nu wordt daarvan, blijkens de aan de afdeling Wetgeving ter beschikking gestelde documenten, enkel melding gemaakt in het advies dat de Commissie voor Verzekeringen op 9 september 2015 over het ontwerp heeft uitgebracht.

(4) Daartoe volstaat het om de verwijzing naar het advies van 16 december 2008 om te vormen tot een considerans waarin de desbetreffende verduidelijking wordt weergegeven. Deze considerans dient te volgen op de verwijzingen naar de ingewonnen adviezen en akkoorden.

(5) De inspecteur van Financiën heeft verscheidene adviezen over het ontwerp uitgebracht.

(6) Beginselen van de wetgevingstechniek. Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten, Raad van State, 2008, aanbeveling nr. 33, te raadplegen op de internetsite van de Raad van State (www.raadvst.consetat.be).

18 MAART 2016. — 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

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, artikel 40^{quater}, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 16 februari 2009 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 maart 2011;

Gelet op de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, artikel 204, § 3, gewijzigd bij de wet van 13 maart 2016 en 280;

Gelet op 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;

Gelet op het advies van het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg van 16 december 2008;

Gelet op advies nr. C/2015/3 van de Commissie voor Verzekeringen van 9 september 2015;

Gelet op het advies van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van 23 oktober 2015;

Gelet op het advies van de Nationale Bank van België van 18 november 2015;

Gelet op het advies van de FSMA van 25 november 2015;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 4 en 11 januari en 5 februari 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 18 februari 2016;

Article 6

10. Dans le texte français de l’article 5, alinéa 4, en projet, de l’arrêté royal du 1^{er} février 2010, le membre de phrase « énumérées à l’alinéa premier du présent arrêté » sera remplacé par le membre de phrase « énumérées à l’alinéa 1^{er} ».

Le greffier,
Greet VERBERCKMOES

Le président,
Marnix VAN DAMME

Notes

(1) Afin de mieux harmoniser les textes français et néerlandais de l’article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014, un amendement au projet de loi ‘relative au statut et au contrôle des entreprises d’assurance ou de réassurance’ (Doc. parl., Chambre, n° 54-1584/005, pp. 2-4) avait été déposé. Selon le délégué, l’amendement concerné a été approuvé en séance plénière au moment où la section de législation donne le présent avis.

(2) Si la modification législative visée dans la note précédente devait déjà être concrétisée, il faudrait également en faire mention dans le troisième alinéa proposé du préambule. Dès lors qu’ils ne procurent pas de fondement juridique au dispositif en projet, il n’y a pas lieu de mentionner les articles 21, 23, 38, 40, et 64, § 2, 7°, de la loi du 4 avril 2014, qui étaient liés à une disposition non maintenue dans le projet.

(3) D’après les documents mis à la disposition de la section de législation, seul l’avis que la Commission des assurances a donné le 9 septembre 2015 sur le projet en fait actuellement mention.

(4) À cet effet, il suffit de refondre la référence à l’avis du 16 décembre 2008 en un considérant reproduisant la précision en question. Ce considérant doit suivre les références aux avis et accords recueillis.

(5) L’inspecteur des Finances a émis plusieurs avis sur le projet.

(6) Principes de la technique législative. Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires, Conseil d’État, 2008, recommandation n° 33, à consulter sur le site Internet du Conseil d’État (www.raadvst.consetat.be).

18 MARS 2016. — Arrêté royal portant modification de l’arrêté royal du 1^{er} 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

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la Constitution, l’article 108;

Vu la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d’assurances, l’article 40^{quater}, alinéa premier, inséré par la loi du 16 février 2009 et modifié par l’arrêté royal du 3 mars 2011;

Vu la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les articles 204, § 3, modifié par la loi du 13 mars 2016 et 280;

Vu l’arrêté royal du 1^{er} 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;

Vu l’avis du Centre fédéral d’expertise des soins de santé du 16 décembre 2008;

Vu l’avis n° C/2015/3 de la Commission des Assurances du 9 septembre 2015;

Vu l’avis de l’Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités du 23 octobre 2015;

