

## NOTA 26/6/2018 EVALUATIE REGLEMENTERING SCHULDSALDOVERZEKERINGEN

### 1. Situering

De wet Partyka, die sinds 1 januari 2015 van kracht is, zorgt ervoor dat de toegang tot een schuldsaldoverzekering voor mensen met een chronische ziekte eenvoudiger wordt. Er wordt meer transparantie verwacht van de verzekeraars, er is de beroepsmogelijkheid bij het Opvolgingsbureau voor de tarifiering en er is de mogelijkheid tot tussenkomst door de Compensatiekas. Deze wet is dus zeker een stap in de goede richting. Toch blijven er nog een aantal knelpunten.

### 2. Vaststellingen en aanbevelingen

#### 2.1 Droit à l'oubli en grille de référence

- Voor kankerpathologiën kan het “**recht op vergeten - droit à l'oubli**” ingevoerd worden samen met een **referentierooster** voor specifieke ziektebeelden, zoals dit reeds in Frankrijk het geval is in het kader van de ‘Convention Aeras’.

Dit recht op vergeten houdt in dat men als kandidaat-verzekeringnemer bij de aanvraag voor een schuldsaldoverzekering het recht heeft om een kanker uit het verleden niet te vermelden wanneer men:

- De diagnose kreeg voor zijn 18 jaar en de behandeling meer dan 5 jaar geleden werd beëindigd<sup>1</sup>, zonder dat er sprake is van enig herval<sup>2</sup>
- De diagnose kreeg na zijn 18 jaar en de behandeling meer dan 10 jaar geleden werd beëindigd, zonder dat er sprake is van enig herval

Het referentierooster legt daarnaast voor bepaalde ziektebeelden aparte, kortere, termijnen vast waarbij de kandidaat-verzekerde deze wel moet melden aan de verzekeraar, maar waarbij zij geen aanleiding mogen geven tot bij premie of uitsluiting (vb. welomschreven vormen van testis-, borst- of huidkanker en hepatitis C), of waarbij zij in aanmerking komen voor verzekering onder de in het rooster vastgelegde modaliteiten (vb. tot 100% beperkte bij premie bij welomschreven vormen van hiv)<sup>3</sup>.

#### 2.2 Medische vragenlijsten

- De vragenlijsten moeten voorgelegd worden aan en goedgekeurd worden door het Opvolgingsbureau voor de tarifiering om gebruikt te mogen worden. Toch worden de **gevraagde aanpassingen niet altijd of pas laattijdig doorgevoerd**. In afwachting van een gemeenschappelijke vragenlijst (zie verder) dienen op de website van het Opvolgingsbureau de namen gepubliceerd te worden van de verzekeraars die hun vragenlijst nog niet voorgelegd hebben of die de gevraagde aanpassingen nog niet doorgevoerd hebben.

---

<sup>1</sup> Onder het einde van de behandeling wordt verstaan: de datum van het einde van de actieve behandeling van de kanker in de vorm van chirurgie, radiotherapie of chemotherapie waarna geen behandeling meer noodzakelijk is, met uitzondering van doorlopende behandelingen zoals hormoon-, of immunotherapie.

<sup>2</sup> Onder herval wordt verstaan: elk nieuw hetzij via klinisch, biologisch of beeldvormend onderzoek vastgesteld voorkomen van kanker.

<sup>3</sup> Bron: <http://www.aeras-infos.fr/files/live/sites/aeras/files/contributed/documents/Grilledereference30mars2017.pdf>

