

11 jul 2024 -01:00

Wordt een schuldsaldoverzekering afsluiten binnenkort gemakkelijker voor mensen met diabetes type 1?

Weigeringen, premieverhogingen... een schuldsaldoverzekering afsluiten is niet altijd gemakkelijk als je een gezondheidsprobleem hebt. In 2019 voerde België het 'recht om vergeten te worden' in. Het maakt het gemakkelijker voor personen met bepaalde chronische aandoeningen of die genezen zijn van bepaalde kankers om dit soort verzekering af te sluiten, onder een aantal voorwaarden en na een bepaalde tijdsduur. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kreeg de opdracht om de lijst van de betrokken ziekten regelmatig te herzien, in het licht van nieuwe kennis en de medische vooruitgang. Na een eerste studie over borstkanker, die tot gunstigere voorwaarden leidde voor bepaalde groepen patiënten in 2023, hebben de KCE-onderzoekers nu onderzocht of diabetes type 1 kan worden opgenomen in de lijst van aandoeningen.

Een schuldsaldoverzekering garandeert de terugbetaling van een hypotheek of een beroepskrediet als de lener overlijdt voordat de schuld is afbetaald. Wanneer een kandidaat-verzekeringnemer echter lijdt aan een chronische ziekte of een ziekte die de levensverwachting verkort, verhogen de verzekeraars soms de premie, ter compensatie van het verhoogde gezondheidsrisico. Soms weigeren ze zelfs om een verzekering af te sluiten, omdat ze het risico op vroegtijdig overlijden te hoog vinden.

Wat is het recht om vergeten te worden?

De hogere premies of weigeringen kunnen ertoe leiden dat mensen geen woning kunnen aanschaffen of kunnen professionele projecten verhinderen. Daarom is het belangrijk dat verzekeraars er niet te snel gebruik van maken. In 2019 werd in België het 'recht om vergeten te worden' ingevoerd, waarbij in zeer specifieke situaties deze weigeringen en premieverhogingen worden verboden. De wetgeving is van toepassing op mensen die volledig genezen zijn van bepaalde kankers en mensen met bepaalde chronische ziekten.

De betrokken ziekten en voorwaarden worden vermeld in twee officiële lijsten, de zogenaamde referentieroosters, die het KCE regelmatig opnieuw moet beoordelen. In de huidige nieuwe studie werd gekeken naar personen met diabetes type 1 (DT1) - een populatie die in ons land over het algemeen toegang heeft tot een schuldsaldoverzekering, maar wel tegen een verhoogde premie. In hoeverre verschilt hun sterfterisico van dat van de algemene bevolking? Moeten de premieverhogingen worden beperkt of volledig worden afgeschaft voor deze patiënten, en zo ja, tot welk niveau en onder welke voorwaarden

Oversterfte

De KCE-onderzoekers gingen eerst na in welke mate DT1 de mortaliteit en levensverwachting beïnvloedt, zowel internationaal als in België. De Belgische analyse is gebaseerd op een zeer grote representatieve databank met de administratieve gegevens van bijna 40.000 Belgische patiënten met DT1. De onderzoekers onderscheidden vier subgroepen:

- Patiënten zonder complicaties (ongeveer 60% van de onderzochte populatie).
- Patiënten die behandeld worden met RAAS-inhibitoren (renine-angiotensine-aldosteron

systeeminhibitoren), geneesmiddelen die meestal worden voorgeschreven om niercomplicaties van diabetes te vertragen en tegen hoge bloeddruk. Hun gebruik kan wijzen op de aanwezigheid van complicaties (30%).

- Patiënten met diabetische oogziekte (retinopathie) (9%).
- Patiënten met ernstig chronisch nierfalen (1%).

De analyse toont aan dat Belgen met DT1 inderdaad een hogere mortaliteit hebben dan de algemene bevolking van dezelfde leeftijd, en geslacht en wonend in dezelfde regio. Deze oversterfte werd waargenomen in alle bestudeerde subgroepen, maar bleef over het algemeen wel laag (3,3 meer sterfgevallen per 1000 inwoners), behalve bij patiënten met ernstig chronisch nierfalen (32,7 meer sterfgevallen per 1000 inwoners).

