



Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving

Standpunttekst van het Vlaams Patiëntenplatform vzw

Januari 2012

Inhoudsopgave

1. Algemene visie omtrent de verzekeringsproblematiek.....	3
2. Algemene knelpunten aangaande het afsluiten van verzekeringen	4
2.1. Discriminatie: verantwoordingsplicht voor de verzekeraar wanneer hij een onderscheid maakt op basis van ziekte of handicap	4
2.2. Segmentering ten top?	5
2.2.1. Toegankelijkheid en betaalbaarheid van verzekeringen	5
2.2.2. Ontransparante verwerking van medische gegevens	5
2.2.3. Begrenzing van segmenteringscriteria	6
2.3. Polissen.....	7
2.3.1. Polisvoorwaarden.....	7
2.3.2. Uitvoering van polissen	8
2.4. Medische informatie	8
2.4.1. Medische vragenlijsten.....	8
2.4.2. Vraagplicht	9
2.4.3. Genetische informatie	9
2.4.4. Medische onderzoeken: Wet op de Patiëntenrechten.....	10
2.5. Betaalbare verzekeringen	11
2.5.1. Een betaalbare verzekering	11
2.5.2. Premie zekerheid voor cliënten	12
2.6. Samenvatting	12
3. Knelpunten in de wetgeving inzake aanvullende ziekteverzekeringen	13
3.1. Nood aan een sterke verplichte ziekteverzekering	13
3.2. Knelpunten in de wet van 20 juli 2007: private verzekeraars	13
3.2.1. Recht op toegang tot een (betaalbare) private ziektekostenverzekering: voor discussie vatbaar	14
3.2.2. Het begrip “reeds bestaande ziekte”	14
3.2.3. Medische kosten in gespecialiseerde ziekenhuizen.....	14
3.2.4. Individuele voortzetting van een beroepsgebonden polis.....	15
3.2.4.1. Te strikte procedure	15
3.2.4.2. Informatieplicht voor de verzekeraar	15
3.2.4.3. Bijkomende premies	15
3.2.4.4. Geen overstapregeling tussen private verzekeraars en mutualiteiten	16
3.2.4.5. Slechts een bepaald segment van de arbeidsmarkt is collectief verzekerd.....	16
3.2.5. Samenvatting	17
3.3. Knelpunten in de wet van 26 april 2010: mutualiteiten	17
3.3.1. Duurdere hospitalisatieverzekeringen	17
3.3.2. Afbreuk aan de sociale bescherming voor personen met een chronische ziekte of handicap	18
3.3.3. Samenvatting	19

1. Algemene visie omtrent de verzekeringsproblematiek

Private of particuliere verzekeringen spelen een steeds belangrijkere rol. Elke persoon of gezin heeft immers behoefte aan een behoorlijke, aangepaste en betaalbare financiële beveiliging via onder andere hospitalisatie- en andere gezondheidsverzekeringen, overlijdensverzekeringen zoals de schuldsaldoverzekering, reisverzekeringen, familiale en andere aansprakelijkheidsverzekeringen.

Gezonde en kapitaalkrachtige mensen kunnen gemakkelijk verzekeringen afsluiten. Personen met een chronische ziekte of handicap en hun gezin, worden door verzekeraars echter als een 'hoger' risico beschouwd en kunnen daarom vaak geen goede verzekeringsovereenkomst bekomen of betalen. Uit de Enquête naar de Arbeidskrachten van het Nationaal Instituut voor Statistiek in 2007 blijkt dat al 12,5% van de personen tussen 15 en 64 jaar te kampen heeft met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem. Het gaat dus om een niet te verwaarlozen groep binnen de bevolking.

Mensen met een chronische ziekte zijn structurele gebruikers van zorg. Ze hebben langdurig en regelmatig gezondheidsklachten als gevolg van een permanente lichamelijke of psychische aandoening. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hanteert een definitie waarin de patiënt als persoon centraal staat en die het patiëntenperspectief benadrukt:

“Een chronisch zieke is een persoon die lijdt aan een aandoening die de persoon fysiek en/of psychisch aantast, diagnostisch al dan niet kan worden vastgesteld, een langdurige zorg en/of medische controle kan inhouden, zichtbare en/of onzichtbare beperkingen veroorzaakt, geen zekerheid heeft op geheel of gedeeltelijk herstel, progressief, fluctuerend of stabiel kan verlopen, al dan niet kan leiden tot een geheel of gedeeltelijk verlies van autonomie, een vermindering van levenskwaliteit veroorzaakt en ernstige gevolgen heeft op medisch, en/of sociaal, en/of financieel vlak voor de betrokkene en zijn omgeving.”

Enkele voorbeelden van de meest schrijnende problemen die personen met een chronische ziekte of handicap ondervinden als gevolg van het beleid of de praktijken van verzekeringsmaatschappijen zijn:

- uitsluiting in de polis van de kosten die verband houden met een reeds bestaande chronische aandoening;
- vordering van onbetaalbare hoge premies;
- weigering van uitbetaling van verzekeringsprestaties bij schadegeval omwille van een ziekte of handicap die volgens de verzekeraar al zou bestaan hebben op het moment van het afsluiten van de verzekering.

Verzekeraars zijn ondernemers die winst willen maken. Het algemeen toepassen van het solidariteitsprincipe of het verzekeren van de 'gewone markt' zodat iedereen effectief de kans heeft om een verzekering aan te gaan, zien zij niet als hun opdracht. Hierdoor worden binnen de verzekeringswereld gelijke kansen meer dan eens met de voeten getreden.

Standpunt Vlaams Patiëntenplatform vzw :

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw eist dat er dringend bevredigende oplossingen worden gevonden voor de verzekeringsproblemen die mensen met een chronische aandoening of handicap ondervinden. Zij vraagt de realisatie van:

- een werkelijke toegang tot verzekering voor de belangrijkste 'levensrisico's';
- aanvaardbare polisvoorwaarden;
- betaalbaarheid van verzekeringen;
- participatie en overleg van patiënten/consumenten inzake verzekeringen.

