

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1872

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat verzekeringsmaatschappijen discrimineren op basis van ziekteverleden of genetische aanleg* (ingezonden 14 februari 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 april 2013). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1632.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat verzekeraars discrimineren op basis van ziekteverleden of genetische aanleg?¹

Antwoord 1

Ik heb er kennis van genomen.

Vraag 2, 3

Vindt u het rechtvaardig als iemand die tien jaar of langer geleden behandeld is wegens kanker en medisch gezien door artsen genezen is verklaard door een verzekeraar als risicogeval wordt bestempeld en daarom wordt geweigerd of een hogere premie moet betalen? Kunt u uw antwoord toelichten? Vindt u het rechtvaardig als iemand die door een gen meer kans loopt om ziek te worden door een verzekeraar als risicogeval wordt bestempeld en daarom wordt geweigerd of een hogere premie moet betalen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 2, 3

Voor levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt geen wettelijke acceptatieplicht, voor het aangaan noch voor de voorwaarden waaronder de verzekering wordt afgesloten. De essentie van verzekeren is risicoselectie, waarbij verzekerden in risicogroepen worden ingedeeld. Dat geldt dus ook voor levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, waarbij allerlei factoren en aandoeningen worden meegenomen. Het loslaten van risicoselectie heeft verstrekken gevolgen. Zoals ik vorig jaar op vragen van de leden Omtzigt en Smilde op 2 maart 2012 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1705), alsook van Leijten en u op 4 januari 2012 (Aanhangsel

¹ Argos, Radio 1, 9 februari 2013

Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1232) al berichtte lijkt het me wel terecht dat naarmate bijvoorbeeld kanker een steeds meer chronische ziekte wordt, verzekeraars rekening houden met de recente gegevens over incidentie en overleving.

Vraag 4

Wat is uw oordeel als verzekeraars op enigerlei wijze mensen zouden aanzetten tot het laten testen op aandoeningen, waarvoor geen behandeling bestaat ten behoeve van de risicoselectie? Deelt u de mening dat dit ethisch onverantwoord is? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

De Wet op de medische keuringen (WMK), die in 1998 in werking is getreden, voorziet in bescherming van degene die wordt gekeurd. Tegelijk wordt in de wet rekening gehouden met de belangen van degene die de keuring vraagt, zoals de verzekeraar. De wet bepaalt voor onder meer levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen dat geen onderzoek mag worden verricht als het belang van de keuringvrager niet opweegt tegen dat van degene die wordt gekeurd. Als uitwerking hiervan is in artikel 3 lid 2 van de wet opgenomen dat verboden is onderzoek naar de kans op een ernstige ziekte die niet genezen kan worden dan wel niet kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden. Ook onderzoek naar een aanwezige, niet behandelbare ernstige ziekte die pas na langere tijd manifest zal worden is verboden.

Vraag 5

Is van een dergelijke praktijk sprake in Nederland, voor zover u bekend?

Antwoord 5

Nee.

Vraag 6

Komt het voor dat verzekeraars, als het gaat om levensverzekeringen of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen boven een bepaald drempelbedrag, cliënten vragen stellen over erfelijke aandoeningen of genetische afwijkingen, die moeten worden beantwoord? Zo ja, op basis van welke wetgeving of protocol gebeurt dit dan? Hoe beoordeelt u deze praktijk?

Antwoord 6

In artikel 5 van de WMK is opgenomen dat geen vragen mogen worden gesteld over onbehandelbare ernstige erfelijke ziekten, en niet over onderzoek dat bij de keuring of bloedverwanten is gedaan naar de erfelijke aanleg voor ziekten, of de resultaten van dergelijk onderzoek. Dit verbod geldt niet als de verzekerde som boven de zogenaamde «vragengrens» uitkomt, zoals uitgewerkt in het tweede lid van artikel 5. Het is goed mogelijk dat boven die vragengrens dergelijke vragen aan aspirant-verzekerden gesteld worden. Dat is in lijn met de wet.

