

AON

Benefits Survey 2022

Analyse van
de dekkingen
arbeidsongeschiktheid
en gezondheidszorgen
aangeboden door
Belgische werkgevers



Table of contents

Voorwoord door Werner Keeris	4
Introductie	5
1. De Belgische omgeving	6
1.1 Impact COVID-19	6
1.2 Evolutie van de kosten met betrekking tot gezondheidszorgen in België	7
1.3 Evolutie van de uitgaven van het RIZIV op het gebied van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in België	9
1.4 Wat dekken de sociale zekerheid en de verzekering arbeidsongevallen?	10
1.4.1 De financiering van de sociale zekerheid	10
1.4.2 De organisatie van de sociale zekerheid	10
1.4.3 De socialezekerheidsuitkeringen	11
2. Welke collectieve producten zijn er op de markt om de wettelijke voordelen aan te vullen?	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Welke mogelijkheden heeft de werkgever om zijn werknemers te verzekeren tegen gezondheidszorgen?	13
2.2.1 De collectieve hospitalisatieverzekering	13
2.2.2 De collectieve verzekering ambulante kosten	14
2.2.3 De collectieve verzekering Gemeen Recht	14
2.2.4 Besluit gezondheidszorgen	14
2.3 Welke mogelijkheden heeft de werkgever om zijn werknemers te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid?	15
2.3.1 Collectieve verzekering gewaarborgd inkomen	15
2.3.2 Collectieve verzekering premievrijstelling	16
2.3.3 Collectieve verzekering Gemeen Recht	16
2.3.4 Besluit arbeidsongeschiktheid	16
2.4 Besluit gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid	17
3. De markt: analyse en positionering	18
3.1 Gegevensverzameling steekproef	18
3.2 Hoe verzekeren ondernemingen hun werknemers tegen arbeidsongeschiktheid?	20
3.2.1 Benchmark arbeidsongeschiktheid	20
3.2.2 Benchmark premievrijstelling	26
3.2.3 Overige parameters	27
3.3 De resultaten: rangschikking gewaarborgd inkomen	29
3.4 Hoe verzekeren ondernemingen hun werknemers tegen medische kosten?	33
3.4.1 Algemeen	33
3.4.2 Benchmark hospitalisatieverzekering	33
3.4.3 Benchmark ambulante zorgen en tandzorgen	38

Table of contents

4. Trends en marktontwikkelingen	40
4.1 De dekking "ambulante zorgen", een troef in het salarispakket?	40
4.2 Preventie en Welzijn	42
4.2.1 Inleiding	42
4.2.2 Wat zien we in de praktijk?	42
4.2.3 Hoe gaan verzekeraars met preventie en welzijn om?	44
4.3 Burn-out en re-integratie	46
4.3.1 Burn-out	46
4.3.2 Re-integratie	48
4.4 IPM: International People Mobility	49
4.4.1 Wat met socialezekerheidsuitkeringen tijdens een missie in het buitenland?	49
4.4.2 De risico's van internationale mobiliteit	49
4.4.3 De uitdagingen van internationale mobiliteit als werkgever	50
4.4.4 Verzekeren van internationale mobiliteit	50
4.4.5 Markttendensen	51
4.5 Eenheidsstatuut arbeiders-bedienden	52
4.6 Impact GDPR	53
4.7 Wet Verwilghen: actuele toepassing	54
5. Communicatie	55
5.1 Total Reward Statement (TRS)	55
5.2 De oplossing: het Total Reward Statement	55
5.3 Een gevarieerd aanbod	56
5.4 De aanpak van Aon Health & Wealth Solutions	57
5.5 Implementatie voorbeelden	58
Over Aon Belgium	59

Voorwoord door Werner Keeris

Managing Director van Aon Health and Wealth Solutions



“Is de gezondheid voor de mens niet het kostbaarste goed?”

Socrates

“De kosten voor de gezondheidszorg nemen jaar na jaar toe en stijgen sneller dan het BNP. Dit heeft ook zijn weerslag op de aanvullende dekkingen gezondheidszorgen en gewaarborgd inkomen. Voor werkgevers is het dus belangrijk om goed geïnformeerd te zijn. Wat zijn de tendensen? Wat bieden andere werkgevers aan? Welke aanvullingen bestaan er? Allemaal vragen waarop u in de Benefits Survey 2022 de gemotiveerde antwoorden zal vinden.

Onze Benefits Survey gaat verder dan alleen de benchmarking van de Belgische markt. Wij behandelen eveneens verschillende initiatieven van werkgevers en verzekeraars op het vlak van preventie en re-integratie.

Deze studie is gebaseerd op de gegevens van meer dan 250 bedrijven. Een ploeg van 5 experts heeft gedurende vier maanden alle gegevens verwerkt, geanalyseerd en becommentarieerd. De markt beschouwt deze survey dan ook als dé referentie in België. Wij zijn fier dat we dit rapport aan u kunnen voorleggen.”



Introductie

Draagwijdte van de Benefits Survey

Zonder een spelbreker te willen zijn: hebt u zich ooit afgevraagd met hoeveel inkomen uw personeel het zou moeten stellen indien zij alleen een wettelijke socialezekerheidsuitkering zouden ontvangen in geval van ziekenhuisopname, ernstige ziekte of onvrijwillige afwezigheid van het werk wegens ziekte of ongeval?

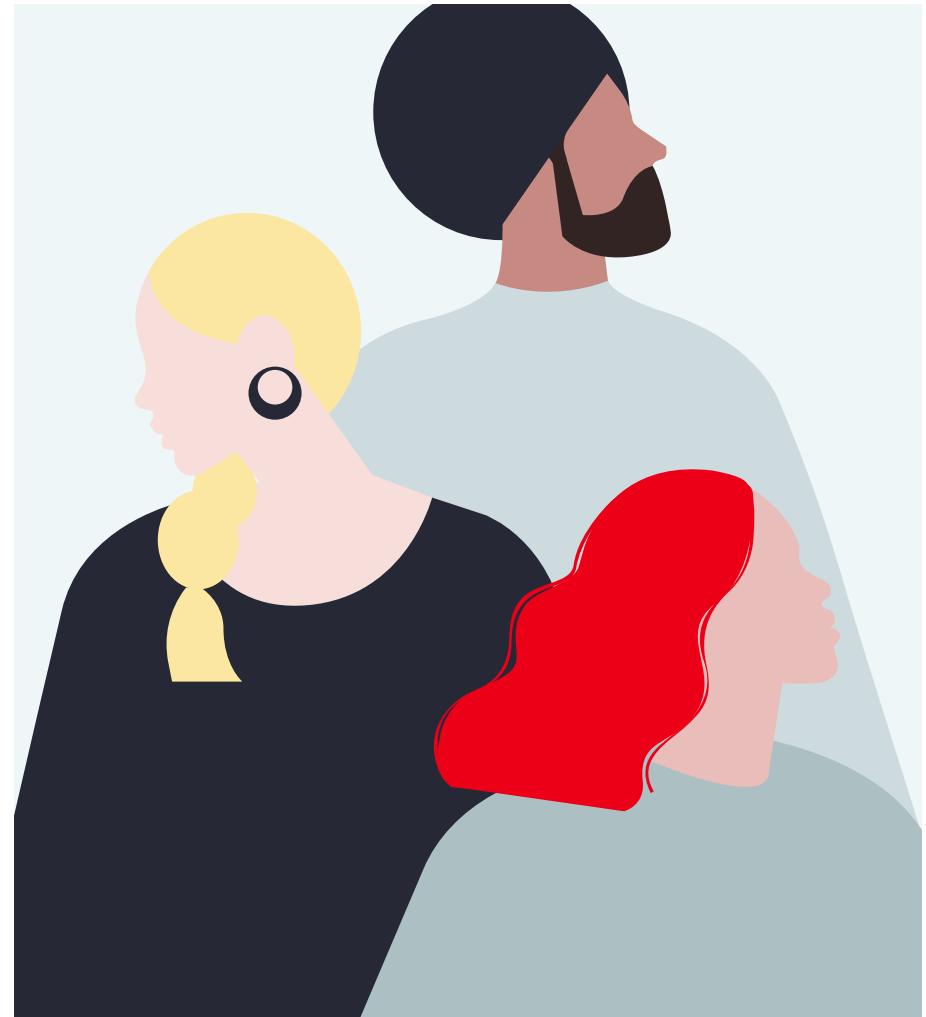
U vindt het antwoord op deze vraag in onze Benefits Survey.

In onze constant evoluerende maatschappij hebben bedrijven en werknemers steeds meer aandacht voor het probleem van de kostprijs van gezondheidszorgen en inkomensverlies. We stellen dit ook in deze studie vast: de fidelisering van het personeel en de optimalisatie op vlak van bezoldiging uit zich in de verbetering of implementatie van aanvullende plannen gezondheidszorgen of arbeidsongeschiktheid.

Onze Benefits Survey bezorgt u:

- Een overzicht van de legale en extralegale uitkeringen;
- Een benchmark van de dekking op de Belgische markt;
- Een evolutie van de tendensen voor wat betreft de dekkingen gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid sinds 2002 (eerste studie);
- Gedetailleerde juridische informatie naar aanleiding van de voortdurende wijzigingen in de wetgeving;
- Onze standpunten hierover.

Onze studie heeft het niet over de bijkomende pensioen- en overlijdensplannen. Deze plannen analyseren wij in onze "Pension Survey" (volgende editie in 2023).



1. De Belgische omgeving

1.1 Impact COVID-19

De hospitalisatieverzekering

Een groot aantal COVID-19 patiënten werd in ons land in het ziekenhuis opgenomen. Hoewel deze specifieke ziekenhuisopnames gewoonlijk door het ziekenfonds worden gedekt, heeft deze situatie het belang van een hospitalisatieverzekering onderstreept. Verzekeraars hebben zich aan de situatie moeten aanpassen, hun producten moeten herzien en hebben zichzelf soms moeten heruitvinden. De pre- en post-hospitalisatieperiodes zijn verlengd, bepaalde vaccins zijn gedekt, en de hospitalisatieverzekering is in het algemeen gehandhaafd in geval van tijdelijke werkloosheid. Werkgevers kregen de tijd om hun premies te betalen. Deze situatie is in het verleden nog nooit voorgekomen.

Wat de schadestatistieken betreft, kan het jaar 2020 op zich niet representatief zijn. Het aantal schadegevallen is met 20 à 30% gedaald, terwijl tegelijkertijd bepaalde saneringen door verzekeraars zijn uitgevoerd. Ook 2021 kunnen we nog niet beschouwen als een 'normaal' verzekeringsjaar: enerzijds zien we het effect van de uitgestelde ingrepen van 2020, anderzijds zijn ook in 2021 ingrepen opnieuw uitgesteld naar aanleiding van nieuwe COVID-golven. Laten we niet vergeten dat veel ingrepen die als niet-dringend worden beschouwd, vandaag de dag nog steeds worden uitgesteld.

Arbeidsongeschiktheidsverzekering

In veel plannen worden deze dekkingen opgeschort in geval van schorsing van de arbeidsovereenkomst, bijvoorbeeld tijdens een periode van tijdelijke werkloosheid. Gezien de omstandigheden heeft de verzekeringssector (Assuralia) er zich bij wijze van uitzondering toe verbonden deze dekkingen tijdens periodes van tijdelijke werkloosheid te handhaven, tenzij de werkgever daar expliciet bezwaar tegen heeft gemaakt.

In de komende maanden zullen de neveneffecten van de COVID-19-crisis op de arbeidsongeschiktheid waarschijnlijk nog duidelijker worden: uitstel van zorg, toevoeging van pathologieën zoals langdurige COVID-19, psychologische trauma's, geestesziekten, **burn-out** enz. Het is daarom van essentieel belang om de psychosociale en economische steunmaatregelen in het kader van COVID-19 voort te zetten en te versterken.



1.2 Evolutie van de kosten met betrekking tot gezondheidszorgen in België

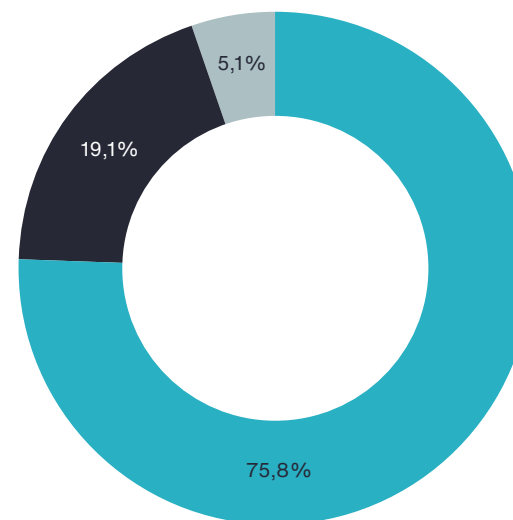
Het is belangrijk om te begrijpen hoe de kosten van gezondheidszorgen in België evolueren. We baseren ons hiervoor op de info verstrekt door Assuralia via Assurinfo (maart 2021). De uitgaven worden uitgesplitst per financieringsbron.

Nationale uitgaven gezondheidszorgen en BBP						
(in miljoen EUR)	2007	2010	2013	2016	2017	2018
BBP	343.619	363.140	392.880	430.231	445.957	459.532
Overheid	23.303	28.273	31.539	33.662	35.248	35.948
Patiënten	6.563	7.410	8.192	8.378	8.830	9.033
Privé :	1.635	1.481	1.763	2.195	2.329	2.436
• Privéverzekeraars	740	834	955	1.136	1.182	1.250
• MOB en overige	895	647	808	1.059	1.147	1.186
Totale uitgaven	31.500	37.163	41.494	44.235	46.407	47.417
% van het BBP	9,2%	10,2%	10,6%	10,3%	10,4%	10,3%

*MOB = Maatschappijen voor Onderlinge Bijstand (aanvullende privé-verzekeringen via de mutualiteiten)

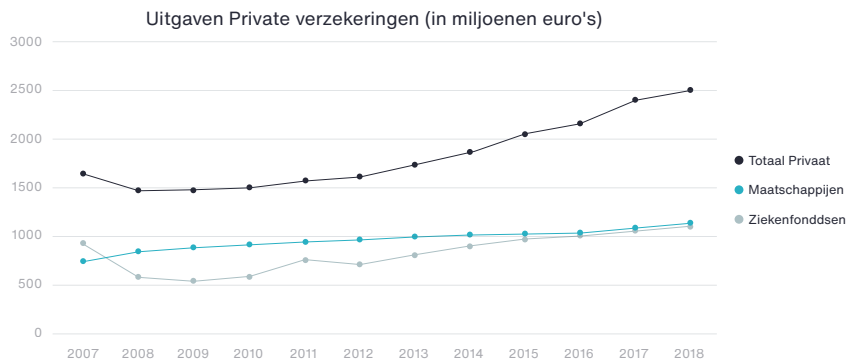
In deze tabel stellen we vast dat de overheid voor 75,8% tussenkomt in de uitgaven van 2018. Dat hoeft niet te verwonderen gezien de verplichting om aan te sluiten aan de basisdekking van de mutualiteit. De totale uitgaven voor gezondheidszorgen zijn gestegen: van 31,5 miljard EUR of 9,2% van het BBP in 2007, naar 47,417 miljard EUR of 10,3% van het BBP in 2018. Dit komt overeen met een gemiddelde stijging van 3,8% per jaar. De laatste 3 jaren blijft de gemiddelde kost echter vrij stabiel. Ten opzichte van het Europese gemiddelde "kost/BBP" ligt de Belgisch ratio ongeveer 1% hoger. Schattingen van het Federaal Planbureau tonen aan dat de uitgaven in de gezondheidszorg ononderbroken kunnen stijgen tot 2050. De overheid neemt in 2018 75,8% van de kosten ten laste. De private verzekeraars (inclusief MOB) komen tussen voor 5,1% en de patiënt blijft achter met een factuur van 19,1% van de kosten.

Wie betaalt de gezondheidszorgen?



- Overheid
- Patiënt
- Verzekeringen

Rekening houdend met het feit dat de patiënt ook geregeld de premies voor de private verzekering, alsook RSZ-bijdragen betaalt, zal de werkelijke kost voor de patiënt hoger uitkomen. Inclusief deze kosten, zal in werkelijkheid +/- 25% van de kosten ten laste zijn van de patiënt. In 2018 waren er gemiddeld 11.403.738 inwoners. De totale kost voor de gezondheidszorg bedroeg 47,417 miljard EUR. Dit komt dus neer op een kost van 4.158 EUR per persoon per jaar. Het deel dat ten laste is van de patiënt wordt bijgevolg geschat op 1.040 EUR per persoon per jaar of 87 EUR per maand. In 2013 bedroeg de kost per persoon 78 EUR per maand. Via volgende grafiek stellen we vast dat de uitgaven via de privéverzekeraars met 69 % toegenomen zijn in 12 jaar, tegenover 33% bij de ziekenfondsen. Het is een interessante vaststelling dat de uitgaven van de verzekeringsmaatschappijen sinds 2008 hoger zijn dan de uitgaven van de ziekenfondsen (MOB).



Via onderstaande tabel kunnen we de verspreiding van de collectieve polissen afzetten ten opzichte van het aantal inwoners. (Bron aantal verzekerden: Assuralia. Bron aantal inwoners: Statbel).



In 2015 beschikte ongeveer 35,4% van de Belgische inwoners over een collectieve polis ten opzichte van 38,4% in 2020. Het aantal verzekerden en het procentueel aantal verzekerden steeg jaarlijks met uitzondering van het jaar 2020 waarin we een lichte daling zagen.

Op basis van bovenstaande vaststellingen, kunnen we besluiten dat de kosten voor gezondheidszorgen stijgen. Het deel ten laste van de verzekerde zelf stijgt ook. Het is dan ook duidelijk waarom een medische kostenpolis via de werkgever een nuttig onderdeel van het salarispakket is. Het is ook niet verwonderlijk dat de kosten van deze aanvullende dekkingen elk jaar stijgen en dit op basis van de medische index en/of de schadestatistieken.



1.3 Evolutie van de uitgaven van het RIZIV op het gebied van primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in België

De "periode van primaire arbeidsongeschiktheid" is het eerste jaar waarin iemand arbeidsongeschikt is. Wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt, begint de "periode van invaliditeit". De RIZIV – dienst Uitkeringen toont jaarlijks in haar rapport de evolutie van de uitgaven en het aantal vergoedingsdagen voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

Primaire arbeidsongeschiktheid								
	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	2018
Aantal dagen uitkering (x 1000)	22.386	24.326	29.433	33.187	37.980	36.217	35.938	36.957
Uitgaven (in EUR x 1000)	776.644	893.343	1.211.228	1.456.752	1.722.143	1.691.266	1.710.271	1.814.235

Deze tabel toont ons de evolutie van de uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid en het aantal vergoedingsdagen tussen 2003 en 2018. Tussen 2003 en 2018 steeg het aantal vergoedingsdagen met 65%. De uitgaven stegen over deze periode met 134% (inflatie inbegrepen). In 2016 en 2017 zien we een daling van het aantal uitkeringsdagen. De daling in 2017 vertaalt zich echter niet in een uitgavedaling. De gemiddelde daguitkering lag in 2018 op 49,09 EUR wat neerkomt op amper 1.280 EUR per maand (6 dagen per week).

