

Een collectieve regeling voor de vergoeding van medische kosten: waarom en hoe? We vertellen u er graag meer over.

Waarom een collectieve regeling voor medische kosten?

Hoewel de sociale zekerheid tussenkomt voor de meeste medische kosten, blijft er meestal nog een remgeld ten laste van de verzekerde. Het remgeld is het deel dat u niet terugkrijgt van het ziekenfonds. Verder worden dikwijls supplementen aangerekend op honoraria of verblijfskosten. Deze supplementen kunnen hoog oplopen, waardoor de patiënt, zeker bij een hospitalisatie, opgezaagd blijft met een aantal kosten. Vandaar de bestaansredenen van een regeling voor medische kosten.

Natuurlijk kan een particulier een individuele verzekering voor medische kosten afsluiten maar indien de werkgever een collectief contract afsluit voor zijn personeelsleden zijn er een aantal voordelen: de premiezetting is gunstiger, alsook de acceptatiecriteria.

Hoe de collectieve regeling bepalen?

Aansluitingsmodaliteiten

De werknemer kan alleen of samen met zijn gezinsleden aansluiten bij de collectieve regeling. Onder gezinsleden wordt meestal verstaan: de huwelijkspartner of de partner waarmee men wettelijk samenwoont en de kinderen van de werknemer en de partner. De aansluiting is voor de werknemer of het gezin verplicht of facultatief. Dit zal, samen met de grootte van de groep, de modaliteiten bij aansluiting bepalen.

Zo is het mogelijk een **wachttijd** in het contract in te bouwen bij laattijdige aansluiting. In dat geval is de verzekerde tijdens een vooraf bepaalde periode, die start bij de aansluiting, niet verzekerd voor ziekte of bevalling. Voor ongevallen, die per definitie onvoorspelbaar zijn, is er vanzelfsprekend geen wachttijd. Het invoeren van een wachttijd heeft tot nut plotse aansluitingen naar aanleiding van een komend schadegeval te vermijden.

Verder kan de verzekeraar zich baseren op een medische vragenlijst om de kandidaat-verzekerde al dan niet te verzekeren. Deze medische vragenlijst wordt eventueel aangevuld met bijkomende medische vragen of onderzoeken.

Voorafbestaande aandoeningen zijn dikwijls niet verzekerd, of slechts onder bepaalde voorwaarden; bijvoorbeeld wanneer tijdens het eerste jaar van aansluiting geen behandeling nodig was. Bij laattijdige aansluiting zijn voorafbestaande aandoeningen meestal niet gedekt. Onder voorafbestaande aandoeningen wordt verstaan: alle letsels of aandoeningen die vóór aansluitingsdatum medisch geconstateerd werden en die de oorzaak zijn van hospitalisatie en/of een ernstige ziekte.

Bij voldoende grote groepen kunnen deze beperkingen worden afgeschaft. Er geldt dan een volledige dekking vanaf de eerste dag, zelfs voor voorafbestaande aandoeningen. Er dient geen medische vragenlijst ingevuld te worden.

De werkgever kan de aansluitingsmodaliteiten zelf bepalen, in samenspraak met de verzekeraar.

Dekking

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen kosten die al dan niet in het ziekenhuis worden gemaakt. De kosten gemaakt buiten het ziekenhuis noemen we ambulante kosten. Deze kunnen terugbetaald worden in het kader van een verzekering voor ambulante kosten.

De meeste collectieve regelingen voorzien in de eerste plaats een verzekering bij hospitalisatie. Bij een ziekenhuisopname waarvoor verblijfskosten worden aangerekend (dus ook voor het daghospitaal), komen alle medische kosten in aanmerking voor terugbetaling en dus niet kosten die van persoonlijke aard zijn (telefoon, televisie). Het moet uiteraard wel om een medisch noodzakelijke opname gaan wegens ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling.

Meestal wordt deze dekking uitgebreid voor de ambulante kosten in een periode vóór en na de hospitalisatie (bv. 1 maand voor en 3 maanden na), voor zover de gemaakte kosten in verband staan met de aandoening waarvoor men is opgenomen.

Ten slotte is een welomschreven reeks van zware ziekten (waaronder kanker, leukemie, MS, ...) altijd verzekerd, dus ook als er geen hospitalisatie is. De meest uitgebreide regelingen nemen een 30-tal zware ziekten op in hun lijst. Zo kunnen vooral de grote medische kosten worden opgevangen, want juist deze kosten brengen het gezinsbudget uit evenwicht.

Het is niet gebruikelijk om alle medische kosten integraal terug te betalen. Meestal is er een eigen risico.