Vu l’avis de la Banque nationale de Belgique du 18 novembre 2015;

Vu l’avis de la FSMA du 25 novembre 2015;

Vu l’avis de l’Inspecteur des Finances, donné le 4 et 11 janvier et le 5 février 2016;

Vu l’accord du Ministre du Budget, donné le 18 février 2016;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de noodzaak dit koninklijk besluit nog in februari te publiceren opdat de verzekeringsondernemingen de nieuwe regels met betrekking tot de aanlevering van de gegevens voor de medische index zouden kunnen naleven. In onderstaande worden vooreerst de belangrijkste wijzigingen aangegeven die het ontwerp van koninklijk besluit aanbrengt met betrekking tot de gegevensaanlevering;

Daarna wordt uitgelegd wat er concreet van de verzekeringsondernemingen verwacht wordt in de loop van maart 2016 en waardoor een snelle publicatie van dit koninklijk besluit dan ook uiterst noodzakelijk is;

De verzekeringsondernemingen zijn ingevolge het koninklijk besluit verplicht om tegen begin april de gegevens aan te leveren die nodig zijn voor de berekening van de medische index. Dit besluit wijzigt evenwel verschillende bepalingen van het huidige koninklijk besluit van 1 februari 2010. Op het vlak van de gegevensaanlevering wordt in het bijzonder overgeschakeld van een trimestriële medische index naar een jaarlijkse medische index. Daartoe herdefinieert dit besluit de referentieperiode waarop de gegevens betrekking moeten hebben (artikel 5 van het ontwerp). Naast de referentieperiode voor de aan te leveren gegevens wijzigt het besluit ook de manier waarop de leeftijd van de verzekerde wordt vastgesteld (eveneens artikel 5);

De aanlevering van deze nieuwe gegevens kan slechts gebeuren wanneer het besluit gepubliceerd is in het *Belgisch Staatsblad*. Artikel 4 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 werd immers niet vernietigd waardoor de verzekeraars nog steeds verplicht zijn om gegevens aan te leveren aan de FSMA op basis van het huidige koninklijk besluit. Volgens dit besluit vindt de volgende aanlevering van (in de nieuwe regeling onbruikbare) trimestriële gegevens plaats begin maart, tenzij het nieuwe koninklijk besluit tegen dan gepubliceerd is in het Belgische Staatsblad;

Bovendien voorziet het ontwerp van koninklijk besluit dat de verzekeringsondernemingen de verzameling en de verwerking van de gegevens moeten afsluiten op 31 maart. Er van uitgaande dat het besluit, dat nu ter advies voorligt, wordt gepubliceerd tegen het einde van februari 2016 hebben de verzekeringsondernemingen ongeveer één maand de tijd om de verzameling, de verwerking en de aanlevering van de gegevens tot een goed einde te brengen;

In de praktijk betekent dit dat de verzekeringsondernemingen in de maand maart 2016 – begin april 2016 :

- een aantal aanpassingen moeten doorvoeren en testen van de IT-systemen die worden gebruikt om de gevraagde gegevens te verzamelen, te verwerken en aan te leveren bij de FSMA/CDZ;
- de verzameling en de verwerking van de gegevens moeten afwerken voor twee referentieperiodes, namelijk voor de berekening van de startindex 100 en voor de berekening van de eerste evolutie van de medische index (artikelen 5 en 9 van het ontwerp);
- de certificering door de revisor van elke verzekeringsonderneming moeten bekomen;
- de gegevens aan de FSMA/CDZ moeten aanleveren via de reporting-tool van de Nationale Bank van België.