Invaliditeit								
	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	2018
Aantal dagen uitkering (x 1000)	60.705	64.798	73.233	85.009	103.077	109.879	114.719	119.736
Uitgaven (in EUR x 1000)	1.994.986	2.269.646	2.886.295	3.667.023	4.598.050	4.988.592	5.316.849	5.730.630

In de periode 2003 – 2018 is het aantal vergoedingsdagen met 97% gestegen. De uitgaven stegen in deze periode met 187% (inflatie inbegrepen). Deze cijfers tonen duidelijk aan dat het aantal vergoedingsdagen voor wat betreft invaliditeit jaar na jaar stijgt. De gemiddelde daguitkering lag in 2018 op 47,86 EUR, wat neerkomt op ongeveer 1.248 EUR per maand (6 dagen per week). Een bijkomende inkomensverzekering tegen primaire en langdurige arbeidsongeschiktheid blijft dan ook een nuttig onderdeel van het salarispakket.

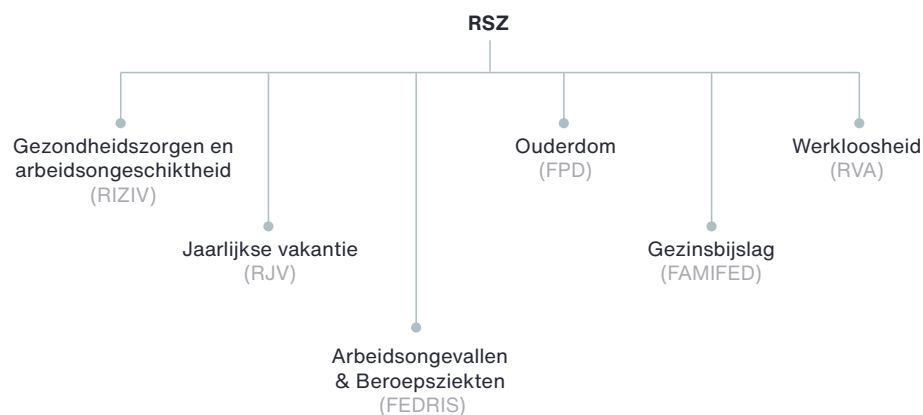
1.4 Wat dekken de sociale zekerheid en de verzekering arbeidsongevallen?

1.4.1 De financiering van de sociale zekerheid

Hoe het Belgische socialezekerheidsstelsel tot stand kwam kan u **hier** terugvinden. De Belgische sociale zekerheid is gebaseerd op solidariteit.

Van het brutoloon van een werknemer wordt 13,07% afgehouden in de vorm van sociale zekerheidsbijdragen. Daarnaast betaalt ook de werkgever sociale zekerheidsbijdragen ten belope van +/- 25% van het brutoloon van de werknemer (private profitsector). Om de tewerkstelling van bepaalde kwetsbare groepen aan te moedigen zijn afwijkingen echter mogelijk. Naast de werknemers- en werkgeversbijdragen ontvangt de sociale zekerheid ook overheidssteun om zijn taken te kunnen uitvoeren.

1.4.2 De organisatie van de sociale zekerheid



De **RSZ** (= Rijksdienst voor Sociale Zekerheid) is de openbare instelling belast met de inning en verdeling van de sociale zekerheidsbijdragen over de verschillende takken van de sociale zekerheid. Gezien de scope van deze studie focussen we hierna enkel op de instellingen bevoegd voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen of arbeidsongeschiktheids-uitkeringen en terugbetaling van medische kosten voor loontrekkenden.

Het **RIZIV** (= Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering) krijgt inkomsten van de RSZ en verdeelt die vervolgens over de verschillende landsbonden. Elke mutualiteit is aangesloten aan een landsbond en elke werknemer is verplicht aangesloten bij een mutualiteit. De mutualiteiten zorgen voor:

- De terugbetaling van medische kosten (met uitzondering van arbeidsongevallen);
- Een vervangingsinkomen bij arbeidsongeschiktheid door ziekte, ongeval in het privéleven of zwangerschap/bevalling.

FEDRIS (= Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's) werd opgericht op 1/1/2017 en bestaat voornamelijk uit de fusie van het voormalige Fonds voor Arbeidsongevallen en Fonds voor Beroepsziekten. In tegenstelling tot de overige takken van de sociale zekerheid wordt het risico "arbeidsongeval" overgelaten aan private verzekeringsmaatschappijen. De werkgever is wettelijk verplicht een verzekering te onderschrijven bij een verzekeringsmaatschappij. FEDRIS voorziet enkel in de uitkering van een vervangingsinkomen aan slachtoffers wanneer blijkt dat de werkgever nagelaten heeft deze verplichte verzekering af te sluiten, alsook in bepaalde uitzonderlijke gevallen.

De belangrijkste taken van FEDRIS zijn:

- Het controleren van verzekeraars en werkgevers;
- Preventie;
- Informeren van verzekeraars en werknemers.

1.4.3 De socialezekerheidsuitkeringen

1.4.3.1 Gezondheidszorgen

De mutualiteiten vergoeden de “grote en kleine risico’s” die gepaard gaan met **een ziekte of een ongeval in het privéleven**. Dit betekent dat er zowel een wettelijke tussenkomst is bij een hospitalisatie, als bij ambulante zorgen. De terugbetaling wordt bepaald op basis van het RIZIV-nomenclatuurnummer. Indien men gehospitaliseerd wordt in een eenpersoonskamer, zal de tussenkomst beperkt zijn tot de kostprijs van een tweepersoonskamer. Wat niet door de mutualiteit terugbetaald wordt, is het remgeld. Het remgeld voor ambulante zorgen bedraagt ongeveer 25% van de kost.

In geval van een **arbeidsongeval** dient men zich te wenden tot de arbeidsongevallenverzekeraar, gekozen door de werkgever. De arbeidsongevallenverzekering komt tussen ten belope van het RIZIV-barema. Dit betekent dat ook het remgeld vergoed wordt, maar bv. extra kosten omwille van een eenpersoonskamer worden niet vergoed (bv. bijkomende ereloonsupplementen).

1.4.3.2 Arbeidsongeschiktheid door ziekte of een ongeval in het privéleven

In geval van arbeidsongeschiktheid door ziekte of ongeval in het privéleven en na de periode van het door de werkgever gewaarborgd loon dat afhankelijk is van het statuut (arbeider of bediende), voorziet de mutualiteit in een vervangingsinkomen.

Arbeidsongeschiktheid	Tussenkomst mutualiteit
1 ^e jaar	60% van het geplafonneerd loon (48.234,33 EUR op 01/01/2022)
Vanaf 2 ^e jaar	Afhankelijk van gezinstoestand: <ul style="list-style-type: none">• 65% bij verlies van enig inkomen met personen ten laste ;• 55% bij verlies van enig inkomen zonder personen ten laste;• 40% wanneer een tweede inkomen aanwezig is. Tussenkomst steeds beperkt tot het geplafonneerd loon.



1.4.3.3 Arbeidsongeschiktheid door een arbeidsongeval

In geval van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk, ontvangt de werknemer de eerste maand zijn gewaarborgd loon. Vanaf de tweede maand van arbeidsongeschiktheid betaalt de verzekeraar aan de werknemer een vergoeding zoals hieronder beschreven:

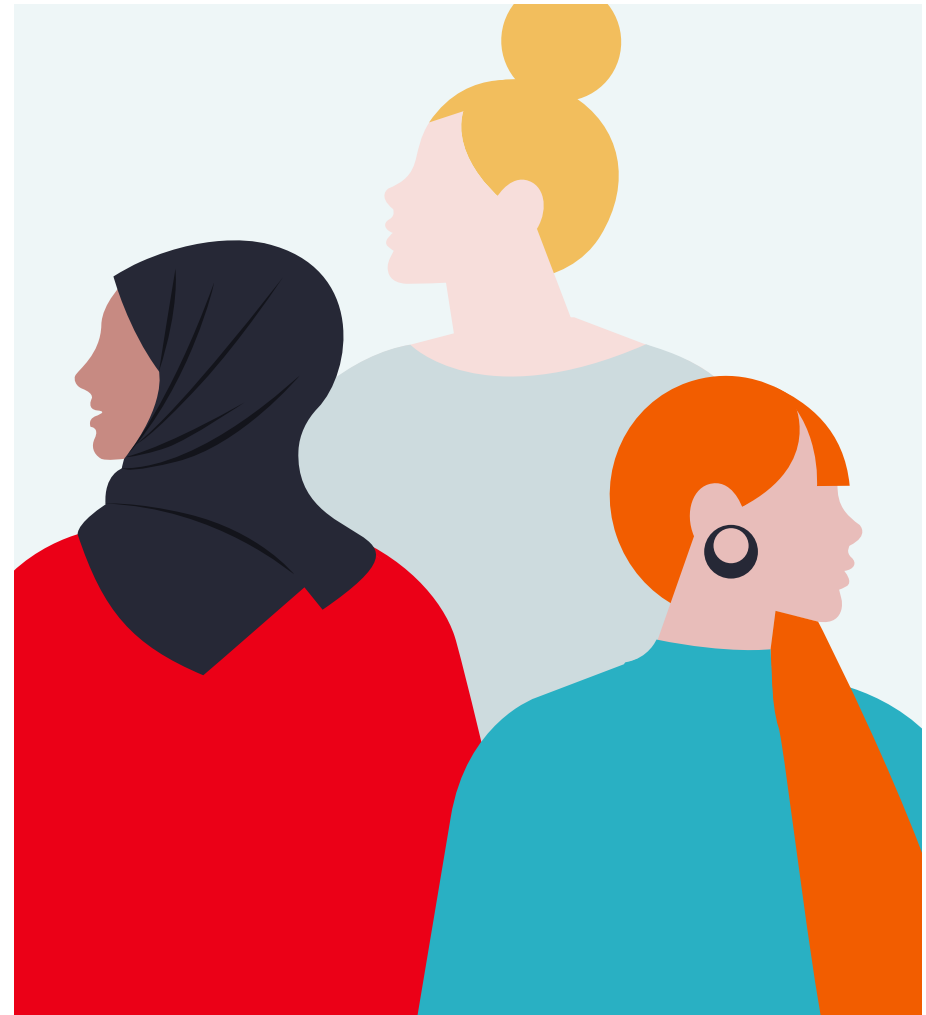
- Een dagvergoeding gedurende de tijdelijke arbeidsongeschiktheid gelijk aan 90% van het salaris beperkt tot het wettelijk plafond (48.084,06 EUR in 2022). De vergoeding voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt betaald totdat het werk volledig hervat wordt of tot aan de consolidatiedatum. De consolidatiedatum is de datum waarop geoordeeld wordt dat de letsels niet meer evolueren. Vanaf dat moment wordt het slachtoffer ofwel als genezen beschouwd, ofwel wordt er een graad van blijvende arbeidsongeschiktheid vastgelegd;
- Indien het slachtoffer blijvend arbeidsongeschikt is, heeft hij of zij recht op een permanente vergoeding voor arbeidsongeschiktheid.

Gedurende de herzieningstermijn van 3 jaar kan de ongeschiktheidsgraad nog verhoogd of verlaagd worden. De herzieningstermijn begint op de dag van bekrachtiging en kan niet worden verlengd. Als de herzieningstermijn voorbij is, is de graad van arbeidsongeschiktheid definitief.

De uitkering is een percentage van de geplafonneerde basisbezoldiging dat afhankelijk is van de **graad van blijvende arbeidsongeschiktheid**.

Graad van blijvende arbeidsongeschiktheid (AO%)	Uitkering
%IP < 5%	50% x AO% x geplafonneerd loon
5% ≤ %IP < 10%	75% x AO% x geplafonneerd loon
%IP ≥ 10%	100% x AO% x geplafonneerd loon

De uitkering wordt gestort aan het einde van elke maand indien de blijvende arbeidsongeschiktheidsgraad 10% of meer bedraagt. Indien de arbeidsongeschiktheid kleiner dan 10% is wordt deze jaarlijks eind december uitbetaald. Deze uitkering wordt betaald door FEDRIS indien de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid maximum 19% is. Is deze hoger, dan blijft de uitkering lopen via de private verzekeraar.



2. Welke collectieve producten zijn er op de markt om de wettelijke voordelen aan te vullen?

2.1 Inleiding

Op basis van de wettelijke uitkeringen lijdt het individu een inkomensverlies of dient een deel van de medische kosten uit eigen zak betaald te worden. Werkgevers kunnen dan ook bijkomende dekkingen afsluiten zodat dit verlies beperkt wordt.

Overzicht verzekeringsproducten:

- Hospitalisatiepolis: verzekert medische kosten gelinkt aan een hospitalisatie;
- Ambulante zorgen polis: verzekert medische kosten die niet gelinkt zijn aan een hospitalisatie of die buiten de hospitalisatiepolis vallen;
- Tandzorgenpolis: verzekert ambulante medische tandzorgen;
- Gewaarborgd inkomenspolis: verzekert loonverlies bij arbeidsongeschiktheid door ziekte, zwangerschap en bevalling en/of ongeval;
- Premievrijstellingspolis: verzekert pensioenopbouw en overlijdensdekking tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid door ziekte, zwangerschap en bevalling en/of ongeval;
- Gemeen Recht "excedent": arbeidsongeschiktheidsuitkering, medische kostenvergoeding en overlijdensdekking door een arbeidsongeval;
- Gemeen Recht "privéleven": arbeidsongeschiktheidsuitkering, medische kostenvergoeding en overlijdensdekking door een ongeval privéleven.

De Benefit Survey 2022 houdt enkel rekening met de verzekeringsproducten uit de tak "Ziekte". Eventuele interne regelingen, alsook de verzekeringsproducten als aanvulling op de arbeidsongevallenverzekering worden niet meegenomen.

De aanvullende dekkingen voor gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid worden in dit deel nader toegelicht.

De resultaten van de benchmarking kunnen [hier](#) teruggevonden worden.

2.2 Welke mogelijkheden heeft de werkgever om zijn werknemers te verzekeren tegen gezondheidszorgen?

2.2.1 De collectieve hospitalisatieverzekering

Een verzekering "hospitalisatie" dekt traditioneel de volgende medische prestaties ten gevolge van ziekte, zwangerschap of ongeval:

- De hospitalisatiefactuur (inclusief verblijfskosten en ereloon-supplementen);
- De ambulante kosten gelinkt aan de hospitalisatie tijdens een welbepaalde periode voor en na de opname;
- De ambulante kosten in verband met bepaalde zware ziekten (limitatieve lijst).

Daarnaast worden in de polis ook volgende belangrijke zaken overeengekomen:

- Maximum terugbetaling per persoon per jaar;
- Terugbetalingspercentage;
- Vrijstelling;
- Bijstand in het buitenland (o.a. repatriëring) en/of bijstand in België;
- Terugbetaling in het buitenland;
- Derdebetalersregeling voor de hospitalisatiefactuur;
- Uitsluitingen;
- Eventuele terugbetalingsplafonds voor specifieke medische kosten.

Belgische hospitalisatieverzekeringen zijn gebaseerd op de tussenkomst van de Belgische mutualiteit en de kostprijs van de Belgische ziekenhuizen. Wie meer dan 3 maanden in het buitenland verblijft is over het algemeen niet langer verzekerd binnen deze contracten. Het hoofdstuk "**International people Mobility**" gaat dieper in op deze problematiek.

De verplichtingen van de werkgever ten opzichte van personeelsleden die de collectieve dekking verlaten, worden opgelegd door de **Wet Verwilghen**.

2.2.2 De collectieve verzekering ambulante kosten

Een verzekering "ambulante kosten" kan opgesplitst worden in 2 dekkingen die al dan niet onderschreven worden:

- Ambulante kosten (honoraria arts, geneesmiddelen, kinesitherapie, hoorapparaten, brillen, etc.);
- Tandzorgen (honoraria tandarts, bruggen, kronen, implantaten, tandprothesen, orthodontie, etc.).

De ambulante kosten die gelinkt kunnen worden aan een hospitalisatie en binnen de voorziene periode voor of na de opname vallen, zullen via de hospitalisatiepolis vergoed worden.

In een ambulante polis varieert het terugbetalingspercentage tussen 60% en 100% na aftrek van de wettelijke tussenkomst. Het maximum jaarlijks terugbetalingsplafond per persoon varieert meestal tussen 500 EUR en 2.500 EUR. Afhankelijk van de verzekeraar kan er ook in een vrijstelling in het plan opgenomen zijn.

De dekkingen opgenomen in individuele of collectieve hospitalisatie/ ambulante polissen zijn vrij gelijklopend. De verschillen situeren zich eerder op het vlak van de premie, de medische formaliteiten, de wachttijden en de opzeggbaarheid van het contract.

2.2.3 De collectieve verzekering Gemeen Recht

De collectieve verzekering Gemeen Recht is een facultatieve verzekering die toelaat de verplichte dekking arbeidsongevallen te verbeteren inzake de terugbetaling van medische kosten na een ongeval.

We onderscheiden 2 soorten aanvullende ongevallenpolissen:

- Arbeidsongeval > polis Gemeen Recht "excedent";
- Ongeval privéleven > polis Gemeen Recht "privéleven".

Beide dekkingen kunnen apart onderschreven worden en het niveau van beide dekkingen kan verschillen.

Inzake gezondheidszorgen dekt de "Verzekering Gemeen Recht" traditioneel de volgende prestaties na een **ongeval**:

- Hospitalisatiekosten;
- Ambulante zorgen (inclusief tandzorgen en optische zorgen).

Medische kosten naar aanleiding van een ziekte zijn nooit verzekerd via deze polis.

In geval van een ongeval privéleven dient de verzekerde in eerste instantie de kosten in via de mutualiteit. De polis Gemeen Recht zal vervolgens tussenkomen volgens het terugbetalingsprincipe dat bepaald werd in de polis. Dit kan een onbeperkte tussenkomst zijn tot een bepaald maximum terugbetalingsplafond, of deze kan gelinkt zijn aan de tussenkomst van het ziekenfonds (bv. 1xRIZIV on top).

In geval van een arbeidsongeval is er geen tussenkomst vanuit de mutualiteit. De arbeidsongevallenpolis betaalt deze kosten terug ten belope van het RIZIV-barema (inclusief "normaal" remgeld). Binnen de excedentverzekering kan dan het resterende bedrag ook verzekerd worden net zoals in een polis privéleven.

