

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20

TNO-rapport

KvL/JPB 2006.014

**Evaluatie van de implementatie van het Protocol
Verzekeringskeuringen bij leden van het Verbond
van Verzekeraars; Kwalitatief onderzoek**

Datum	Juni 2006
Auteur(s)	P.L. Kocken A.G. van Dorst M.A.H. Fleuren T.G.W.M. Paulussen
Aantal pagina's	97
Aantal bijlagen	6

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Begrippenlijst

- **(Aspirant) verzekerde:** degene wiens leven of risico op arbeidsongeschiktheid is verzekerd of wordt beoogd te verzekeren.
- **Keuringsgrens:** grens in de hoogte van het verzekerde bedrag waarboven de verzekeraar de (aspirant) verzekerde verzoekt om een medisch onderzoek door een huisarts, een specialist of een keuringsinstituut. Deze bedragen worden door de verzekeraar zelf vastgelegd en kunnen gelijk, of hoger zijn dan de wettelijke vragengrenzen.
- **Model gezondheidsverklaring:** een gezondheidsverklaring of gezondheidsvragenlijst conform het model van het Verbond van Verzekeraars. Deze verklaring of vragenlijst bevat vragen over de gezondheidstoestand van de (aspirant) verzekerde voorzover is toegestaan op grond van de Wet op de Medische Keuringen (WMK). Deze verklaring dient door de (aspirant) verzekerde ingevuld en ondertekend te worden.
- **Verzekeraar:** de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 die opdracht geeft tot keuring van de (aspirant) verzekerde.
- **Verzekeringskeuring:** het gehele proces van verzameling van de voor de risicobeoordeling relevante informatie over de gezondheidstoestand van de (aspirant) verzekerde en daarvoor relevante informatie over diens bloedverwanten in opgaande lijn of zijlijn tot in de tweede graad, alsmede het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:
 - een levensverzekering
 - arbeidsongeschiktheidsverzekering of een pensioenverzekering indien en voorzover keuring is toegestaan op grond van de WMK.
- **Vragengrenzen:** grens in de hoogte van het verzekerde bedrag waaronder de vrijheid van de verzekeraar wordt beperkt om in het kader van een verzekeringskeuring bepaalde vragen te stellen en bepaalde onderzoeken te laten verrichten. Deze bedragen worden door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport volgens artikel 5 lid 2 WMK vastgesteld. Bij levensverzekeringen met overlijdensrisico geldt de vragengrens voor het totaal verzekerde of te verzekeren bedrag berekend over een periode van drie jaar vóór de aangevraagde verzekeringen. Bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt de vragengrens voor het totaal verzekerde bedrag per jaar. Het Verbond van Verzekeraars adviseert op dit moment de volgende vragengrenzen: voor levensverzekeringen 160.000 euro en voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 32.000 euro in het eerste jaar en 22.000 euro in de jaren daarna.

Afkortingen

AOV:	arbeidsongeschiktheidsverzekering
GAV:	Nederlandse vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken.
GV:	gezondheidsverklaring
KNMG:	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst
LV:	levensverzekering
WAZ:	Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen
UWV:	Uitkeringsinstituut Werknemers Verzekeringen
WGBO:	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WMK:	Wet op de Medische Keuringen
ZRO:	Zelfreguleringsoverleg Wet op de Medische Keuringen

Samenvatting

Inleiding

Onderzoek is gedaan naar de mate waarin het Protocol Verzekeringskeuringen en de model gezondheidsverklaring (GV) door levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringsmaatschappijen is geïmplementeerd. In het Protocol hebben het Verbond van Verzekeraars, patiënten-/consumenten organisaties en KNMG afspraken en regels vastgelegd waarmee de rechten en plichten van alle betrokkenen bij medische keuringen zijn geregeld. Genoemde partijen hebben zitting in het Zelfreguleringsoverleg (ZRO) Wet op de Medische Keuringen (WMK), waarin afspraken worden gemaakt over onder andere de keuringen, het verrichten daarvan en de gezondheidsverklaring (artikel 9 WMK). Het Protocol geeft invulling aan de WMK en is in 2003 door het Verbond van Verzekeraars bij haar leden geïntroduceerd. In 2004 kwam, tevens als resultaat van afspraken gemaakt in het ZRO, de model GV tot stand. De model GV is een belangrijk onderdeel van het proces van medische keuring.

Het doel van dit verkennend onderzoek is inzicht verwerven in de wijze van invoering van het Protocol en de model GV door verzekeringsmaatschappijen, in de mate waarin zij worden gebruikt zoals bedoeld, en in de factoren die van invloed zijn op de invoering en het gebruik. Op basis van het onderzoek wordt gekomen tot aanbevelingen voor een mogelijk beter gebruik van het Protocol en de GV. Slechts een beperkt aantal verzekeraars is onderzocht. Hierdoor kan geen representatief beeld van de implementatiegraad van het Protocol bij verzekeringsmaatschappijen in Nederland worden gegeven. Het rapport moet worden beschouwd als een eerste verkenning van de implementatie.

Onderzoeksmethode

Voor het onderzoek zijn geneeskundig adviseurs, medisch acceptanten, managers en keurend artsen geïnterviewd die betrokken zijn bij verzekeringskeuringen. Het onderzoek is kwalitatief van aard. De interviews zijn gevoerd aan de hand van een semi-gestructureerde topiclijst. In totaal zegden drie levensverzekeringsmaatschappijen en twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hun medewerking aan het onderzoek toe (respons van 63%). Geïnterviewd zijn 19 respondenten, die betrokken zijn bij de verzekeringskeuringen voor deze maatschappijen (respons van 76%). De vraagstelling van het onderzoek betreft ten eerste inzicht geven in het proces van invoering van het Protocol en de model GV, te weten de verspreiding, acceptatie (adoptie), implementatie en evaluatie. De tweede vraagstelling betreft de mate en wijze waarop het Protocol en de model GV in de praktijk worden toegepast. De laatste vraagstelling betreft inzicht geven in factoren die de invoering van het Protocol en model GV hebben bevorderd of belemmerd.

Verspreiding

Alle respondenten op één keurend arts na geven aan *het Protocol* te kennen. Ook *de model GV* is zonder uitzondering bij alle respondenten bekend.

Acceptatie

Het Protocol wordt door de geïnterviewden geaccepteerd, op één respondent van een keuringsinstituut na. Men vindt het een bijdrage leveren aan de transparantie in de uitoefening van hun beroepspraktijk. De directie van één keuringsinstituut acht zich niet gebonden aan het Protocol, en benadrukt de onafhankelijke positie van de keurend arts, ten opzichte van verzekeringsmaatschappijen.

De acceptatie van *de model GV* bij alle vijf onderzochte verzekeringsmaatschappijen is groot. Echter, met de lay-out en een aantal onderdelen van de model GV zeggen respondenten moeite te hebben.

Implementatie

Volgens de geïnterviewden heeft planmatige implementatie van *het Protocol* niet plaatsgevonden. Ook heeft de invoering niet geleid tot grote herzieningen van de bestaande medische keuringsprocedures van de onderzochte verzekeringsmaatschappijen. De reden die de respondenten hiervoor aanvoeren is dat de bestaande keuringspraktijk naar hun mening al in grote mate voldeed aan de betreffende wet- en regelgeving. Het Protocol wordt door de respondenten gezien als een vertaalslag van bestaande wet- en regelgeving naar de praktijk.

De model GV wordt wel als ‘nieuw’ ervaren en de implementatie daarvan is op een actieve manier gebeurd. Uit het onderzoek komen enkele knelpunten naar voren betreffende de implementatie van de model GV bij tussenpersonen. Volgens de respondenten was er een overgangperiode, waarin tussenpersonen klanten oude gezondheidsverklaringen in plaats van de model GV lieten invullen. Ook komt het voor dat tussenpersonen hulp bieden aan klanten bij het invullen van de GV, terwijl het invullen voorbehouden is aan de aspirant verzekerde.

Evaluatie

De respondenten zeggen in de interviews dat de werkwijze ten aanzien van medische keuringen naar aanleiding van de invoering van *het Protocol* niet stelselmatig is geëvalueerd. Wel hanteren verzekeraars in meer of mindere mate een vorm van reguliere interne evaluatie in de vorm van kwaliteitscontroles, klachtenprocedures, beschrijving van interne werkprocedures, intercollegiale toetsing en werkoverleggen.

Ook *de model GV* is niet geëvalueerd. Reden hiervoor is de recente invoering en het feit dat de effecten van de model GV pas op lange termijn zichtbaar zullen zijn. Het initiatief tot evaluatie van het Protocol en model GV ligt bij het ZRO.

Toepassing en gebruik van Protocol en model GV in de praktijk

Het Protocol is door de onderzochte verzekeringsmaatschappijen ingevoerd zoals bedoeld. Het beeld dat uit de interviews naar voren komt is dat de verzekeringsmaatschappijen handelen conform het Protocol. De belangrijkste afwijkingen van de keuringsprocedures volgens het Protocol zijn aangetroffen bij de twee onderzochte arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. Beide arbeidsongeschiktheidsverzekeraars doen boven de vragengrens niet automatisch een algemeen lichamenlijk onderzoek. Bij één maatschappij is de geneeskundig adviseur tevens verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van het keuringsinstituut waarvan gebruik wordt gemaakt. Bij één maatschappij wijkt de machtiging voor aanvullende vragen bij de behandelend arts af.

Wat betreft de gezondheidsverklaring wijken bij de twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars enkele vragen af van *de model GV*. Ook wijkt bij één maatschappij de wijze van afname van de gezondheidsverklaring af.

Bevorderende en belemmerende factoren

De respondenten geven aan dat een veelheid van factoren het proces van invoering van het Protocol en de model GV hebben bevorderd of belemmerd. De voornaamste bevorderende factoren zijn de positieve houding van de respondenten ten aanzien van

het Protocol, de duidelijkheid voor verzekeraar en aspirant verzekerde en de beschrijving van werkprocedures door verzekeraars. De voornaamste belemmerende factoren zijn de rol van tussenpersonen, de afstemming van taken met de keurend artsen, en de ingewikkelde informatievoorziening aan de aspirant verzekerde.

Aanbevelingen

Aanbevolen wordt om de inhoud van het Protocol regelmatig onder de aandacht te blijven brengen bij medewerkers van verzekeraars, tussenpersonen en keurend artsen zodat een juiste toepassing van keuringsinstrumenten en informatievoorziening aan aspirant verzekerden wordt bevorderd. Hier ligt een taak voor het Verbond van Verzekeraars en de afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen. Aandacht zou kunnen worden gegeven aan de duidelijkheid, volledigheid en eenvoud van de informatieverstrekking aan aspirant verzekerden in de verschillende stappen van de keuringsprocedure, zowel schriftelijk als mondeling, bijvoorbeeld door de tussenpersoon of in de toelichting die als bijlage is opgenomen in de model GV. Verder wordt aanbevolen om het Protocol te evalueren en zonodig aan te passen naar aanleiding van opmerkingen over een digitale gezondheidsverklaring en over de ontwikkeling van integratie van de medisch en technische/commerciële acceptatie. Daar waar mogelijk dient de duidelijkheid van het Protocol te worden verbeterd wat betreft onder meer de hiv-gedragscode en de rol van tussenpersonen en behandelend artsen.

Aanbevolen wordt kwantitatief evaluatieonderzoek te doen naar de model GV bij de leden van het Verbond van Verzekeraars, zowel wat betreft de in de model GV opgenomen vragen, als de wijze van afname. Tot slot wordt aanbevolen om een kwantitatief vervolgonderzoek te doen naar opvattingen over de implementatie van het Protocol en de model GV bij een representatieve afspiegeling van professionals die betrokken zijn bij verzekeringskeuringen. Tevens wordt aanbevolen om in aanvulling op onderzoek naar opvattingen over het keuringsproces, door middel van observaties en documentenanalyse onderzoek te doen naar het feitelijke verloop van de verzekeringskeuringen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	11
2	Achtergrond.....	13
2.1	Het Protocol Verzekeringskeuringen	13
2.2	Factoren die de invoering van het Protocol mogelijk beïnvloeden	15
2.3	Doel- en vraagstelling	17
3	Methode.....	19
3.1	Steekproef.....	19
3.2	Interviewvragen.....	20
3.3	Respons	21
4	Resultaten.....	23
4.1	Beschrijving van de respondenten.....	23
4.2	Invoering van het Protocol Verzekeringskeuringen en model gezondheidsverklaring ..	23
4.2.1	Verspreiding	23
4.2.2	Acceptatie.....	25
4.2.3	Het verloop van de implementatie in de verzekeringsmaatschappijen.....	27
4.2.4	Monitoring en evaluatie.....	30
4.2.5	Het algemene oordeel over het invoeringsproces.....	32
4.3	Toepassing van het Protocol en gebruik van de model GV.....	32
4.3.1	Gezondheidsverklaring.....	32
4.3.2	Aanvullende vragen naar aanleiding van de gezondheidsverklaring.....	33
4.3.3	Informatie opvragen bij behandelend arts(en).....	34
4.3.4	Gericht medisch onderzoek onder de vragengrens.....	34
4.3.5	Medisch onderzoek boven de vragengrens.....	35
4.3.6	Hiv-onderzoek	36
4.4	Factoren die de implementatie van het Protocol bevorderen of belemmeren.....	36
4.4.1	Kenmerken van de omgeving.....	37
4.4.2	Kenmerken van het Protocol Verzekeringskeuringen	41
4.4.3	Kenmerken van de organisatie	46
4.4.4	Kenmerken van de gebruiker.....	47
5	Discussie en aanbevelingen	49
5.1	Discussie.....	49
5.2	Aanbevelingen.....	55
6	Literatuur.....	59
	Bijlage(n)	
	A Begeleidingscommissie	
	B Protocol Verzekeringskeuringen	
	C Moratorium erfelijkheidsonderzoek Verbond van Verzekeraars	
	D HIV-gedragscode	
	E Gezondheidsverklaring en toelichting	
	F Topiclijsten	

1 Inleiding

Sinds 2003 is het Protocol Verzekeringskeuringen, hierna ‘Protocol’ genoemd, van kracht. Het Protocol geeft invulling aan de Wet op de Medische Keuringen (WMK). De WMK is in 1998 in werking getreden. Het is een kaderwet die ruimte laat voor nadere invulling van in de wet opgenomen bepalingen. In 2003 hebben verzekeraars, patiëntenorganisaties en KNMG, het Protocol vastgesteld, waarin de rechten en plichten van alle betrokkenen ten aanzien van de keuringen zijn geregeld. Genoemde partijen hebben zitting in het Zelfreguleringsoverleg (ZRO) WMK. In 2004 kwam de model gezondheidsverklaring (hierna ‘model GV’ genoemd) tot stand, tevens als resultaat van afspraken gemaakt in het ZRO. De model GV is een belangrijk onderdeel van het proces van medische keuring. Het Verbond van Verzekeraars heeft, nu het Protocol al enige jaren in werking is, de vraag gesteld in hoeverre de in het Protocol vastgelegde afspraken door de verzekeringsmaatschappijen worden nageleefd. Met andere woorden, in hoeverre is het Protocol door de verzekeringsmaatschappijen geïmplementeerd en welke (uitvoerings)problemen komt men hierbij tegen? In dit rapport wordt verslag gedaan van een kwalitatief evaluatieonderzoek naar de implementatie van het Protocol Verzekeringskeuringen. Omdat het een kwalitatief onderzoek betreft bij een kleine groep van, overigens aselekt gekozen levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars, kunnen de resultaten van dit onderzoek niet als representatief worden aangemerkt. Wel geeft het rapport een beschrijving van processen die zich bij verzekeringsmaatschappijen rond de implementatie hebben voorgedaan.

Het Verbond van Verzekeraars acht het van belang om de implementatie van het Protocol en de model GV bij de aangesloten verzekeringsmaatschappijen te evalueren. Ook laat het onderzoek doen naar bevorderende en belemmerende factoren die bij de implementatie een rol spelen en/of hebben gespeeld. Om onafhankelijkheid te waarborgen heeft het Verbond van Verzekeraars aan TNO Kwaliteit van Leven opdracht gegeven het onderzoek uit te voeren. Het Protocol is sinds 2003 van kracht. Verwacht kan worden dat sindsdien zich belangrijke wijzigingen hebben voorgedaan in de organisatie van verzekeringsmaatschappijen en de te volgen procedures bij de verzekeringskeuring. Geëvalueerd zal worden in hoeverre deze wijzigingen overeenkomen met de bedoelingen van de ontwerpers van het Protocol. De onderzoeksresultaten zijn van belang in het licht van de evaluatie van de Wet Medische Keuringen die in 2006 aanstaande is, conform de besluitvorming over de wet in de Tweede Kamer.

Het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan is een voorbereidende eerste fase. Op basis van deze rapportage zal worden besloten of wordt doorgegaan met de tweede fase, waarin op basis van de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek, een vragenlijst wordt ontwikkeld. Het kwantitatieve vragenlijst onderzoek kan een meer representatief beeld geven van de implementatiegraad van het Protocol anno 2006. Onderzoek naar de factoren die hierop van invloed zijn (determinanten) biedt vervolgens inzicht in mogelijke aangrijpingspunten voor eventuele toekomstige verbetering van de implementatiegraad. Het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan, heeft plaatsgevonden onder de door de verzekeringsmaatschappijen ingeschakelde beroepsgroepen medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen. Parallel aan dit onderzoek is door het Centrum voor Verzekeringsstatistiek van het Verbond zelf onderzoek verricht onder consumentengroepen (de Bruijne & Treur, 2005).

Een begeleidingscommissie heeft als klankbord gefungeerd voor het onderhavige onderzoek. In bijlage A wordt een overzicht gegeven van de leden van deze commissie.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt uitleg gegeven bij de achtergrond van het onderzoek naar implementatie van het Protocol en model GV. Het Protocol Verzekeringskeuringen wordt toegelicht in paragraaf 2.1. In paragraaf 2.2 wordt een inleiding gegeven op factoren die van belang zijn bij de implementatie van innovaties. In paragraaf 2.3 wordt de doel- en vraagstelling van het onderzoek gepresenteerd. De gebruikte onderzoeksmethode wordt beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat in op de resultaten van het onderzoek. Paragraaf 4.1 bevat een beschrijving van de respondenten. Paragraaf 4.2 geeft inzicht in hoe het Protocol en de model GV zijn verspreid, geaccepteerd, geïmplementeerd en geëvalueerd in de onderzochte verzekeringsmaatschappijen. In paragraaf 4.3 komen de toepassing en het gebruik van het Protocol en de model GV in de praktijk van verzekeringskeuringen aan bod. Paragraaf 4.4 gaat in op factoren die de implementatie van het Protocol en de model GV hebben bevorderd of belemmerd. In hoofdstuk 5 vindt een discussie plaats over de resultaten van het onderzoek en worden enkele aanbevelingen gedaan.

2 Achtergrond

2.1 Het Protocol Verzekeringskeuringen

Het Protocol Verzekeringskeuringen vloeit direct voort uit de Wet Medische Keuringen (WMK) die per januari 1998 van kracht is. Het Protocol biedt, indachtig deze wet, een geheel aan afspraken en regels die verzekeraars met patiënten- en consumentenorganisaties en de KNMG zijn overeengekomen. Het Protocol betreft de keuringen ten behoeve van levensverzekeringen en verzekeringen voor arbeidsongeschiktheid. Door de keuring wordt inzicht verkregen in voor de beoordeling van het te verzekeren risico relevante aspecten van de gezondheidstoestand van de aspirant verzekerde. Met keuring wordt hier bedoeld het verzamelen van voor de risicobeoordeling relevante informatie over de gezondheidstoestand van de (aspirant) verzekerde en daarvoor relevante informatie over diens bloedverwanten. Instrumenten die bij de keuring kunnen worden gebruikt zijn onder meer medisch onderzoek en het laten invullen van de gezondheidsverklaring.

In het Protocol zijn de volgende aspecten geregeld (zie bijlage B):

- 1 Het informeren van aspirant-verzekerden over doel en inhoud van de keuring, de procedure en de rechten en plichten van betrokkenen. Zo is geregeld dat de aspirant verzekerde moet worden geïnformeerd over de motieven van (aanvullend) medisch onderzoek en kan de aspirant verzekerde aanspraak maken op het recht tot eerste kennisgeving van de resultaten van het onderzoek.
- 2 Informatieverzameling door de verzekeraar over de aspirant verzekerde ten behoeve van de beoordeling van een verhoogd overlijdens- of arbeidsongeschiktheidsrisico. Hiertoe zijn een model GV en een nieuwe toelichting opgesteld (zie bijlage E). Over erfelijkheidsonderzoek (zie bijlage C) en hiv-onderzoek (zie bijlage D) zijn aparte bijlagen in het Protocol opgenomen.
- 3 Mogelijkheden tot het indienen van klachten. Een klachtenregeling moet nog worden uitgewerkt.

Bij een verzekering tot de vragengrens dient een verzekeringsmaatschappij zich te baseren op informatie die verzekerden verstrekken door middel van de model GV. De vragengrens betreft het te verzekeren bedrag en verschilt per verzekering. Bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering is de grens momenteel (2006) 32.000 euro in het eerste jaar en 22.000 in de jaren daarna. Voor de levensverzekering is de grens bepaald op een verzekerde uitkering van 160.000 euro. Het Protocol regelt wanneer (aanvullend) medisch onderzoek bij verzekeringen tot deze bedragen is geoorloofd. Voor verzekeringen boven deze bedragen is uitgebreid (aanvullend) medisch onderzoek toegestaan. Opgemerkt dient te worden dat de door verzekeraars gehanteerde keuringsgrens niet hoeft samen te vallen met de vragengrens, maar de keuringsgrens nooit onder de wettelijk bepaalde vragengrens mag vallen.

Bij verzekering tot de vragengrens zijn onderzoeken naar de volgende aandoeningen beperkt:

- Een familieanamnese kan worden toegepast op vier aandoeningen: hart-en vaatziekten, psychische aandoeningen, hoge bloeddruk en diabetes. Daarbij zijn de vragen van het formulier begrensd tot de directe familie, te weten ouders, kinderen, broers en zussen.

- Een verzekerde moet informatie geven, wanneer de diagnose van een erfelijke ziekte is gesteld en deze zich heeft geopenbaard of wanneer de verzekerde, op grond van een genetische diagnose, een preventieve behandeling ondergaat. Dit laatste heeft betrekking op niet manifeste aandoeningen (zie bijlage C).
- Een hiv-test mag in de volgende situaties worden verlangd: de aspirant verzekerde heeft in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan en het land wordt als niet voldoende 'veilig' beschouwd; intraveneus drugsgebruik zonder gebruik van steriele naalden; in de afgelopen vijf jaar behandeling wegens anale gonorrhoe (zie bijlage D).

De verzekeraar heeft de volgende instrumenten tot zijn beschikking:

- Een gezondheidsverklaring conform het model van het Verbond van Verzekeraars (model GV) of een daarvan afgeleide minder uitgebreide gezondheidsverklaring.
- De mogelijkheid om toelichting te vragen of aanvullende vragen te stellen aan de aspirant verzekerde, naar aanleiding van de ingevulde gezondheidsverklaring.
- Opvragen van nadere informatie bij de behandelend arts, wanneer de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft.
- Aanvullend medisch onderzoek door een keurend arts, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft.
- Bloedonderzoek.
- Uitgebreid onderzoek door een keurend (huis)arts of internist als de aanvraag boven de vragengrens is.

De vragengrens is bepalend voor welke keuringsinstrumenten in de beoordelings- en acceptatieprocedure worden ingezet (zie tabel 1). Onder de vragengrens vullen alle aspirant verzekerden de gezondheidsverklaring in. De antwoorden in de gezondheidsverklaring kunnen aanleiding geven om aanvullende informatie te verzamelen. Dit houdt in, aanvullende informatie verstrekt door de aspirant verzekerde zelf in de vorm van een toelichting of informatie verstrekt door de behandelend arts, meestal de huisarts. De antwoorden in de gezondheidsverklaring kunnen ook aanleiding geven voor medisch onderzoek door een keurend arts. Dit is een klein gericht medisch onderzoek en kan bestaan uit lichamelijk onderzoek en/of bloedonderzoek. Boven de vragengrens bestaat de medische keuring meestal uit een medisch onderzoek door een keurend arts. Dit kan een beperkt medisch onderzoek zijn, ook wel huisartsenkeuring genoemd, of een uitgebreid medisch onderzoek, inclusief uitgebreid bloedonderzoek, eventueel ECG, röntgenonderzoek, ook wel internistenkeuring genoemd. Sommige verzekeringsmaatschappijen kiezen ervoor om ook aspirant verzekerden die een verzekering boven de vragengrens aanvragen, de gezondheidsverklaring te laten invullen. Op basis van de antwoorden op de gezondheidsverklaring wordt dan bepaald of en welk medisch onderzoek relevant is boven de vragengrens. De resultaten van het medisch onderzoek of de antwoorden van de gezondheidsverklaring kunnen boven de vragengrens tevens aanleiding zijn voor aanvullende vragen bij de aspirant verzekerde of behandelend arts.

Tabel 1 Situaties bij verzekeringskeuringen

	GV en aanvullende vragen	Beperkt medisch onderzoek	Uitgebreid medisch onderzoek
Aanvraag tot vragengrens	Model GV Eventueel aanvullende informatie door verzekerde of behandelend arts	Gerichte medische keuring	-
Aanvraag boven vragengrens	Optioneel: model GV, aanvullende informatie door verzekerde of behandelend arts	Zogenaamde huisartsenkeuring,	Zogenaamde internistenkeuring

2.2 Factoren die de invoering van het Protocol mogelijk beïnvloeden

De invoering van het Protocol heeft voor door de verzekeringsmaatschappij ingeschakelde beroepsgroepen (medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen) mogelijk een nieuwe werkwijze en uitoefening van hun beroep tot gevolg. De door de beroepsgroepen als vernieuwd ervaren procedures kunnen als een innovatie worden beschouwd. Over het algemeen bestaat er een kloof tussen de innovatie zoals die door de ontwerpers is bedoeld en zoals die in de praktijk wordt gerealiseerd. Zo hoeft de uitvoering van het Protocol niet overeen te komen met de bedoelingen en intenties van de initiators. De reden hiervan is dat alvorens een innovatie gemeengoed is geworden in de praktijk, er een aantal stappen moet worden genomen waarin zich omstandigheden voordoen die het proces van innovatie faciliteren of belemmeren. De stappen zijn samen te vatten in de vier fasen van het innovatieproces (zie figuur 1):

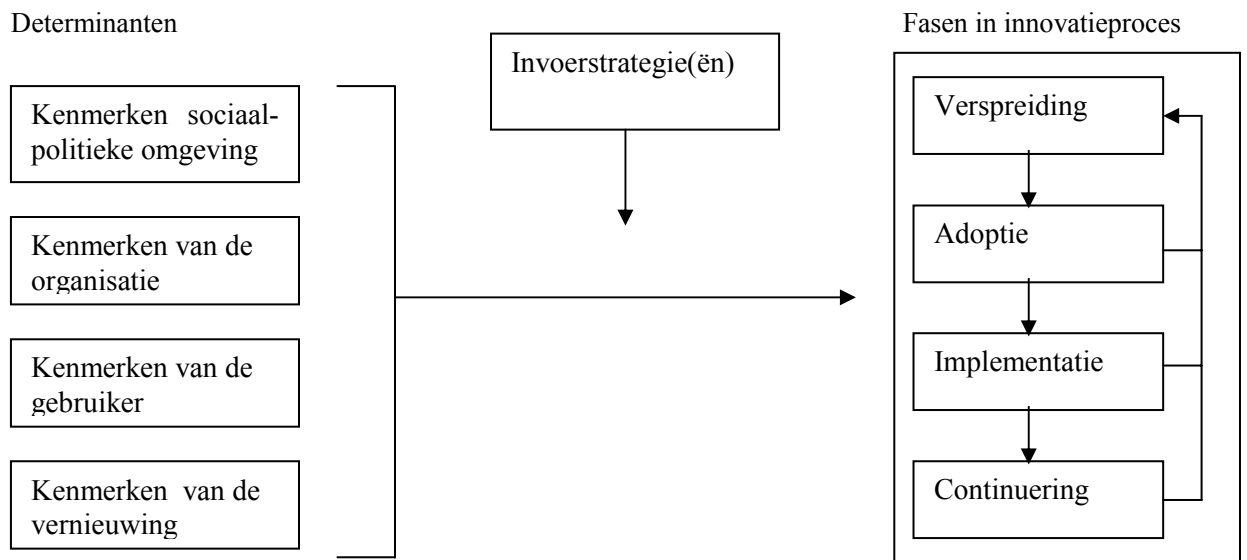
- 1 Verspreiding: het Protocol en de verlangde werkwijze van medische keuringen dient onder de beoogde uitvoerders te zijn verspreid. Men dient bekend te zijn met het bestaan van het Protocol en de bedoelingen ervan.
- 2 Adoptie: de gebruikers, te weten medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers moeten besluiten om tot de nieuwe werkwijze volgens het Protocol over te gaan. Ook de organisatie waarin zij opereren moet besluiten om de nieuwe werkwijze deel te laten worden van de interne werkprocedures.
- 3 Implementatie: gebruikers dienen de medische keuringen volgens het Protocol in al haar facetten uit te voeren (volledigheid) en bovendien naar de bedoelingen en intenties van het Protocol te handelen (nauwkeurigheid).
- 4 Continuering: de nieuwe werkwijze moet deel gaan uitmaken van de dagelijkse routine.

Wanneer na evaluatie zich verbeterpunten aandienen, dan moet het innovatieproces opnieuw worden doorlopen, om tot bestendiging van de veranderingen in de werkprocedures te komen.

TNO hanteert het volgende onderscheid in factoren of determinanten die van invloed kunnen zijn op het proces van disseminatie tot continuering van de innovatie (zie figuur 2) (Fleuren e.a., 2004):

- Determinanten die gerelateerd zijn aan de organisatie: voorbeelden zijn de beschikbare expertise in de organisatie, de wijze van besluitvorming en bereidheid tot samenwerking tussen afdelingen.
- Determinanten gerelateerd aan de gebruiker of beroepsbeoefenaar: aanwezige vaardigheden om het Protocol te kunnen uitvoeren, steun van collega's om volgens het Protocol te werken, mate waarin de beroepsbeoefenaar ervan overtuigd is dat de cliënt tevreden is met de nieuwe werkwijze, etcetera.
- Determinanten die gerelateerd zijn aan de innovatie: bedoeld worden onder meer het relatieve voordeel van het Protocol, helderheid van het Protocol, inpasbaarheid in bestaande werkprocedures en zichtbaarheid van resultaten van toepassing van het Protocol.
- Determinanten die gerelateerd zijn aan de sociaal politieke context van de innovatie: hierbij gaat het bijvoorbeeld om de afstemming met andere wetgeving en de acceptatie van het Protocol bij consumentenorganisaties.

Onderzocht zal worden welke factoren naar het oordeel van de gebruikers een rol hebben gespeeld in de verschillende fasen van het invoeringsproces van het Protocol. Wil de invoering van een vernieuwing succesvol zijn, dan is het essentieel om de determinanten daarvan te kennen. Alleen dan kan een invoerstrategie worden ontworpen, zodat de beoogde verspreiding, adoptie, implementatie en continuering worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld, als gebruikers onvoldoende kennis hebben van de inhoud van het Protocol, dan kan hiervoor scholing worden georganiseerd. Wanneer het kenmerk van het Protocol is dat het onvoldoende duidelijk is, dan zou de inhoud van het Protocol moeten worden gewijzigd en zouden alle fasen van het innovatieproces opnieuw moeten worden doorlopen.