2. Algemene knelpunten omtrent het afsluiten van verzekeringen

2.1. Discriminatie : verantwoordingsplicht voor de verzekeraar wanneer hij een onderscheid maakt op basis van ziekte of handicap

De toegang tot een aantal noodzakelijke verzekeringen (schuldsaldoverzekering, hospitalisatieverzekering, verzekering gewaarborgd inkomen, familiale aansprakelijkheidsverzekering, ...) wordt voor sommige mensen moeilijk of zelfs onmogelijk gemaakt louter omwille van hun ziekte of handicap.

De *Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie* heeft als doel een einde te maken aan de discriminatie van mensen met een chronische ziekte of een handicap.

Juridisch gezien mag een verzekeraar een persoon met een chronische ziekte, die een verzekering aanvraagt, enkel en alleen weigeren¹ of slechts tegen zwaardere voorwaarden of premies verzekeren indien hij dit naar behoren kan rechtvaardigen. Deze rechtvaardiging voor te discrimineren moet volgens de anti-discriminatiewetgeving voldoen aan drie eisen^{2 3}: 1) de verzekeraar moet kunnen aantonen dat het onderscheid dat hij maakt ten opzichten van iemand een legitiem doel nastreeft, 2) de wijze van het onderscheid moet passend zijn om het legitiem doel te kunnen bereiken en 3) het aangewende middel tot onderscheid moet tevens noodzakelijk zijn. Wat dit laatste criterium betreft, dient er gekeken te worden of er geen andere maatregelen mogelijk zijn die even doeltreffend zijn voor het beoogde legitieme doel en minder discriminerende gevolgen hebben voor de personen die worden getroffen door de maatregel.

De verzekeraar moet alleszins zelf steeds aantonen dat het onderscheid dat hij maakt ten opzichte van een chronisch zieke of persoon met een handicap een legitiem doel beoogt en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn.

¹ De toegang tot ziektekostenverzekeringen mogen sinds de wet van 20 juli 2007 niet meer geweigerd worden

² Y. THIERY, "Gelijkheid, dienstverlening en verzekering: een herontdekkingstocht", in *Tijdschrift voor Belgisch Handelsrecht* 2007/8, oktober 2007

³ CENTRUM VOOR GELIJKHEID VAN KANSEN & RACISMEBESTRIJDING, Aanbevelingen betreffende de verzekerbaarheid van personen die een verhoogd risico vertegenwoordigen als gevolg van hun gezondheidstoestand

Een strikte, zo nodig gedwongen naleving van deze verantwoordingsplicht (mede door het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding) kan een eerste aanzet zijn tot wijzigingen in het acceptatiebeleid van verzekeringsmaatschappijen. Hierdoor zal het probleem van uitsluiting omwille van gezondheidstoestand of handicap zich in de toekomst hopelijk minder stellen.

2.2. Segmentering ten top?

2.2.1. Toegankelijkheid en betaalbaarheid van verzekeringen

De problematiek van de toegang en de betaalbaarheid van verzekeringen is terug te brengen tot de segmenteringspolitiek⁴ van verzekeraars. Een verzekeraar heeft er alle belang bij om het risico zo goed mogelijk in te schatten en de beschikbare informatie te verzamelen over de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde. Een verzekeraar is in de huidige marktsituatie verplicht om te segmenteren, wat evenwel niet betekent dat er geen duidelijke spelregels moeten zijn.

De toegenomen segmentering ondergraaft immers de essentie van het 'verzekeren' zelf. Oorspronkelijk was een verzekering een zaak van solidariteit, waarbij geluksvogels betaalden voor de pechvogels, wetende dat in het omgekeerde geval hetzelfde zou gebeuren. Segmentering in absurdo leidt er toe dat verzekeraars op termijn geen 'risico's' maar 'zekerheden' verzekeren.

In plaats van de absurde verfijning, moeten verzekeraars opnieuw hun berekening baseren op de kenmerken van de gehele markt. Zo gaan we terug naar de oorsprong van het verzekeren: de risico's verdelen over een zo groot mogelijke groep mensen. Solidariteit dus.

2.2.2. Ontransparante verwerking van medische gegevens

Vaak stellen verzekeraars dat er toch sprake is van een verhoogd risico ten gevolge van een ziekte of aandoening waarvan de kandidaat-verzekerde reeds genezen is, of die volledig onder controle is. De verwerking van de medische gegevens door de verzekeringsmaatschappij verloopt allesbehalve transparant. De kandidaat-verzekerde kan dan ook alleen maar gissen op basis van wat men hem beoordeelt en of men hierbij bijvoorbeeld ook rekening houdt met de vooruitgang van de medische wetenschap, die het risico op overlijden bij bepaalde chronische ziekten aanzienlijk verkleint.

Voor één chronische ziekte zijn er overigens vaak verschillende gradaties te maken. Men kan bijvoorbeeld lijden aan een lichte of zware vorm van een ziekte. Verder verloopt een chronische ziekte meestal in fases. De evolutie van sommige chronische aandoeningen kan al naargelang de persoon een gunstige of ongunstige ontwikkeling kennen. In hoeverre verzekeraars hier rekening mee houden, weten patiënten echter niet. In sommige gevallen kan een attest van de behandelend arts (bv. een

⁴ *Segmentering is een techniek die de verzekeraar aanwendt om de premie en eventueel ook de dekking te differentiëren op basis van een aantal specifieke karakteristieken van het te verzekeren risico, met de bedoeling om tot een betere overeenstemming te komen tussen de verwachtingswaarde van de schade en de kosten die een bepaalde persoon ten laste legt van de collectiviteit van de verzekeringsnemers en de premie die hij voor de geboden dekking moet betalen.*

specialist) aan de verzekeraar overhandigd worden om aan te tonen dat een aandoening stabiel is. Vele patiënten weten echter niet of er op deze manier onderhandeld kan worden met een verzekeraar.

