

LET'S WORK TOGETHER

Iedereen Goed Verzekerd ... ook met Reuma

Situering

Dank zij vroegtijdige detectie, een betere, multidisciplinaire, holistische begeleiding en de komst van biologicals (krachtige antireumatische medicijnen) zijn de morbiditeit (ziekte activiteit en ziekteschade), de (arbeids)participatie en waarschijnlijk ook de mortaliteit van de talrijke personen die geconfronteerd worden met chronische reumatische aandoeningen drastisch verbeterd. Niettegenstaande blijven deze mensen die vaak jong zijn, geconfronteerd met belangrijke bijpremies, uitsluitingclausules of weigeringen bij het contracteren van persoonlijke private verzekeringen. Voor vele andere niet-reumatische chronische aandoeningen geldt hetzelfde probleem.

Fonds voor Wetenschappelijk Reuma Onderzoek

Het Fonds voor Wetenschappelijk Reuma Onderzoek (FWRO), beheerd door de Koning Boudewijnstichting (KBS), heeft sinds 2011 fors geïnvesteerd in medico-sociale projecten. Het project **'Let's work together 1.0: Allen aan het werk...ook met Reuma'** gaf ondermeer aanleiding tot 3 expertrapporten rond arbeidsre-integratie, een jaarlijkse wetenschappelijke prijs voor initiatieven die de participatie van reumapatiënten bevorderen en de opleiding van een 10-tal in de reumatologie gespecialiseerde Disability Case Managers.

Voor de periode 2017-2022 organiseert het FWRO in samenwerking met de patiëntenverenigingen en de niet-medische zorgverstrekkers in de Reumatologie een nieuw wetenschappelijk medico-sociaal project **'Let's Work together 2.0: Iedereen goed verzekerd... ook met Reuma'** rond voornoemde verzekeringsproblematiek waarmee (jonge) reumapatiënten te maken krijgen.

Werkgroep

Een eerste initiatief in het kader van dit project was een rondetafel waarbij reumatologen, niet-medische zorgverstrekkers in de reumatologie, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en domeindeskundigen hun krachten bundelden om een werkgroep op te richten die de huidige situatie omtrent het contracteren van private verzekeringen, acceptatie onderzoeken en verhaalmogelijkheden bestudeerde. In een tweede tijd worden de mogelijke acties die individuele reumatologen en organisaties als het FWRO kunnen ondernemen, om het afsluiten van private verzekeringen door reumapatiënten te faciliteren, onder de loep genomen. Finaliter is het de bedoeling om de rechtszekerheid te vrijwaren van alle personen die geconfronteerd worden met chronische aandoeningen.

Sociale versus private verzekeringen

Een **verzekering** is een prestatie in verband met een omstandigheid die onzeker is – het risico - geleverd door een verzekeraar aan een verzekerde tegen betaling van een premie. Het verzekerde risico moet onafhankelijk zijn van de wil van de verzekerde; zo kan men zich bijvoorbeeld niet verzekeren tegen verkeersboetes.

Sociale verzekeringen (sociale zekerheid) bieden een basisbescherming, zijn verplicht en wettelijk geregeld. Zij maken gebruik van het solidariteitsmechanisme waarbij de bijdrage afhankelijk is van het loon en niet van het risico van de betrokkene, terwijl de uitbetaling gebeurt in functie van de schade en in mindere mate van de geleverde bijdrage.

Privéverzekeringen daarentegen zijn meestal niet verplicht, maar hun premie is wel afhankelijk van de grootte van het verzekerde risico. De voorwaarden kunnen sterk verschillen en worden individueel vastgelegd in de polis. Bij privéverzekeringen is er een zekere risicoselectie en wordt er gebruik gemaakt van zogenaamde kanssolidariteit: binnen een bepaald segment betalen degenen die het verzekerde risico niet ondergaan mee voor degenen die dit wel ondergaan.

Private verzekeringen bij overlijden of leven

Een **levensverzekering** keert bij overlijden een bepaald bedrag uit aan de nabestaanden. Bij een **schuldsaldoverzekering** die afgesloten wordt, bij het contracteren van een hypothecair krediet, vervallen de teugbetalingen bij het overlijden van de verzekeringnemer.

De premies voor levensverzekeringen en schuldsaldoverzekeringen worden berekend aan de hand van de gestandaardiseerde jaarlijkse sterfttekans over de looptijd van de verzekering. Deze wordt berekend aan de hand van vergelijking met sterftetabellen van de populatie. In regel gebruiken herverzekeraars hiervoor de populatie van verzekerden, wat een zekere bias introduceert.

De levensverwachting op het moment van afsluiten van de verzekering speelt een rol bij het bepalen van de premie: zo zal er een hogere bijpremie aangerekend worden aan jonge mensen met een bepaalde aandoening omdat er een hoger risico is op oversterfte bij deze mensen. Ook het risicoverloop is van belang: zo is geweten dat bij kankerpatiënten het sterfterisico vooral in de eerste jaren na diagnose verhoogd is.