2.2.4 Besluit gezondheidszorgen

	Wettelijk	Extralegaal*
Ziekte	Mutualiteit	Hospitalisatiepolis Ambulante zorgenpolis
Ongeval privéleven	Mutualiteit	Hospitalisatiepolis Ambulante zorgenpolis Gemeen Recht "privéleven"
Arbeidsongeval	Arbeidsongevallenverzekering (inclusief remgeld)	Hospitalisatiepolis Ambulante zorgenpolis Gemeen Recht "excedent"

*Extralegaal = deel van de kost waarvoor geen wettelijke terugbetaling is

2.3 Welke mogelijkheden heeft de werkgever om zijn werknemers te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid?

Gezien zowel de mutualiteit als de wettelijk verplichte polis arbeidsongevallen slechts tussenkomen voor een percentage van het geplafondeerde loon, zal er altijd loonverlies optreden bij arbeidsongeschiktheid. Hoe hoger het loon, hoe groter het inkomensverlies.

De bijkomende dekkingen arbeidsongeschiktheid worden aangeboden vanuit 2 perspectieven:

- Werkelijk loonverlies compenseren rekening houdend met tewerkstellingspercentage en arbeidsongeschiktheidspercentage (polis gewaarborgd inkomen);
- Mogelijk loonverlies compenseren rekening houdend met arbeidsongeschiktheidspercentage (polis Gemeen Recht).

2.3.1 Collectieve verzekering gewaarborgd inkomen

De verzekering “gwaarborgd inkomen” dekt het loonverlies naar aanleiding van een arbeidsongeschiktheid door:

- Ziekte (incl. zwangerschap en bevalling);
- Arbeidsongeval;
- Ongeval privéleven.

De uitkering komt boven op de uitkering vanwege de mutualiteit of arbeidsongevallenverzekering.

Een afwezigheid op het werk is vereist. Vandaar dat er in dit type contracten een minimale arbeidsongeschiktheidsgraad van doorgaans 25% moet zijn. De tussenkomst gebeurt pro rata indien de werknemer tussen 25 en 67% arbeidsongeschikt is. Vanaf 67% wordt de ongeschiktheid als totaal aanzien.

De werknemer verkrijgt een maandelijkse uitkering vanwege de verzekeringsmaatschappij en dit zolang:

- De arbeidsongeschiktheid duurt en minstens 25% bedraagt;
- De werknemer niet met pensioen is;
- Zolang de eindleeftijd bepaald in de polis niet overschreden is.

De rente wordt berekend via de **formule** in de polis:

- Forfaitaire rente: vast bedrag;
- Step rate formule: $x\% S1 + y\% S2$;
- Offset formule: $z\% S -$ wettelijke tussenkomst.

S1 staat voor het gedeelte van het loon tot een bepaald plafond (typisch plafond wettelijke tussenkomst); S2 staat voor het gedeelte van het loon boven het plafond. S staat voor het totale bruto jaarloon.

Binnen een step rate formule wijzigt de rente niet in functie van een gewijzigde wettelijke tussenkomst. Bij een offset formule is dit wel het geval. Bij een offset formule kan men dus inspelen op de gewijzigde wettelijke tussenkomst in functie van de gezinssamenstelling vanaf het 2^e jaar van ongeschiktheid bij ziekte of ongeval privéleven. De meeste offset formules passen de rente eenmalig aan vanaf de 13^e maand van arbeidsongeschiktheid.

Voor bedienden wordt het loon tijdens de 1^e maand van arbeidsongeschiktheid doorbetaald. Hierdoor zien we in deze polissen een **wachttijd** van minstens 1 maand. Tijdens de wachttijd is er geen tussenkomst van de verzekering. De wachttijd is een belangrijke parameter voor de bepaling van de premievoet. Bij een wachttijd van meer dan 1 maand zijn er 2 opties:

- Werknemer valt volledig terug op de wettelijke voorzieningen;
- Werkgever betaalt (een deel van) het loon langer door dan wettelijk verplicht.

Idealiter wordt ook een jaarlijks **indexatie** van de rente voorzien, zodat de langdurig zieken een gelijkwaardige koopkracht behouden.

2.3.2 Collectieve verzekering premievrijstelling

Via deze verzekering neemt de verzekeraar de pensioen- en overlijdenspremies van de groepsverzekering ten laste tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid. Opnieuw zijn er 3 oorzaken van arbeidsongeschiktheid verzekeraar:

- Ziekte (inclusief zwangerschap en bevalling);
- Ongeval privéleven;
- Arbeidsongeval.

De wachttijd bedraagt minstens 1 maand. Is de wachttijd langer dan zal de werkgever de premies voor pensioen en overlijden in eerste instantie zelf doorbetalen voor de werknemer. Hierdoor daalt de premie voor de polis premievrijstelling.

🔔 **Opgelet:** indien de werkgever de premies niet zou doorbetalen, groeien de pensioenreserves van de arbeidsongeschikte niet langer aan en is er mogelijk geen dekking meer bij overlijden.

Een **indexatie** van de vrijgestelde premies wordt over het algemeen niet voorzien.

2.3.3 Collectieve verzekering Gemeen Recht

In de wettelijke arbeidsongevallenpolis wordt enkel het geplafonneerde loon verzekerd. Via de polis “excedent” kan men het loon boven op dit plafond ook verzekeren. Wil de werkgever ook ongevallen privéleven verzekeren, kan hij ook een polis Gemeen Recht “privéleven” afsluiten.

Deze volgt het design van de wettelijke polis arbeidsongevallen:

- Tijdelijke arbeidsongeschiktheid;
- Permanente arbeidsongeschiktheid;
- Medische kosten veroorzaakt door het ongeval;
- Overlijdensdekking.

Belangrijk is hier dat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid een ongeval is en geen ziekte. Ziektes kan men niet via een polis Gemeen Recht verzekeren.

Bij het onderschrijven van een polis Gemeen Recht maakt de werkgever de volgende keuzes:

- Welke van de 4 bovenstaande waarborgen hij wil verzekeren;
- Berekening van de waarborgen volgens de principes van de wettelijke verzekering, met multiplicatoren of met vaste bedragen;
- De hoogte van de dekkingen;
- Het maximum te verzekeren salaris;
- Berekeningswijze en plafond medische kosten.

2.3.4 Besluit arbeidsongeschiktheid

	Wettelijk	Extralegaal
Ziekte	Mutualiteit Basis geplafonneerd loon	Polis gewaarborgd inkomen
Ongeval privéleven	Mutualiteit Basis geplafonneerd loon	Polis gewaarborgd inkomen Polis Gemeen Recht “ongeval privéleven”
Arbeidsongeval	Arbeidsongevallenverzekering Basis geplafonneerd loon	Polis gewaarborgd inkomen Polis Gemeen Recht “excedent”

De dekking premievrijstelling is een dekking die geregeld vergeten wordt door HR-medewerkers en werknemers. Dit is nochtans een zeer waardevolle dekking die zorgt voor het behoud van de pensioen- en overlijdensdekkingen bij langdurige arbeidsongeschiktheid.

2.4 Besluit gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid

We kunnen de verschillende wettelijke en extralegale tussenkomsten "gezondheidszorgen" of "arbeidsongeschiktheid" als volgt schematisch in een tabel weergeven.

Gezondheidszorgen

	Ziekte	Ongeval privéleven	Arbeidsongeval
Kleine risico's	Ziekenfonds + Ambulante Verz.	Ziekenfonds + Ambulante Verz. + CGR	AO + Ambulante Verz. + CGR
Grote risico's	Ziekenfonds + Coll. Hospit. Verz.	Ziekenfonds + Coll. Hospit. Verz. + CGR	AO + Coll. Hospit. Verz. + CGR

CGR = Collectief Gemeen Recht

AO = Verplichte verzekering arbeidsongevallen

Arbeidsongeschiktheid

	Ziekte	Ongeval privéleven	Arbeidsongeval
1 ^{ste} maand	Werkgever 100% salaris	Werkgever 100% salaris	Werkgever 100% salaris
2 ^{de} maand - 12 ^{de} maand	Ziekenfonds (60% van het salaris beperkt tot RIZIV-plafond) + gewaarborgd inkomen	Ziekenfonds (60% van het salaris beperkt tot RIZIV-plafond) + gewaarborgd inkomen en/of CGR	Verzekering arbeidsongevallen (90% van het salaris beperkt tot het plafond arbeidsongevallen) + gewaarborgd inkomen en/of CGR
13 ^{de} mois – Terme	Ziekenfonds (65%, 55% of 40% van het salaris beperkt tot RIZIV-plafond) + gewaarborgd inkomen	Ziekenfonds (65%, 55% of 40% van het salaris beperkt tot RIZIV-plafond) + gewaarborgd inkomen en/of CGR	Verzekering arbeidsongevallen (90% van het salaris beperkt tot het plafond arbeidsongevallen) + gewaarborgd inkomen en/of CGR
Permanente invaliditeit		CGR (kapitaal)	Verzekering arbeidsongevallen (100% van het salaris beperkt tot plafond arbeidsongevallen X PI) + CGR (kapitaal)

PI = permanente invaliditeitsgraad

3. De markt: analyse en positionering

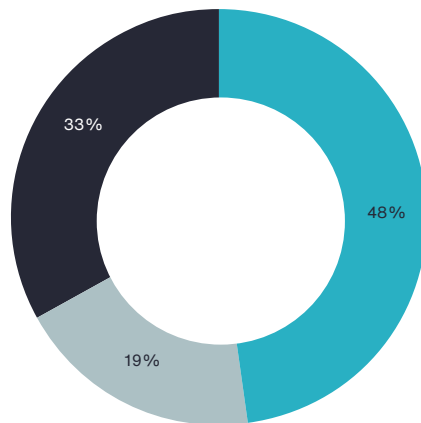
3.1 Gegevensverzameling steekproef

Selectie van bedrijven

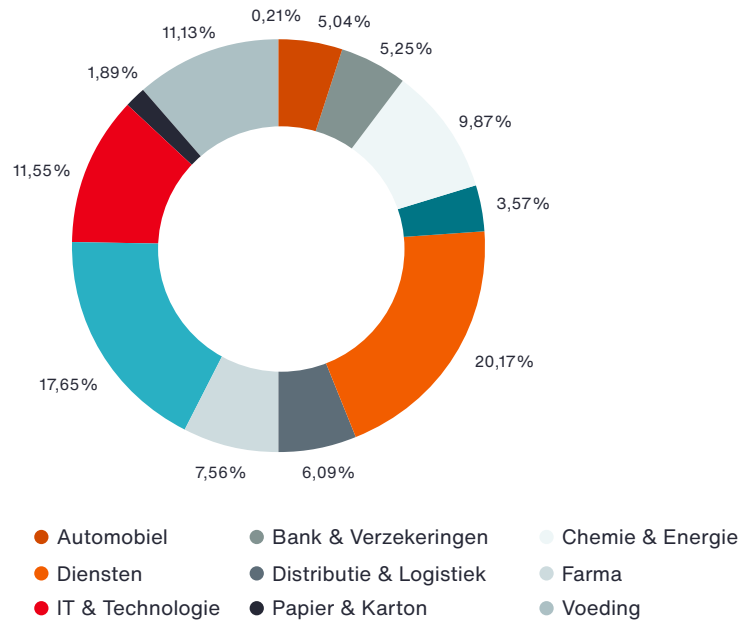
In onze vorige studies vroegen wij onze klanten proactief of ze aan de survey wensten deel te nemen. De volledige lijst van participanten werd in het rapport gepubliceerd. Omwille van de verstrengde privacy en confidentialiteitsvereisten van de GDPR-wetgeving, hebben wij onze aanpak voor deze versie gewijzigd. De medewerkers van Aon hebben zelf de geanonimiseerde data van hun klanten in de database ingevoerd. De bedrijven zijn ingedeeld volgens de sector waarin ze actief zijn, het aantal personeelsleden en de personeelscategorieën. Op die manier konden wij de gegevens van 320 ondernemingen en 476 plannen in deze studie betrekken.

Verdeling volgens aantal personeelsleden

- 0-49
- 50-249
- 250-....

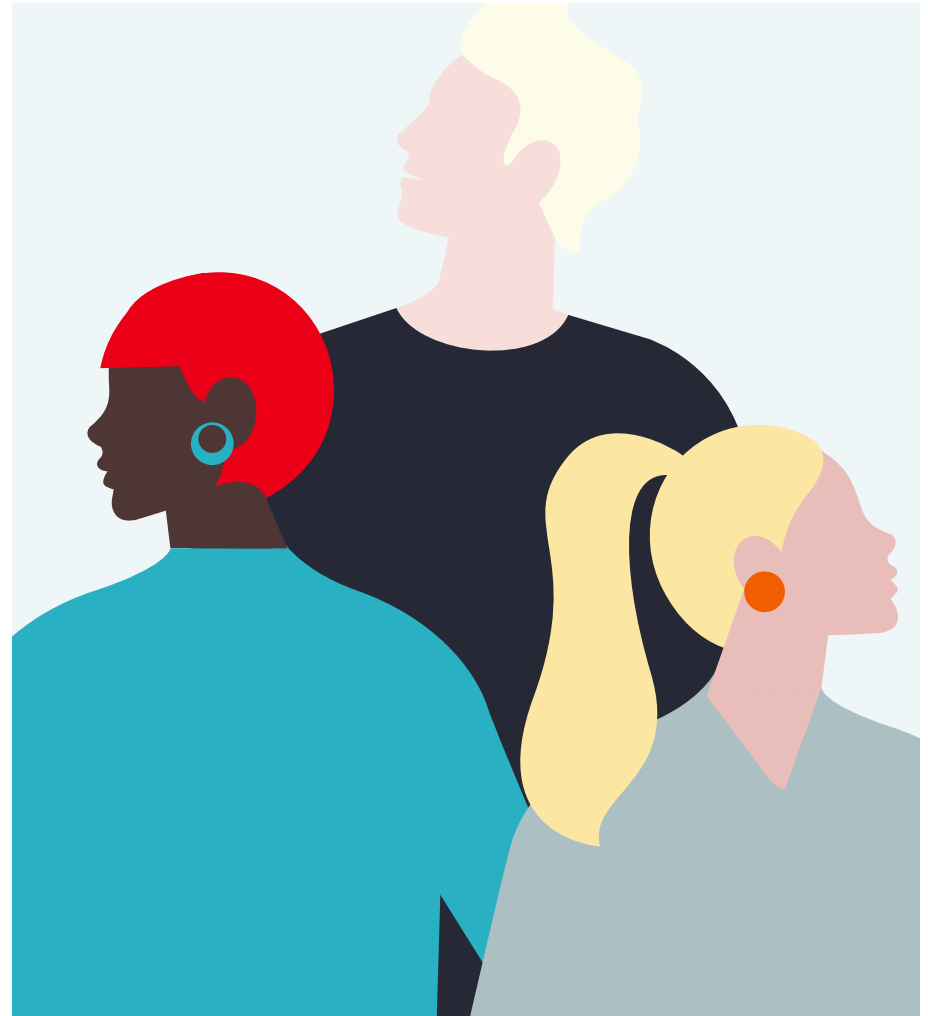


Verdeling volgens sector



Categorieën

We spitsen deze studie toe op vier verschillende **categorieën** van werknemers: directieleden, kaderleden, bedienden en arbeiders.



3.2 Hoe verzekeren ondernemingen hun werknemers tegen arbeidsongeschiktheid?

3.2.1 Benchmark arbeidsongeschiktheid

3.2.1.1 Algemeen

Waarborgen

De arbeidsongeschiktheidsverzekeringen kunnen onderverdeeld worden in twee soorten waarborgen:

Het eigenlijke “**gewaarborgd inkomen**” bij volledige of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Deze waarborg kan nog onderverdeeld worden afhankelijk van de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid:

- Ziekte;
- Ongeval in het privéleven;
- Arbeidsongeval.

✓ **Tip:** de waarborg “moederschapsrust” zit meestal in de waarborg ziekte. In oude reglementen is de waarborg niet altijd voorzien. Ook stress-gerelateerde aandoeningen zoals burn-out zijn niet steeds automatisch verzekerd. Kijk er uw reglement op na en, bij twijfel, **contacteer** uw Aon Consultant.

Het gewaarborgd inkomen wordt aan de verzekerde betaald in de vorm van een rente. Deze vormt een aanvulling op de uitkering voorzien door de sociale zekerheid.

De dekking arbeidsongeval voorziet in een aanvullende uitkering, boven op de wettelijke arbeidsongevallenverzekering.

De dekking “**premiëvrijstelling**”. Deze voorziet dat, in geval van arbeidsongeschiktheid, de betaling van de pensioenpremies en/of de premies voor de dekking overlijden ten laste worden genomen door de verzekeringsmaatschappij.

De collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering houdt hetzij rechtstreeks, hetzij onrechtstreeks rekening met de uitkeringen van de sociale zekerheid. De plannen die rechtstreeks deze uitkering inbouwen noemt men ook “**offset plannen**”, de andere “**step rate plannen**”.

Aantal plannen opgenomen in de steekproef

We hebben de gegevens geanalyseerd van 320 ondernemingen die één of meerdere arbeidsongeschiktheidsplannen hebben voor één of meerdere categorieën.

We hebben de plannen geanalyseerd voor de volgende 4 categorieën:

- Directie;
- Kaderleden;
- Bedienden;
- Arbeiders.

⚠ **Noot:** Eenzelfde plan kan van toepassing zijn op meerdere personeelscategorieën. In een bediendenplan zitten bijvoorbeeld vaak eveneens de kader- en directieleden. Omgekeerd is dit niet zo: een plan met categorie directie is enkel van toepassing op directieleden.

Per waarborg

De meeste ondernemingen hebben voor hun werknemers zowel een polis gewaarborgd inkomen als premievrijstelling afgesloten. In een aantal plannen zien we dat slechts één van beide waarborgen is afgesloten. De verdeling is als volgt:

Verdeling per waarborg	
Gewaarborgd inkomen + premievrijstelling	80,60% van de plannen
Enkel premievrijstelling	10,20% van de plannen
Enkel gewaarborgd inkomen	9,20% van de plannen

3.2.1.2 Dekkingen

De dekking gewaarborgd inkomen is onder te verdelen in vier verschillende oorzaken die aan de basis liggen van de tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid.

De verdeling over de verschillende plannen is als volgt:

Dekkingen arbeidsongeschiktheid	
Ziekte, moederschapsrust, privé ongevallen en arbeidsongevallen	45,80%
Ziekte, moederschapsrust en privé ongevallen	34,90%
Ziekte, privé ongevallen en arbeidsongevallen	9,40%
Ziekte en privé ongevallen	1,50%
Ziekte en moederschapsrust	5,80%
Ziekte	2,40%
Ziekte en arbeidsongevallen	0,20%

📌 **Aandachtspunt:** de waarborg moederschapsrust wordt hier apart opgesomd. In sommige reglementen wordt deze niet expliciet vermeld in de bijzondere voorwaarden, maar zit deze in de waarborg ziekte omvat. In 13,5% van alle plannen, vooral oudere plannen, zien we dat moederschapsrust nog niet verzekerd is.

Uw Aon **consultant** kan uw plan erop nakijken en deze dekking laten toevoegen indien gewenst.