Figuur 1. Model voor het invoeren van vernieuwingen (Fleuren, Wiefferink, Paulussen; 2004)

2.3 Doel- en vraagstelling

Het doel van het onderzoek is inzicht verwerven in de wijze van invoering van het Protocol Verzekeringskeuringen en de model GV door verzekeringsmaatschappijen, in de mate waarin zij worden gebruikt zoals bedoeld door de ontwerpers, en in de factoren die van invloed zijn op de invoering en het gebruik. Op basis van het onderzoek wordt gekomen tot aanbevelingen voor een mogelijk beter gebruik van het Protocol en de model GV.

Het proces van invoering van het Protocol en de model GV kan nader worden onderscheiden in verspreiding, acceptatie (adoptie), implementatie en evaluatie (continuering) (zie figuur 1).

De doelstelling van het onderzoek is uitgewerkt in de volgende onderzoeksvraagstellingen:

- 1a In welke mate zijn het Protocol Verzekeringskeuringen en de model Gezondheidsverklaring bekend bij verzekeringsmaatschappijen, volgens opgave van voor die maatschappijen werkzame medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers en op welke wijze hebben zij hiervan kennis genomen (verspreiding)?*
- 1b. Wat is het oordeel van de medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen over het Protocol en de model gezondheidsverklaring (acceptatie)*
- 1c. Hoe vond de implementatie van het Protocol en de model gezondheidsverklaring plaats en hoe wordt het proces van implementatie in de maatschappijen door de medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers gewaardeerd (implementatie)?*
- 1d. In hoeverre wordt het gebruik van het Protocol en de model gezondheidsverklaring volgens medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen gemonitord en geëvalueerd (evaluatie)*
- 2. In welke mate en hoe worden het Protocol en de model gezondheidsverklaring in de praktijk toegepast?*
- 3. Welke factoren hebben de invoering van het Protocol en de model gezondheidsverklaring bij de verzekeringsmaatschappijen bevorderd of belemmerd, en welke verbeteringen zouden volgens medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen kunnen worden aangebracht in het invoeringsproces van het Protocol en de model gezondheidsverklaring?*

3 Methode

Het onderzoek vond plaats bij verzekeringsmaatschappijen die in Nederland actief zijn als aanbieders van levensverzekeringen en van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (AOV). De meeste verzekeraars zijn lid van het Verbond van Verzekeraars. Het onderzoek is alleen bij verzekeraars die lid zijn uitgevoerd. Ongeveer 95% van de markt van verzekeringen wordt door deze leden gedekt. Wij maken in het onderzoek een onderscheid tussen verzekeraars met een groot of een klein marktaandeel. Onder een groot marktaandeel wordt verstaan: voor levensverzekeraars een omzet van 100.000.000 euro of meer per jaar en voor arbeidsongeschiktheidsverzekeraars een omzet van 50.000.000 of meer per jaar. Volgens deze definitie kan 30% van de levensverzekeraars worden ingedeeld als een grote verzekeraar en 50% van de inkomensverzekeraars, wat betekent dat zij een belangrijk deel van de markt bepalen. Verzekeringsmaatschappijen zijn voorts in te delen naar de aard van verkoopactiviteiten, namelijk klanten worden zonder of met tussenkomst van een intermediair of tussenpersoon benaderd, hierna respectievelijk 'direct writers' en 'via intermediairs werkend' genoemd. Van ongeveer 30% van de verzekeringsmaatschappijen is bekend dat zij als direct writer actief zijn en de overige 70% werkt via tussenpersonen.

In het onderzoek werden vier beroepsgroepen onderscheiden die betrokken zijn bij de verzekeringskeuringen.

- Medisch acceptanten: zij zijn in dienst bij verzekeringsmaatschappijen.
- Geneeskundig adviseurs: zij zijn doorgaans in dienst van verzekeringsmaatschappijen. Soms zet de verzekeraar externen in.
- Managers: het gaat hier om de manager die verantwoordelijk is voor de invoering van het Protocol, zoals de manager of teamleider van de medische afdeling.
- Keurend artsen: zij hebben soms een dienstverband bij een keuringsinstantie. Soms zijn het (huis-)artsen die de keuringen 'erbij' doen.

Deze beroepsgroepen zijn benaderd om informatie te leveren voor de beantwoording van de vraagstelling van het onderzoek.

3.1 Steekproef

Aan de hand van een overzicht van aanbieders van levensverzekeringen en inkomensverzekeringen is een aselechte steekproef getrokken van vijf verzekeringsmaatschappijen (zie tabel 2). Hierbij is gestreefd naar maximale verspreiding over een drietal factoren: de aard van maatschappij (levensverzekeringen of arbeidsgeschiktheidsverzekeringen), de grootte van het marktaandeel en de werkwijze (direct writers of via intermediairs). Er is verder op gelet dat de geselecteerde maatschappijen geen dochterondernemingen vormen van de maatschappijen die al in de steekproef zaten. Voor het onderzoek zijn vijf verzekeringsmaatschappijen geselecteerd. De steekproef betreft drie levensverzekeraars en twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. Levensverzekeraars: één grote via intermediairs werkende, één grote zowel via intermediairs werkend als direct writer en één kleine via intermediairs. Arbeidsongeschiktheidsverzekeraars : één grote via intermediairs werkend en één kleine direct writing. De vijf willekeurig geselecteerde maatschappijen zijn middels een brief van het Verbond van Verzekeraars aan de directie, verzocht deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens is door TNO met elke maatschappij telefonisch contact gezocht om na te gaan of deelname aan het onderzoek mogelijk was. Het streven was om van iedere maatschappij

één acceptant, één geneeskundig adviseur, één manager en één door de verzekeraar ingeschakelde keurend arts te interviewen (20 in totaal).

Tabel 2. Leden van het Verbond van Verzekeraars naar grootte van de verzekeringsmaatschappij en aard van aangeboden verzekeringen *

	Levens- verzekeringen	Arbeidsongeschikt- heidsverzekeringen
Groot **		
Via intermediair	8	11
Direct writing	2	1
Intermediair en direct writing	2	0
Klein**		
Via intermediair	24	9
Direct writing	14	3
Intermediair en direct writing	4	0
Onbekend	3	1
Totaal	57	25

* In de tabel zijn niet opgenomen zes aan werkgevers verbonden verzekeraars die collectieve verzekeringen aanbieden

** Groot marktaandeel: voor levensverzekeraars een omzet van 100.000.000 euro of meer per jaar, voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 50.000.000 euro of meer per jaar. Klein marktaandeel: voor levensverzekeraars een omzet van minder dan 100.000.000 euro per jaar en voor arbeidsongeschiktheidsverzekeraars een omzet van minder dan 50.000.000 euro per jaar.

De verzekeringsmaatschappijen die bereid waren aan het onderzoek deel te nemen hebben namen aangeleverd van medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs en het management dat belast is met de invoering van het Protocol, en keurend artsen. TNO selecteerde hieruit willekeurig de mensen die geïnterviewd werden. Aan de verzekeraars werd tevens gevraagd namen van keurend artsen te overleggen. Eén maatschappij gaf de namen van zes huisartsen die keuringen verrichtten. Door drie andere verzekeringsmaatschappijen werden twee landelijk opererende keuringsinstituten genoemd. De vijfde verzekeringsmaatschappij werkt met een keuringsinstantie, die slechts bloedbepalingen en klein medisch onderzoek laat doen door een verpleegkundige. Het directielid van dit keuringsinstituut, die tevens geneeskundig adviseur is van de verzekeringsmaatschappij, is in de laatste hoedanigheid geïnterviewd.

Aan de managers van elke verzekeringsmaatschappij is gevraagd of het mogelijk was om documenten en gezondheidsverklaringen die worden gebruikt voor de gezondheidskeuringen te ontvangen, ter voorbereiding van de interviews. Alle maatschappijen hebben inzage gegeven in de gezondheidsverklaring, de toelichting en het keurings-formulier (in twee gevallen inclusief de begeleidende brief. Bij één maatschappij mochten de documenten alleen tijdens de interviews ingezien worden en niet worden meegenomen.

3.2 Interviewvragen

Met de geselecteerde respondenten van de vier beroepsgroepen vonden semi-structureerde 'face to face' interviews plaats. Ten behoeve van de interviews werd een topic lijst opgesteld, aan de hand van de inhoud van het Protocol en de

onderzoeksvragen. Voor elk te interviewen beroepsgroep werd een aparte topic lijst gemaakt met als voornaamste verschil de volgorde van de vragen. De topiclijst van de geneeskundig adviseur en de manager zijn getest middels twee proefinterviews. De eerste topic lijst werd uitgetest bij een geneeskundig adviseur werkzaam bij een grote levensverzekeraar (werkend via tussenpersonen). De topiclijst van de manager werd uitgetest bij de manager van een kleine arbeidsongeschiktheidsverzekeraar werkend via tussenpersonen. De bevindingen en ervaringen van deze proefinterviews hebben ertoe geleid dat de volgorde en formulering van de vragen van de topic lijst zijn aangepast. De topiclijsten zijn identiek voor de interviews van medewerkers van levensverzekeringen én arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

De onderwerpen die in de topiclijst aan bod komen zijn:

- de bekendheid met het Protocol: ‘Op welke manier bent u in aanraking gekomen met het Protocol verzekeringskeuringen?’; ‘Wat vindt u van het Protocol?’
- de individuele werkwijze met betrekking tot verzekeringskeuringen: ‘Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een aanvraag onder/boven de vragengrens?’; ‘Hoe en wanneer wordt de aspirant verzekerde geïnformeerd over de procedure, het doel en de inhoud van het onderzoek; zijn/haar rechten en plichten?’
- implementatie van het Protocol en de model GV in de organisatie: ‘Hoe is het Protocol verzekeringskeuringen bij uw organisatie ingevoerd?’
- knelpunten en verbeterpunten met betrekking tot de werkwijze: ‘Waar loopt u in uw dagelijkse werk tegenaan?’; ‘Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het werken met het Protocol, en de consequenties daarvan?’; ‘Acht u zichzelf in staat om te werken volgens het Protocol?’.

In bijlage F staan de volledige topiclijsten. Ter voorbereiding op de interviews ontvingen de betrokken respondenten van TNO informatie over de achtergrond en het doel van het onderzoek, en een overzicht van de belangrijkste interviewvragen uit de topic lijst. Alle respondenten ontvingen het verslag van het interview met de vraag om correcties en aanvullingen te geven indien men vond dat het verslag geen goede weergave was van het interview.

3.3 Respons

Van de vijf benaderde maatschappijen toonden zich er vier bereid mee te werken aan het onderzoek. Een kleine arbeidsongeschiktheidsverzekeraar werkend via direct writing gaf aan niet mee te kunnen doen door tijdgebrek. Vervolgens werden twee overblijvende kleine inkomensverzekeraars werkend via direct writing benaderd (zie tabel 2). Deze waren eveneens niet in de gelegenheid aan het onderzoek deel te nemen; de ene maatschappij bood geen arbeidsongeschiktheidsverzekeringen meer aan en de andere maatschappij had geen interesse in het onderzoek. In overleg met de opdrachtgever van het onderzoek is besloten de enige resterende arbeidsongeschiktheidsverzekeraar werkend via direct writing te vragen voor deelname aan het onderzoek. Het betreft echter niet een kleine, maar een grote verzekeraar. Van de aan het onderzoek deelnemende levensverzekeringsmaatschappijen, bleek er één die uit de groep van direct writing opererende verzekeraars was geselecteerd, toch niet aan direct writing te doen, maar via intermediairs te werken. Deze grote levensverzekeraar is toch tot het onderzoek toegelaten, omdat op het moment dat dit bekend werd de besluitvorming over medewerking aan het onderzoek in een vergevorderd stadium was. De responsgroep bestaat daarmee uit drie levensverzekeraars en twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars, vier verzekeraars die met tussenpersonen werken en één direct writing, en vier grote verzekeraars en één kleine (zie tabel 3).

Van de benaderde medewerkers toonde de overgrote meerderheid (76%) zich bereid deel te nemen aan het interview. Alleen de beroepsgroep keurend artsen was moeilijk bereikbaar, aangezien de medische onderzoeken door de verzekeraar uitbesteed worden aan keuringsinstituten of huisartsen. Eén verzekeringsmaatschappij gaf de namen van zes huisartsen die keuringen verrichtten. Vijf artsen wilden niet mee werken aan het onderzoek en één arts wilde deelname overwegen wanneer er een financiële vergoeding werd gegeven. Er zijn twee keuringsinstituten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Van het ene keuringsinstituut is gesproken met een directielid en een aangesloten keuringsarts. Bij het andere keuringsinstituut vond een interview plaats met de directeur die zelf ook keuringen verricht. Verder de geneeskundig adviseur gesproken van een verzekeringsmaatschappij, die tevens directeur is van een keuringsinstituut. Daarmee zijn uiteindelijk vier vertegenwoordigers van de beroepsgroep keurend artsen geïnterviewd, waarvan één op de titel van geneeskundig adviseur. In totaal werden 19 mensen geïnterviewd. Een gedetailleerd overzicht van de geïnterviewde personen is in tabel 3 weergegeven.

Tabel 3: Geïnterviewde personen, per beroepsgroep en per verzekeringsmaatschappij, in aantallen

	Grote levensverzekeraar werkend via tussen-persoon n	Grote levensverzekeraar werkend via tussen-persoon n	Kleine levensverzekeraar werkend via tussen-persoon n	Grote AOV werkend via direct writing n	Grote AOV werkend via tussen-persoon n
Manager/ teamleider	2	1	1	1	1
Geneeskundig adviseur	1	1	1	1	1
Medisch acceptant	1	1	1	1	1
Keurend artsen	1	1	1	-	-

* AOV: Arbeidsongeschiktheidsverzekeraar

4 Resultaten

4.1 Beschrijving van de respondenten

In totaal zijn 19 interviews gehouden met zes managers (waaronder een teamleider), vijf geneeskundig adviseurs (GA), vijf medisch acceptanten (MA), een keurend arts en twee directieleden van twee verschillende keuringsinstituten, van wie één tevens keurend arts is. Van de respondenten zijn 12 van de 19 personen vijf jaar of langer betrokken bij de uitvoering van verzekeringskeuringen. Vrijwel alle respondenten waren in 2003 ten tijde van de invoering van de Protocol, op het gebied van verzekeringskeuringen werkzaam. Dit betekent dat het merendeel van de respondenten de introductie van het Protocol van nabij heeft meegemaakt. Van twee geneeskundig adviseurs is bekend dat zij slechts vier uur per week aan de verzekeringsmaatschappij zijn verbonden. De geneeskundig adviseurs hebben allen een artsenopleiding. De managers hebben veelal een HBO-opleiding, eventueel aangevuld met een managementopleiding. Eén van de managers is arts en was voorheen geneeskundig adviseur. De achtergrond van de medisch acceptanten is zeer divers. De volgende disciplines zijn aangetroffen: apothekersassistente, verpleegkundige, medisch analist, doktersassistente en commerciële economie. Vaak hebben zij een vakgerichte opleiding of een door de verzekeringsmaatschappij verzorgde interne opleiding tot medisch acceptant gevolgd. De geïnterviewde directeuren van keuringsinstituten hebben beide een achtergrond als huisarts.

4.2 Invoering van het Protocol Verzekeringskeuringen en model gezondheidsverklaring

In deze paragraaf wordt het proces van invoering van het Protocol Verzekeringskeuringen bij de verzekeringsmaatschappijen beschreven. Eerst wordt ingegaan op de verspreiding van het Protocol onder de geïnterviewde geneeskundig adviseurs, medisch acceptanten, managers en keurend artsen. Daarna komt de acceptatie van het Protocol bij de respondenten aan bod. De wijze waarop het Protocol is geïmplementeerd in de organisaties wordt beschreven in paragraaf 4.2.3.

De monitoring en evaluatie van het implementatieproces in de verzekeringsmaatschappijen wordt beschreven in paragraaf 4.2.4. Besloten wordt met het algemene oordeel van de respondenten over de implementatie van het Protocol.

In paragraaf 4.3 komt aan bod in hoeverre het Protocol en de model GV worden gebruikt. In paragraaf 4.4 worden factoren die de implementatie van het Protocol bevorderen of belemmeren besproken.

4.2.1 *Verspreiding*

Vrijwel alle respondenten zeggen bekend te zijn met het bestaan van het Protocol Verzekeringskeuringen. Alleen één keurend arts zegt voorafgaand aan het interview nog nooit van het Protocol te hebben gehoord. De functie van de respondenten in het verzekeringsbedrijf is bepalend voor hoe actief of zelfs pro-actief de respondenten over de inhoud van het Protocol kennis hebben weten te nemen.

Drie geïnterviewde geneeskundig adviseurs zijn vanuit hun beroepsvereniging GAV (Nederlandse vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken) al in een vroeg stadium op de hoogte gebracht van de voorbereidingswerk-

zaamheden die hebben geleid tot het Protocol. Een geneeskundig adviseur geeft aan dat hij¹ via het GAV de gelegenheid had om invloed uit te oefenen op de tekst van het Protocol. Twee geneeskundig adviseurs geven aan dat zij ook vanwege hun adviseringstaak richting de directie met het Protocol in aanraking kwamen. Een geneeskundig adviseur kreeg van de directie opdracht om het werkproces van de verzekeringsmaatschappij te beschrijven. De verzekeringsmaatschappij wilde een beschrijving van relevante wet- en regelgeving en eventuele daaraan verbonden knelpunten. Dat was ongeveer een half tot een jaar eerder dan het Protocol verscheen. In dit verband stuitte deze geneeskundig adviseur bij het zoeken naar informatie op het Protocol.

Alle managers die bij de verzekeringsmaatschappij belast zijn met de bedrijfsvoering van de medische advisering en acceptatie, zijn in aanraking gekomen met het Protocol door hun betrokkenheid bij de vertaling van de inhoud van het Protocol naar het bedrijfsbeleid. Zo wordt door een manager bijvoorbeeld de agendering van het Protocol in het managementteam genoemd als eerste kennismaking. Een andere manager is sinds 2000 bij de verzekeraar werkzaam om de medische acceptatieafdeling op te zetten. Deze manager heeft pro-actief informatie verzameld over het Protocol via internet en via zijn contactennetwerk, zodat in de bedrijfsvoering reeds rekening kon worden gehouden met de regels van het Protocol. Een manager geeft aan dat deze in zijn vorige functie als geneeskundig adviseur via het GAV is geïnformeerd. De manager was ten tijde van de vaststelling van het Protocol Verzekeringskeuringen nog niet in functie bij de maatschappij. Doordat bij zijn aantreden de model GV in de organisatie werd ingevoerd kwam hij direct in aanraking met het Protocol. Eén manager noemt ook nog de website van het Verbond van Verzekeraars als bron van kennismaking met het Protocol.

De geïnterviewde medisch acceptanten hebben via verschillende wegen, maar veelal in een later stadium dan geneeskundig adviseurs en managers, van het Protocol vernomen. Een medisch acceptant noemt de volgende bronnen: “via tijdschriften, via de medisch adviseur en via het management”. Hem werd in opleidingen duidelijk dat het beleid van de verzekeringsmaatschappij op het Protocol is gebaseerd. Veranderingen die een uitvloeisel zijn van het Protocol zijn via de mail gaandeweg aan deze medewerker meegedeeld, bijvoorbeeld de toelichting bij de gezondheidsverklaring. Een andere medisch acceptant hoorde in 2005 voor het eerst over het Protocol in een cursus van een herverzekeraar. Deze medisch acceptant vindt dat hij vrij laat binnen de organisatie op de hoogte is gebracht van het Protocol. Toen hij intern aankaartte dat er een nieuwe gezondheidsverklaring vanuit het Verbond van Verzekeraars stond aan te komen, bleek dat de juridische afdeling er al mee bezig was. De medisch acceptant van de maatschappij waar in 2000 een nieuwe medische afdeling werd opgezet, is door zijn betrokkenheid bij de vorming van de afdeling met het Protocol in aanraking gekomen.

Het directielid en keurend arts van één keuringsinstituut hebben het Protocol pas naar aanleiding van het interview ingezien. In tegenstelling tot zijn directeur, heeft de keurend arts niet eerder van het Protocol gehoord. De geïnterviewde directeur van dit instituut benadrukt een onafhankelijke positie in te nemen. Het instituut doet een keuring in opdracht van verzekeraars en is naar de opvatting van de directeur niet gehouden aan de afspraken van consumentenorganisaties, KNMG en verzekeraars die zijn neergelegd in het Protocol. Wel acht de respondent zich gehouden aan de WMK,

¹ Wanneer de mannelijke vorm wordt gebruikt, kan hiervoor ook de vrouwelijke vorm worden gelezen.

WGBO en andere relevante wetgeving, evenals de beroepsethiek zoals die binnen artsenorganisaties vigeert. De keurend arts heeft voorafgaand aan het interview het Protocol vergeleken met de instructie van het keuringsinstituut. Deze komt naar zeggen van de respondent op alle punten overeen, m.a.w. het Protocol is in de instructie van het instituut verwerkt. Tot slot heeft de directeur van een ander keuringsinstituut met het Protocol kennisgemaakt naar aanleiding van een video die het Verbond van Verzekeraars bij de introductie heeft gemaakt.

Samengevat, heeft het GAV een belangrijke rol gespeeld bij het informeren van de geneeskundig adviseurs in de voorbereidingsfase van het Protocol Verzekeringskeuringen. De managers hebben vooral vanuit hun betrokkenheid bij de beleidsvoorbereiding en -uitvoering van de verzekeringsmaatschappij kennis gemaakt met het Protocol. Afhankelijk van de mate waarin de geneeskundig adviseurs door de verzekeringsmaatschappij worden ingeschakeld bij beleidsaangelegenheden zijn deze door de organisatie meer of minder actief geïnformeerd over het Protocol. Omdat een enkele manager en geneeskundig adviseur al in een vroeg stadium betrokken is geweest bij organisatorische en beleidsveranderingen in de verzekeringsmaatschappij, zijn zij pro-actief informatie gaan zoeken, nog voordat het Protocol werd vastgesteld. De medisch acceptanten blijken soms in een laat stadium op de hoogte te zijn gesteld van het document waarin het Protocol staat beschreven. De arts en directeurs van de keuringsinstellingen blijken wisselend op de hoogte te zijn van het Protocol. Twee respondenten van één keuringsinstituut maken duidelijk dat zij zich niet gehouden achten aan het Protocol, maar verklaren dat hun werkwijze in de praktijk daar wel mee overeenkomt.

4.2.2 *Acceptatie*

In deze paragraaf wordt beschreven welke verandering de vaststelling van het Protocol Verzekeringskeuringen teweeg heeft gebracht voor de organisatie en wat het algemene oordeel is over het Protocol. Dit is een aanwijzing voor de mate van adoptie van het Protocol in de organisatie en de mate waarin het Protocol door de geïnterviewden is geaccepteerd.

Alle respondenten, op één geneeskundig adviseur na, geven desgevraagd aan dat met de vaststelling van het Protocol in 2003 er weinig in de procedures van de verzekeringsmaatschappijen op het gebied van medische keuringen is veranderd. Ook zijn de respondenten van mening dat de in het Protocol beschreven werkwijze van het verrichten van medische keuringen niet nieuw is. Een respondent zegt: “feitelijk werd het merendeel van wat er in het Protocol staat altijd al zo door ons gedaan”. Als reden waarom de procedures van verzekeraars al aansloten bij wat in het Protocol is vastgelegd noemen de respondenten dat medewerkers de ontwikkelingen ten tijde van de voorbereidingen via het Verbond van Verzekeraars op de voet volgden en goed op de hoogte waren van wat er aan stond te komen. Een respondent stelt: “Het Protocol is een vertaalslag van datgene wat er is in wet- en regelgeving, en niet anders dan dat”. Eén geneeskundig adviseur is echter van opvatting dat het Protocol wel degelijk invloed heeft gehad op het keuringsproces. Het gaat dan vooral over de vraagstelling in de model GV die in 2004 werd ingevoerd en dan met name over erfelijke aandoeningen. Hierop wordt in paragraaf 4.3 verder ingegaan.

Alle respondenten vinden het goed dat het Protocol gemaakt is. Het merendeel van de respondenten vindt het Protocol een helder document. Enkele respondenten vinden dat het Protocol te weinig duidelijkheid geeft over wat een verzekeringsmaatschappij wel

en niet mag doen. Zo vindt een manager dat het Protocol onduidelijk is over de vraag of een aspirant verzekerde recht heeft op herbeoordeling. Ook vindt hij dat het Protocol duidelijker moet regelen hoe de verzekeringsmaatschappij naar de klant toe motiveert op basis van welk medisch advies de verzekering wordt aangeboden. Een geneeskundig adviseur vindt het Protocol onduidelijk wat betreft het punt wie de klant informeert over uitslagen van het medisch onderzoek. Anderen vinden de gedragscode hiv-onderzoek niet duidelijk. Naar de mening van alle respondenten biedt het Protocol veel voordelen voor zowel de verzekeringsmaatschappij en de daar werkzame medewerkers als de aspirant verzekerde.

De afspraken gemaakt door het Verbond van Verzekeraars met artsorganisaties en consumentenorganisaties over de procedures rond verzekeringskeuringen vallen binnen het raamwerk van de WMK en daarmee zijn verzekeringsmaatschappijen gehouden aan de regelgeving zoals uitgewerkt in het Protocol. Dit betekent dat de gezondheidsverklaring, aanvullende vraagstelling aan klant en behandelend arts, en de medische onderzoeken in principe op uniforme wijze worden toegepast. Een respondent wijst op het belang van het stellen van dezelfde vragen door verzekeringsmaatschappijen, zodat je geen selectie van klanten krijgt. "Je kunt een aantal risico's niet diepgaand uitvragen, dus je loopt een bepaald risico, maar als we het allemaal doen, dan is er geen probleem".

De verzekeringsmedewerkers vinden het een voordeel dat zij in hun contact met de aspirant verzekerde kunnen verwijzen naar de afspraken die zijn gemaakt in het Protocol. Een geneeskundig adviseur merkt op dat het Protocol hem steun geeft in het contact met de directie van de verzekeringsmaatschappij. Het is naar zijn zeggen "een commercieel bedrijf en soms is het lastig om vanuit een medische invalshoek zaken aan de orde te stellen. Dan is het prettig dat er een Protocol is".

De aspirant verzekerde heeft volgens de geïnterviewden duidelijkheid over de spelregels. De respondenten zijn positief over de transparantie die door het Protocol wordt bewerkstelligd in het contact met de klant. De aspirant verzekerde wordt duidelijk gemaakt welke gegevens hij wel en niet hoeft prijs te geven. Volgens de respondenten wordt door het Protocol gewaarborgd dat er zorgvuldig omgegaan wordt met de medische informatie.

Een directeur van een keuringinstituut vindt dat een protocol over het algemeen helderheid en verduidelijking schept. In het Protocol wordt duidelijk wat van de keurend arts wordt verwacht als onderdeel van het keuringsproces. Het Protocol wordt een heel goed stuk gevonden. De andere directeur geeft geen echt oordeel over het Protocol. Deze ziet de wetgeving, WMK en WGBO, als een gegeven. "Het Verbond voor Verzekeraars had kennelijk de bedoeling om dat in een Protocol vast te leggen. Dat geeft dus aan wat verzekeraars willen. Duidelijk."

Samengevat, is de acceptatie van het Protocol bij de geïnterviewde beroepsgroepen groot. Het Protocol past in de werkwijze van medische keuringen, zoals die bij de maatschappijen gebruikelijk was. Ook zijn de respondenten het erover eens dat het Protocol veel voordelen biedt voor alle bij de keuringen betrokken partijen, te weten de verzekeringsmaatschappijen, beroepsgroepen die betrokken zijn bij de keuringen en de aspirant verzekerden.

4.2.3 *Het verloop van de implementatie in de verzekeringsmaatschappijen*

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag of de implementatie van het Protocol Verzekeringskeuringen volgens een vooropgezet plan is verlopen. Behandeld worden opvattingen over de wijze waarop het Protocol, na vaststelling in 2003, in de organisatie is ingevoerd. Vervolgens wordt ingegaan op de invoering van de model GV bij de verzekeringsmaatschappijen, die in 2004 beschikbaar kwam.

Implementatie van het Protocol

Respondenten geven aan dat de werkwijze volgens het Protocol niet veel afwijkt van de werkwijze bij Verzekeringskeuringen vóór de invoering van dit Protocol. De respondenten zijn van mening dat bij verzekeringsmaatschappijen geen specifiek implementatietraject voor het Protocol is geweest. Een manager noemt de invoering van het Protocol “een vrij organisch proces”. Omdat men in de maatschappij wist hoe het Protocol ongeveer zou luiden, werden de reeds in gang gezette veranderingen op het gebied van de afhandeling van medische keuringen daarop afgestemd. Toen het Protocol verscheen is nagegaan of die werkwijze afweek van de inhoud van het Protocol. Een medisch acceptant maakt duidelijk dat het Protocol geen duidelijke plaats heeft gekregen in de verzekeringsmaatschappij. Hij geeft aan dat het Protocol niet als zodanig op de werkvloer wordt gebruikt. Dat wil zeggen, het Protocol is wel terug te vinden in het beleid van de maatschappij, maar daarbij wordt niet expliciet naar het Protocol verwezen. Deze opvatting wordt door respondenten van andere verzekeringsmaatschappijen gedeeld.

De respondenten melden dat er voortdurend veranderingen/verbeteringen worden doorgevoerd. Ten tijde van de invoering van het Protocol bij de verzekeringsmaatschappijen liepen onderstaande veranderingen. Volgens de respondenten stonden deze veranderingen los van de invoering van het Protocol, maar ze raakten wel het Protocol:

- Bij alle vijf verzekeringsmaatschappijen werd een geautomatiseerd systeem voor de acceptatieprocedure ingevoerd, of de automatisering was al in een vergevorderd stadium. Dossiers op microfiche werden vervangen door een elektronisch dossier. In het digitale systeem werden de medische en technische dossiers gescheiden, zoals dat in de praktijk al het geval was bij de papieren dossiers.
- Bij een levensverzekeringsmaatschappij werden de medisch acceptanten, die voorheen decentraal over verschillende acceptatieafdelingen waren verspreid, samengevoegd in één afdeling medische acceptatie.
- Bij een arbeidsongeschiktheidsverzekeringsmaatschappij werd een nieuwe werkwijze ingevoerd van telefonische afname van de gezondheidsverklaring door acceptanten. Dezelfde inkomensverzekeringsmaatschappij was bezig een handboek te ontwikkelen voor de medewerkers, over onder meer het informeren van de klant over de reden van een onderzoek of hoe te handelen bij een positieve hiv-uitslag.
- Een levensverzekeringsmaatschappij had in 2000 een interne reorganisatie in gang gezet, waarbij een nieuwe medische afdeling werd opgezet in lijn met het Protocol, ook al was dat toen nog niet geaccordeerd. Dit betekende dat aan de medewerkers kwaliteits- en opleidingseisen werden gesteld, een permissie-delegatie model werd ingevoerd (wie mag wat doen), een nieuwe administratieve organisatie werd ingevoerd en de nieuwe gezondheidsverklaring in de systemen werd geïmplementeerd. Bij deze levensverzekeringsmaatschappij werd onder invloed van de Amerikaanse markt regelgeving op het gebied van compliance ingevoerd. Onder auspiciën van de manager zijn door de afdelingsjurist compliance richtlijnen gedefinieerd, die ondertekend zijn door mensen die te maken hebben met medische stukken. Eerder was de Wet Bescherming

Persoonsgegevens aanleiding om de functionele eenheid van de medisch adviseur te herdefiniëren en vast te leggen.

- Een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar is gestart met het samenvoegen de technische acceptatie en de medische acceptatie. Daarmee werd de functionele eenheid met de geneeskundig adviseur verbreed. Ook heeft deze verzekeraar de fysieke keuring afgeschaft. Daarvoor is een risico check op hart- en vaatziekten en diabetes in de plaats is gekomen. Dat betekende een verminderde verzwaaring van de beoordeling. Bovendien werd bij deze verzekeraar de keuringsgrens versoepeld; de gehanteerde keuringsgrens is hoger dan de wettelijke vragengrens.

