

STANDPUNT OVER GEZONDHEIDSGEGEVENS IN HET KADER VAN VERZEKERINGEN

HEVERLEE, 25 JUNI 2013

Abstract

In het kader van verzekeringen worden er vaak gezondheidsgegevens van (kandidaat-)verzekerden verwerkt. Gezondheidsgegevens kunnen gevoelige informatie over personen bevatten en verdienen dan ook de nodige privacybescherming. Het huidige juridisch kader voor gezondheidsgegevens bij verzekeringen vertoont verschillende gebreken en onduidelijkheden. Hierdoor worden betrokken actoren zoals (kandidaat-)verzekerden, verzekeringsondernemingen, adviserende (expertise)artsen, behandelend artsen, ... met allerlei praktische en ethische problemen geconfronteerd. Deze problemen hebben betrekking op

- onduidelijke wet- en regelgeving en vage definities,
- de rol van adviserende artsen van verzekeringsondernemingen,
- medische onderzoeken voor verzekeringen,
- de motiveringsplicht en
- minnelijke medische expertises.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw schetst in deze nota de knelpunten die zich voordoen en suggereert per knelpunt oplossingen ter verbetering.

In het belang van een betere rechtszekerheid wil het Vlaams Patiëntenplatform vzw met deze nota een maatschappelijk en politiek debat over gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen op gang brengen.



Inhoud

Abstract	1
1 Situering	3
2 Vaststellingen	6
3 Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform	8
3.1 Het juridisch kader	8
3.1.1 Van meerdere wetten en regels naar één heldere wet.....	8
3.1.2 Duidelijke definities	10
3.1.3 De problematiek van symptomen.....	13
3.2 De rol van de adviserend artsen van verzekeringsondernemingen	15
3.2.1 Eenduidige benaming(en)	15
3.2.2 Statuut.....	16
3.3 Medische onderzoeken	17
3.3.1 Invoering van een vraaggestuurde mededelingsplicht	18
3.3.2 Standaard medische vragenlijsten	19
3.3.3 De toepassing van de wet op de patiëntenrechten	22
3.4 Motiveringsplicht	26
3.4.1 Motivatie van de beslissing inzake de verzekeringsaanvraag	26
3.4.2 Motivatie van de beslissing over de uitvoering van het verzekeringscontract	29
3.5 Minnelijke medische expertise	32
3.5.1 Een databank, gedragscode en modelcontracten voor bijstandsartsen	32
3.5.2 Ethische richtlijnen voor minnelijke medische expertises	33
4 Conclusie	34

Auteur	Datum laatste aanpassing	Status
Roel Heijlen	25.06.2013	Definitief

1 Situering

Binnen de **verzekeringssector** worden geregeld **gezondheidsgegevens verwerkt**. Met het verwerken van gezondheidsgegevens bedoelen we het verzamelen, ordenen, bewaren, bijwerken, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken, samenbrengen, afschermen, vernietigen, ... van gegevens die over iemand zijn gezondheid gaan.¹ Voorbeelden van gezondheidsgegevens zijn medische gegevens (diagnoses, BMI, medicatieschema's, verslagen van operaties of medische onderzoeken, laboratoriumresultaten, ...), facturen van ziekenhuisopnames, geplande consultaties bij een zorgverlener, ...

Voor het afsluiten of het uitvoeren van verzekeringscontracten heeft een verzekeringsonderneming nood aan bepaalde gezondheidsgegevens.

Wanneer een kandidaat-verzekerde bijvoorbeeld een hospitalisatieverzekering, een schuldsaldoverzekering, een reisverzekering, een verzekering gewaarborgd inkomen, ... wil aanvragen, dan moet hij

- 1) een **gezondheidsverklaring** ondertekenen en/of een **medische vragenlijst** invullen. In een gezondheidsverklaring zal de kandidaat-verzekerde beknopt moeten aangeven of hij al dan niet in een goede gezondheid verkeert en in een medische vragenlijst moet hij vragen over o.a. gewicht, alcohol- en tabakgebruik, ziekten, geneesmiddelen, onderzoeken, ziekenhuisopnames, consultaties bij zorgverleners, ... beantwoorden;
- 2) In sommige gevallen moeten kandidaat-verzekerden daarnaast ook een **medisch onderzoek** ondergaan bij een arts die in opdracht voor de verzekeringsonderneming werkt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer een persoon zich voor een overlijdensverzekering wenst te verzekeren voor een groot kapitaal, deze persoon zich boven een zekere leeftijdsgrens bevindt of wanneer de verzekeringsonderneming bepaalde meegedeelde informatie in de gezondheidsverklaring of medische vragenlijst (zoals een gezondheidsprobleem) nader wil onderzoeken.
- 3) De verzekeringsonderneming kan de kandidaat-verzekerde ook verzoeken om **verklaringen** van zijn **behandelend arts** te bezorgen. Dit laatste vindt bijvoorbeeld plaats wanneer de verzekeringsonderneming bijkomende gegevens wenst over de (chronische) ziekte of aandoening van de kandidaat-verzekerde. Deze verklaringen kunnen de verzekeringsonderneming toelaten om de toestand, behandeling, evolutie, ... van het gezondheidsprobleem te beoordelen.

De kandidaat-verzekerde is volgens de verzekeringswetgeving verplicht om **spontaan** alle hem bekende gegevens, die hij redelijkerwijs als relevant voor de risico-inschatting moet beschouwen, mee te delen aan de verzekeringsonderneming.² Voor meerdere verzekeringen heeft deze **mededelingsplicht** betrekking op gezondheidsgegevens. Indien een kandidaat-verzekerde een ziekte of aandoening heeft die van invloed kan zijn op de risico-inschatting, dan moet hij dit dus melden.

Op basis van de verkregen gezondheidsgegevens (*alsook andere informatie met betrekking tot de verzekering*) zal de verzekeraar het **risicoprofiel** van de kandidaat-verzekerde analyseren en vervolgens een **verzekeringsaanbod** doen. De volgende scenario's zijn mogelijk:

¹ Artikel 1 § 2 van de Wet van december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens

² Artikel 5 van de Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

- de kandidaat-verzekerde wordt toegelaten tot het verzekeringscontract aan de **basispremie**: er is geen verhoogd gezondheidsrisico;
- de kandidaat-verzekerde moet omwille van een verhoogd gezondheidsrisico een **bijpremie** betalen;
- er worden omwille van het verhoogd gezondheidsrisico **bijzondere voorwaarden** in het verzekeringscontract opgenomen: de kosten of schadegevallen, die met de voorafbestaande ziekte of aandoening te maken hebben, worden bijvoorbeeld uitgesloten;
- de verzekeringsonderneming **weigert** de kandidaat-verzekerde omdat zij van oordeel is dat het gezondheidsrisico te groot is.

Bijpremies, weigeringen of bijzondere voorwaarden zoals uitsluitingen in het verzekeringscontract moeten volgens de **antidiscriminatiewetgeving**³ objectief en redelijk **verantwoord** kunnen worden door de verzekeringsonderneming. De verzekeringsondernemingen moeten op basis van **accurate, recente en relevante gegevens**⁴ kunnen aantonen dat een ziekte of aandoening een groter risico voor overlijden, arbeidsongeschiktheid, ... vormt en dat de bijpremie, weigering of bijzondere voorwaarden proportioneel zijn met dat risico.

Naast medische onderzoeken voorafgaand aan een verzekeringscontract kunnen verzekeringsondernemingen ook medische onderzoeken of verklaringen van een behandelend arts vragen in de loop van het verzekeringscontract. Dat is het geval wanneer het verzekerde risico (*bv. een ongeval, arbeidsongeschiktheid, een hospitalisatie, een overlijden,...*) zich voordoet. Enkele voorbeelden:

- Bij verzekeringen die het inkomen dekken bij invaliditeit of arbeidsongeschiktheid wordt er meestal een medisch onderzoek uitgevoerd om het **percentage arbeidsongeschiktheid of invaliditeit** te bepalen.
- Na een verkeersongeval volgt er soms op vraag van de autoverzekeraar een medisch onderzoek om de **ernst van de lichamelijke schade** vast te stellen.
- In het geval van hospitalisatieverzekeringen worden naast de ziekenhuisfactuur in sommige gevallen ook **medische verslagen van een ziekenhuisopname** opgevraagd om na te gaan of de aangerekende kosten al dan niet door het verzekeringscontract gedekt worden.
- Om aanspraak te kunnen maken op de waarborgen van een overlijdens-, levens- of uitvaartverzekering, moeten nabestaanden van de verzekerde een **verklaring van de doodsoorzaak** aan de betrokken verzekeringsonderneming bezorgd worden..

(Kandidaat-)verzekerden moeten voor de verwerking van gezondheidsgegevens hun **schriftelijke toestemming** aan de verzekeringsonderneming geven.⁵ De verzekeringsonderneming is er aan gehouden om bij de verwerking van gezondheidsgegevens de geldende **privacy**⁶- en **verzekeringswetgeving**⁷ te respecteren. Voor de privacywetgeving houdt dit onder meer in dat de

³ Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie

⁴ Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, *Evaluatie Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft* (B.S., 3 februari 2010).

⁵ Artikel 7 § 2 a) van de Wet van december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens

⁶ Wet van december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens

⁷ Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

gezondheidsgegevens die zij van (kandidaat-)verzekerden opvragen **toereikend, ter zake dienend en niet overmatig** moeten zijn. Het komt er op neer dat het soort en de hoeveelheid gevraagde gezondheidsgegevens in verhouding moeten staan tot de informatie die voor de verzekeringsonderneming noodzakelijk is om

- 1) bij het afsluiten van een verzekering het risico te kunnen inschatten of;
- 2) bij een schadegeval of gebeurtenis het verzekeringscontract correct te kunnen uitvoeren.

De gegevens die verzekeringsondernemingen mogen opvragen, worden bovendien ook gelimiteerd door de verzekeringswetgeving. Het medisch onderzoek van de verzekeringsonderneming moet zich beperken tot de **voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand** van de kandidaat-verzekerde. Zij mogen **niet steunen op technieken van genetisch onderzoek** om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen. Buiten de privacy- en verzekeringswetgeving geldt voor gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen onder andere ook de **wet op de patiëntenrechten**, de code van **geneeskundige plichtenleer**, de **adviezen van de Orde van geneesheren** en de gevestigde **rechtspraak**.

Verzekeraars laten zich voor de verwerking van gezondheidsgegevens bijstaan door **adviserende artsen**. Deze artsen interpreteren medische elementen en adviseren de verzekeraar in verband met de te nemen beslissing om al dan niet tot een verzekeringsaanbod (premie) of een (schade)vergoeding te komen.⁸ Werknemers van verzekeringsondernemingen, die gezondheidsgegevens verwerken (bv. artsen of dossierbeheerders), zijn tot **geheimhouding verplicht**. De verzekeringsonderneming is krachtens de privacywetgeving er toe gehouden om de nodige **beveiligingsmaatregelen** te nemen om de gezondheidsgegevens van (kandidaat-)verzekerden te beschermen.⁹ Zodra het risico voor de verzekeringsonderneming verdwenen is, kan de verzekerde of zijn nabestaanden vragen om de gezondheidsgegevens terug te bezorgen.¹⁰

Gezondheidsgegevens kunnen ten slotte ook nog verwerkt worden bij het beslechten van **verzekeringsgeschillen van medische aard** via een **minnelijke medische expertise**. In deze procedure stelt zowel de verzekerde als de verzekeringsonderneming een geneesheer aan die tot een vergelijk proberen te komen over het medisch geschil (bv. *onenigheid over het percentage arbeidsongeschiktheid bij een verzekering gewaarborgd inkomen*). Komen deze twee geneesheren niet tot een consensus, dan kunnen ze samen nog een derde expert aanduiden. De beslissing van de derde arts is dan bindend. Tijdens een minnelijke medische expertise komen de gezondheidsgegevens van de verzekerde aan bod die relevant zijn voor het verzekeringsgeschil.

Besluit:

- De toepassingen van het verwerken van gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen zijn zoals aangetoond ruim. Toepassingen zijn bijvoorbeeld het invullen en analyseren van medische vragenlijsten, het opvragen van medische verklaringen van behandelend artsen, het motiveren van een bijpremie omwille van een verhoogd gezondheidsrisico, medische onderzoeken om de ernst van lichamelijke schade te bepalen, de organisatie van een minnelijke medische expertise, ...

⁸ ASSURALIA, *De bescherming van uw medische gegevens bij de verzekeraar*, Brochure 2012, http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties/121116_nl_brochuremedischegegevens.pdf

⁹ Artikel 16 § 4 van de Wet van december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens

¹⁰ Artikel 95 van de Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

- Er zijn meerdere actoren bij deze gegevensverwerking betrokken. Het gaat onder andere over (kandidaat-)verzekerden, nabestaanden van verzekerden, adviserende artsen van verzekeringsondernemingen, dossierbeheerders, behandelend artsen, expertise-artsen bij minnelijke expertises, ...
- Het juridisch kader wordt door verschillende wetten en deontologische richtlijnen bepaald zoals de privacywetgeving, de verzekeringswetgeving, de antidiscriminatiewetgeving, de wet op de patiëntenrechten, de adviezen van de Orde van geneesheren, ...

2 Vaststellingen

Uit het eerste deel van deze nota blijkt duidelijk dat er in het kader van verzekeringen geregeld gezondheidsgegevens verwerkt worden. Gezondheidsgegevens kunnen gevoelige gegevens over personen bevatten en verdienen om die reden de nodige privacybescherming.