Gelet op de noodzaak overleg te plegen met alle actoren (onder meer de sector, FSMA, FOD Economie, Sociale Zaken), er talrijke instanties om advies moesten gevraagd worden en het gegeven dat er nadien nog de nodige aanpassingen moesten worden gedaan om het koninklijk besluit zo veel mogelijk te laten aansluiten bij deze adviezen, was het niet mogelijk om dit koninklijk besluit eerder voor advies voor te leggen;

Gelet op het advies 58.984/1 van de Raad van State, gegeven op 26 februari 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 3^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende arrest nr. 217.085 van 29 december 2011 van de Raad van State waarbij de artikelen 1, 2, 6, 7 en 8 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 nietig verklaard worden, omdat uit het administratief dossier niet blijkt waarom afgeweken wordt van het wettelijk voorgeschreven advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en geen rekening wordt gehouden met de vergrijzingsvoorzieningen die de verzekeringsonderneming in het verleden heeft opgebouwd;

Overwegende dat het in het belang van de verzekerden is om forse premieverhogingen zoals deze zich in het verleden hebben voorgedaan te vermijden;

Vu l'urgence motivée par la nécessité de pouvoir encore publier cet arrêté royal en février afin que les entreprises d'assurances puissent respecter les nouvelles règles relatives à la fourniture de données pour l'indice médical. Ci-après, sont d'abord indiquées les principales modifications apportées par le projet d'arrêté royal en rapport avec la fourniture de données;

Ensuite, il est expliqué ce que l'on attend concrètement des entreprises d'assurances au cours du mois de mars 2016 et la raison pour laquelle une publication rapide de cet arrêté royal est dès lors absolument nécessaire;

Conformément à l'arrêté royal, les entreprises d'assurances sont tenues de fournir, pour début avril, les données nécessaires pour le calcul de l'indice médical. Cet arrêté modifie cependant différentes dispositions de l'arrêté royal actuel du 1^{er} février 2010. En ce qui concerne la fourniture de données, on bascule en particulier d'un indice médical trimestriel à un indice médical annuel. A cet effet, cet arrêté redéfinit la période de référence sur laquelle les données doivent porter (article 5 du projet). En plus de la période de référence pour les données à fournir, l'arrêté modifie aussi la manière dont l'âge de l'assuré est fixé (également article 5);

La fourniture de ces nouvelles données ne peut se faire que lorsque l'arrêté sera publié au *Moniteur belge*. En effet, l'article 4 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 n'a pas été abrogé, les assureurs étant toujours tenus de fournir les données à la FSMA conformément à l'arrêté royal actuel. En vertu de cet arrêté, la fourniture suivante de données trimestrielles (inutilisables dans le nouveau système) a lieu début mars, sauf si le nouvel arrêté royal est entre-temps publié au *Moniteur belge*;

En outre, le projet d'arrêté royal prévoit que les entreprises d'assurances doivent clôturer la collecte et le traitement des données le 31 mars. Considérant que l'arrêté, qui est maintenant soumis pour avis, est publié fin février 2016, les entreprises d'assurances ont environ un mois de temps pour mener à bien la collecte, le traitement et la fourniture des données;

En pratique, cela signifie que les entreprises d'assurances, au cours du mois de mars 2016 – début avril 2016 :

- doivent effectuer une série d'adaptations et de tests des systèmes IT utilisés pour collecter, traiter et fournir auprès de la FSMA/OCM les données demandées;
- doivent clôturer la collecte et le traitement des données pour deux périodes de référence, à savoir pour le calcul de l'indice de départ 100 et pour le calcul de la première évolution de l'indice médical (articles 5 et 9 du projet);
- doivent obtenir la certification par le réviseur de chaque entreprise d'assurances;
- doivent fournir les données à la FSMA/OCM via l'outil de reporting de la Banque nationale de Belgique.

Vu la nécessité de se concerter avec tous les acteurs (notamment le secteur, la FSMA, le SPF Economie, les Affaires sociales), les nombreuses instances qui devaient être saisies d'une demande d'avis et le fait que les adaptations nécessaires devaient encore être apportées ensuite afin de faire correspondre l'arrêté royal le plus possible à ces avis, il n'a pas été possible de soumettre cet arrêté pour avis plus tôt;

Vu l'avis 58.984/1 du Conseil d'Etat, donné le 26 février 2016, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'arrêt du Conseil d'Etat n^o 217.085 du 29 décembre 2011 annulant les articles 1^{er}, 2, 6, 7 et 8 de l'arrêté royal du 1^{er} 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 au motif que le dossier administratif ne permet pas de déterminer pourquoi l'arrêté s'écarte de l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et ne tient pas compte des réserves que l'entreprise d'assurances a constituées par le passé;