- De vragen worden soms **te algemeen geformuleerd**: b.v. “bent u ooit opgenomen in het ziekenhuis”. Voor de patiënt is het niet duidelijk in hoever de gevraagde info relevant is, zodat nadien discussie kan ontstaan over het feit of de patiënt dit al of niet had moeten meedelen. De vragenlijsten zouden meer afgebakend moeten worden, b.v. enkel ziekenhuisopnames van de laatste 10 jaar te melden. Daarnaast worden vragen ook soms **te subjectief verwoord**: b.v.: “*Voelt u zich over het algemeen gezond?*”  
Omtrent deze twee aspecten kan worden verwezen naar art. 5 KB 10.04.2014 dat bepaalt:
  - [...] 1° de gestelde vragen zijn nauwkeurig en betreffen uitsluitend gebeurtenissen die de verhoogde aard van een gezondheidsrisico in hoofde van de kandidaat-verzekerde kunnen staven;
- In dit opzicht dient er ook op te worden gewezen dat het **verband tussen een bepaalde aandoening en het overlijdensrisico niet altijd duidelijk** is: b.v. lijdt u aan migraine?
- Volgens de wet mogen **lifestyle-vragen** (ivm beroep, reizen, hobby’s, ...) niet voorkomen in de medische vragenlijst. Sommige verzekeringen omzeilen dit door deze vragen in een aparte lijst, het zogenaamde **niet-medische luik**, te verwerken. Deze werkwijze gaat rechtstreeks in tegen de ratio legis, zoals o.m. bepaald in art. 5 KB 10.04.2014:
  - [...] 2° de vragen verwijzen in geen geval naar de strikt privé aspecten van het leven van de kandidaat-verzekerde, onder meer op het vlak van seksualiteit, hobby's, buitenlandse reizen, beroepsleven.
- In **secundaire vragenlijsten**, die aan de behandelende arts van de kandidaat-verzekerde voorgelegd worden, vraagt men b.v. wel naar het beroep van de patiënt of naar familiale antecedenten, hoewel dit wettelijk gezien niet mag.
- We vinden het belangrijk dat er **één gemeenschappelijke medische vragenlijst** zonder bijlagen, die door het Opvolgingsbureau goedgekeurd werd, gebruikt wordt door alle verzekeringsmaatschappijen. Dat garandeert dat de vragenlijsten in de toekomst voldoen aan de wettelijke voorwaarden en vermijdt discussies hierover. Zoals hierboven aangegeven zien we dat momenteel de door het Opvolgingsbureau gevraagde aanpassingen niet worden uitgevoerd, dat er vele lifestyle-vragenlijsten in omloop zijn en dat vaak te algemene vragen worden gesteld. Een wetgevend ingrijpen dringt zich bijgevolg op. Het lijkt ons aangewezen dat een ontwerp van gemeenschappelijke medische vragenlijst zowel wordt voorgelegd aan de Privacycommissie, om na te gaan of de vragenlijst te verzoenen valt met de privacywetgeving en aan enkele onafhankelijke artsen (eventueel via de Hoge Gezondheidsraad of FOD Volksgezondheid) die de medische relevantie van de vragen voor het overlijdensrisico kunnen nagaan.

### 2.3 Verzekeringsvoorstellen

- Verzekeraars **motiveren** ten aanzien van kandidaat-verzekeringnemers **op gebrekkige wijze** (loutere vermelding gezondheidsprobleem of volledig ontbreken motivering) de weigering van de schuldsaldoverzekering of de berekening van de bijpremie voor het ‘verhoogde gezondheidsrisico’ op overlijden. Het is echter de bedoeling dat de verzekeraars heel duidelijk uitleggen o.b.v. welke medische redenen zij hun beslissing nemen en daarnaast ook, evt. pas op vraag van de kandidaat-verzekerde, de oversterfte-statistiek en de bron van deze statistiek weergeven. Er wordt heel zelden uitvoerig uitgelegd hoe zij tot een bepaalde bijpremie komen of o.b.v. welke cijfers iemand geweigerd wordt. Vaak zijn de studies die meegestuurd worden helemaal niet toepasselijk voor het betreffende dossier. Nochtans hebben wet- en besluitgevers zeer nadrukkelijk bepaald aan welke vereisten de hier bedoelde motiveringsplicht moet voldoen:
  - Op basis van die motivering moet in concreto kunnen worden nagegaan of is voldaan aan het vereiste van objectieve rechtvaardiging zoals bepaald in de antidiscriminatie wetgeving; gaat het wel degelijk om een noodzakelijke en relevante factor in de beoordeling van een objectief en significant verhoogd risico op overlijden tijdens de concrete duur van het verzekeringscontract? (Verslag aan de Koning bij K.B. 10.04.2014, art.6-8)
  - De motivering moet rekening houden met de individuele situatie van de verzekerde (medische opvolging, invloed van behandelingen, herval, herstel) en niet alleen met algemene en abstracte categorieën per pathologie (Verslag aan de Koning bij K.B. 10.04.2014, art.6-8);
- Er moet over gewaakt worden dat de verzekeringsvoorstellen aan **alle wettelijke voorwaarden** voldoen. De praktijk leert dat dit lang niet altijd het geval is, b.v. termijn, waarbinnen de kandidaat-verzekeraar een antwoord moet krijgen, wordt niet altijd gerespecteerd.

