



VLAAMSE OUDERENRAAD

**Standpunt betreffende
leeftijdsdiscriminatie in hospitalisatieverzekeringen**

VLAAMSE OUDERENRAAD

Standpunt betreffende leeftijdscriminatie in hospitalisatieverzekeringen

Inhoud

1. Discriminatie, ook op basis van leeftijd	3
2. Leeftijdscriminatie in hospitalisatieverzekeringen	4
A. Problemen in de toegang tot en de betaalbaarheid van hospitalisatieverzekeringen voor ouderen	4
B. Beleid op het vlak van hospitalisatieverzekering	6
3. Standpunten ten aanzien van de verschillende beleidsniveaus	9
A. Principieel standpunt (lange termijn)	10
B. Standpunten bij actuele problemen (korte en middellange termijn)	10
4. Geraadpleegde bronnen	13

Oudere personen voor wie de aansluiting bij een hospitalisatieverzekering peperduur blijkt te zijn, werkloze vijftigplussers die nauwelijks nog aan een nieuwe job geraken, bejaarde personen met een handicap die het met een tegemoetkoming moeten stellen die lager is dan de integratietegemoetkoming voor jongere personen met een handicap. We kennen ze allemaal, de soms schrijnende voorbeelden van ongelijke behandeling op grond van leeftijd in onze samenleving.

De Vlaamse Ouderenraad is zich ervan bewust dat niet in alle gevallen sprake is van discriminatie in de juridische zin van het woord. Leeftijdsgrenzen kunnen bedoeld zijn als bescherming van bepaalde groepen en sommige gevallen van ongelijke behandeling zijn niet verboden door de wet. Toch is het de taak van de Vlaamse Ouderenraad om er op te wijzen dat het gebruik van een leeftijdsgrens oudere personen kan discrimineren en enkel toegestaan is wanneer deze grens redelijk en objectief is. Specifiek in de toegang tot goederen en diensten (bijvoorbeeld hospitalisatieverzekeringen) kunnen daarbij ernstige vragen gesteld worden. Ouderen worden onder meer via weigeringen of buitensporige premiestijgingen uitgesloten en gediscrimineerd. De Vlaamse Ouderenraad pleit zeer sterk voor de garantie dat een goede en betaalbare hospitalisatieverzekering voor alle ouderen toegankelijk wordt gemaakt.

1. Discriminatie, ook op basis van leeftijd

Discriminatie is een handeling waarbij gelijken op een onaanvaardbare manier ongelijk behandeld worden, en dit op basis van hun nationaliteit, geslacht, leeftijd, huidskleur, gezondheidstoestand en dergelijke. Men discrimineert indien men onderscheid maakt in behandeling tussen mensen op grond van een dergelijk "beschermd criterium" en indien dat niet verantwoord kan worden op de wijze voorzien door de Antidiscriminatiewetgeving. En ook wanneer mensen in een gegeven context gelijk behandeld worden maar wezenlijk van elkaar verschillen, kan dit tot discriminatie leiden (Breda en Schoenmaekers, 2003). We denken daarbij bijvoorbeeld aan het ontbreken van redelijke aanpassingen voor personen met een handicap.

Dergelijke discriminaties zijn bij wet verboden. Het principe van gelijkheid en non-discriminatie zit vervat in internationale en Europese regelgeving en wordt uitdrukkelijk vermeld in de Belgische grondwet. Daarnaast bestaat er in ons land specifieke regelgeving die discriminatie verbiedt, ook leeftijdsgebonden discriminatie. In het bijzonder vinden we dit terug in de federale antidiscriminatiewetgeving¹ waarin 19 persoonskenmerken wettelijk beschermd worden. Maar ook op Vlaams niveau zijn regels uitgewerkt, voornamelijk in het decreet van 8 mei 2002 houdende een evenredige participatie op de arbeidsmarkt en het decreet van 10 juli 2008 houdende een kader voor het Vlaamse gelijkheids- en

¹ De wet van 30 juli 1981 tot bestraffing van bepaalde door racisme of xenofobie ingegeven daden, de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie en de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen.

gelijkebehandelingsbeleid (Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, 2010).