Vraag 7

Hoe verhoudt een dergelijke praktijk zich met het non-discriminatie-artikel 11 van het Verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde, waarbij elke discriminatie op grond van zijn of haar genetisch erfgoed is verboden?²

Antwoord 7

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 9 nader uiteen zal zetten heeft Nederland het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde niet geratificeerd en kan ik vragen over de verhouding van nationaal recht met verdragsbepalingen dus niet van een definitief antwoord voorzien. Verzekeraars mogen op grond van de Wet medische keuringen boven de «vragengrens» vragen stellen aan de keuring over erfelijke aandoeningen of

² https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:2mFeaMy92b8J:www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Dutch.pdf+verdrag+inzake+mensenrechten+en+bio+geneeskunde&hl=nl&gl=nl&pid=bl&srcid=ADGEEsJB4y6sSFkM61F5U-faT6ivHX9Cv0Hd_dmOgl9lfhtN5fiV28_oorGS_CF9Nb4_WfyHE0ySW95hHs2mrKMHIG7j5Frvkcbmc0AdIDL5wAam9Jm21oJaEUktbEPmKaYoVFKSJ0T&sig=AHIEtbROqr8B0xkzl3mVZtOzattLmJAAjg

genetische afwijkingen. Voor verzekeraars kan dit aanleiding zijn om op basis van deze antwoorden te bepalen dat er sprake is van een hoger risico en dit door te berekenen in de premie. De verzekeraar zal zich daarbij moeten houden aan de geldende regelgeving voor gelijke behandeling, dat wil zeggen dat dit niet mag leiden tot een verboden onderscheid op basis van handicap of chronische ziekte.

Vraag 8

Hoe verhoudt een dergelijke praktijk zich met artikel 12 van het Verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde waarbij wordt gesteld dat voorspellend genetisch onderzoek alleen mag worden gebruikt voor gezondheidsdoeleinden of wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van gezondheidsdoeleinden?³

Antwoord 8

Het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde verbiedt genetische tests als deze niet in het kader van gezondheidsdoeleinden worden gedaan. In de Wet medische keuringen mag geen onderzoek worden gedaan dat een onevenredige inbreuk betekent op de persoonlijke levenssfeer van degene die wordt gekeurd. De vraag is of de Nederlandse wet daarmee minder streng is dan het verdrag. Dit zal nog moeten worden gezien (zie ook antwoord op vraag 9).

Vraag 9

Klopt het dat Nederland het Verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde wel ondertekend heeft maar nog steeds niet geratificeerd? Zo ja, wat is hiervan de reden? Zo ja, bent u bereid dit verdrag te ratificeren? Zo ja, op welke termijn?⁴

Antwoord 9

Nederland heeft het Verdrag ondertekend op 4 april 1997. Ratificatie van het Verdrag is enkele malen uitgesteld, vanwege wisselingen van kabinetten en omdat eerst duidelijkheid nodig is omtrent eventuele voorbehouden die bij ratificatie zouden moeten worden gemaakt. Die voorbehouden zijn afhankelijk van in de Nederlandse wet opgenomen afwijkende bepalingen. Verschillende wetsvoorstellen, zoals de Wet op de Orgaandonatie en de Embryowet, waren in de tussenliggende periode nog in behandeling in het Parlement. Ook nu ligt er een wetswijziging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen in de Kamer die, wanneer die wordt aangenomen, een voorbehoud noodzakelijk maakt. Eventuele ratificatie is daarmee eerst pas aan de orde als dit wetsvoorstel in het parlement is besproken.