De geïnterviewden noemen een diversiteit aan manieren waarop het Protocol in de organisatie is geïntroduceerd:

- Een interne werkgroep adviseerde de directie over de consequenties van het Protocol voor het verzekeringsaanbod en deed een voorstel hoe met het Protocol moest worden omgegaan. Het voorstel kwam tot stand in overleg met het afdelingshoofd Levensverzekeringen. Het hoofd besprak het weer met de medisch acceptanten.
- Zaken die nog niet in de procedure rond de medische keuring van een verzekeraar waren opgenomen zijn ingevoerd. Voorbeelden zijn een toelichting die door de tussenpersoon wordt aangereikt aan de aspirant verzekerde, waarin het recht om als eerste het advies van de medisch adviseur aan de maatschappij te vernemen staat beschreven. Ook het nieuwe reglement voor de klant, dat het traject van aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering regelt, de nieuwe toelichting bij de gezondheidsverklaring, werd geïntroduceerd bij deze verzekeraar. Medewerkers zijn via de mail op de hoogte gebracht van deze veranderingen.
- Er was geen officieel moment maar meer een bekendmaking van het bestaan van het Protocol en het verzoek dit door te nemen.
- Het Protocol is voor kennisgeving aangenomen en niet in de medische afdeling besproken.
- Alle informatie instructies vanuit de maatschappij naar de keurend artsen staan in de keuringsset.

De meeste respondenten van verzekeringsmaatschappijen geven aan niet actief betrokken te zijn geweest bij de implementatie van het Protocol: "Ik ben niet actief betrokken geweest bij de implementatie van het Protocol maar heb er wel informatie over gekregen". Sommigen waren niet betrokken omdat zij nog niet in de functie waren bij de verzekeringsmaatschappij waarin ze nu werken. Ook de geïnterviewde geneeskundig adviseurs waren niet allen betrokken bij de invoering van het Protocol. Dit was afhankelijk van de mate waarin de geneeskundig adviseur door de verzekeringsmaatschappij wordt ingeschakeld voor organisatorische aangelegenheden.

Ook de directeuren van de keuringsinstituten zijn van de mening dat er geen groot verschil is tussen werkwijze voordat het Protocol werd ingevoerd en de huidige manier van werken. Een directeur formuleert het als volgt: "het heeft bepaalde dingen wat aangescherpt. Er waren al bepaalde ontwikkelingen in gang gezet en als je als arts nauwkeurig volgens formele procedures wil werken - en met name de geheimhoudingsplicht respecteert - dan is het Protocol niets nieuws, dan ligt dit gewoon in elkaars verlengde".

De directeuren van de keuringsinstituten zeggen evenmin het Protocol volgens een vooropgezet plan in hun organisatie te hebben geïmplementeerd. Een directeur is van mening dat het goed zou zijn geweest als het Verbond van Verzekeraars een middag

had georganiseerd voor alle keurend artsen om het Protocol te introduceren. De directeur van een ander instituut is evenwel van mening dat hij het beste in staat is veranderingen in de keuringen te communiceren naar de keurend artsen. Hij weet als geen ander hoe dit moet worden aangepakt. Verzekeraars zullen daar denkt hij meer moeite mee hebben. Hoewel deze directeur zegt dat hij het Protocol niet in zijn instituut heeft geïmplementeerd, wordt de regelgeving volgens hem wel toegepast in het instituut, voor zover het overeenstemt met wat er in de wet staat, met name de WMK. De keurend artsen van dit instituut zijn niet geïnstrueerd om zich te houden aan het Protocol van het Verbond van Verzekeraars, maar aan de interne procedures van het keuringsinstituut. De keurend arts van dit instituut zegt bij indienstreding wel de tekst van de WMK te hebben gekregen.

Implementatie van de model gezondheidsverklaring

Als belangrijkste gevolg van het Protocol wordt door de respondenten de invoering van de model GV genoemd. De verzekeringsmaatschappijen zijn, in tegenstelling tot de afwezigheid van expliciete implementatieactiviteiten naar aanleiding van het Protocol, wel actief aan de slag gegaan met de invoering van de model GV die in 2004 beschikbaar kwam. Vier verzekeringsmaatschappijen hebben in 2004 besloten om de model GV in te voeren. Eén levensverzekeringsmaatschappij besloot daartoe in 2005. Het heeft bij de drie levensverzekeraars nog tot 2005 geduurd, voordat de nieuwe gezondheidsverklaring helemaal was ingevoerd. Zo noemt een respondent dat in een aantal offerte systemen bij de tussenpersonen, de model GV van de verzekeraar nog maar recent (eind 2005) was opgenomen. De twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hadden de gezondheidsverklaring reeds in 2004 aangepast. Een direct writing arbeidsongeschiktheidsverzekeraar had de invoering van de aangepaste gezondheidsverklaring geheel in eigen hand en kon de nieuwe gezondheidsverklaring daardoor ineens introduceren. De andere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar had in 2004 parallel aan de vaststelling van het Protocol, een nieuwe werkwijze van telefonische afname van de gezondheidsverklaring door acceptanten ingevoerd. Op deze wijze passen alle acceptanten dezelfde vraagstelling van de gezondheidsverklaring toe. Deze gezondheidsverklaring is echter nog niet conform de model GV, echter de strekking ervan wordt gevolgd (zie paragraaf 4.3.1).

Door de geïnterviewden werden de volgende manieren genoemd van introductie van de model GV in hun organisatie na aanpassing door de verzekeringsmaatschappij:

- De verandering van de gezondheidsverklaring is toegelicht in het overleg van medisch acceptanten.
- Aan de intermediairs zijn mailings gestuurd over de nieuwe gezondheidsverklaring die door de verzekeraar wordt gebruikt. Als na de invoering nog oude gezondheidsverklaringen binnen kwamen, dan werd er een telefoontje aan gewijd.
- Met de marketing afdeling was er discussie over de gezondheidsverklaring, omdat die afdeling een zo kort mogelijke gezondheidsverklaring wilde. De marketing afdeling heeft de lay-out aangepast en daardoor de gezondheidsverklaring in pagina's gecomprimeerd.
- Binnen de afdeling medische acceptatie hebben de manager, geneeskundig adviseurs en medisch acceptanten gesproken over de gezondheidsverklaring. De geneeskundig adviseur heeft uitleg gegeven op deze afdeling. De gezondheidsverklaring is naar de andere afdelingen gepresenteerd als iets dat door het Verbond is voorgesteld en dat de maatschappij indirect aan de totstandkoming heeft meegewerkt o.a. via de belangenorganisaties. De gezondheidsverklaring is min of meer in de maatschappij afgekondigd.

- Er is een proef gedaan door de medewerkers de nieuwe gezondheidsverklaring in te laten vullen. Op die manier zijn de medisch acceptanten erbij betrokken geweest.

Samengevat, is er geen specifiek traject geweest voor de implementatie van het Protocol bij de onderzochte verzekeraars. Bij alle verzekeraars waren veranderingen gaande in de procedures van de medische keuringen, die volgens de respondenten min of meer los stonden van de invoering van het Protocol. De veranderingen werden zonedig afgestemd op de regels van het Protocol. De meeste respondenten zijn van mening dat er geen groot verschil in werkwijze voor en na de invoering van het Protocol Verzekeringskeuringen. De onderzochte verzekeraars hebben wel meer inspanningen moeten doen bij het invoeren van de model GV. De lay-out werd aangepast, tussenpersonen werden geïnformeerd en van de nieuwe gezondheidsverklaring voorzien, de nieuwe gezondheidsverklaring werd in overleggen van de medische afdeling toegelicht en andere afdelingen werden over het gebruik van de model GV ingelicht. In 2005 was de model GV bij alle verzekeringsmaatschappijen in gebruik. Eén verzekeraar hanteert een telefonische afnameprocedure van de gezondheidsverklaring, waarvan de strekking overeen komt met de model GV.

4.2.4 *Monitoring en evaluatie*

De monitoring van het keuringsproces is bij de verzekeringsmaatschappijen op diverse wijzen aangepakt. Bij één verzekeraar is de procesgang nauwkeurig gedefinieerd en de afdeling is voortdurend bezig hierin verbeteringen aan te brengen. De afdelingsmanager voert de kwaliteitscontrole uit over de afdeling en ziet in dat kader ook zelf dossiers. Dat gebeurt steekproefsgewijs bij kwartaalevaluaties. Verder is de interne procedure zo dat afwijkende adviezen, dus buiten de protocollen (handboek herverzekeraars voor leven, het GAV-Protocol voor AOV, het eigen protocol van de maatschappij) worden overlegd met de manager. De afdeling werkt met het “4-ogenprincipe”. Dit houdt in dat er altijd twee personen naar een aanvraag en gezondheidsverklaring kijken. De afdeling bestaat uit 10-12 mensen en de respondent zegt dat zij in nauw contact staan met elkaar. Incidenten zijn dan ook meteen bekend en worden meteen besproken. De lijnen zijn volgens de respondent heel kort. De medisch adviseurs nemen zes keer per jaar deel aan intercollegiale toetsing. Daar wordt de ‘bandbreedte’ besproken van de adviezen die aan de maatschappij worden gegeven. Verder worden tijdens de intercollegiale toetsing inhoudelijke protocollen gedefinieerd en wordt casuïstiek besproken.

Bij een andere verzekeraar is de manager bezig om interne werkprocedures duidelijker te omschrijven. Nu worden instructies van de geneeskundig adviseur ingevoerd zonder dat ze worden vastgelegd. Medewerkers gaan dan in de loop van de tijd toch hun eigen werkwijze volgen. Het Protocol wordt op deze wijze verwerkt in een uniforme werkwijze. Dit is belangrijk voor eventuele interne audits. Er wordt naar een werkwijze toegewerkt dat nieuwe procedures stelselmatig worden geëvalueerd. De maatschappij voert speerpuntacties, waarbij de communicatie met de klant tegen het licht wordt gehouden. Het initiatief daartoe wordt soms centraal genomen, soms komt het vanuit medewerkers, bijvoorbeeld als er een onduidelijkheid is geweest bij een klant.

Een derde verzekeraar laat senior acceptanten steekproeven nemen uit dossiers van collega-acceptanten om de werkwijze te monitoren. Deze steekproeven betreffen ongeveer 5% van het totaal aantal dossiers. De steekproeven worden het hele jaar door uitgevoerd. Het heeft een tweeledige functie: kijken of het goed gaat én ook de acceptanten feedback geven om te zorgen dat het een volgende keer wel goed gaat. Het is geen intercollegiale toetsing; de senior acceptant is een specifieke functionaris die

onder andere als taak heeft deze steekproeven te nemen en te beoordelen zodat de kwaliteit op niveau blijft. Ook voert de maatschappij klanttevredenheidsonderzoek uit.

Bij een vierde verzekeringsmaatschappij vindt een of twee keer per jaar een audit van de herverzekeraar plaats om te bepalen in hoeverre de maatschappij handelt volgens de richtlijnen. Verder worden er in het wekelijkse werkoverleg zaken geëvalueerd. Het is een kleine afdeling en collega's spreken elkaar aan.

Tot slot zijn er bij de vijfde verzekeraar weinig evaluatiemomenten. De geïnterviewde geneeskundig adviseur mist feedback. Dat zou beter kunnen volgens de respondent. Hij wordt ingezet voor het geven van medisch advies over de moeilijke dossiers en is slechts zijdelings betrokken bij het organisatiebeleid en administratieve procedures. Zijn affiniteit ligt daar ook minder. De medisch acceptant van deze maatschappij is sinds kort samen met de andere medisch acceptanten op één afdeling ondergebracht. Daarover is hij zeer positief. Er is gestructureerde overleg en er wordt volgens deze respondent wel degelijk geëvalueerd. Men is nu ook eerder op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen.

In de meeste organisaties is de invoering van de model GV niet structureel gemonitord. Er zijn geen tussentijdse bijeenkomsten geweest om de ervaringen met het formulier door te spreken. De meeste respondenten geven aan dat ze na de invoering van de model GV in de organisatie alert waren op signalen. Een respondent: "De open kritieksituatie is toegepast. In het begin was er veel kritiek op de model GV, maar de ervaring leert dat de kritiek niet inhoudelijk was, maar te maken had met de verandering. Bij het volgende formulier zullen we details die niet kloppen veranderen". Bij de maatschappij is evenwel het voornemen genomen om de model GV te evalueren. Bij een andere maatschappij loopt men tegen beperkingen van de model GV aan. De geneeskundig adviseur merkt op dat de model GV niet goed wordt geëvalueerd. Het zou volgens deze respondent nuttig zijn om de instanties die de model GV hebben opgesteld op de hoogte te brengen van het commentaar van de medewerkers. Hierop wordt in paragraaf 4.4 verder ingegaan.

Twee respondenten beschrijven ook hun betrokkenheid bij de klachtafhandeling als een vorm van monitoring van de werkwijze van de verzekeringsmaatschappij. In het ene geval betreft het een geneeskundig adviseur die klachtbrieven van klanten behandelt als het gaat om herbeoordeling van de medische gegevens. Onderwerp van deze brieven is meestal de premiehoogte of een uiting van ongenoegen over de procedure. Het is niet altijd duidelijk of het een klacht is of een verzoek om toelichting. De andere respondent is manager van de medische afdeling en arts. Bij klachten vervult deze respondent de rol van bezwaararts zoals de UWV's die kennen.

De directie van een keuringsinstituut zegt continu de werkzaamheden van de artsen te monitoren. Dat gaat tussen de bedrijven door. De keuringsartsen hebben een licentieovereenkomst met het instituut en zijn vrij gevestigde keuringsartsen. De directeur is volgens eigen zeggen geen manager of werkgever van de keuringsartsen, maar de kwaliteitsbewaker. De keurend arts van het instituut geeft aan dat alle keurend artsen telefonisch feedback van de directeur krijgen wanneer een keuring(sformulier) niet voldoet.

Ook doet het instituut elk jaar een evaluatie onder de klanten. Dan worden per keurend arts een aantal klanten opgebeld om na te gaan hoe de keuring is verlopen. Er wordt dan nagegaan of er uitleg is gegeven over welk onderzoek er plaatsvindt, wat de procedure

is en welk onderzoek uiteindelijk heeft plaatsgevonden en hoe dat beviel. Deze informatie wordt aan geïnterviewde teruggekoppeld. Eenzelfde werkwijze wordt gevolgd bij een tweede keuringsinstituut. Er is continue waakzaamheid ten aanzien van de kwaliteit van de keuringen. Ook wordt gereageerd op commentaar en kritiek van opdrachtgevers. Als een formulier niet voldoet dan wordt het formulier met de memo retour gezonden naar de betreffende arts. Ook worden regelmatig steekproeven genomen om de kwaliteit van de keuringen te evalueren.

Samengevat zeggen de respondenten dat de verzekeringsmaatschappijen naar aanleiding van de invoering van het Protocol en de model GV hun werkwijze ten aanzien van medische keuringen niet stelselmatig hebben geëvalueerd. Wel vinden er volgens de respondenten regelmatig evaluaties plaats in de vorm van werkoverleggen. Enkele maatschappijen hanteren een expliciet monitoringsysteem, waarin werkprocedures regelmatig tegen het licht worden gehouden.

4.2.5 *Het algemene oordeel over het invoeringsproces*

Er hebben zich bij de vertaling van het Protocol naar het keuringsbeleid van de verzekeringsmaatschappij, en in het bijzonder de invoering van de model GV geen grote problemen voorgedaan. De manager die belast werd met de opzet van een nieuwe medische afdeling zegt: “Het invoeren van het Protocol was niet echt lastig, het was meer even wennen”. Een geneeskundig adviseur: “De manager en het personeel zijn zo goed geschoold dat ze het Protocol goed hebben ingevoerd en daar zelfs vrij scherp in zijn”. Een medisch acceptant is van mening dat hij vrij laat binnen de organisatie op de hoogte is gebracht van het Protocol.

Ook de invoering van de model GV in de organisatie leverde weinig problemen op. Een manager zegt hierover: “In het begin kreeg je reacties dat bepaalde dingen onduidelijk of vreemd zijn. De eerste maanden hoor je dat een beetje. Het is gewoon wennen”. De geneeskundig adviseur van deze maatschappij vindt de invoering “soepeltjes” verlopen. De geneeskundig adviseur van een andere maatschappij merkt op: “De invoering van de nieuwe gezondheidsverklaring is goed en gedegen gebeurd”.

4.3 **Toepassing van het Protocol en gebruik van de model GV**

4.3.1 *Gezondheidsverklaring*

Alle vijf verzekeringsmaatschappijen zeggen de model GV zoals door het Verbond van Verzekeraars geadviseerd te gebruiken. De maatschappijen geven aan de model GV in zijn geheel te hebben overgenomen, inclusief de bijbehorende toelichting. Bij de drie levensverzekeringsmaatschappijen is er nog sprake van een transitieperiode waarin op de medische afdelingen ook nog oude gezondheidsverklaringen binnen komen omdat (nog) niet alle tussenpersonen gebruik maken van de model GV. Bij twee maatschappijen komt dit omdat nog niet alle offerte programmatuur bij de tussenpersoon is aangepast aan de model GV. In het geval er een oude gezondheidsverklaring binnen komt wordt daar wel op gereageerd: twee maatschappijen sturen de gezondheidsverklaring terug met het verzoek de nieuwe gezondheidsverklaring in te vullen, de derde maatschappij gebruikt de oude gezondheidsverklaring en spreekt de tussenpersoon erop aan.

De twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hebben respectievelijk direct contact met de klant of nemen de gezondheidsverklaring telefonisch af. Opvallend is dat deze twee verzekeraars enkele vragen hebben toegevoegd aan de model GV; gevraagd wordt naar geslacht van de partner, naar tropische ziektes en naar een keuring voor een andere

verzekering. Bij een van de twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars is er juist een vraag verwijderd; de vraag naar geslachtsziekten. Bij een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar zijn de vragen uit de bijlage van de model GV gewijzigd, de strekking van de vragen is echter gelijk gebleven; is voor de aandoening een arts bezocht, staat de persoon nog onder controle, zijn er medicijnen voorgeschreven e.d. De maatschappij die telefonisch de gezondheidsverklaring afneemt geeft aan dat het computer programma dat aan de basis ligt van dit telefoongesprek bij de volgende release aan de model GV wordt aangepast.

Tussenpersoon

Bij navraag wordt duidelijk dat de verzekeringsmaatschappijen die gebruik maken van tussenpersonen ervaren dat de gezondheidsverklaring niet altijd door de klant zelf wordt ingevuld: “Het handschrift op de gezondheidsverklaring is afwijkend van het handschrift op de machtiging”. Het vermoeden bestaat dat de tussenpersoon helpt bij het invullen van de gezondheidsverklaring omdat hij én de klant belang hebben bij het snel tot stand komen van de verzekering. Alle respondenten geven aan “dat je als maatschappij hier niks tegen kan doen”. Twee medisch acceptanten geven aan dat de aspirant verzekerde de gezondheidsverklaring ondertekent en daarmee verantwoordelijk is voor het correct invullen van de gezondheidsverklaring. Een medisch acceptant laat weten dat deze situatie positief zal verbeteren met de komst van de Wet Financiële Dienstverlening. Deze wet stelt een aantal voorwaarden aan assurantieadviseurs, waaronder opleidingseisen. De knelpunten bij tussenpersonen gelden alleen voor de drie aanbieders van levensverzekeringen. De arbeidsongeschiktheidsverzekeraar die werkt met tussenpersonen heeft zoveel mogelijk alles in eigen hand genomen door onder andere telefonisch de gezondheidsverklaring af te nemen.

Informatie over de procedure en rechten en plichten

Twee maatschappijen geven aan bij de eerste offerte van het verzekeringsproduct al summier informatie te geven over de procedure van de medische keuring. Alle vijf verzekeringsmaatschappijen maken gebruik van de toelichting bij de model GV zoals door het Verbond is opgesteld om de aspirant verzekerde te informeren over de procedure van de medische keuring, hun rechten en plichten. De respondenten geven bij navraag aan dat ze zich voor kunnen stellen dat aspirant verzekerden de toelichting niet altijd lezen want het is veel én een moeilijke tekst. Verder wordt er in de correspondentie met de klant waar nodig nog kort gewezen op de procedure, rechten en plichten. Tenslotte verwachten de respondenten dat de tussenpersonen de klant de nodige informatie en toelichting zullen geven over de procedure; de kwaliteit en hoeveelheid van de gegeven informatie is echter per tussenpersoon verschillend. De arbeidsongeschiktheidsverzekeraar die telefonische gegevens over de gezondheid van de aspirant verzekerde verzamelt geeft mondeling (aan de telefoon) én schriftelijk (via een brochure uitgereikt door de tussenpersoon) toelichting over de procedure, rechten en plichten.

4.3.2 *Aanvullende vragen naar aanleiding van de gezondheidsverklaring*

Bij drie levensverzekeringsmaatschappijen is in de interviews duidelijk naar voren gekomen dat gebruik werd gemaakt van de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen aan de klant naar aanleiding van de gezondheidsverklaring. Dit gebeurt middels vragenlijsten met vragen over klachten gerelateerd aan diabetes, astma, hart en vaatziekten etcetera. Deze vragenlijsten worden naar de klant gestuurd als uit de gezondheidsverklaring blijkt dat er sprake is van deze aandoening(en) of klachten. Eén van deze drie maatschappijen geeft in de begeleidende brief aan dat de vragenlijst is

bedoeld om de ernst van de klachten te verduidelijken. Een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar neemt de gezondheidsverklaring telefonisch af en kan daarmee meteen aanvullende vragen stellen naar aanleiding van een door de klant gerapporteerde aandoening. Dit gebeurt middels standaard vraagstellingen die zijn opgenomen in de programmatuur voor de afname van de gezondheidsverklaring. In de interviews met medewerkers van de andere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar is dit onderwerp niet expliciet besproken.

4.3.3 *Informatie opvragen bij behandelend arts(en)*

Het Protocol schrijft voor dat de verzekeraar een door de aspirant verzekerde ondertekende gespecificeerde machtiging nodig heeft om medische informatie op te vragen bij de behandelend arts of specialist. Vier van de vijf maatschappijen sturen de klant een machtiging waarop de aandoening, diagnose of benodigde informatie expliciet staat vermeld. De aspirant verzekerde wordt gevraagd de naam van de huisarts of specialist in te vullen en de machtiging te ondertekenen. Bij een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar krijgt de klant van de tussenpersoon het verzoek zijn huisarts te machtigen. De machtiging komt tegelijk met de aanvraag voor de verzekering op de medische afdeling binnen. Als deze niet gespecificeerde machtiging ontbreekt en aanvullende informatie van de arts noodzakelijk is, wordt de klant gevraagd een naar aandoening gespecificeerde machtiging in te vullen en te ondertekenen.

Twee van de vier maatschappijen sturen de machtiging gelijktijdig met de vragenlijsten voor aanvullende informatie (zie hierboven). Drie maatschappijen voegen bij de machtiging een begeleidende brief waarin staat uitgelegd dat informatie van de (huis)arts nodig kan zijn voor de beoordeling van de aanvraag. Eén arbeidsongeschiktheidsverzekeraar merkt op dat als er haast geboden is, het voor kan komen dat er een brief met vragen voor de arts naar de klant wordt gestuurd met het verzoek om informatie over een specifieke aandoening. De klant wordt vervolgens gevraagd een afspraak te maken bij zijn huisarts om de vragen te laten beantwoorden. Twee maatschappijen stellen de klant schriftelijk op de hoogte als gebruik is gemaakt van de machtiging. Bij de andere drie maatschappijen wordt de klant niet geïnformeerd of er wel of geen gebruik is gemaakt van de machtiging.

Drie maatschappijen merken op dat het voorkomt dat de arts meer informatie meestuurt dan in de machtiging is gevraagd. Een maatschappij zegt gebruik te maken van de op deze wijze verkregen informatie, indien de informatie relevant is. De twee andere maatschappijen zeggen niks te doen met die informatie.

Een geneeskundig adviseur merkt op dat het steeds vaker voorkomt dat artsen weigeren mee te werken aan het verstrekken van informatie.

4.3.4 *Gericht medisch onderzoek onder de vragengrens*

Onder de vragengrens vindt gericht medisch onderzoek plaats, bijvoorbeeld bloeddruk meten of bloedonderzoek, indien de medisch adviseur daar op basis van de gezondheidsverklaring aanleiding toe ziet. De vijf maatschappijen stellen de klant schriftelijk op de hoogte als een medisch onderzoek noodzakelijk is. Een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar voegt bij de zending ook nog een informatiebrochure over de procedure, wat de keuring inhoud e.d. Drie levensverzekeraars sturen gelijktijdig met de brief aan de klant, een brief voor de keurend arts met daarin de specifieke vraagstelling voor het medisch onderzoek. De klant wordt verzocht deze brief naar de keuring mee te nemen en aan de arts te overhandigen. De brief aan de arts zit in een open envelop en de klant kan daarmee de specifieke vraag van de maatschappij aan de keurend arts vernemen. Een keurend arts vertelt dat sommige klanten de brief gericht aan de keurend

arts niet open maken. Eén arbeidsongeschiktheidsverzekeraar geeft telefonisch informatie over de gang van zaken rondom de medische keuring. Er volgt daarna een schriftelijk bericht met een uitnodiging en de opdracht voor de keurend arts, op eenzelfde wijze als bij de andere maatschappijen. De andere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar heeft een afwijkende procedure aangezien er geen lichamelijk onderzoek plaats vindt. Bloedonderzoek wordt wel gevraagd. Opgemerkt dient te worden dat deze verzekeraar nauwe banden heeft met de keuringsinstantie; de geneeskundig adviseur van deze maatschappij is tevens directielid van de keuringsinstantie.

Drie levensverzekeraars vragen de klant een afspraak te maken met een arts (niet zijnde de eigen huisarts); dit kan een huisarts zijn of een keurend arts van een keuringsinstituut. Een van de drie stuurt een brochure mee van een keuringsinstituut. De twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hebben een andere werkwijze. Eén maatschappij vermeldt in de brief de naam van de (huis)arts waar de klant contact mee op kan nemen voor een afspraak. De andere maatschappij maakt gebruik van de diensten van een keuringsinstituut dat contact opneemt met de klant voor een afspraak.

De keurende instantie beschrijft welke onderzoeken zijn uitgevoerd en stuurt de bevindingen naar de medische afdeling van de verzekeringsmaatschappij. Eén maatschappij geeft expliciet aan dat de keurend arts de klant alleen moet informeren over afwijkende bevindingen, zoals hoge bloeddruk. Een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar geeft aan dat de verzekeraar de klant informeert over afwijkende bloedwaarden, aangezien deze verzekeraar geen lichamelijk onderzoek doet. Deze verzekeraar biedt tevens de service dat klanten met verhoogd risico op onder andere hart en vaatziekten 3 jaar de tijd krijgen om middels een programma of hulp van de huisarts het risico te verminderen in plaats van een opslag te betalen. Alle vijf maatschappijen geven aan dat de keurend arts géén uitspraken mag doen over de verzekering.

Uit de interviews met de keurend artsen en/of directie van keuringsinstituten wordt eenzelfde beeld geschetst. De keurend arts voert de opdracht van de verzekeringsmaatschappij uit. Hij informeert de klant voor aanvang van het onderzoek over de specifieke opdracht en rapporteert zijn bevindingen aan de klant. Twee artsen geven aan dat alleen belangrijke afwijkende bevindingen aan de klant genoemd worden, met het advies hiervoor contact op te nemen met de huisarts. De arts beschrijft zijn bevindingen op het keuringsformulier en stuurt deze, inclusief eventuele uitslagen van bloedonderzoek, naar de medische afdeling van de verzekeringsmaatschappij.

4.3.5 *Medisch onderzoek boven de vragengrens*

Over het algemeen wordt bij een aanvraag van een verzekering boven de vragengrens door de geïnterviewden een onderscheid gemaakt tussen een huisartsenkeuring en een internistenkeuring, wel of niet in combinatie met bloedonderzoek. Afhankelijk van de hoogte van het te verzekeren risico bepaalt de maatschappij welke keuring wordt verricht. Tijdens de keuring wordt een keuringsformulier ingevuld. De arbeidsongeschiktheidsverzekeraars geven ook boven de vragengrens aan in alle gevallen de gezondheidsverklaring af te nemen. Bij één verzekeraar geschiedt dit telefonisch.

Bij de uitnodiging voor de keuring krijgt de aspirant verzekerde een brief met uitleg over de keuring, de toestemmingsverklaring hiv, het keuringsformulier en het verzoek een afspraak te maken voor de keuring. Het eerste deel van het keuringsformulier bestaat uit een anamnese. Deze moet de klant zelf invullen of samen met de keurend arts. In het tweede deel kan de arts zijn bevindingen van het lichamelijk onderzoek vermelden. De arts neemt tijdens de keuring de anamnese samen met de klant door en noteert eventueel aanvullende informatie. Dan voert hij de door de maatschappij

gevraagde (lichamelijke) onderzoeken uit en beschrijft zijn bevindingen. Het keuringsformulier wordt, inclusief eventuele uitslagen van bloedonderzoek, vervolgens door de arts naar de medische afdeling van de verzekeringsmaatschappij gestuurd waar de beoordeling plaatsvindt. Bij één arbeidsongeschiktheidsverzekeraar wordt een andere procedure gehanteerd. Het keuringsinstituut wordt op de hoogte gebracht welke klanten gekeurd dienen te worden. Het keuringsinstituut neemt vervolgens contact op met de klant voor een afspraak. Een verpleegkundige komt vervolgens bij de klant thuis, neemt een korte vragenlijst door en neemt bloed en urine monsters en bepaalt gewicht en lengte. Er is verder geen sprake van een lichamenlijk onderzoek. Incidenteel wordt een keuringsdienst van de eigen maatschappij ingezet voor lichamenlijk onderzoek.

Uit de interviews met de keurend artsen en/of directie van keuringsinstituten wordt duidelijk dat de keuringen inderdaad verlopen zoals hierboven beschreven. Een keurend arts geeft aan dat hij bij een keuring boven de vragengrens de klant altijd informeert over de reden van het onderzoek, de procedure en de aard van het onderzoek. Een keurend arts/directeur van een ander keuringsinstituut geeft aan dat het volgens hem de verantwoordelijkheid van de verzekeringsmaatschappij is om de klant te informeren over doel, inhoud en procedure van de keuring.

4.3.6 *Hiv-onderzoek*

Alle vijf de maatschappijen laten de klant de toestemmingsverklaring of akkoordverklaring hiv tekenen als een hiv-test uitgevoerd wordt. Met deze verklaring geeft de klant aan akkoord te gaan met een hiv-test (en hertest bij positief resultaat) en of hij de uitslag wil vernemen en van welke (vertrouwens)arts. Een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar geeft aan dat ze op de akkoord verklaring naar de naam van de huisarts vragen. Die informeert de klant vervolgens over de uitslag. Twee van de vijf maatschappijen geven aan dat een hiv-test onder de vragengrens in principe niet wordt gevraagd. Bij de andere drie maatschappijen is hier niks over bekend. Boven de vragengrens wordt volgens de keurend arts/directeur van een keuringsinstituut in 99% van de gevallen een hiv-test gevraagd. De procedure van de hiv-test is dat er bloed wordt afgenomen bij de klanten, dat wordt opgestuurd naar een laboratorium voor onderzoek. Er vind standaard een bevestigingstest plaats als er sprake is van een positieve uitslag. De uitslag wordt vervolgens door het laboratorium naar de keuringsinstantie gestuurd die deze informatie in zijn rapport aan de medische afdeling van de maatschappij verwerkt.