Steunend op de eerder genoemde definitie van discriminatie omvat leeftijdsdiscriminatie gedragingen en handelingen waarbij personen op een onaanvaardbare manier ongelijk behandeld of benadeeld worden omwille van hun leeftijd. Leeftijdsgebonden discriminatie van ouderen kan onder meer slaan op een ongelijke behandeling of een benadeling op de arbeidsmarkt, bij de politieke besluitvorming, op het gebied van huisvesting, leer- en vormingskansen, gezondheidszorg of de toegang tot goederen en diensten (bijvoorbeeld verzekeringen) (Breda & Schoenmaekers, 2003).

2. Leeftijdsdiscriminatie in hospitalisatieverzekeringen

Een opname in het ziekenhuis of medische verzorging en medicatie kan iemand veel geld kosten. Daarom kiezen veel mensen voor een aanvullende hospitalisatieverzekering, naast de verplichte federale ziekteverzekering waarvoor men aangesloten dient te zijn bij een ziekenfonds. Via dergelijke hospitalisatieverzekering kan de vergoeding van prestaties die niet door de verplichte ziekteverzekering terugbetaald zijn, bekomen worden. De verzekering kan individueel of collectief (bijvoorbeeld via het werk) aangegaan worden. Ook voor oudere personen vormt deze hospitalisatieverzekering een belangrijke bijkomende financiële beveiliging (AGE Platform Europe, 2011)

A. Problemen in de toegang tot en de betaalbaarheid van hospitalisatieverzekeringen voor ouderen

Het basisprincipe van verzekeringen is het dekken van een risico. Bij sommige persoonsgebonden verzekeringen, zoals ook hospitalisatieverzekeringen, wordt een direct verband gelegd tussen dat risico en de leeftijd van de (kandidaat-) verzekeringsnemer. Heel wat verzekeringsmaatschappijen hanteren een leeftijdsgrens bij de toegang tot of de werking van hun hospitalisatieverzekeringen.

Wanneer een verzekeraar dergelijke segmentatie op basis van leeftijd toepast, betekent dit echter niet automatisch dat deze in de praktijk discriminerend is. Het leeftijdsonderscheid is zoals gezegd toegelaten indien er een juridisch aanvaardbare rechtvaardiging voor is. Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding leert hieromtrent dat segmentatie in de hospitalisatieverzekering toegelaten is indien

- De verzekeraar kan aantonen dat de leeftijd van een (kandidaat-) verzekeringsnemer tot een beduidend hoger risico leidt.
- De gegevens waarop de verzekeraar zich baseert accuraat, recent en relevant zijn.
- Het leeftijdsonderscheid een legitiem doel dient en de middelen om dat doel te bereiken passend en noodzakelijk zijn. Dit wil zeggen dat de verzekeraar actief op zoek moet gaan naar alternatieven die zo weinig mogelijk afbreuk doen aan het principe van gelijke behandeling.

De Vlaamse Ouderenraad is van mening dat er zich, ondanks de toepassing van bovengenoemde anti-discriminatiewetgeving ernstige problemen blijven stellen bij de toegang tot en de betaalbaarheid van de hospitalisatieverzekeringen voor oudere personen. Deze bekommernis werd reeds geuit in zijn Federaal memorandum 2010 en wordt bevestigd door de bevindingen voor België uit het onderzoeksrapport van Civic Consulting in opdracht van de Europese Commissie (2010). Nog steeds blijkt de toegang van ouderen tot hospitalisatieverzekeringen vanuit het oogpunt van leeftijdsdiscriminatie en gelijke toegang tot goederen en diensten te worden belemmerd.

Volgende zaken worden vastgesteld:

- Oudere personen die een hospitalisatieverzekering willen aangaan, worden vaker dan jongeren geconfronteerd met een weigeringbeslissing op grond van hun leeftijd, een uitsluiting van voorafbestaande aandoening en/of een bijpremie. De toegang tot en de werking van de hospitalisatieverzekeringen is dus duidelijk leeftijdsgebonden.
- Bovendien verschillen de gehanteerde leeftijdsgrenzen bij hospitalisatieverzekeringen (d.w.z. de maximum leeftijdsgrens waarboven de verzekering niet meer wordt aangeboden) tussen verzekeringsmaatschappijen.
- De motivatie die verzekeraars geven voor hun beslissingen is vaak afwezig, onvoldoende of niet begrijpbaar. Indien de objectieve rechtvaardiging voor het gebruik van leeftijdsgrenzen in de hospitalisatieverzekering ontbreekt, zal het bijzonder moeilijk of zelfs onmogelijk zijn om na te gaan of de betwiste beslissing voldoet aan de vereisten die door de antidiscriminatiewetgeving worden gesteld om onderscheiden op grond van o.a. leeftijd te rechtvaardigen.
- Hoe ouder iemand is op het moment dat besloten wordt een hospitalisatieverzekering af te sluiten, hoe hoger de bijdrage of premie die men zal moeten betalen.
- Algemene premieverhogingen in functie van de leeftijd dienen redelijk en objectief te zijn. De bewijslast hiervan rust op de verzekeraar. De Vlaamse Ouderenraad vraagt of de premiestijgingen voor hogere leeftijdsgroepen te verantwoorden zijn? Er worden immers reeds aanpassingen doorgevoerd volgens de normale indexatie en bovendien wordt door heel wat verzekeraars tijdens de looptijd van het contract al een vergrijzingsreserve opgebouwd.
- Zoals net aangehaald, plaatsen sommige verzekeraars een deel van de premies betaald door de verzekerde in een vergrijzingsreserve. Dergelijke reserve wordt door verzekeraars niet als 'eigendom' van de verzekeringsnemer beschouwd, wat inhoudt dat deze niet wordt meegenomen wanneer men van verzekeraar verandert.
- Sinds kort worden de premieverhogingen in de hospitalisatieverzekeringen gereguleerd door de wet betreffende de medische index. De wet verwijst zelf naar 'objectieve en representatieve parameters'. In het bijhorende Koninklijk

Besluit² lezen we dat deze parameters gebaseerd zijn op de uitgaven van de verzekeraar. We stellen de vraag of dit gekwalificeerd kan worden als een objectieve en representatieve basis?

- Bij de stopzetting van een collectieve verzekering (bijvoorbeeld bij pensionering) moet de werkgever de werknemer verwittigen van het verlies van verzekeringsdekking en van de mogelijkheid van een individuele verderzetting. Soms gebeurt dit laattijdig of helemaal niet. In dergelijke gevallen valt de werknemer, indien hij ondertussen een hoge leeftijd bereikt heeft, zonder hospitalisatieverzekering omwille van de in de individuele polissen gestelde leeftijdsgrenzen.
- Andere problemen bij dergelijke individuele verderzetting zijn onhaalbare termijnen voor de verzekerde die moet beslissen over een individuele voortzetting (bijvoorbeeld bij ontslag een bedenktijd van 30 dagen), de afhankelijkheid van de gezinsleden van de mate waarin de hoofdverzekerde beslist hen te informeren over de mogelijkheid tot voortzetting, de betaalbaarheid van de individuele verderzetting en de onduidelijkheid over bijkomende premies.

B. Beleid op het vlak van hospitalisatieverzekering

Om het standpunt van de Vlaamse Ouderenraad voldoende te kaderen en leesbaar te houden, is het nodig kort de bestaande wetgeving en beleidsontwikkelingen op het vlak van hospitalisatieverzekering in kaart te brengen. Er wordt een beknopte situering op Europees, federaal en Vlaams niveau gegeven.

Europese regelgeving en beleidsontwikkelingen

De Europese Unie is verantwoordelijk voor het scheppen van een ruimte van vrijheid, veiligheid en rechtvaardigheid. Van bij het begin van de Europese samenwerking bestond daarbij ook aandacht voor de gelijke behandeling van alle inwoners. Deze gelijke behandeling werd lange tijd vooral gezien in economische termen maar is stilaan geëvolueerd in de richting van een verdragsrechterlijk beschermd grondrecht. Het huidige artikel 19 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie biedt immers de mogelijkheid om de lidstaten te verplichten om, binnen het door de EU opgelegde kader, wetgeving aan te nemen die het anti-discriminatieverbod concretiseert op het gebied van werkgelegenheid maar ook bij het leveren van goederen en diensten. Een voorbeeld van zo een verplichting is de kaderrichtlijn 2000/78 die de Europese lidstaten oplegt om een gelijke behandeling in arbeid en beroep te vrijwaren. Vier beschermde kenmerken staan hierin centraal: godsdienst of levensbeschouwing, handicap, leeftijd en seksuele geaardheid. De bescherming buiten de werksfeer (denk bijvoorbeeld aan gezondheidszorg, onderwijs, huisvesting, mobiliteit, sociale voordelen, toegang tot en deelname aan economische, sociale, culturele of politieke activiteit) geldt voor ras of etnische afstamming - de zogenaamde

² Koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

rasrichtlijn 2000/43 en voor geslacht, zwangerschap, moederschap en geslachtsverandering - de zogenaamde genderrichtlijn 2004/113.