3.2.1.3 Wachtijd

Alle reglementen voorzien in een minimale wachtijd van 1 maand. Tijdens de eerste 30 dagen van arbeidsongeschiktheid is de werkgever immers in de meeste gevallen verplicht het loon voor 100% door te betalen.

De bedienden aangeworven voor onbepaalde duur, voor bepaalde duur of een duidelijk omschreven werk van minstens 3 maanden hebben gedurende 30 dagen recht op de doorbetaling van hun normale loon.

Voor bedienden aangeworven voor een bepaalde duur of een duidelijk omschreven werk van minder dan 3 maanden en voor arbeiders is de regeling anders. De volledige informatie is beschikbaar op de website van de Belgische overheid:

Schorsingen van de arbeidsovereenkomst - ziekte en ongeval - Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (belgie.be)

⚠️ **Noot:** een harmonisering was voorzien in het regeerakkoord Michel I. Deze regering is echter vroegtijdig gevallen, waardoor deze niet meer goedgekeurd is. In het nieuwe regeerakkoord De Croo I is deze harmonisering niet meer opgenomen.

Na afloop van de wachtijd kan de werknemer een beroep doen op zijn verzekeraar, op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid erkend wordt. Een erkenning van de arbeidsongeschiktheid door het RIZIV impliceert niet noodzakelijk een erkenning door de verzekeraar.

Een langere wachtijd brengt een lagere verzekeringspremie met zich mee. De werkgever betaalt gedurende de wachtijd vaak zelf de bijpassing tot het salaris. Het risico voor de verzekeraar wordt kleiner aangezien deze voor een kortere periode moet bijpassen of zelfs geen uitkering dient te doen.

De premievoeten voor wachttijden van 2, 3, 6 en 12 maanden liggen respectievelijk circa 10%, 20%, 30% en 40% lager dan premievoeten voor een wachtijd van één maand.

Sommige werkgevers kiezen doelbewust voor een wachtijd langer dan één maand om de administratieve rompslomp bij afwezigheden van relatief korte duurtijd te vermijden.

We merken dat, sedert de survey 2004, het aantal plannen met een wachttijd van 1 maand gestegen is van 42% naar 77,5%.

Wachttijd	2004	2009	2015	2022
1 maand	42%	60%	73%	77,50%
3 maanden	20%	13%	10%	6,30%
6 maanden	15%	10%	6%	7,20%
1 jaar	14%	9%	5%	4%
Andere	9%	8%	6%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Een wachttijd van langer dan 1 jaar komt bijna niet meer voor. Immers, zowel de Wet op de Aanvullende Pensioenen (WAP) als de wet betreffende het toezicht op de instellingen voor bedrijfspensioenvoorziening van 27 oktober 2006, verplichten het externaliseren van extralegale voordelen arbeidsongeschiktheid vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid.

⚠ **Noot:** In het regeerakkoord Michel I, was tevens voorzien dat de periode van gewaarborgd loon die momenteel 30 dagen bedraagt, naar twee maanden zou stijgen in 2016. Ook deze wetswijziging is dode letter gebleven en bovendien niet meer opgenomen in het regeerakkoord De Croo I.

3.2.1.4 Indexatie

De uitgekeerde rente kan jaarlijks vanaf het tweede jaar van ongeschiktheid met een vooraf bepaald percentage stijgen. Op die manier behoudt de uitkering zijn reële waarde ingeval van langdurige arbeidsongeschiktheid. Indexatie is eveneens een belangrijke parameter in de bepaling van de kost van een verzekering gewaarborgd inkomen. Hoe hoger de indexatie, des te duurder de verzekering.

Indexatie rente	2004	2009	2015	2022
0,00%	49,00%	39,00%	43,00%	35,50%
2,00%	18,00%	33,00%	36,00%	45,60%
3,00%	20,00%	21,00%	15,00%	16,60%
Andere	13,00%	7,00%	6,00%	2,30%
Totaal	100%	100%	100%	100%

⚠ **Noot:** 35,5% van de plannen voorziet geen indexatie van de uitgekeerde rente. In geval van permanente arbeidsongeschiktheid kan dit dramatische gevolgen hebben voor de werknemer, die geconfronteerd wordt met een dalende koopkracht. Aon raadt ondernemingen aan om een indexatie te voorzien van 2%. Dit is in lijn met de doelstelling van de Europese Centrale Bank om de inflatie op de middellange termijn “onder maar dicht bij de 2%” te houden.

3.2.1.5 Eindleeftijd

De eindleeftijd van een plan bepaalt tot wanneer de aanvullende rente wordt uitgekeerd. 60% van de plannen voorziet nog in een eindleeftijd van 65 jaar. Daarnaast zien we nog 60 jaar als eindleeftijd staan in 2,5% van de plannen. In nieuwe of herwerkte plannen is de eindleeftijd steeds 67 jaar. We zien dat dit percentage ondertussen 37% bedraagt van de onderzochte plannen. Dit is een logische evolutie gezien de stijging van de wettelijke pensioenleeftijd naar 66 jaar in 2025 en 67 jaar in 2030.

📌 **Aandachtspunt:** het is belangrijk de eindleeftijd van het plan arbeidsongeschiktheid te laten aansluiten met de wettelijke pensioenleeftijd. Dit om te vermijden dat werknemers die **blijven werken na de contractuele einddatum** in de kou blijven staan bij arbeidsongeschiktheid.

Uw Aon **consultant** kan u hierbij adviseren en desgevallend een marktvergelijking uitvoeren om u de beste dekking voor te stellen aan het beste tarief.

3.2.1.6 Premieverdeling

Meer dan 95% van de bedrijven neemt de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering volledig ten laste. **Slechts in 4,4% van de plannen dient de werknemer zelf een bijdrage te betalen.**

3.2.1.7 Formules

Step rate

De step rate formule zien we vooral bij de dekking **ziekte en privéleven ongevallen**. De verzekerde rente voorziet in een aanvulling op de uitkering van de sociale zekerheid. De **wettelijke uitkering** wordt bepaald op het begrensde salaris van de werknemer.

Een **step rate formule** vult deze wettelijke uitkering aan met een bepaald percentage van het begrensde salaris (genaamd S1), verhoogd met een hoger percentage voor het deel van het salaris dat het plafond overstijgt (genaamd S2).

In formulevorm ziet dit er zo uit:

$$x\% S1 + y\% S2$$

Het verschil tussen x% en y% is meestal 60%. Voorbeeld: 15% S1 + 75% S2.

⚠ **Noot:** in theorie is het de bedoeling van een step rate plan om te voorzien in een totaal vervangingsinkomen van y% van de bezoldiging (in het voorbeeld 75%), in de veronderstelling dat de wettelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering 60% van het begrensde salaris bedraagt. Vanaf het tweede jaar varieert de **wettelijke uitkering** echter in functie van de familiale toestand. Hierdoor vult de verzekerde rente niet meer aan tot het gewenste percentage van het salaris. De rente stijgt wel nog met de indexatie indien dit voorzien wordt in het contract.

Offset

De offset formule bij **ziekte en privéleven ongevallen** definieert het aanvullende gewaarborgd inkomen als een totaal percentage van het salaris van de werknemer bij het begin van de arbeidsongeschiktheid, verminderd met de uitkering van de sociale zekerheid. Hierdoor wordt het totale vervangingsinkomen jaar na jaar op hetzelfde peil gehouden.

In formulevorm ziet dit er zo uit:

$$x\% S - ZIV$$

Voorbeeld: 70% S - ZIV



In geval van **arbeidsongeval** is de formule opgebouwd als een aanvulling op de **verplichte arbeidsongevallenverzekering**, die gebaseerd is op het begrensde salaris van de werknemer bij het begin van de arbeidsongeschiktheid.

De formule voor een arbeidsongevallenverzekering is in het algemeen een step rate formule, waarbij er enkel een uitkering is voor het gedeelte van het salaris boven het plafond Wet (S3).

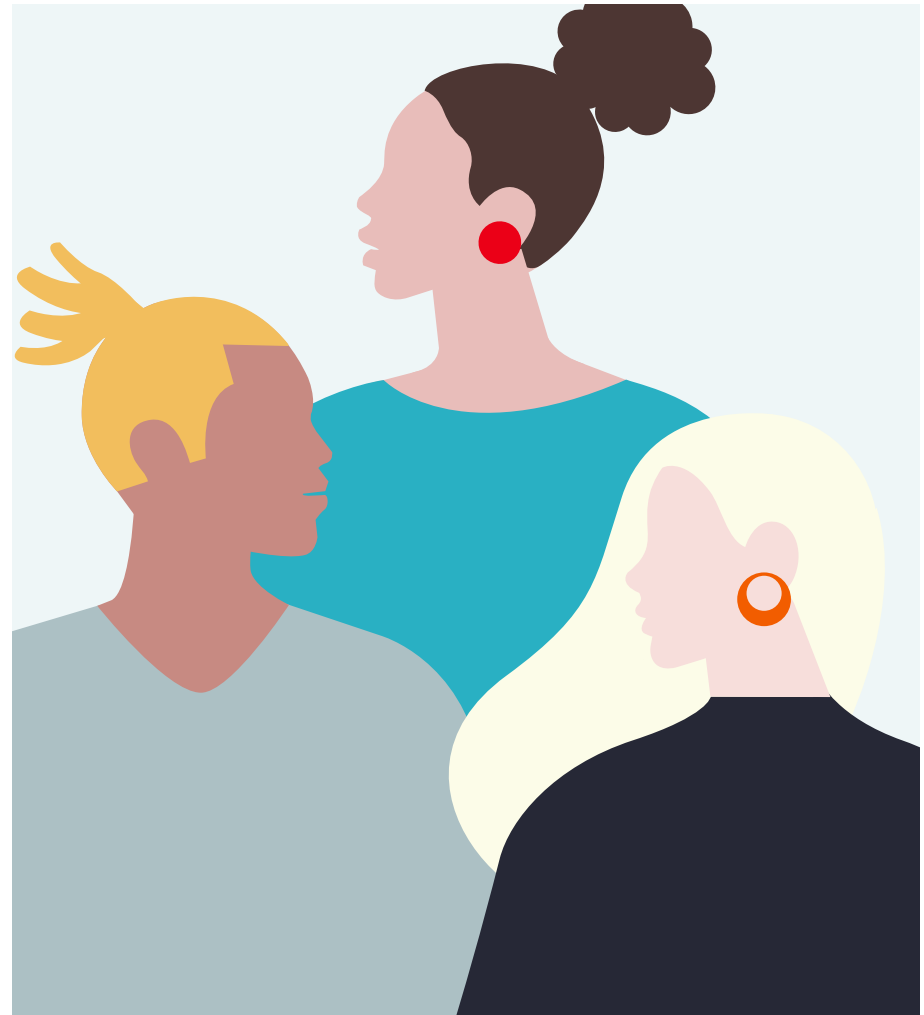
In formulevorm ziet dit er zo uit:

z% S3
Voorbeeld: 70% S3

Verhouding step rate en offset plannen

De verhouding tussen het aantal offset en step rate plannen is redelijk stabiel gebleven ten opzichte van 2015. In een offset formule, weet de werknemer dat hij zal genieten van in totaal x% van zijn laatste bezoldiging (wettelijke uitkering + aanvullende verzekerde rente) gedurende de ganse periode van arbeidsongeschiktheid. In het geval van een step rate formule, zal de verzekerde merken dat het totale vervangingsinkomen zal wijzigen na 12 maanden arbeidsongeschiktheid. Een offset formule is dan ook de beste aanvulling op de uitkering van de mutualiteit. Vaak is deze formule echter iets duurder voor de werkgever.

Type formule	2002	2004	2009	2015	2022
Forfaitair	1%	1%	2%	2%	0%
Offset	29%	29%	21%	31%	27,30%
Step rate	70%	70%	77%	67%	72,70%



Hoogte van de verzekerde rente

Step rate formule ziekte of ongeval in het privéleven

Ziekte	
0%S1 + 60%S2	1,70%
10%S1 + 70%S2	42,20%
20%S1 + 70%S2	4,30%
15%S1 + 75%S2	13,00%
20%S1 + 80%S2	24,30%
10%S	2,60%
20%S	1,45%
Andere	10,45%
Totaal	100,0%

Offset formule ziekte of ongeval in het privéleven

Ziekte en ongeval privéleven	
70% - ZIV	51,50%
75% - ZIV	23,00%
80% - ZIV	24,60%
Andere	0,90%
Totaal	100,0%

Arbeidsongevallen

Arbeidsongeval	
60%S3	3%
70%S3	46%
75%S3	11%
80%S3	33%
90%S3	2%
Andere	5%
Totaal	100,0%

3.2.1.8 Referentiesalaris

Ook het gebruikte referentiesalaris voor de bepaling van de verzekerde arbeidsongeschiktheidsrente is een belangrijke parameter.

Immers, een aanvulling tot 75% van het salaris gerekend op een jaarloon van 12 maandlonen, is niet hetzelfde als diezelfde waarborg gerekend op een jaarloon van 13,92 maandlonen. De salariscoëfficiënt 13,92 heeft in 2022 duidelijk de overhand genomen, met 50,4% van alle plannen.

Referentiesalaris	2015	2022
12	28,80%	22,70%
13	15,80%	14,70%
13,85	3,80%	1,70%
13,90	3,00%	2,70%
13,92	38,50%	50,40%
14	NA	4,00%
Andere	10,10%	3,80%
Totaal	100,0%	100%

Daarnaast merken we dat ook variabele loonelementen in de salarisdefinitie kunnen worden opgenomen:

- Bonus: 2% van de plannen;
- Commissie: 3% van de plannen;
- Shiftpremie: 2% van de plannen.

Deze variabele looncomponenten worden niet vaak meegenomen, aangezien deze ertoe leiden dat ook de verzekerde rente schommelt. In uitzonderlijke gevallen kan dit zelfs leiden tot medische formaliteiten.

3.2.1.9 Maximaal verzekerde rente

Het is wettelijk niet toegestaan om meer dan 100% van het brutoloon uitgekeerd te krijgen ingeval van arbeidsongeschiktheid (art.59 §1 3° WIB). Het gaat hier om de som van uitkeringen van het ziekenfonds en de aanvullende verzekerde rente. In de praktijk komt het erop neer dat de aanvullende verzekering bij arbeidsongeschiktheid een maximale aanvulling toelaat tot 80% van het brutosalaris min de uitkering van het ziekenfonds.

In de meeste contracten is daarnaast een beperking voorzien van de verzekerde rente. De beperking op de rente wordt opgelegd door de herverzekeraar en varieert gewoonlijk tussen 75.000 EUR en 300.000 EUR.

⚠ Noot: in heel oude plannen zien we soms nog (veel) lagere plafonds, waardoor niet iedereen voor de beoogde rente verzekerd is, maar voor een rente beperkt tot het plafond. Zeker voor directieplannen is dit een aandachtspunt.

3.2.2 Benchmark premievrijstelling

3.2.2.1 Algemeen

Het afsluiten van een dekking premievrijstelling garandeert dat de verzekeraar de verdere betaling van de premies voor het pensioenplan en/of de overlijdensverzekering ten laste neemt wanneer de verzekerde werknemer arbeidsongeschikt wordt. De werkgever zorgt er op die manier voor dat het pensioenkapitaal en de overlijdensdekking gegarandeerd blijven bij langdurige arbeidsongeschiktheid.

3.2.2.2 Waarborgen

De premievrijstelling komt meestal voor in combinatie met de dekking gewaarborgd inkomen.

Verdeling per waarborg	
Gewaarborgd inkomen + premievrijstelling	80,60% van de plannen
Enkel premievrijstelling	10,20% van de plannen
Enkel gewaarborgd inkomen	9,20% van de plannen

80,6% van de plannen voorziet zowel in een gewaarborgd inkomen als de dekking premievrijstelling. De overige plannen voorzien slechts één van de twee dekkingen voor de betrokken werknemerscategorie(ën).

3.2.2.3 Wachtijd, eindleeftijd, premieverdeling

Doordat premievrijstelling meestal in combinatie met de dekking gewaarborgd inkomen voorkomt, wordt over het algemeen dezelfde wachtijd, eindleeftijd en premieverdeling gehanteerd.

Wachtijd Premievrijstelling	
1 maand	80,70%
2 maanden	2,10%
3 maanden	5,70%
6 maanden	6,20%
1 jaar	5,10%
Andere	0,20%
Totaal	100,0%

In sommige gevallen kiest de werkgever een langere wachtijd om de kostprijs te drukken. Vaak wordt dit gecombineerd met het verder uitbetalen van de premie voor de groepsverzekering tijdens de eerste maanden van arbeidsongeschiktheid. Vraag is of dit de beste strategie is voor een bedrijf, met name of de lagere kostprijs voor de waarborg premievrijstelling wel opweegt tegen de kostprijs van het uitbetalen van de premie voor arbeidsongeschikte werknemers.

Bovendien stelt zich de vraag hoe de persoonlijke bijdrage kan worden opgevraagd bij langdurige arbeidsongeschiktheid in plannen waar deze nog van toepassing is, gezien deze niet meer van het loon kan afgehouden worden.

Wil de werkgever de premies voort betalen bij langdurige ziekte, dan wordt dit het beste in het arbeidsreglement opgenomen, alsook hoelang de premies betaald worden.

3.2.3 Overige parameters

In het hoofdstuk over de dekking arbeidsongeschiktheid, hebben we verschillende parameters vergeleken (wachtijd, einde, hoogte van de dekking, ...). Naast deze kwantificeerbare parameters, zijn er nog andere aspecten die de dekking (en het door de verzekeraar voorgestelde tarief) kunnen beïnvloeden.

Hieronder vindt u een niet-limitatieve lijst:

De uitsluitingen

Alle verzekeringscontracten voorzien zogenaamde traditionele uitsluitingen zoals:

- Ziektes of ongevallen en de gevolgen ervan voor de verzekerde als deze zich in staat van dronkenschap of onder invloed van drank bevond;
- Opzettelijke daad van de verzekerde;
- Schadegevallen opgelopen na rellen;
- Vrijwillige deelname aan een misdrijf of overtreding;
- Schadegevallen die het gevolg zijn van oorlog;
- ...

Naast deze traditionele uitsluitingen voorziet iedere verzekeraar in de algemene voorwaarden meer specifieke aanvullende uitsluitingen zoals:

- Schadegevallen ten gevolge van een bezoldigde sportactiviteit;
- Zelfmoordpoging;
- Beoefenen van luchtvaart;
- Beoefenen van gevaarlijke sporten.

Ook de toepassing van medische formaliteiten en de mate van uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen bepalen de premie.

De berekening van de rente voor deeltijdse werknemers.

Voor werknemers die deeltijds werken, gebruiken verzekeraars twee verschillende methodes om de rente te berekenen:

- De rente op het gepronatiseerde salaris;
- De rente wordt berekend op het salaris aan 100% en wordt vervolgens gepronatiseerd.

Voor de formules van het type step rate $x\%S1 + y\%S2$ kan dit een grote invloed hebben op het bedrag van de rente die zal worden toegekend (voor personen waarvan het salaris aan 100% hoger is dan het plafond). De tweede berekeningsmethode biedt een hogere rente aan de verzekerde dan de eerste.