Mogelijke aanpassingen van de referentieroosters

Op basis van de analyses deed het KCE-team een aantal voorstellen voor de mogelijke opname van DT1 in de referentieroosters. Ze hebben enkel betrekking op de groep met een beperkt hoger risico, namelijk patiënten zonder complicaties, met RAAS-inhibitoren of met retinopathie. Voor de eerste groep, namelijk personen zonder diabetes-relateerde complicaties, zijn er twee mogelijkheden:

- Maximale premieverhogingen (vermeld in het rapport), afhankelijk van de leeftijd van de verzekeringnemer en de duur van de lening. Op basis van de Belgische gegevens kan er echter geen onderscheid worden gemaakt tussen mensen met goed gecontroleerde en minder goed gecontroleerde diabetes. De eersten zullen daarom waarschijnlijk een relatief hoge bijkomende premie betalen in verhouding tot hun echte risiconiveau (maar kunnen gunstiger voorwaarden bedingen bij de verzekeraar). De laatsten zullen dan weer minder betalen in verhouding tot hun risiconiveau. Binnen deze groep worden patiënten met goed gecontroleerde diabetes dan de facto gedwongen solidair te zijn met degenen met een minder goed gecontroleerde diabetes.
- De tweede optie is om deze patiënten geen individuele premieverhogingen aan te rekenen, maar deze te spreiden over iedereen die een schuldsaldoverzekering afsluit bij een bepaalde verzekeraar. Binnen de volledige groep van mensen met een schuldsaldoverzekering is er dan een solidariteitsmechanisme van toepassing.

Voor patiënten met diabetes-gerelateerde complicaties, behalve deze met ernstig chronisch nierfalen, beveelt het KCE enkel maximale premieverhogingen aan, omdat bij deze personen de oversterfte groter is dan bij patiënten zonder complicaties. Het beveelt ook aan om de factor 'gebruik van RAAS-inhibitoren' niet als dusdanig te gebruiken, maar wel een aantal klinische parameters die de verzekeraars kunnen gebruiken om de hoogte van de bijpremie te bepalen. Het gebruik van deze geneesmiddelen is in feite een indirecte indicator voor de aanwezigheid van complicaties, maar geeft onvoldoende informatie over het risiconiveau van de individuele patiënt.

Is nog meer solidariteit een goed idee?

Daarnaast is er de vraag of een solidariteitsmechanisme zou moeten worden ingevoerd*. In dat geval zouden DT1-patiënten (met of zonder complicaties) helemaal geen verhoogde premie meer betalen omwille van hun verhoogde gezondheidsrisico. Het risico voor deze patiënten zou dan worden gedeeld door iedereen die een schuldsaldoverzekering afsluit. Het aantal complicaties en de oversterfte blijft relatief laag bij DT1-patiënten van 20 tot 49 jaar (de groep die het meest schuldsaldoverzekeringen afsluit)

en hun levensverwachting, die dicht bij die van de algemene bevolking ligt, is meestal langer dan de looptijd van de verzekering.

Deze aanpak heeft echter het nadeel dat de basispremies voor alle verzekerden kunnen stijgen. Het kan als gevolg hebben dat iemand zonder een hoger risico en met een bescheiden inkomen meer betaalt, om te verhinderen dat een diabetespatiënt in een financieel betere situatie, een hogere premie zou betalen. Voordat een dergelijk mechanisme wordt ingevoerd, zouden eerst de gevolgen en precieze voorwaarden zorgvuldig moeten worden bestudeerd.

Nog een lange weg te gaan

Deze voorstellen zijn slechts een eerste stap. Ze moeten nu worden onderzocht door het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering, dat ze - samen met zijn advies - zal overmaken aan de beleidsmakers. Bovendien zijn de conclusies van het KCE natuurlijk niet in steen gebeiteld en zullen ze regelmatig moeten worden herzien in het licht van de medische vooruitgang of van het ter beschikking komen van bijkomende gegevens.

* Er moet hier wel worden opgemerkt dat er al een door de verzekeringssector en de kredietinstellingen gefinancierde "Compensatiekas" bestaat. Deze komt automatisch tussen wanneer de basispremie om medische redenen met meer dan 125% wordt verhoogd, en dekt het gedeelte boven die 125% tot maximaal 925% van de basispremie.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be