Ronny Saelens & Prof. dr. Paul De Hert wijzen als volgt op dit specifieke karakter van gezondheidsgegevens:

“Gezondheidsgegevens worden in het gegevensbeschermingsrecht als een bijzondere categorie van persoonsgegevens beschouwd (artikel 7 van de privacywet):

- *Ten eerste heeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens geoordeeld dat de bescherming van gezondheidsgegevens voor het individu van fundamenteel belang is om het recht van personen op respect voor hun privéleven en gezins- en familieleven, zoals gewaarborgd in artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, te verzekeren. Gezondheidsgegevens zijn privacygevoelige gegevens omdat ze tot de kern, de intimiteit, van het privéleven behoren.*
- *Ten tweede worden personen op basis van hun gezondheidstoestand in het maatschappelijk leven anders beoordeeld. Anders dan gewone persoonsgegevens zoals naam en adres vormen ze door hun aard een groter risico voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.”¹¹*

Het huidige juridisch kader biedt enkele garanties inzake privacybescherming van gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen, maar vertoont ook veel **onduidelijkheden** en **gebreken**. Deze onduidelijkheden en lacunes zorgen voor **verschillende praktische en ethische problemen die de rechtszekerheid niet ten goede komen**.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw stelt op basis van de klachten en vragen over verzekeringen die zij ontvangt, de analyse van (Belgische, buitenlandse en internationale) wetgeving, de rechtsleer, rechtspraak en recente wetsvoorstellen¹² de volgende **knelpunten** vast:

- **Het juridisch kader voor gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen bestaat uit meerdere wetten & deontologische regels.** Dat de wetgeving uit diverse wetten en deontologische richtlijnen moet afgeleid worden, verhindert een heldere interpretatie. Binnen de verzekeringssector zijn bepaalde wetten of rechtsregels zoals de wet op de patiëntenrechten en het medisch beroepsgeheim bovendien **niet altijd makkelijk toepasbaar** in het kader van

¹¹ R. SAELENS & P. DE HERT, *De wet patiëntenrechten en de verwerking van gezondheidsgegevens*, Brussel, Politeia, 2010, p. 122

¹² o.a. F. SEMINARA c.s., *Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*, 9 november 2012, DOC 53 2484/001

verzekeringen. Dit belet niet dat deze algemene wetten of rechtsregels niet gelden voor verzekeringsondernemingen, maar de toepassing ervan verloopt niet steeds eenduidig.

- Verschillende **begrippen** in de verzekeringswetgeving zijn **niet gedefinieerd**. Het gaat bijvoorbeeld over de begrippen '(voorgeschiedenis van de) huidige gezondheidstoestand', 'doodsoorzaak', 'technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen' en 'symptomen'. Deze begrippen hebben als doel om de verwerking van medische gegevens door verzekeringsonderneming te begrenzen. Het gebrek aan afgebakende definities zorgt echter voor **weinig rechtszekerheid** voor de (kandidaat-)verzekerde en zijn behandelend arts, die gevraagd wordt gezondheidsverklaringen af te leveren. Het biedt de verzekeraar daarentegen een **ruime interpretatiemarge**.
- **Kandidaat-verzekerden** zijn meestal **leken** op het vlak van medische en verzekeringstechnische kennis. Toch worden zij door de verzekeringswetgeving verplicht om spontaan alle hen bekende (gezondheids)gegevens, die zij redelijkerwijze als relevant voor de verzekeringsonderneming moeten beschouwen, mee te delen. Kandidaat-verzekerden weten niet steeds welke informatie relevant is voor verzekeringsondernemingen en zijn voor de beoordeling van hun gezondheidstoestand grotendeels afhankelijk van zorgverleners. Verzekeringsondernemingen kunnen kandidaat-verzekerden via medische vragenlijsten ondersteunen in hun mededelingsplicht, maar zijn hiertoe niet verplicht. Bovendien zijn er **discussies of alle vragen in deze medische vragenlijsten toereikend, ter zake dienend en niet overmatig zijn**.
- (Kandidaat-)verzekerden moeten soms op medisch onderzoek gaan bij een arts die in opdracht van een verzekeringsonderneming werkt. Een verzekerde of patiënt is niet vertrouwd met het gegeven medische onderzoeken in het kader van verzekeringen en aan zijn kant rijzen er dus veel vragen. De patiënt heeft **nood aan (mondelijke én schriftelijke) informatie** over het hoe en waarom van de medische onderzoeken en over het verloop en de (mogelijke) consequenties.
- De **artsen die verzekeringsondernemingen adviseren** kennen **geen eenduidige benaming** en hebben **geen eigen deontologische code**. Een duidelijke taak- en rolbepaling voor deze artsen ontbreekt.
- **Beslissingen** van verzekeringsondernemingen omtrent bijpremies, weigering van toegang tot de verzekeringen of het niet tussenkomen in de kosten van bepaalde schadegevallen of gebeurtenissen worden vandaag vaak **gebrekkelig of niet gemotiveerd**. Hierdoor blijven (kandidaat-) verzekerden gefrustreerd met vragen achter.
- Het is voor verzekerden **niet gemakkelijk om een (geschikte) bijstandsgeneesheer te vinden** die hen verdedigt in een (minnelijke) medische expertise n.a.v. een verzekeringsgeschil. Er bestaat geen databank waar een verzekerde bijvoorbeeld op basis van regio of specialisatie deze artsen kan zoeken. Procedures van (minnelijke) medische expertises zouden voor de verzekerde volledig **transparant** moeten zijn. In de praktijk blijkt dit niet steeds het geval te zijn. Ethische richtlijnen hieromtrent kunnen hulp bieden.

Dat er nood is aan een evaluatie en verbetering van de huidige wet- en regelgeving omtrent gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen wordt bijvoorbeeld tevens beaamd door het doctoraatsonderzoek "*Het gebruik van medische informatie buiten de gezondheidszorg: medische keuring in het kader van private verzekeringen*" van dr. Sarah Defloor. Zij stelt het volgende¹³:

¹³ S. DEFLOOR, *Het gebruik van medische informatie buiten de gezondheidszorg: medische keuring in het kader van private verzekeringen*, Infomoment Vlaams Patiëntenplatform vzw, Heverlee, 14 november 2012

“Er bestaat in België geen specifieke wettelijke regeling voor de medische keuring die verricht wordt in het kader van private verzekeringen. Het actueel juridisch kader wordt gevormd door de medische plichtenleer (dit zijn deontologische regels die geen bindende kracht hebben) en verschillende wetten en wetsbepalingen, bijvoorbeeld enkele bepalingen uit de wet op de landverzekeringsovereenkomst en de wet betreffende de rechten van de patiënt. Dit juridisch kader bevat echter heel wat knelpunten zodat de verschillende betrokken partijen onvoldoende beschermd worden. Ook de medische informatiestroom, die ontstaat wanneer gezondheidsgegevens verzameld worden met het oog op het sluiten of uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, wordt op een onvolmaakte wijze geregeld. Dit geeft aanleiding tot rechtsonzekerheid en leidt regelmatig tot conflicten tussen verschillende partijen. Uit het onderzoek blijkt dat het noodzakelijk is om wetgevend op te treden om zo de medische keuring te regelen.”

3 Standpunt van het Vlaams Patiëntenplatform

Het tweede deel van deze nota gaf een korte weergave van knelpunten die er zijn op het vlak van gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen. Dit derde deel wil oplossingen aanreiken om deze knelpunten aan te pakken en zo meer duidelijkheid en rechtszekerheid creëren. Achtereenvolgens worden volgende onderwerpen besproken:

- Het juridisch kader;
- De rol van adviserende artsen van verzekeringsondernemingen;
- Medische onderzoeken;
- Motiveringen van beslissingen van verzekeringsondernemingen;
- Minnelijke medische expertises.

Per onderwerp komen verschillende knelpunten aan bod en worden er voorstellen ter verbetering gesuggereerd.

3.1 Het juridisch kader

De algemeenheid en diversiteit van de geldende wet- en regelgeving en vage begrippen (o.a. huidige gezondheidstoestand, symptomen, ...) in de wetgeving vormen een probleem om het juridisch kader omtrent gezondheidsgegevens in het kader van (private) verzekeringen helder te begrijpen en toe te passen. Één allesomvattende specifieke wet met duidelijke definities kan conflicten inzake interpretatie en een correcte uitvoering van het juridische kader vermijden.

3.1.1 Van meerdere wetten en regels naar één heldere wet

Voor gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen geldt onder meer het volgende **juridisch kader**:

- Het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (artikel 8);
- Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (artikel 5, 95, 138bis-5 & 138ter-1);
- Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;
- Wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (o.a. artikel 7);
- Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie;
- Het medisch beroepsgeheim (artikel 458 van het Strafwetboek).

Verder is er nog de rechtspraak (o.a. Test Aankoop *versus* ING, FORTIS AG en DKV)¹⁴, de code van geneeskundige plichtenleer en de adviezen van de Orde van geneesheren.

Het afleiden van rechten en plichten uit diverse wetten en regels **verhindert een eenduidig en duidelijk begrip** van het juridisch kader voor gezondheidsgegevens inzake verzekeringen.

Binnen de verzekeringssector is het bovendien niet steeds gemakkelijk om algemene wetten of wetsbepalingen zoals respectievelijk de wet op de patiëntenrechten en het medisch beroepsgeheim in dit domein toe te passen. Aan de hand van twee voorbeelden worden deze moeilijkheden geïllustreerd:

- De wet patiëntenrechten verleent een patiënt het recht om een tussenkomst van een beroepsbeoefenaar (bv. een arts) te weigeren. Indien een patiënt dit recht in het kader van (private) verzekeringsgeneeskunde zou uitoefenen, dan kan dit tot gevolg hebben dat zijn verzekeringsaanvraag geweigerd wordt of het verzekeringscontract niet kan worden uitgevoerd. Gelet op deze negatieve gevolgen is de uitoefening van het recht op weigering dus beperkt in het kader van verzekeringen.
- Een (kandidaat-)verzekerde kan op vraag van een verzekeringsonderneming zijn behandelend arts verzoeken om medische verklaringen af te leveren. Indien deze behandelend arts omwille van zijn medisch beroepsgeheim weigert deze verklaringen voor de verzekeringsonderneming af te leveren, dan kan het zijn dat zijn patiënt geen verzekeringscontract of vergoeding voor een schadegeval van de verzekeringsonderneming zal krijgen. Gelet op het financiële nadeel dat de patiënt hierdoor kan lijden, zou er een vertrouwensbreuk tussen de patiënt en zijn behandelend arts kunnen ontstaan indien de behandelend arts zich in het kader van verzekeringen wil beroepen op het medisch beroepsgeheim.

Om **meer duidelijkheid en rechtszekerheid** te creëren, kan een **specifieke wet** voor gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen een oplossing bieden. Deze specifieke wet, die ingebed is in de algemene wetgeving en de grondrechten respecteert, moet onder andere de volgende zaken regelen:

- verduidelijking omtrent de toepassing van patiëntenrechten, het medisch beroepsgeheim, discretieplicht en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij verzekeringen;
- de afbakening van welke gezondheidsgegevens verzekeringsondernemingen mogen verwerken en op welke manier zij dat mogen doen: dit behelst onder meer de mededelingsplicht, het verbod op het verwerken van genetische gegevens, definiëring van de vage begrippen in de wet op de landverzekeringsovereenkomst, de inhoud van medische vragenlijsten en onderzoeken, ...
- de rechtsverhoudingen tussen alle betrokken actoren: (kandidaat-)verzekerden, de nabestaanden van de verzekerde, de verzekeringsonderneming, de adviserende artsen, de behandelend arts van de kandidaat-verzekerde, de dossierbeheerders, ...;
- de rol, officiële benaming en taken van adviserende artsen van verzekeringsondernemingen;
- de regels voor (minnelijke) medische expertises bij verzekeringsgeschillen;
- ...

¹⁴ D. GOUZEE, "Jugement a l'encontre de ING Insurance, FORTIS et DKV" in *Principium*, 2003, n° 8, pp. 9-15

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt de totstandkoming van één specifieke wet voor gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen.

3.1.2 Duidelijke definities

Artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst bepaalt het volgende:

*“De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afleveren die voor het sluiten of het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de **huidige gezondheidstoestand**. Deze verklaringen mogen uitsluitend aan de adviserend arts van de verzekeraar worden bezorgd. Deze mag de verzekeraar **geen informatie geven die niet-pertinent is** gezien het risico waarvoor de verklaringen werden opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde. Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst, kan slechts steunen op de **voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand** van de kandidaat-verzekerde en niet op **technieken van genetisch onderzoek** die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen.*

*Mits de verzekeraar aantoont de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de **doodsoorzaak**.*

Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, bezorgt de adviserend arts de geneeskundige verklaringen, op hun verzoek, terug aan de verzekerde of, in geval van overlijden, aan zijn rechthebbenden.”

Verskillende begrippen in artikel 95 zijn niet gedefinieerd wat leidt tot onduidelijkheid en interpretatieverschillen. Het gaat over de begrippen:

- **beschrijving van de huidige gezondheidstoestand**
Een behandelend arts moet zich in zijn verklaringen die zijn patiënt in het kader van een verzekering aan hem vraagt, beperken tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand.
Onduidelijkheden en opmerkingen: Moet een behandelend arts het begrip 'huidig' zeer eng interpreteren? Zo ja, overtreedt hij de wet indien hij ook bepaalde (recente) medische antecedenten vermeld in zijn medische verklaringen of mogelijke evoluties van een huidige gezondheidsprobleem? Is de behandelend arts in staat om te oordelen of bepaalde gezondheidsgegevens al dan niet pertinent zijn voor een verzekeringsonderneming? De behandelend arts mag in zijn verklaringen over de huidige gezondheidstoestand van zijn patiënt immers enkel pertinente informatie voor de verzekeringsonderneming vrijgeven.
- **voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand**
De verzekeringsonderneming mag zich in het medisch onderzoek dat voor het sluiten of het uitvoeren van het verzekeringscontract noodzakelijk is enkel steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand.
Onduidelijkheden en opmerkingen: Wanneer begint de voorgeschiedenis van iemand zijn huidige gezondheidstoestand? In hoeverre is een vroeger behandeld gezondheidsprobleem (bv. een depressie of kanker) bijvoorbeeld nu nog pertinent voor de huidige gezondheidstoestand? Mag een verzekeringsonderneming überhaupt vragen naar

behandelde/genezen gezondheidsproblemen of verkregen informatie hieromtrent gebruiken?