Vandaag de dag tracht de Europese Unie de regelgeving verder uit te breiden om ook discriminatie op grond van godsdienst of levensbeschouwing, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid buiten de werksfeer te bestrijden. Zo ligt een voorstel van richtlijn ter discussie dat het verbod van discriminatie op de hiervoor genoemde gronden moet verruimen naar o.m. het aanbod van en de toegang tot goederen en diensten, sociale bescherming en onderwijs. In het voorstel wordt echter voorzien in een uitzonderingsregime voor wat betreft handicap en leeftijd in verzekeringsrelaties. Dit betekent dat verzekeraars de mogelijkheid hebben om onderscheiden op grond van deze twee criteria te rechtvaardigen door louter te verwijzen naar statistische vaststellingen. Deze tekst situeert zich nog steeds op het niveau van de Raad van ministers. Het Europees Parlement heeft enkele wijzigingen voorgesteld maar een definitieve aanpassing van de voorgestelde richtlijn is er nog niet. Het voorstel is onderwerp van hevige discussie en weerstand.

Federale regelgeving en beleidsontwikkelingen

De basisbeginselen van de Belgische wetgeving aangaande verzekeringen zijn terug te vinden in de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Deze wet stelt dat alleen bij wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde de grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden gewijzigd kunnen worden na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst. Deze wijziging kan enkel in het belang van de verzekerde gebeuren.

De wetgeving zoals die vandaag voorligt, is het product van een aanpassing (lees: aanvulling) van de federale wet van 20 juli 2007 (Wet Verwilghen). Deze wet biedt op heden volgende garanties:

- Eens aangesloten bij een verzekering behoudt men het recht en de garantie op verzekering. Eenmaal een verzekering afgesloten, geldt ze bovendien levenslang onder dezelfde voorwaarden. Dit betekent dat de verzekeraar het verzekeringscontract niet plots kan opzeggen of een hogere premie kan vragen omdat bij de verzekerde een chronische ziekte of handicap is ontstaan.
- Deze wet bepaalt ook dat verzekeraars geen personen met een reeds bestaande chronische ziekte of handicap mogen weigeren voor ziektekostenverzekeringen. De aangerekende premie voor een persoon met een chronische ziekte of handicap moet gelijk zijn aan de premie van eenzelfde persoon zonder chronische ziekte of handicap. Elke kandidaat-verzekerde heeft dus recht op een hospitalisatieverzekering maar kosten die verband houden met de chronische ziekte of handicap (niet die direct verband houden!) mogen worden uitgesloten in de polis.
- Wat betreft beroepsgebonden collectieve verzekeringen is er het recht tot individuele voortzetting voor de verzekerde en zijn gezinsleden die gedekt waren

- door de oorspronkelijke polis en dit onder dezelfde voorwaarden en zonder bijkomende formaliteiten (wachtijd, medisch onderzoek, e.d.).
- Met deze wet ontstaat de mogelijkheid tot voorfinanciering van de eventuele individueel verdergezette verzekering. Men kan nu reeds beginnen met het (gedeeltelijk) betalen van premies die pas later verschuldigd zullen zijn in het kader van de individuele verderzetting van de hospitalisatieverzekering.
 - Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA) moeten samen een medische index uitwerken. Premiestijgingen van hospitalisatieverzekeringen worden voortaan gekoppeld aan een medische index.
 - Verzekeringspremies kunnen geïndexeerd worden op basis van één of verschillende objectieve indexen.

Waar de Wet Verwilghen van toepassing is op private verzekeraars, werd de werking van de ziekenfondsen vastgelegd in de wet van 11 mei 2007 die een gelijkaardige regeling voorzag (Wet Demotte). Deze wet werd ondertussen opgeheven waardoor voor de ziekenfondsen op het vlak van het aanbieden van hospitalisatieverzekeringen dezelfde regels gelden dan voor de private verzekeringsondernemingen.