4.4 **Factoren die de implementatie van het Protocol bevorderen of belemmeren**

In deze paragraaf worden de bevorderende en belemmerende factoren gepresenteerd die een rol hebben gespeeld en nog spelen bij de implementatie van het Protocol Verzekeringskeuringen. Het gaat om factoren die volgens de respondenten de uitvoering van de verzekeringskeuringen, zoals voorgeschreven, bevorderen of belemmeren. De factoren zijn ingedeeld volgens het model van de determinanten van het innovatieproces, zoals in hoofdstuk 2 besproken. Het betreft de volgende factoren:

- 1 Kenmerken van de omgeving
- 2 Kenmerken van het Protocol
- 3 Kenmerken van de verzekeringsmaatschappij
- 4 Kenmerken van de gebruiker van het Protocol

Voor de belemmerende en bevorderende werking van kenmerken van de strategie van invoering van het Protocol door de verzekeringsmaatschappij wordt verwezen naar paragraaf 4.2. Daar is uitgebreid ingegaan op de wijze van invoering van het Protocol, zoals gepercipieerd door de respondenten.

Telkens zullen hierna per type kenmerk zowel belemmerende als bevorderende factoren worden besproken. Vanwege de aard van de interviews, namelijk nagaan hoe het implementatieproces kan worden verbeterd, ligt in dit hoofdstuk de nadruk op knelpunten ofwel belemmerende factoren. De respondenten noemen ook maatregelen waarmee een belemmerende factor kan worden opgeheven. Op deze door de respondenten aangedragen ‘verbeterpunten’ wordt in dit hoofdstuk tevens ingegaan.

4.4.1 *Kenmerken van de omgeving*

De medewerker van een verzekeringsmaatschappij werkt samen met een aantal partijen in de omgeving, te weten tussenpersonen, keurend artsen, en huisartsen en specialisten bij wie medische informatie wordt opgevraagd. De uitvoering van de medische keuringen is afhankelijk van de medewerking en zorgvuldigheid van deze externe partijen. De belemmerende of bevorderende rol van deze partijen in het keuringsproces wordt hieronder behandeld. Een andere omgevingsfactor die door drie respondenten is genoemd, is de rol van rechtspraak. Hierop wordt eerst ingegaan.

Rechtspraak

Belemmerende factor

Een manager van een verzekeringsmaatschappij ziet de samenleving steeds meer ‘verjuridiseren’. Hij neemt waar dat steeds meer verzekerden beslissingen over claims juridisch alsnog proberen aan te vechten. De uitspraak van de rechter heeft dan voorrang op de afspraken die in het Protocol zijn neergelegd. Als voorbeeld wordt genoemd de uitspraak van een rechter waarin de verzekering moest uitkeren bij zwangerschap van de verzekerde. In de polisvoorwaarden was een periode van 2 jaar opgenomen waarin de vrouw geen aanspraak kon doen op een zwangerschapsuitkering. Door de geneeskundig adviseur van een andere verzekeringsmaatschappij werd hetzelfde voorbeeld van de gerechtelijke uitspraak over zwangerschap aangehaald. Naar zijn zeggen zou de consequentie van deze uitspraak zijn dat iedere zwangere direct een uitkering krijgt als die een verzekering weet af te sluiten. In de gezondheidsverklaring is immers geen vraag over zwangerschap opgenomen.

Een andere geneeskundig adviseur wijst erop dat de periode na de invoering van de model GV nog te kort is om de juridische gevolgen te overzien. Zo is nog niet duidelijk wat de gevolgen zijn wanneer verzwijging wordt geconstateerd.

Verbeterpunten

- De manager die de toename aan claims verwacht suggereert dat bij acceptatie duidelijker uitgelegd moet worden waarom een bepaald medisch advies verstrekt is. Zo zouden misverstanden over claims mogelijk in de toekomst kunnen worden voorkómen. Bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wordt hier reeds aandacht aan besteed. Een medisch advies wordt soms telefonisch door de geneeskundig adviseur aan de klant meegedeeld. Ook is een praktijk ontstaan dat de verzekerde bedenktijd krijgt, alvorens deze beslist om een uitsluiting of opslag te accepteren.
- Eén geneeskundig adviseur geeft aan dat hij het logischer had gevonden als de vraag over zwangerschap in de gezondheidsverklaring was blijven staan.

Tussenpersonen

Belemmerende factoren

De vier verzekeringsmaatschappijen die werken met tussenpersonen zijn voor de uitvoering van het Protocol, in het bijzonder de gezondheidsverklaring, afhankelijk van

de zorgvuldigheid van tussenpersonen. In de interviews is genoemd dat in de overgangperiode bij de invoering van de model GV, tussenpersonen nog oude gezondheidsverklaringen uitdeelden. Ook het hulp bieden door tussenpersonen bij het invullen van gezondheidsverklaringen wordt als een belemmerende factor gezien bij de goede uitvoering van het Protocol. Het invullen van de gezondheidsverklaring moet zoals een respondent zegt, voorbehouden zijn aan de aspirant verzekerden zelf. De meeste geïnterviewden geven aan dat het voor verzekeringsmaatschappijen moeilijk is om de veelheid aan tussenpersonen die in Nederland actief zijn aan te sturen. Een geneeskundig adviseur wijst erop dat door tussenpersonen wordt geklaagd over het pak papier dat aspirant verzekerden moeten invullen. Een manager wijst op het gebrek aan begrip bij tussenpersonen over de noodzaak van het medische traject. Dit is volgens hem ingegeven door commerciële belangen van de tussenpersoon. Een andere manager wijst erop dat het moeilijk door de maatschappij is tegen te houden dat de tussenpersoon samen met de klant de gezondheidsverklaring invult.

Volgens enkele geïnterviewden klagen tussenpersonen dat de keuringsprocedure zoals voorgesteld in het Protocol te tijdrovend is. Zij zetten vaak druk achter een aanvraag in verband met een hypotheek.

Een directeur van een keuringsinstituut noemt eveneens de rol van tussenpersonen bij de medische keuring. Volgens deze geïnterviewde laten ‘slechte’ tussenpersonen het beeld ontstaan bij de aspirant verzekerde dat de keuring niet zoveel voorstelt. De klant is vervolgens verrast als blijkt dat de keuring uitgebreid is. Ook noemt de directeur dat tussenpersonen druk uitoefenen om het keuringsresultaat door te geven aan de verzekeringsmaatschappij, zodat de verzekeringsaanvraag kan worden versneld. Echter, de zorgvuldige afhandeling van het medisch onderzoek bij afwijkende keuringsuitslagen kost tijd.

Bevorderende factoren

De medisch acceptant en manager van één levensverzekeringsmaatschappij vinden de Wet op de Financiële Dienstverlening, die op 1 januari 2006 van kracht is gegaan, een positieve ontwikkeling. Deze wet stelt een aantal voorwaarden aan assurantieadviseurs, waaronder opleidingseisen.

Verbeterpunten

- De manager van een levensverzekeringsmaatschappij wijst erop dat wanneer de aanvraag voor een verzekering, de ‘frontoffice’, geautomatiseerd wordt, de doorlooptijd korter wordt en de kwaliteit beter. Bij een geautomatiseerde procedure kan een klant uitleg krijgen die onafhankelijk is van de tussenpersoon. Bij één van de onderzochte verzekeringsmaatschappijen gebeurt dit reeds door de gezondheidsverklaring telefonisch door de acceptant te laten afnemen.
- De medisch acceptant en geneeskundig adviseur van één levensverzekeringsmaatschappij dringen erop aan dat elke speler in het veld in het Protocol moet worden benoemd. Ook de rol van de tussenpersoon moet in het Protocol worden beschreven.
- Eén geneeskundig adviseur vindt dat de rol van de tussenpersoon in het proces van medische keuring mag worden geëvalueerd. De manager van een andere levensverzekeringsmaatschappij is benieuwd naar hoe tussenpersonen naar de gezondheidsverklaring kijken. De respondent denkt dat tussenpersonen de model GV lastiger vinden, omdat de klant veel meer moet invullen.
- Volgens een medisch acceptant kan de verzekeringsmaatschappij niet meer doen, dan de tussenpersoon er voortdurend op wijzen dat de klant verantwoordelijk is voor wat er op de gezondheidsverklaring wordt ingevuld. De klant loopt bij onvolledig

invullen kans dat de verzekering niet uitkeert bij verzwijging. Een andere medisch acceptant benadrukt ook dat tussenpersonen moeten worden gewezen op het belang van een zorgvuldige afhandeling van de keuring.

- Een respondent merkt op dat de maatschappij waarvoor deze werkt, zaken doet met meer dan 2000 tussenpersonen. Hierdoor is het onmogelijk alle tussenpersonen persoonlijk aan te spreken op problemen in de communicatie met de aspirant verzekerde. Tijdens individuele contacten gebeurt dat volgens de respondent wel. Een verzekeraar die met tussenpersonen via een bank werkt, schrijft de bank aan als de medische afdeling problemen signaleert. Er gaat dan een schrijven uit naar de bank waar aandacht wordt gevraagd voor het probleem. Ook worden hierover wel eens stukjes in de interne bladen geschreven.

Behandelend artsen

Het Protocol Verzekeringskeuringen laat de mogelijkheid toe om na machtiging door de aspirant verzekerde, medische informatie op te vragen bij de behandelend arts. Op bevorderende en belemmerende factoren bij de machtiging wordt ingegaan in paragraaf 4.4.2. 'kenmerken van het Protocol Verzekeringskeuringen'. De positie die de behandelend arts heeft bij het verstrekken van informatie wordt niet in het Protocol nader omschreven. Hierop wordt in deze paragraaf ingegaan.

Belemmerende factoren

- De geneeskundig adviseur en medisch acceptant van de direct writing arbeidsongeschiktheidsverzekeraar hebben de ervaring dat artsen steeds vaker weigeren mee te werken aan het geven van informatie, omdat zij overbelast zijn. Soms wordt om een financiële vergoeding gevraagd. De klant wordt dan door de verzekeringsmaatschappij als beheerder van zijn medische dossier aangesproken en wordt gevraagd om zelf de gegevens van de huisarts of specialist te overleggen.
- De behandelend arts aan wie om aanvullende informatie is gevraagd, is volgens één van de respondenten een vertragende factor in het keuringsproces. Eén medisch acceptant ervaart als gevolg hiervan druk vanuit de aspirant verzekerde en tussenpersoon bij het uitblijven van een aanbod van de verzekeringsmaatschappij.

Verbeterpunten

De medisch acceptant en geneeskundig adviseur van één levensverzekeringsmaatschappij dringen er op aan dat elke speler in het veld in het Protocol moet worden benoemd. Ook de rol van de behandelend arts moet in het Protocol worden beschreven.

Keurend artsen

Door enkele respondenten wordt kritiek uitgeoefend op de kwaliteit van keuringen door keurend artsen. Dit zou een belemmerende factor zijn bij de uitvoering van het Protocol. Op de in het Protocol Verzekeringskeuringen beschreven onafhankelijkheid van de keurend arts en het verbod voor de keurend arts om uitspraken te doen over consequenties die de verzekeraar aan de keuring zal verbinden, zal in paragraaf 4.4.2. 'kenmerken van het Protocol Verzekeringskeuringen' worden ingegaan

Belemmerende factoren

- De geneeskundig adviseur van een verzekeringsmaatschappij stuit op inconsistenties in de medische keuringen. Een klant geeft in het keuringsformulier een klacht aan, maar het wordt niet duidelijk of de keurend arts de klacht heeft onderzocht. Een manager van een andere verzekeringsmaatschappij noemt dat keuringen onvolledig zijn. De arts kruist aan dat het onderzoek is uitgevoerd, maar bij steekproefsgewijze

navraag bij de klant blijkt dat niet het geval te zijn. Volgens één keurend arts komt het sporadisch voor dat een verzekeringsmaatschappij een brief stuurt met een klacht over het achterwege blijven van een keuringsonderdeel. Die brief wordt dan door de directie van het keuringsinstituut doorgestuurd aan alle keurend artsen.

- Geïnterviewden van de twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars geven aan dat er weinig wordt gedaan met het oordeel van de keurend arts, omdat er te weinig specifieke informatie uit de keuring komt. De geneeskundig adviseur van één van deze verzekeraars geeft aan dat door de keuring valse verwachtingen worden geschapen, terwijl bij een aandoening toch standaard een uitsluiting wordt toegepast.
- De manager van een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar is van mening dat keuringsinstituten te weinig klantgericht werken. Er wordt onvoldoende op de behoefte van de opdrachtgever (verzekeraar) ingespeeld.
- De keuring door een keurend arts is een vertragende factor in het keuringsproces. Eén medisch acceptant ervaart als gevolg hiervan druk vanuit de aspirant verzekerde en tussenpersoon bij het uitblijven van een aanbod van de verzekeringsmaatschappij.
- In het Protocol staat dat er geen onderzoeken moeten gebeuren die onevenredig belastend zijn voor de klant. Eén keurend arts vindt onderzoek van de geslachtsdelen (niet het borstsonderzoek) een onevenredig belastend onderzoek. Geïnterviewde geeft aan dit onderzoek nooit te doen, behalve wanneer uit de de systematisch in kaart gebrachte ziektegeschiedenis aanwijzingen zijn voor een testiscarcinoom. In het keuringsformulier kruist geïnterviewde aan dit onderzoek niet te hebben gedaan, omdat er geen aanwijzingen voor zijn.
- Een directeur van een keurend instituut geeft aan dat het niet duidelijk is hoe een keurend arts moet handelen als deze een indicatie vindt voor verder onderzoek, wat (bij een verzekering beneden de vragengrens) buiten de opdracht van de verzekeraar valt. Van niet alle verzekeraars is bekend welk verder onderzoek wordt toegestaan bij een gevonden afwijking. Het beleid van het keuringinstituut is dat keurend artsen zich strikt beperken tot datgene wat in de opdracht van de verzekeraar staat.
- Een directeur van een keuringsinstituut zegt dat bepaalde verzekeraars om onduidelijke redenen hun klanten verbieden om zich te laten keuren bij het instituut.

Verbeterpunten

- Een manager van een levensverzekeraar suggereert om niet relevant gebleken testen uit de keuring te halen, om aspirant verzekerden niet onnodig lastig te vallen.
- Een directeur van een keuringsinstituut oppert om een platform op te richten van belanghebbenden uit de hoek van het Verbond van Verzekeraars en medische keuringsinstituten. De geïnterviewde loopt tegen conflicten op van belangen tussen verzekeraars en keurend artsen. In het platform kan van gedachten worden gewisseld over aspecten van medische keuringen.
- Twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars van waaruit kritiek op medische onderzoeken afkomstig is, hebben de keuringspraktijk aangepast. In de praktijk worden algemene medische onderzoeken bij een aanvraag boven de vragengrens niet meer gedaan. In de gevallen dat er wel aanvullend onderzoek wordt gedaan, is dat ook boven de vragengrens altijd naar aanleiding van punten die bij de gezondheidsverklaring naar voren zijn gekomen. De medisch acceptant van één van de arbeidsongeschiktheids-verzekeraars: “Als mensen de gezondheidsverklaring goed invullen en er is sprake van een aandoening, dan krijg je de informatie toch wel bij de behandelend arts. Aandoeningen waar de klant geen weet van heeft, die komen ook niet naar voren bij een algemeen lichamelijk onderzoek”.

- Ten aanzien van gevallen dat keurend artsen een uitspraak richting de aspirant verzekerde doen over acceptatie, merkt de medisch acceptant die het knelpunt noemt op dat de artsen hierop worden aangesproken.

4.4.2 *Kenmerken van het Protocol Verzekeringskeuringen*

In deze paragraaf worden belemmerende en bevorderende factoren gepresenteerd die naar de mening van de geïnterviewden te maken hebben met de aard en inhoud van het Protocol. Eerst zal worden ingegaan op de aard van het Protocol. Daarna zal worden stilgestaan bij een aantal onderdelen van het Protocol.

Aard van het Protocol

Belemmerende factoren

- Eén manager is van mening dat het Protocol veel ruimte biedt aan verzekeringsmaatschappijen voor eigen interpretatie van het Protocol. Behalve op het Protocol grijpt men terug op allerlei reeds bestaande professionele richtlijnen en regelgeving. Het Protocol is naar de mening van de respondent onvoldoende helder.
- Het Protocol gaat uit van werken met een schriftelijke gezondheidsverklaring. Het houdt weinig rekening met de moderne tijd en is niet compatibel met nieuwe ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld geautomatiseerde verwerking. Dit commentaar is afkomstig uit één verzekeringsmaatschappij bij wie de acceptant de gezondheidsverklaring telefonisch afneemt. Het Protocol zou een te strikte scheiding maken tussen medische en niet-medische gegevens.

Bevorderende factoren

- Vrijwel alle respondenten zijn tevreden over de duidelijkheid die het Protocol biedt aan de klant en de verzekeraar. Iedereen weet waar hij aan toe is.

Verbeterpunten

- De geïnterviewde die vindt dat het Protocol te veel ruimte biedt voor eigen interpretatie vindt dat het Verbond van Verzekeraars de taak heeft om daar verbetering in aan te brengen.

Informatieverstrekking

Belemmerende factoren

- Zes van de 13 geïnterviewden van verzekeringsmaatschappijen die werken met de schriftelijke gezondheidsverklaring geven aan dat zij zich kunnen voorstellen dat aspirant verzekerden onvoldoende geïnformeerd zijn over de medische keuring. Ze hebben het gevoel dat de klanten de toelichting bij de gezondheidsverklaring vluchtig lezen of het niet altijd begrijpen. De taal zou te formalistisch zijn en de tekst te lang.
- Eén manager is van mening dat in de toelichting bij de model GV onvoldoende informatie staat over het keuringsproces, de vervolgstappen die de klant kan ondernemen en de verschillende functies waarmee een klant te maken kan hebben. In de praktijk blijkt dit voor klanten lastig te zijn. Mensen kennen bijvoorbeeld niet het verschil tussen een geneeskundig adviseur en keuringsarts.
- Eén medisch acceptant die bij de verzekeringsmaatschappij een belangrijke rol heeft in de informatievoorziening aan de klant vindt het lastig om zorgvuldig te zijn en om zich continu bewust te zijn van het vermelden van rechten en plichten richting de klant; zowel schriftelijk als mondeling.

- Eén keurend arts geeft aan dat bij een keuring boven de vragengrens, de keurling vaak niet door de verzekeringsmaatschappij geïnformeerd is over het doel en de inhoud van het medisch onderzoek. Het keuringsinstituut licht de inhoud van het onderzoek aan de keurling toe, bij het maken van de afspraak. Ook zegt de geïnterviewde altijd aan het begin van de keuring uitleg te geven over het doel, aard, duur en verdere procedure van de keuring. De geïnterviewde geeft aan dat bij een gerichte keuring onder de vragengrens de keurling wel op de hoogte is, behalve als deze de envelop van de verzekeringsmaatschappij met opdracht en keuringsformulieren nog niet heeft opengemaakt. De directeur van het keuringsinstituut, waar de keurend arts werkt, bevestigt dat er nogal wat schort aan de informatieverstrekking over de keuring door verzekeringsmaatschappijen. De directeur van het andere keuringsinstituut is van mening dat het de taak is van verzekeringsmaatschappijen om klanten goed voor te bereiden op het medisch onderzoek. Als de keurend arts evenwel het gevoel krijgt dat het voor de klant onduidelijk is waarom deze een keuring moet ondergaan, dan wordt dat altijd uitgelegd.

Bevorderende factoren

- Eén manager geeft aan dat er weinig tot geen vragen of klachten binnenkomen over gebrekkige informatie over rechten, plichten en de procedure van de medische keuring.
- Eén keuringsinstituut vraagt standaard bij de keuring of klant als eerste het advies van de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij wil ontvangen. Indien dit zo is, dan vult de keurend arts dit in op het standaardformulier van het keuringsinstituut of de klant wordt verteld dat deze het zelf schriftelijk kan aanvragen bij de verzekeringsmaatschappij. Ook legt de keurend arts altijd voor of de keurling een kopie wil ontvangen van het keuringsrapport. De klant moet daarvoor wel een bedrag betalen.

Verbeterpunten

- Er is naar de mening van de respondenten een verbeterslag te maken in de eenvoud van communicatie over de rechten, plichten en de procedure van de medische keuring.
- Eén verzekeringsmaatschappij is bezig een acceptatie-flyer te ontwikkelen die separaat wordt gestuurd c.q. uitgedeeld aan de aspirant verzekerde.

Model gezondheidsverklaring

Belemmerende factoren

- De respondenten van één verzekeringsmaatschappij hebben opmerkingen bij de lay-out van de model GV. Door de kleurstelling van de model GV van het Verbond kan de gezondheidsverklaring moeilijk worden gescand. Ook worden door de lay-out bepaalde vragen niet of onvolledig ingevuld.
- Drie respondenten van maatschappijen die werken met de schriftelijke gezondheidsverklaring vinden het aantal vragen te groot.
- Twee respondenten vinden dat er te weinig vragen worden gesteld. Zo ontbreken in de bijlage met vragen over de aangekruiste aandoeningen vervolgvragen over het ziektebeloop, waardoor er toch weer aan de klant aanvullende vragen moeten worden gesteld.
- Twee geneeskundig adviseurs hebben moeite met een verkorte vragenlijst die door de verzekeringsmaatschappijen worden gebruikt voor de WAZ-ervangende

producten en overlijdensverzekeringen met een gering risico. Een goede risico inschatting zou op basis van deze korte vragenlijsten lastig zijn.

- Twee geneeskundig adviseurs vinden dat de beperking in het vragen naar erfelijke aandoeningen tot onrechtvaardige afwegingen leidt. Het is volgens de geïnterviewden niet redelijk dat mensen met (kans op) een erfelijke ziekte zoals Huntington, zonder meer verzekerd worden, terwijl voor veel andere aandoeningen die niet kunnen worden genezen, zoals insuline afhankelijke diabetes, opslagen berekend worden.

Bevorderende factoren

- Het toevoegen van de vraag naar druggebruik aan de model GV wordt door een medisch acceptant en een geneeskundig adviseur als een voordeel gezien ten opzichte van de oude situatie.

Verbeterpunten

- De model GV dient naar de mening van een aantal respondenten te worden geëvalueerd. Zowel wat betreft lay-out, als inhoud.
- Het proces van medische keuringen kan volgens een manager efficiënter en sneller door in plaats van met standaard vragenlijsten te werken, maatwerk te leveren. Dat betekent niet teveel vragen stellen maar de relevante vragen. Een manager acht het ideaal om de gezondheidsverklaring digitaal aan te bieden. De computer helpt de klant met doorvragen door het formulier, zodat sommige vragen dan niet meer ingevuld hoeven worden. Een geneeskundig adviseur is als nevenactiviteit, buiten het werk voor de verzekeraar, bezig met het ontwikkelen van een dergelijk systeem.

Aanvullende vragen aan de aspirant verzekerde

Belemmerende factoren

- De in de ogen van sommige respondenten beperktere model GV heeft volgens deze respondenten voor de klant tot nadeel dat de kans op navraag naar aanvullende informatie groter is dan bij de “oude” uitgebreide gezondheidsverklaringen.

Bevorderende factoren

- Mensen zijn mondiger geworden en weten vaak veel meer van hun eigen aandoening af dan vroeger. Dit maakt volgens een medisch acceptant het gemakkelijker om zoveel mogelijk informatie bij de klant zelf te halen. Het benaderen van de behandelend arts is dan niet nodig.

Verbeterpunten

- Tussenpersonen worden aangespoord om hun klanten erop te wijzen dat de gezondheidsverklaring volledig wordt ingevuld, zodat aanvullende vragen niet meer nodig zijn.

Machtiging

Het Protocol schrijft voor dat medische gegevens na schriftelijke machtiging van de aspirant verzekerde mogen worden opgevraagd. Uit de machtiging moet blijken dat de aspirant verzekerde is geïnformeerd over de aard van de op te vragen medische informatie, alsmede het doel ervan.

Belemmerende factoren

- Twee geneeskundig adviseurs noemen dat regelmatig door artsen andere of meer medische gegevens worden gegeven dan waarom is gevraagd. Een behandelend arts maakt bijvoorbeeld een uitdraai van het complete medische dossier van de persoon in kwestie of stuurt kopieën van brieven van de specialist met meer informatie dan gevraagd. Eén van de geneeskundig adviseurs geeft aan dat hij deze informatie in zijn afweging meeneemt, omdat er anders sprake is van verzwijging. De ander betreft het niet bij zijn afweging. Er ontstaat op deze manier onduidelijkheid over hoe geneeskundig adviseurs handelen bij ongevraagde informatie.

Verbeterpunten

- Eén geneeskundig adviseur is van mening dat aan het Protocol moet worden toegevoegd hoe verzekeraars moeten omgaan met andere of meer informatie die van de behandelend arts is verkregen dan na machtiging door de aspirant verzekerde is gevraagd. De manier van handelen van de verzekeraar is op dit moment naar zeggen van de respondent integer en in de lijn van de wetgeving.
- De geneeskundig adviseur van een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar bepleit voor zijn organisatie meer aandacht voor het vooraf informeren van de klant over welke vragen er gesteld worden aan een behandelend arts. Aspirant verzekerden worden nu door de verzekeringsmaatschappij gevraagd een blanco machtiging af te geven.

Keurend arts*Belemmerende factoren*

- Het Protocol schrijft voor dat de keurend arts een onafhankelijke positie heeft ten aanzien van de verzekeraar en (aspirant-)verzekerde. Van één verzekeringsmaatschappij is bekend dat deze een keuringsinstituut inschakelt waarvan de directeur tevens geneeskundig adviseur is van de maatschappij. Hij werkt in de laatste hoedanigheid freelance bij de verzekeringsmaatschappij. Ook doet een andere organisatie, die tot hetzelfde concern behoort als de verzekeringsmaatschappij, incidenteel keuringen voor deze maatschappij. Hoewel de medewerkers van de inkomensverzekeraar vinden dat het geen probleem is, lijkt niet te worden voldaan aan de in het Protocol gevraagde onafhankelijkheid van de keurend arts, c.q. het keuringsinstituut.
- Een directeur van een keuringsinstituut wijst erop dat in de WMK geregeld is, dat de geneeskundig adviseur een ander is dan de keuringsarts. De directeur is tegen de praktijk dat medisch adviseurs van verzekeraars zelf keuringsinstituten oprichten, waar de keuringen voor de verzekeraar worden gedaan. Dan wordt de medische acceptatie en de medische keuring door dezelfde organisatie en soms door eenzelfde arts gedaan.
- Door één medisch acceptant wordt het knelpunt genoemd dat de keurend arts verwachtingen schept bij de klant met betrekking tot de acceptatie, waardoor de acceptant soms in een lastige situatie komt. Volgens het Protocol is dit niet geoorloofd. Eén keurend arts geeft daarentegen aan dat op vragen van de keurling over wat het advies aan de verzekeringsmaatschappij zal zijn, standaard wordt geantwoord dat informatie over acceptatie alleen door de verzekeringsmaatschappij wordt gegeven. De twee directeurs van keuringsinstituten bevestigen dat een uitspraak over de verzekering niet door een keurend arts mag worden gedaan. Volgens de directeur van één keuringsinstituut hebben de artsen de instructie om in de rapportage geen indicatie te geven van een acceptatieadvies. Sommige verzekeraars stellen in hun standaard keuringsformulier de vraag aan de keurend arts,

om een inschatting te geven van het gezondheids- of overlijdensrisico van de keurling. De artsen van het keuringsinstituut hebben de opdracht om deze vraag door te strepen.

- Het Protocol schrijft voor dat de geneeskundig adviseur verantwoordelijk is voor de informatieverstrekking over de keuring aan de aspirant verzekerde. Voor één geneeskundig adviseur is onduidelijk wie de verantwoordelijkheid heeft om te informeren. Volgens hem is het niet goed geregeld of hij ongevraagd de resultaten uit een medische keuring mag doorgeven aan de aspirant verzekerde. Hij ziet het wel als zijn verantwoordelijkheid om keuringsuitslagen, die zonder tussenkomst van de keuringsarts worden doorgestuurd naar de verzekeraar, aan de klant te laten weten.

Verbeterpunten

Er worden geen verbeterpunten aangereikt voor het geval van mogelijke bedreiging van de onafhankelijkheid van de keuringsinstellingen, dit is bij één verzekeringsmaatschappij mogelijk het geval. De manager van de verzekeringsmaatschappij ziet het probleem niet: “Als je als verzekeraar de keuringsinstantie betaalt voor een keuring, krijg je een bepaald soort invloed. Helemaal de schijn van onafhankelijkheid, dat is heel lastig. Je werkt met artsen die volgens hun eigen ethische beroepscode werken en een onafhankelijk advies opstellen. Ze wegen de belangen van de opdrachtgever en de klant af. Harde data zoals, gewicht en bloedwaarden kun je niet beïnvloeden.”

Hiv-test

Belemmerende factoren

- Twee respondenten van twee verzekeringsmaatschappijen geven aan onder de vragengrens nooit een hiv-test naar aanleiding van een gezondheidsverklaring te doen, terwijl dit volgens het Protocol onder bepaalde voorwaarden wel mag. Het Protocol is naar hun idee daar niet duidelijk in. Het medisch onderzoek mag volgens het Protocol geen onevenredig zware belasting voor de keurling met zich meebrengen en het is de vraag of een hiv-test daarin past. Eén keurend arts zegt een hiv-test bij een keuring onder de vragengrens nog niet aan de hand te hebben gehad.
- Het onderscheid waarbij onder de vragengrens criteria worden geformuleerd voor het doen van een hiv-test en boven de ondergrens niet, wordt door een directeur van een keuringsinstituut als niet eenduidig beschouwd. De passage in het Protocol dat een hiv-test gevraagd kan worden in het geval de verzekering de vragengrens overschrijdt is onduidelijk. Bovendien vraagt de geïnterviewde zich af hoe relevant een hiv-test nog is, omdat er tegenwoordig betere behandelmogelijkheden voor hiv zijn. Naar zijn mening zou het relevanter zijn om op hepatitis B te testen. Er zou opnieuw naar de hiv gedragscode gekeken moeten worden, in het licht van de nieuwe kennis en ontwikkelingen op het gebied van testen en behandelen. De twee directeurs van de keuringsinstellingen noemen het bestaan van een veel nauwkeuriger hiv-test die nu niet bij keuringen in Nederland wordt gebruikt.
- Een medisch acceptant constateert dat de hiv-test in Nederland een beladen onderwerp is. Naar zijn oordeel is het een te grote belasting voor de klant.
- Het informeren van de klant over de hiv-test, de akkoordverklaring voor het verrichten van een hiv-test en de verklaring door wie de cliënt geïnformeerd wil worden over de uitslag van de hiv-test wordt overgelaten aan de keurend arts. Eén directeur van een keuringsinstituut wijst erop dat door de nu gebruikte hiv-test, bij een positieve uitslag een bevestigingstest noodzakelijk is. Er zijn geen afspraken gemaakt hoe de klant wordt geïnformeerd in afwachting van de bevestigingstest. De andere directeur van een keuringsinstituut bevestigt dat er geen afspraken zijn over

wie de klant informeert bij een postieve hiv-test. Hij maakt duidelijk dat hij uit zorgvuldigheidsoverwegingen de eigen verantwoordelijkheid neemt om de klant te informeren en het dossier niet automatisch doorstuurt naar de verzekeraar. De respondent ziet dit als service aan de keurling (snelle informatie) alsook aan de verzekeraar (het werk uit handen nemen).

Verbeterpunten

- Eén medisch acceptant is van mening dat criteria wanneer wel of niet een hiv-test wordt toegepast in het Protocol duidelijker beschreven zouden kunnen worden. Eén directeur van een keuringsinstituut is van mening dat de richtlijn met betrekking tot de hiv-test in het Protocol en de hiv-gedragcode zouden aangescherpt kunnen worden, met het oog op de huidige medische wetenschap op het gebied van testen en behandelen van hiv.