Considérant qu'il est de l'intérêt des assurés d'éviter de fortes augmentations de primes telles qu'elles se sont produites par le passé;

Overwegende dat het niet toepassen van een medische index nadelig is voor de verzekerden, reden waarom het voorliggend besluit ervoor zorgt om een medische index opnieuw in te leiden die rekening houdt met de vergrijzingsvoorzieningen die de verzekeringsonderneming in het verleden heeft opgebouwd;

Op de voordracht van de Minister van Economie en Consumenten en van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het opschrift 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 wordt vervangen als volgt :

“Koninklijk besluit tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen”.

Art. 2. In hetzelfde besluit wordt in de plaats van artikel 1, vernietigd bij arrest nr. 217.085 van 29 december 2011 van de Raad van State, het als volgt luidende artikel 1 ingevoegd :

“Artikel 1. De specifieke indexcijfers, bedoeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen worden, in overeenstemming met artikel 6, één keer per jaar vastgesteld.

De verzekeringsonderneming kan de premie en/of de vrijstelling en/of de prestaties van de verzekeringsovereenkomst of, wanneer de overeenkomst dekking verleent aan verschillende verzekerden, de premie en/of de vrijstelling en/of de prestaties die op eenieder betrekking hebben, ten hoogste 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, zoals bepaald in de artikelen 6 en 7.

Wanneer gebruik wordt gemaakt van het specifieke indexcijfer bedoeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, dient de vergelijking tussen het indexcijfer der consumptieprijzen en het specifieke indexcijfer voor dezelfde periode te gebeuren.”.

Art. 3. In hetzelfde besluit wordt in de plaats van artikel 2, vernietigd bij arrest nr. 217.085 van 29 december 2011 van de Raad van State, het als volgt luidende artikel 2 ingevoegd :

“Art. 2. § 1. De verzekeringsonderneming is ertoe gehouden elke ziektekostenverzekering, andere dan een beroepsgebonden ziektekostenverzekering, toe te wijzen aan een van de hierna opgesomde waarborgtypes.

De in aanmerking te nemen waarborgen zijn :

- 1° de waarborg “ eenpersoonskamer ”;
- 2° de waarborg “ twee- en meerpersoonskamer ”;
- 3° de waarborg “ ambulante zorgen ”;
- 4° de waarborg “ tandverzorging ”.

De waarborg die het zwaarst doorweegt in de bepaling van de jaarpremie bepaalt de waarborg waaraan de verzekeringsovereenkomst wordt aangehecht.

§ 2. Bovendien kan iedere verzekerde worden toegewezen aan een leeftijdscategorie. Zo niet kan de verzekeringsonderneming op de overeenkomst het specifieke indexcijfer toepassen dat voortvloeit uit de waarden vastgesteld bij artikel 6, § 3, tweede lid en § 4.

De leeftijdsklassen die in aanmerking worden genomen zijn :

- 1° van 0 tot 19 jaar;
- 2° van 20 tot 34 jaar;
- 3° van 35 tot 49 jaar;
- 4° van 50 tot 64 jaar;
- 5° 65 jaar en meer.”.

Art. 4. In artikel 3, § 1, derde lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden “en/of de vrijstelling en/of de prestaties” ingevoegd tussen de woorden “de premie” en de woorden “van de verzekeringsovereenkomst”.

Considérant que la non application d’un indice médical est préjudiciable aux assurés, le présent arrêté veille à réintroduire un indice médical qui prenne en considération les réserves de vieillissement que l’entreprise d’assurances a constituées par le passé;

Sur la proposition du Ministre de l’Economie et des Consommateurs et du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L’intitulé de l’arrêté royal du 1^{er} 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, est remplacé par ce qui suit :

« Arrêté royal déterminant les indices spécifiques visés à l’article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ».