De wet van 19 maart 2009 bepaalde vervolgens dat de private verzekeraars en de ziekenfondsen tot 1 juli 2009 hun hospitalisatiepremies wel mochten aanpassen zoals zij wilden. Op die datum werd de medische index, die als basis voor premieverhogingen zal dienen, toegepast. Maar tot dan liet men de verzekeraars tijdelijk toe om een lopend contract te veranderen en stelde men geen plafond aan een eventuele premieverhoging. De private verzekeraars mochten de premie niet alleen indexeren, ze mochten ze ook optrekken als ze daarvoor de toestemming krijgen van de Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA), de controlerende instantie in de verzekeringssector.

Sinds 1 juli 2009 gold er dan een zeer tijdsgebonden gedragscode hospitalisatieverzekeringen die werd afgesloten tussen de private verzekeringssector en de toenmalige Minister van Financiën (Didier Reynders). Met deze gedragscode engageerden verzekeraars zich om een alternatieve verzekering aan te bieden aan personen die omwille van de premiestijgingen uitgesloten dreigen te worden. De code bepaalt dat verzekerden met een hospitalisatieverzekering die eenpersoonskamers dekt, het recht hebben om een alternatieve, goedkopere verzekering met minder dekking te vragen wanneer de verzekering te duur wordt. De gedragscode is niet van toepassing op beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen. Daarnaast moet een alternatief voorgesteld worden aan verzekerden van 65 jaar of ouder die tussen 1 januari 2008 en 1 juli 2009 omwille van een prijsstijging hun hospitalisatieverzekering hebben stopgezet. Er wordt echter niet bepaald welke dekking deze alternatieve verzekering zal verlenen. In de tijdelijke gedragscode wordt tot slot ook niet gesteld dat de verzekeraar de betrokkenen zelf dient aan te schrijven om dit aanbod bekend te maken.

Om nieuwe bruuske premiestijgingen in de toekomst te vermijden, voerde de overheid door middel van het Koninklijk Besluit van 1 februari 2010 de *medische index* in. Dat is een soort prijsindex die de gemiddelde stijging van de kosten van een ziekenhuisverblijf weergeeft en de verzekeraars een middel moet geven om hun prijzen regelmatig en geleidelijk te verhogen. De federale wetgeving bepaalt dat deze index opgesteld moet worden op basis van objectieve en representatieve paramaters. Het KB dat deze index regelt, vertaalt dit door te stellen dat enkel de premies aangepast mogen worden aan de steeds duurdere ziekenhuiskosten en niet de reserves van de verzekeraars. In de praktijk wordt een gedifferentieerde tariefverhoging op basis van leeftijd wel mogelijk gemaakt. In 2005 werd deze praktijk veroordeeld door de Rechtbank van Koophandel te Brussel in een zaak die Test-Aankoop had aangespannen tegen DKV.

Vlaamse regelgeving en beleidsontwikkelingen

Er wordt nog volop gewerkt aan de uitwerking van het Basisdecreet Vlaamse Sociale Bescherming. Dit decreet moet een aanvulling bieden op de federale sociale zekerheid en streeft ernaar zorg voor de Vlamingen betaalbaar te houden. De regering plaatst in het decreet vijf thema's op de voorgrond, namelijk de consolidatie van de zorgverzekering, de maximumfactuur in de thuiszorg, het begrenzen van de kostprijs in de residentiële opvang, de basishospitalisatieverzekering en de premie voor jonge kinderen. De Vlaamse hospitalisatieverzekering zou daarbij de zorg tot op het niveau van tweepersoonskamers dekken. Enkel de kosten van zorg zoals de medische prestaties, bepaalde prothesen, bepaalde vervoerkosten of wegwerpmateriaal worden terugbetaald. Andere zaken zoals de supplementen voor artsenhonoraria of een opname in een éénpersoonskamer vallen buiten de publieke dekking en kunnen nog steeds door private verzekeraars worden verzekerd. Uit verscheidene hoeken klinkt evenwel twijfel over de doelmatigheid van het voorgestelde kaderdecreet en het luik van de algemene Vlaamse basishospitalisatieverzekering (Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid, 2010).