- **technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen**

Het is voor de verzekeringsonderneming verboden om in hun medisch onderzoeken technieken van genetisch onderzoeken die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen, te gebruiken.

Onduidelijkheden en opmerkingen: Welke technieken kunnen hier allemaal onder vallen? (Uit een banaal bloedonderzoek of vragen over familieleden kunnen bijvoorbeeld ook al genetische informatie gedestilleerd worden). Is er geen nood aan een betere afbakening?

- **doodsoorzaak**

Indien er een voorafgaande uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde bestaat en de verzekeringsonderneming kan die toestemming aantonen, dan kan de behandelend arts een verklaring van de doodsoorzaak overhandigen aan de adviserende arts van de verzekeringsonderneming.

Onduidelijkheden en opmerkingen: Betreft dit louter de medische oorzaak in strikte zin (bv. longkanker of hartinfarct) of ook de factoren die tot die medische oorzaak geleid hebben (bv. roken of alcoholmisbruik)? Deze vraag is niet onbelangrijk aangezien verzekeringsondernemingen op basis van uitsluitingen in het verzekeringscontract (bv. uitsluiting van schadegevallen omwille van alcoholmisbruik) of het opzettelijk verzwijgen van informatie op een medische vragenlijst (bv. het hebben verzwegen van rookgedrag) kunnen weigeren om een vergoeding uit te keren. Indien de behandelend arts van de overleden verzekerde ook de factoren die van invloed waren op het overlijden op de verklaring van de doodsoorzaak vermeldt dan kan de behandelend arts in bepaalde gevallen de nabestaanden van de overlevende dus in moeilijkheden brengen.

Aangezien het opvragen van informatie over de doodsoorzaak vaak een manier voor de verzekeringsonderneming is om in het verleden van de overledene te wroeten, pleit het Vlaams Patiëntenplatform om het begrip verklaring in de 'enge' zin te beschouwen. Verklaring wijst o.i. dus louter op de medische oorzaak. Deze visie wordt tevens ondersteund door het advies van 25 november 2006 van de Nationale Raad van Orde van geneesheren¹⁵ en het antwoord op de parlementaire vraag van mevrouw Lahaye-Battheu¹⁶ of een adviserende arts van een verzekeringsmaatschappij via een verwant inzage kan krijgen in het medisch dossier van een overledene.¹⁷

Het gebrek aan definities zorgt voor mogelijke inbreuken op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de (kandidaat-)verzekerde, een te ruime interpretatiemarge voor

¹⁵ NATIONALE RAAD VAN DE ORDE VAN GENEESHEREN, "Advies van 25 november 2006. Inzage van het medisch dossier van een overledene door de raadgevend arts van een verzekeringsmaatschappij" in *T. Orde Geneesh.* 2006, afl. 115, 3.

¹⁶ *Vr. en Antw.* Kamer 2006 - 07, 13 februari 2007, 11 (Vr. nr. 13825 S. LAHAYE-BATTHEU)

¹⁷ Antwoord van de minister: "(...) de Wet op de patiëntenrechten heeft de informatie die een verzekeringsmaatschappij mag bekomen sterk beperkt. In casu kan zij slechts informatie bekomen over de doodsoorzaak op het ogenblik van het overlijden en niet over de voorgeschiedenis van de patiënt. Het recht op inzage door de verwanten via een beroepsbeoefenaar kan niet als achterpoortje gebruikt worden voor raadgevende artsen van verzekeringsmaatschappijen om kennis te nemen van het gehele medische dossier. Er is hier sprake van een onaanvaardbaar belangenconflict."

verzekeringsondernemingen, potentiële deontologische problemen en gewetensproblemen voor behandelend artsen, ...

Ter illustratie enkele cases uit de praktijk:

Een patiënt met multiple sclerose (MS) wil in het kader van zijn hypothecaire lening een schuldsaldoverzekering afsluiten. Op vraag van zijn verzekeringsonderneming bezorgt hij aan zijn neuroloog een vragenlijst over zijn ziekte. Deze vragenlijst bevat o.a. uitgebreide vragen over de evolutie en verwickelingen van zijn multiple sclerose, laboratoriumgegevens, resultaten van oogonderzoeken, de aanwezigheid van mictieproblemen, ... De neuroloog vindt deze vragenlijst verregaand en vraagt zich af de verzekeringsonderneming dit alles zo maar mag opvragen.

Een patiënt, die recent werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, moet voor de uitvoering van zijn hospitalisatieverzekeringcontract een medisch verslag van haar behandelend psychiater bezorgen. De psychiater overhandigt het volledige verslag van de ziekenhuisopname. Dit verslag is zeer gedetailleerd en bevat veel persoonlijke informatie over het privéleven van de patiënt. De patiënt betreurt dat haar psychiater weigert om een beknopter verslag met enkel pertinente informatie voor de verzekeringsonderneming op te stellen. Zij vraagt zich af wat zij hiertegen kan ondernemen.

Patiënt X, die een hersenaandoening heeft, wenst een hospitalisatieverzekering af te sluiten. De adviserende arts van de verzekeringsonderneming vraagt over deze voorafbestaande aandoening een medisch verslag met etiologische diagnose, lokalisaties en uitbreiding, uitslagen van de oppuntstellingen, ziekte-evolutie, gevolgde behandeling en eventuele ingrepen, medisch attest betreffende de huidige toestand met vermelding van de eventuele restletsels en prognose. De sociale dienst van ziekenhuis A schrikt van de hoeveelheid informatie die de patiënt via zijn behandelend arts moet opvragen. De sociale dienst informeert of het wettelijk is om naar deze ruime informatie te verzoeken?

Aangezien het op zijn minst voor discussie vatbaar is welke gezondheidsgegevens voor de verzekeringsonderneming pertinent zijn en welke gezondheidsgegevens vallen onder de noemer (voorgeschiedenis van de) huidige gezondheidstoestand, biedt artikel 95 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst geen klare antwoorden op de vragen uit bovenstaande cases.

Ten slotte willen we er op wijzen dat behandelend artsen vaak niet of onvoldoende op de hoogte zijn van het juridisch kader van gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen. Zo haalt dr. Lieven Wostyn¹⁸ bijvoorbeeld aan dat verzekeringsondernemingen gebruik maken van de gebrekkige kennis van artsen. Verzekeringsondernemingen trachten op een sluwe manier, o.a. via voorgedrukte vragenlijsten, meer gegevens te krijgen over de gezondheidstoestand van de patiënt om zo niet te moeten betalen.

In de opleiding en navorming van behandelend artsen zou er dan ook best de nodige aandacht aan besteed worden zo dat artsen op een correcte manier vragen van hun patiënten of de nabestaanden van die patiënten correct en dus binnen de grenzen van de geldende wetgeving en deontologie kunnen afhandelen.

¹⁸ L. WOSTYN, *Het overmaken van medische gegevens na het overlijden van de patiënt*, Gent, Story Publishers, 2011

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt een duidelijke definiëring van de begrippen die als doel hebben om gezondheidsgegevens, die verzekeringsondernemingen mogen opvragen, te begrenzen. In het huidige juridisch kader betreft dit de begrippen (voorgeschiedenis van de) huidige gezondheidstoestand, technieken van genetisch onderzoek en doodsoorzaak.

3.1.3 De problematiek van symptomen

Voor ziekteverzekeringen (o.a. hospitalisatieverzekeringen, verzekeringen gewaarborgd inkomen, ...) geldt er een specifieke regeling omtrent symptomen die bij de afsluiting van het verzekeringscontract aanwezig waren.

Artikel 138bis § 5 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst bepaalt het volgende:

*“Zodra een **termijn van twee jaar** verstreken is te rekenen van de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op artikel 7 met betrekking op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening waarvan de **symptomen** zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar. De verzekeraar kan zich niet beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst nog op geen enkele wijze had gemanifesteerd.”*

Concreet houdt dit het volgende in:

Gedurende 24 maanden na de aansluiting tot een private ziekteverzekering blijft de betrokkene in een onzekere situatie omdat een verzekeraar de dekking kan weigeren of beperken wanneer er zich in die periode een ziekte of aandoening manifesteert. Dat een verzekeringnemer verplicht is om een ziekte of aandoening mee te delen waarvoor reeds een duidelijke diagnose is gesteld, is vanzelfsprekend. Dat is veel minder het geval voor ziektes waarvan er zich misschien al onduidelijke symptomen hebben geuit, zonder dat hij er zich rekenschap van geeft of waarvan een arts nog niet het verband heeft gelegd met een bepaalde ziekte laat staan de ziekte die achteraf door de verzekeraar wordt ingeroepen. Daarenboven kan er een hele discussie ontstaan of bepaalde symptomen al dan niet een voorbode zijn van een later vastgestelde aandoening of een ziekte.

Twee voorbeelden:

Januari 2012: Mevrouw X heeft regelmatig last van hoofdpijn. Er wordt geen diagnose van een specifieke aandoening gesteld. De vrouw heeft een drukke job en de hoofdpijn is volgens de behandelend arts mogelijk gewoon te wijten aan stress.

Augustus 2012: Mevrouw X sluit aan een hospitalisatieverzekering af.

September 2013: Er wordt een hersentumor bij mevrouw X vastgesteld. De verzekeraar oordeelt dat er al symptomen van de ziekte aanwezig waren (met name hoofdpijn) en sluit daarom alle kosten die met hersentumor te maken hebben uit.

Een persoon krijgt op een bepaald ogenblik last van een vertroebeld zicht, maar de oogarts vindt niets abnormaal. Voor de rest heeft hij geen gezondheidsklachten. Anderhalf jaar na het afsluiten van een hospitalisatieverzekering krijgt de verzekerde een diagnose van MS door een neuroloog. De hospitalisatieverzekeraar weigert tussen te komen omdat deze beweert dat het vertroebeld zicht een symptoom was van MS. De verzekerde ervaart dit als onrechtvaardig. Zijn oogprobleem van vóór de afsluiting van het verzekeringscontract werd immers niet gelieerd aan een ziekte of aandoening. Voorts kunnen bepaalde oogklachten wel een voorbode zijn van MS, maar dat is zeker niet steeds het geval en dus niet enkel medisch maar ook en vooral juridisch betwistbaar.

Om de problematiek van het vage begrip symptomen en de conflicten die eruit kunnen voortvloeien te vermijden, zijn er verschillende mogelijke oplossingen:

OPLOSSING	UITLEG
1) Schraping van artikel 138bis-5 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst en aanpassing van artikel 5	<p>De meest simpele oplossing bestaat er in om de specifieke regeling voor symptomen in de wetgeving te schrappen.</p> <p>Hiervoor kan inspiratie worden gehaald uit het <i>“wetsvoorstel van 8 december 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst voor wat de mededelingsplicht betreft”</i> van K. Lalieux en A. Vanheste (DOC 53 0938/001):</p> <p>Dit wetsvoorstel wenst de mededelingsplicht (artikel 5 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst) aan te passen en pleit er voor dat verzekeraars enkel rekening mogen houden met reeds gediagnosticeerde ziekten of aandoeningen.</p>
2) Inkorting van de termijn van 2 jaar	<p>Ziekteverzekeraars hebben momenteel tot 2 jaar na de aansluiting de mogelijkheid om een gediagnosticeerde ziekte op basis van ingeroepen voorafbestaande symptomen in het verzekeringscontract uit te sluiten of de dekking ervan te beperken. Deze periode van 2 jaar zorgt voor een lange onzekerheid voor de verzekerden.</p> <p>Naar analogie met de regeling van levensverzekeringen (zie artikel 99 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst en artikel 10 § 1 van het KB van 14 november 2003¹⁹) zou deze termijn van 2 jaar, dat ziektekostenverzekeraars een voorafbestaande aandoening kunnen betwisten, teruggebracht kunnen worden naar 1 jaar (met uitzondering van situaties waar de verzekeraar naar behoren kan aantonen dat de kandidaat-verzekerde ter kwader trouw informatie verzwegen heeft).</p>
3) Minnelijke beroepsprocedure tegen de uitsluiting of beperking	<p>Om langdurige en dure rechtszaken in verband met betwistingen over de uitsluiting of de beperking van</p>

¹⁹ Koninklijk Besluit van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit

<p>van een ziekte/aandoening op basis van symptomen</p>	<p>bepaalde waarborgen in ziekteverzekeringen op basis van symptomen (artikel 138bis-5) te vermijden, zou een minnelijke en gratis beroepsprocedure voorzien kunnen worden tegen de beslissing van de verzekeraar. Hiervoor dient niet per se een nieuw orgaan opgericht te worden.</p> <p>Deze taak zou kunnen opgenomen worden door de reeds bestaande Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering²⁰. Dit orgaan kent zijn oorsprong in artikel 138bis-6 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst en is ook al bevoegd verklaard voor artikel 138ter-10 van diezelfde wet.</p>
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt dat bij het afsluiten van een (ziekte)verzekering enkel rekening mag gehouden worden met onbetwistbare diagnoses en niet met symptomen. Andere mogelijkheden zijn de inkorting van de termijn van 2 jaar en/of een minnelijke beroepsprocedure tegen de uitsluiting of beperking van een ziekte/aandoening op basis van voorafbestaande symptomen.