Bij **gewaarborgd inkomen verzekeringen** waarbij het risico op morbiditeit en arbeidsongeschiktheid ingeschat wordt, volgen vaak uitsluitingclausules, bijpremies of weigeringen bij personen die geconfronteerd worden met chronische aandoeningen.

Zo kunnen arbeidsongeschiktheden in verband met specifieke gekende ziekten, bijvoorbeeld reumatoïde artritis, uitgesloten worden voor een verzekering gewaarborgd inkomen. Ook het inbouwen van wachttijden voor de uitkering van een contractueel overeengekomen vervanginkomen vormt een middel om premies te drukken voor personen met een verhoogd risico.

Risico inschatting bij een frequent versus zeldzaam risico/ziekte

Het risico is de kans op schade van een bepaalde omvang en is recht evenredig met de spreiding in de populatie. Hoe groter de blootgestelde populatie hoe lager de spreiding. Veel voorkomende risico's zijn tegen een gunstiger premie te verzekeren dan meer zeldzame risico's. Onvoldoende gegevens voor een goede risico-inschatting kan grond zijn voor het weigeren van een verzekeringsaanvraag.

Verder is het supplementaire risico van de verzekeringsnemer bepalend voor eventuele bijpremies. Zo wordt voor het inschatten van het mortaliteitsrisico bij levensverzekeringen de oversterfte als basis gebruikt.

Als het risico op sterfte in het segment van de populatie van de aanvrager 2 maal hoger is dan in de normale populatie, dan is de oversterfte 100%, met een bijpremie van 100% tot gevolg.

Hoe wordt een bijpremie berekend

In de praktijk worden bijpremies aangerekend in stappen van 25%, naargelang het bijkomend risico van de aanvrager. De premies die verzekeringsmaatschappijen aanrekenen zijn onderworpen aan controle door herverzekeraars. De gidsen die herverzekeraars hiervoor gebruiken zijn databanken met een abonnement, die niet openbaar beschikbaar zijn omwille van intellectueel eigendomsrecht. Het is daarom voor de consument niet steeds transparant waarom hem een bepaalde bijpremie gevraagd wordt.

De rol van een verzekeringsgeneeskundige binnen een verzekeringsmaatschappij is louter adviserend, de verzekeraar kan het advies van de verzekeringsgeneeskundige naast zich neerleggen. De verzekeringsarts baseert zijn adviezen in regel op eigen literatuuronderzoek, niet louter op de gidsen van herverzekeraars.

Verzekeringsmaatschappijen hebben geen toegang tot het volledige medische dossier van een aanvrager. Zij moeten zich baseren op de beperkte informatie die in medische vragenlijsten ten behoeve van het afsluiten van een verzekering ingevuld worden. Het verzwijgen van medische informatie bij het afsluiten van een verzekering is echter uit den boze, al wordt soms het in Frankrijk geldende 'droit à l'oublie' aangehaald om te motiveren dat aandoeningen van meer dan 10 jaar geleden niet vermeld hoeven te worden.

Wet Partyka

De wet Partyka, genoemd naar CD&V-politica Katrien Partyka en in voege sinds 1 januari 2015 is bedoeld om schuldsaldoverzekeringen toegankelijker en betaalbaar te maken voor chronisch zieken of mensen die een langdurig ziekte of herstelproces doormaken. De Partykawet is enkel van toepassing voor de aanschaf van een eerste eigen woning.

Deze wet legt verzekeraars op om hun beslissing te motiveren wanneer zij een schuldsaldoverzekering weigeren of een bijpremie aanrekenen. Bovendien hebben consumenten onder deze wet het recht om aan de geneesheer van de verzekeraar bijkomende informatie te vragen over de studies en statistieken die aan de weigering of bijpremie ten grondslag liggen. In de praktijk stellen verzekeringsmaatschappijen de vraag naar argumentatie soms aan hun herverzekeraars.

Ook voorziet de Partykawet een Opvolgingsbureau waartoe de consument zich kan richten om een aanvraag opnieuw te laten onderzoeken. Dit Opvolgingsbureau bestaat uit een magistraat, een patiëntenvertegenwoordiger en een geneesheer. De consument zal voor verzekeringsaanvragen waarvoor het Opvolgingsbureau een voorstel doet maximaal een bijpremie van 125% moeten betalen. Het gedeelte daarboven wordt dan door de compensatiekas aan de verzekeraar betaald. Deze compensatiekas is een solidariteitsmechanisme dat door verzekeraars en kredietinstellingen gezamenlijk gefinancierd wordt.

Nuttige tips voor patiënten en zorgverstrekkers

1. Wat bij twijfel rond diagnose en prognose?

Twijfel zal door verzekeringsmaatschappijen steeds in het voordeel van de patiënt geïnterpreteerd worden. Daarom is het van belang dat de behandelende arts een bestaande mate van onzekerheid i.v.m. diagnose en prognose ook aangeeft in documenten bestemd voor verzekeringsmaatschappijen. Een vaststaande ziekte verzwijgen is evenwel uit den boze: dit kan achteraf leiden tot weigeringen en uitsluitingen.