Een grotere transparantie voor de consument is nodig. Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt dan ook dat de verzekeraars verplicht worden om duidelijkheid te scheppen over de factoren die in rekening worden gebracht voor de premiebepaling en over het gewicht van deze factoren. Op deze manier wordt de consument in de mogelijkheid gesteld om een verband te zien tussen de verleende dekking en de criteria die de premie bepalen.

Wanneer een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt toegepast of wanneer een verzekering geweigerd wordt, dient de kandidaat-verzekerde hieromtrent een exacte verklaring op papier te krijgen. De kandidaat-verzekerde moet dan ook kunnen beschikken over de contactgegevens van de adviserende geneesheer zodat hij precieze informatie kan opvragen over de medische gronden van de genomen beslissing.

Ten slotte, is het belangrijk dat verzekeraars gegevens over het aantal weigeringen, het aantal bijpremies, de omvang van de bijpremies, ... bekend maken. Deze verzameling van deze gegevens dient op een objectieve manier te gebeuren. Dit maakt het vervolgens mogelijk om de problemen die kandidaat-verzekerden met een chronische aandoening ervaren, in kaart te brengen en de vooruitgang of achteruitgang van deze problematiek jaar na jaar te meten. Op deze manier kan gezocht worden naar oplossingen die het beste aan de noden kunnen beantwoorden.

2.2.3. Begrenzing van segmenteringscriteria

Het is de taak van de overheid om de grenzen van de segmentering te bepalen. Elke differentiatie op basis van factoren die niet beïnvloed kunnen worden door de verzekeringsnemer zelf (leeftijd, geslacht, gezondheid en handicap) is volgens het Vlaams Patiëntenplatform vzw ongeoorloofd. Er mag enkel verschil in de behandeling gemaakt worden wanneer dat verschil gebaseerd is op individueel gedrag en keuzes.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw pleit dan ook voor een verbod op het gebruik van criteria als leeftijd, gezondheidstoestand of handicap voor het berekenen van de premie of om verzekeringsvoorwaarden in te voeren.⁵ Zij is verheugd dat de huidige Minister van Economie, Consumenten en Noordzee in zijn beleidsnota heeft opgenomen om de bescherming van de verzekerde inzake segmentering te versterken.⁶

Binnen de Europese Unie ligt er momenteel een voorstel van richtlijn ter discussie dat aanbieders van goederen en diensten verbiedt om te discrimineren op vlak van leeftijd, handicap, godsdienst, ras of seksuele geaardheid. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vraagt de federale regering om er voor te

⁵ Door een recente uitspraak van het Europees Hof van Justitie in maart 2011 zal het gebruik van geslacht als risicofactor voor alle verzekeringscontracten verboden zijn vanaf 21 december 2012.

⁶ JOHAN VANDE LANOTTE, *Algemene Beleidsnota Economie, Consumenten en Noordzee*, DOC 53 1964/020, 23 december 2011

ijveren dat in deze toekomstige richtlijn geen uitzonderingen op het discriminatieverbod worden opgenomen voor verzekeringsmaatschappijen.

2.3. Polissen

2.3.1. Polisvoorwaarden

Iedere private verzekeraar of mutualiteit (die verzekeringen aanbiedt) beschikt over een document waarin de werking van het verzekeringscontract, de inhoud van de waarborgen en de wederzijdse verplichtingen beschreven staan. Dit document wordt de *polis* of de *algemene voorwaarden* van de verzekering genoemd.

Verzekeringopolissen zijn vaak opgesteld in een onbegrijpelijke taal. Daardoor kan de verzekeraar het contract achteraf zo interpreteren en toepassen dat hij zo weinig mogelijk vergoedingen of andere prestaties moet uitkeren. Krachtens de wet zelf moeten private verzekeraars nochtans alle clausules in een nauwkeurige en voor iedereen begrijpelijke taal geformuleerd worden: *zij mogen geen clausules bevatten die inbreuk plegen op de gelijkwaardigheid tussen de verbintenissen van verzekeraar en verzekerde (K.B. 22 februari 1991, algemeen controlerereglement, art. 14).*

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw verwacht van verzekeringspolissen dat:

- het voor de consument altijd helder en overzichtelijk is welke verschillende kosten gedekt worden;
- consumenten steeds hun polis meekrijgen van de verzekeraar/mutualiteit. Bovendien dienen consumenten steeds hun polis te kunnen raadplegen op de website van de verzekeraar/mutualiteit;
- er een duidelijke en efficiënte communicatie naar de consument gebeurt wanneer de verzekeringspolis van een private verzekeraar of mutualiteit gewijzigd wordt;
- uitsluitingen in de polis limitatief worden opgesteld. Er is nood aan een duidelijke formulering en vooral begrenzing van de uitsluitingen in polissen. De verzekerde moet er als het ware van kunnen uitgaan dat wat niet uitgesloten is in zijn polis, gedekt wordt door de verzekering die hij heeft afgesloten;
- er in de polis redelijke termijnen⁷ vermeld worden waarbinnen verzekeraars/mutualiteiten verplicht zijn om te antwoorden op een vraag van een (kandidaat-)verzekerde;
- er in de polis redelijke termijnen vermeld worden waarbinnen verzekeraars/mutualiteiten gewaarborgde prestaties uitkeren;
- er transparantie is over de prijzen van het verzekeringscontract.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vraagt dat private verzekeraars en mutualiteiten hun sociale verantwoordelijkheid op alle hier besproken domeinen, daadwerkelijk opnemen en zich daarbij houden aan hun goeder-trouw-plicht zoals zij dit zelf eisen van hun verzekerden.