3.2 De rol van de adviserend artsen van verzekeringsondernemingen

Verzekeringsondernemingen laten zich voor de verwerking van gezondheidsgegevens voor het afsluiten of het uitvoeren van een verzekeringscontract adviseren door artsen. Deze artsen adviseren de verzekeringsonderneming bijvoorbeeld over gezondheidsrisico's bij verzekeringsaanvragen, de oorzaak en ernst van lichamelijke schadegevallen, ...

Artsen, die voor verzekeringsonderneming werken, kennen diverse benamingen. Voorts ontbreekt het deze artsen aan een specifiek statuut.

Om de kwaliteitsvereisten, de taak- en rolbepaling, de deontologie, ... van deze artsen te verduidelijken, is er nood aan een eenduidige benaming(en) en een eigen statuut.

3.2.1 Eenduidige benaming(en)

Er bestaan **verschillende termen** voor artsen die voor verzekeringsondernemingen werken. In medische vragenlijsten of verzekeringspolissen vindt men benamingen als raadsgeneesheer, geneesheer-adviseur, geneesheer-raadsheer, ... terug.

Omdat er geen specifiek statuut voor deze artsen voorhanden is, ontbreekt het aan een officiële en dus ook eenduidige benaming. In deze nota kiezen we ervoor om de term adviserende arts van de verzekeringsonderneming te gebruiken. *(Deze term staat opgenomen in artikel 95 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst, maar wordt niet gedefinieerd).*

Een adviserende arts kan **vast in dienst** voor een verzekeringsonderneming werken of hij kan **op zelfstandige basis** opdrachten voor één of meerdere verzekeringsondernemingen uitvoeren.

²⁰ Zie <http://www.ombudsman.as/nl/service/commission.asp>

Daarnaast kan er ook een verschil gemaakt worden tussen enerzijds artsen die de verzekeringsonderneming adviseren op basis van **schriftelijke stukken** zoals medische vragenlijsten, verklaringen van behandelend artsen, verslagen van onderzoeken van expertise-artsen, ... en anderzijds artsen die (kandidaat-)verzekerden **fysiek zien** en bij hen een **onderzoek** uitvoeren.

Omtrent dit laatste verschil wordt er in Nederland bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt tussen een keurende arts en een geneeskundig adviseur²¹:

-Keurende arts: de geneeskundige die een medisch onderzoek verricht in opdracht van de verzekeraar en hierover rapporteert aan de geneeskundig adviseur. (Protocol Verzekeringskeuringen art. 1 d.)

-Geneeskundig adviseur: de geneeskundige die de verzekeraar adviseert omtrent de medische acceptatie van de (aspirant-)verzekerde. (Protocol Verzekeringskeuringen art. 1 e.).

Ook in België kunnen verzekeringsmaatschappijen gebruik maken van enerzijds **adviserende artsen** en anderzijds **adviserende expertiseartsen** die vergelijkbaar zijn met respectievelijk de geneeskundig adviseur en keurende arts in Nederland. Hoe de taakverdeling in België tussen de adviserende arts en adviserende expertiseartsen in de praktijk verloopt bestaat echter weinig duidelijkheid en informatie over. In de uitwerking van een eenduidige benaming(en) en een statuut voor adviserende artsen dient er best rekening gehouden te worden tussen deze twee soorten artsen die voor verzekeringsondernemingen kunnen werken.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt (een) eenduidige benaming(en) voor artsen die verzekeringsondernemingen adviseren.

3.2.2 Statuut

Welke de **exacte rol en taken** van adviserende (expertise)artsen van verzekeringsondernemingen zijn, is nergens in wet- of regelgeving vastgelegd.

Sinds 22 januari 2007 bestaat er wel het *Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten in de verzekerings-geneeskunde en de medische expertise*. Dit ministerieel besluit bepaalt o.a. de **opleidingsvereisten** waaraan geneesheren-specialisten in verzekeringsgeneeskunde moeten voldoen om erkend te worden. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en deskundigheid is het uiteraard een goede zaak dat de erkenning van onder andere adviserende (expertise)artsen van verzekeringsondernemingen tegenwoordig afhankelijk wordt gesteld van een tweejarige universitaire opleiding met een verplichte stage en de publicatie van een wetenschappelijk werk.

Het ministerieel besluit lost evenwel niet alle onduidelijkheden over adviserende (expertise)artsen op. Het besluit is bovendien ook algemeen in die zin dat het besluit betrekking heeft op meerdere types artsen zoals ook adviserend geneesheren van ziekenfondsen en bijstandsgeneesheren voor medische expertises.

Een helder en afgebakend **statuut** specifiek voor adviserende (expertise)artsen van verzekeringsondernemingen moet naast vereisten inzake opleiding ook de volgende elementen vastleggen:

²¹ Zie Protocol Verzekeringskeuringen (ingevoerd door artikel 9 van de Wet op de medische keuringen)

- de rol en taken van de adviserende (expertise)artsen;
- de onafhankelijkheid van de arts om adviezen te geven;
- transparantie over welke (verschillende) verzekeringsondernemingen de arts werkzaam is;
- (andere) deontologische en ethische richtlijnen;
- ...

Het dient ook voor iedereen klaar en duidelijk te zijn dat adviserende artsen een belangrijke rol inzake privacybescherming ten aanzien van (kandidaat-) verzekerden hebben. Enkel zij kunnen medische verklaringen behandelen. Adviserende artsen hebben naar de verzekeringsonderneming en haar personeelsleden zoals dossierbeheerders, actuarissen, ... een filterfunctie te vervullen zodat deze personeelsleden voor hun taak enkel de noodzakelijke informatie over de gezondheidstoestand van de (kandidaat-)verzekerde verkrijgen. Dossierbeheerders, actuarissen, ... kunnen - zoals artikel 7 §4 van de privacywet voorschrijft - enkel onder verantwoordelijkheid van de adviserend arts gezondheidsgegevens verwerken.²²

Dat een verzekeringsarts voor meerdere maatschappijen werkt, hoeft in principe geen probleem te zijn. Het vereist dan wel transparantie²³ over welke artsen voor welke maatschappijen opdrachten uitvoert alsook ethische correctheid. Zo kan het niet dat een adviserend arts de gegevens over een (kandidaat-) verzekerde van de ene verzekeringsmaatschappij officieus meeneemt naar de andere verzekeringsmaatschappij voor wie de arts ook werkt. Ethische correctheid impliceert dat adviserende artsen verzekeringsdossiers over een (kandidaat-)verzekerde waarin zij reeds betrokken zijn geweest bij een andere verzekeringsonderneming niet behandelen. Het Vlaams Patiëntenplatform heeft al getuigenissen ontvangen over gevallen waarbij deze ethische correctheid niet gerespecteerd werd.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt een specifiek statuut voor adviserende (expertise)artsen van verzekeringsondernemingen.

3.3 Medische onderzoeken

Verzekeringsondernemingen hebben voor meerdere types verzekeringen nood aan gezondheidsgegevens om het risicoprofiel van een kandidaat-verzekerde in te schatten of een lopend verzekeringscontract te kunnen uitvoeren.

Deze gezondheidsgegevens bekomen ze in eerste instantie rechtstreeks van de (kandidaat-) verzekerde zelf. De (kandidaat-)verzekerde ondertekent bijvoorbeeld een gezondheidsverklaring, vult een medische vragenlijst in of hij laat zich onderzoeken door een adviserende expertise-arts.

Volgende wet- en regelgeving is hierbij onder andere van toepassing:

- Een kandidaat-verzekerde is verplicht om spontaan alle relevante en hem bekende gegevens die, hij redelijkerwijs als belangrijk voor de inschatting van zijn risicoprofiel kan beschouwen, mee te delen aan de verzekeringsonderneming.

²² T. DE GROOTE, "Annulatieverzekering en medisch beroepsgeheim altijd verenigbaar" in *Verzekeringnieuws*, nr. 15, jaargang 29, 15 - 19 april 2013

²³ Ter inspiratie voor de verzekeringssector: zie M. LAMBERT c.s., *Wetsvoorstel tot versterking van de geloofwaardigheid, de transparantie en de onafhankelijkheid van de beslissingen op het vlak van de volksgezondheid*, 6 februari 2012, DOC 53 2041/001

- Medische vragenlijsten zijn onderworpen aan de privacywetgeving. Dit houdt in dat de vragen in deze lijsten toereikend, ter zake dienend en niet overmatig moeten zijn.
- De wet op de patiëntenrechten geldt niet enkel voor klinische geneeskunde maar ook voor verzekeringsgeneeskunde: bijvoorbeeld in het geval van (kandidaat-)verzekerden die op onderzoek moeten gaan bij een adviserend (expertise)arts van een verzekeringsmaatschappij.

In dit onderdeel over medische onderzoeken worden oplossingen voorgesteld om de moeilijkheden van en mogelijke inbreuken tegen deze wet- en regelgeving voor medische onderzoeken bij private verzekeringen aan te pakken. Deze oplossingen hebben betrekking op de gewenste wijziging van een spontane mededelingsplicht naar een vraaggestuurde mededelingsplicht, de invoering van standaard medische vragenlijsten die conform de privacywetgeving zijn en de praktische invulling van patiëntenrechten bij (private) verzekeringsgeneeskunde.

3.3.1 Invoering van een vraaggestuurde mededelingsplicht

Artikel 5 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst houdt het volgende in:

*De verzekeringnemer is **verplicht** bij het sluiten van de overeenkomst **alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen** die hij **redelijkerwijs** moet beschouwen als **gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico** door de verzekeraar. Hij moet de verzekeraar echter geen omstandigheden meedelen die deze laatste reeds kende of redelijkerwijs had moeten kennen. Genetische gegevens mogen niet worden meegedeeld. Indien op sommige schriftelijke vragen van de verzekeraar niet wordt geantwoord en indien deze toch de overeenkomst heeft gesloten, kan hij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op dat verzuim beroepen.*

Deze mededelingsplicht bepaalt dat de verzekeringsnemer verplicht is om de verzekeraar **spontaan, correct en volledig** in te lichten over het te verzekeren aangeboden risico.

De **spontane mededelingsplicht** geeft in de praktijk soms aanleiding tot **discussies** tussen verzekeraars en verzekerden omtrent informatie die door de patiënt bij het afsluiten van de verzekering al dan niet opzettelijk zou zijn verzwegen. Het is voor de consument echter moeilijk om over alles wat zijn gezondheid aangaat gedetailleerd op de hoogte te zijn. Bovendien weet hij niet steeds welke informatie redelijkerwijs relevant is voor de verzekeraar en hij dus spontaan moet meedelen. Het invullen van een gezondheidsverklaring en/of medische vragenlijst volstaat niet om aan de spontane mededelingsplicht volledig voldaan te hebben. Ook relevante gezondheidsgegevens waarnaar niet wordt gevraagd in zulke verklaringen of vragenlijsten, moet de kandidaat-verzekerde spontaan meedelen.

Omdat een kandidaat-verzekerde **leek** is in het domein van verzekeringen en medische wetenschap, zou het beter zijn om de spontane mededelingsplicht om te buigen naar een **vraaggestuurde mededelingsplicht**. Dit betekent dat het de verantwoordelijkheid van de verzekeraar wordt om duidelijke vragen aan de kandidaat-verzekerde te stellen.

Op deze manier moet de kandidaat-verzekerde zich geen zorgen maken over bepaalde informatie waar hij op het moment van het ondertekenen van de verzekeringspolis geen weet van heeft of waarvan hij redelijkerwijs meent dat ze niet relevant is. In de huidige situatie zou de verzekeraar deze informatie later tegen hem kunnen gebruiken. Dit omdat hij zijn spontane mededelingsplicht zogenaamd niet

correct zou nagekomen zijn. Een vraaggestuurde mededelingsplicht impliceert daarentegen dat het aan de verzekeraar is om vast te stellen of hij zich voldoende geïnformeerd heeft bij de kandidaat-verzekerde om het verzekeringsrisico te kunnen vaststellen.

Een vraaggestuurde medelingsplicht is zeker niet uitzonderlijk in de verzekeringssector. **Internationale vergelijkingen** leren ons bijvoorbeeld dat in Frankrijk de spontane mededelingsplicht vervangen werd door een vraaggestuurde mededelingsplicht en dat in Nederland er enkel nog een spontane mededelingsplicht bestaat wanneer er geen medische vragenlijst wordt gebruikt.²⁴ Ook in de Principles of European Insurance Contract Law (PEICL)²⁵ werd een vraaggestuurde mededelingsplicht opgenomen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt de ombuiging van een spontane mededelingsplicht naar een vraaggestuurde mededelingsplicht.

3.3.2 Standaard medische vragenlijsten

Om kandidaat-verzekerden te helpen met hun mededelingsplicht bieden verzekeringsmaatschappijen vaak medische vragenlijsten aan. Deze lijsten zijn zowel belangrijk in het kader van een spontane mededelingsplicht als in het kader van een vraaggestuurde mededelingsplicht.

Medische vragenlijsten bieden kandidaat-verzekerden een betere hulpmiddel om aan hun mededelingsplicht te voldoen dan een beknopte gezondheidsverklaring. De Ombudsman van de Verzekering stelt in haar publicatie *Cijfers en Analyse 2010* hieromtrent het volgende²⁶:

“Op basis van de ontvangen klachten meent de Ombudsman dat, met het oog op een betere transparantie, de formulering en het gebruik van een vereenvoudigde gezondheidsverklaring voor verbetering vatbaar zijn. Zo wordt in bepaalde clausules de verzekerde enkel gevraagd te bevestigen dat hij in goede gezondheid verkeert of niet onder medische behandeling staat. Vanuit het standpunt van de consument is dit echter vaag. Iemand die een bepaalde medicatie neemt, zonder dat er een specifieke medische opvolging is, staat er niet altijd bij stil dat het om een medische behandeling gaat die aan de verzekeraar gemeld moet worden. In een arrest heeft het Hof van Beroep van Antwerpen trouwens bevestigd dat het ondertekenen van een eenvoudige gezondheidsverklaring geen bewijs levert van de slechte trouw van de verzekerde²⁷.”