Art. 2. Dans le même arrêté, à la place de l’article 1^{er} annulé par l’arrêté n° 217.085 du 29 décembre 2011 du Conseil d’Etat, il est inséré un article 1^{er} rédigé comme suit :

« Article 1^{er}. Les indices spécifiques, visés à l’article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances sont déterminés une fois par an conformément à l’article 6 de l’arrêté.

L’entreprise d’assurances 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 et/ou la franchise et/ou les prestations afférentes à chacun d’entre eux, 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, comme visé aux articles 6 et 7.

Lorsqu’il est fait usage de l’indice spécifique visé à l’article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, la comparaison entre l’indice des prix à la consommation et l’indice spécifique se fait pour la même période. ».

Art. 3. Dans le même arrêté, à la place de l’article 2 annulé par l’arrêté n° 217.085 du 29 décembre 2011 du Conseil d’Etat, il est inséré un article 2 rédigé comme suit :

« Art. 2. § 1^{er}. L’entreprise d’assurances est tenue de 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 ci-dessous.

Les garanties prises en considération sont :

- 1° la garantie « chambre particulière »;
- 2° la garantie « chambre double et commune »;
- 3° la garantie « soins ambulatoires »;
- 4° la garantie « soins dentaires ».

La garantie qui pèse le plus dans la fixation de la prime annuelle détermine le rattachement du contrat d’assurance à cette garantie.

§ 2. En outre, chaque assuré peut être affecté à une catégorie d’âge. Dans le cas contraire, l’entreprise d’assurances peut appliquer au contrat l’indice spécifique résultant des valeurs définies à l’article 6, § 3, alinéa 2 et § 4.

Les classes d’âge prises en considération sont :

- 1° de 0 à 19 ans;
- 2° de 20 à 34 ans;
- 3° de 35 à 49 ans;
- 4° de 50 à 64 ans;
- 5° 65 ans et plus. ».

Art. 4. A l’article 3, § 1^{er}, alinéa 3 du même arrêté, les mots « et/ou la franchise et/ou les prestations » sont insérés entre les mots « la prime » et les mots « du contrat d’assurance ».

Art. 5. In artikel 4 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° paragraaf 1 wordt vervangen als volgt :

« § 1. De verzekeringsondernemingen andere dan de maatschappijen van onderlinge bijstand enerzijds en de maatschappijen van onderlinge bijstand anderzijds, zijn ertoe gehouden aan de FSMA, of respectievelijk de CDZ, en de FOD Economie de bruto schadelast mede te delen per waarborg (hospitalisatiekosten in eenpersoonskamer, hospitalisatiekosten in twee- en meerpersoonskamer, ambulante kosten, tandverzorgingskosten) en per leeftijdsklasse voor de ziektekostenverzekeringen, andere dan de beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen. Onder bruto schadelast wordt het factuurbedrag verminderd met de tussenkomst van het RIZIV verstaan. De gegevens inzake de bruto schadelast hebben betrekking op de facturen ontvangen voor april voor de schadegevallen die zich hebben voorgedaan in de periode tussen 1 oktober van het tweede jaar voorafgaand aan deze rapportering en 30 september van het jaar voorafgaand aan deze rapportering.

De verzekeraar deelt eveneens het aantal verzekerden per waarborg en per leeftijdsklasse mee.

De leeftijd van de verzekerde wordt bepaald door het jaartal voorafgaand aan de rapportering te verminderen met het geboortear van de verzekerde.

De gegevens worden meegedeeld in de loop van maand april.”;

2° Paragraaf 3 wordt vervangen als volgt :

« § 3. Deze gegevens worden gecertificeerd door de revisor die is erkend door de Nationale Bank van België. Deze certificatie heeft tot gevolg dat de verzekeringsonderneming de gegevens mag toezenden. De erkende revisor is er onverwijld toe gehouden aan de FSMA of respectievelijk de CDZ elke gebeurtenis of elk feit mede te delen dat de certificatie van de gegevens verhindert.