⁷ Een redelijke termijn zou bijvoorbeeld 15 dagen zijn.

2.3.2. Uitvoering van polissen

Bij de uitvoering van de polis moet er voor de verzekerde een degelijke transparantie zijn over dekking van het schadegeval. Indien de private verzekeraar of mutualiteit bepaalde kosten van een schadegeval niet vergoedt, moet de verzekeraar dit aan de hand van de polis duidelijk motiveren.

Zo kan het bijvoorbeeld niet dat verzekerden, die via hun hospitalisatieverzekering op een derdebetalersregeling kunnen rekenen, zonder een overzicht van de ziekenhuisfactuur gevraagd wordt om het bedrag van de niet-gewaarborgde kosten aan de verzekeraar terug te betalen. Een goede praktijk vereist immers dat de verzekeraar zijn verzekerde klanten begrijpelijk uitlegt welk deel van de kosten van de ziekenhuisfactuur niet door de polis gedekt worden.

Ook voor andere verzekeringen geldt deze eis tot verantwoording op basis van de polis.

2.4. Medische informatie

2.4.1. Medische vragenlijsten

Alvorens bepaalde verzekeringen te kunnen afsluiten, moeten kandidaat-verzekerden een medische vragenlijst invullen. Deze vragenlijsten zijn meestal gedetailleerd en men kan zich de vraag stellen of iedereen die zonder hulp van een arts juist kan invullen. De gevolgen voor de al dan niet dekking zijn nochtans belangrijk. Ook zijn vragen soms onduidelijk geformuleerd (zodat de verzekeringsmaatschappij die vragen achteraf kan 'interpreteren'), of krijgt de verzekerde consument geen kopie of exemplaar van de ingevulde vragenlijst.

De gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt momenteel beoordeeld door een arts betaald door de verzekeraar en op grond van een medische vragenlijst opgesteld door diezelfde verzekeraar. Gezien deze onevenwichtige situatie, pleit het Vlaams Patiëntenplatform vzw enerzijds voor standaard vragenlijsten, die alle rechten⁸ van de kandidaat-verzekerde respecteren en anderzijds voor een onafhankelijke medische dienst die in opdracht van de verzekeraar informatie verzamelt en beoordeelt in plaats van door een arts die rechtstreeks onder de verzekeraar staat.

⁸ Het betreft o.a. de rechten op grond van
-het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens;
-de Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst
-de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;
-de Wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens;

2.4.2. Vraagplicht

Artikel 5 van de Wet van 25 juni 1992 op de Landverzekeringsovereenkomst bepaalt dat de verzekeringsnemer verplicht is om de verzekeraar spontaan, correct en volledig in te lichten over het te verzekeren aangeboden risico.⁹ De verzekeringsnemer heeft met andere woorden een mededelingsplicht.

Dit 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 relevant is voor de verzekeraar en hij dus spontaan moet meedelen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is voorstander van de ombuiging van mededelingsplicht naar vraagplicht voor gezondheidsinformatie. Dit betekent dat het de verantwoordelijkheid van de verzekeraar is om de nodige en wettelijk toegelaten medische informatie van de kandidaat-verzekerde te bekomen.

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 meent dat ze niet relevant is. In de huidige situatie zou de verzekeraar deze informatie later tegen hem kunnen gebruiken. Dit omdat hij zijn mededelingsplicht zogenaamd niet correct zou nagekomen zijn. Een vraagplicht 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.

2.4.3. Genetische informatie

Artikel 95 van de Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst bepaalt dat verzekeringsondernemers geen enkele vraag mogen stellen in verband met de genetische tests en de resultaten daarvan, noch iemand vragen genetische tests te ondergaan vooraleer de overeenkomst is gesloten en tijdens de hele looptijd ervan.

Toch merken we dat dit verbod op genetische informatie niet altijd gerespecteerd wordt. Zo duiken er soms nog medische vragenlijsten op waarin indirect naar genetische informatie gepeild wordt (bv. door te vragen naar familiale antecedenten). Ook komt het voor dat een kandidaat-verzekerde onder druk wordt gezet om genetische informatie te geven. In dergelijke gevallen staat geen informatie immers

⁹ Artikel 5 van de Wet op de Landverzekeringsovereenkomst luidt als volgt: “De verzekeringsnemer 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.”

gelijk aan geen verzekering. Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt dan ook een betere en zorgvuldige controle op dit verbod. De overtreding van dit verbod dient gepaard te gaan met strenge sancties.

2.4.4. Medische onderzoeken: Wet op de Patiëntenrechten

Naast het invullen van medische vragenlijsten, moeten kandidaat-verzekerden soms in functie van de verzekering die zij willen afsluiten een medisch onderzoek ondergaan. Ook omtrent dit medisch onderzoek dient er een verduidelijking te komen voor de consument over wat kan en niet kan. Hiervoor kan er verwezen worden naar de patiëntenrechten.

Volgens de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 is een patiënt '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 het vaststellen van de gezondheidstoestand door een beroepsoefenaar (de keuringarts) is, dient de Wet op de Patiëntenrechten integraal nageleefd te worden.

Dit betekent ondermeer dat de patiënt een recht heeft op informatie (art. 7). De patiënt heeft dus recht op informatie over de draagwijdte en het doel van de zaken die hem gevraagd worden en over de onderzoeken en testen die hij moet ondergaan. Dit geldt bijvoorbeeld bij het nemen van bloed- en urinestalen. Op het moment van bloedafname of het nemen van een urinestaal, moet de keuringsarts de patiënt inlichten over het hoe en waarom van deze handelingen. De keuringsarts geeft de resultaten van de medische keuring en het advies inzake risicobepaling door aan de adviserende geneesheer van de verzekeraar. Vanzelfsprekend heeft de patiënt het recht om te weten welke deze bevindingen zijn en wat het advies zegt.