Het is dus belangrijk dat er **duidelijke vragen** gesteld worden aan de kandidaat-verzekerde zodat hij goed kan inschatten welke gezondheidsgegevens relevant zijn voor de verzekeringsonderneming. De vragen in medische vragenlijsten dienen evenwel de geldende wetgeving te respecteren. Bijvoorbeeld:

- Vragen dienen volgens de privacywetgeving **toereikend, ter zake dienend en niet overmatig** te zijn.

²⁴ S. DEFLOOR, *Het gebruik van medische informatie buiten de gezondheidszorg: medische keuring in het kader van private verzekeringen*, Leuven, juni 2013, p. 295

²⁵ Na tien jaar academisch werk van een studiegroep werden deze beginselen in 2009 aangenomen. Het doel van de PEICL is om de Europese wetgever te voorzien van een model dat ontworpen is om de bestaande belemmeringen voor een ééngemaakte Europese verzekeringsmarkt te overwinnen. Het is een optioneel instrument dat partijen in het kader van internationale verzekeringsovereenkomsten kunnen gebruiken.

²⁶ Ombudsman van de Verzekeringen, *Cijfers en Analyse 2010*, p. 51
http://www.ombudsman.as.ni/documents/Rapport_Ombudsman_2010.pdf

²⁷ Antwerpen, 20 mei 2009, A.R. 2008/522, onuitgeg.

- De wet op de landverzekeringsovereenkomst (artikel 5 en 95) legt een **verbod** op om (direct of indirect) naar **genetische informatie** te vragen.
- Contact tussen een behandelend arts en een adviserende arts kan niet rechtstreeks. Dit contact moet **steeds via de (kandidaat-)verzekerde** verlopen (artikel 95 wet op de landverzekeringsovereenkomst).

Uit een analyse van medische vragenlijsten van het Vlaams Patiëntenplatform eind 2008 - begin 2009 bleek dat sommige vragen in medische vragenlijsten mogelijk niet conform de privacy- en verzekeringswetgeving of zelfs illegaal waren. Enkele voorbeelden:

Vraag	Opmerking
<i>-Kent u in uw familie (vader, moeder, broers, zusters) gevallen van tuberculose, suikerziekte, vallende ziekte, hypertensie, zenuw- of geestesziekte, zelfmoord, hartaandoeningen? Specifieer de verwantschap, de ziekte en desgevallend de leeftijd bij overlijden</i>	Er kunnen 2 redenen worden aangehaald waarom deze vraag illegaal is: 1) de privacywetgeving stelt dat het verboden is om informatie over derden te vragen en 2) er kan geargumenteed worden dat door te vragen naar familiale antecedenten, men genetische gegevens kan afleiden. Er geldt een wettelijk verbod voor verzekeraars om genetische informatie te vragen.
<i>-Werd u reeds geweigerd voor een verzekering? Zo ja, door welke maatschappij?</i>	Aangezien iedere verzekeringsonderneming zijn eigen acceptatiebeleid heeft, betreft dit een overmatige vraag die de privacy van de kandidaat-verzekerde schendt. De kandidaat-verzekerde moet kunnen rekenen op een onafhankelijke beoordeling van zijn verzekeringsaanvraag door een andere verzekeringsmaatschappij.
<i>-Naam & adres van uw huisarts</i>	De verzekeringsonderneming dient iedere communicatie met een behandelend arts via de kandidaat-verzekerde te laten plaatsvinden. Om die reden is het overbodig en mogelijk illegaal om de identiteit en het adres van de huisarts op te vragen. De verzekeraars mag de huisarts immers niet rechtstreeks contacteren.
<i>-Hebt u zich reeds onderworpen aan een AIDS-test? Wanneer? Waar? Wat was het resultaat?</i>	Dat een kandidaat-verzekerde moet meedelen of hij hiv of AIDS heeft, is in bepaalde persoonsverzekeringen een rechtmatige vraag voor de risico-inschatting door de verzekeraar. Meedelen of hij ooit een AIDS-test heeft ondergaan die mogelijk negatief was, kan daarentegen als excessief en dus als een inbreuk op de privacy beschouwd worden.
<i>-Bent u momenteel in goede gezondheid?</i>	Deze vraag is zeer subjectief en ze is voor kandidaat-verzekerde moeilijk om medisch correct en volledig te kunnen beantwoorden. Het betreft daarom een overmatige vraag.

De laatste jaren zijn er initiatieven genomen om de medische vragenlijsten te verbeteren. Zo publiceerde Assuralia, de koepel van verzekeringsondernemingen, in 2009 de folder “*Lijst met medische standaardvragen die de verzekeringsonderneming aan kandidaat-verzekerden stelt*”. Deze folder werd in 2012 aangepast.²⁸ Assuralia wil met deze niet-limitatieve lijst van modelvragen haar leden aansporen om kwaliteitsvolle vragenlijsten te gebruiken. Het is evenwel niet de bedoeling van Assuralia om de vragen van de lijst verplicht te maken. Verzekeringsondernemingen kunnen nog steeds verschillende of andere vragenlijsten hanteren. Zij kunnen met andere woorden zelf kiezen welke vragen ze allemaal stellen, hoe ze die vragen stellen en of ze de lijst van Assuralia willen volgen of niet.

Ondanks dit prijzenswaardige initiatief vanuit de verzekeringssector, betreurt het Vlaams Patiëntenplatform het vrijblijvende karakter ervan. Zij pleit voor de verplichting van **uniforme standaard vragenlijsten** met duidelijke vragen die volledig conform de geldende wetgeving zijn.

De wet die toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico wil verbeteren - de zogenaamde **wet Partyka**²⁹ - wil weldra³⁰ voor het eerst in België zo een standaard medische vragenlijst opleggen. Deze vragenlijst zal echter enkel gelden voor schuldsaldoverzekeringen. Het gebruik van een standaard medische vragenlijst dient ons inziens best uitgebreid te worden naar alle soorten verzekeringen waarvoor deze vragenlijsten relevant zijn (o.a. hospitalisatieverzekeringen, inkomensverzekeringen, uitvaartverzekeringen, ...). Het staat de verzekeringsonderneming bij een standaard medische vragenlijst vrij om minder vragen te stellen dan in de standaardlijst, maar in geen geval meerdere of anders verwoorde vragen.

In de zaak van Assuralia tegen de wet Partyka, oordeelde het Grondwettelijk Hof dat een standaard medische vragenlijst geen afbreuk doet aan de door Assuralia ingeroepen vrijheid van handel en nijverheid. Dergelijke vrijheden zijn niet absoluut. In haar arrest verwees het Grondwettelijk Hof onder andere naar artikel 8 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Dit artikel houdt niet alleen een verbod in op willekeurige inmengingen in het privé- en gezinsleven, maar eveneens een verplichting voor de verdragstaten om de nodige maatregelen te nemen met het oog op het verzekeren van het effectieve genot van het privé- en gezinsleven. Artikel 22, tweede lid, van de Belgisch Grondwet bevat een soortgelijke positieve verplichting. Het Grondwettelijk Hof is van oordeel dat het hanteren van medische vragenlijsten bij het bepalen van het verzekeringsrisico en verzekeringspremie een inmenging vormt in het recht op eerbiediging van het privéleven van kandidaat-verzekerden. Volgens het Grondwettelijk Hof verhindert een reglementering van deze vragenlijsten door de wetgever niet de noodzaak van de verzekeraar om het gezondheidsrisico te (kunnen) bepalen.³¹

Op basis van een ingevulde medische vragenlijst worden er daarnaast soms **bijkomende vragenlijsten** gehanteerd om meer informatie over een meegedeelde ziekte of aandoening te bekomen. Gelet op het grote aantal pathologieën is het moeilijk om voor elke ziekte of aandoening ook een uniforme vragenlijst op te stellen. Toch is belangrijk dat de vragen in deze bijkomende vragenlijsten over ziekten of aandoeningen toereikend, ter zake dienend en niet overmatig zijn. Verzekeringsondernemingen moeten iedere vraag kunnen **motiveren**. Deze motivering wordt best **extern getoetst** door bijvoorbeeld de

²⁸ http://www.assuralia.be/fileadmin/content/documents/publicaties/121116_nl_liste-questions-types.pdf

²⁹ Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft

³⁰ N. TANGHE, ‘Regering werkt aan compensatiekas’ in *De Standaard*, 29 maart 2013

³¹ GwH 10 november 2011, nr. 166/2011

Privacycommissie, het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, de Economische Inspectie en/of het FSMA.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt de invoering van standaard medische vragenlijsten en externe controle op bijkomende pathologiegebonden vragenlijsten.

3.3.3 De toepassing van de wet op de patiëntenrechten

De **wet betreffende de rechten van de patiënt** van 22 augustus 2002 definieert een patiënt als ‘*de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek*’ (art. 2. 1°).

Gezondheidszorg wordt in de wet gedefinieerd als ‘*de diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, **vaststellen**, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden*’ (art. 2. 2°).

Aangezien een medisch onderzoek in het kader van verzekeringen minimaal het vaststellen van de gezondheidstoestand door een beroepsoefenaar (zoals de adviserende arts) is, dient de wet op de patiëntenrechten integraal nageleefd te worden.

Binnen verzekeringen is de **praktische invulling** van de wet op de patiëntenrechten in het kader van (private) verzekeringsgeneeskunde evenwel **niet steeds helder**. Naar analogie met het **Protocol Verzekeringskeuringen³² uit Nederland**, lijkt het ons daarom nuttig om meer klaarheid te scheppen over de rechten die een (kandidaat-)verzekerde bij medische onderzoeken voor verzekeringen heeft.

Verschillende van deze rechten in het Nederlandse Protocol Verzekeringskeuringen worden ook in België voor (kandidaat-)verzekerden door de wet op de patiëntenrechten voorzien, maar in de praktijk kunnen er zich echter problemen voordoen. Het betreft volgende rechten:

Wet Patiëntenrechten (België)	Protocol Verzekeringskeuringen (Nederland)
Recht op informatie	Recht op informatie over het doel en inhoud van de keuring
Recht op inzage in het dossier en recht op een afschrift	Recht op inzage in het dossier en recht op een afschrift
Recht op toestemming of weigering	Recht om medewerking aan een verzekeringskeuring of een onderdeel daarvan op te schorten indien de patiënt van mening is dat de wet geschonden wordt

Het Protocol Verzekeringskeuringen kent bovendien ook twee specifieke rechten toe die ontbreken in het juridische kader voor verzekeringen in België. Deze rechten zouden een meerwaarde betekenen voor de rechten van de (kandidaat-)verzekerde, met name:

- het recht op eerste kennisneming;
- het recht op een onafhankelijke herbeoordeling.

³² Zie Protocol Verzekeringskeuringen (ingevoerd door artikel 9 van de Wet op de medische keuringen)

De aangehaalde rechten worden vervolgens besproken.

Recht op informatie

De patiënt is (meestal) niet vertrouwd met het gegeven 'medisch onderzoek in het kader van verzekeringen' en aan zijn kant rijzen er vaak heel veel vragen. Het is duidelijk dat de patiënt **nood heeft aan schriftelijke én mondelinge informatie** over het hoe en waarom van dat medisch onderzoek en over het verloop en de (mogelijke) consequenties.

Artikel 7 van de wet op de patiëntenrechten kent een recht op informatie toe in een duidelijke en begrijpelijke taal. De patiënt kan erom verzoeken dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd.

Het Vlaams Patiëntenplatform pleit ervoor dat de (kandidaat-)verzekerde op voorhand schriftelijke informatie wordt bezorgd zodat hij alle informatie over het medisch verzekeringsonderzoek reeds thuis kan doornemen.

Artikel 8.2. van het Protocol Verzekeringskeuringen regelt hieromtrent het volgende *“Tijdig voor aanvang van de keuring aan keurling op begrijpelijke wijze schriftelijke informatie wordt gegeven over doel, vragen en onderzoeken, en over diens rechten bij keuringen.”*

De Belgische verzekeringsgeneeskunde kan naast het Nederlandse voorbeeld ook inspiratie putten uit de Belgische arbeidsgeneeskunde. Zo bepaalt artikel 3 § 2 van de wet van 28 januari 2003 betreffende de medische onderzoeken die binnen het kader van de arbeidsverhoudingen worden uitgevoerd het volgende: *“Tien dagen vóór het onderzoek moet aan de werknemer of kandidaat-werknemer, bij een vertrouwelijke en **aangetekende brief**, worden medegedeeld naar welke gegevens wordt gezocht, welk onderzoek wordt uitgevoerd en waarom dat gebeurt.”*

In een recent wetsvoorstel³³ pleit parlementslid Franco Seminara en anderen om het volgende recht in de verzekeringswetgeving op te nemen: *“In geval van een medisch onderzoek met het oog op een voorstel tot schadeloosstelling stelt de verzekeraar of zijn vertegenwoordiger het slachtoffer ten minste vijftien dagen vóór het onderzoek **in kennis** van de identiteit en de kwalificaties van de met de uitvoering belaste arts, van het doel, de datum en de plaats van het onderzoek, alsook van de naam van de verzekeraar namens wie het onderzoek wordt verricht.”* Het wetsvoorstel beperkt zich tot onderzoeken in het kader van schade, maar stelt net als de andere voorbeelden interessante pistes voor om (kandidaat-)verzekerden grondig te informeren.