Wanneer de FSMA of respectievelijk de CDZ, op basis van het rapport van de revisor of op eigen initiatief de afwezigheid van een certificatie vaststelt, waarschuwt zij de FOD Economie en wijst de verzekeringsonderneming op het gebrek. De verzekeringsonderneming zendt zo snel mogelijk de gegevens door volgens het voorschrift van de FSMA of respectievelijk de CDZ.”.

Art. 6. Artikel 5 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« Art. 5. De FSMA in samenspraak met de CDZ gaat na of de verkregen gegevens betrekking hebben op ten minste drie verzekeringsondernemingen die 75 % van het incasso van de Belgische markt omvatten van de ziektekostenverzekeringen, andere dan de beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen.

De FSMA en de CDZ brengen de FOD Economie hiervan op de hoogte, ten laatste op de laatste dag van de maand mei.

De FOD Economie berekent de medische index op basis van alle gegevens die het ontvangt van de FSMA en de CDZ en waarvan de FSMA of respectievelijk de CDZ hebben vastgesteld dat ze gecertificeerd zijn in overeenstemming met artikel 4, § 3.

Wanneer de FSMA of de CDZ vaststellen dat de gegevens niet gecertificeerd zijn in overeenstemming met artikel 4, § 3, of dat aan de voorwaarden van het eerste lid niet werd tegemoet gekomen, stellen zij hiervan de FOD Economie op de hoogte. In deze gevallen verlengt de FOD Economie de geldigheid van de laatst gekende tabel met de specifieke indexcijfers voor een niet-hernieuwbare duur van één jaar en maakt daarvan melding in het *Belgisch Staatsblad* evenals op zijn website op de in artikel 7 bepaalde datum.”.

Art. 7. In hetzelfde besluit wordt in de plaats van artikel 6, vernietigd bij arrest nr. 217.085 van 29 december 2011 van de Raad van State, het als volgt luidende artikel 6 ingevoegd :

« Art. 6. § 1. De FOD Economie voegt de tabellen bedoeld in artikel 4, § 2, samen en maakt een globale tabel per waarborg en per leeftijdsklasse rekening houdende met het meegedeelde aantal verzekerden per waarborg en per leeftijdsklasse.

§ 2. De FOD Economie bepaalt elk jaar de waarden van de globale tabel per waarborg en per leeftijdsklasse door de gemiddelde bruto schadelast per verzekerde te berekenen.

§ 3. De waarde van de basis indexcijfers bestaat uit het vastgestelde percentage van verandering voor elk van de waarden van de globale tabel.

Bovendien wordt voor elk van de in aanmerking genomen waarborgen de waarde die losstaat van de leeftijdsklassen toegevoegd aan de globale tabel met de basisindexcijfers, als zijnde het gewogen gemiddelde volgens het aantal verzekerden van de leeftijdgebonden basisindexcijfers.

Art. 5. A l'article 4 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° Le paragraphe 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

« § 1^{er}. Les entreprises d'assurances autres que les sociétés mutualistes, d'une part, et les sociétés mutualistes, d'autre part, sont tenues de communiquer à la FSMA, ou respectivement à l'OCM, et au SPF Economie, la charge brute des sinistres par garantie (frais d'hospitalisation en chambre particulière, frais d'hospitalisation en chambre double et commune, frais ambulatoires, frais dentaires) et par classe d'âge pour les contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle. Par charge brute des sinistres, il faut entendre le montant de la facture, déduction faite de l'intervention de l'INAMI. Les données relatives à la charge brute des sinistres concernent les factures reçues avant avril et qui concernent les sinistres qui se sont produits entre le 1^{er} octobre de la deuxième année précédant le rapportage et le 30 septembre de l'année précédant ce rapportage.

L'assureur communique aussi le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge.

L'âge de l'assuré est défini en diminuant l'année précédant le rapportage avec l'année de naissance de l'assuré.

Les données doivent être communiquées dans le courant du mois d'avril. »;

2° Le paragraphe 3 est remplacé par ce qui suit :

« § 3. Ces données sont certifiées par le réviseur agréé auprès de la Banque nationale de Belgique. Cette certification a pour effet que l'entreprise d'assurances peut procéder à l'envoi des données. Le réviseur agréé est tenu de signaler sans délai à la FSMA ou respectivement à l'OCM tout événement ou fait empêchant la certification de ces données.