4.4.3 *Kenmerken van de organisatie*

Belemmerende factoren

- De rol van de geneeskundig adviseurs is in de verzekeringsmaatschappijen aan verandering onderhevig. Zij zijn in een aantal gevallen wat meer van een afstand betrokken bij het acceptatie proces, rekening houdend met het medisch geheim, bescherming van persoonsgegevens en dergelijke. Dit komt tot uitdrukking in de freelance verbintenis die sommige geneeskundig adviseurs hebben met de verzekeraar.
- Een geneeskundig adviseur merkt op dat door schaalvergroting het overleg dat vroeger frequent met de directie plaats vond, tot een minimum is beperkt. Hoewel de toegang volgens de respondent tot de directie nog steeds goed is, moet hij wel zelf op de deurmat gaan staan.
- Eén medisch acceptant geeft aan eerder te willen worden geïnformeerd over ontwikkelingen binnen de verzekeringsmaatschappij. Hij zegt dat hij als medisch acceptant pas achteraf hoort dat er iets verandert in de organisatie. De respondent noemt in het interview bijvoorbeeld dat er in de de organisatie pas laat was gecommuniceerd over het Protocol en model GV, terwijl hij hierover al eerder via een cursus had gehoord.
- Verzekeringsconcerns die onder verschillende namen van werkmaatschappijen levens- en inkomensverzekeringen aanbieden, krijgen in de praktijk aanvragen van dezelfde klanten voor de aangeboden producten. Dit betekent dat van één klant meerdere dossiers met medische gegevens aanwezig zijn. Het komt voor dat de gegevens van de klant bij het ene product afwijken van die bij het andere product. Verzekeraars hebben deze kennis, maar mogen de gegevens van andere producten niet gebruiken wanneer het een nieuwe aanvraag betreft. Door inschakeling van de jurist van de maatschappij worden vervolgens grenzen aangegeven wanneer bepaalde informatie wel mag worden gebruikt. De manager van een verzekeringsmaatschappij vindt het moeilijk om de strikte voorschriften van het Protocol mee te nemen in de afweging van het verzekeren van iemand. Je kunt de verzekering in feite niet afsluiten maar je mag het niet aantonen met de gegevens die je al hebt.

Bevorderende factoren

- Een aantal verzekeringsmaatschappijen hebben hun werkprocedures beschreven in handboeken of werkinstructies of hebben voornemens dit te doen. Dit bevordert de uniforme uitvoering van medische keuringen, mits de voorschriften van het Protocol Verzekeringskeuringen worden gevolgd.

Administratieve organisatie en privacy

Belemmerende factoren

- Hoewel de verwerking van aanvragen voor verzekeringen bij de verzekeringsmaatschappijen geautomatiseerd is, geschiedt de communicatie tussen artsen en specialisten in Nederland nog geheel schriftelijk. In het buitenland is dit veel meer geautomatiseerd en wordt op elektronische wijze omgegaan met patiëntgegevens. Dit is efficiënter.
- Bij één verzekeringsmaatschappij is het keuringsproces vergaand geautomatiseerd en dat betekent dat niet alleen de papierstroom gescheiden moet zijn maar ook de toegang tot digitale gegevens. Naar zeggen van de geneeskundig adviseur is de bepaling van de scheidslijn wie wel en geen toegang tot de informatie krijgt een taak van het management geweest. Bij de geneeskundig adviseur is niet in detail bekend welke grenzen in de praktijk daadwerkelijk zijn aangebracht.
- Volgens een medisch acceptant is het Protocol niet helemaal duidelijk in hoeverre medische informatie kan worden doorgegeven aan niet-medische afdelingen. De afdeling die de polissen opmaakt moet in de polis voor de klant kunnen opnemen voor welke aandoening een uitsluiting of opslag in de polis moet worden opgenomen.
- Een manager van een inkomensverzekeraar erkent dat er altijd een spanningsveld is tussen het afschermen van informatie en het toch zo inrichten dat het werkbaar is. Bij de verzekeraar wordt geen onderscheid gemaakt tussen medisch en technisch acceptanten en vormen de acceptanten een functionele eenheid met de geneeskundig adviseur.
- Een medisch acceptant zegt er moeite mee te hebben dat een administratief team de medische post scant. Echter, het valt volgens de respondent onder de functionele eenheid. De geneeskundig adviseur van deze verzekeringsmaatschappij zegt niet veel te weten van de administratieve organisatie bij de maatschappij.

Bevorderende factoren

- De verzekeringsmaatschappijen hebben een scheiding tussen medische informatie en technische informatie. Door middel van autorisatie hebben alleen medewerkers van de medische afdeling toegang tot (digitaal opgeslagen) medische informatie.

Verbeterpunten

- Het zou wenselijk zijn dat de uitwisseling van informatie met huisartsen en specialisten geautomatiseerd wordt. Bijvoorbeeld een e-mail aan een huisarts met verzoek om aanvullende informatie en digitale aanlevering van de informatie.
- Ook zijn er volgens enkele respondenten mogelijkheden voor digitaal verkeer tussen verzekeraar en klant (zie ook verbeterpunten bij tussenpersonen (paragrafen 4.4.1.) en bij de model GV (paragraaf 4.4.2)). Door de aanvraag voor een verzekering geautomatiseerd aan te bieden kan standaardinformatie worden gegeven buiten de tussenpersoon om. Ook het digitaal laten invullen van de gezondheidsverklaring verbetert naar de mening van enkele respondenten de efficiëntie.

4.4.4 *Kenmerken van de gebruiker*

Belemmerende factoren

- Bij twee arbeidsongeschiktheidsverzekeringsmaatschappijen doen acceptanten zowel het technische of commerciële deel als het medische deel van de acceptatie. Volgens een geneeskundig adviseur moet de acceptant goed weten op welk moment hij in

welke rol zit. Hij moet bijvoorbeeld weten dat in het overleg met de tussenpersoon medische zaken niet besproken mogen worden.

- Eén geneeskundig adviseur geeft aan weinig affiniteit te hebben met de administratieve procedures van de verzekeringsmaatschappij. Hij wordt vooral ingeschakeld bij de complexere medische dossiers.
- Eén keurend arts zou het aardig vinden om feedback van de medisch adviseur te krijgen over het medisch onderzoek. Voor het eigen leerproces zou het instructief zijn om te weten wat met de resultaten van het medisch onderzoek door de verzekeringsmaatschappij is gedaan. De geïnterviewde is echter ook van mening dat het misschien ook maar goed is om niet te weten waarop verzekeringsmaatschappijen hun beslissing baseren, zodat de keuring objectief gebeurt. Dit laatste standpunt wordt door de directeur van een ander keuringsinstituut bevestigd.

Bevorderende factoren

- Alle respondenten hebben een positieve houding ten opzichte van het Protocol. Ze vinden het een helder document. Naar de mening van alle respondenten biedt het Protocol veel voordelen voor zowel de verzekeringsmaatschappij en de daar werkzame medewerkers als de aspirant verzekerde.
- Medisch acceptanten volgen in het buitenland opleidingen van herverzekeraars. Zo worden de medewerkers volgens een manager goed geschoold en krijgen ze kennis van het vak.
- De geïnterviewden geven zonder uitzondering aan dat een training of opleiding over onderwerpen in het Protocol niet nodig is. Als argument wordt gebruikt dat de procedures in het Protocol bij de verzekeraars reeds worden toegepast. Alle respondenten geven aan voldoende te worden gesteund door het management en collega's om volgens het Protocol te kunnen werken.
- Een keuringsinstituut houdt bijeenkomsten voor de keurend artsen, waarin geneeskundig adviseurs of acceptanten worden gevraagd om iets te vertellen over hun werk.

Verbeterpunten

- Volgens een directeur van een keuringsinstituut kan het nooit kwaad om de regels rond medische keuringen bij herhaling nog eens duidelijk te maken aan keurend artsen. Daarom houdt het instituut regelmatig artsenbijeenkomsten. Het keuringsinstituut weet als geen ander hoe bijvoorbeeld nieuwe regelingen aan de keurend artsen kunnen worden gecommuniceerd. De directeur van het andere keuringsinstituut is echter van mening dat het goed was geweest als het Verbond van Verzekeraars een middag had georganiseerd voor alle keurend artsen, om het Protocol te introduceren.

5 Discussie en aanbevelingen

Onderzoek is gedaan naar de invoering van het Protocol Verzekeringskeuringen en de model Gezondheidsverklaring (GV) bij een beperkt aantal levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. Het invoeringsproces, te weten de verspreiding, acceptatie, implementatie en evaluatie, is bestudeerd door interviews te houden bij professionals die bij verzekeringskeuringen betrokken zijn. Het onderzoek heeft tot doel het verkennen van processen die de invoering hebben bevorderd of belemmerd, evenals van mogelijkheden voor verbetering van het invoeringsproces. Het onderzoek moet worden gezien als een voorstudie voor de uitvoering van een uitgebreider kwantitatief onderzoek. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek bediscussieerd en enkele aanbevelingen gedaan.

5.1 Discussie

Achtereenvolgens worden in deze paragraaf de hoofdbevindingen van het onderzoek gepresenteerd, enkele kanttekeningen bij de onderzoeksmethode geplaatst, en per onderzoeksvraagstelling de bevindingen uitgewerkt.

Het Protocol heeft in 2003 niet veel stof doen opwaaien bij de geïnterviewde medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs en managers van verzekeringsmaatschappijen, en directeurs en keurend arts van keuringsinstituten. Het Protocol wordt opgevat als een vertaling van bestaande regelgeving en beleid, zoals die bij de verzekeringsmaatschappijen al werden nageleefd. Het Protocol wordt derhalve in de ogen van de respondenten niet als een ingrijpende vernieuwing beschouwd. De verspreiding van het Protocol had bij de verzekeraars een passief verloop. De model GV daarentegen wordt door de respondenten wel als een nieuw onderdeel van de medische keuring ervaren. De verzekeraars hebben gewerkt aan een actieve verspreiding binnen en/of buiten de organisatie. Zowel het Protocol als de model GV zijn door de onderzochte verzekeraars geaccepteerd.

Ten tweede kan worden vastgesteld dat volgens de informatie van de respondenten het Protocol door de vijf onderzochte verzekeringsmaatschappijen in grote lijnen is geïmplementeerd. De maatschappijen werken in de geest van het Protocol, hoewel op een aantal punten bij een aantal verzekeraars afwijkingen zijn gevonden. Hierop wordt hieronder uitgebreider ingegaan bij de beantwoording van de vraagstellingen van het onderzoek.

De model GV wordt door vier verzekeraars gebruikt zoals bedoeld. Eén verzekeraar neemt de gezondheidsverklaring niet schriftelijk, maar telefonisch af. De strekking van deze telefonische gezondheidsverklaring komt overeen met de model GV. De verzekeraar neemt zich voor om de gezondheidsverklaring bij een volgende update aan te passen aan de model GV. De model GV kan volgens de respondenten worden verbeterd, zowel wat betreft lay-out als inhoud.

Tot slot is een belangrijk onderzoeksresultaat dat de implementatie van het Protocol en de model GV afhankelijk is van een veelheid aan bevorderende en belemmerende factoren. Een belangrijke belemmerende factor voor verzekeraars die via intermediairs werken, zijn de tussenpersonen die niet altijd zorgvuldig omgaan met het gebruik van de model GV en de informatievoorziening aan aspirant verzekerden. Een andere belemmerende factor is dat bepaalde onderdelen van het Protocol door de respondenten als onvoldoende duidelijk worden gevonden, zoals de hiv-gedragscode en de taakverdeling tussen geneeskundig adviseur en keurend arts wat betreft de vraag wie de

keurling informeert over afwijkende onderzoeksresultaten. De informatievoorziening aan de aspirant verzekerde wordt ingewikkeld gevonden.

Bij de gehanteerde onderzoeksmethode dienen enkele kanttekeningen te worden geplaatst. Door de processen van invoering van het Protocol en de model GV diepgaand te bestuderen kan uit het rapport het beeld ontstaan dat bij iedere aanvraag voor een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering verschillende keuringsinstrumenten worden ingezet, zoals aanvullende vragen bij de aspirant verzekerde of behandelend arts, of een medisch onderzoek. Veel aanvragen voor een levens- of inkomensverzekering beneden de vragengrens betreffen echter gevallen waar de ingevulde gezondheidsverklaring nauwelijks aanleiding geeft tot medisch onderzoek. Bij aanvragen boven de vragengrens wordt veelal volstaan met een medisch onderzoek, dat geen aanleiding geeft voor verder onderzoek.

De onderzoeksmethode heeft zich beperkt tot het verzamelen van opvattingen bij informanten die nauw betrokken zijn bij het proces van verzekeringskeuringen. Hierdoor is inzicht verkregen in een breed palet van processen van invoering en toepassing van de keuringsinstrumenten, evenals van knelpunten die daarbij worden ervaren. Een volledig beeld van de feitelijke invoering en toepassing van het Protocol en model GV wordt met dit onderzoek niet gegeven. Hiervoor zijn andere onderzoeksmethoden geschikter, zoals observaties en documentenanalyse bij een steekproef van aanvragen voor levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Een andere kanttekening is, dat het onderzoek zich heeft beperkt tot vijf verzekeringsmaatschappijen. Het betreft drie verzekeraars uit een totaal van 57 levensverzekeringsmaatschappijen en twee uit een totaal van 24 arbeidsongeschiktheidsverzekeringsmaatschappijen. Hoewel de verzekeringsmaatschappijen at random zijn gekozen, kan vanwege het beperkte aantal onderzochte verzekeraars, de generaliseerbaarheid van het onderzoek moeilijk worden ingeschat. Om een representatief beeld te schetsen dient onderzoek te worden gedaan bij een grotere, at random getrokken steekproef.

De werkwijze van het benaderen van een aselechte steekproef van verzekeraars voor het onderzoek kan als geslaagd worden beschouwd. Om de medewerking van vijf verzekeringsmaatschappijen te krijgen, moest een steekproef van totaal acht maatschappijen worden benaderd. De respons van 63% verzekeraars kan goed worden genoemd. Ook de respons van 76% van de benaderde geneeskundig adviseurs, medisch acceptanten, managers en keurend artsen is naar tevredenheid. Echter, het kan niet worden uitgesloten dat bij de verzekeraars en professionals die medewerking weigerden, het Protocol en model GV minder bekend zijn of de implementatie op andere wijze heeft plaats gevonden als in dit onderzoek is aangetroffen.

De nonrepons betreft drie kleine direct writing arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. In de onderzoeksgroep zijn kleine verzekeraars en direct writers hierdoor minder vertegenwoordigd, dan was beoogd. Grote, via tussenpersonen werkende verzekeraars nemen evenwel het grootste deel van de verzekeringsmarkt voor hun rekening. De nonrespons bij de benaderde beroepsbeoefenaren komt in het geheel voor rekening van keurend artsen.

Hieronder worden per deelvraagstelling van het onderzoek de bevindingen gepresenteerd.

Verspreiding

Onderzoeksvraag 1a: in welke mate zijn het Protocol Verzekeringskeuringen en de model gezondheidsverklaring bekend bij verzekeringsmaatschappijen, volgens opgave van voor die maatschappijen werkzame medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers en op welke wijze hebben zij hiervan kennis genomen?

Het Protocol is bij de geïnterviewden, op één keurend arts na, naar eigen zeggen bekend. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat niet kan worden geverifieerd of men naar aanleiding van het interview het Protocol Verzekeringskeuringen heeft bestudeerd of daar al voorafgaand aan het interview mee bekend was. Eén directeur van een keuringsinstituut en de bij dit instituut werkzame keurend arts geven aan dat zij het Protocol pas vooraf aan hun interviews hebben ingezien. Uit de interviews blijkt dat het Protocol als zodanig niet leeft binnen de onderzocht verzekeringsmaatschappijen. De onderzochte verzekeringsmaatschappijen hebben niet op planmatige wijze aandacht besteed aan de introductie van het Protocol bij de medewerkers.

De functie van de respondenten in het verzekeringsbedrijf is bepalend hoe actief of zelfs pro-actief de respondenten over de inhoud van het Protocol kennis hebben weten te nemen. Managers en geneeskundig adviseur zijn in aanraking gekomen met het Protocol door hun betrokkenheid bij de vertaling van de inhoud van het Protocol naar het bedrijfsbeleid. De geïnterviewde medisch acceptanten hebben via verschillende wegen van het Protocol kennis genomen, zoals vaktijdschriften, cursussen, via de medisch adviseur en het management. Voor de geneeskundig adviseurs speelde de beroepsvereniging GAV een belangrijke rol in het informeren over het Protocol. Bij de voorbereiding van het Protocol werden zij reeds geïnformeerd. In de informatievoorziening over het Protocol aan keurend artsen is een hiaat aangetroffen.

De model GV is zonder uitzondering bij alle respondenten bekend. De respondenten zeggen op enigerlei wijze betrokken te zijn geweest bij het geschikt maken van de door het Verbond van Verzekeraars verspreide standaard van de gezondheidsverklaring voor de eigen verzekeringsmaatschappij. Overigens zijn niet alle maatschappijen gelijktijdig begonnen met het invoeren van de model GV in de organisatie. Vier verzekeraars zijn ermee begonnen in 2004, bij het verschijnen van de model GV. Als laatste heeft één van de geïnterviewde verzekeraars in 2005 hierop actie ondernomen.

Acceptatie

Onderzoeksvraag 1b: wat is het oordeel van de medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen over het Protocol en de model gezondheidsverklaring?

Het Protocol wordt door de geïnterviewden geaccepteerd. Men vindt het een bijdrage leveren aan de transparantie in de uitoefening van hun beroepspraktijk. Een uniforme werkwijze bij medische keuringen door verzekeringsmaatschappijen wordt als positief beoordeeld. Het Protocol wordt als positief gezien in de communicatie met verzekerden. Er kan naar worden verwezen, wanneer er bij hen vragen of onduidelijkheden zijn over de procedure van verzekeringskeuringen. Als voordeel van het Protocol wordt gevonden, dat het behulpzaam is in de communicatie met de directie van de verzekeringsmaatschappij. Het vormt een tegenwicht tegen commerciële belangen van de verzekeraar. Door enkele respondenten worden wel kritische opmerkingen gemaakt bij onderdelen van het Protocol. Zo wordt door individuele respondenten aangegeven dat het Protocol onduidelijk is over de vraag of een aspirant verzekerde recht heeft op

herbeoordeling, het belang van motivering op basis van welk medisch advies de verzekering wordt aangeboden, de hiv-gedragscode, en wie de klant informeert over uitslagen van het medisch onderzoek.

De adoptie van het Protocol bij keurend artsen lijkt minder te zijn. De directie van één keuringsinstituut acht zich niet gebonden aan het Protocol, en benadrukt de onafhankelijke positie van de keurend arts, ten opzichte van verzekeringsmaatschappijen.

De acceptatie van *de model GV* bij alle vijf onderzochte verzekeringsmaatschappijen is groot. Echter, met de lay-out en een aantal onderdelen van de model GV zeggen respondenten moeite te hebben. Men zegt dat de lay-out er de oorzaak van is dat de vragen niet of onvolledig worden ingevuld. Sommige respondenten vinden het aantal vragen te groot, anderen missen vragen over de aangekruiste aandoeningen en het ziektebeloop waardoor er weer aanvullende vragen moeten worden gesteld aan de aspirant verzekerde of behandelend arts. De beperking in vragen over erfelijke aandoeningen zoals de ziekte van Huntington, terwijl er wel op ongeneeslijke ziekten als hart- en vaatziekten of diabetes mag worden gekeurd, conform de WMK, wordt onrechtvaardig genoemd.

Implementatie

Onderzoeksvraag 1c: hoe vond de implementatie van het Protocol en de model gezondheidsverklaring plaats en hoe wordt het proces van implementatie in de maatschappijen door de medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers gewaardeerd?

Volgens de geïnterviewden heeft planmatige implementatie van *het Protocol* niet plaatsgevonden. Ook heeft de invoering niet geleid tot grote herzieningen van de bestaande medische keuringsprocedures van de onderzochte verzekeringsmaatschappijen. Het Protocol wordt gezien als een weerslag van de bestaande keuringspraktijk. Het Protocol is ingevoerd in een periode dat de maatschappijen hun werkwijze met betrekking tot keuringen aan het wijzigen waren. De veranderingen die gaande waren werden getoetst aan het Protocol en zonodig werden bepaalde procedures aangescherpt.

De model GV wordt door de respondenten meer als een innovatie beschouwd dan het Protocol Verzekeringskeuringen. Rond de implementatie ervan kan een aantal activiteiten worden onderscheiden, gericht op de medische afdelingen van de maatschappijen, niet-medische afdelingen, zoals de marketingafdeling, en tussenpersonen.

Zowel wat betreft de invoering van het Protocol als de model GV is binnen organisaties van verzekeringsmaatschappijen een top-down implementatiestrategie toegepast. Het Protocol is vanuit het management van bovenaf bekendgemaakt ofwel, zoals een respondent opmerkt: het bestaan van het Protocol is aan de medewerkers van de verzekeringsmaatschappij bekend gemaakt en zij werden verzocht het Protocol door te nemen. Ook de nieuwe gezondheidsverklaring is van bovenaf geïmplementeerd, hoewel hierover meer overleg binnen de organisatie lijkt te zijn geweest dan over het Protocol. Echter, de model GV wordt gezien als een gegeven van het Verbond van Verzekeraars, dat min of meer is afgekondigd binnen de organisatie.

Zowel de invoering van het Protocol als de model GV is volgens de respondenten zonder veel problemen verlopen. De veranderingen waren voor de respondenten meer een kwestie van wennen.

Evaluatie

Onderzoeksvraag 1d: in hoeverre wordt het gebruik van het Protocol en de model gezondheidsverklaring volgens medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend artsen gemonitord en geëvalueerd?

Er is niet op voorhand bij de vaststelling van *het Protocol* door de verzekeringsmaatschappijen een vorm van evaluatie gepland. De respondenten zeggen in de interviews dat de werkwijze ten aanzien van medische keuringen naar aanleiding van de invoering van het Protocol niet stelselmatig is geëvalueerd. Wel hanteren verzekeraars in meer of mindere mate een vorm van reguliere interne evaluatie in de vorm van kwaliteitscontroles, klachtenprocedures, beschrijving van interne werkprocedures, intercollegiale toetsing en werkoverleggen.

Ook *de model GV* is niet geëvalueerd. Reden hiervoor is de recente invoering en het feit dat de effecten van de model GV pas op lange termijn zichtbaar zullen zijn. Het initiatief tot evaluatie van het Protocol en de model GV ligt bij het ZRO.

Onderzoeksvraag 2: in welke mate en hoe worden het Protocol en de model gezondheidsverklaring in de praktijk toegepast?

Het Protocol is door de onderzochte verzekeringsmaatschappijen ingevoerd zoals bedoeld. Het algemene beeld dat uit de interviews naar voren komt is dat de verzekeringsmaatschappijen handelen in de geest van het Protocol. De onderzochte verzekeringsmaatschappijen kijken kritisch naar de keurings-instrumenten van het Protocol en doen eerder minder onderzoek dan meer.

Bij de twee onderzochte arbeidsongeschiktheidsverzekeraars is geconstateerd dat de keuringsprocedures enigszins afwijkend zijn van het Protocol. Een belangrijke afwijking is dat een maatschappij aan aspirant verzekerden een algemene machtiging vraagt voor het stellen van aanvullende vragen aan de behandelend (huis-)arts, nog voordat de gezondheidsverklaring wordt afgenomen. Verder doen beide arbeidsongeschiktheidsverzekeraars boven de vragengrens niet automatisch een algemeen lichamenlijk onderzoek. De inkomensverzekeraars stellen eisen aan keuringsinstituten en vinden dat de huidige keuringspraktijk weinig extra informatie oplevert op de gezondheidsverklaring, de aanvullende vragen bij de aspirant verzekerde en de aanvullende informatie bij huisarts of specialist. Bij één maatschappij is de geneeskundig adviseur tevens verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van het keuringsinstituut waarvan gebruik wordt gemaakt. Het Protocol schrijft echter voor dat de keurend arts een onafhankelijke positie inneemt ten aanzien van verzekeraar en aspirant verzekerde.

Wat betreft de *de model GV* wijkt bij de twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars de gezondheidsverklaring op enkele punten af: vragen zijn toegevoegd, maar ook weggelaten. Ook wijkt bij één maatschappij de wijze van afname van de gezondheidsverklaring af. Een telefonische computergeassisteerde afname door de acceptant bespoedigt de procedure en biedt de mogelijkheid om op vragen van de klant in te gaan. Echter, de uitvoering is minder controleerbaar. Door veel respondenten worden suggesties voor verbetering van de model GV gegeven.

Onderzoeksvraag 3: welke factoren hebben de invoering van het Protocol en de model GV bij de verzekeringsmaatschappijen bevorderd of belemmerd, en welke verbeteringen zouden volgens medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, managers en keurend

artsen kunnen worden aangebracht in het invoeringsproces van het Protocol en de model GV?

Door de respondenten wordt een veelheid aan factoren genoemd die het proces van invoering van het Protocol en de model GV bevorderen of belemmeren. Ze kunnen worden ingedeeld naar kenmerken van de omgeving, van het Protocol, van de verzekeringsmaatschappijen en van de gebruikers.

Belemmerende factoren

Een belemmerende factor in de omgeving van het Protocol en de model GV zijn uitspraken van rechters. Rechters die een uitspraak doen in door verzekerden aanhangig gemaakte juridische procedures, overrulen het Protocol. Voorts is de implementatie van het Protocol in belangrijke mate afhankelijk van de zorgvuldigheid van tussenpersonen wanneer verzekeraars met intermediairs werken. Deze tussenpersonen zijn een belangrijke schakel in de informatievoorziening over de keuringsprocedures aan de aspirant verzekerde.

Een andere belemmerende factor is dat behandelend artsen steeds vaker weigeren mee te werken aan het geven van aanvullende informatie. Wanneer de behandelend arts wel meewerkt, dan komt het voor dat er meer of andere informatie wordt gegeven dan waarvoor de verzekeraar door de aspirant verzekerde is gemachtigd. Dit kan ten nadele zijn van de klant. Tot slot wordt door respondenten genoemd dat keurend artsen niet altijd alle onderzoeken doen waarom de verzekeraar heeft gevraagd. De geïnterviewde keurend artsen vinden sommige onderzoeken soms onnodig belastend voor de verzekerde, zoals onderzoek van de geslachtsdelen.

Het Protocol zelf is volgens enkele respondenten onvoldoende duidelijk, wat de implementatie in de weg staat. Het Protocol biedt aan verzekeringsmaatschappijen te veel ruimte voor eigen interpretatie. Zo noemt een directeur van een keuringsinstituut dat niet duidelijk is of het medisch onderzoek zich strikt moet beperken tot de opdracht van de verzekeringsmaatschappij of dat bij geconstateerde afwijkingen die daarbuiten vallen verder onderzoek moet gebeuren. Dit is vooral bij aanvragen beneden de vragengrens een probleem. Het Protocol is onduidelijk over wie de aspirant verzekerde informeert over de resultaten van het medisch onderzoek. Is dit de keurend arts of de geneeskundig adviseur? Door enkele respondenten wordt het Protocol onduidelijk gevonden over wanneer een hiv-test geoorloofd is.

Ook de tekortkomingen in de model GV die door medewerkers wordt geconstateerd zijn belemmerend voor de uitvoering van de medische keuringen volgens de intenties van Protocol en model GV. De toelichting bij de model GV over het keuringsproces wordt door veel respondenten als veel en ingewikkeld aangemerkt. Tegelijkertijd is de informatie over de keuringsprocedure en de rechten en plichten van de aspirant verzekerde in de toelichting onvolledig. Bij vergelijking van deze toelichting met het Protocol kan worden geconstateerd dat in de toelichting informatie ontbreekt over de procedures rondom medisch onderzoek, bloedonderzoek en informatie opvragen bij de behandelend arts door middel van een gespecificeerde machtiging bij een aanvraag van een verzekering onder de vragengrens. Verder worden de volgende rechten van de aspirant verzekerde niet in de toelichting genoemd: recht op een kopie van het ingevulde vragenformulier, recht op kennisneming van de uitslag van eventueel medisch onderzoek, recht op inzage en eventueel correctie van het eigen dossier en het recht op een herbeoordeling. In de praktijk blijken echter weinig vragen of klachten bij verzekeraars binnen te komen over gebrekkige informatie over de keuringsprocedure en rechten en plichten.

Wat betreft de organisatie van de onderzochte verzekeringsmaatschappijen is de indruk ontstaan dat de betrokkenheid van de geneeskundig adviseur bij het keuringsbeleid van de verzekeraar mogelijk in een enkel geval beperkt is, wanneer er sprake is van een freelance aanstelling voor slechts enkele uren.

Bevorderende factoren

De Wet op de Financiële Dienstverlening, die op 1 januari 2006 in werking is getreden wordt genoemd als factor uit de omgeving, die de implementatie van het Protocol en de model GV bevordert. De registratie en het stellen van opleidingseisen aan assurantieadviseurs wordt als een positieve ontwikkeling gezien voor de zorgvuldige uitoefening van het beroep van tussenpersonen. Een belangrijk kenmerk van het Protocol die de implementatie ervan bevordert, is de duidelijkheid die het Protocol biedt voor klant en verzekeraar. De mondigheid van de burger en zijn kennis over zijn gezondheid, wordt gezien als een factor die het stellen van aanvullende vragen aan de aspirant verzekerde vergemakkelijkt. De volgende kenmerken van de organisatie faciliteren de implementatie van het Protocol: de beschrijving door enkele verzekeraars van werkprocedures in handboeken of werkinstructie en een adequate administratieve organisatie met een duidelijke scheiding van medische informatie in (electronische) dossiervorming, evenals bijbehorende autorisatie van bevoegde medewerkers. De positieve attitude ten opzichte van het Protocol die bij alle geïnterviewde medewerkers van verzekeraars aanwezig is bevordert de implementatie ervan. Echter, bij één keuringsinstituut ziet men zich minder gebonden aan het Protocol. De scholing die medewerkers van verzekeringsmaatschappijen hebben genoten voor de uitoefening van het vak, evenals het gevoel dat zij zich gesteund weten door het management en collega's, moeten worden gezien als factoren die het werken volgens het Protocol stimuleren.

Door de respondenten worden suggesties gedaan om de knelpunten in de medische keuring en daarmee de implementatie van het Protocol en model GV te verbeteren. Deze suggesties komen in de volgende paragraaf over de aanbevelingen van het onderzoek terug.

5.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen van het onderzoek hebben betrekking op de volgende drie terreinen: informatievoorziening, de inhoud van het Protocol, en onderzoek.

Informatievoorziening

De acceptatie en implementatie van het Protocol en de model GV zijn bij de onderzochte medewerkers van verzekeringsmaatschappijen groot. De regelgeving van het Protocol kan in grote lijnen worden teruggevonden in de praktijk van medische keuringen van verzekeringsmaatschappijen. Het is echter raadzaam om de inhoud van het Protocol regelmatig onder de aandacht te brengen bij medewerkers van verzekeraars, zodat een juiste toepassing van keuringsinstrumenten en informatievoorziening aan aspirant verzekerden wordt bevordert.

Uit het onderzoek blijkt dat de adoptie en implementatie van het Protocol en de model GV bij tussenpersonen en keurend artsen minder groot is. Volgens de respondenten was er een overgangperiode, waarin tussenpersonen klanten oude gezondheidsverklaringen in plaats van de model GV lieten invullen. Ook komt het voor dat tussenpersonen hulp bieden aan klanten bij het invullen van de gezondheidsverklaring, terwijl het invullen

voorbehouden is aan de aspirant verzekerde. Tussenpersonen dienen periodiek te worden voorgelicht over de regelgeving van het Protocol en het gebruik van de model GV. Hier ligt een taak voor het Verbond van Verzekeraars en de afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen.