3. Standpunten ten aanzien van de verschillende beleidsniveaus

De Vlaamse Ouderenraad verzet zich sterk tegen discriminatie op basis van de leeftijd van personen. Daarom formuleren we verscheidene standpunten ten aanzien van de verschillende beleidsniveaus in ons land. We maken een onderscheid tussen het principiële standpunt dat de lange termijnvisie van de Vlaamse Ouderenraad verwoordt en prioriteiten op korte en middellange termijn. Met deze standpunten richten we ons algemeen op het aanpakken van leeftijdsdiscriminatie en meer in het bijzonder op het vrijwaren van de toegang tot hospitalisatieverzekeringen voor alle leeftijden. Daarbij is elk onderscheid op basis van factoren die niet beïnvloed kunnen worden door de verzekeringsnemer zelf (leeftijd, geslacht, gezondheid e.d.) en dat niet gerechtvaardigd kan worden volgens de wijze van de Antidiscriminatiewet voor de Vlaamse Ouderenraad ongeoorloofd.

A. Principieel standpunt (lange termijn)

1. De problemen die ouderen ondervinden bij het aangaan van hospitalisatieverzekeringen duiden er op dat de verplichte federale ziekteverzekering momenteel tekort schiet. Zij dient dan ook prioritair versterkt te worden.

2. Conform de Belgische wetgeving en de Europese regelgeving dient elke vorm van discriminatie aangepakt te worden, dus ook discriminatie tegenover oudere personen op basis van hun leeftijd. Daarbij moet niet alleen gelet worden op leeftijdsdiscriminatie binnen het arbeidsbestel, maar ook o.a. in de gezondheidszorg, de politieke vertegenwoordiging, de media en reclamewereld en bij de toegang tot goederen en diensten.

Om dit te waarborgen moet de federale regering:

- het niet-discriminatiebeginsel respecteren op alle levensdomeinen.
- actief participeren aan het actueel Europees debat inzake leeftijdsdiscriminatie in de toegang tot goederen en diensten. Hiervoor kan een beroep gedaan worden op AGE, het Europees Platform van Ouderen, dat rond dit thema veel expertise opgebouwd heeft.

3. Ook het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding dient zijn opdracht inzake discriminatie van ouderen naar behoren te (kunnen) blijven vervullen. Dat behelst onder meer het behandelen van meldingen, het begeleiden van slachtoffers van discriminatie, het sensibiliseren van het brede publiek en het formuleren van adviezen en aanbevelingen aan de betrokken overheden. Het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding werkt hiervoor nauw samen met de Vlaamse Ouderenraad.

4. De Vlaamse Ouderenraad benadrukt haar principiële standpunt inzake de berekening van de premies verbonden aan hospitalisatieverzekeringen. We beklemtonen dat de kosten die samenhangen met eventuele risico's verbonden aan de leeftijd gespreid moeten worden over alle verzekerden, jong en oud. Zij mogen niet specifiek verhaald worden op de oudere personen. Dit betekent dat segmentatie volgens de leeftijd van de verzekerden problematisch kan zijn en steeds zeer goed onderzocht en duidelijk gemotiveerd moet worden.

B. Standpunten bij actuele problemen (korte en middellange termijn)

5. De Vlaamse Ouderenraad dringt er op aan dat in de wetgeving toepasselijk op verzekeringen expliciet een motivatieverplichting opgenomen wordt. Bijzondere aandacht dient te gaan naar de motivatie van premieverhogingen in functie van de leeftijd. Deze motivatieplicht moet toelaten om te onderzoeken of aan de rechtvaardigingsverplichting voortvloeiend uit de Antidiscriminatiewet voldaan is. We verstaan hieronder dat het aan de hand van algemeen toegankelijke gegevens van de verzekeraar mogelijk moet zijn om in concreto na te gaan of

- De leeftijd een doorslaggevende rol gespeeld heeft bij de beoordeling van het risico. De leeftijd moet 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.

6. Er dient een duidelijke verifieerbaarheid van eventuele risicofactoren te komen. Zo blijkt uit de Europese Verordening Nr. 267/2010 (artikel 3.2. e)³ dat de risicofactoren in verband met handicap en leeftijd bij de verstrekking van verzekerings-, bank- en andere financiële diensten steeds controleerbaar moeten zijn. Daartoe moet een orgaan van onafhankelijke experts opgericht worden. De gegevens van de verzekeraars moeten vervolgens beschikbaar zijn voor alle belanghebbende organisaties, waaronder ook de Vlaamse Ouderenraad.

7. Aansluitend dringt de Vlaamse Ouderenraad er op aan dat verzekeraars jaarlijks informatie en cijfers bekend maken over het aantal weigeringen, het aantal bijpremies, de omvang van bijpremies en dergelijke. Dit zal het mogelijk maken om de verzekeringsproblemen die ouderen ervaren in kaart te brengen en de evolutie van deze problematiek jaar na jaar op te volgen.