Omdat schriftelijke informatie alleen niet volstaat, zou er best een **introductiegesprek** tussen de adviserende arts en de patiënt plaatsvinden alvorens het eigenlijke onderzoek plaatsvindt. Tijdens dit gesprek wordt de patiënt nogmaals geïnformeerd over de identiteit van de arts, de rol van de arts, het doel en de inhoud van het medisch verzekeringsonderzoek alsook over de rechten van de patiënt.

In geval van **testen** (bloedafname, urinestaal, ..) moet de arts de patiënt inlichten over het hoe en waarom van die testen. Hij moet de patiënt andere woorden meedelen wat hij uit de test wil afleiden. Op die manier kan de patiënt bovendien verifiëren dat er niet naar genetische informatie wordt gezocht.

³³ F. SEMINARA c.s., *Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*, 9 november 2012, DOC 53 2484/001

Recht op inzage in het patiëntendossier en recht op afschrift

Artikel 7 van het Nederlandse Protocol Verzekeringskeuringen kent aan de (kandidaat-)verzekerde o.a. het recht toe voor inzage in zijn dossier en het recht op een afschrift.

De wet op de patiëntenrechten beschrijft in art. 9 § 2. dat de patiënt recht heeft op inzage in en een afschrift van het hem betreffende patiëntendossier. Adviserende artsen van verzekeringsondernemingen **weigeren in bepaalde gevallen inzage door of een afschrift voor de patiënt** omwille van informatie in het dossier die de patiënt misschien niet verwacht en hard aankomt. *(Bijvoorbeeld het ontdekt hebben van een gezondheidsprobleem, een lage inschatting van de arbeidsongeschiktheid of ernst van een schadegeval, ...)*. De adviserende artsen stellen dan voor om het **dossier aan de behandelend arts te bezorgen** die de informatie vervolgens met zijn patiënt kan bespreken. Zij menen dat de behandelend arts, die een vertrouwensrelatie met zijn patiënt heeft, de informatie in het dossier van de adviserend arts kan verduidelijken en hierdoor mogelijk ook minder confronterend kan maken.

In sommige situaties kan de informatie in het dossier van de adviserende arts zware gevolgen hebben voor de patiënt. Om drama's met betrekking tot slecht nieuws te vermijden of te beperken, kan het inderdaad wenselijk zijn dat het dossier wordt doorgegeven aan de huisarts die de patiënt kan begeleiden in het verwerken van die informatie. Toch moet het duidelijk zijn dat er aan het recht op inzage en afschrift niet zo maar geraakt kan worden. De verzekeringsonderneming en hun arts kunnen de patiënt **louter suggereren** om het dossier via zijn behandelend arts aan hem te bezorgen, maar moeten het respecteren indien de patiënt rechtstreeks inzage wil of een afschrift van het dossier wil ontvangen.

Recht op toestemming en weigering

Het Nederlandse Protocol Verzekeringskeuringen geeft in artikel 6 helder weer dat een (kandidaat-)verzekerde het recht heeft om zijn medewerking aan een medische keuring te **weigeren**, bijvoorbeeld als de keuring niet is toegestaan of als er vragen worden gesteld die niet geoorloofd zijn.

Een Belgische patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en **vrij toe te stemmen** in iedere tussenkomst van een beroepsbeoefenaar (artikel 8 wet op de patiëntenrechten). We hebben het dan meer bepaald over het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie,... verbonden aan de tussenkomst. Zeker met betrekking tot bijvoorbeeld bloed- en urinstalen heeft de patiënt het recht om te weten wat men juist gaat testen en mag de patiënt dit toestemmen of weigeren. Veel patiënten denken dat ze bij een medisch onderzoek in het kader van verzekeringen alles moeten ondergaan en weinig of niet kunnen ingaan tegen bepaalde praktijken. Gezien patiëntenrechten ook van toepassing zijn op een medisch onderzoek door een adviserende arts, is dit dus een misverstand. Hoewel een aantal onderdelen van een medisch onderzoek in het kader van verzekeringen 'standaard' zijn, misstaat een **kritische houding** van de patiënt soms niet. Wanneer deze twijfelt over het nut van bepaalde vragen of onderzoek, moet hij hierover uitleg kunnen en durven vragen. Het Vlaams Patiëntenplatform stelt dat voor medisch onderzoeken in het kader van verzekeringen ook duidelijk moet zijn dat de patiënt vrij is om zijn toestemming of weigering met betrekking tot bepaalde medische onderzoeken kenbaar te maken.

Recht op eerste kennisneming

In Nederland heeft een (kandidaat-)verzekerde het recht om als eerste van het advies van de geneeskundige adviseur in kennis te worden gesteld (artikel 7 Protocol Verzekeringskeuringen). De (kandidaat-)verzekerde kan vervolgens de geneeskundig adviseur verbieden advies uit te brengen aan de verzekeraar. Een aangevraagde verzekering komt dan niet tot stand en een eventueel verleende voorlopige dekking vervalt. Dit zogenaamde **blokkeringsrecht** geldt alleen voor een nieuw te sluiten verzekering, dus niet bij keuringen voor lopende verzekeringen. Indien de (kandidaat-)verzekerde aangeeft dat de verzekering definitief niet tot stand komt en schriftelijk verzoekt de medische gegevens te vernietigen, worden de medische stukken binnen drie maanden na dit verzoek vernietigd.

Het Vlaams Patiëntenplatform is van mening dat de patiënt net zoals in Nederland het recht moet hebben om - indien hij/zij dat wenst - als eerste kennis te nemen van de uitslag en het advies van het medisch onderzoek. Deze kan dan al dan niet zijn toestemming geven om het advies door te geven aan de verzekeraar. Indien het advies negatief is, moet de patiënt de mogelijkheid hebben om zijn **verzekeringsaanvraag te annuleren** en met een 'schone lei' zijn aanvraag in te dienen bij een andere verzekeringsmaatschappij. Hij kan zo voorkomen dat een eventueel negatief advies aan de verzekeraar wordt doorgegeven. Alle gegevens met betrekking tot de patiënt moeten in dat geval door de adviserende arts vernietigd worden.

Recht op een onafhankelijke herbeoordeling

Indien de verzekeraar negatief beslist op de verzekeringsaanvraag van de (kandidaat-) verzekerde, heeft de Nederlandse (kandidaat-)verzekerde het recht op een **nieuwe beoordeling** op basis van nieuwe en/of aanvullende gegevens (artikel 8 Protocol Verzekeringskeuringen). De verzekeraar neemt zijn definitieve beslissing op de verzekeringsaanvraag eerst nadat de uitslag van de herbeoordeling hem is medegedeeld. De kosten van de herkeuring worden gedragen door de verzekeraar. Deze mag een redelijke bijdrage verlangen van de (kandidaat-)verzekerde in deze kosten.

Alvorens over te stappen naar een andere verzekeringsinstelling moet een Belgische (kandidaat-)verzekerde volgens het Vlaams Patiëntenplatform ook de mogelijkheid hebben om zich te laten herbeoordelen door een andere adviserende arts. Dergelijke herkeuring moet volledig onafhankelijk van de eerste beoordeling gebeuren, en dus zonder enige voorkennis van de adviserende arts over de patiënt. Een onafhankelijke herbeoordeling kan in het licht gezien worden van het recht op **'een tweede opinie'** dat in de wet op de patiëntenrechten in art. 6 omschreven wordt als het *"recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet"*.

Voor de toepassing van een recht op een onafhankelijke beoordeling is het van belang dat adviserende (expertise)artsen een duidelijk statuut hebben. (Zie punt 3.2.2, pagina 16).

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt een praktische invulling van de wet op de patiëntenrechten voor medische onderzoeken in het kader van verzekeringen. Daarnaast pleit ze voor de invoering van een recht op eerste kennisneming en een recht op onafhankelijke herbeoordeling.

3.4 Motiveringsplicht

(Kandidaat-)verzekerden offeren door het vrijgeven van gezondheidsgegevens aan verzekeringsondernemingen een deel van hun privacy op. Door het delen van deze gevoelige gegevens willen (kandidaat-)verzekerden via de verzekeringsonderneming zichzelf en hun gezin financieel beschermen tegen risico's die hoge kosten kunnen veroorzaken. Het gaat over risico's zoals (vroegtijdig) overlijden, een ongeval, een hospitalisatie, arbeidsongeschiktheid, reisbijstand, annulatie van een reis, ...

Indien een verzekeringsonderneming op basis van de vrijgegeven gezondheidsgegevens een bijpremie aanrekent, een verzekering weigert, bepaalde kosten van een schadegeval of gebeurtenis niet vergoedt, ... dan lijkt het niet meer dan logisch en redelijk dat de verzekeringsonderneming die negatieve beslissing voor de (kandidaat-)verzekerde correct verantwoordt. De (kandidaat-)verzekerde heeft immers inspanningen geleverd om de vereiste gezondheidsgegevens aan de verzekeringsonderneming te bezorgen. Toch ontbreekt de motivering van de beslissing vandaag nog al te vaak of vertoont ze gebreken. Hierdoor blijven (kandidaat-)verzekerden gefrustreerd achter met vele vragen.

Een motivering van de beslissing van een verzekeringsonderneming kan betrekking hebben op de aanvraag of de uitvoering van een verzekeringscontract.

3.4.1 Motivatie van de beslissing inzake de verzekeringsaanvraag

Voor verschillende verzekeringen zoals schuldsaldoverzekeringen, hospitalisatieverzekeringen, inkomensverzekeringen, reisverzekeringen, uitvaartverzekeringen, ... vormen gezondheidsgegevens een belangrijke factor om een verzekeringsaanvraag te beoordelen.

Nadat een verzekeringsonderneming over voldoende gegevens van de kandidaat-verzekerde beschikt (o.a. via de medische vragenlijst, verklaringen van de behandelend arts, ...), dan kan de verzekeringsonderneming tot een van de volgende besluiten komen:

- 1) Er is geen verhoogd gezondheidsrisico. De kandidaat-verzekerde kan zonder meer tot de verzekering aansluiten en dient gewoon de **basispremie** te betalen.
- 2) Er is een verhoogd gezondheidsrisico. De kandidaat-verzekerde kan aansluiten, maar moet bovenop de basispremie een **bijpremie** betalen.
- 3) Er is een verhoogd gezondheidsrisico. De kandidaat-verzekerde kan aansluiten tot de verzekering, maar alle **schadegevallen met betrekking het bestaande risico worden (definitief of gedurende een bepaalde periode) uitgesloten** in het verzekeringscontract.
- 4) Het verhoogde gezondheidsrisico is te groot. De verzekeringsaanvraag wordt **geweigerd**.

Indien een verzekeringsonderneming een bijpremie aanrekent, een aansluiting weigert of bijzondere voorwaarden in het verzekeringscontract opneemt dan moet zij dit verschil in behandeling volgens de **antidiscriminatiewetgeving**³⁴ objectief en redelijk kunnen **motiveren**.

Om te onderzoeken of aan die rechtvaardigingsverplichting vooropgesteld door de antidiscriminatiewetgeving is voldaan, stelt het **Centrum voor gelijkheid van kansen en**

³⁴ Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie

racismebstrijding voorop dat verzekeringsondernemingen gegevens verstrekken die toelaten na te gaan of³⁵

- *de gezondheidstoestand een doorslaggevende factor was bij de beoordeling van het risico. De gezondheidstoestand of handicap moet dus resulteren in een aangetoond objectief significant hoger risico;*
- *de door de verzekeraar en herverzekeraar gehanteerde gegevens accuraat, recent en relevant zijn;*
- *het gehanteerde onderscheid een legitiem doel dient, en passend en noodzakelijk is om dit doel te bereiken.*

Concreet kan dit bijvoorbeeld inhouden dat een verzekeringsonderneming aantoont dat haar bronnen of gronden voor de risico-inschatting (*bijvoorbeeld wetenschappelijke artikels, statistieken, ...*) pertinent, betrouwbaar en up-to-date zijn en dat haar beslissing tot de bijpremie, de weigering of bijzondere voorwaarden in verhouding staat tot het risico dat gedekt moet worden.

Ondanks de discriminatiewetgeving laten verzekeringsondernemingen het vandaag dikwijls na om hun beslissing grondig en objectief te motiveren. Dat deze motivatie belangrijk is voor kandidaat-verzekerden blijkt uit verschillende klachten die het Vlaams Patiëntenplatform ontvangt. Enkele voorbeelden:

-16 jaar geleden kreeg ik de diagnose epilepsie, weliswaar een heel milde vorm (soort van absences). Met behulp van een lichte dosis medicatie ben ik ondertussen al 11 jaar aanvalsvrij. Mijn vriend en ikzelf hebben onlangs een woning aangekocht. Mijn aanvraag voor de schuldsaldoverzekering werd positief beantwoord, weliswaar enkel onder voorwaarde van een bijpremie. Aangezien het over een milde vorm van epilepsie gaat én ik ondertussen al zo lang aanvalsvrij ben, schrok ik van het feit dat er een bijpremie werd gevraagd. Ik vroeg mij af of er hiertegen verhaal kan worden ingebracht?

-Sedert kort ben ik als zelfstandige een zaak begonnen. Ik zou hiervoor graag een verzekering gewaarborgd inkomen afsluiten, maar de verzekeraar weigert mij omdat ik darmkanker heb gehad. (Sinds een jaar geleden ben ik met chemo gestopt). Dat arbeidsongeschiktheid omwille van kanker zou uitgesloten worden in het verzekeringscontract, daar heb ik begrip voor. Maar een volledige weigering tot de verzekering, dat vind ik erover.