### 2.4 Werking Opvolgingsbureau en medewerking verzekeraars

- Een positieve evolutie is het feit dat er **budget** vrijgemaakt werd om de **dokters**, die namens de patiënten optreden, te **vergoeden**.
- De **termijnen**, waarbinnen de kandidaat-verzekerde antwoord moet krijgen, worden over het algemeen wel gerespecteerd, behalve als het gaat over ingewikkelde dossiers.
- Patiënten, aan wie een bijpremie voorgesteld wordt van iets minder dan 75% of juist 75%, kunnen bij het Opvolgingsbureau niet terecht. Zij worden dan doorverwezen naar de Ombudsman voor verzekeringen. In 2017 betrof het meer dan 25 dossiers van mensen met een bijpremie tussen 50% en 75% die op deze manier bij de Ombudsman terecht kwamen. Maar deze dienst geeft aan dat zij niet de expertise in huis heeft om deze patiënten verder te helpen. Daarom vinden wij dat de **toegangsdrempel tot het Opvolgingsbureau verlaagd zou moeten worden van een bijpremie van meer dan 75% naar een bijpremie van meer dan 50%**.
- De voorzitter zou moeten bijgestaan worden door een **covoorzitter met medische kennis**. Een arts van het RIZIV of van de FOD Sociale Zaken is neutraal en heeft expertise in huis en zou de voorzitter op medisch vlak kunnen bijstaan indien er binnen het opvolgingsbureau geen consensus over een dossier zou bestaan. De meeste discussies binnen het Opvolgingsbureau zijn immers medisch van aard en men mag

van een jurist niet verwachten dat hij of zij hierbij met volledige kennis van zaken de beslissende stem vertolkt.