Verder verleent de Wet op de Patiëntenrechten de kandidaat-verzekerde het recht op toestemming of weigering met betrekking tot bepaalde onderzoeken (art. 8), het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier (art. 9) dat opgesteld wordt door de keurende arts en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10).¹⁰

Het staat buiten kijf dat medische keuringen in functie van verzekeringen onder de Wet op de Patiëntenrechten vallen en dat verzekeraars en in ieder geval hun adviserende (expertise)artsen deze wet integraal moeten respecteren.

¹⁰ Voor meer informatie over de Wet op de Patiëntenrechten raadpleeg onze brochure "Ken je rechten als patiënt".

2.5. Betaalbare verzekeringen

2.5.1. Een betaalbare verzekering

Premies moeten verzekeringstechnisch verantwoord zijn maar daarenboven ook 'menselijk aanvaardbaar' zijn voor personen met een chronische ziekte of handicap. Het aanrekenen van een bijpremie bepaald op objectieve gronden is voor deze mensen weliswaar beter dan algemene of bijzondere uitsluitingen, maar ook zo'n bijpremie moet betaalbaar zijn.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wenst dat alle verzekeringsmaatschappijen meer aandacht besteden aan solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen. Dit werd reeds aangehaald in 2.2.1. waar de problematiek van de segmentering besproken werd.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vindt het onbegrijpelijk en dus ook onaanvaardbaar dat verzekeringsmaatschappijen zelf wel voor solidariteit pleiten wanneer zij menen daarbij belang te hebben, zoals recent inzake overstromingen bijvoorbeeld, waar zij solidariteit 'eisen' tussen mensen die wel, niet of zelfs nooit aan dit risico onderworpen worden. Waarom willen zij dan geen solidariteit regelen tussen gezonde en zieke mensen, terwijl vast staat dat iedereen ziek kan worden?

Om problemen inzake onbetaalbare verzekeringen op te lossen, moeten overheid en verzekeringssector, in open overleg met patiënten- en consumentenverenigingen, een aangepast solidariteitssysteem ontwikkelen. Voor de financiering ervan kan inspiratie gezocht worden bij ervaringen uit andere landen (omtrent schuldsaldoverzekeringen voor chronisch zieken en personen met een handicap kan men bijvoorbeeld kijken naar de AERAS-Conventie in Frankrijk) of bij ervaringen uit eigen land (bijvoorbeeld het Motorwaarborgfonds en het Natuurrampenfonds).

Sinds begin 2010 bestaat er in België een wet die verschillende maatregelen zal invoeren om de schuldsaldoverzekering voor personen met een chronische ziekte of handicap toegankelijker te maken.¹¹ De wet wil onder andere een mechanisme inrichten waarbij de bijpremies, die meer dan 200% bedragen, gesolidariseerd zullen worden. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vraagt dan ook dat de (nieuwe) federale regering spoedig de nodige Koninklijke Besluiten voor deze wet opstelt en uitvoert.

Wat de toegang tot schuldsaldoverzekeringen voor personen met een chronische ziekte of handicap betreft, willen we ook verwijzen naar het *VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*. Artikel 12 § 5 van dit verdrag stelt namelijk het volgende:

Met inachtneming van de bepalingen van dit artikel nemen de Staten die Partij zijn alle passende en doeltreffende maatregelen om de rechten te garanderen van personen met een handicap, op voet van gelijkheid met anderen, op eigendom of het erven van vermogen en te waarborgen dat zij hun eigen financiële zaken kunnen behartigen en onder dezelfde voorwaarden als anderen toegang hebben tot bankleningen, hypotheek en andere vormen van financiële kredietverstrekking en verzekeren zij dat het vermogen van personen met een handicap hen niet willekeurig wordt ontnomen.

¹¹ 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

Aangezien een schuldsaldoverzekering in België een belangrijke vereiste blijft voor het bekomen van een hypothecaire lening, heeft dit artikel gevolgen voor de toegang tot deze verzekering. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw verwacht van de regering dat zij het verdrag, dat door België op 2 juli 2009 werd aangenomen, snel tot uitvoering zal brengen en de nodige maatregelen treft die de toegang tot een hypothecaire lening (en schuldsaldoverzekering) voor personen met een chronische ziekte of handicap mogelijk maken.

2.5.2. Premiezeekerheid voor cliënten

Als cliënten een polis afsluiten verwachtten zij premiezeekerheid. De hoogte van de premie kan niet eenzijdig door de verzekeraars aangepast worden. Premieaanpassingen tijdens de loop van een contract mogen slechts uitzonderlijk worden doorgevoerd op basis van redenen die, ook voor de verzekerden en niet alleen voor de verzekeraar, 'redelijk en objectief' gerechtvaardigd zijn.

Willen verzekeraars de premie laten stijgen naargelang de reële kosten in de praktijk toenemen dan kan dit enkel indien een onafhankelijke instantie de stijging van de kosten open controleert en de uitkeringen meestijgen met de hoogte van de premie.