Ook keurend artsen zouden periodiek kunnen worden geïnformeerd over de regelgeving in het Protocol. Opmerkelijk is de opvatting van een directeur van een keuringsinstituut dat de reikwijdte van het Protocol zich niet uitstrekt over keurend artsen. Dezelfde directeur doet de suggestie van een platform voor overleg tussen belanghebbende verzekeraars en keurend artsen, waar van gedachten kan worden gewisseld over knelpunten in de uitvoering van medische onderzoeken. Dergelijk overleg zou het brengen van informatie over het Protocol naar de beroepsgroep van keurend artsen kunnen ondersteunen. De informatievoorziening aan keurend artsen is ook een taak van artsenorganisaties, in casu de KNMG, en de directies van instituten waaraan keurend artsen zich hebben verbonden.

De onderzochte verzekeringsmaatschappijen informeren aspirant verzekerden over de procedure van de verzekeringskeuring en hun rechten en plichten vrijwel alleen door middel van de toelichting bij de model GV. Door veel respondenten wordt deze standaardtekst in de gezondheidsverklaring als veel en ingewikkeld beoordeeld. Aandacht zou kunnen worden gegeven aan uitgebreidere informatieverstrekking aan aspirant verzekerden in de verschillende stappen van de keuringsprocedure, zowel schriftelijk als mondeling, bijvoorbeeld door de tussenpersoon. Ook behoeft de duidelijkheid en eenvoud van de boodschap aandacht.

De informatie over de procedure van verzekeringskeuringen en de rechten en plichten van de aspirant verzekerde in de toelichting bij de model GV van het Verbond van Verzekeraars is niet volledig. Informatie ontbreekt over de procedures rondom medisch onderzoek, bloedonderzoek en informatie opvragen bij de behandelend arts middels een gespecificeerde machtiging bij een aanvraag van een verzekering onder de vragengrens. Ook ontbreken het recht op het ontvangen van een kopie van het ingevulde vragenformulier, het recht op kennisneming van de uitslag van eventueel medisch onderzoek, recht op inzage en eventueel correctie van het eigen dossier en het recht op een herbeoordeling. Voor een volledige en juiste informatie voorziening aan de aspirant verzekerde verdient het aanbeveling om de toelichting met bovenstaande punten aan te vullen. De begrijpelijkheid van de voorlichting over deze onderwerpen is een belangrijk aandachtspunt.

Tot slot verdient aandacht, de informatievoorziening door de geneeskundig adviseur aan de aspirant verzekerde over de motivering van de acceptatiebeslissing. Door enkele respondenten wordt verwacht dat aspirant verzekerden steeds vaker de beslissing en voorwaarden bij de acceptatie juridisch zullen aanvechten. De informatieverstrekking van de verzekeraar zou daarbij van belang kunnen zijn.

Inhoud van het Protocol

Het Protocol is niet compatibel met nieuwe ontwikkelingen in de keuringspraktijk. Genoemd kunnen worden de ontwikkeling van een digitale gezondheidsverklaring en de praktijk van een beperkt medisch onderzoek door verpleegkundigen in plaats van keurend artsen. Ook de in het onderzoek waargenomen ontwikkeling dat de medisch acceptatie en technische of commerciële acceptatie in één acceptantenfunctie wordt verenigd, verdient in het Protocol aandacht, met name in het licht van de omgang met privacygevoelige medische informatie. Het Protocol dient in het licht van deze nieuwe ontwikkelingen te worden geëvalueerd en zondig te worden aangepast.

Daar waar mogelijk dient de duidelijkheid van het Protocol te worden verbeterd wat betreft onder meer de hiv-gedragscode en de rol van tussenpersonen en behandelend artsen. Enkele respondenten suggereren om in het Protocol een beschrijving op te nemen van de rol van disciplines die, bovenop de in het Protocol genoemde beroepsgroepen, betrokken zijn bij medische keuringen. Gedacht kan worden aan tussenpersonen en behandelend artsen. De noodzaak en mogelijkheid hiervan dient nader te worden bestudeerd.

Onderzoek

Veel respondenten noemen kritiekpunten op de model GV. Relevante vragen zouden ontbreken en de layout wordt als onvoldoende beoordeeld. Ook is opgemerkt dat de model GV moet worden aangepast aan de mogelijkheid van het geautomatiseerd invullen door de klant en aan nieuwe technologieën zoals internet. Aanbevolen wordt kwantitatief evaluatieonderzoek te doen naar de model GV bij de leden van het Verbond van Verzekeraars, zowel wat betreft de in de model GV opgenomen vragen, als de wijze van afname. Tevens wordt aanbevolen om de mening van tussenpersonen over de model GV en hun werkwijze met betrekking tot de afname van de gezondheidsverklaring in het evaluatieonderzoek te betrekken. Aandacht moet worden besteed aan de rol van tussenpersonen in het hele keuringsproces.

Tot slot, kwalitatief onderzoek is gedaan bij een aselechte steekproef uit de leden van het Verbond van Verzekeraars. De verspreiding en implementatie van het Protocol is in den breedte geïnventariseerd bij geneeskundig adviseurs, medisch acceptanten en managers van drie levensverzekeraars en twee arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. Ook zijn representanten van keurend artsen die door deze verzekeringsmaatschappijen worden ingeschakeld, geïnterviewd. Het onderzoek heeft inzicht gegeven in de opvattingen en werkwijzen die bij uitvoerenden van verzekeringskeuringen voorkomen. Er is een veelheid aan factoren naar voren gekomen die van invloed zijn op de implementatie van het Protocol en de model GV. Het relatieve belang van deze factoren kan op basis van dit onderzoek niet worden aangegeven. Ook kan geen uitspraak worden gedaan over de representativiteit van het op kwalitatieve wijze verzamelde onderzoeksmateriaal. Aanbevolen wordt om een kwantitatief vervolgonderzoek te doen, waarin de opgetekende uitspraken in dit rapport in een vragenlijst worden voorgelegd aan een representatieve afspiegeling van professionals die betrokken zijn bij verzekeringskeuringen. Tevens wordt aanbevolen om in aanvulling op onderzoek naar opvattingen over het keuringsproces, door middel van observaties en documentenanalyse onderzoek te doen naar het feitelijke verloop van de keuringen.

6 Literatuur

BRUIJNE MHJ de, TREUR HF. Evaluatie Wet Medische Keuringen onder consumenten. Den Haag: Verbond van Verzekeraars Centrum voor Verzekeringsstatistiek, 2005.

DORSCHIEDT R, HOLST F. Vragen bij gezondheidsvragen: ervaringen van consumenten met de gezondheidsverklaring bij particuliere levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en het gebruik van de modelgezondheidsverklaring in de praktijk. Den Haag: Consumentenbond, afdeling onderzoek, 2005.

FLEUREN M, WIEFERINK K, PAULUSSEN T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *Int J for Quality in Health Care* 2004;16;107-123.

GILS RCW van, DUTE JCJ. Het protocol verzekeringskeuringen in de praktijk'. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.

A Begeleidingscommissie

Mevr. drs. S.J.M. Homsma, Nationale Nederlanden N.V.

Drs. G.F. Horst, N.V. Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij

Mr. M.A.M. van de Water, SNS REAAL

Mevr. mr. E.A. van der Zon, Verbond van Verzekeraars

Ir. H.F. Treur, Centrum voor Verzekeringsstatistiek

B Protocol Verzekeringskeuringen

Inleiding

Dit Protocol is van toepassing op keuringen voor levensverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenverzekeringen die niet vallen onder het keuringsverbod van artikel 4 van de Wet op de medische keuringen (WMK).

De wettelijke basis voor dit Protocol is artikel 9 WMK. Daarin wordt geregeld dat representatieve organisaties met elkaar overleggen om te komen tot nadere afspraken. De hieronder genoemde organisaties hebben deze gewenste representatieve status. Zij hebben overeenstemming bereikt over een handleiding voor keuringen ten behoeve van levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen: het 'Protocol Verzekeringskeuringen'. Hierin zijn de wettelijke bepalingen vastgelegd en nader uitgewerkt waar dat voor een goede uitvoering nodig is. In artikel 13 WMK is bepaald dat hieronder genoemde organisaties een onafhankelijke klachtencommissie kunnen instellen. De hoofdlijnen van de klachtenregeling inzake verzekeringskeuringen maken onderdeel uit van dit Protocol. In de regeling wordt zowel voorzien in klachtenbemiddeling als klachtenbeoordeling.

Niemand heeft de plicht tot het afsluiten van een levens-, arbeidsongeschiktheids- of een pensioenverzekering. Voor de aspirant-verzekerde bestaat dus contractvrijheid. Wie een verzekering wil afsluiten, heeft vrije keuze wat betreft de reikwijdte van de dekking en de hoogte van de te verzekeren prestatie, en vrije keuze wat betreft de verzekeraar. Ook de verzekeraar heeft contractvrijheid. Het staat hem vrij om de condities te bepalen waaronder hij een verzekering aanbiedt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de hoogte van het verzekerd bedrag, de hoogte van de premie, de eventuele wachttijd en het geheel of gedeeltelijk uitsluiten van bepaalde risico's. De contractvrijheid van de verzekeraar betekent ook dat hij geen plicht heeft om elke verzekerde te accepteren.

Bij het aanvragen en accepteren van een verzekering dienen verzekeraar en (aspirant-) verzekerde de algemene vereisten van redelijkheid en billijkheid in acht te nemen. De verzekeringskeuring maakt deel uit van de acceptatieprocedure. Door de verzekeringskeuring wordt inzicht verkregen in voor de beoordeling van het te verzekeren risico relevante aspecten van de gezondheidstoestand van de aspirant -verzekerde. Het gaat daarbij om informatie van de (aspirant-)verzekerde zelf, eventueel aangevuld met informatie van behandelend artsen en informatie uit nader geneeskundig onderzoek. Zowel de verzameling van die informatie als de beoordeling van die informatie dient op professioneel verantwoorde wijze te geschieden, met inachtneming van daarvoor in wetten en gedragscodes neergelegde normen.

Voor de acceptatie is cruciaal dat de verzekeraar over alle informatie kan beschikken die voor een goede inschatting van het te verzekeren risico noodzakelijk is. En om zelfselectie te voorkomen is het van belang dat er informatiegelijkheid is tussen verzekeraar en aspirant-verzekerde. De wetgever heeft in het belang van de aspirant-verzekerde grenzen gesteld aan de mogelijkheden om via verzekeringskeuringen informatie te verzamelen. Dit is onder andere vastgelegd in de WMK. Dit Protocol bevat een nadere uitwerking van de grenzen en vereisten die in de wet zijn vastgelegd.

De WMK erkent het belang van verzekeraars om over informatie te kunnen beschikken voor de risico-inschatting, maar erkent ook dat het recht op privacy van de verzekerde

bescherming behoeft. De WMK beoogt in dat spanningsveld een rechtvaardig evenwicht aan te brengen. Dat leidt ertoe dat tot op zekere hoogte grenzen worden gesteld aan de mogelijkheden van verzekeraars om informatie te verzamelen in het kader van een verzekeringskeuring.

De beperkingen die verzekeraars zichzelf reeds hebben opgelegd in de sfeer van het afzien van erfelijkheidsonderzoek bij een verzekeringskeuring en in de sfeer van het stellen van beperkte vragen gericht op het achterhalen van een HIV-risico, zijn opgenomen in het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek en de HIV-gedragscode. Deze beperkingen zijn ook in het Protocol opgenomen. De tekst van het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek en de HIV - gedragscode zijn als bijlage bij dit Protocol gevoegd. Indien verzekeraars besluiten tot wijziging van het Moratorium erfelijkheidsonderzoek zal met de betrokken partijen bij het Protocol overleg volgen over de gevolgen voor het Protocol.

In dit Protocol wordt ingegaan op: het doel van de keuring, de bij de verzekeringskeuring te gebruiken instrumenten, de voorwaarden waaronder die instrumenten mogen worden gebruikt, het recht op informatie van de keurling, de aard en omvang van de medewerkingsplicht van de keurling, de verantwoordelijkheden van de geneeskundig adviseur en de keuringsarts, het recht van de keurling op kennisneming van gegevens en het recht op herkeuring. Tevens bevat het Protocol de hoofdlijnen van de klachtenregeling inzake verzekeringskeuringen.

Het Protocol gaat niet inhoudelijk in op de specifieke medische aspecten van de verzekeringskeuring. Het Protocol sluit aan bij en vormt een aanvulling op de bepalingen in de WMK en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Wat dit laatste betreft, behandelt het Protocol met name de relatie tussen de keurling en de keurend arts en tussen de medisch adviseur en de (aspirant-)verzekerde. Het Protocol sluit ook aan bij en vormt een aanvulling op de Wet bescherming persoonsgegevens waar het gaat om een verantwoorde gegevensverwerking.

Tenslotte heeft het Protocol aansluiting gezocht bij bestaande codes, zoals de GAV-code en de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (het zogenaamde Groene Boekje).

Onderstaande organisaties onderschrijven het Protocol en roepen de door hen vertegenwoordigde organisaties en personen op het Protocol zowel naar de letter als naar de strekking zorgvuldig na te leven:

- Breed Platform Verzekerden en Werk te Amsterdam;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst te Utrecht;
- Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

Het Protocol wordt voorgelegd aan organisaties die op het gebied van verzekeringskeuringen werkzaam zijn dan wel andere representatieve organisaties die daarbij betrokken zijn, met het verzoek om met het Protocol in te stemmen en dit na te leven.

Het Protocol treedt in werking per 1 maart 2003 of zoveel eerder als mogelijk is, voor onbepaalde tijd.

Artikel 1: definities

In dit Protocol wordt verstaan onder:

a. verzekeringskeuring:

het gehele proces van verzameling van de voor de risicobeoordeling relevante informatie over de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde en daarvoor relevante informatie over diens bloedverwanten in opgaande lijn of zijlijn tot in de tweede graad, alsmede het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:

- een levensverzekering;
- een arbeidsongeschiktheidsverzekering en een pensioenverzekering, indien en voorzover keuring is toegestaan op grond van de WMK.

b. (aspirant-)verzekerde:

degene wiens leven of risico op arbeidsongeschiktheid is verzekerd of wordt beoogd te verzekeren.

c. verzekeraar:

de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 die opdracht geeft tot keuring van de (aspirant-)verzekerde.

d. keurend arts:

de geneeskundige die een medisch onderzoek verricht in opdracht van de verzekeraar en hierover rapporteert aan de geneeskundig adviseur.

e. geneeskundig adviseur:

de geneeskundige die de verzekeraar adviseert omtrent de medische acceptatie van de (aspirant-) verzekerde.

f. vragengrens:

grens in de hoogte van het verzekerd bedrag die van belang is voor de toepasselijkheid van de beperkingen die in het kader van de WMK worden aangebracht op de vrijheid van de verzekeraar om in het kader van een verzekeringskeuring bepaalde vragen te stellen en bepaalde onderzoeken te laten verrichten. Deze bedragen worden door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport volgens artikel 5 lid 2 WMK vastgesteld en gelden bij levensverzekeringen met overlijdensrisico voor het totaal verzekerde of te verzekeren bedrag berekend over een periode van drie jaar vóór de aangevraagde verzekering en bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor het totaal verzekerde bedrag per jaar.

g. erfelijkheidsonderzoek:

onderzoek door of via een arts op chromosomaal of DNA-niveau met betrekking tot erfelijke eigenschappen.

Toelichting

Deze definities zijn zoveel mogelijk geënt op de WMK. Volgens de WMK valt onder een keuring niet alleen een medisch onderzoek, maar ook (schriftelijke) vragen over de gezondheid. De keuring heeft betrekking op het beoordelen van het medisch risico bij het sluiten van een verzekering of het uitbreiden van de dekking. Bloedverwanten waarover in het kader van de verzekeringskeuring informatie wordt gevraagd zijn ouders en kinderen (1e graad) en broers en zusters (2e graad).

Artikel 2: doel van de verzekeringskeuring

Het doel van de verzekeringskeuring is het verzamelen van relevante informatie met betrekking tot – aspecten van – de gezondheidstoestand van de (aspirant-) verzekerde, teneinde een verantwoorde risico-inschatting te kunnen maken van het overlijdensrisico

respectievelijk het risico van arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar bepaalt op grond van de verkregen informatie en de door hem gehanteerde richtlijnen of een verzekering kan worden gesloten en zo ja, op welke voorwaarden.

Toelichting

Van relevante informatie is sprake als aan algemeen aanvaarde en actuele medischwetenschappelijke gegevens argumenten kunnen worden ontleend voor een verhoogd risico. De verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. De geneeskundig adviseur vertaalt de verzamelde informatie van de (aspirant-)verzekerde in een gemotiveerd advies over het al dan niet aanwezig zijn van een verhoogd risico bij de verzekerde ten behoeve van de verzekeraar.

Artikel 3: inhoud van de verzekeringskeuring

De verzameling van informatie in het kader van de verzekeringskeuring dient doelgericht te zijn. Gelet op het doel van de verzekeringskeuring dient de verzamelde informatie relevant te zijn voor de beoordeling van de aanwezigheid van een verhoogd risico op overlijden respectievelijk arbeidsongeschiktheid.

De verzekeraar kan bij de verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde in het kader van de acceptatieprocedure gebruikmaken van verschillende instrumenten. Deze kunnen zijn:

- een eenvoudige of uitgebreide gezondheidsverklaring of gezondheidsvragenlijst conform het model van het Verbond;
- het vragen van een toelichting respectievelijk het stellen van aanvullende vragen naar aanleiding van een door de (aspirant-)verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring;
- een aanvullend gericht medisch onderzoek naar aanleiding van de ingevulde gezondheidsvragenlijst;
- een medisch onderzoek van de (aspirant-)verzekerde door een huisarts of een specialist of een keuringsinstituut, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft;
- bloedonderzoek;
- het opvragen van nadere informatie bij behandelend artsen, indien de gezondheidsverklaring daartoe aanleiding geeft;
- of een combinatie van het bovenstaande.

De verzekeraar laat zich adviseren door de geneeskundig adviseur over het algemene beleid van de maatschappij inzake het gebruik van deze instrumenten in verschillende omstandigheden. In algemene zin is de door de verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring de basis voor de beslissing of en zo ja, welke aanvullende informatie wordt verzameld. Aanvullende informatieverzameling heeft tot doel te komen tot een meer nauwkeurige vaststelling van het risico. Desgevraagd moet de verzekeraar aannemelijk maken dat door nader onderzoek een meer nauwkeurige inschatting van het geconstateerde risico kan plaatsvinden.

Indien het verzekerde bedrag een bepaalde grens overschrijdt – al dan niet in cumulatie met eerder bij de verzekeraar of bij andere verzekeraars afgesloten respectievelijk aangevraagde verzekeringen – is het gebruikelijk dat door de verzekeraar een medisch onderzoek door een keuringsarts wordt gevraagd.

Bij verzekeringen boven de vragengrens kan het ondergaan van een HIV -test standaard onderdeel uitmaken van de verzekeringskeuring, terwijl zulks onder de vragengrens tevens het geval zal zijn als de antwoorden op de gezondheidsvragenlijst daartoe aanleiding geven. De vragen die aanleiding kunnen geven om een HIV-test te verlangen, staan vermeld in de HIV-gedragscode.

De door de geneeskundig adviseur te verstrekken opdracht tot het in het kader van de verzekeringskeuring uitvoeren van een medisch onderzoek, dient voor wat betreft de aard en de omvang van dat onderzoek in overeenstemming te zijn met de in Nederland door de beroepsgroep gehanteerde beginselen en normen.

Met betrekking tot het verzoek van de geneeskundig adviseur aan een behandelend arts om aanvullende informatie te verstrekken over de (aspirant -)verzekerde geldt dat de KNMGrichtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (het zogenaamde Groene Boekje) daarbij in acht moeten worden genomen, hetgeen impliceert dat het moet gaan om gerichte vragen naar feitelijke informatie en specifiek daarop betrekking hebbende schriftelijke toestemming van de (aspirant-)verzekerde.

Toelichting

Om een goed beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde zullen in het algemeen zoveel mogelijk gerichte vragen worden gesteld en gerichte onderzoeken worden verricht. Aanvullende onderzoeken, zoals bijvoorbeeld röntgenonderzoek, ECG (cardiologisch onderzoek), worden verricht bij verzekeringen met hoge verzekerde bedragen. Het beleid van de verzekeraar inzake het gebruik van de diverse keuringsinstrumenten kan mede afhankelijk zijn van de omvang van het te verzekeren risico. Van belang is dat door een algemene lijn in het beleid van een maatschappij zoveel mogelijk wordt bevorderd dat gelijke verzekeringsaanvragen op gelijke wijze zullen worden behandeld. Dit komt de transparantie en de rechtszekerheid ten goede.

Artikel 4: beperkingen verzekeringskeuring

Op grond van artikel 3 WMK is het verboden om bij een verzekeringskeuring vragen te stellen of medisch onderzoek te verrichten die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling.

Lid 1

Ten aanzien van medisch onderzoek is aangegeven dat in ieder geval geen deel van de keuring mogen uitmaken:

- a. onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling, waaronder begrepen onderzoek specifiek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze voorhanden is dan wel waarvan de ontwikkeling niet door medisch ingrijpen kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden of van kennis over een aanwezige, niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden;
- b. onderzoek dat anderszins voor de keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt;
- c. meer specifiek wordt in dit Protocol onder verwijzing naar het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek vastgesteld dat van de keurling geen medewerking zal worden verlangd aan onderzoek op chromosomaal of DNA-niveau (zogenaamd erfelijkheidsonderzoek);

- d. meer specifiek wordt in dit Protocol onder verwijzing naar de HIV-gedragscode vastgesteld dat onderzoek naar HIV/aids slechts mag worden verricht indien de te sluiten verzekering de vragengrens overschrijdt of – indien de verzekering die vragengrens niet overschrijdt – als het antwoord van de keuring op de gerichte vragen zoals neergelegd in de HIV-gedragscode daartoe aanleiding geeft.

Lid 2

Ten aanzien van het vraagrecht wordt in artikel 5 WMK aangegeven dat als de te sluiten verzekering de vragengrens niet overschrijdt:

- a. dat er geen vragen mogen worden gesteld over de kans op een ernstige, onbehandelbare ziekte, voorzover die op erfelijkheid betrekking hebben bij bloedverwanten en bij de aspirant-verzekerde, tenzij de ziekte manifest is;
- b. dat er geen vragen mogen worden gesteld over ONDERZOEK naar de erfelijke aanleg voor ziekten bij de aspirant -verzekerde en diens bloedverwanten EN DE RESULTATEN VAN DERGELIJK ONDERZOEK;
- c. in het kader van dit Protocol wordt bepaald dat een ernstige, onbehandelbare erfelijke ziekte ‘manifest’ is geworden als de specifieke symptomen zich hebben geopenbaard en de diagnose is gesteld;
- d. in het kader van dit Protocol wordt vastgesteld dat een ziekte als niet behandelbare ernstige ziekte wordt aangemerkt als er voor die ziekte geen geneeswijze voorhanden is dan wel de ontwikkeling van die ziekte door medisch ingrijpen niet kan worden voorkomen of niet door medisch ingrijpen in evenwicht kan worden gehouden.

Lid 3

Bij de behandeling van de aanvraag en bij een keuring in dat verband mogen geen uit andere hoofde reeds bij de keuringvrager, de keurend arts of geneeskundig adviseur aanwezige erfelijke gegevens over de aspirant-verzekerde of diens bloedverwanten worden gebruikt.

Toelichting

Dit artikel van het Protocol bevat algemene begrippen die in de praktijk moeten worden geïnterpreteerd en geoperationaliseerd. Indien de toepassing van dit artikel in de keuringspraktijk problemen oplevert zullen de partijen die dit Protocol hebben ondertekend met elkaar in overleg treden en waar nodig nadere handreikingen doen. Als voorbeelden van niet behandelbare ernstige ziekten als bedoeld in lid 1 onder a. worden naar huidige inzichten beschouwd: Huntington en myotone dystrofie.

Deze ziekten zijn erfelijk en vallen derhalve tevens onder de beperking van het vraagrecht als bedoeld onder lid 2.

Het Moratorium Erfelijkheidsonderzoek en de HIV-gedragscode zijn bijlagen bij het Protocol.

Het Protocol is leidend.

Artikel 5: informatie over aard en omvang van de verzekeringskeuring

De (aspirant -)verzekerde wordt door de verzekeraar vooraf schriftelijk algemeen geïnformeerd over het beleid van de maatschappij m.b.t. verzekeringskeuringen, het doel en de inhoud van de keuring, de procedure en zijn rechten en plichten.

De geneeskundig adviseur neemt namens de verzekeraar de beslissing over de verzekeringskeuring in de specifieke situatie van de (aspirant-)verzekerde. De geneeskundig

adviseur geeft de (aspirant-)verzekerde een toelichting over de beslissing om een nader medisch onderzoek te laten verrichten dan wel nadere informatie op te vragen bij de behandelende sector.

De keurend arts informeert de (aspirant -)verzekerde/keurling voorafgaand aan het medisch onderzoek over de specifieke opdracht en de daaraan gerelateerde aard en inhoud van het medisch onderzoek en over diens rechten en plichten.

De (aspirant-)verzekerde moet vooraf de gelegenheid hebben om in hoofdlijnen kennis te nemen van de inhoud van het medisch onderzoek.

Indien een HIV-test deel uitmaakt van de keuring, wordt dit aan de (aspirant-)verzekerde gelijktijdig met de uitnodiging voor de keuring meegedeeld.

De (aspirant-)verzekerde dient te worden gevraagd of hij over het resultaat van de HIV-test geïnformeerd wenst te worden en zo ja, of dit door de geneeskundig adviseur of door de huisarts of door een andere door de (aspirant -)verzekerde aan te wijzen arts dient te geschieden.

De (aspirant -)verzekerde krijgt op verzoek een kopie van het door hem ingevulde vragenformulier.

Toelichting

Een (aspirant-)verzekerde die vooraf inhoudelijk goed is geïnformeerd over de van hem verwachte informatie, kan zich op de beantwoording van vragen voorbereiden. De kans dat relevante informatie wordt vergeten, wordt hierdoor verkleind. Door een kopie van een ingevulde gezondheidsverklaring te bewaren, kan de (aspirant-)verzekerde eventueel nog achteraf correcties of aanvullingen doorgeven. De aanvullende informatie kan echter van invloed zijn op de acceptatie van de verzekering, de premie en/of de voorwaarden.

Artikel 6: medewerkingsplicht (aspirant-)verzekerde en opschortingsrecht

Medewerkingsplicht

De (aspirant-)verzekerde dient in het kader van de verzekeringskeuring naar waarheid en volledig inlichtingen te verstrekken en de medewerking te verlenen, voorzover dat redelijkerwijs voor de beoordeling van het risico noodzakelijk is. Indien de (aspirant-)verzekerde tekort schiet in de nakoming van deze informatieverplichting kan dit bij ontdekking leiden tot vernietigbaarheid van de verzekering, beperking van rechten, verhoging van premie of terugbetaling van onverschuldigd uitgekeerde bedragen.

De (aspirant-)verzekerde is verplicht wijzigingen in zijn gezondheidstoestand te melden aan de geneeskundig adviseur tot het moment waarop de verzekeringnemer of diens assurantietussenpersoon bericht heeft ontvangen dat de verzekeringsaanvraag is geaccepteerd.

Opschortingsrecht

De (aspirant-)verzekerde heeft het recht om medewerking aan een verzekeringskeuring of een onderdeel daarvan op te schorten, indien naar zijn mening niet is voldaan aan vorm of inhoud van de verzekeringskeuring zoals beschreven in de wet en dit Protocol.

Hij dient daartoe zijn bezwaren schriftelijk met redenen omkleed schriftelijk zo spoedig mogelijk aan de verzekeraar kenbaar te maken.

Verzekeraar dient hierop zo spoedig mogelijk na ontvangst van het bezwaarschrift schriftelijk gemotiveerd te reageren en alsnog een beslissing te nemen over de van de aspirantverzekerde verlangde medewerking aan de verzekeringskeuring.

Tegen deze beslissing van de verzekeraar kan de (aspirant-)verzekerde een klacht indienen bij de klachteninstantie als bedoeld in artikel 11 van dit Protocol Verzekeringskeuringen.

De verzekeraar stelt de te nemen beslissing op de verzekeringsaanvraag uit tot de procedure rondom het opschortingsrecht is doorlopen en de (aspirant-)verzekerde in de gelegenheid is gesteld om alsnog medewerking aan de verzekeringskeuring te verlenen.

Toelichting

Naar waarheid en volledig betekent dat de (aspirant-)verzekerde hem bekende informatie dient te verstrekken, zonder dat er voor hem sprake is van een onderzoeksplicht m.b.t. de juistheid van die gegevens. De informatieverplichting ziet toe op zowel de verzekeringskeuring bij een nieuwe verzekeringsaanvraag als op een verhoging van het verzekerd bedrag op een bestaande verzekering.

De consequentie voor de (aspirant-)verzekerde die gebruikmaakt van het opschortingsrecht kunnen zijn:

- a. de verzekering komt gedurende de opschorting niet tot stand;*
- b. een eventueel door de verzekeraar verleende voorlopige dekking kan komen te vervallen;*
- c. eventuele verslechtingen in de gezondheidstoestand van de (aspirant -)verzekerde blijven voor diens rekening.*

Artikel 7: kennisneming van gegevens

Recht op kennisneming

De (aspirant -)verzekerde heeft recht op kennisneming van de uitslag van nader medisch onderzoek als dat onderdeel vormt van de verzekeringskeuring. Hij dient daar schriftelijk om te verzoeken en dient daarbij aan te geven of hij informatie wenst te krijgen rechtstreeks door de geneeskundig adviseur of door tussenkomst van een door (aspirant-)verzekerde aan te wijzen arts.

De (aspirant -)verzekerde heeft het recht als eerste van het advies van de geneeskundig adviseur in kennis te worden gesteld. Hij dient hier schriftelijk om te verzoeken. De geneeskundig adviseur informeert de (aspirant-)verzekerde op zijn verzoek op adequate en begrijpelijke wijze over de redenen die aan zijn advies ten grondslag hebben gelegen. Op verzoek van de (aspirant-)verzekerde kan de motivering ook worden verstrekt via een door de (aspirant-)verzekerde aan te wijzen arts. De (aspirant-)verzekerde kan vervolgens de geneeskundig adviseur verbieden advies uit te brengen aan de verzekeraar. Een aangevraagde verzekering komt dan niet tot stand en een eventueel verleende voorlopige dekking vervalt. Indien de (aspirant-)verzekerde aangeeft dat de verzekering definitief niet totstandkomt en schriftelijk verzoekt de medische gegevens te vernietigen, worden de medische stukken binnen drie maanden na dit verzoek vernietigd.

Recht op inzage

De geneeskundig adviseur zal aan de (aspirant-)verzekerde op diens schriftelijk verzoek inzage geven in c.q. een afschrift verstrekken van de hem ter beschikking staande medische gegevens.

Recht op correctie

Indien naar de mening van aspirant-verzekerde niet relevante, onjuiste of onvolledige gegevens of onjuiste interpretaties van gegevens zijn opgenomen in het keuringsdossier, dient totdat het contract is vastgesteld en indien er overeenstemming is tussen de geneeskundig adviseur en aspirant-verzekerde, de tekst te worden gecorrigeerd. Ook kan de aspirantverzekerde verlangen dat in het dossier een aantekening wordt gemaakt in de vorm van een eigen verklaring over de mening van de aspirant-verzekerde dat bepaalde gegevens in dat dossier niet relevant, onjuist of onvolledig zijn en/of dat er onjuiste interpretaties van gegevens zijn opgenomen.

Dit recht geldt ook als de gegevens gelet op het doel van de keuring, onvolledig of niet ter zake doende zijn.