Si la FSMA ou respectivement l'OCM constate, sur base du rapport du réviseur ou de sa propre initiative, l'absence de certification, elle en avertit le SPF Economie et intervient auprès de l'entreprise d'assurances afin de lui notifier les manquements. L'entreprise d'assurances devra, dans les plus brefs délais, renvoyer les données selon les prescriptions de la FSMA ou respectivement l'OCM. ».

Art. 6. L'article 5 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 5. La FSMA, en concertation avec l'OCM, vérifie si les données reçues concernent au moins trois entreprises d'assurance représentant 75 % de l'encaissement du marché belge des contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle.

La FSMA et l'OCM en informent le SPF Economie au plus tard le dernier jour du mois de mai.

Le SPF Economie calcule l'indice médical sur la base de toutes les données qu'il reçoit de la FSMA et de l'OCM et dont respectivement la FSMA ou l'OCM ont constaté qu'elles sont certifiées en conformité avec l'article 4, § 3.

Lorsque la FSMA ou l'OCM constatent que les données ne sont pas certifiées en conformité avec l'article 4, § 3, ou que les conditions énumérées à l'alinéa premier ne sont rencontrées, elles en informent le SPF Economie. Dans ces cas, le SPF Economie prolonge la validité du dernier tableau d'indices spécifiques connu pour une durée d'un an non renouvelable et en fait mention au *Moniteur belge* ainsi que sur son site internet à la date visée à l'article 7. ».

Art. 7. Dans le même arrêté, à la place de l'article 6 annulé par l'arrêt n° 217.085 du 29 décembre 2011 du Conseil d'Etat, il est inséré un article 6 rédigé comme suit :

« Art. 6. § 1^{er}. Le SPF Economie agrège les tableaux visés à l'article 4, § 2, et établit un tableau global par garantie et par classe d'âge en tenant compte du nombre d'assurés communiqué par garantie et par classe d'âge.

§ 2. Le SPF Economie détermine annuellement les valeurs du tableau global par garantie et par classe d'âge, en calculant la charge brute moyenne des sinistres par assuré.

§ 3. La valeur des indices de base correspond au pourcentage de variation constaté, pour chacune des valeurs du tableau global.

En outre, il est ajouté pour chacune des garanties prises en compte, la valeur qui est indépendante des catégories d'âge au tableau global d'indices de base, comme moyenne pondérée selon le nombre d'assurés par les indices de base liés à l'âge.

§ 4. De globale tabel per waarborg en per leeftijdsklasse met de specifieke indexcijfers wordt berekend uit de globale tabel per waarborg en per leeftijdsklasse met de basisindexcijfers. De startwaarden zijn dezelfde. 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. Indien de jaarlijkse evolutie van één of meerdere specifieke indexcijfer(s) negatief is, verlengt de FOD Economie de geldigheid van dit (deze) laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer(s) voor een duur van één jaar.”.

Art. 8. In hetzelfde besluit wordt in de plaats van artikel 7, vernietigd bij arrest nr. 217.085 van 29 december 2011 van de Raad van State, het als volgt luidende artikel 7 ingevoegd :

“Art. 7. De FOD Economie publiceert de globale tabel met de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 6 in het *Belgisch Staatsblad*, op de eerste werkdag van juli. Zowel de FOD Economie als de FSMA en de CDZ zijn er toe gehouden ze te publiceren op hun website.”.

Art. 9. In hetzelfde besluit wordt in de plaats van artikel 8, vernietigd bij arrest nr. 217.085 van 29 december 2011 van de Raad van State, het als volgt luidende artikel 8 ingevoegd :

“Art. 8. De startindex 100 wordt bepaald op basis van de gecertificeerde gegevens inzake het aantal verzekerden en inzake de bruto schadelast die betrekking heeft op de facturen ontvangen voor 1 april 2015 voor de schadegevallen die zich hebben voorgedaan in de periode tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014.”.