2.6. Samenvatting

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw formuleert volgende eisen:

- een betere controle op de verantwoordingsplicht voor de verzekeraar wanneer hij een onderscheid maakt op basis van ziekte of handicap;
- solidariteit moet primordiaal blijven binnen de verzekeringsactiviteit;
- een grotere transparantie voor de consument door de verplichte verduidelijking van de factoren die de premie bepalen en het gewicht van deze factoren;
- een duidelijke informatie- en motiveringsverplichting voor de verzekeraar wanneer hij bijpremies aanreket, bijzondere voorwaarden oplegt of een verzekering weigert;
- meer inspanningen van verzekeringsmaatschappijen opdat hun agenten en andere tussenpersonen juiste informatie zouden verstrekken aan (ex-)patiënten over het beleid van de verzekeraar t.a.v. een chronische ziekte of handicap;
- uitsluiting van de segmenteringscriteria betreffende leeftijd, geslacht, gezondheid en handicap;
- duidelijke polissen en een grondige verantwoording bij de uitvoering van een polis;
- eenvormige medische vragenlijsten;
- een onafhankelijke medische dienst die in opdracht van de verzekeraar informatie verzamelt en beoordeelt
- ombuiging van de mededelingsplicht naar vraagplicht voor gezondheidsinformatie;
- een betere en zorgvuldige controle op het verbod van genetische informatie voor private verzekeraars;
- integrale toepassing van de Wet op de Patiëntenrechten bij medische onderzoeken in functie van verzekeringen;
- meer aandacht voor de solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen;
- een snelle uitvoering van de wet van 21 januari 2010 voor een betere toegang tot de schuldsaldoverzekering voor chronisch zieken;
- premiezeekerheid voor cliënten;

-een open overleg met alle betrokkenen over de verzekeringsproblematiek van personen met een chronische ziekte of handicap.

3. Knelpunten in de wetgeving inzake aanvullende ziekteverzekeringen

3.1. Nood aan een sterke verplichte ziekteverzekering

Alvorens in te gaan op knelpunten in de wetgeving inzake aanvullende ziekteverzekeringen, wil het Vlaams Patiëntenplatform vzw zeer duidelijk stellen dat het behoud en de uitbouw van de verplichte ziekteverzekering een essentiële voorwaarde is om het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg te waarborgen. De ziekteverzekering mag dus niet worden afgebouwd maar moet een breed pakket aan zorg blijven dekken en terugbetalen.

Dit betekent ook dat de verplichte ziekteverzekering mee moet evolueren met nieuwe medische ontwikkelingen. Nieuwe therapieën moeten een vlottere erkenning krijgen, net zoals de invulling van nieuwe beroepsgroepen in het zorgproces.

De realiteit is echter dat de verplichte ziekteverzekering onvoldoende dekking biedt en dat patiënten een bijkomende ziekteverzekering afsluiten. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw betreurt de groeiende rol voor aanvullende ziekteverzekeringen binnen de Belgische gezondheidszorg, maar stelt helaas vast dat de verplichte ziekteverzekering tekortschiet. Door deze evolutie is het essentieel dat aanvullende ziekteverzekeringen toegankelijk en betaalbaar zijn voor iedereen. Om een geneeskunde met twee snelheden te vermijden, mag het belang van aanvullende ziekteverzekeringen alleszins niet verder toenemen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wil dat de verplichte ziekteverzekering voor iedereen een voldoende breed pakket aan zorg blijft dekken en terugbetalen, ongeacht het inkomen. Het solidariteitsprincipe moet gewaarborgd blijven. Nieuwe therapieën en nieuwe gezondheidsberoepen moeten sneller erkend worden.

3.2. Knelpunten in de wet van 20 juli 2007: private verzekeraars

In het voorjaar van 2007 heeft de wetgever een aantal misbruiken aan banden gelegd voor wat betreft de aanvullende ziekteverzekeringen aangeboden door private verzekeringsmaatschappijen. Het gaat over de volgende wet:

Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomst betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, B.S., 10 augustus 2007.

Verzekeraars mogen door deze wet niet meer weigeren iemand te verzekeren omdat hij ziek is of een handicap heeft. Eén maal een verzekering afgesloten geldt ze levenslang onder dezelfde voorwaarden. Voor wat betreft collectieve verzekeringen is er een recht tot individuele voortzetting voor de verzekerde en zijn gezinsleden die eveneens door de oorspronkelijke polis gedekt waren en dit onder dezelfde

voorwaarden. Dit waren stuk voor stuk punten waar het Vlaams Patiëntenplatform vzw de afgelopen jaren is blijven op hameren. Maar het werk is niet af.

De verschillende knelpunten van de wet van 20 juli 2007 worden vervolgens besproken.

3.2.1. Recht op toegang tot een (betaalbare) private ziektekostenverzekering: voor discussie vatbaar

Elke kandidaat-verzekerde, die chronisch ziek of gehandicapt is, heeft volgens de wet van 20 juli 2007 recht op een ziektekostenverzekering MAAR alle kosten die verband houden met de chronische ziekte of handicap mogen worden uitgesloten in de polis. Dit opent de deur voor talloze uitsluitingen en discussies met verzekeringsmaatschappijen over het betalen van medische kosten die 'al dan niet' verband houden met de reeds bestaande ziekte. Zo een verzekering biedt geen zekerheid over de tussenkomst van de verzekeraar.

Het recht op toegang blijft tevens beperkt tot de aanvullende ziekteverzekering. Dit betekent dat mensen met een ziekte of handicap dus nog altijd geweigerd worden wanneer zij andere belangrijke verzekeringen zoals een schuldsaldoverzekering, reisverzekering en familiale verzekering willen afsluiten bij een private verzekeraar. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw pleit voor een daadwerkelijke toegang tot de belangrijkste verzekeringen waar iedere consument, ongeacht of hij nu ziek of gehandicapt is, recht op heeft tegen een betaalbare premie.

3.2.2. Het begrip "reeds bestaande ziekte"

Het begrip "reeds bestaande ziekte" blijft een heikel punt. Gedurende 24 maanden na de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering 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 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. Daarenboven kan er een hele discussie ontstaan of bepaalde symptomen al dan niet een voorbode zijn van een aandoening of een ziekte. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw blijft ervoor pleiten dat de verzekeraar enkel rekening mag houden met aandoeningen waarvoor op het moment van het afsluiten van het contract een duidelijke diagnose is.