Psychische aandoeningen

Deze zijn niet in alle plannen op dezelfde manier opgenomen.

Sommige verzekeraars voorzien een beperking in de tijd voor alle psychologische ziektes (2 à 3 jaar). Stress gerelateerde aandoeningen zijn niet steeds opgenomen in de lijst van verzekerde aandoeningen. In oude plannen zien we soms nog de vereiste van het vertonen van objectieve symptomen en verplichte diagnose door een psychiater voor de acceptatie van de schade door de verzekeraar.

In nieuwe plannen zien we vaak een onbeperkte uitkering voor een limitatieve lijst van psychische aandoeningen (schizofrenie, bipolaire stoornis, anorexia, ...), en een beperking in de tijd (meestal 2 jaar) voor de overige psychische aandoeningen zoals burn-out, CVS, fibromyalgie en depressie.

We komen hier uitgebreid op terug in het hoofdstuk **burn-out en re-integratie**.

Minimale graad van arbeidsongeschiktheid

De meerderheid van de verzekeraars komt tussen vanaf een arbeidsongeschiktheidsgraad van 25% en dit volgens het pro rataprincipe. Vanaf 67% wordt de arbeidsongeschiktheid aanzien als volledig.

Loopbaanonderbreking (gemotiveerd tijdskrediet, ouderschapsverlof, ...)

Ook hier kunnen er, afhankelijk van uw contract en van de verzekeraar, verschillen zijn. Sommige contracten zullen een dekking behouden gedurende de loopbaanonderbreking (met bepaalde duurtijd), andere zullen onmiddellijk proratiseren of de dekking volledig opschorten.

Bij een aantal verzekeraars zien we in recente contracten een clausule waarbij wordt bepaald dat de dekking behouden blijft ingeval van arbeidsongeschiktheid die ingaat tijdens een periode van tijdskrediet van maximum één jaar. Na de geplande afloop van het tijdskrediet en de carenstijd, wordt de rente uitgekeerd op basis van het verzekerde salaris.



3.3 De resultaten: rangschikking gewaarborgd inkomen

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de hoogte van het gewaarborgd inkomen en de kostprijs die een werkgever daarvoor betaalt. De rangschikking is volledig anoniem, maar voor een aantal typeplannen wordt wel weergegeven waar ze zich in de rangschikking bevinden.

Berekeningswijze

We hebben voor onze rangschikking een aantal assumpties en profielen van werknemers bepaald, om met deze parameters alle onderzochte plannen een plaats te kunnen geven in onze rangschikking.

Parameters

- Gewaarborgd inkomen ingeval van ziekte;
- Verzekerde rente bij arbeidsongeschiktheid met een wachttijd van 12 maanden;
- Wettelijk loonplafond RIZIV op 01/01/2022 (48.234,33 EUR);
- 4 profielen van werknemers, gehuwd zonder gezinslast, leeftijd 40 jaar:
 - Directielid: maandelijks brutosalaris 8.100 EUR;
 - Kaderlid: maandelijks brutosalaris 5.750 EUR;
 - Bediende: maandelijks brutosalaris 3.950 EUR;
 - Arbeider: maandelijks brutosalaris 3.100 EUR.

De door ons gekozen salarissen zijn niet noodzakelijk representatief voor uw onderneming.

Symbolen

- S_m = het brutomaandsalaris;
- S = het referentiesalaris, gelijk aan een veelvoud van S_m ;
- S_1 = het gedeelte van het referentiesalaris S onder het loonplafond van het RIZIV;
- S_2 = het gedeelte van het referentiesalaris S boven het loonplafond van het RIZIV.

Vergelijking van de vervangingsgraad van het gewaarborgd inkomen

Met vervangingsgraad bedoelen we de verhouding van het gewaarborgd inkomen per maand ten opzichte van het laatste brutomaandsalaris. We tonen dit verband zowel voor het aanvullende gewaarborgd inkomen als voor het totale gewaarborgd inkomen (aanvullend en wettelijk gedeelte).

Onze proefpersonen worden arbeidsongeschikt op 40 jaar. Na 1 jaar arbeidsongeschiktheid gaan we de verschillende aanvullende vergoedingen vergelijken.

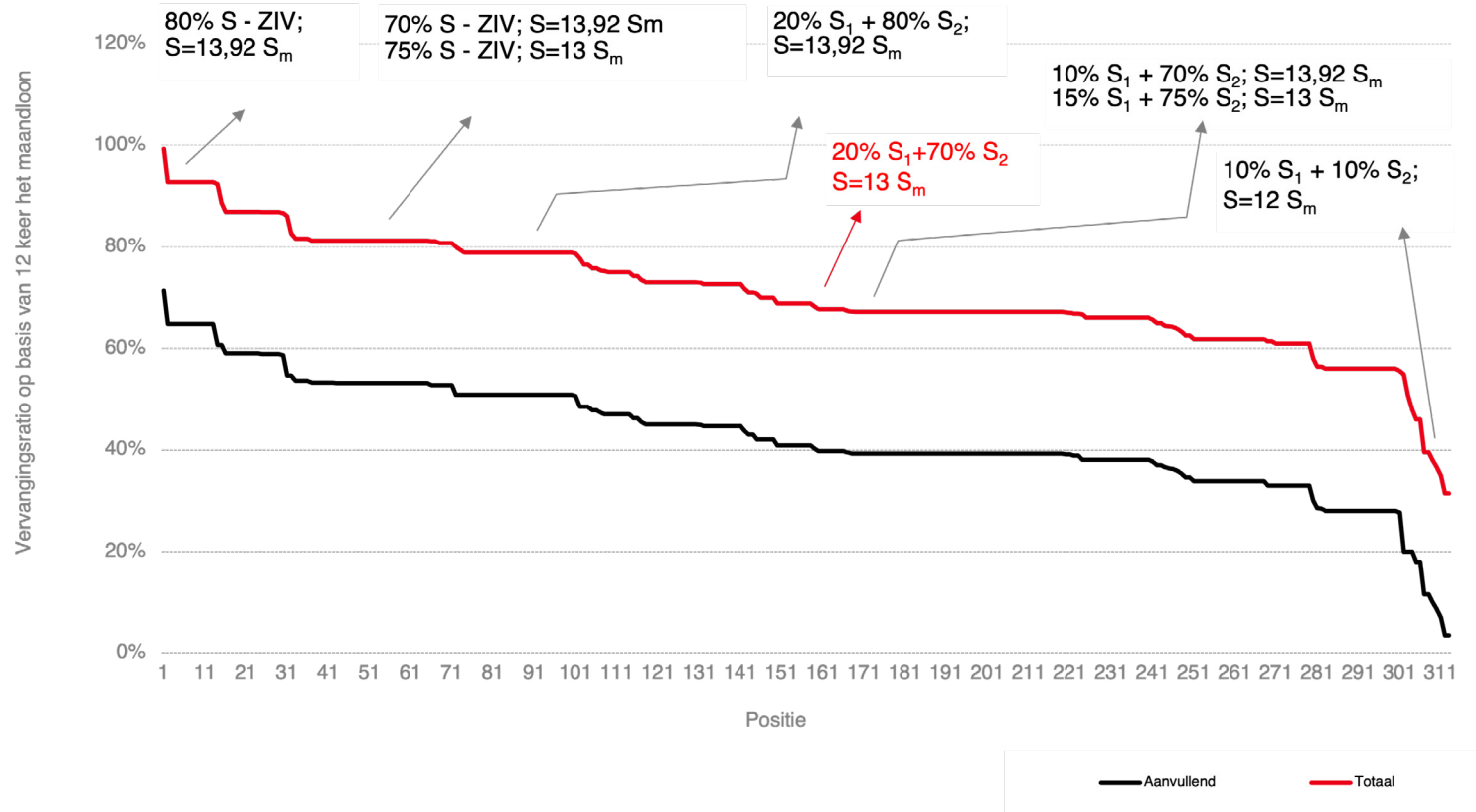
De wettelijke uitkering vanaf het tweede jaar van ongeschiktheid bedraagt voor onze proefpersonen 40% van het jaarloon, beperkt tot het **loonplafond van het RIZIV**.

Voor elk van de vier werknemers hebben wij, op basis van hun salaris en gezinstoestand, berekend hoeveel het wettelijk vervangingsinkomen bedraagt waarop zij recht hebben:

- Directielid: 1.607,8 EUR per maand of een vervangingsratio van 19.9%;
- Kaderlid: 1.607,8 EUR per maand of een vervangingsratio van 28%;
- Bediende: 1.580 EUR per maand of een vervangingsratio van 40%;
- Arbeider: 1.240 EUR per maand of een vervangingsratio van 40%.

In de grafieken met de vervangingsgraden komen bovenvermelde percentages overeen met het verschil tussen de vervangingsgraad van het aanvullende gewaarborgd inkomen en de vervangingsgraad van het totaal gewaarborgd inkomen.

Vervangingsratio kaderlid



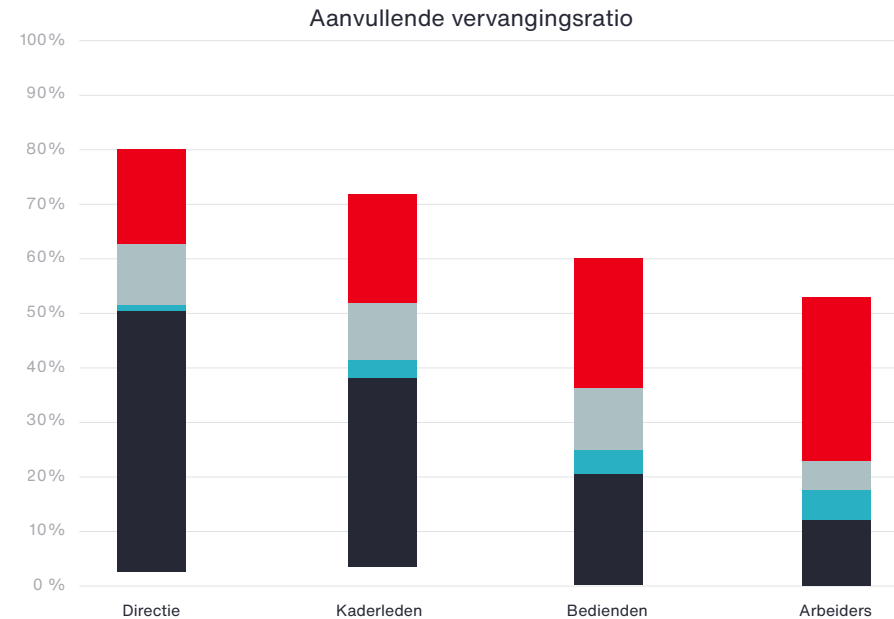
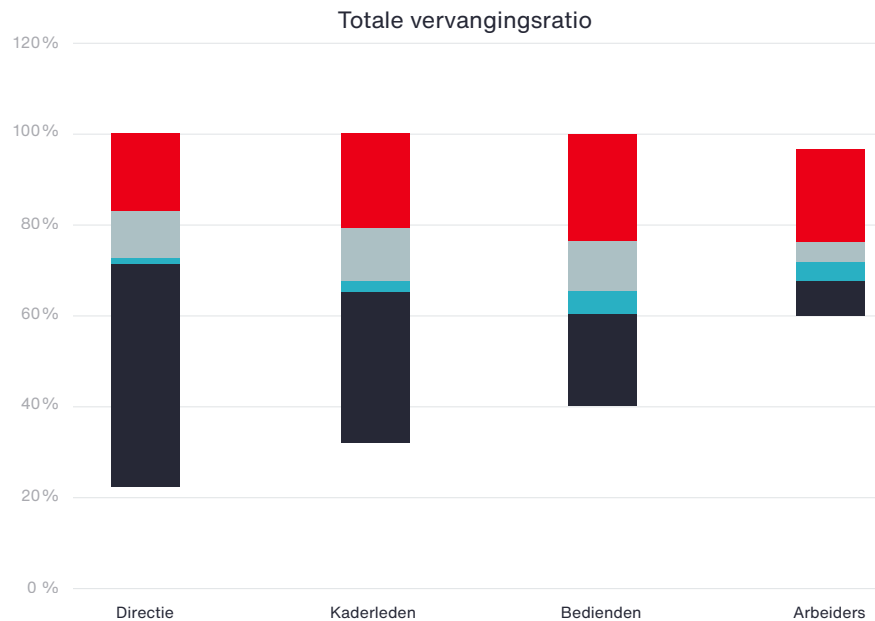
Klik [hier](#) om toegang te krijgen tot vervangingsratio's voor andere werknemers.

Daarnaast hebben we, per categorie, een “box-plot” opgemaakt voor zowel de totale vervangingsratio (wettelijke tussenkomst + aanvullend gewaarborgd inkomen) als de vervangingsratio van het aanvullende plan enkel.

Deze is als volgt te interpreteren:

- Bovenste lijn = 100^e percentiel = beste plan;
- Rode blok = plannen tussen 75^e en 100^e percentiel;
- Grijs blok = plannen tussen 50^e en 75^e percentiel;
- Blauwe blok = plannen tussen 25^e en 50^e percentiel;
- Zwarte blok = plannen onder het 25^e percentiel.

De vervangingsratio van het mediaanplan wordt weergegeven op de middelste lijn van elke grafiek.



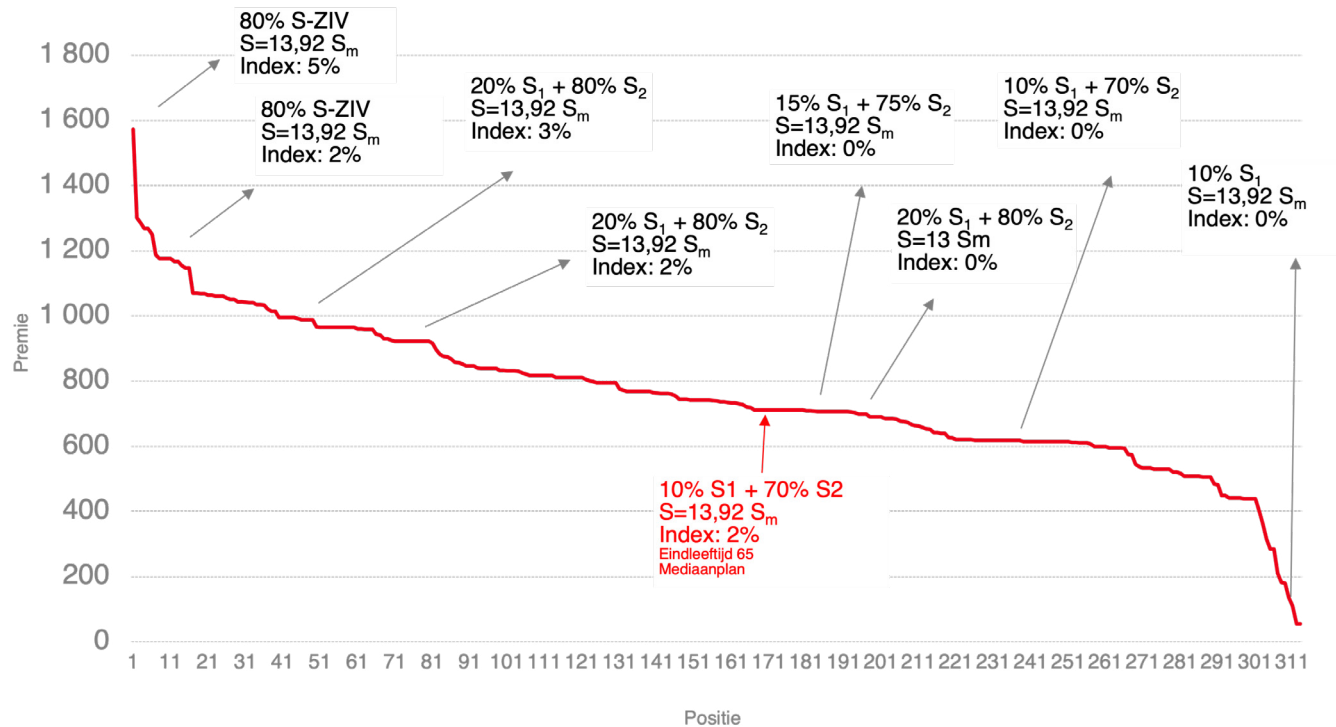
Vergelijking van de premie

De hoogte van het gewaarborgd inkomen is natuurlijk niet allesbepalend. Ook de eindleeftijd en het percentage van indexatie zijn belangrijke factoren, maar deze worden bij de vergelijking van de voordelen niet meegerekend. Daarom vergelijken we ook de premie die wordt betaald voor deze dekking.

Parameters voor de berekening:

- Eindleeftijd van het plan (60, 62, 65 of 67 jaar);
- Indexatie;
- Wachtijd 12 maanden.

Premie kaderlid



Klik [hier](#) om toegang te krijgen tot premies voor andere werknemers.

Wilt u weten of uw eigen plan arbeidsongeschiktheid marktconform is? De experts van Aon kunnen de exacte positionering van uw plan vergelijken met de 320 bedrijven uit onze steekproef.

Aon begeleidt u: [onze consultants](#) staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

3.4 Hoe verzekeren ondernemingen hun werknemers tegen medische kosten?

3.4.1 Algemeen

Waarborgen

De verzekering medische kosten kan onderverdeeld worden in:

- De eigenlijke hospitalisatieverzekering dekt de kosten tijdens de hospitalisatie;
- De dekking pre- en posthospitalisatie voorziet in een terugbetaling van de ambulante kosten verbonden aan de hospitalisatie gedurende een bepaalde periode vóór en na de eigenlijke hospitalisatie;
- De dekking zware ziekten komt tussen in de ambulante kosten verbonden aan bepaalde ziekten.

Deze basisdekking wordt in de meeste plannen aangevuld met:

- Een derdebetalersregeling: het ziekenhuis stuurt de factuur onmiddellijk naar de verzekeraar die de factuur betaalt aan het ziekenhuis
- Repatriëring vanuit het buitenland naar België in geval van hospitalisatie.

Meer en meer zien we eveneens een luik bijstand in België (vb. boodschappen, poetshulp, kinderoppas, ...).

De aanvullende waarborg “ambulante kosten”. Deze dekking voorziet in de terugbetaling van bepaalde medische kosten die niet verbonden zijn aan een hospitalisatie of die buiten de periode van de dekking pre- en posthospitalisatie vallen. Het kan hier specifiek gaan om remgelden van doktersbezoeken en geneesmiddelen, maar ook bijvoorbeeld over tandverzorging, brilglazen en monturen. We zien verder in het rapport dat deze waarborgen in opmars zijn.

Tot slot bieden sommige werkgevers hun personeel een dekking collectieve “**prefinanciering**”.

Aantal plannen opgenomen in de steekproef

Totaal

Aan dit deel van de studie namen 277 ondernemingen deel die beschikten over één of meerdere verzekeringen medische kosten voor één of meerdere categorieën van hun werknemers.