Vraag 10

Bent u nog steeds van mening dat het hebben van Familiaire Hypercholesterolemie zonder bijkomende risicofactoren geen gevolgen mag hebben voor de verzekerbaarheid? Zo nee, waarom niet? Zo ja, geldt dit ook voor andere aangeboren aandoeningen of het verhoogde risico daarop? Kunt u uw antwoord toelichten?⁵

Antwoord 10

Familiaire Hypercholesterolemie (FH) is een erfelijke vetstofwisselingsstoornis. Als een drager van een mutatie voor FH niet wordt behandeld, dan is er een beduidend hogere kans dat hij vroegtijdig overlijdt als gevolg van hart- en vaatziekten. Als de behandeling van FH een gunstig effect heeft en er geen sprake is van bijkomende risicofactoren (zoals gewicht, bloeddruk en roken)

³ Idem.

⁴ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33000-V-148.html?zoekcriteria=%3fzkt%3dUitgebreid%26pst%3dParlementaireDocumenten%26vrt%3dbiogeneeskunde%26zkd%3dInDeGeheleText%26dpr%3dAlle%26spd%3d20130208%26epd%3d20130208%26kmr%3dEersteKamerderStatenGeneraal%257cTweedeKamerderStatenGeneraal%257cVerenigdeVergaderingderStatenGeneraal%26sdt%3dKenmerkendeDatum%26par%3dKamerstuk%257cAanhangsel%26van%26bde%26bHandelingen%257cKamervragen%26bzonder%26bantwoord%26dst%3dOnopgemaakt%257cOpgemaakt%257cOpgemaakt%26bna%26bonopgemaakt%26isp%3dtrue%26pnr%3d1%26rpp%3d10&resultIndex=2&sorttype=1&sortorder=4>

⁵ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2006–2007, nr. 790

wordt de aangevraagde verzekering in principe op standaardvoorwaarden geaccepteerd, conform de afspraken uit 2003 hierover tussen het Verbond van Verzekeraars, Stichting Opsporing Familiaire Hypercholesterolemie (StOEH) en Stichting Bloedlink.

In hoeverre dit ook geldt voor andere aangeboren aandoeningen of het verhoogde risico daarop laat ik aan de afspraken die verzekeraars, patiënten en artsen kunnen maken (artikel 9 Wet op de medische keuringen). Ik ben wel van mening dat wanneer bij andere aangeboren aandoeningen dezelfde omstandigheden als FH gelden (de behandeling heeft een gunstig resultaat en er zijn geen bijkomende risicofactoren), de aangevraagde verzekering op vergelijkbare wijze als bij de geschetste afspraken daarover bij FH moet worden aangeboden en kan worden geaccepteerd.

Vraag 11

Deelt u de mening dat nu onduidelijk is hoe verzekeraars tot hun risico-inschatting komen? Vindt u ook dat verzekeraars hier openheid over moeten geven? Deelt u voorts de mening dat er een uniforme wetenschappelijke standaard moet komen waaraan verzekeraars moeten toetsen? Zo ja, hoe gaat u dat bewerkstelligen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 11

Verzekeraars baseren hun risico-inschatting op een onafhankelijk advies van de medisch adviseur. Die weegt de informatie van de aspirant-verzekerde met behulp van de stand van de wetenschap, statistische gegevens en zijn eigen medisch-specialistisch oordeel. De gegevens die de medisch adviseur hiervoor gebruikt zijn niet openbaar, tenzij er sprake is van openbare bronnen. Wel dient de medisch adviseur aan de aspirant-verzekerde uit te leggen hoe en waarom hij tot een ander advies dan acceptatie op standaardvoorwaarden is gekomen, tenzij aspirant-verzekerde daar geen prijs op stelt. Ik ben niet van mening dat verzekeraars hier meer openheid van zaken over moeten geven. Een deel van de statistische gegevens die verzekeraars gebruiken, is gebaseerd op gegevens van de verzekeraar zelf. Deze gegevens zijn bedrijfsgevoelig. Het is begrijpelijk dat verzekeraars deze gegevens uit concurrentieoverwegingen niet openbaar maken.