8. Indien een verzekeringsmaatschappij werkt met een vergrijzingsreserve, dan pleit de Vlaamse Ouderenraad ervoor dat bij een overstap naar een andere verzekeringsmaatschappij de opgebouwde vergrijzingsreserve meegenomen wordt. We beschouwen de vergrijzingsreserve als een individueel recht. Ook bij het (willen) verhogen van de bijdragen moet in het achterhoofd gehouden worden dat er vaak reeds een vergrijzingreserve in de premies voorzien is.

9. De overheid dient duidelijke regels voorop te stellen bij de overstap van een collectieve naar een individuele verzekering, specifiek in het geval van pensionering. We pleiten voor een herziening van de procedure die hiervoor momenteel voorzien is. Het huidige systeem kent te veel nadelen voor de consument, onder meer door de korte termijnen voor de verzekerde die moet beslissen over een individuele voortzetting en de onduidelijkheid over bijkomende premies.

Er moet een informatieverplichting voor de verzekeraar komen waarbij zowel de hoofdverzekerde als zijn aangesloten gezinsleden rechtstreeks geïnformeerd worden over de mogelijkheid tot individuele voortzetting van een verzekering.

³ VERORDENING Nr. 267/2010 VAN DE COMMISSIE van 24 maart 2010 betreffende de toepassing van artikel 101, lid 3, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op bepaalde groepen van overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen in de verzekeringssector.

Voorts is er een sterke nood aan nieuwe collectieve systemen om de betaalbaarheid van individuele voortzetting op oudere leeftijd te garanderen (bv. via gemeenschappelijke fondsen).

10. De medische index dient herzien te worden. Deze legitimeert momenteel een gedifferentieerde tariefverhoging op basis van leeftijd. Het is daarentegen noodzakelijk dat de medische index op grond van representatieve en objectieve parameters opgesteld wordt en tariefverhogingen op grond van leeftijdsgrenzen binnen deze index verboden worden.

11. Door de Wet van 26 april 2010 zijn de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten niet meer verplicht om een dekking aan te bieden voor voorafbestaande aandoeningen. De Vlaamse Ouderenraad vraagt de mutualiteiten om zich solidair te blijven opstellen en een dekking voor voorafbestaande aandoeningen te blijven aanbieden. Als dit voor de mutualiteiten echter financieel onhoudbaar blijkt te zijn, dan dient de overheid te voorzien in een nieuwe oplossing voor het verzekeren van personen met voorafbestaande aandoeningen.

12. Indien de verplichte ziekteverzekering niet toereikend is, pleit de Vlaamse Ouderenraad voor een hospitalisatieverzekering toegankelijk voor iedereen, inclusief ouderen. Hierbij wordt gewezen op de Wet Partyka⁴. Deze wet richt onder meer een Opvolgingsbureau voor tarifiering op. Bijvoorbeeld personen met een chronische ziekte die geweigerd worden voor de schuldsaldoverzekering of een hoge bijpremie moeten betalen, kunnen in beroep gaan bij dat opvolgingsbureau. Het bureau onderzoekt of de beslissing van de verzekeraar (weigering, bijpremie, ...) gerechtvaardigd is. De overheid kan uit de werking van het opvolgingsbureau inspiratie halen met betrekking tot de hospitalisatieverzekeringen en de eventueel discriminerende werking ervan.

Goedgekeurd door de algemene vergadering op 25 oktober 2011.

Jul Geeroms
Voorzitter

Mie Moerenhout
Directeur

⁴ 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.

4. Geraadpleegde bronnen

AGE Platform Europe, (2011), *Position Statements, AGE contribution to EC Insurance Dialogue: Examples of good and bad practice by the insurance industry and banks*, Brussel.

Breda, J. en D. Schoenmaekers, (2003), *Leeftijd is een -isme, maar anders dan racisme*, In *De Gids op Maatschappelijk Gebied*, 4-13.

Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, (2010), *Leeftijdscriminatie. Wat is het en wat kan u eraan doen? Praktische informatie en handige tips*, Brussel.

Civic Consulting, (2010), *Study on the use of age, disability, sex, religion or belief, racial or ethnic origin and sexual orientation in financial services, in particular in the insurance and banking sectors. Part I: Main report*.

Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid, (2010), *Advies visienota sociale bescherming*, Brussel.