- De artsen kunnen op basis van wetenschappelijke artikelen het overlijdensrisico beter bepalen. Aanvullend is het noodzakelijk dat er langs de kant van de patiënten een **actuaris** aanwezig is, die dat medisch risico kan omzetten in cijfers. Temeer omdat het Opvolgingsbureau als taak o.m. heeft om na te gaan of de berekening van de premies actuarieel correct is. Tijdens de vergaderingen van de Commissie voor Verzekeringen gaf de voorzitter van het Opvolgingsbureau aan dat hij momenteel niet kan garanderen dat deze premies actuarieel correct zijn.
- De verzekeraar is verplicht aan het Opvolgingsbureau de **studies en statistieken** over te maken waardoor hij zich heeft laten leiden bij zijn beslissing om een schuldsaldoverzekering te weigeren of een bijpremie daarvoor te vragen “omwille van het verhoogde gezondheidsrisico” (K.B. 10.04.2014, art. 14, 3°). Het louter opsommen van medische studies zonder duidelijk te maken welke informatie hieruit gebruikt werd voor de berekening van de bijpremie of gewoon de diagnose vermelden zonder uitleg te geven is onaanvaardbaar. Een constructieve suggestie is de volgende: de verzekeraars maken duidelijk welke oversterfte of promillage toegepast wordt in een dossier, maken 1 à 3 medische studies over die deze cijfers onderbouwen (cf. KB 10.04.2014, art. 14 3°) en maken duidelijk welke concrete cijfers zij uit deze studies gebruikt hebben.
- Het is van belang dat de gegevens, waarop de **herverzekeraars** zich baseren, ter beschikking zijn van het Opvolgingsbureau. Uiteindelijk zijn dit de statistieken, waarop alles wordt gebaseerd. Als enkel wordt verwezen naar geheime informatie van een herverzekeraar, is er geen debat mogelijk. Dergelijke werkwijze belemmert de vertegenwoordigers van patiënten en consumenten om kwaliteitsvolle en deontologisch correcte beslissingen in het Opvolgingsbureau te nemen.
- Resterende **informaticaproblemen** rond de werking van het Opvolgingsbureau moeten worden weggewerkt waardoor de vertegenwoordigers steeds tot alle noodzakelijke gegevens toegang hebben.
- Het Opvolgingsbureau moet bij de beoordeling van de beslissing van de verzekeraar ook **toezien op de naleving van de anti-discriminatiewetgeving**. In het bijzonder in geval van een weigering moet het Opvolgingsbureau nagaan of aan de proportionaliteitsvereiste is voldaan en of de weigering niet omgezet moet worden in een bijpremie. Hierbij is eveneens van belang dat bij een hoger overlijdensrisico wordt nagegaan of dit risico zich zal voordoen tijdens de looptijd van de verzekeringsovereenkomst.
- Het Opvolgingsbureau moet **beter uitleggen waarom een beslissing verzekeringstechnisch en medisch verantwoord is**. Een standaardmotivering zonder enige individuele aanpak kan niet aanvaard worden. Het Opvolgingsbureau dient hierbij duidelijk inzicht te verschaffen in hoe zij tot een bepaalde beslissing komt (welke studies, databanken, experts, werden geconsulteerd). Het Opvolgingsbureau zou ook moeten uitleggen waarom ze denkt dat de omzetting van een medische statistiek in een bepaalde bijpremie verantwoord is (verzekeringstechnisch). Meer transparantie is hierbij absoluut noodzakelijk.
- Het kan delicaat zijn om bepaalde gegevens per brief mee te delen (vb.: sterk verhoogd sterfterisico). Een oplossing zou dan zijn om de **mogelijkheid te creëren dat de cliënt zelf of zijn behandelend arts het Opvolgingsbureau contacteert voor**

**meer uitleg.** Maar ook dit is niet mogelijk: de cliënt kan geen contact nemen met het Opvolgingsbureau maar wel met de raadsgeneesheer van de verzekeraar. Dit is geen goede oplossing, want de cliënt richtte zich net tot het Opvolgingsbureau omdat hij vragen had bij de beslissing van de verzekeraar. Bovendien rijst de vraag of de raadsgeneesheer van de verzekeraar goed op de hoogte is van het onderzoek van het dossier in het Opvolgingsbureau. De optie dient dus te worden voorzien dat een cliënt, zelf of via zijn behandelend arts het Opvolgingsbureau contacteert voor meer uitleg. Deze arts kan, indien de kandidaat-verzekerde dat wenst, als “buffer” dienen, als er informatie meegedeeld moet worden, die confronterend kan zijn voor de cliënt.

- Verzekeraars zijn niet verplicht om het advies van het Opvolgingsbureau te volgen. Vanuit juridisch oogpunt kan een plicht tot verzekeren ook niet worden opgelegd. Het kan daarentegen wel van belangrijke waarde zijn om **verzekeraars uitdrukkelijk te verplichten hun beslissingen inzake het niet volgen van het advies van het Opvolgingsbureau concreet te laten motiveren.** De vertegenwoordigers van patiënten en consumenten vragen dat een dergelijke motiveringsplicht wordt opgelegd.

Namens Kom op tegen Kanker en het Vlaams Patiëntenplatform