Toelichting

Het is niet zinvol het verstrekken van informatie van de keurend arts aan de geneeskundig adviseur nog expliciet afhankelijk te maken van toestemming van de (aspirant -)verzekerde. Betrokkenen zijn gebonden aan hun geheimhoudingsplicht. Door zich te laten keuren geeft de (aspirant-)verzekerde blijk van zijn toestemming. Ware dat anders dan zou de verzekeraar geen kosten voor keuring maken. De (aspirant-)verzekerde kan wel zijn toestemming onthouden aan informatieverstrekking door de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar. In dat geval komt de verzekering niet tot stand. Aangezien de (aspirant-)verzekerde dikwijls op een later tijdstip aangeeft dat de verzekering toch doorgang dient te vinden, kunnen de medische stukken worden bewaard totdat de (aspirant-)verzekerde verklaart dat hij definitief afziet van een verzekeringsaanvraag en verzoekt de medische stukken te vernietigen.

Artikel 8: herkeuring

Indien de verzekeraar negatief beslist op de verzekeringsaanvraag van de (aspirant-)verzekerde, heeft de (aspirant-)verzekerde het recht op een nieuwe beoordeling op basis van nieuwe en/of aanvullende gegevens. De (aspirant -)verzekerde maakt zijn wens daartoe met redenen omkleed schriftelijk kenbaar binnen een week nadat de verzekeraar hem de beslissing op de verzekeringsaanvraag heeft medegedeeld.

Onder negatieve beslissing wordt verstaan:

- a. weigering van de verzekering;
- b. aanbieden van een verzekering met beperkende voorwaarden zoals premieopslag, uitsluitingen, wachttijd, geen premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid, beperking in uitkeringsduur of een combinatie hiervan.

De (aspirant -)verzekerde kan bij een negatieve beslissing op zijn verzekeringsaanvraag de geneeskundig adviseur schriftelijk en gemotiveerd verzoeken om nadere feitelijke informatie te verzamelen of om een nieuw medisch onderzoek door een andere onafhankelijk keurend arts. De geneeskundig adviseur is verplicht deze informatie te betrekken bij de herbeoordeling tezamen met de reeds beschikbare medische informatie.

De verzekeraar neemt zijn definitieve beslissing op de verzekeringsaanvraag eerst nadat de uitslag van de herbeoordeling hem is medegedeeld.

De kosten van de herkeuring worden gedragen door de verzekeraar. Deze mag een redelijke bijdrage verlangen van de (aspirant -)verzekerde in deze kosten.

Toelichting

De herkeuring heeft betrekking op de juistheid en de kwaliteit van de in het kader van de verzekeringskeuring verzamelde informatie. Het gaat dus niet over de beoordeling en de verzekeringstechnische vertaling hiervan en evenmin over de vraag of de verzekeraar in het kader van zijn acceptatievrijheid een verzekering wenst te accepteren en zo ja, tegen welke prijs en tegen welke condities. De geneeskundig adviseur kan op basis daarvan een gewijzigd advies aan de verzekeraar geven.

Artikel 9: de geneeskundig adviseur en de keurend arts

Zowel de geneeskundig adviseur als de keurend arts zijn gehouden bij hun werkzaamheden de professionele standaard in acht te nemen. Voor de geneeskundig adviseur is dat uitgewerkt in de GAV-beroepscode. De geneeskundig adviseur verplicht zich een onafhankelijk advies aan de verzekeraar uit te brengen. De geneeskundig adviseur adviseert de verzekeraar in medische beleidszaken en wordt betrokken bij beleidsvoorbereiding en productontwikkeling, voorzover dit het werkterrein van de geneeskundig adviseur betreft.

Bij de verzekeringskeuring is aan de zijde van de verzekeraar sprake van een zogenaamde functionele eenheid, waaronder wordt verstaan de personen, gebonden aan een geheimhoudingsplicht, die onder verantwoordelijkheid en ten behoeve van de geneeskundig adviseur gerechtigd zijn gegevens omtrent de gezondheid van de (aspirant-)verzekerde te verzamelen en te verwerken, voorzover dit noodzakelijk is voor het aangaan van een verzekering. De interpretatie en beoordeling van de gegevens zijn binnen de functionele eenheid voorbehouden aan de geneeskundig adviseur.

De keurend arts moet een onafhankelijke positie hebben ten aanzien van de verzekeraar en de (aspirant-)verzekerde.

De keurend arts mag niet de huisarts of specialist van de (aspirant-)verzekerde zijn of zijn geweest, noch anderszins een nauwe relatie met de (aspirant-)verzekerde hebben of hebben gehad.

De keurend arts doet geen uitspraken over de – mogelijke – consequenties die de verzekeraar aan de betreffende keuring verbindt of zal verbinden. Een keurend arts mag niet bij dezelfde keuringsprocedure tevens optreden als geneeskundig adviseur.

De keurend arts dient zich te vergewissen van de identiteit van de (aspirant-)verzekerde aan de hand van een officieel legitimatiebewijs.

Toelichting

De keurend arts moet vrij zijn zelfstandig naar medisch inzicht te handelen conform de voor de beroepsgroep geldende regels. De verzekeraar verplicht zich de keurend arts hiertoe alle vrijheid te bieden en hem te ondersteunen bij het dienovereenkomstig verrichten van zijn werkzaamheden.

Ten behoeve van de objectiviteit en ter voorkoming van inbreuken op een aanwezige vertrouwensrelatie dient de keurend arts niet de – voormalig – behandelend arts van de (aspirant-)verzekerde te zijn. Bij een nauwe relatie kan worden gedacht aan de vaste sportarts van een (aspirant-)verzekerde die sporter is of aan keuring van een familielid. De verzekeraar kan de (aspirant-)verzekerde de keuze bieden uit verschillende keuringsartsen. De keurend arts beïnvloedt de (aspirant-)verzekerde niet in de beantwoording van vragen en hij doet geen uitspraak omtrent de acceptatie van de verzekering.

Artikel 10: medische gegevens

Rapporten van een keurend arts, een gezondheidsverklaring, alsmede informatie uit de behandelende sector worden opgenomen in het medisch dossier dat onder verantwoordelijkheid van de geneeskundig adviseur wordt bewaard.

De verzekeraar draagt er zorg voor dat de medische gegevens op zorgvuldige wijze worden bewaard in de organisatie en wel zodanig dat geheimhouding van de inhoud daarvan is verzekerd. Op dit punt is ook van toepassing de Code Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.

De geneeskundig adviseur heeft een geheimhoudingsplicht omtrent de hem toevertrouwde medische gegevens tegenover derden en de medewerkers binnen de functionele eenheid hebben een afgeleide geheimhoudingsplicht van dezelfde omvang.

Medische gegevens mogen bij derden slechts met voorafgaande gerichte schriftelijke machtiging van de (aspirant-)verzekerde worden opgevraagd. Uit de machtiging dient te blijken dat de (aspirant-)verzekerde is geïnformeerd over de aard van de op te vragen medische informatie, alsmede het doel daarvan. Het weigeren van medewerking van de (aspirant-)verzekerde kan ertoe leiden dat de verzekering niet totstandkomt of slechts op beperkende voorwaarden. De verzekeraar dient de (aspirant -)verzekerde uitdrukkelijk op deze consequentie te wijzen en een redelijke termijn te stellen om alsnog de gewenste medewerking te verlenen.

Erfelijkheidgegevens die een (aspirant-)verzekerde met het oog op het afsluiten van een verzekering omtrent hemzelf aan de verzekeraar heeft verstrekt, mogen uitsluitend en alleen m.b.t. de persoon van de keurling worden gebruikt en niet m.b.t. een ander in dezelfde genetische lijn, ook niet met uitdrukkelijke toestemming van de betrokken keurling of enig familielid waarop de gegevens betrekking hebben.

Toelichting

De geneeskundig adviseur moet door de (aspirant-)verzekerde in staat worden gesteld een goed overwogen advies aan de verzekeraar uit te brengen. De (aspirant -)verzekerde moet over de gevolgen van zijn weigering worden geïnformeerd. Van toepassing is de KNMG -richtlijn inzake omgang medische gegevens.

Artikel 11: klachtenprocedure

De (aspirant -)verzekerde dient zich bij voorkeur met klachten inzake het door verzekeraar niet juist toepassen van de wet en het Protocol in eerste instantie te wenden tot het eventueel aanwezige interne klachtenbureau van de betreffende verzekeraar en anders tot de desbetreffende directie.

Indien de klacht niet tot zijn tevredenheid wordt afgehandeld kan de (aspirant -)verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen te Den Haag (Postbus 93560, 2509 AN), waar een klacht tegen de verzekeraar kan worden voorgelegd aan de Ombudsman Verzekeringen.

De Ombudsman Verzekeringen heeft een huishoudelijk reglement dat de (aspirant-)verzekerde op diens verzoek door de Ombudsman Verzekeringen wordt toegezonden. De Ombudsman Verzekeringen stelt zich krachtens zijn reglement tot taak zo mogelijk te bemiddelen in de klacht.

Een klacht moet ook ter beoordeling kunnen worden voorgelegd aan een onafhankelijke Klachtencommissie Verzekeringskeuringen. De Stichting Klachteninstituut Verzekeringen is gevraagd hiervoor een passende voorziening te treffen. Partijen zullen uiterlijk 1 juli 2003 hiervoor met een oplossing komen.

Een klacht met betrekking tot de handelwijze van de keurend arts of geneeskundig adviseur kan ook bij bovengenoemde klachteninstanties worden ingediend, aangezien de keuring onder verantwoordelijkheid van de verzekeraar plaatsvindt. Bovendien kan een klacht worden ingediend bij het Medisch Tuchtcollege.

Toelichting

De (aspirant-)verzekerde kan afhankelijk van de organisatie waartoe degene waarover wordt geklaagd behoort, kiezen uit verschillende klachteninstanties. Voor klachten tegen de verzekeraar is het gewenst eerst de verzekeraar middels een gemotiveerde, schriftelijke klacht in de gelegenheid te stellen zijn standpunt te heroverwegen respectievelijk nader toe te lichten. Daarna kan de klacht, indien niet tot tevredenheid opgelost, worden voorgelegd ter bemiddeling aan het Klachteninstituut, dat zelfstandig en onafhankelijk opereert, bijgestaan door externe deskundigen op actuariael, medisch, arbeidsdeskundig en juridisch gebied.

Artsen vallen onder het wettelijk medisch tuchtrecht.

Artikel 12: aanpassingen

Partijen spreken af om regelmatig overleg te voeren over de werking van het Protocol en om twee jaar na de datum van ondertekening hierover te rapporteren.

Op voorstel van elke ondertekenende partij betrokken bij deze overeenkomst kunnen partijen in onderling overleg deze overeenkomst aanpassen.

Toelichting

De afspraken moeten zo nodig kunnen worden aangepast aan gewijzigde medische inzichten, wettelijke bepalingen en praktische uitvoerbaarheid.

C Moratorium erfelijkheidsonderzoek Verbond van Verzekeraars

Beleid van de arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeraars inzake erfelijkheids-onderzoek

Inleiding

De arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeraars die lid zijn van het Verbond van Verzekeraars hebben in 1990 een moratorium erfelijkheidsonderzoek afgesproken. Daarmee leggen zij zichzelf bij de risicobeoordeling terzake van het afsluiten van verzekeringen beperkingen op. Voordat nader op de inhoud van het moratorium wordt ingegaan, volgt hieronder een aantal belangrijke aspecten met betrekking tot deze risicobeoordeling.

Risicobeoordeling

De wederzijdse wilsovereenstemming tussen de verzekeringsnemer en de verzekeraar is de basis voor de privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst. Beide partijen baseren zich daarbij op risicobeoordeling. Er is bij particulier verzekeren sprake van vrijwillige verzekering: door beide partijen wordt een afweging gemaakt tussen de baten en lasten van verzekeringsdeelname - en daaruit voortvloeiend - het al dan niet sluiten van een verzekering. De premie is afgeleid van de omvang en aard van het risico.

De risicobeoordeling is er op gericht om (a) reeds aanwezige schadefactoren uit te sluiten, (b) zelfselectie te identificeren en (c) een adequate beoordeling van het risico en indeling in gelijksoortige risicogroepen te maken. Dit wordt hieronder toegelicht.

In het Burgerlijk Wetboek wordt de verzekering gedefinieerd als een kansovereenkomst: "een handeling, waarvan de uitkomsten met betrekking tot voordeel en nadeel hetzij voor alle partijen, hetzij voor enige derzelve, van een onzekere gebeurtenis afhangen." Het is dus essentieel dat op het moment waarop de verzekering wordt gesloten, het onzeker is dat, of en wanneer het verzekerde voorval (i.c. arbeidsongeschiktheid of overlijden) zich voordoet tijdens de looptijd van de verzekering.

Inherent aan het vrijwillige karakter van een particuliere verzekering is dat degene die een verhoogd sterfte- of arbeidsongeschiktheidsrisico heeft of dat vermoedt zich eerder zal verzekeren dan degene die een dergelijk verhoogd risico niet heeft of dat niet als zodanig ervaart. Wanneer een verzekeraar zich tegen deze zelfselectie niet beschermt door een eigen risicobeoordeling, ontstaat er een onevenwichtige (financiële) opbouw van de verzekeringsportefeuille door de toestroom van onevenredige veel grotere risico's waarvoor geen toereikend premieniveau kan worden vastgesteld. Een onevenwichtig opgebouwde verzekeringsportefeuille kan resulteren in enerzijds financiële verliezen voor verzekeraars en anderzijds in hogere premies voor nieuwe en - afhankelijk van de soort verzekeringen - bestaande verzekeringen.

In beginsel zal daarom een evenwicht moeten bestaan tussen de ontvangen premies en de toekomstige uitkeringen, aangezien tekorten niet, zoals bij sociale verzekeringen, door een premieverhoging kunnen worden omgeslagen over de polishouders en overeengekomen uitkeringen kunnen niet worden verlaagd. Teneinde toekomstige uitkeringen te kunnen garanderen, dient de verzekeraar daarom een toereikende premie te berekenen. Dit betekent dan ook dat de verzekeraar zich bij persoonsverzekering een goed beeld moet kunnen vormen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

Informatie tussen verzekerde en verzekeraar

Adequate risico-inschatting houdt concreet in dat de verzekeraar wil beschikken over dezelfde gezondheidsinformatie waarover de kandidaat-verzekerde beschikt en dat naar aanleiding van deze informatie of bij een groot verzekerd bedrag de verzekeraar aanvullende informatie of onderzoek kan verlangen. Dit is het algemene uitgangspunt bij keuringspraktijk. Risico-inschatting gebeurt primair op basis van de door de kandidaat-verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring, waarin een aantal vragen over de gezondheid wordt gesteld. Daarnaast kan in aanvulling op de gezondheidsverklaring medewerking aan een medisch onderzoek worden verlangd. Soms worden standaardtests uitgevoerd. Op basis van de verklaring en eventueel medisch onderzoek wordt beoordeeld of en hoe de verzekeringsaanvraag kan worden geaccepteerd.

Moratorium erfelijkheidsonderzoek

Met het moratorium ten aanzien van erfelijkheidsonderzoek hebben verzekeraars aangegeven dat medewerking aan erfelijkheidsonderzoek geen voorwaarde is voor het afsluiten van een verzekering. Evenmin verlangen verzekeraars van kandidaat-verzekerden dat zij het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek melden beneden de grens van f 300.000,- (verzekerd bedrag bij levensverzekering) respectievelijk f 60.000,-/f 40.000,- (eerste/volgende jaarrisico bij arbeidsongeschiktheidsverzekering*). Iemand die reeds de ziekteverschijnselen verbonden aan een erfelijke ziekte heeft, moet dit uiteraard wél melden. De achtergrond van het moratorium is gelegen in de veronderstelling dat het negatief uitwerken van reeds ondergaan of nog te ondergaan erfelijkheidsonderzoek op de toegang tot verzekeringen voor mensen een belemmering zou kunnen opleveren om aan een dergelijk onderzoek mee te doen. De voortgang van de medische technologie zou hierdoor gevaar kunnen gaan lopen.

In december 1994 heeft het Verbond van Verzekeraars zijn leden geadviseerd het in 1995 aflopende moratorium te verlengen voor onbepaalde tijd, gekoppeld aan een opzeggingstermijn van twee jaar. Tot opzegging zal slechts worden overgegaan indien ontwikkelingen in wetenschap en maatschappij ertoe leiden dat handhaven van het moratorium niet meer verantwoord is.

Tot een dergelijk besluit zal het Verbond van Verzekeraars niet licht komen. Waar het om gaat is dat verzekeraars niet voor lange tijd in een situatie terecht willen komen waar genetisch onderzoek algemeen aanvaard is en gebruikt wordt, terwijl verzekeraars door het moratorium deze informatie niet mogen gebruiken. In zo'n situatie zal het hiervoor besproken verschijnsel van zelfselectie op grote schaal

gaan optreden, met alle nadelige, financiële, gevolgen voor verzekerden en verzekeraars nadien.

Overigens doet zich een dergelijke ontwikkeling in wetenschap en maatschappij ten aanzien van erfelijkheidsonderzoek niet plotseling voor; in de contacten tussen het Verbond van Verzekeraars, de Tweede Kamer, de betrokken ministeries en de patiëntenorganisaties (Breed Platform, VSOP, NVHP) wordt dit nauwkeurig gevolgd. De ruime opzegtermijn van twee jaar van het moratorium is bedoeld om een ieder de gelegenheid te geven zich te beraden op de gevolgen van een eventuele opzegging van het moratorium.

Definitie erfelijkheidsonderzoek

In de praktijk is gebleken dat de term 'erfelijkheidsonderzoek' vragen oplevert. Het Verbond van Verzekeraars verstaat naar de huidige stand van zaken onder 'erfelijkheidsonderzoek': onderzoek door of via een arts op chromosomaal of DNA-niveau naar erfelijke eigenschappen.

Relatie familie-anamnese tot het moratorium

Het aanvraagformulier voor een arbeidsongeschiktheids- of levensverzekering bevat een vraag naar de in de familie voorkomende ziekten. Dit is de familie-anamnese. Deze vraag is voor verzekeraars van belang voor het beoordelen van de aanvraag van een verzekering. Eerder verricht erfelijkheidsonderzoek van bloedverwanten hoeft men vanuit de achtergrond van het moratorium (tot verzekerde bedragen van f 300.000,- bij levensverzekering respectievelijk f 60.000,-/f 40.000,- bij het eerste/volgende jaarrisico bij arbeidsongeschiktheidsverzekering) dan niet te vermelden. Dat geldt eveneens voor het lijden of overleden zijn aan een ernstige onbehandelbare erfelijke ziekte van bloedverwanten, bijvoorbeeld Huntington en myotone dystrofie.

Alle overige gevraagde informatie moet wel worden gegeven. Als deze los staat van erfelijkheidsonderzoek is zij volstrekt in lijn met de gedachte van het moratorium - het voorkomen van belemmeringen van medische technologie - en van groot belang voor de verzekeraar voor de beoordeling van het risico. Overigens resulteren door middel van de familie-anamnese verstrekte gegevens in de praktijk zelden in onverzekerbaarheid.

Vragen en klachten

Met vragen over het moratorium kunnen (kandidaat-)verzekerden zich wenden tot:
Verbond van Verzekeraars
Postbus 93450
2509 AL DEN HAAG

Met klachten over de toepassing van het moratorium kan men zich wenden tot:

Stichting Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN DEN HAAG

D HIV-gedragscode

24 februari 1993

GEDRAGSCODE inzake het testbeleid op HIV-antistoffen bij de acceptatie van aanvragen voor levensverzekeringen met een overlijdensrisico < f 200.000,- (met ingang van mei 1995 is deze keuringsgrens van f 200.000,- verhoogd naar f 300.000,-) en arbeidsongeschiktheidsverzekering met jaarrenten < f 40.000,- (eerste jaar < f 60.000).

Aanvraagformulier

In de Gezondheidsverklaring behorende bij het formulier voor de aanvraag van een verzekering wordt de zogenaamde bloedvraag als volgt aangepast:

"Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)? Zo ja, waarom, wanneer, waarop en met welk resultaat?"

Voorts kunnen de volgende vragen worden opgenomen:

1. Hebt u Aids?
2. Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?
3. Hebt u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Zo ja, wanneer en in welk land?
4. Gebruikt(e) u in de afgelopen periode van vijf jaren intraveneus drugs? Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt?
5. Wordt u, of bent u de afgelopen periode van vijf jaren behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?

Een nader onderzoek van de kandidaat-verzekerde, waarbij door de geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij, zijnde een arts, om een HIV-test gevraagd kan worden, kan plaatsvinden, indien:

- a. vraag 3 met **JA** is beantwoord en het een land betreft dat voorkomt op de te hanteren lijst (Als landen met in het algemeen veilige bloedtransfusies worden aangemerkt: landen die behoren tot de Europese Gemeenschap en de EFTA, de USA, Canada, Japan, Australië en Nieuw-Zeeland.);
- b. vraag 4 met **JA** is beantwoord en vervolgens is gebleken dat niet-steriele naalden zijn gebruikt;
- c. vraag 5 met **JA** is beantwoord en vervolgens is gebleken dat in de afgelopen periode van vijf jaren een behandeling heeft plaatsgehad wegens een anale gonorrhoe.

De omstandigheden zoals aangegeven bij de punten a. t/m c. waartoe tot een HIV-test kan worden besloten, zullen expliciet worden aangegeven in de toelichting die bij elke Gezondheidsverklaring zal worden verstrekt.

Voorwaarden waaronder een nader onderzoek c.q. een test op HIV-antistoffen plaatsvindt ·

- De geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij verzoekt de kandidaatverzekerde een afspraak te maken met een onderzoekend arts, niet zijnde de huisarts van de kandidaat-verzekerde.
- De geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij verzoekt de onderzoekend arts om een medisch onderzoek gericht op:
 - het uitdiepen van de anamnese;
 - het verrichten van een lichamelijk onderzoek indien de anamnese daartoe aanleiding geeft.
- Slechts de geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij kan besluiten tot een test op HIV-antistoffen.
- Alvorens bloed af te nemen wijst de onderzoekend arts de kandidaat-verzekerde op de volgende punten:
 - de aard van de test;
 - de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op seropositiviteit;
 - dat als de eerste test wijst op seropositiviteit een bevestigingstest zal plaatsvinden.
- Daarbij ondertekent de kandidaat-verzekerde een verklaring waarop hij:
 - aangeeft kennis te hebben genomen van de aard van de test en van de consequenties van een eventuele uitslag die wijst op seropositiviteit;
 - toestemming geeft tot het verrichten van de test;
 - aangeeft er van kennis te hebben genomen dat als de eerste test wijst op seropositiviteit een bevestigingstest zal plaatsvinden;
 - aangeeft dat hij de uitslag van de eerste test c.q. van de bevestigingstest wil vernemen van de onderzoekend arts c.q. een andere door hem aangegeven arts;
 - ermee instemt dat de geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij over de uitslag van de eerste test c.q. de bevestigingstest wordt geïnformeerd, tenzij de kandidaat-verzekerde zijn aanvraag voor een verzekering wenst in te trekken.
- Indien ook de bevestigingstest op seropositiviteit wijst, licht de onderzoekend arts in het voorkomende geval de arts genoemd in de verklaring van de kandidaatverzekerde in. De kandidaat-verzekerde wordt door de onderzoekend arts c.q. de arts genoemd in de verklaring van de kandidaat-verzekerde op de hoogte gesteld van de uitslag. Indien de bevestigingstest op seropositiviteit wijst vindt, indien de kandidaatverzekerde daarom verzoekt, eenmaal een herhalingstest plaats voordat het resultaat van de test aan de geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij wordt meegedeeld.

E Gezondheidsverklaring en toelichting

Gezondheidsverklaring

Polisnummer

Naam verzekerde

Waarom dit formulier?

Bij een aanvraag van een levens- of een arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt u als verzekerde deze gezondheidsverklaring. U vult op dit formulier uw medische gegevens in. Vervolgens adviseert de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar of, en op welke voorwaarden de verzekering kan worden geaccepteerd. Lees vóór het invullen de Toelichting bij de gezondheidsverklaring.

Invullen van de vragen

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt, moet u ook een toelichting geven. Heeft u daarvoor meer ruimte nodig? Vervolg dan op een apart vel. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort. Bij vraag 3 moet u echter een toelichting geven op de bijgevoegde bijlage.

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat de verzekeraar een verzoek om premievrijstelling afwijst of een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.

Als uw gezondheidstoestand verandert

Als uw gezondheidstoestand verandert na het invullen van dit formulier, maar vóórdat de verzekering totstandkomt, dan moet u dit direct aan de verzekeraar doorgeven. Definitieve acceptatie blijkt uit een definitieve acceptatiebevestiging van de verzekeraar of uit een polis of acceptatieblad dat u wordt toegestuurd. Lees verder de Toelichting onder het kopje 'Als uw gezondheidstoestand verandert'.

1 Algemene gegevens									
Wie wordt de verzekerde?									
Naam	<input type="text"/> <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw								
← Voornamen	<input type="text"/>								
Adres	<input type="text"/>								
Postcode	<input type="text"/> Woonplaats <input type="text"/>								
Geboortedatum	<input type="text"/>								
Beroep	<input type="text"/>								
Waaruit bestaan uw beroeps- werkzaamheden?	<input type="text"/>								
Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week?	<input type="text"/> uur								
De werkzaamheden bestaan uit:	<table border="0"> <tr> <td>Handenarbeid</td> <td><input type="text"/> uur</td> <td>Administratie</td> <td><input type="text"/> uur</td> </tr> <tr> <td>Leiding geven/toezicht houden</td> <td><input type="text"/> uur</td> <td>Reizen</td> <td><input type="text"/> uur</td> </tr> </table>	Handenarbeid	<input type="text"/> uur	Administratie	<input type="text"/> uur	Leiding geven/toezicht houden	<input type="text"/> uur	Reizen	<input type="text"/> uur
Handenarbeid	<input type="text"/> uur	Administratie	<input type="text"/> uur						
Leiding geven/toezicht houden	<input type="text"/> uur	Reizen	<input type="text"/> uur						
Sinds wanneer?	<input type="text"/>								
Wie is uw huisarts?	<input type="text"/>								
Adres	<input type="text"/>								
Postcode	<input type="text"/> Woonplaats <input type="text"/>								
2 Persoonlijke gezondheidsgegevens									
Wat is uw lengte?	<input type="text"/> cm								
Wat is uw gewicht?	<input type="text"/> kg								
Rookt u of heeft u gerookt?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → Vanaf welke leeftijd? <input type="text"/> Tot wanneer? <input type="text"/> Wat rookt(e) u? <input type="text"/> Hoeveel rookt(e) u per dag? <input type="text"/>								
Drinkt u alcoholische dranken?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag? <input type="text"/> Welke drank(en)? <input type="text"/>								
Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	<input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → Vanaf welke leeftijd? <input type="text"/> Tot wanneer? <input type="text"/> Welke drugs? <input type="text"/> Hoe vaak gebruikt(e) u gemiddeld per week? <input type="text"/>								

Gezondheidsverklaring

3 Uw gezondheidstoestand

Heeft u hiernaast een of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.

← Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

Let op!
U moet ook een rubriek aankruisen als u:
- een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd;
- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

- A ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid?
- B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout?
- C verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten?
- D verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen?
- E aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie?
- F aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier?
- G aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen?
- H goed- of kwaadaardige zwelling of tumor; kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede?
- I aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI?
- J huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie?
- K neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen?
- L ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst?

Heeft u hierboven een of meer categorieën aangekruist? Nee

Ja → Vul de bijlage bij vraag 3 in

4 Werkzaamheden

Heeft u de laatste 5 jaar twee weken of langer achtereen geheel of gedeeltelijk niet kunnen werken?

Nee

Ja → Hoe lang heeft u niet gewerkt?

Waarom heeft u niet gewerkt?

Wanneer was dit?

Is dit nog het geval?

Werkt u thans volledig?

Ja

Nee

Zijn of waren er onderdelen van uw werk die u door de bij vraag 3 ingevulde aandoening, ziekte of gebrek niet kunt of kon uitvoeren (hier vallen ook klachten onder)?

Nee

Ja → Welke taken kunt u niet uitvoeren?

Sinds wanneer?

Is dit nu nog het geval? Nee Ja

Bent u door een bij vraag 3 ingevulde aandoening geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt (geweest)?

Nee

Ja → Sinds wanneer bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt?

Voor welk percentage bent u arbeidsongeschikt?

Hoe lang?

Bent u als gevolg van de aandoening ooit op medische gronden afgekeurd?

Nee

Ja → Wanneer bent u afgekeurd?

Om welke reden?

Door welke instantie?

Gezondheidsverklaring	
5	<p>Bloedonderzoek</p> <p>Is uw bloed wel eens onderzocht op bijvoorbeeld bloedarmoede, bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijvoorbeeld cholesterol) of geelzucht (hepatitis)?</p> <p><input type="radio"/> Nee</p> <p><input type="radio"/> Ja → <i>Waarom werd uw bloed onderzocht?</i> _____</p> <p><i>Waarop werd uw bloed onderzocht?</i> _____</p> <p><i>Wanneer vond dit onderzoek plaats?</i> _____</p> <p><i>Wat was het resultaat?</i> _____</p>
6	<p>Aids en HIV</p> <p>Heeft u aids? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p>Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja</p> <p>← Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → <i>Wanneer</i> _____ <i>In welk land?</i> _____</p> <p>← Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → <i>Heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt?</i> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee</p> <p>← Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → <i>Welke aandoening?</i> _____</p>
7	<p>Gehoor en gezichtsvermogen</p> <p>Heeft u een gehoorstoornis? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Beide oren</p> <p><i>Wat is de oorzaak?</i> _____</p> <p>Heeft u een stoornis in het gezichtsvermogen? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Beide ogen</p> <p><i>Wat is de oorzaak?</i> _____</p> <p>Draagt u een bril of contactlenzen sterker dan -8? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja → <i>Sterkte links</i> _____ <i>Sterkte rechts</i> _____</p>

Als u een van deze vragen met 'ja' beantwoordt, kan een HIV-test deel uitmaken van de aanvullende medische keuring. U kunt in de Toelichting lezen onder welke voorwaarden dit het geval is.

Bijlage

Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 heeft aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum

← Vul dit formulier voor elke aandoening in. Heeft u meer dan één aandoening? Vraag dan een extra bijlage aan.

Letter van de rubriek vraag 3

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden?

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen?

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

Nee

Ja → Wanneer bezocht u uw huisarts?

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Arts of hulpverlener

Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau-medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?

Nee

Ja → Welke arts of hulpverlener heeft u bezocht (naam en specialisme)?

Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener?

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Heeft u nog klachten?

Nee Ja

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

Nee

Ja → Welke medicijnen zijn voorgeschreven?

Gebruikt u deze nog? Ja → In welke dosering?

Nee → Sinds wanneer gestopt?

Ziekenhuisopname

Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting?

Nee

Ja → Wanneer bent u opgenomen?

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Bent u geopereerd?

Nee

Ja → Wanneer bent u geopereerd?

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Blijvende gevolgen na een ongeval

Is de aandoening, ziekte of gebrek, alsmede klacht, het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden?

Nee

Ja → Wanneer gebeurde dit ongeval?

Wat zijn de medische gevolgen ervan?

Bijlage

Vul voor elke aandoening die u bij vraag 3 heeft aangekruist deze bijlage in. Vermeld de letter van de categorie en aan welke aandoening, ziekte of gebrek of klachten daaronder begrepen u lijdt of heeft geleden.

Bijlage bij vraag 3 van de gezondheidsverklaring

Naam verzekerde

Geboortedatum

← Vul dit formulier voor elke aandoening in. Heeft u meer dan één aandoening? Vraag dan een extra bijlage aan.

Letter van de rubriek vraag 3

Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden?

In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen?

t/m

Huisarts

Heeft u hiervoor de laatste 3 jaar een huisarts geraadpleegd?

Nee

Ja → Wanneer bezocht u uw huisarts?

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Arts of hulpverlener

Heeft u hiervoor een van de volgende artsen of hulpverleners bezocht: medisch specialist, fysiotherapeut, manueel therapeut, consultatiebureau-medewerker, psycholoog, psychotherapeut, beoefenaar van een alternatieve geneeswijze zoals homeopathie, acupunctuur?