-Deze zomer had ik last van dubbel zicht en na een aantal onderzoeken bleek het om een CIS (clinically isolated syndrome) te gaan. Omdat dit kan wijzen op MS - deze diagnose is nog niet gesteld - ben ik preventief in behandeling met Betaferon. Samen met mijn vriend heb ik nu een huis gekocht en daarbij hoort uiteraard een schuldsaldoverzekering. Maar doordat ik dit medicijn preventief gebruik en door de diagnose van CIS moet ik nu een premie betalen die 2,34 maal hoger ligt dan normaal. De reden hiervoor is dat mijn kans op sterven hoger ligt dan normale mensen omdat in de bijsluiter van het medicijn staat dat een van de bijwerkingen mogelijk depressie en zelfmoordneigingen is. Omwille van deze vermelding in de bijsluiter verhogen ze dus mijn sterftkans van 0.03% naar 0.07% en daarom gaat mijn schuldsaldoverzekering omhoog met een factor van 2,35 wat volgens mijn onredelijk hoog is gezien de omstandigheden. Ook mijn huisarts

³⁵ Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, *Evaluatie Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft* (B.S., 3 februari 2010).

deelt deze mening. Een aanvaardbare bijpremie zou ik nog verstaan maar de premie meer dan verdubbelen vind ik onredelijk.

De **wet Partyka**³⁶, die toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico wil verbeteren, zal binnenkort voor schuldsaldoverzekeringen de **inhoud van de motiveringsplicht** bepalen. Ook voor andere verzekeringen zou het nuttig zijn om aan te geven op welke manier verzekeringsondernemingen hun beslissingen moeten motiveren.

De motivering zou de kandidaat-verzekerde moeten duidelijk maken hoe de beslissing van de verzekeringsonderneming tot stand is gekomen. Dit houdt ons inziens onder andere het volgende in:

- Welke bronnen (artikels, statistieken, ...) gebruikte de verzekeraar om het risico in te schatten? Wie zijn de auteurs en van wanneer dateren die bronnen?
- Werd er rekening gehouden met de vooruitgang van de medische wetenschap die bepaalde risico's van bestaande of vroegere ziekten/aandoeningen (bv. overlijden, arbeidsongeschiktheid, ...) verkleint?
- In hoeverre werd de gradatie, de (gunstige) evolutie, de opvolging, de behandeling, ... van het gezondheidsprobleem in rekening gebracht?
- Uit welke elementen zijn de basispremie en bijpremie opgebouwd? Welke is de concrete relatie tussen het verhoogde risico en het niveau van de bijpremie?
- ...

Op dit moment kan de kandidaat-verzekerde meestal enkel maar gissen op welke manier de verzekeraar tot zijn beslissing komt waardoor er veel onbegrip en klachten ontstaan. De beslissingen van verzekeringsondernemingen komen door het gebrek aan motivering al te vaak arbitrair over.

Dat er in onze samenleving veel belang wordt gehecht aan objectieve en redelijke motiveringen bleek recent ook uit de talrijke reacties op een aankondiging omtrent premiestijgingen voor onder andere obesitas. Begin december 2012 maakte verschillende media (*kranten, journaal, ...*) bekend dat bepaalde verzekeringonderneming van plan waren om hun premies voor overlijdensverzekeringen op basis van overgewicht, woonplaats en beroep te verhogen.³⁷ Vanuit verschillende hoeken (*zorgverleners, middenveldorganisaties, journalisten, ethici, de voorzitter van de Privacycommissie, ...*)³⁸ werd er onthutst gereageerd op deze bekendmaking vanuit de verzekeringssector. De reacties waren dat dergelijke premieverhogingen onrechtvaardig zijn, ze vooral kwetsbare groepen treffen, ze de solidariteit en privacybescherming in het gedrang brengen, ...

Verder willen we nog terzijde aanhalen dat motivering niet enkel belangrijk is voor wat betreft gezondheidsgegevens. Ook andere factoren, die de beslissing van de verzekeringsonderneming kunnen beïnvloeden, vereisen een objectieve en redelijke motivering. Voor wat betreft de factor leeftijd

³⁶ Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft

³⁷ E. CLEEREN, "Body mass index zal mee premie overlijdensverzekering bepalen" in *De Tijd*, 8 december 2012, p.3

³⁸ Zie onder andere: R. DE RYCKE, "Afkeuren, die hogere premies voor ongezond leven" in *De Tijd*, 13 december 2012, p. 11; I. ALBERS, "Straks ook een verplichte DNA-test voor onze verzekeraars?" in *De Tijd*, 8 december 2012, p.2; I. DEVISCH, "Wie niet gezond is, wordt gestraft. Wie niet ziek is, is gezien" in *De Morgen*, 10 december 2012, p.17; M. GOETHALS, "Dikkerdjes moeten betalen" in *De Standaard*, 10 december 2012, p. 22; K. STRAGIER, "Maatje meer = duurdere polis" in *Het Laatste Nieuws*, 10 december 2012, p. 7; T. SMEDTS, "Verzekeraars willen prijs bepalen op basis van uw gewicht" in *De Morgen*, 12-12-2012, p. 6; U. GUILLET, "Quand les assurances font payer le surpoids" in *Le Soir*, 4 juin 2013

verwijzen we bijvoorbeeld graag naar de nota “Standpunt betreffende leeftijdsdiscriminatie in hospitalisatieverzekeringen” van de Vlaamse Ouderenraad.³⁹

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt een betere controle op de uitvoering van de motiveringsplicht zodat een kandidaat-verzekerde (al dan niet met behulp van het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding) kan nagaan of de beslissing van de verzekeringsonderneming tot bijpremie, weigering of bijzondere voorwaarden redelijk en objectief is.

3.4.2 Motivatie van de beslissing over de uitvoering van het verzekeringscontract

Wanneer een verzekerde beroep wil doen op een verzekeringsprestatie dan kan een verzekeringsonderneming op basis van verkregen gezondheidsgegevens en afhankelijk van het soort verzekering verschillende beslissingen nemen. Bijvoorbeeld:

- 1) De kosten van het schadegeval of de gebeurtenis vallen onder de **waarborgen in het verzekeringscontract**: de verzekeraar vergoedt de kosten zoals bepaald in de polis (o.a. bij hospitalisatieverzekering, reisverzekering, overlijdensverzekering, uitvaartverzekering, ...).
- 2) De kosten van het schadegeval of de gebeurtenis worden **in de polis uitgesloten**: de verzekeraar komt niet tussen in de kosten (o.a. bij hospitalisatieverzekering, reisverzekering, overlijdensverzekering, uitvaartverzekering, ...).
- 3) De vergoeding van de schade is **afhankelijk van de beoordeling van de ernst van de schade** (bv. *percentage arbeidsongeschiktheid of invaliditeit*): de verzekeraar schat de ernst van de schade in en vergoedt de verzekerde of het slachtoffer in verhouding tot die inschatting (o.a. bij inkomensverzekering, ongevallenverzekering, bepaalde aansprakelijkheidsverzekeringen, ...).

Noot: we spreken in dit onderdeel over ‘slachtoffer’ indien de verzekeringsonderneming niet zijn verzekerde moet vergoeden, maar een derde persoon bij wie zijn de verzekerde schade heeft veroorzaakt.

Indien een verzekeringsonderneming besluit om een schadegeval of gebeurtenis niet of slechts beperkt te vergoeden dan moet zij ter goeder trouw die beslissing grondig en objectief motiveren. In de praktijk blijkt dit vaak niet het geval te zijn.

Verzekeraars vermelden in hun **communicatie** naar de verzekerde of het slachtoffer **vage clausules of bepaling in de polis of de verzekeringswetgeving** waarop zij zich baseren om niet tussen te komen. De directe link tussen het schadegeval of gebeurtenis en die clause of bepaling ontbreekt vaak echter. Enkele cases ter illustratie:

-Mijn hospitalisatieverzekeraar weigert om nog tussen te komen in de kosten van mijn behandeling. Nochtans werden de kosten van deze behandeling voorheen telkens vergoed. Op vraag van hun adviserende arts bezorgde ik de verzekeringsonderneming recent informatie van mijn huisarts en behandelend specialist over de medische gegrondheid van de behandeling. De verzekeraar vindt

³⁹<http://www.vlaamseouderenraad.be/Publicaties/standpunt/Standpunt%20betreffende%20leeftijdsdiscriminatie%20in%20hospitalisatieverzekeringen.pdf>

nu plots dat de behandeling valt onder de uitsluiting van 'medisch niet vereiste therapie' in de polis. De betaling werden abrupt beëindigd zonder enige nadere toelichting omtrent deze beslissing.

-Een tijdje geleden boekte ik een vliegticket en sloot daarbij een annulatieverzekering af. Vlak voor de reis kreeg ik last van angstaanvallen om met het vliegtuig te vliegen. In het verleden heb ik een depressie gehad, maar daar ben ik ondertussen van genezen. Om al dan niet de annulatieverzekering uit te betalen, vroeg de verzekeringsonderneming mijn medisch dossier bij de behandelend arts op. Uiteindelijk besloot de verzekeraar dat de reis niet zou worden terugbetaald. Volgens de verzekeraar zouden de angstaanvallen gelieerd kunnen worden aan een 'voorafbestaande ziekte' (met name depressie). Voorafbestaande ziekten worden in de polis uitgesloten. De motivatie omtrent de vermeende link tussen de vroegere depressie en de vliegangst ontbrak. Mag de verzekeraar dit zo maar beslissen?

-Omwille van een arbeidsongeval moet ik regelmatig naar een fysiotherapeut. Om praktische redenen en omwille van zijn specifieke vakbekwaamheid (psycho-fysiotherapie) koos ik voor een fysiotherapeut die een praktijk dicht in de buurt van mijn werk heeft. Onlangs diende ik een aanvraag tot kilometervergoeding voor de verplaatsing naar de fysiotherapeut in. Als blijk van goede wil vroeg ik enkel kilometervergoeding voor de verplaatsingen van de behandelingen wanneer ik vrijaf had en dus geen verplaatsing naar het werk moest maken. De arbeidsongevallenverzekeraar roept artikel 20 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst in om niet tussen te komen in de kilometervergoeding. Artikel 20 stelt het volgende: "Bij elke verzekering tot vergoeding van schade moet de verzekerde alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken." Op basis van dit vage artikel oordeelt de verzekeraar dat ik een fysiotherapeut moet raadplegen die dicht bij mijn woonplaats gevestigd is. Bestaat er niet zoiets als vrije keuze van beroepsbeoefenaar? Bovendien houdt de verzekeraar er helemaal geen rekening mee dat niet alle fysiotherapeuten gespecialiseerd zijn in de behandeling die ik nodig heb.

Ook in de gevallen waarbij de **ernst van schade** beoordeeld moet worden, blijft de verzekerde of het slachtoffer meestal in het ongewisse over de **exacte elementen** die tot de beslissing van de verzekeringsonderneming geleid hebben. Bijvoorbeeld:

- *Hoe werd mijn percentage arbeidsongeschiktheid of invaliditeit omwille van mijn ziekte of ongeval bepaald? Welke factoren speelden hierbij een rol? Werd er rekening gehouden met de verslagen van mijn behandelend arts? Hoe komt het dat mijn percentage arbeidsongeschiktheid bij de verzekeringsonderneming (veel) lager ligt dan het percentage dat door de arts van het ziekenfonds of het RIZIV werd toegekend? ...*

In het kader van een betere transparantie stelt een recent wetsvoorstel⁴⁰ van Franco Seminara e.a. ondermeer voor om adviserende (expertise)artsen van verzekeringsmaatschappijen te verplichten om binnen een termijn van twintig dagen een schaderapport aan het slachtoffer te bezorgen. Deze plicht tot spontane rapportering aan het slachtoffer is een interessante piste om de beslissing van de verzekeringsonderneming en de artsen die voor hen werken beter te kunnen duiden en te toetsen op vlak van redelijkheid en objectiviteit.

⁴⁰ F. SEMINARA c.s., Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, 9 november 2012, DOC 53 2484/001

Er kan algemeen gesteld worden dat het de nodige **assertiviteit** van de verzekerde of een slachtoffer vereist om een afdoende motivering te kunnen bekomen. De inspanningen om een motivering te krijgen vergen veel **energie** van een verzekerde. Deze inspanningen zijn niet vanzelfsprekend voor personen die omwille van een ziekte, een ongeval, invaliditeit, ... meestal al minder energie hebben. Het zou verzekeringsondernemingen sieren mochten zij - gelet op de moeilijke situatie waarin een verzekerde of slachtoffer zich kan bevinden - meer moeite doen om hun beslissingen objectief en redelijk te rechtvaardigen. Zij zijn dit bovendien wettelijk verplicht. Zo wijst bijvoorbeeld dr. Jan Matthys⁴¹ er op dat op basis van **artikel 1315, tweede alinea van het Burgerlijk Wetboek**⁴² het *niet* aan de patiënt is om te bewijzen dat hij niet onder deze of gene uitsluiting valt, maar aan de verzekeringsondernemingen om de elementen te bewijzen waarom zij dekking zouden weigeren.