Art. 10. De minister bevoegd voor Verzekeringen en de minister bevoegd voor Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 maart 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Economie en Consumenten,

K. PEETERS

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. M. DE BLOCK

§ 4. Le tableau global d'indices spécifiques par garantie et par classe d'âge est calculé à partir du tableau global d'indices de base par garantie et par classe d'âge. Les valeurs de départ sont les mêmes. 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 points de pourcent. Lorsque l'évolution annuelle d'un ou de plusieurs indices spécifiques est négative, le SPF Economie prolonge la validité de ce (ces) dernier(s) indice(s) spécifique(s) publié(s) pour une durée d'un an. ».

Art. 8. Dans le même arrêté, à la place de l'article 7 annulé par l'arrêt n° 217.085 du 29 décembre 2011 du Conseil d'Etat, il est inséré un article 7 rédigé comme suit :

« Art. 7. Le SPF Economie publie le tableau global des indices spécifiques visé à l'article 6 au *Moniteur belge*, le premier jour ouvrable de juillet. Tant le SPF Economie que la FSMA et l'OCM sont tenus de les publier sur leur site internet. ».

Art. 9. Dans le même arrêté, à la place de l'article 8 annulé par l'arrêt n° 217.085 du 29 décembre 2011 du Conseil d'Etat, il est inséré un article 8 rédigé comme suit :

« Art. 8. Le chiffre index de départ 100 est déterminé sur base des données certifiées relatives au nombre d'assurés et à la charge brute des sinistres concernant les factures reçues avant le 1^{er} avril 2015 relatives aux sinistres qui se sont produits entre le 1^{er} octobre 2013 et le 30 septembre 2014. ».

Art. 10. Le ministre qui a les Assurances dans ses attributions et le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 mars 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de l'Economie et des Consommateurs,

K. PEETERS

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme M. DE BLOCK

COUR CONSTITUTIONNELLE

[2016/200866]

Extrait de l'arrêt n° 16/2016 du 3 février 2016

Numéros du rôle : 6083 et 6084

En cause : les recours en annulation des articles 9, 12 et 13 de l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 3 avril 2014 relative à l'établissement, au recouvrement et au contentieux en matière de taxes communales, introduits par l'ASBL « Union des Hôteliers, Restaurateurs, Cafetiers et Traiteurs de Bruxelles et Entreprises assimilées de Bruxelles » et par l'union professionnelle « Belgian Confederation - Hospitality, Tourism and Commerce ».

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents J. Spreutels et E. De Groot, et des juges L. Lavrysen, A. Alen, T. Merckx-Van Goeij, P. Nihoul et T. Giet, assistée du greffier F. Meersschant, présidée par le président J. Spreutels,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

I. *Objet des recours et procédure*

Par requêtes adressées à la Cour par lettres recommandées à la poste le 7 novembre 2014 et parvenues au greffe le 13 novembre 2014, des recours en annulation des articles 9, 12 et 13 de l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 3 avril 2014 relative à l'établissement, au recouvrement et au contentieux en matière de taxes communales (publiée au *Moniteur belge* du 7 mai 2014) ont été introduits par l'ASBL « Union des Hôteliers, Restaurateurs, Cafetiers et Traiteurs de Bruxelles et Entreprises assimilées de Bruxelles » et par l'union professionnelle « Belgian Confederation - Hospitality, Tourism and Commerce », assistées et représentées par Me P. Simonart, avocat au barreau de Bruxelles.

Ces affaires, inscrites sous les numéros 6083 et 6084 du rôle de la Cour, ont été jointes.

(...)

II. *En droit*

(...)

Quant à l'objet du recours

B.1. L'ASBL « Union des Hôteliers, Restaurateurs, Cafetiers et Traiteurs de Bruxelles et Entreprises assimilées de Bruxelles », partie requérante dans l'affaire n° 6083 et l'union professionnelle « Belgian Confederation - Hospitality, Tourism and Commerce », partie requérante dans l'affaire n° 6084, demandent l'annulation des articles 9, 12 et 13 de l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 3 avril 2014 « relative à l'établissement, au recouvrement et au contentieux en matière de taxes communales ».