Nee

Ja → Welke arts of hulpverlener heeft u bezocht (naam en specialisme)?

Wanneer bezocht u deze arts of hulpverlener?

Staat u nog onder controle?

Nee Ja

Heeft u nog klachten?

Nee Ja

Medicijnen

Heeft een van uw artsen u hiervoor medicijnen voorgeschreven?

Nee

Ja → Welke medicijnen zijn voorgeschreven?

Gebruikt u deze nog? Ja → In welke dosering?

Nee → Sinds wanneer gestopt?

Ziekenhuisopname

Bent u hiervoor opgenomen (geweest) in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting?

Nee

Ja → Wanneer bent u opgenomen?

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Bent u geopereerd?

Nee

Ja → Wanneer bent u geopereerd?

In welk ziekenhuis?

Door welke arts bent u behandeld (naam en specialisme)?

Blijvende gevolgen na een ongeval

Is de aandoening, ziekte of gebrek, alsmede klacht, het gevolg van een ongeval waaraan u blijvend lichamelijke of psychische gevolgen heeft overgehouden?

Nee

Ja → Wanneer gebeurde dit ongeval?

Wat zijn de medische gevolgen ervan?

Gezondheidsverklaring

8 Vragen over uw familieleden

Lees de Toelichting over wat u moet vermelden over erfelijkheids-onderzoek.

← Heeft uw vader, moeder en/of broers of zusters geleden (of lijdt nog) aan hart- en vaatziekten, suikerziekte, hoge bloeddruk of aandoeningen van psychische aard?

Nee Ja → Vul dan onderstaande vragen in

	Hart- en vaatziekten	Suikerziekte	Hoge bloeddruk	Aandoening van psychische aard
Vader				
Welke aandoening?				
Vanaf welke leeftijd?				
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?				
Moeder				
Welke aandoening?				
Vanaf welke leeftijd?				
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?				
Broer/zus				
Welke aandoening?				
Vanaf welke leeftijd?				
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?				
Broer/zus				
Welke aandoening?				
Vanaf welke leeftijd?				
Indien overleden aan deze aandoening: op welke leeftijd?				

9 Ondertekening

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid

of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats Datum

Handtekening verzekerde (bij minderjarigheid: ouder/voogd) Aantal bijlagen

U kunt dit formulier ook rechtstreeks inzenden aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar onder vermelding van het woord 'vertrouwelijk' op de envelop.

Ruimte bestemd voor geneeskundig adviseur

Toelichting bij de gezondheidsverklaring

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal

Is u iets niet duidelijk? Neem contact op met de verzekeraar.

Medische gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering kunt afsluiten, en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u naast uw aanvraagformulier ook medische gegevens verstrekt. De benodigde medische gegevens moet u invullen op de *gezondheidsverklaring*. De geneeskundig adviseur van de verzekeraar geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan de verzekeraar. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de geneeskundig adviseur de verzekeraar adviseren een hogere premie dan normaal te vragen en/of aanvullende voorwaarden te stellen. Hij kan zelfs helemaal afwijzend adviseren.

Vragengrens

De gezondheidsverklaring biedt de geneeskundig adviseur doorgaans voldoende informatie om een advies te kunnen geven voor een 'gewone' levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering. Onder gewoon wordt hier bedoeld: een verzekering tot de vragengrens.

De vragengrens heeft te maken met de hoogte van het verzekerde bedrag van de verzekering:

- € 160.000 bij levensverzekeringen en bestaat uit het totaal van de uitkering bij overlijden van de aangevraagde verzekering inclusief eventueel elders aangevraagde verzekeringen, en andere levensverzekeringen die u in de afgelopen drie jaar heeft gesloten;
- € 32.000 voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid voorzien in een uitkering;
- € 22.000 voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid voorzien in een uitkering.

Medische gegevens vertrouwelijk

Uw medische gegevens worden, samen met eventuele andere medische stukken in een afzonderlijk archief in een medisch dossier bewaard. Medische gegevens zijn vertrouwelijk en worden ook als zodanig behandeld. Dat wil zeggen dat ze in principe alleen voor de geneeskundig adviseur toegankelijk zijn. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om uw medische gegevens ook voor te leggen aan de geneeskundig adviseur van een herverzekeringsmaatschappij. In wet- en regelgeving is vastgelegd wat wel en niet mag met medische gegevens van een verzekerde. Die bepalingen zijn uitgewerkt in onder andere de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' en in het Protocol Verzekeringskeuringen. Daaraan moeten verzekeraars en geneeskundig adviseurs zich houden. Zowel de gedragscode als het protocol zijn op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars, telefoon (070) 3338777 of via de website: www.verzekeraars.nl.

Als uw gezondheidstoestand verandert: melden tot definitieve acceptatie

Er zit meestal enige tijd tussen het moment waarop u de gezondheidsverklaring invult en het moment waarop de verzekeraar laat weten uw aanvraag te accepteren/weigeren. In die periode kan uw gezondheid veranderen (verbeteren of verslechteren). U moet die verandering doorgeven aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Daarvoor zijn twee redenen.

De eerste is dat de verandering van uw gezondheid van invloed kan zijn op de beoordeling van uw aanvraag. Is uw gezondheid verslechterd, dan moet de geneeskundig adviseur daarmee rekening houden bij zijn advies aan de verzekeraar.

De tweede reden om een verandering in uw gezondheid te melden is misschien nog wel belangrijker: geeft u dit niet door, dan maakt u zich schuldig aan verzuiming. U loopt dan de kans dat u geen uitkering en/of premievrijstelling krijgt als het erop aan komt. U heeft dan voor niets premie betaald.

Zodra de verzekeraar u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd, vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden. Definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingbevestiging die u wordt toegestuurd.

Let op: de verzekeraar kan u ook laten weten dat u voorlopig bent geaccepteerd. Ook dan bent u verplicht veranderingen in uw gezondheid door te geven.

Advies geneeskundig adviseur en bezwaar

U heeft het recht als eerste te horen hoe het advies van de geneeskundig adviseur luidt. U moet dat wel vooraf schriftelijk vragen. Dat doet u door bij

de gezondheidsverklaring een briefje mee te sturen aan de geneeskundig adviseur waarin u aangeeft dat u het advies als eerste wilt ontvangen.

U kunt de geneeskundig adviseur vervolgens verzoeken de verzekeraar niet op de hoogte te brengen van zijn advies. Bijvoorbeeld als er in staat dat er een hogere premie en/of strengere voorwaarden moet/moeten worden vastgesteld. Het zal duidelijk zijn dat in dat geval geen verzekering mogelijk is. Anders gezegd: zonder advies – geen verzekering.

Stuurt u de (ingevulde en ondertekende) gezondheidsverklaring in, dan gaat de verzekeraar ervan uit dat u geen bezwaar maakt tegen de verwerking van de door u ingevulde gegevens. Heeft u daar echter wel bezwaar tegen, dan moet u de gezondheidsverklaring niet insturen. Maar ook in dat geval geldt weer: geen gegevens – geen verzekering.

Meer informatie:

HIV-test

Om een goed advies te kunnen opstellen, kan het zijn dat de geneeskundig adviseur meer over uw gezondheid wil weten dan wat u aan gegevens verstrekt in de gezondheidsverklaring, zoals extra informatie van uw behandelend(e) arts(en). Misschien kan ook een aanvullende medische keuring of een HIV-test daar deel van uitmaken. Dit gebeurt alleen met uw toestemming.

De geneeskundig adviseur kan om een HIV-test vragen als u **ja** heeft geantwoord bij een (of meer) van de laatste drie vragen onder vraag 6 op de gezondheidsverklaring. Een HIV-test hoeft u volgens de HIV-gedragscode alleen te ondergaan als u:

- een bloedtransfusie heeft ondergaan in een ander land dan de hierna volgende: de landen die deel uitmaken van de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland, de VS, Canada, Japan, Australië en Nieuw-Zeeland; of
 - intraveneus drugs (heeft) gebruikt en daarbij niet altijd steriel materiaal (heeft) gebruikt; of
 - in de afgelopen vijf jaar bent behandeld wegens anale gonorrhoe.
- Heeft u alle vragen over aids en HIV onder vraag 6 op de gezondheidsverklaring met **nee** beantwoord, of blijkt uit een HIV-test dat u niet seropositief bent, dan kan de verzekeraar de verzekering op dit punt zonder problemen accepteren.

HIV-gedragscode

Bij een HIV-test geldt een aantal voorwaarden die zijn opgenomen in de HIV-gedragscode. Die kunt u opvragen via de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl.

Erfelijke aandoeningen

In de gezondheidsverklaring wordt niet uitdrukkelijk gevraagd naar verricht erfelijkheidsonderzoek van uzelf of uw familie. Wel worden onder vraag 8 enige vragen gesteld naar een aantal in uw familie eventueel voorkomende ziekten. Wilt u een verzekering onder de vragengrens, dan moet u toch bepaalde informatie geven over de uitkomsten van erfelijkheidsonderzoek dat op uzelf betrekking heeft:

- als daarbij bij u de diagnose van een erfelijke ziekte is gesteld, én de ziekte zich heeft geopenbaard;
 - als u op grond van een genetische diagnose een preventieve behandeling ondergaat (of heeft ondergaan). Bijvoorbeeld een preventieve behandeling tegen borstkanker na een erfelijkheidsonderzoek.
- Deze informatie geeft u aan in de bijlage bij vraag 3.

Let op: wordt u om extra medische informatie gevraagd, dan hoeft u die niet te geven als u dat niet wilt. U hoeft ook geen (aanvullend) medisch onderzoek te ondergaan als u dat niet wilt. Maar ook dan kan de verzekeraar afzien van acceptatie.

Boven vragengrens

Wie een verzekering met hogere bedragen, dus boven de vragengrens, wil afsluiten, kan ook om meer informatie worden gevraagd, bijvoorbeeld aangevuld met een medisch onderzoek, of met uw toestemming van extra informatie die van uw behandelend arts komt. Ook zullen dan bloedonderzoek en een HIV-test tot de mogelijkheden behoren.

Bij een verzekering boven de vragengrens (zie het kader Vragengrens) bent u verplicht bepaalde informatie over erfelijkheid te verstrekken. Is er erfelijkheidsonderzoek verricht bij u naar aanleiding van aandoeningen in uw familie of zijn er bij u en/of bij uw familieleden erfelijke ziekten vastgesteld, dan moet u de resultaten van onderzoek of de aanwezigheid van de aandoening meedelen. Het doet er in dit geval niet toe of de betreffende aandoening zich al bij u en/of uw familie heeft geopenbaard; in beide gevallen moet u dit melden. Deze informatie geeft u eveneens aan in de aparte bijlage bij vraag 3 bij de gezondheidsverklaring.

F Topiclijsten

Topiclijst geneeskundig adviseur

Introductie: (5 min)

In 2006 wordt de WMK in de politiek geëvalueerd. Het Verbond van Verzekeraars heeft TNO gevraagd onderzoeken te doen naar de implementatie van het Protocol verzekeringskeuringen bij verzekeringsmaatschappijen. Dit onderzoek is er onder andere op gericht te ontdekken op welke manier dit proces nog verbeterd kan worden. Hiervoor worden medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers van 5 verzekeringsmaatschappijen geïnterviewd; in totaal worden dus 20 mensen geïnterviewd.

Dit interview heeft betrekking op de procedures rondom medische keuringen voor Levensverzekeringen (of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen). In het gesprek houd ik de volgende volgorde van vragen aan: eerst vraag ik u feitelijke informatie over de hoe u zelf in de praktijk te werk gaat m.b.t. verzekeringskeuringen en daarna stel ik u vragen over de manier waarop het Protocol is ingevoerd in uw organisatie. Ik wil eindigen met wat uitgebreider stil te staan bij uw mening over het Protocol en knelpunten en verbeterpunten

Wij willen dit gesprek graag opnemen; deze opname is niet toegankelijk voor derden. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Heeft u bezwaar tegen deze opname?

Met 'het Protocol' bedoelen we de regelgeving, procedures en informatieverstrekking rond medische keuringen en in het bijzonder de nieuwe gezondheidsverklaring die in 2004 is ingevoerd.

1 Het Protocol (5 min)

- a Op welke manier bent u in aanraking gekomen met het Protocol verzekeringskeuringen? (beroepsvereniging)
 - i Bent u betrokken geweest bij de implementatie van het Protocol? Op welke manier?
- b Wat vindt u van het Protocol?
 - i Onderschrijft u de beschreven werkwijze?
 - ii Zijn de procedures voldoende helder beschreven?
- c Is er een groot verschil tussen de werkwijze zoals beschreven in het Protocol en de manier van werken voor de invoering? (o.a. administratieve procedures en de inhoudelijke aspecten van het Protocol, zoals risico beoordeling)

2 Individuele werkwijze m.b.t. keuringen bij aanvragen voor LV/AOV (35 min)

- a Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een aanvraag onder de vragengrens?
CHECKLIST
- b Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een aanvraag boven de vragengrens?
CHECKLIST

Doorvragen:

- i Welke procedures volgt u? (altijd gebruikt, helder, werkbaar, mening hierover?)
- ii Hoe en wanneer wordt de aspirant verzekerde geïnformeerd over de procedure, doel en inhoud van het onderzoek; zijn/haar rechten en plichten? Wat is de rol van de tussenpersoon hierbij?
- iii Welke taakverdeling bestaat er tussen u en de medisch acceptanten?

(verschil of je in dienst bent van de org. of extern werkt)

3 Implementatie en organisatie (10 min)

- a Hoe is het Protocol verzekeringskeuringen bij uw organisatie ingevoerd?
 - i Bent u bij de implementatie betrokken geweest? Op welke manier?
 - ii Is dit volgens een vooropgezet plan gebeurd? Wat ging goed? Wat kan beter? Hoe lang heeft het geduurd voordat alles op orde was?
 - iii Zijn er volgens u voldoende aanpassingen in de organisatie doorgevoerd om met het Protocol te kunnen werken? (administratie; automatisering; afstemming met andere afdelingen)
 - iv Wordt de werkwijze volgens het Protocol binnen de organisatie gemonitord? Zo ja, op welke wijze?

4 Knelpunten en verbeterpunten (10 min)

- a Waar loopt u in uw dagelijkse werk tegenaan? Wat zou er beter kunnen?
- b Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het werken met het Protocol, en de consequenties daarvan?
 - i Voor u (risico's inschatten; acceptatiebeleid; administratie)?
 - ii Voor de organisatie?
 - iii Voor de aspirant verzekerde?
- c Acht u zichzelf in staat om te werken volgens het Protocol?
 - i Eigen zekerheid: heeft u behoefte aan een training/begeleiding?
 - ii Organisatie: zijn er faciliteiten die het werken met het Protocol ondersteunen?
- d Vindt u dat u door uw management en/of collega's voldoende wordt ondersteund in het werken met het Protocol?
 - i Waaruit blijkt dit?

Mag ik eventueel contact met u opnemen als bepaalde zaken mij nog onduidelijk zijn?

Van dit interview wordt een kort verslag gemaakt. Ik stuur u dit verslag toe (per mail) en ik zou het erg op prijs stellen al u het verslag door wil nemen. Mochten er onjuistheden in staan dan verzoek ik u hierover contact met mij op te nemen. In het definitieve rapport naar het verbond zullen de gegevens geanonimiseerd worden.

Topiclijst medisch acceptant

Introductie: (5 min)

In 2006 wordt de WMK in de politiek geëvalueerd. Het Verbond van Verzekeraars heeft TNO gevraagd onderzoeken te doen naar de implementatie van het Protocol verzekeringskeuringen bij verzekeringsmaatschappijen. Dit onderzoek is er onder andere op gericht te ontdekken op welke manier dit proces nog verbeterd kan worden. Hiervoor worden medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers van 5 verzekeringsmaatschappijen geïnterviewd; in totaal worden dus 20 mensen geïnterviewd.

Dit interview heeft betrekking op de procedures rondom medische keuringen voor Levensverzekeringen (of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen). In het gesprek houd ik de volgende volgorde van vragen aan: eerst vraag ik u feitelijke informatie over de hoe u zelf in de praktijk te werk gaat m.b.t. verzekeringskeuringen en daarna stel ik u vragen over de manier waarop het Protocol is ingevoerd in uw organisatie. Ik wil eindigen met wat uitgebreider stil te staan bij uw mening over het Protocol en knelpunten en verbeterpunten

Wij willen dit gesprek graag opnemen; deze opname is niet toegankelijk voor derden. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Heeft u bezwaar tegen deze opname?

Met 'het Protocol' bedoelen we de regelgeving, procedures en informatieverstrekking rond medische keuringen en in het bijzonder de nieuwe gezondheidsverklaring die in 2004 is ingevoerd.

1 Het Protocol (5 min)

- a Op welke manier bent u in aanraking gekomen met het Protocol verzekeringskeuringen? (beroepsvereniging)
 - i Bent u betrokken geweest bij de implementatie van het Protocol? Op welke manier?
- b Wat vindt u van het Protocol?
 - i Onderschrijft u de beschreven werkwijze?
 - ii Zijn de procedures voldoende helder beschreven?
- c Is er een groot verschil tussen de werkwijze zoals beschreven in het Protocol en de manier van werken voor de invoering? (o.a. administratieve procedures en de inhoudelijke aspecten van het Protocol, zoals risico beoordeling)

2 Individuele werkwijze m.b.t. keuringen bij aanvragen voor LV/AOV (35 min)

- a Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een aanvraag onder de vragengrens?
CHECKLIST
- b Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een aanvraag boven de vragengrens?
CHECKLIST

Doorvragen:

- i Welke procedures volgt u? (altijd gebruikt, helder, werkbaar, mening hierover?)
- ii Hoe en wanneer wordt de aspirant verzekerde geïnformeerd over de procedure, doel en inhoud van het onderzoek; zijn/haar rechten en plichten? Wat is de rol van de tussenpersoon hierbij?
- iii Welke taakverdeling bestaat er tussen u en de medisch acceptanten?

(verschil of je in dienst bent van de org. of extern werkt)

3 Implementatie en organisatie (10 min)

- a Hoe is het Protocol verzekeringskeuringen bij uw organisatie ingevoerd?
- i Bent u bij de implementatie betrokken geweest? Op welke manier?
 - ii Is dit volgens een vooropgezet plan gebeurd? Wat ging goed? Wat kan beter? Hoe lang heeft het geduurd voordat alles op orde was?
 - iii Zijn er volgens u voldoende aanpassingen in de organisatie doorgevoerd om met het Protocol te kunnen werken? (administratie; automatisering; afstemming met andere afdelingen)
 - iv Wordt de werkwijze volgens het Protocol binnen de organisatie gemonitord? Zo ja, op welke wijze?

4 Knelpunten en verbeterpunten (10 min)

- a Waar loopt u in uw dagelijkse werk tegenaan? Wat zou er beter kunnen?
- b Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het werken met het Protocol, en de consequenties daarvan?
- i Voor u (risico's inschatten; acceptatiebeleid; administratie)?
 - ii Voor de organisatie?
 - iii Voor de aspirant verzekerde?
- c Acht u zichzelf in staat om te werken volgens het Protocol?
- i Eigen zekerheid: heeft u behoefte aan een training/begeleiding?
 - ii Organisatie: zijn er faciliteiten die het werken met het Protocol ondersteunen?
- d Vindt u dat u door uw management en/of collega's voldoende wordt ondersteund in het werken met het Protocol?
- i Waaruit blijkt dit?

Mag ik eventueel contact met u opnemen als bepaalde zaken mij nog onduidelijk zijn?

Van dit interview wordt een kort verslag gemaakt. Ik stuur u dit verslag toe (per mail) en ik zou het erg op prijs stellen al u het verslag door wil nemen. Mochten er onjuistheden in staan dan verzoek ik u hierover contact met mij op te nemen. In het definitieve rapport naar het verbond zullen de gegevens geanonimiseerd worden.

Topiclijst manager

In 2006 wordt de WMK in de politiek geëvalueerd. Het Verbond van Verzekeraars heeft TNO gevraagd onderzoeken te doen naar de implementatie van het Protocol verzekeringskeuringen bij verzekeringsmaatschappijen. Dit onderzoek is er onder andere op gericht te ontdekken op welke manier dit proces nog verbeterd kan worden. Hiervoor worden medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers van 5 verzekeringsmaatschappijen geïnterviewd; in totaal worden dus 20 mensen geïnterviewd.

Dit interview heeft betrekking op de procedures rondom medische keuringen voor levensverzekeringen of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. In het gesprek houd ik de volgende volgorde van vragen aan: eerst stel ik u vragen over de manier waarop het Protocol is ingevoerd in uw organisatie en daarna vraag ik u feitelijke informatie over de hoe uw organisatie in de praktijk te werk gaat m.b.t. verzekeringskeuringen. Ik wil eindigen met wat uitgebreider stil te staan bij uw mening over het Protocol en knelpunten en verbeterpunten

Wij willen dit gesprek graag opnemen; deze opname is niet toegankelijk voor derden. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Heeft u bezwaar tegen deze opname?

Met 'het Protocol' bedoelen we de regelgeving, procedures en informatieverstrekking rond medische keuringen en in het bijzonder de nieuwe gezondheidsverklaring die in 2004 is ingevoerd.

1 Implementatie en Organisatie (25 min)

- a Op welke manier bent u in aanraking gekomen met het Protocol verzekeringskeuringen?
 - i Bent u betrokken geweest bij de implementatie van het Protocol in uw organisatie? Op welke manier?

- b Hoe is het Protocol verzekeringskeuringen bij uw organisatie ingevoerd?
 - i Is dit volgens een vooropgezet plan gebeurd?
 - ii Wanneer is het Protocol (formeel) ingevoerd? Hoe lang heeft het geduurd voordat alles op orde was?
 - iii Wat ging goed tijdens de implementatie?
 - iv Wat had volgens u beter gekund?
 - v Zijn er volgens u voldoende aanpassingen in de organisatie doorgevoerd om met het Protocol te kunnen werken? (administratie; automatisering; afstemming met andere afdelingen)
 - vi Wordt de werkwijze volgens het Protocol binnen de organisatie gemonitord? Zo ja, op welke wijze?

- c Hoe werkt uw organisatie met het Protocol verzekeringskeuringen?
 - i Is er een groot verschil tussen de werkwijze zoals beschreven in het Protocol en de manier van werken voor de invoering? (administratieve procedures en de inhoudelijke aspecten van het Protocol, zoals risico beoordeling)
 - ii Hoe garandeert uw organisatie de geheimhouding van de medische informatie van de aspirant verzekerde (GV en eventueel aanvullende informatie van een arts of uit de medische keuring)?

- d Wat vindt u van het Protocol?
 - i Onderschrijft u de beschreven werkwijze?
 - ii Zijn de procedures voldoende helder beschreven?

2 Individuele werkwijze m.b.t. keuringen bij aanvragen voor AOV/LV (20 min)

a Kunt u beschrijven hoe de maatschappij te werk gaat bij een aanvraag onder de vragengrens? (CHECKLIST)

b Kunt u beschrijven hoe de maatschappij te werk gaat bij een aanvraag boven de vragengrens? (CHECKLIST)

Door vragen:

- i Welke procedures volgt u? (altijd gebruikt, helder, werkbaar, mening hierover?)
- ii Hoe en wanneer wordt de aspirant verzekerde geïnformeerd over de procedure, doel en inhoud van het onderzoek; zijn/haar rechten en plichten? Wat is de rol van de tussenpersoon hierbij?

(verschil of geneeskundig adviseur in dienst is van de org. of extern werkt)

2 Knelpunten en verbeterpunten (10 min)

a Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het werken met het Protocol, en de consequenties daarvan?

- i Voor u (risico's inschatten; acceptatiebeleid; administratie)?
- ii Voor de organisatie?
- iii Voor de aspirant verzekerde?

b Acht u zichzelf in staat om te werken volgens het Protocol?

- i Eigen zekerheid: heeft u behoefte aan een training/begeleiding?
- ii Organisatie: zijn er faciliteiten die het werken met het Protocol ondersteunen?

c Vindt u dat u door uw management en/of collega's voldoende wordt ondersteund in het werken met het Protocol?

- i Waaruit blijkt dit?

Mag ik eventueel contact met u opnemen als bepaalde zaken mij nog onduidelijk zijn?

Van dit interview wordt een kort verslag gemaakt. Ik stuur u dit verslag toe (per mail) en ik zou het erg op prijs stellen al u het verslag door wil nemen. Mochten er onjuistheden in staan dan verzoek ik u hierover contact met mij op te nemen. In het definitieve rapport naar het verbond zullen de gegevens geanonimiseerd worden.

Topiclijst keurend artsen

Introductie: (5 min)

Introduceer jezelf.

Vragen aan de respondent:

- *Wat is uw achtergrond?*
- *Hoe lang werkt u als keurend arts?*

In 2006 wordt de WMK in de politiek geëvalueerd. Het Verbond van Verzekeraars heeft TNO gevraagd onderzoeken te doen naar de implementatie van het Protocol verzekeringskeuringen bij verzekeringsmaatschappijen. Dit onderzoek is er onder andere op gericht te ontdekken op welke manier dit proces verbeterd kan worden. Hiervoor worden medisch acceptanten, geneeskundig adviseurs, keurend artsen en managers van 5 verzekeringsmaatschappijen geïnterviewd; in totaal worden dus 20 mensen geïnterviewd.

Dit interview heeft betrekking op de procedures rondom medische keuringen voor Levensverzekeringen (of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen). In het gesprek houd ik de volgende volgorde van vragen aan: eerst vraag ik u feitelijke informatie over de hoe u zelf in de praktijk te werk gaat m.b.t. verzekeringskeuringen en daarna stel ik u vragen over de manier waarop het Protocol is ingevoerd in uw organisatie. Ik wil eindigen met wat uitgebreider stil te staan bij uw mening over het Protocol en knelpunten en verbeterpunten

Wij willen dit gesprek graag opnemen; deze opname is niet toegankelijk voor derden. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Heeft u bezwaar tegen deze opname?

Met 'het Protocol' bedoelen we de regelgeving, procedures en informatieverstrekking rond medische keuringen en in het bijzonder de nieuwe gezondheidsverklaring die in 2004 is ingevoerd.

1 Het Protocol (5 min)

- a Bent u op de hoogte van de inhoud van de wet op de medische keuring, het Protocol verzekeringskeuringen en/of de daarbij horende standaard gezondheidsverklaring? Let op: de keurend arts kent het mogelijk niet. Licht dan nog eens de inhoud van het Protocol toe.
- b Als u het Protocol kent:
 - i Op welke manier bent u in aanraking gekomen met het Protocol verzekeringskeuringen? (beroepsvereniging)
 - ii Wat vindt u ervan?

2 Individuele werkwijze m.b.t. keuringen bij aanvragen voor LV/AOV (35 min)

- a Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een gerichte medische keuring (onder de vragengrens)? CHECKLIST
- b Kunt u beschrijven hoe u te werk gaat bij een uitgebreide medische keuring (boven de vragengrens)? CHECKLIST

Doorvragen:

- i Welke procedures volgt u? (altijd gebruikt, helder, werkbaar, mening hierover?)
 - Welke vragenformulieren gebruikt uzelf als keurend arts? Worden hierbij de richtlijnen van het Protocol gevolgd (onder de vragengrens)? Als inzage in de gezondheidsverklaring van de verzekeringsmaatschappij: is dit altijd de juiste?
 - Hoe is geregeld dat aspirant verzekerde gelegenheid krijgt om in hoofdlijnen kennis te nemen van de inhoud van het medisch onderzoek. Hoe geïnformeerd? Taakverdeling tussenpersoon/geneeskundig adviseur en keurend arts? Is beneden de vragengrens altijd sprake van een gerichte keuring? Informeert u altijd de aspirant-verzekerde over de specifieke opdracht van de Geneeskundig Adviseur?
 - Heeft u inzage in aanvullende informatie die door de verzekeringsmaatschappij is opgevraagd bij behandeld artsen?
 - Wanneer wordt een hiv onderzoek gevraagd (onder vragengrens)? Wie doet dat?
- ii Hoe en wanneer wordt de aspirant verzekerde geïnformeerd over de procedure, doel en inhoud van het onderzoek; zijn/haar rechten en plichten? Wat is de rol van de keurend arts, tussenpersoon en geneeskundig adviseur hierbij?
 - Wordt de aspirant verzekerde door de verzekeringsmaatschappij (GA) adequaat geïnformeerd over de beslissing nader medisch onderzoek te verrichten?
 - Hoe wordt verzekerde gewezen op het recht om kennis te nemen van de uitslag van het medisch onderzoek. Wie doet dit? Welke afspraken zijn hierover gemaakt met de verzekeringsmaatschappij? Hoe en door wie wordt de uitslag van het medisch onderzoek gecommuniceerd naar aspirant verzekerde? En naar de GA? Komt het voor dat de keurend arts na afloop van de keuring de aspirant verzekerde een indicatie geeft over het wel of niet geaccepteerd worden voor een verzekering? (uit oz van UM blijkt dat verzekerde het advies van de keurend arts verwacht met het advies van de GA)
 - Hoe wordt de aspirant verzekerde geïnformeerd over de aard en inhoud van de hiv-test en de uitslag hiervan? Welke afspraken zijn hierover gemaakt met de verzekeringsmaatschappij?
- iii Welke taakverdeling bestaat er tussen u en de geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij?
- iv Hoort u achteraf of de persoon die u gekeurd hebt geaccepteerd is voor een verzekering of niet? Zo nee, heeft u behoefte aan dergelijke feedback?
- v Verschilt de geschetste werkwijze over de afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen?

(Besteed aandacht of er verschil bestaat tussen of je in dienst bent van een keuringsinstantie, of dat je als zelfstandige werkt)

3 Implementatie en organisatie (10 min)

- a Indien de persoon al voor 2003 werkzaam was als keurend arts: is er een groot verschil tussen uw werkwijze voordat het Protocol werd ingevoerd en uw huidige manier van werken? (o.a. administratieve procedures zoals bewaren medische gegevens, en de inhoudelijke aspecten van het Protocol, zoals welke onderzoeken wel en niet mogen)

- b Als de persoon werkzaam is bij een keuringsinstantie:
 - i Is de invoering van een eventueel nieuwe werkwijze volgens een vooropgezet plan gebeurd? Wat ging goed? Wat kan beter? Hoe lang heeft het geduurd voordat alles op orde was?
 - ii Zijn er volgens u voldoende aanpassingen in de organisatie doorgevoerd om met het Protocol te kunnen werken? (administratie; automatisering; afstemming met andere afdelingen)
 - iii Wordt de werkwijze volgens het Protocol binnen de organisatie gemonitord? Zo ja, op welke wijze?
- 4 Knelpunten en verbeterpunten (10 min)
 - a Waar loopt u in uw dagelijkse werk tegenaan? Wat zou er beter kunnen?
 - b Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het werken met het Protocol, en de consequenties daarvan?
 - i Voor u (risico's inschatten; acceptatiebeleid; administratie)?
 - ii Voor de organisatie?
 - iii Voor de aspirant verzekerde?
 - c Acht u zichzelf in staat om te werken volgens het Protocol?
 - i Eigen zekerheid: heeft u behoefte aan een training/begeleiding?
 - ii Organisatie: zijn er faciliteiten die het werken met het Protocol ondersteunen?
 - d Vindt u dat u door uw management en/of collega's voldoende wordt ondersteund in het werken met het Protocol?
 - i Waaruit blijkt dit?

Mag ik eventueel contact met u opnemen als bepaalde zaken mij nog onduidelijk zijn?

Van dit interview wordt een kort verslag gemaakt. Ik stuur u dit verslag toe (per mail) en ik zou het erg op prijs stellen al u het verslag door wil nemen. Mochten er onjuistheden in staan dan verzoek ik u hierover contact met mij op te nemen. In het definitieve rapport naar het verbond zullen de gegevens geanonimiseerd worden.