Het eigen risico, vrijstelling of franchise kan neerkomen op een absoluut bedrag per verzekerde en per jaar dat altijd ten laste blijft van de verzekerde (bv. 75 EUR) of een vast percentage. Ook de combinatie is mogelijk (procentueel met een absoluut minimum of maximum) alsook franchises voor specifieke kostensoorten.

We zien meer en meer de tendens dat er bij de opname in een éénpersoonskamer een hogere vrijstelling aangerekend wordt.

Soms kunnen ook zogenaamde 'plafonds' of maximale tussenkomsten voorzien worden. Dit zijn beperkingen van de tussenkomst tot een vast bedrag per verzekerde en per jaar.

Een andere beperking die soms wordt gebruikt is de begrenzing per prestatie (onderzoek, doktersbezoek, geneesmiddel, ...) tot een aantal keer de tussenkomst van de sociale zekerheid. Hieruit volgt wel dat de verzekeraar niet tussenkomt wanneer de sociale zekerheid niet tussenkomt.

Een maximum kan ook selectief worden toegepast, bv. maximum 1.250 EUR voor de verblijfskosten van donoren of een forfaitaire vergoeding van 620 EUR voor thuisbevallingen.

Het invoeren van plafonds heeft tot nut de polis in evenwicht te houden en excessieve uitgaven te vermijden.

Hoe de regeling medische kosten financieren?

Een regeling medische kosten wordt gefinancierd door bijdragen van de werkgever of van de werknemers of van beiden. In de meeste gevallen betaalt de werkgever de premie voor de werknemer en de werknemer de premie voor zijn gezinsleden. Integrale betaling door de werkgever of de werknemers is ook mogelijk.

In collectieve contracten is de premie meestal niet geslachtsgebonden gezien dit een discriminatie inhoudt, maar ze evolueert er wel via leeftijdsblokken: bijvoorbeeld jonger dan 25 jaar, 25 tot 65 jaar, ouder dan 65 jaar.

Bij pensionering wordt de band tussen werkgever en werknemer en in principe ook de aansluiting bij de collectieve regeling medische kosten, beëindigd. In sommige gevallen kan de gepensioneerde de verzekering voor zichzelf en zijn gezin verderzetten, mits hij de premie betaalt. Dit is ook mogelijk voor de weduwe of de weduwnaar.

De wet Verwilghen, van kracht vanaf 1 juli 2007, bepaalt bovendien dat de verzekeraar een individuele verderzetting moet kunnen aanbieden bij elk verlies van aansluiting bij de verzekering.

Net zoals bij een pensioenregeling kan de werkgever ervoor opteren om het medische kostenplan niet te verzekeren en het risico zelf te dragen. Deze optie is veeleer weggelegd voor de grotere ondernemingen omdat voor hen de 'wet van de grote getallen' geldt. Voor grotere populaties is inderdaad de verwachte schadelast voor medische kosten vrij goed voorspelbaar. In een niet-verzekerde benadering zijn geen premietaksen en parafiscale heffingen verschuldigd. De werkgever draagt dan zelf het risico, dat beperkt is, en besteedt meestal de integrale administratieve behandeling en de schaderegeling uit aan een ervaren beheerder zoals Vanbreda Risk & Benefits.

Om toch enige vorm van budgetzekerheid in te bouwen worden ook zogenaamde stop-loss verzekeringen onderschreven. De werkgever draagt de voorziene schadelast maar beschermt zijn budget door een verzekering af te sluiten voor de schade die het eigen behoud zou overschrijden.

Hoe kan Vanbreda Risk & Benefits u helpen?

Wij hebben ons gespecialiseerd in de adviesverlening, ondersteuning en opvolging van collectieve medische kostenplannen van grote ondernemingen. Dit zowel voor de klassieke verzekeringsconcepten als voor de alternatieve financieringsmechanismen zoals hiervoor beschreven.

Vanbreda Risk & Benefits voorziet in een totaalconcept waarbij de werkgever het grootste deel van de administratie kan outsourcen naar een onafhankelijke beheerder. Aansluitingen, volledige schadebehandeling, opvolging van de sociale zekerheid en een uitgebreide managementrapportering zijn een greep uit de activiteiten die wij automatisch voorzien voor onze cliënten.

Wanneer u overweegt een collectieve regeling voor medische kosten in te voeren of de bestaande regeling te wijzigen, stellen zich een aantal belangrijke vragen. Is het plan aangepast aan de wensen van uw bedrijf en uw werknemers? Hebt u de keuze tussen al dan niet verzekeren grondig overwogen? Is de service bij schaderegeling volledig gewaarborgd? We helpen u graag deze vragen te beantwoorden.



Contacteer ons

Vanbreda Risk & Benefits
Employee Benefits
Plantin en Moretuslei 297
2140 Antwerpen
Tel. 03 217 67 67
www.vanbreda.be