Een uniforme wetenschappelijke standaard waaraan verzekeraars moeten toetsen acht ik niet mijn verantwoordelijkheid. Verzekeraars en artsen overleggen met patiëntenorganisaties over de statistische gegevens die worden gebruikt om tot risicobeoordeling te komen. Hoewel het gebruik van statistische gegevens per definitie niet de recente situatie weergeeft, begrijp ik dat verzekeraars er in overleg met patiëntenorganisaties naar streven de meest recente statistische gegevens te gebruiken.

Vraag 12

Hoeveel mensen krijgen jaarlijks te maken met een verzekeraar die hen weigert voor een verzekering dan wel een hogere premie krijgen opgelegd? Kunt u een totaaloverzicht geven, uitgesplitst per ziekte? Kunt u daarbij een onderscheid maken tussen mensen die worden geweigerd en mensen die een hogere premie opgelegd krijgen? Wanneer dit overzicht ontbreekt, bent u dan bereid een onderzoek te laten doen door een gerenommeerd onderzoeksinstituut? Zo ja, kan de Kamer dan de onderzoeksopdracht ter beoordeling ontvangen?

Antwoord 12

Ik beschik niet over dergelijke gegevens. Ik ben ook niet voornemens om een dergelijk onderzoek te laten uitvoeren, omdat ik de toegevoegde waarde van een dergelijk onderzoek niet inzie. In het verzekeringsbedrijf is solidariteit een belangrijk grondbeginsel. Iedereen moet toegang kunnen hebben tot belangrijke verzekeringsproducten. Verzekeraars hebben daarbij de maatschappelijke taak om individuele risico's te spreiden over een grotere groep mensen. Inherent daaraan is dat verzekeraars de verschillen in risico's, bijvoorbeeld naar aanleiding van de ziektegeschiedenis van een persoon, verdisconteren in de verzekeringspremie. Indien dit niet het geval zou zijn, zou de solidariteit van de verzekeringen juist onder druk kunnen komen te staan.

Vraag 13

Bent u van mening dat de Wet op de medische keuringen mensen voldoende beschermt? Zo ja, waarom?

Antwoord 13

Ja, ik ben van mening dat de Wet op de medische keuringen mensen voldoende beschermt. Uit de tweede evaluatie van de Wet op de medische keuringen (Kamerstukken II 2006/07, 28 172, nr. 4) blijkt dat de wet op hoofdlijnen voldoet. De in het rapport benoemde knelpunten zijn opgepakt, zoals in het standpunt destijds op het rapport is aangegeven (Kamerstukken II 2006/07, 28 172, nr. 5), en vorig jaar is een wetsvoorstel met aanpassingen gepasseerd (Staatsblad 2012, 146). De wet beschermt de keurling als kwetsbare partij waarbij hij ook rekening houdt met de positie van de keuringvrager, de verzekeraar, als risicodrager.

Vraag 14

Is het waar dat de Wet op de medische keuringen niet voldoet aan Europese regelgeving? Zo ja, wat gaat u ondernemen om te zorgen dat de wet in lijn komt met Europese regelgeving?

Antwoord 14

Of de Wet op de medische keuringen niet voldoet aan het Verdrag voor rechten van de mens en de biogeneeskunde moet nog worden bezien (zie ook antwoord op vraag 8). De wet is voor zover mij bekend in lijn met andere Europese regelgeving.

Vraag 15

Bent u bereid de Wet op de medische keuringen aan te scherpen, om zo in de toekomst te voorkomen dat verzekeraars discrimineren op grond van medisch verleden of genetische aanleg? Zo ja, wanneer kan de Kamer een voorstel verwachten? Zo nee, wat bent u dan voornemens te doen om verzekeringsdiscriminatie op basis daarvan in de toekomst uit te bannen?

Antwoord 15

Allereerst wil ik benadrukken dat wanneer verzekeraars onderscheid maken op grond van medisch verleden of genetische aanleg dit niet per se een verboden onderscheid is op grond van chronische ziekte of handicap (zie ook mijn antwoorden op vragen 2, 3 en 7). Dat gezegd hebbende, beziet het kabinet thans in hoeverre ratificatie van het Biogeneeskundeoverdrag wenselijk is.