Per waarborg

Dekkingen	
Hospitalisatie	66,60%
Hospitalisatie plus ambulante zorgen	2,20%
Hospitalisatie plus tandzorgen	4,70%
Hospitalisatie, ambulante zorgen en tandzorgen	26,50%
Totaal	100%

3.4.2 Benchmark hospitalisatieverzekering

3.4.2.1 Categorieën

In de meeste gevallen is de aansluiting voorzien voor alle werknemers. Slechts in 5% van de plannen zien we dat de aansluiting beperkt is tot directie en kader. 3% van de plannen zijn enkel van toepassing op arbeiders.

3.4.2.2 Aansluitingsvoorwaarden

Werknemer

We stellen vast dat in 95% van de plannen de aansluiting verplicht is voor de werknemer zelf. Bij een verplichte aansluiting is de premie normaliter volledig ten laste van de werkgever. Bij een facultatieve aansluiting is de premie over het algemeen volledig of gedeeltelijk ten laste van de werknemer zelf.

Gezinsleden

Aansluiting van de gezinsleden is in alle plannen voorzien. In 70,6% van de gevallen betreft het een facultatieve aansluiting waarbij de werknemer kan kiezen om zijn gezinsleden al dan niet aan te sluiten. Indien er een facultatieve aansluiting is, betekent dit doorgaans dat de premies voor de gezinsleden volledig of deels ten laste zijn van de werknemer. Dit is echter niet te staven vanuit de benchmarking doordat sommige verzekeraars niet opnemen in de polis wie de premies betaalt. Een facultatieve aansluiting zou dus evengoed toch kunnen betekenen dat de werkgever de premies voor de gezinsleden betaalt.

Gepensioneerden en werknemers in SWT

In 16% van de plannen zien we dat de gepensioneerden aangesloten kunnen blijven aan de hospitalisatieverzekering. Voor werknemers in SWT loopt dit zelfs op tot 24% van de plannen.

De aansluiting van gepensioneerden in een collectief plan neemt sterk af. Deze afname is vooral het gevolg van het feit dat de globale medische kosten steeds hoger oplopen en dat vooral bij gepensioneerden gezien het hoger risico op hospitalisatie. De schadelast van de gepensioneerden heeft dan ook potentieel zware gevolgen voor de rentabiliteit van de totale verzekering en leidt bijgevolg tot steeds hogere premies, ook voor de actieven.

Het aanbieden van een plan aan de gepensioneerde werknemers, kan tevens voor complicaties zorgen ingeval van overname van het bedrijf of bij transfer van het plan naar een andere verzekeraar.

⚠ **Noot:** dankzij de **Wet Verwilghen**, is het voor oudere werknemers ook mogelijk om zonder medische formaliteiten de medische kostenverzekering voort te zetten tegen een aanvaardbaar tarief. De noodzaak is er dan ook niet meer om gepensioneerden in het collectieve plan te houden.

3.4.2.3 Wachtijden en medische formaliteiten

In de meeste collectieve plannen hospitalisatie is er geen wachttijd noch medische formaliteiten van toepassing. Dit is dan ook één van de grote sterktes van een collectief plan, naast het recht op individuele verderzetting. Een wachttijd, en eventueel medische formaliteiten, kan wel van toepassing zijn ingeval van laattijdige aansluiting of voor zeer kleine groepen.

3.4.2.4 Premiebetaling en indexering van de premies

In het algemeen is het zo dat de werkgever de premies ten laste neemt voor de verplichte aansluitingen, terwijl de werknemer betaalt in geval van een facultatieve aansluiting. Gezien niet alle verzekeraars in de polissen opnemen wie de premies betaalt, kunnen we hierover geen exacte statistieken aanleveren.

De premies betaald door de werkgever in het kader van een collectieve toezegging medische kosten zijn voor de onderneming niet aftrekbaar als beroepskost. De werknemer wordt op deze werkgeverspremie niet belast. De persoonlijke bijdragen betaald in het kader van diezelfde toezegging zijn evenmin fiscaal aftrekbaar.

De meeste plannen voorzien een automatische indexering van de premie op de vervaldag. De indexatie gebeurt ofwel op basis van de specifieke medische index, ofwel op basis van de consumptieprijsindex. De algemene regel is dat de verzekeraar de medische index toepast indien deze hoger is dan de consumptieprijsindex.

Daarnaast maakt de verzekeraar op regelmatige basis een vergelijking tussen het totale bedrag van de schade-uitkeringen en de ontvangen premies per werkgever. Dit kan leiden tot een verhoging van de premie indien blijkt dat de premies de afgelopen jaren onvoldoende waren om de schades te dekken.

3.4.2.5 Plafond van de tussenkomst

Bijna 96% van de plannen heeft een onbeperkte dekking. Een beperkt aantal veelal oudere plannen heeft nog een dekking beperkt tot 1, 2 of 3 keer de RIZIV-tussenkomst. We merken dat heel wat werkgevers hun plan in de voorbije jaren hebben aangepast naar een modern plan met onbeperkte uitkering: van 89% in 2015 naar bijna 96% van alle plannen vandaag.

Terugbetalingsplafond	Hospitalisatie
1 x ZIV	0,20%
2 x ZIV	0,90%
3 x ZIV	1,90%
Onbeperkt	95,80%
Andere	1,20%
Totaal	100,00%

3.4.2.6 Vrijstelling

We merken dat nog steeds 31,8% van de plannen geen vrijstelling heeft. In 38,4% is er een vrijstelling die identiek is in alle kamertypes. In 29,8% zien we een gedifferentieerde vrijstelling, met andere woorden een vrijstelling die hoger is, of enkel van toepassing bij opname of one day clinic in een éénpersoonskamer. In meestal oudere plannen zien we nog vaak een vrijstelling van 125 of 75 EUR in alle kamertypes. De laatste jaren zien we een verschuiving naar een gedifferentieerde vrijstelling van meestal 0/125 EUR of 0/250 EUR in een eenpersoonskamer.

Vrijstelling	
Geen	31,80%
Gelijke vrijstelling in alle kamertypes	38,40%
125 EUR in alle kamertypes	16,60%
75 EUR in alle kamertypes	12,70%
Andere	9,10%
Gedifferentieerde vrijstelling*	29,80%
Gedifferentieerd 0/125 EUR	9,55%
Gedifferentieerd 0/75 EUR	3,90%
Gedifferentieerd 0/200 of 0/250 EUR	3,70%
Gedifferentieerd X/250 EUR (X=50, 75, 125 of 250)	4,70%
Andere gedifferentieerde	7,95%
Totaal	100%

*Het eerste cijfer is de vrijstelling in een meerpersoonskamer, het tweede cijfer de vrijstelling in een eenpersoonskamer.

⚠ **Noot:** het invoeren van een gedifferentieerde vrijstelling helpt over het algemeen de kost van de verzekering te drukken. Immers, de **wet** verbiedt kamer- en ereloon-supplementen in een twee- of meerpersoonskamer. Dit heeft ertoe geleid dat de supplementen bij opnames in een eenpersoonskamer de voorbije jaren fel gestegen zijn. Veel werkgevers kiezen er dan ook voor om de vrijstelling bij opname of one day clinic in een eenpersoonskamer op te trekken en de vrijstelling in een twee- of meerpersoonskamer te verlagen of zelfs af te schaffen.

In sommige recentere plannen wordt er in plaats van een vrijstelling per verzekeringsjaar een persoonlijke bijdrage gehanteerd per opname in een eenpersoonskamer. Een dergelijke persoonlijke bijdrage per opname is een recente tendens: slechts 0,3% van de plannen heeft een persoonlijke bijdrage per opname in een eenpersoonskamer in plaats van een vrijstelling op jaarbasis.

Het invoeren van een gedifferentieerde vrijstelling of een persoonlijke bijdrage per opname in een eenpersoonskamer heeft als doelstelling de werknemers ertoe aan te zetten om meer bewust de keuze maken tussen een één- of meerpersoonskamer. Op die manier worden de uitgaven beperkt, en kan de werkgever premieverhogingen op zijn hospitalisatieverzekering vermijden of temperen.

3.4.2.7 Pre- en posthospitalisatieperiode

De overgrote meerderheid van de plannen (ruim 75% van de plannen) voorziet nog steeds in een dekking pre- en posthospitalisatiekosten ten belope van één maand vóór de eigenlijke hospitalisatie en drie maanden erna. Het gaat hier om de huidige marktnorm. We zien dat een 20% een pre- en postperiode voorziet van 2 en 6 maanden. Dit zijn vooral werkgevers die in het kader van hun verlonings- en retentiebeleid een ruimere dekking dan de gemiddelde werkgever willen aanbieden aan hun werknemers.

Preperiode	
1 maand	76,90%
2 maanden	18,60%
3 maanden	4,40%
Andere	0,10%
Totaal	100,00%

Postperiode	
3 maanden	77,60%
4 maanden	0,90%
6 maanden	21,40%
Andere	0,10%
Totaal	100,00%

3.4.2.8 Zware ziekten

Meer dan de helft van de contracten erkent vandaag 30 of meer zware ziekten. We merken dat heel wat werkgevers hun contract hebben aangepast aan deze nieuwe norm sedert 2015.

Aantal verzekerde zware ziekten	2015	2022
27	44,80%	34,10%
28 ou 29	3%	3,30%
30	34,20%	44,50%
31	3,30%	5,40%
32	3,80%	2,40%
Andere	10,90%	10,40%
Totaal	100%	100%

3.4.2.9 Derdebetalersregeling

Via de derdebetalersregeling betaalt de verzekeraar de ziekenhuisfactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. De verzekerde moet dan enkel het bedrag van de eventuele vrijstelling en de niet-verzekerde onkosten op de ziekenhuisfactuur aan de verzekeraar terugbetalen.

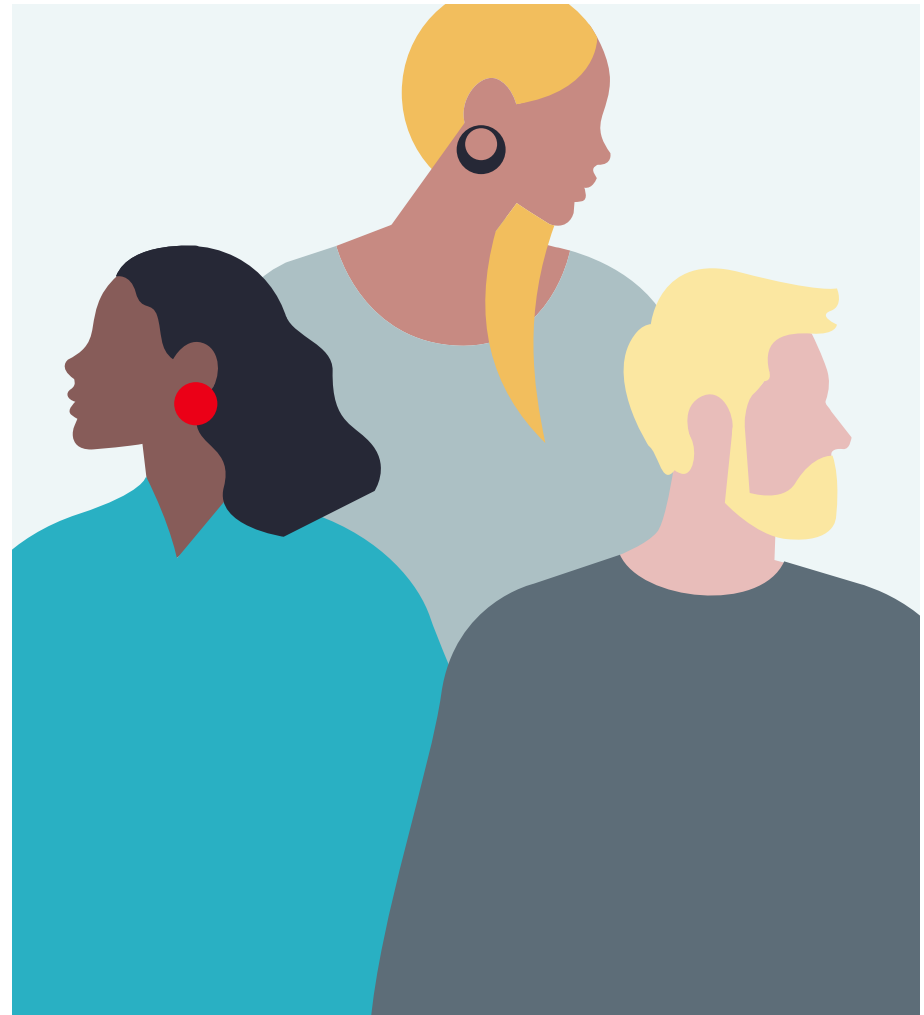
Gezien het succes van de contracten met “onbeperkte” dekking, is de derdebetalersregeling de norm geworden.

De overgrote meerderheid van de plannen, 90% heeft een derdebetalersregeling.

3.4.2.10 Bijstand in het buitenland

De dekking bijstand in het buitenland is opgenomen in 97% van de contracten.

Aandachtspunt: de meeste plannen sluiten verblijven in het buitenland die langer dan 3 opeenvolgende maanden duren uit. In moderne plannen zien we soms een dekking van 6 opeenvolgende maanden. Het is ook belangrijk om te weten dat sommige verzekeraars de terugbetalingen in het buitenland beperken tot een forfaitair bedrag of 50% van de onkosten waarvoor het RIZIV niet tussenkomt.



In de contracten met een terugbetalingsplafond beperkt tot 2 of 3 x RIZIV is er geen tussenkomst van de verzekering bij verblijf in een land waar er geen tussenkomst is van de Belgische mutualiteit.

Afhankelijk van de duur van het verblijf en de bestemming, kan het soms nuttig zijn om een **specifieke dekking** te onderschrijven.

3.4.2.11 Bijstand in België

Een dekking "bijstand in België" wordt door een aantal verzekeraars standaard geïntegreerd in hun huidige hospitalisatieplannen, bij anderen is dit een optionele waarborg of is er geen aanbod.

Het gaat om een dekking die in het geval van hospitalisatie (en eventueel na de hospitalisatie) recht geeft op een aantal prestaties zoals kinderopvang, huishoudhulp, hulp bij verzorging van huisdieren, boodschappen... Afhankelijk van het contract is een plafond voorzien voor wat betreft het aantal gepresteerde uren en de periode waarin de bijstand kan opgenomen worden.

Andere waarborgen die kunnen worden voorzien zijn psychische bijstand, online doktersconsultaties...

De dekking bijstand in België is vandaag voorzien in de kleine minderheid van de contracten: 39,5% biedt een vorm van bijstand in België aan.

Om te kunnen genieten van deze prestaties, is het heel belangrijk om vooraf contact op te nemen met de dienst bijstand van de verzekeraar. De verzekeraar zal dan snel de gevraagde prestaties voorzien en organiseren.

3.4.2.12 Prefinanciering

De **Wet Verwilghen** verplicht de werkgever tot het informeren van zijn werknemers over de mogelijkheid tot prefinanciering. De verzekeraar is echter niet verplicht een prefinancieringsproduct aan te bieden. De verzekeraars die geen prefinanciering aanbieden zorgen dan over het algemeen wel voor een aangepast individueel aanbod voor individuele verderzetting, eventueel met hogere vrijstelling of persoonlijke bijdrage per ziekenhuisopname, om ook aan gepensioneerden een betaalbaar plan te kunnen aanbieden. Wij stellen vast dat 6% van de plannen een collectief plan van prefinanciering heeft.



3.4.2.13 Conclusie: nieuw marktconform plan in 2022

Op basis van de analyse van onze steekproef en de marktrends, kunnen we zeggen dat het design van het "marktconform" hospitalisatieplan op het volgende neerkomt:

- Verplichte aansluiting van het personeelslid en facultatieve aansluiting van familieleden;
- Gepensioneerden en werknemers in SWT kunnen niet aangesloten blijven in een collectief plan;
- Onbegrensd interventieplafond;
- Gedifferentieerde vrijstelling van 0/125 EUR of 0/250 EUR;
- Dekkingen:
 - Hospitalisatie;
 - Pre-post: 1 maand – 3 maanden;
 - 30 of meer zware ziekten;
 - Bijstand in het buitenland met repatriëring;
 - Derdebetalersregeling.

3.4.3 Benchmark ambulante zorgen en tandzorgen

3.4.3.1 Soorten plannen

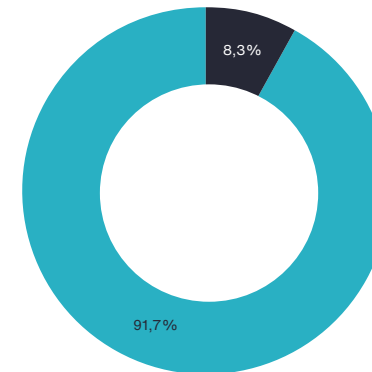
We onderscheiden drie vormen van ambulante zorgen plannen:

- Ambulante zorgen:
 - Consultaties bij dokters en specialisten, paramedische prestaties (vb. kinesithérapie...), alternatieve geneeskunde, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, optische zorgen (monturen, glazen, lenzen).
- Tandzorgen:
 - Tandbehandelingen, orthodontische behandelingen, tandprothesen, bruggen, kronen en implantaten.
- Combinatie van ambulante zorgen en tandzorgen.

Het algemene terugbetalingspercentage is meestal 80%, soms 100% van de kost, na aftrek van de tussenkomst van de mutualiteit. Bij een aantal verzekeraars zien we specifieke beperkingen van het terugbetalingspercentage of een maximumbedrag voor bijvoorbeeld tandprothesen, brilmonturen etc.

Terugbetalingspercentage

- 80% min tussenkomst mutualiteit
- 100% min tussenkomst mutualiteit

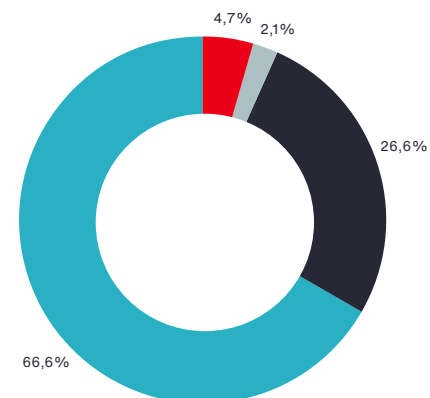


De verschillende verzekeraars hanteren ongeveer dezelfde voorwaarden. We zien dat er verschillen zijn in de terugbetalingspercentages van bijvoorbeeld alternatieve geneeskunde, of in de tussenkomst voor tandprothesen of brilmonturen.

We merken dat deze waarborgen in de lift zitten: waar in 2015 18,7% van de plannen een waarborg ambulante zorgen en/of tandzorgen hadden, zijn we in 2022 gestegen naar 33,4% van de plannen.