3.2.3. Medische kosten in gespecialiseerde ziekenhuizen

Voor kosten van opnames in gespecialiseerde ziekenhuizen zoals MS-klinieken, revalidatiecentra, psychiatrische ziekenhuizen, pijncentra, palliatieve zorgen buiten ziekenhuizen, ... worden verzekeraars nog steeds niet verplicht om deze op te nemen in hun polis. Iedereen weet nochtans dat deze opnames steeds vaker noodzakelijk zijn. Mensen gaan er vanuit dat ze verzekerd zijn voor een opname maar stellen achteraf vast dat hun polis zo een verblijf of verzorging geheel of gedeeltelijk uitsluit.

3.2.4. Individuele voortzetting van een beroepsgebonden polis

Collectieve verzekeringen via het werk kunnen voortaan verder worden gezet in een individuele verzekering door de hoofdverzekerde én zijn aangesloten gezinsleden. Deze individuele voortzetting is een belangrijke stap voorwaarts. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw heeft evenwel bedenkingen bij de procedure die daarvoor voorzien is met onhaalbare termijnen voor de verzekerde, de afhankelijkheid van de gezinsleden van de mate waarin de hoofdverzekerde beslist hen te informeren over de mogelijkheid tot individuele voortzetting, de onduidelijkheid over bijkomende premies en de onmogelijkheid om de overgang te maken tussen enerzijds private verzekeraars onderling en anderzijds tussen private verzekeraars en mutualiteiten.

3.2.4.1. *Te strikte procedure*

Na het aanbod van de verzekeraar voor een individuele voortzetting, dat binnen de 30 dagen dient te gebeuren bij het wegvallen van de collectieve verzekering, dient de verzekerde binnen 60 dagen te antwoorden als hij het aanbod aanvaardt. Nochtans heeft iemand die ontslagen is of iemand waarvan de werkgever failliet is verklaard, de eerste maanden wel andere dingen aan zijn hoofd heeft dan zich direct bezig te houden met verzekeringspolissen.

3.2.4.2. *Informatieplicht voor de verzekeraar*

De verzekeringsnemer (i.e. werkgever) is verplicht om de hoofdverzekerde (i.e. werknemer) binnen 30 dagen, na het wegvallen van de collectieve verzekering, op de hoogte te brengen van de mogelijkheid om deze collectieve verzekering individueel voort te zetten. Momenteel rust er op de verzekeraar geen enkele informatieverplichting en moet de verzekeringsnemer (i.e. werkgever) tevens alleen de hoofdverzekerde (i.e. werknemer) informeren. Het zal dan ook van die hoofdverzekerde afhangen of hij zijn aangesloten gezinsleden op de hoogte brengt van hun recht op de levenslange voortzetting van de collectieve verzekering.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is van mening dat de informatieplicht beter door de verzekeraar opgenomen wordt en deze moet gelden tegenover iedereen (hoofd- en bijverzekerden). De verzekeraar beschikt in zijn bestand over de contactgegevens van alle aangeslotenen bij de collectieve ziekteverzekering. Deze informatieplicht ten opzichten van alle familieleden is zeer belangrijk. Het Vlaams Patiëntenplatform vreest dat anders heel wat mensen hun recht op een levenslange verzekering zullen verliezen.

3.2.4.3. *Bijkomende premies*

Om van het recht op een individuele voortzetting van een collectieve polis werkelijk gebruik te kunnen maken, dient de individuele voortzetting betaalbaar te zijn. Zij die genieten van een collectieve verzekering via hun werk, kunnen daarom dan ook jaarlijks een bijkomende premie betalen waardoor het tarief op het moment van individuele voortzetting gunstiger zal zijn. Zij leggen met andere woorden een individuele reserve aan.

Omtrent deze bijkomende premies bestaat er echter geen duidelijke regeling. Wat gebeurt er bijvoorbeeld indien de werkgever deze bijpremie betaalt en een van zijn werknemers van job verandert? Kan de werknemer deze bijkomende bijpremie, betaald door de vorige werkgever, meenemen naar zijn toekomstige werkgever? Dezelfde vraag geldt evenzeer voor werknemers die deze bijkomende premie zelf betaalden en van job veranderen.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vraagt dan ook een verduidelijking omtrent het systeem van bijkomende premies voor zowel de werknemer als zijn aangesloten gezinsleden zodat individuele voortzettingen tegen een aanvaardbare prijs en op een efficiënte manier zal gebeuren. Niets belet verzekeraars om nu reeds in hun polis duidelijk op te nemen dat de betaalde bijkomende premies overdraagbaar zijn naar een andere verzekeraar.

Om de betaalbaarheid van een individuele voortzetting van een collectieve hospitalisatieverzekering te kunnen waarborgen, kan bovendien een overzicht van premieberekeningen een interessante piste zijn. De werknemer krijgt dan jaarlijks een fiche waarop de premie(s) vermeld staat die hij moet betalen bij een individuele voortzetting. Deze fiches kunnen ook de verschillende formules van de individuele voortzetting vermelden waaruit je kan kiezen (bijvoorbeeld de grootte van de franchise, etc.).

3.2.4.4. Geen overstapregeling tussen private verzekeraars en mutualiteiten

Voorts valt het te betreuren dat er in de wet van 20 juli 2007 geen ruimte is gelaten voor overgangen tussen enerzijds private verzekeraars onderling en anderzijds tussen private verzekeringsmaatschappijen en mutualiteiten. Voor zij die van een collectieve hospitalisatieverzekering genieten en de pensioensleeftijd bereiken, kan het juist interessant zijn om na hun collectieve verzekering via het werk over te schakelen naar een aanvullende ziekteverzekering die voor hen zowel financieel als op het vlak van gedekte waarborgen het voordeligste is. Doordat er geen overstapregeling voorzien is, wordt de consument belemmerd in zijn keuzevrijheid. Individuele hospitalisatieverzekeringen worden immers gekenmerkt door leeftijdsgrenzen (meestal 65-jaar), premiedifferentiatie op vlak van leeftijd en uitsluiting of beperking van de kosten voor voorafbestaande aandoeningen. Deze kenmerken 'dwingen' de (pensioengerechtigde) consument als het ware om aangesloten te blijven bij dezelfde verzekeringsmaatschappij van de collectieve verzekering.