2. Vermeld naast diagnose ook de ernst van ziekte-activiteit!

Het is ook van heel groot belang om naast de diagnose de ernst en ziekte-activiteit te vermelden. Zo zal de verklaring "reumatoïde artritis sinds 5 jaar, laatste drie jaar in volledige remissie" anders geëvalueerd worden dan louter de vermelding van de diagnose reumatoïde artritis.

3. Wanneer best een verzekering afsluiten?

Eventueel kan de arts een patiënt die hem vraagt een vragenlijst in te vullen voor bijvoorbeeld een schuldsaldoverzekering de raad geven om te overwegen de aanvraag uit te stellen tot de ziekte gedurende een zekere tijd gestabiliseerd of in remissie is, omdat dit een invloed kan hebben op de gevraagde bijpremie en/of een eventuele weigering van de verzekeringsaanvraag.

4. Wat is de invloed van levensverwachting op afsluiten van verzekering bij reumatische aandoeningen?

Hoewel de levensverwachting bij patiënten met reumatische aandoeningen meestal slechts licht verminderd is t.o.v. de gezonde populatie, manifesteert de oversterfte zich in deze populatie meestal maar op gevorderde leeftijd (>65 jaar). Het klinisch inzicht of aanvoelen is dus dat er geen verhoogde mortaliteit te verwachten in de periode (meestal 20 tot 30 jaar) die standaard bestreken wordt door een schuldsaldoverzekering bij aankoop van vastgoed en bijgevolg is er dus weinig rationale voor verhoogde premies bij deze patiënten. Verzekeraars zijn zich hier niet altijd van bewust.

5. Wat bij weigering van verzekering?

Weigert de verzekeraar bv schuldsaldoverzekering wegens een bepaalde ziekte of rekent de verzekeraar een te hoge premie aan, dan is het vaak aangewezen beroep aan te tekenen bij het Opvolgingsbureau voor de tarifiering. De verzekeringsmakelaar kan hierbij helpen.

Wetenschappelijk onderzoek

Verder beoogt dit project de verzekeringsproblematiek bij patiënten met reumatische aandoeningen wetenschappelijk te onderbouwen en aan de hand van de verzamelde wetenschappelijke gegevens in dialoog te treden met verzekeringsmaatschappijen via hun overkoepelende organisatie: Assuralia.

Kwalitatief goede studies die de relatie onderzoeken tussen morbiditeit, mortaliteitsrisico en mogelijkheid tot participatie, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt, bij personen met reumatische aandoeningen zijn nodig om verzekeringsmaatschappijen toe te laten om een correctere risico-inschatting te maken op basis van de huidige standaard van medische behandeling.

Opdat verzekeringsmaatschappijen dit ook zo zouden kunnen toepassen zijn er meer en betere gepubliceerde gegevens nodig i.v.m. het mortaliteitsrisico bij patiënten met reumatische aandoeningen, bijvoorbeeld gestratificeerd naar leeftijd en ziekte-activiteit aan de hand van een beperkte set prognostische parameters.

Cohortestudies naar mortaliteitsrisico in functie van de leeftijd en een (beperkt) aantal prognostische parameters zullen opgestart worden bij patiënten met reumatische aandoeningen (spondyloartritis, reumatoïde artritis). Deze studies zijn voornamelijk belangrijk in het kader van schuldsaldoverzekeringen en levensverzekeringen.

Twee studenten master in de geneeskunde hebben in het kader van hun masterproef een systematische literatuurstudie opgestart naar de invloed van farmacologische (o.m. biologische behandelingen) en niet-farmacologische herstelmaatregelen op het uitvoeren van algemene dagelijkse activiteiten en op de (arbeids)participatie bij personen met reumatoïde artritis en spondyloartritis. Deze oefening is voornamelijk belangrijk in het kader van gewaarborgd inkomen verzekeringen.

Werkgroep 'Let's work together 2.0': Iedereen goed verzekerd...ook met Reuma:

Coördinator:

Prof. Dr. Xavier Janssens (Voorzitter FWRO), Catherine Bailleux (Project Manager KBVR/ FWRO), Dr. Griet De Brabanter, Dr Hilde Buelens, Nele Caeyers (ReumaNet), Alain Cornet (Association Lupus Erythémateux/CLAIR), Dr. Philippe Carron, Prof. Dr. Peggy Jacques, Prof. Dr. Filip De Keyser, Ilse De Keyser (ReumaNet), Prof. Dr. Rik Lories, Bruno Mattelaere (ReumaNet), Dr. Muriel Stubbe, An Van Boxstael (Werkgroep Reumaverpleegkundigen), Dr. Caroline van Durme, Bernadette Van Leeuw (Association Lupus Erythémateux/CLAIR), Dr. Ruth Wittoek.

M.m.v. Prof. Dr. Marc Du Bois (Arbeids-Milieu-en Verzekeringsgeneeskunde KULeuven, Coördinator van de MaNaMa Verzekeringsgeneeskunde en Medische Expertise), Dr Veerle Persy (Hugin Mugin Research) en Laura Janssens (Cou'puur).

Dit medico-sociaal wetenschappelijk project wordt gesteund door:

Pfizer, Novartis, Roche, BMS, UCB, MSD, Jansen-Cilag.