Ambulante zorgen in 2022

- Tandzorgen
- Ambulante zorgen + tandzorgen
- Ambulante zorgen
- Geen aanbod



3.4.3.2 Aansluitingsvoorwaarden

De aansluitingsvoorwaarden van een plan ambulante zorgen en/of tandzorgen zijn niet altijd gelijklopend met die van een hospitalisatieverzekering. Het is perfect mogelijk dat een hospitalisatieplan de aansluiting verplicht voor zowel de werknemer als voor zijn gezinsleden, maar dat het plan ambulante zorgen een facultatieve aansluiting voorziet voor de gezinsleden, waarbij de premie voor de gezinsleden dan ook ten laste is van de werknemer.

We zien ook meer en meer de tendens naar het afsluiten van een plan ambulante zorgen en/of tandzorgen in het kader van een flexibel verloningsbeleid van de werkgever. Via bijvoorbeeld een salary sacrifice wordt een budget gecreëerd waarmee de werknemer op een fiscaal voordeliger manier toegang krijgt tot een aantal benefits dan wanneer hij deze via het nettoloon zou moeten betalen. In dit type plan is de aansluiting typisch facultatief voor zowel de werknemer als zijn gezinsleden. Gezien de verzekeraars willen vermijden dat de werknemers/ gezinsleden toetreden op moment dat zij zeker zijn van bepaalde kosten, zijn er doorgaans extra voorwaarden aan verbonden. Zo zal de verzekeraar bijvoorbeeld opleggen dat de toetreding van toepassing is voor 3 jaar of dat een weigering tot aansluiting definitief is.

⚠ Noot: we merken dat de rendabiliteit van dergelijke volledig flexibele plannen minder goed is dan die waar de aansluiting van de werknemer en eventueel van zijn gezinsleden verplicht is. Dit door de antiselectie die onvermijdelijk ontstaat in een plan met facultatieve aansluiting. Vraag is dan ook hoe de verzekeraars in die toekomst zullen omgaan met volledig facultatieve plannen en welke premies hier op termijn tegenover zullen staan.

3.4.3.3 Wachttijden

In een collectief plan ambulante zorgen en/of tandzorgen zijn er over het algemeen geen wachtlijden bij de aansluiting aan een contract ambulante zorgen en/of tandzorgen.

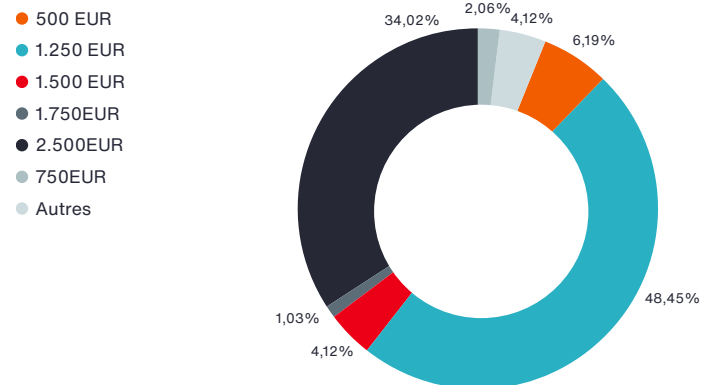
Soms worden er wel wachtlijden gehanteerd op specifieke waarborgen, bijvoorbeeld voor tandprotheses of tussen twee brilmonteren.

Het opnemen van een algemene wachttijd in het contract verlaagt het risico op antiselectie, zeker in een facultatief plan waar de aansluiting niet steeds tot einddatum is, maar meestal in blokken van 3 jaar kan worden gekozen.

3.4.3.4 Plafond van de tussenkomst

Over het algemeen wordt er gewerkt met een globaal plafond van tussenkomst per verzekerde en per verzekeringsjaar. Dit plafond is meestal 1.250 of 2.500 EUR.

Plafond ambulante zorgen



3.4.3.5 Vrijstelling

In slechts 13,5% van de plannen ambulante zorgen en/of tandzorgen is een vrijstelling op jaarbasis opgenomen. Deze dient om de kostprijs van de waarborg te drukken voor werkgever en werknemer.

Deze bedraagt meestal 75 EUR. In enkele gevallen zien we een vrijstelling van 125 EUR of 250 EUR.

3.4.3.6 Conclusie: zijn ambulante zorgen en tandzorgen ingeburgerd in de markt anno 2022?

In vergelijking met de Benefit Survey 2015 merken we een stijging van 80% van het aantal plannen met ambulante zorgen en/of tandzorgen: van 18,7% naar 33,4% van de plannen.

Dit betekent dat nog steeds 2/3 van de werkgevers deze waarborgen niet inzet in het kader van een aantrekkelijk verlonings- en retentiebeleid of in het aanbod flexibele verloning.

De voordelen van een plan ambulante zorgen en/of tandzorgen komen verder aan bod in het hoofdstuk **Trends en evoluties op de markt**.

4. Trends en marktontwikkelingen

4.1 De dekking "ambulante zorgen", een troef in het salarispakket?

De **hospitalisatieverzekering** voorziet een dekking voor de “grote risico’s” in het leven (hospitalisatie, pre-post, ernstige ziekten).

De **verzekering ambulante zorgen** voorziet een belangrijke bescherming tegen de kleinere risico’s van alledag.

→ **Complementariteit van de twee dekkingen..**

Frequentie

2015: 18,7% van de plannen biedt een dekking ambulante zorgen aan voor hun personeel.

2021 : **33,4% van de plannen biedt deze dekking.**

De hospitalisatieverzekering maakt al vele jaren integraal deel uit van het salarispakket.

De dekking ambulante zorgen was nog niet zo wijdverbreid in 2015.

Deze is de laatste jaren echter snel gegroeid, omdat het als een reële troef in het loonpakket wordt beschouwd, waarop de werknemers zelf de nadruk leggen tijdens de bedrijfsonderhandelingen voor 2019-2020 en 2021-2022.

Deze “kleine risico’s” (doktersbezoek, geneesmiddelen, tandartskosten, kosten van de opticien, ...) kunnen een aanzienlijk budget vertegenwoordigen voor de werknemer en zijn gezinsleden (gemiddeld 540 EUR per persoon). Vandaar de groeiende aantrekkingskracht van de dekking van ambulante zorgen, die een onmiddellijk effect heeft op de persoonlijke financiën.

Tot slot voorzien verscheidene verschillende grote Paritaire Comités in België in hun collectieve arbeidsovereenkomsten een verhoging van de loonmassa die bestemd is voor extralegale voordelen. De dekking ambulante zorgen is hiervoor uitermate geschikt.

Voordelen

- Tevredenheid en fidelisering van de werknemer;
- Aantrekkelijkheid voor nieuwe werknemers;
- Complete dekking van de gezondheidsrisico’s;
- Interessanter dan een salarisverhoging (zowel voor de verzekerde als voor de werkgever);
- Uitbreiding voor familieleden aan een aantrekkelijk tarief;
- Vaak aansluiting zonder medische formaliteiten, wachttijden en zonder uitsluitingen van reeds bestaande aandoeningen.

De dekking ambulante zorgen als alternatief voor een salarisverhoging?

Door een dekking ambulante zorgen aan te bieden, kan de werkgever zijn personeel tevredenstellen tegen lagere kosten.

De nettowinst voor de werknemer is veel groter dan de kost voor de werkgever.

Onderstaande tabellen tonen de budgettaire impact van een dergelijk voordeel voor de werkgever en de werknemer:

Visie werknemer

	Jaarlijkse salarisstijging	Jaarlijkse premie ambulante zorgen
Brutobedrag toegekend aan werknemer	325 EUR	325 EUR
RSZ-werkgever (27%)	69 EUR	-
Brutosalaris werknemer	256 EUR	-
RSZ-werknemer (13,07%)	33 EUR	-
Belastbare basis	223 EUR	-
Belastingvoet (45%)	100 EUR	-
Gemeentebelasting (7%)	7 EUR	-
Nettobedrag werknemer	116 EUR	1.250 EUR (jaarlijks plafond)

Simulatie:

- 325 EUR = een gemiddelde jaarlijkse premie ambulante zorgen voor een actieve werknemer met een jaarlijkse enveloppe van 1.250 EUR (gemiddeld tarief variërend naargelang de samenstelling van de populatie van de onderneming en de opzet van het contract);
- Belastingvoet van 45% voor de werknemer: personenbelasting op een bruto jaarinkomen tussen 23.720 EUR en 41.060 EUR (belastingjaar 2021). Als het jaarsalaris van de werknemer hoger is, is het voordeel nog groter.

Visie werkgever

	Jaarlijkse salarisstijging	Jaarlijkse premie ambulante zorgen
Werkelijke kost werkgever	407 EUR	407 EUR
Invorderbare belasting op toegestane uitgaven	- 136 EUR	81 EUR
Kost werkgever na belastingen (9,25%)	-	325 EUR
Kost werkgever voor belastingen	543 EUR	298 EUR
Totaalbedrag toegekend aan werknemer	543 EUR	-
RSZ-werkgever (27%)	115 EUR	-
Brutosalaris werknemer	428 EUR	-
RSZ-werknemer (13,07%)	56 EUR	-
Belastbare basis	372 EUR	-
Belastingvoet (45%)	167 EUR	-
Gemeentebelasting (7%)	12 EUR	-
Nettobedrag werknemer	193 EUR	-

Rekening houdend met de eigen fiscaliteit van de onderneming (belasting op toegestane uitgaven, enz.). In deze tabel wordt een vergelijking gemaakt tussen een salarisverhoging en een verzekering ambulante zorgen voor gelijkwaardige netto reële kosten voor de werkgever.

Besluit:

- Aanzienlijk netto voordeel voor de werknemer;
- Bescherming familieleden: genieten van een groepstarief;
- Economisch alternatief voor de werkgever.

Aan begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

4.2 Preventie en Welzijn

"Voorkomen is beter dan genezen"

4.2.1 Inleiding

Goede arbeidsomstandigheden, veiligheid, welzijn en gezondheid zijn niet vanzelfsprekend en vragen voortdurende aandacht. Bij preventie gaat het er om iets te doen voordat er problemen ontstaan, risico's in kaart te brengen en te voorkomen dat iets onaangenaams gebeurt zoals bijvoorbeeld een ongeval of ziekte. Een afwezige/zieke medewerker kost de werkgever al snel meer dan 1000 EUR per dag en volgens statistieken van de grote verzekeraars is 1/3 van de langdurige afwezigen te wijten aan psychische aandoeningen. Een degelijk preventiebeleid kan hierop een positieve impact hebben.

4.2.1.1 Definitie "Welzijn" volgens Aon "Rising Resilience" rapport

Rising resilient | Aon

Welzijn kan worden gedefinieerd als "een toestand van evenwicht die bestaat uit het hebben van de juiste middelen, mogelijkheden en uitdagingen die nodig zijn voor een optimale gezondheid en prestaties voor het individu en de organisatie".

4.2.1.2 Welzijnswet

Het welzijnsbeleid is in België wettelijk geregeld door o.a. de welzijnswet van 04.8.1996

Voor meer info over deze wet verwijzen we naar deze links:

Welzijn op het werk | Belgium.be

Nieuwe wetgeving inzake preventie zal wellicht ook nog volgen.

4.2.2 Wat zien we in de praktijk?

De jongste jaren komt er gelukkig veel meer aandacht voor alle elementen die bij dit preventie- en welzijnsbeleid betrokken zijn, en dit zowel door de overheid, mutualiteiten, verzekeraars, bij de werkgevers en ook bij de werknemers zelf.

Internationale werkgevers stellen meer dan enkele jaren geleden vragen over de mogelijke aanpak in België op het vlak van preventie en welzijn. In landen zoals het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, is het reeds zeer gebruikelijk om een uitgebreid aanbod te voorzien.

Dit is niet zo verwonderlijk want steeds meer stress-gerelateerde aandoeningen zorgen voor langdurige ziekte bij werknemers. In het onderdeel "burn-out en re-integratie" focussen we vooral op burn-out, maar het aspect welzijn is in de praktijk veel ruimer.

Welzijn in zijn geheel is een gebied van toenemende zorg voor werkgevers - en in de loop der jaren is de definitie ervan uitgebreid. Vandaag vallen naast fysieke gezondheid ook financiële, sociale en emotionele gezondheid onder de noemer welzijn.

Zorgen voor "welzijn" vraagt dan ook om een holistische benadering zowel op professioneel én privé-vlak. Die twee zijn meer dan ooit met elkaar verbonden.

We belichten hieronder enkele aspecten van dit zeer uitgebreide onderwerp.

4.2.2.1 Fysiek Welzijn

Traditiegetrouw investeren werkgevers in eerste instantie in medische check-ups en beweegmogelijkheden.

Enkele voorbeelden:

- Op medisch vlak:
 - Gratis medische check-up vanaf de leeftijd van 45 jaar. Dit werd mogelijk gemaakt door de CAO 104 met betrekking tot de gezondheid van de werknemers ouder dan 45;
- Werkgelegenheidsplannen voor oudere werknemers - Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (belgie.be)**
- Griepvaccin is niet verplicht, maar kan aangeboden worden als een extra benefit voor werknemers. Het wordt georganiseerd in overleg met de preventie-adviseur van de firma. De griepvaccins worden in het bedrijf verstrekt of in een medisch centrum. De kost van een griepvaccin bedraagt ongeveer 20 EUR per werknemer;
 - EHBO-kit en EHBO- opleiding/ aanwezigheid van een defibrillator;
 - Computerbrillen indien een aantal voorwaarden vervuld zijn;
 - COVID-19 testen;
 - Ergonomische stoelen en bureaus, computerschermen;
 - Gezonde voeding op de werkplek;
 - ...
- Op bewegingsvlak:
 - Sportmogelijkheden: terugbetaling van abonnementen;
 - Activiteiten op het bedrijf zoals yoga, pingpong, fitness, ...
 - Deelname aan sportuitdagingen via een app;
 - ...

4.2.2.2 Financieel Welzijn

Naast het fysieke aspect is financieel welzijn minstens even belangrijk om goed te kunnen presteren op de werkvloer. Iemand die tevreden is met zijn financiële toestand heeft meer kans op geluk en gemoedsrust.

Volgens “De Financiële Gemoedsrust Barometer”, het resultaat van een samenwerking tussen een verzekeraar en een Belgische universiteit:

- Heeft meer dan 1 Belg op 4 een lage financiële gemoedsrust;
- Verwacht 80% van de Belgen een nieuwe financiële crisis;
- Kan meer dan de helft van de Belgen maximaal 3 maanden overbruggen met zijn spaarreserves.

Een aanvulling door de werkgever via een verzekering gewaarborgd inkomen of gezondheidszorgen kan op dit vlak reeds voor meer gemoedsrust zorgen.

4.2.2.3 Sociaal Welzijn

Nu het thuiswerken voor vele werknemers gebruikelijk geworden is, geeft dit voor sommigen onder hen meer sociale welzijnsrust omdat ze rustiger en geconcentreerder kunnen werken dan op kantoor, en kunnen ze hun beroeps- en privéleven gemakkelijker combineren. Bovendien zijn zij in staat hun sociale werkrelaties te onderhouden via de technologische middelen die hun ter beschikking zijn gesteld.

Voor anderen is het juist veel moeilijker om het werk met het vaak drukke gezinsleven te combineren, zeker met kleine kinderen in huis. Alleenstaanden kunnen bij het thuiswerk ook een groter isolement ervaren.

Voor de werkgever is het nuttig en nodig om hiermee vanuit het management rekening te houden en goede balansmogelijkheden aan te reiken waarbij werknemers in de mate van het mogelijke uiteraard, zelf hun werkschema en locatie mee kunnen bepalen.

Alert zijn voor signalen dat het met een werknemer even niet goed gaat en een ondersteuning op maat aanbieden is belangrijk.

Een werknemer die zich sociaal goed voelt, kan beter omgaan met stressmomenten.

4.2.2.4 Emotioneel Welzijn

Meer en sneller werk verrichten, vaak met minder mensen. Het kan en moet nog altijd beter. Dat is de tendens van onze tijd.

Ook hier is het nuttig dat er voldoende open communicatie kan zijn zodat de prestatiedruk voor de werknemer haalbaar en gezond blijft.

4.2.3 Hoe gaan verzekeraars met preventie en welzijn om?

Traditioneel zijn verzekeraars vooral gericht op “herstel en genezing”. Het curatief karakter van behandelingen is de basis om terugbetalingen van gemaakte dokterskosten te verzekeren.

De vervangingsinkomens worden aangeboden om tijdens de herstelperiode een verlies aan inkomen te compenseren. Duidelijke statistieken helpen hen bij het zorgvuldig bewaren van het evenwicht tussen premies en uitkeringen.

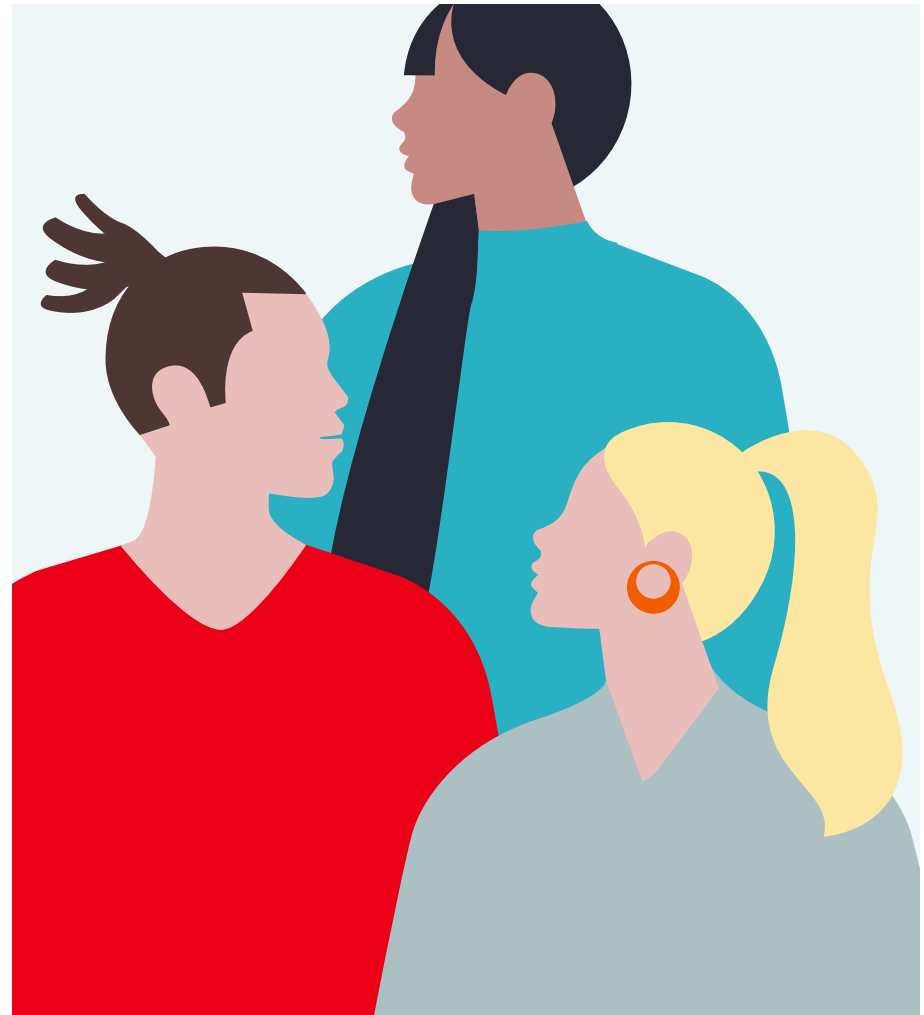
De laatste jaren merken we alvast bij een aantal verzekeraars meer interesse voor het onderdeel preventie.