3.2.4.5. Slechts een bepaald segment van de arbeidsmarkt is collectief verzekerd

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wil ten slotte de beleidsmakers erop attent maken dat het hebben van een collectieve verzekering het voorrecht is van iemand met een (goedbetaalde) job. Mensen met een handicap of een chronische ziekte hebben het dikwijls moeilijk op de arbeidsmarkt of zijn inactief. Zij missen al van meet af aan het voordeel van een collectieve verzekering, waarvan de wetgever juist de bedoeling had dat ze op termijn iedereen toelaat zich te verzekeren.

3.2.5. Samenvatting

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw eist dat er dringend werk wordt gemaakt van volgende elementen:

- een werkelijk recht op toegang tot betaalbare ziektekostenverzekeringen en andere verzekeringen (bv. schuldsaldoverzekering, reisverzekeringen, ...) voor iedereen, inclusief voor mensen met een chronische ziekte of handicap;
- bij het afsluiten van een verzekering mag enkel rekening gehouden worden met onbetwistbare diagnoses en niet met symptomen;
- opname van kosten van verzorging in gespecialiseerde ziekenhuizen zoals psychiatrische ziekenhuizen, pijncentra, MS klinieken, revalidatiecentra, palliatieve verzorging, ...;
- een verlenging van de termijn waarin een collectieve verzekering omgezet kan worden in een individuele verzekering;
- een degelijke informatieplicht van de verzekeraar voor alle aangeslotenen bij de individuele voortzetting van een collectieve verzekering;
- verduidelijking rond de individuele reserve die aangelegd kan worden bij een collectieve verzekering;
- een overstapregeling tussen private verzekeraars en mutualiteiten.

3.3. Knelpunten in de wet van 26 april 2010: mutualiteiten

Sinds 26 april 2010 bestaat er een wet die de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten gelijk moet schakelen met de hospitalisatieverzekering van private verzekeraars¹². Vanaf januari 2012 moeten mutualiteiten aan dezelfde juridische en financiële regels voldoen als private verzekeraars. Dit brengt enkele negatieve gevolgen met zich mee. De wet van 26 april 2010 maakt de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten mogelijk duurder en kan de verplichte solidariteit met chronisch zieken en personen met een handicap opheffen

3.3.1. Duurdere hospitalisatieverzekeringen

Door de wet van 26 april 2010 moeten er voor de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten taksen betaald worden. Dit kan de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten, die goedkoper zijn dan de hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars, mogelijk duurder maken. Tot vandaag boden de goedkopere hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten een oplossing voor personen met een beperkt inkomen. Aangezien een Belg gemiddeld 28%¹³ van zijn ziekenhuisopname zelf moet betalen, is een hospitalisatieverzekering een noodzakelijke financiële beveiliging geworden. Door de forse premiestijgingen, die de meeste private verzekeringsmaatschappijen de afgelopen jaren doorvoerden, konden personen met een beperkt inkomen enkel nog terecht bij de meer betaalbare producten van mutualiteiten.

¹² Wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering

¹³ Bron: Wereldgezondheidsorganisatie,

http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=bel&indicators=nha

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw maakt zich zorgen dat door toekomstige prijsstijgingen van de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten, kwetsbare groepen zonder hospitalisatieverzekering zullen vallen.

3.3.2. Afbreuk aan de sociale bescherming voor personen met een chronische ziekte of handicap

Sinds het najaar van 2007 zijn de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten nog belangrijker voor personen met een chronische ziekte of handicap. Vanaf toen werden de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten in tegenstelling tot de hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars wettelijk verplicht om tussen te komen in de kosten van voorafbestaande aandoeningen of ziekten.¹⁴ De mutualiteit mag daarvoor geen hogere bijdrage vragen. De enige beperkingen, die nog toegelaten zijn, betreffen:

- beperkingen of uitsluitingen van de kosten van supplementen in een eenpersoonskamer;
- het vervangen van de tussenkomst op basis van de werkelijke kosten door een forfaitaire vergoeding. Deze forfaitaire vergoeding kan al dan niet in de tijd worden beperkt.

De wet van 26 april 2010, die de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten gelijk moet schakelen met de hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars, laat de ziekenfondsen voortaan vrij om al dan niet een dekking aan te bieden voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen. Deze vrije keuze voor de mutualiteiten betekent voor personen met een chronische ziekte of handicap echter een achteruitgang van hun sociale bescherming. Zij kunnen alleen maar hopen dat hun mutualiteit een dekking blijft aanbieden voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen.

Om tegemoet te komen aan deze bezorgdheid, voorziet de Federale Regering een vrijstelling van de jaarlijkse taks voor de hospitalisatieverzekeringen die een dekking voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen op het niveau van tweepersoonskamers bieden.¹⁵

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw kan alleen maar hopen dat deze vrijstelling van taks mutualiteiten (en mogelijk ook private verzekeringsmaatschappijen) zal aansporen tot (blijvende) solidariteit met personen met een voorafbestaande ziekte of aandoening.

¹⁴ Wet van 11 mei 2007 tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen

¹⁵ Wet van 18 april 2010 tot invoering van een vrijstelling van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen ten voordele van de ziektekostenverzekeringen die een hoog niveau van bescherming aanbieden

3.3.3. Samenvatting

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vraagt:

- toezicht en maatregelen om de betaalbaarheid van hospitalisatieverzekeringen ook voor de meest kwetsbare groepen te garanderen;
- (blijvende) solidariteit met personen met een voorafbestaande aandoening.