Wat betreft vragen van verzekerden (of slachtoffers) over de beslissing van de verzekering lijkt het ons ook een billijke verwachting dat verzekeringsondernemingen deze vragen correct, gemotiveerd en tijdig beantwoorden. Prof. dr. Kris Bernauw schrijft bijvoorbeeld het volgende over de antwoordplicht van verzekeringsondernemingen: *“De goede trouw, de loyaliteit, de zorgvuldigheids- en samenwerkingsplicht, en desgevallend de tot handelsgebruik verheven gedragsregels (of de bevestiging ervan) gebieden o.i. dat de verzekeraar (i) reageert op de vraag van de klant (ii) met een relevant en gemotiveerd antwoord en (iii) binnen een redelijke termijn.”*⁴³

Tot slot willen we er op wijzen dat het in de huidige economische situatie erg belangrijk is om waakzaam te zijn over beslissingen van verzekeringsondernemingen om een verzekerde of slachtoffer niet of slechts beperkt te vergoeden. Zo lazen we in het jaarverslag van de Ombudsman van de Verzekeringen in 2011⁴⁴ bijvoorbeeld het volgende:

“Een kwart van de klachten over schade in de gezondheidszorgenverzekering heeft betrekking op het bedrag van de vergoeding. Door de financiële crisis hebben sommige verzekeringsondernemingen beslist om heel strikt de contractuele bepalingen toe te passen, terwijl ze in het verleden met een zekere soepelheid werden toegepast. Zo beslisten zij om bepaalde medische kosten niet langer terug te betalen, die onrechtstreeks verband hielden met de behandeling van een zware ziekte zoals de kosten van kinesithérapie om ademhalingsmoeilijkheden te verbeteren na radiotherapie, de kosten van controleonderzoeken na de behandeling van kanker, ...”

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt dat verzekeringsondernemingen meer inspanningen zouden leveren om hun beslissingen om niet of slechts beperkt tussen te komen in een verzekeringsprestatie - conform de geldende wetgeving - objectief en redelijk te verantwoorden aan de verzekerde of een slachtoffer.

Voor verzekeringen waarbij via medisch onderzoek de ernst van de schade of het gebeuren moet vastgesteld worden, moet de verzekerde of het slachtoffer steeds een schaderapport ontvangen.

⁴¹ J. MATTHYS, “Overzicht van de wetgeving betreffende de bescherming van de medische gegevens in het kader van verzekeringen” in *Belgisch tijdschrift voor lichamelijke schade en gerechtelijke geneeskunde*, 35^{ste} jaar, 2008/4, p. 23

⁴² Artikel 1315 Burgerlijk Wetboek:

Hij die de uitvoering van een verbintenis vordert, moet het bestaan daarvan bewijzen. Omgekeerd moet hij die beweert bevrijd te zijn, het bewijs leveren van de betaling of van het feit dat het tenietgaan van zijn verbintenis heeft teweeggebracht.

⁴³ K. BERNAUW, “De gemeenrechtelijke informatieplicht van de verzekeraar” in *Tijdschrift voor verzekeringen*, 2010, Dossierr. 16, p. 24

⁴⁴ Ombudsman van de Verzekeringen, *Cijfers & Analyse 2011*, pp. 40-41

3.5 Minnelijke medische expertise

Wanneer er tussen een verzekerde en een verzekeringsonderneming een geschil ontstaat over een medische kwestie dan kan er besloten worden om over te gaan tot een minnelijke medische expertise.

In deze procedure duiden de verzekerde en de verzekeringsonderneming elk een arts aan die zullen trachten om tot een vergelijk te komen. Indien zij niet tot een consensus komen, dan kan er een derde arts worden aangesteld die zich moet uitspreken over het geschil. Iedere partij staat in voor de vergoeding van zijn arts en voor de helft van de vergoeding van de derde arts.

Geschillen gaan bijvoorbeeld over de ernstgraad van een schadegeval of de weigering van een verzekeringsonderneming om bepaalde medische kosten te vergoeden.

Het is belangrijk dat de verzekerde een goede arts kiest met de nodige bekwaamheid in medische expertises, dat deze arts zorgvuldig handelt en dat de procedure van de medische expertise correct en transparant verloopt.

Noot: In dit onderdeel focussen we ons op de minnelijke medische expertise. De elementen die we aanhalen, zijn eveneens relevant voor andere expertises zoals de gerechtelijke medische expertise.

3.5.1 Een databank, gedragscode en modelcontracten voor bijstandsartsen

Het is voor verzekerden (of slachtoffers) **niet gemakkelijk om een geschikte bijstandsarts te vinden** voor een minnelijke medische expertise. Er bestaat nergens een databank en niet elke bijstandsarts heeft een website met informatie over onder andere zijn of haar kwalificaties.

Naar analogie met de databank van artsen op de website van de Orde van geneesheren (www.ordomedic.be) zou het interessant zijn om een soortgelijke zoekmachine voor expertise-artsen op te richten. De databank van de Orde van geneesheren laat toe om geneesheren per medisch specialisme en per regio een arts te zoeken.

Een online **databank voor expertise-artsen** zou volgende informatie kunnen weergeven:

- Naam van de arts
- Professioneel adres
- Specialisme en diploma's
- De soorten expertise-opdrachten die de expertise-arts uitvoert
- Indien de expertise-arts ook opdrachten voor verzekeringsondernemingen uitvoert: overzicht van verzekeringsondernemingen waarvoor de arts occasioneel werkt

Deze informatie zal een verzekerde (of slachtoffer) alvast goed op weg kunnen helpen om een geschikte bijstandsarts te vinden.

Eens een verzekerde (of slachtoffer) een bijstandsarts gekozen heeft, moet hij er onder andere op kunnen rekenen dat deze arts

- duidelijk en eerlijk aangeeft hoe hij de **kansen** van de verzekerde in de procedure inschat en welke **argumenten** hij daarvoor heeft;

- een realistisch beeld schetst van hoeveel de procedure de verzekerde zal **kosten** (*honorarium, bijkomende kosten, ...*);
- de **werking van de procedure** helder uitlegt aan de verzekerde;
- de verzekerde **regelmatig informeert** over de stand van zaken;
- steeds **in overleg met de verzekerde** beoordeelt en beslist welke volgende stappen er in de procedure best ondernomen worden;
- ...

Om deze redelijke verwachtingen ten aanzien van bijstandsartsen meer kracht te geven, zouden zij net zoals in de advocatuur in **gedragscodes** en **modelcontracten** gegoten kunnen worden.⁴⁵

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt een databank van bijstandsartsen zodat verzekerden (of slachtoffers) gemakkelijker een geschikte arts kunnen vinden. Gedragscodes en modelcontracten voor deze artsen kunnen bijdragen aan een zorgvuldige dienstverlening.

3.5.2 Ethische richtlijnen voor minnelijke medische expertises

Bij een procedure van minnelijke medische expertise wordt er een protocol opgesteld dat gegevens bevat zoals de namen van de aangestelde expertise-artsen, definities (bv. fysiologische en economische invaliditeit), de inhoud van de opdracht, de mogelijkheid om bij meningsverschillen een derde expert aan te duiden, de (on)herroepelijk van de conclusies van de experts, de ten lasten neming van de honoraria van de experts, ...⁴⁶

Dit protocol legt formeel enkele afspraken omtrent de minnelijke medische expertise vast, maar regelt niet alle **gedragingen** van expertise-artsen en verzekeringsondernemingen.

Op basis van ontvangen **klachten** kunnen we stellen dat er zich bij minnelijke medische expertises soms praktijken afspelen die de wenkbrauwen doen fronsen.

Het is bijvoorbeeld merkwaardig om vast te stellen dat bepaalde verzekeringsondernemingen in hun eerste communicatie met de verzekerde (of slachtoffer) over een mogelijke expertise al direct de naam van een derde arts suggereren of zelfs willen opleggen. Het is nochtans de taak van de bijstandsarts van de verzekerde (of het slachtoffer) en de arts van de verzekeringsonderneming om samen een derde expertise-arts aan te stellen. Een eenzijdige suggestie (of zelfs eis) van de verzekeringsonderneming omtrent de naam van een derde arts, doet het vermoeden van **onpartijdigheid** van die derde expertise-arts geen goed. Dergelijke praktijken zijn dan ook ontoelaatbaar.

België is een klein land en het aantal expertise-artsen is beperkt. Deze artsen opereren in een kleine wereld waarin verschillende artsen elkaar kennen en waarin bepaalde gewoonten zich gevestigd hebben. Bij enkele van die gewoonten kunnen ethische vragen gesteld worden. In het kader van **transparantie** hoort het bijvoorbeeld niet dat de bijstandsarts en de arts van de verzekeringsonderneming met elkaar overleggen zonder de aanwezigheid van de verzekerde (of het slachtoffer) of zelfs zonder zijn medeweten. Nochtans doet het zich in de praktijk voor dat er overlegd wordt tussen deze artsen en dat de verzekerde (of het slachtoffer) verzocht wordt om tijdens dat

⁴⁵ Voor meer informatie over gedragscodes en modelcontracten voor advocaten: zie www.advocaat.be

⁴⁶ P. LUCAS, "Expertise Médicale Amiable. Le point de vue du médecin expert désigné par l' assureur" in *Forum de l'assurance*, nr. 95, juin 2009, pp. 106-113

gesloten overleg buiten te blijven. Een dergelijk gesloten overleg tussen artsen verhindert verzekerden (of slachtoffers) om te beoordelen of de procedure van minnelijke medische expertise volledig correct is verlopen en of hun bijstandsarts hen naar behoren heeft bijgestaan. Het leidt tot situaties waarbij verzekerden of slachtoffers zich achteraf bekocht voelen.

Andere elementen die in de richtlijnen kunnen opgenomen worden zijn bijvoorbeeld⁴⁷

- evenwichtige clausules in verzekeringspolissen over (minnelijke) medische expertises⁴⁸;
- het belang van de vrije en geïnformeerde keuze van de verzekerde of het slachtoffer of de uitkomst van de minnelijke medische expertise onherroepelijk of herroepelijk is;
- mogelijkheden en rechten van de verzekerde om zich in de procedure naast de bijstandsarts ook te laten bijstaan door een advocaat, mutualiteit, vertrouwenspersoon, ...;
- de rol en onafhankelijkheid van de rechtsbijstandverzekeraar van de verzekerde of het slachtoffer in de procedure.

De opstelling van **ethische richtlijnen** voor minnelijke medische expertises kunnen interessant zijn om bepaalde gevestigde gewoonten te evalueren, aan te passen en zo de praktijk van minnelijke medische expertises te herwaarderen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt ethische richtlijnen voor minnelijke medische expertises zodat deze procedures volledig transparant en correct verlopen.

4 Conclusie

In het kader van verzekeringen worden er geregeld gezondheidsgegevens verwerkt. Aangezien gezondheidsgegevens privacygevoelige informatie bevatten, is het belangrijk dat de verwerking van deze gegevens binnen duidelijke grenzen gebeurt.

Het juridisch kader voor de verwerking van gezondheidsgegevens inzake verzekeringen vertoont gebreken waardoor verschillende betrokken partijen zoals (kandidaat-)verzekerden, verzekeringsondernemingen, adviserende (expertise)artsen, behandelend artsen, ... met verschillende praktische en ethische problemen geconfronteerd worden.

Welke gezondheidsgegevens moet een (kandidaat-)verzekerde allemaal meedelen? Welke gezondheidsgegevens mag een verzekeringsonderneming bijkomend opvragen? Hoe moet een beslissing op basis van gezondheidsgegevens door de verzekeringsonderneming exact gemotiveerd worden? Welke zijn de rol en de taken van adviserende (expertise)artsen van verzekeringsondernemingen? Hoe kunnen alle patiëntenrechten toegepast worden binnen (private) verzekeringsgeneeskunde? Welke ethisch gedrag mag men verwachten bij minnelijke medische expertises in het kader van verzekeringsgeschillen? ...

Op deze en andere vragen bestaan er niet steeds heldere antwoorden. Dit leidt tot interpretatieverschillen alsook rechtsonzekerheid. Om die reden pleit het Vlaams Patiëntenplatform voor een open maatschappelijk en politiek debat over gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen.

⁴⁷ Zie ook N. SOLDATOS, "Expertise Médicale Amiable. Le point de vue du de l'avocat de la victime" in *Forum de l'assurance*, nr. 95, juin 2009, pp. 126-136

⁴⁸ Conform artikel 14 van het Koninklijk besluit houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen

Zij hoopt dat deze nota een aanzet kan vormen voor het debat om zo uiteindelijk meer juridische duidelijkheid te creëren.

In deze nota vraagt het Vlaams Patiëntenplatform

- de totstandkoming van één specifieke wet voor gezondheidsgegevens in het kader van verzekeringen, die rekening houdt met de grondrechten en algemene wetten;
- een duidelijke definiëring van de begrippen die als doel hebben om gezondheidsgegevens die verzekeringsondernemingen mogen opvragen af te bakenen;
- de schrapping van de regeling voor symptomen bij ziektekostenverzekeringen;
- (een) eenduidige benaming(en) en een statuut voor artsen (en eventuele andere beroepsbeoefenaars) die verzekeringsondernemingen adviseren;
- de ombuiging van een spontane mededelingsplicht naar een vraaggestuurde mededelingsplicht;
- de invoering van standaard medische vragenlijsten en toezicht op bijkomende pathologiegebonden vragenlijsten;
- een praktische invulling van de wet op de patiëntenrechten voor (private) verzekeringsgeneeskunde en de invoering van een recht op eerste kennisneming en een recht op onafhankelijke herbeoordeling;
- een betere controle op de uitvoering van de motiveringsplicht zodat een kandidaat-verzekerde (al dan niet met behulp van het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding) kan nagaan of de beslissing van de verzekeringsonderneming tot bijpremie, weigering of bijzondere voorwaarden redelijk en objectief is;
- meer inspanningen van verzekeringsondernemingen om hun beslissing om niet of slechts beperkt tussen te komen voor een schadegeval of gebeurtenis correct te verantwoorden (o.a. via een verplichte aflevering van het schaderapport aan de verzekerde of het slachtoffer);
- een databank, gedragscode en modelcontracten voor bijstandsartsen die kunnen bijdragen aan een zorgvuldige dienstverlening;
- ethische richtlijnen voor minnelijke medische expertises zodat deze procedures transparant en correct verlopen.