Enkele voorbeelden (die nog sterk per verzekeraar kunnen verschillen):

- Preventieve inentingen die tot een forfaitair plafond van 100 EUR per jaar terugbetaald worden;
- Online blogs/publicaties rond (mentaal) welzijn, sport & beweging, lichaam & gezondheid en voeding. Ze informeren en adviseren op die manier met welke hulpmiddelen de mentale en fysieke gezondheid kan verbeterd worden;
- Organisatie van uitgebreide geluks-onderzoeken in samenwerking met de Universiteit Gent;
- Aanmoediging via hun website om verandering in het levenspatroon aan te brengen. Dit via uitdagingen en persoonlijke plannen op maat;
- Re-integratie traject bij burn-out dat naast genezing van de huidige burn-out ook aandacht geeft aan de preventie van een nieuwe burn-out.

De resultaten van deze acties zijn (nog) moeilijk meetbaar, maar op maatschappelijk vlak is dit in elk geval een positieve tendens.

Op vlak van preventie wordt er door een grote verzekeraar onderzocht hoe ze hun statistieken aan klanten ter beschikking kunnen stellen om samen met hen in te grijpen op de oorzaken van arbeidsongeschiktheid.



Op zowel het luik preventie als welzijn worden samenwerkingsverbanden opgezet met externe partners die gespecialiseerd zijn in een holistische aanpak.

Toch is het aanbod op de verzekeringsmarkt nog beperkt en kan er op langere termijn nog heel wat groei gerealiseerd worden.

Aon begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

Aon volgt voor u de evoluties op de voet.







Op nationaal vlak overleggen wij met verzekeraars en bedrijven om ideeën uit te wisselen.

Zo groeit onze expertise stelselmatig en kunnen we u vanuit verschillende invalshoeken begeleiden.

Op internationaal vlak voeren wij regelmatig grote onderzoeken uit om te peilen naar actuele onderwerpen zoals de aanpak van welzijn door werkgevers.

In ons meest recente internationaal onderzoek "Rising Resilience", hebben we 10 factoren gefilterd en kan een mogelijke aanpak voorgesteld worden, rekening houdend met de lokale mogelijkheden.

The 10 factors behind a resilient workforce

 Encouraging health-positive behaviours	 Protecting physical health	 Delivering clarity and purpose
 Supporting mental health in the modern day	 Fostering adaptable skills	 Sharing responsibility and control
 Developing financial security	 Embracing inclusivity	 Understanding and managing employee expectations
 Operating with compassion and engaging community		



4.3 Burn-out en re-integratie

4.3.1 Burn-out

4.3.1.1 Inleiding

In onze vorige editie van 2015 gingen we dieper in op het onderwerp “burn-out”.

We stelden toen vast dat de term zelf op de werkvloer nog weinig bekend was.

Voor dokters waren er weinig duidelijk bruikbare handvaten ter beschikking om hun diagnose te stellen.

In de verzekeringspolissen die langdurige arbeidsongeschiktheid verzekeren kwam de term “burn-out” zelf niet voor en waren de terugbetalingsmodaliteiten voor iedereen onduidelijk.

Ondertussen is er op verschillende vlakken veel geëvolueerd.

Burn-out is meer dan ooit een ziekte die iedereen kan treffen, in alle lagen van de bevolking en met gelijk welk beroep. Het langdurig ziek zijn heeft een grote impact op de betrokkene zelf, op zijn directe omgeving en ook op zijn werkgever en collega's.

RIZIV-statistieken:

Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen? RIZIV (fgov.be).

- Toename van langdurige burn-outs en depressies in 4 jaar (2016-2020);
- Vooral vrouwen en 45+ getroffen;
- Meer dan 1,5 miljard EUR aan uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door depressie of burn-out in 2019 (+33% tussen 2016 en 2019).

Op vlak van herstel en genezing is er gelukkig al veel vooruitgang geboekt en is de aanpak door verschillende types van zorgverlening efficiënter geworden, zowel preventief als curatief. Maar er is nog een hele weg af te leggen. Herstellen van een burn-out kan meerdere maanden duren, en na de eerste periode gewaarborgd maandloon, wordt er geen loon meer uit betaald door de werkgever.

Ervaring leert dat werknemers zich niet voldoende bewust zijn van de beperkingen die de **sociale zekerheid** voorziet.

Ze schrikken erg als ze de financiële terugval zelf moeten ervaren. Vooral profielen met hoge lonen overschatten de wettelijke tussenkomst sterk.

4.3.1.2 Wat is de aanpak van verzekeraars die langdurige arbeidsongeschiktheid verzekeren?

Dankzij de dekkingen afgesloten door de werkgevers bieden verzekeraars aan de werknemers een financiële ondersteuning. Ze zorgen voor een vervangingsinkomen zodat het inkomensverlies vb. bij burn-out of psychische aandoeningen beperkt kan blijven. Werkgevers die dit type financiële ondersteuning in hun personeelsvoordelen opnemen worden hiervoor gewaardeerd als “zorgzame werkgever”.

De verzekeraars hebben hun collectieve polissen de voorbije jaren allemaal aangepast. De terminologie is duidelijker en de toepassing van de uitkeringen meestal ook, al blijft de grens tussen burn-out/depressie en andere psychische aandoeningen een dunne lijn. De uiteindelijke diagnose door de behandelende arts kan grote gevolgen hebben voor de verdere behandeling van het dossier.

Het aantal dossiers dat ingediend en behandeld wordt stijgt al jaren sterk. Men verwacht nog een verdere toename door toedoen van COVID-19. Momenteel is +/-30 % van de langdurige afwezigheden wegens ziekte gerelateerd aan burn-out of psychische aandoeningen.

Aan de waarborgen zelf zijn geen grote wijzigingen gepland op korte termijn.

Premieverhogingen om het evenwicht tussen premies en uitkeringen te herstellen waren in het verleden uitzonderlijk, maar we zien dit fenomeen reeds meer verschijnen, en verwachten nog wel meer aanzienlijke tariefverhogingen in de nabije toekomst.

Wanneer we de collectieve producten voor het verzekeren van een gewaarborgd inkomen op de verzekeringsmarkt bekijken en vergelijken, stellen we vast dat elke verzekeraar op het vlak van burn-out specifiek vermelde beschermingsmechanismen inbouwt om de inkomsten en uitgaven in balans te houden.

Enkele voorbeelden (deze kunnen sterk verschillen tussen verzekeraars!):

- De ziekte moet worden vastgesteld door een psychiater en met objectieve symptomen cf. de criteria DSM IV;
- Volledige uitsluiting;
- Beperkingen in duur van de uitkering, vb. max 24 of 36 maanden;
- Een wachttijd voorzien, vb. pas uitkering na 1 jaar;
- Deelneming aan een re-integratietraject;
- ...

Er zijn ook verzekeraars die de mogelijkheid voorzien om burn-out te verzekeren aan een duurdere premie.

Het blijft een moeilijke klus om door het bos de bomen te zien.

4.3.1.3 Wat is het effect van burn-out op hospitalisatieverzekeringen en ambulante zorgen verzekeringen?

Omdat burn-out en aanverwante psychische aandoeningen zeker niet altijd gepaard gaan met een hospitalisatie, is de impact op de hospitalisatieverzekering eerder beperkt.

Indien er geen ziekenhuisopname is, kunnen kosten terugbetaald worden via een collectief contract ambulante zorgen.

Voor ambulante psychotherapeutische behandelingen zal meestal een voorschrift van een psychiater gevraagd worden.



4.3.2 Re-integratie

Een belangrijk onderdeel van het herstel na vb. een burn-out of aanverwante psychische aandoeningen is de re-integratie. Zowel de werkgever, mutualiteit, de verzekeraar en natuurlijk in eerste plaats de werknemers zelf, hebben er belang bij dat de herstelperiode zo kort mogelijk is. Daarbij moet men wel waakzaam zijn en zorgen voor een duurzaam en blijvend herstel. Een stapsgewijze re-integratie en/of heroriëntatie op de werkvloer kunnen dit herstel ondersteunen.

Gespecialiseerde multidisciplinaire zorg is hierbij nodig.

Heel wat initiatieven van de overheid (vb. re-integratiewetgeving), mutualiteiten en werkgevers zijn de voorbije jaren ontwikkeld en deze evolutie is nog in volle gang.

Verzekeraars willen ook zelf hun steentje bijdragen door naast het vervangingsinkomen ook een re-integratietraject of begeleidingstraject aan te bieden waar de werknemer op vrijwillige basis een actief en persoonlijk ondersteuningstraject mag volgen. De behandeling zelf en zeker ook de snelheid waarmee de zorg kan toegediend worden, kunnen een positieve aanvulling zijn op de reguliere zorg waar de wachttijden dikwijls te lang zijn. Het is van belang de re-integratie zo snel mogelijk op te starten na het stellen van de diagnose om een sneller herstel en terugkeer naar de werkvloer te krijgen. Hoe langer de periode, hoe langer het herstelproces.

Verzekeraars die reeds jarenlange ervaring hebben met dergelijke trajecten stellen vast dat actieve begeleiding opvallend goede resultaten kan opleveren. Een werknemer die langdurig uitvalt door een stress-gerelateerde aandoening, kan zo opnieuw op de werkvloer staan na 6 tot 8 maanden. Dit is een enorme vooruitgang in vergelijking met het verleden. We weten dat +/- 50% van de afwezige werknemers met een psychische aandoening vaak langer dan 2 jaar arbeidsongeschikt was voordat de re-integratietrajecten werden ingevoerd.

De begeleiding kan nu sinds de coronacrisis ook gedeeltelijk of geheel virtueel geregeld worden.

Het aantal verzekeraars dat deze multidisciplinaire begeleiding aanbiedt breidt nog stelselmatig uit. Sommige verzekeraars zijn hier nog maar pas mee gestart, andere werken ondertussen reeds met meerdere gespecialiseerde zorgpartners samen waar de werkgever uit kan kiezen.

Aon begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

Vragen die u zich best stelt:

- Is uw verzekeringscontract in lijn met uw verwachtingen?
- Wat is de visie van het bedrijf inzake wachttijd, duurtijd en de beperkingen die de verzekeraar oplegt?
- Is het belangrijk dat burn-out gedekt is?

Binnen Aon hebben wij een grote expertise opgebouwd en zijn onze medewerkers getraind samen met de werkgever deze verschillende aspecten te behandelen en te begeleiden. Zo kunnen wij u bijstaan om de juiste keuzes te maken en een verzekeraar te vinden met een adequaat "return to work concept".

4.4 IPM: International People Mobility

4.4.1 Wat met socialezekerheidsuitkeringen tijdens een missie in het buitenland?

Wanneer u voor uw werk reist, kunnen de socialezekerheidsuitkeringen voor gezondheidszorg beperkt zijn. Het interventieniveau zal afhangen van factoren zoals het land waar de zorg wordt verleend, het soort zorg, het soort instelling (openbaar of privé) en de duur van het verblijf.

Voor korte reizen binnen de Europese Unie (alook naar IJsland, Liechtenstein, Noorwegen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk) is het raadzaam de Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK) bij u te dragen om onder dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde tarieven als de bevolking van het betrokken land gebruik te kunnen maken van onvoorziene medische zorg. Het niet-voorleggen van deze kaart kan leiden tot extra kosten die in België niet worden terugbetaald.

Het is belangrijk om weten dat deze kaart dus alleen geldig is in de Europese Unie en in de hierboven genoemde landen en dat zij niet in de plaats komt van een specifiek aanvullende verzekering.

Voor langere reizen kan een werknemer binnen de Europese Unie worden "gedetacheerd". Behalve in uitzonderlijke en gemotiveerde gevallen mag een detachering niet langer dan twee jaar duren. Gedurende deze periode kan de werknemer aangesloten blijven bij het socialezekerheidsstelsel van zijn land van herkomst. De beperkingen van de duur van de detacheringen en de voorwaarden voor de verlenging ervan kunnen variëren naar gelang van de conventies.

België heeft ook bilaterale overeenkomsten gesloten met 25 landen buiten de Europese Unie om in geval van detachering bepaalde sociale rechten in het land van herkomst te kunnen behouden. Weet dat deze overeenkomsten niet altijd alle aspecten omvatten die onder de sociale zekerheid vallen, met name het aspect van de gezondheidszorg. Tevens zijn collectieve hospitalisatiepolissen die voor werknemers in België afgesloten werden, doorgaans niet meer van toepassing op werknemers die langer dan 3 maanden in het buitenland verblijven.

Als de sociale zekerheid de medische kosten niet dekt, kan dit aanzienlijke financiële gevolgen hebben voor de werknemer. Afhankelijk van de verschillende gevallen is het vaak raadzaam een specifieke dekking af te sluiten voor medische zorg in het buitenland alook voor repatriëringkosten. Sommige landen zullen zelfs eisen dat deze verzekering in het gastland wordt afgesloten of dat een verzekeringscertificaat wordt aangeleverd om een visum te verkrijgen.

4.4.2 De risico's van internationale mobiliteit

Uw werknemers in een internationale mobiliteitssituatie, gaande van korte zakenreizen tot missies van langere duur, worden blootgesteld aan tal van risico's, waaronder:

- Medische kosten (onvoorzien of gepland, eventueel in verband met reeds bestaande aandoeningen);
- Terrorisme;
- Diefstal en verlies van persoonlijke eigendommen;
- Ontvoering en afpersing;
- Natuurrampen;
- Politieke instabiliteit.

Als werkgever hebt u de plicht en de verantwoordelijkheid om een veilige werkomgeving te creëren, maar ook om uw werknemers te informeren over de risico's en de procedures die zij moeten volgen in geval van nood.

4.4.3 De uitdagingen van internationale mobiliteit als werkgever

Internationale mobiliteit creëert een aantal uitdagingen voor de werkgever, waaronder:

- Veranderingen in het profiel van mobiele werknemers en hun verwachtingen;
- De integratie van internationale mobiliteit vanuit een talentmanagementperspectief;
- Kostenbeheersing en raming van het rendement van investeringen;
- Een evoluerend en steeds complexer juridisch kader, vooral voor internationale plannen;
- Het opstellen van doeltreffende interne procedures en het beheer van crisissituaties;
- Het wijdverbreide gebruik van telewerk.

Bovendien heeft de gezondheids crisis met betrekking tot COVID-19 aangetoond dat een adequate dekking voor verschillende soorten reizen noodzakelijk is, nu steeds meer landen het afsluiten van een ziektekostenverzekering verplichten om het land binnen te komen, zelfs voor tijdelijke reizen.

Tenslotte heeft deze crisis ook het standpunt versterkt dat bij dergelijke kwesties vaak de betrokkenheid van verschillende afdelingen binnen de onderneming vereist is, zoals de personeelsafdeling, de riskmanager, de afdeling internationale mobiliteit, de juridische afdeling, enz.

Volgens twee recente onderzoeken, uitgevoerd door Aon (Aon & Worldwide ERC Global Mobility survey en Aon's 2022 Global Medical Trends Report):

Global Mobility: The Future of International Assignments | Aon 2022 Global Medical Trend Rates Report | Aon

- Slechts 50% van de ondernemingen is in staat te beoordelen wat een succesvolle opdracht in het buitenland is;
- Meer dan 40% van de werkgevers is er niet zeker van dat hun werknemers weten hoe ze in een crisissituatie moeten reageren;
- De wereldwijde inflatie van de medische kosten wordt voor 2022 op 7,4% geraamd.

4.4.4 Verzekeren van internationale mobiliteit

4.4.4.1 Zakenreizen

Om de beperkte tussenkomst van de sociale zekerheid en/of de verzekering voor geneeskundige verzorging in geval van problemen in het buitenland te compenseren, is het werkgevers ten eerste aanbevolen een verzekering "travel" af te sluiten. Deze verzekering dekt dringende medische kosten in het buitenland die niet worden gedekt door de sociale zekerheid en/of een andere ziektekostenverzekering.

Indien de sociale zekerheid niet tussenbeide komt in de terugbetaling van de medische zorgen, kan de tussenkomst van de aanvullende ziekteverzekering die in België wordt afgesloten immers ook veel beperkter zijn.

Bovendien dekt dit type verzekering over het algemeen, naast medische kosten:

- Kosten van repatriëring en medische evacuatie;
- Annuleringskosten;
- Diefstal of verlies van bagage;
- Evacuatie omwille van veiligheidsredenen;
- Kosten voor rechtsbijstand;
- Burgerlijke aansprakelijkheid.

4.4.4.2 Langdurige opdrachten

In geval van een langdurige opdracht in het buitenland, zoals expatriatie of detachering, zullen verschillende factoren van invloed zijn op de keuze van een passende dekking, waaronder de duur van de opdracht en het land van bestemming. In eerste instantie gaat het er vaak om te weten in hoeverre de in België opgezette dekking in het buitenland van toepassing kan blijven. Deze kwestie kan snel complexer worden naarmate de populatie groeit en meer nationaliteiten, landen van herkomst en gastlanden omvat. In het algemeen is een lokale medische dekking die in het thuisland is afgesloten niet erg geschikt voor langdurige missies in het buitenland.

Internationale dekkingen bieden een veilige en uniforme oplossing voor internationale werknemers. De grote verzekeraars op de markt zullen er ook op toezien dat de geboden dekking in overeenstemming is met de wettelijke voorschriften in landen waar dit verplicht is.

Deze internationale ziektekostendeckingen zijn meestal zogenaamde 1-euro-verzekeringen, d.w.z. dat zij geen rekening houden met een eventuele tussenkomst vanwege de sociale zekerheid van het land van herkomst of van het gastland. De dekking, de beperkingen en bepaalde dekkingsopties kunnen enigszins variëren naargelang de verzekeraar, maar over het algemeen omvatten deze dekkingen:

- Kosten van ziekenhuisopname;
- Ambulante zorg;
- Tandzorg;
- Optische zorg;
- Kosten van repatriëring en medische evacuatie.

Tot de meest voorkomende opties behoren de mogelijkheid om een eigen risico in te voeren of de terugbetaling te beperken tot een bepaald percentage, bijvoorbeeld 80% in plaats van 100%.

Naast de internationale medische dekking is het ook mogelijk om bij een internationale verzekeraar een dekking overlijden/invaliditeitsrente af te sluiten. Het is over het algemeen niet mogelijk een dekking invaliditeitsrente af te sluiten zonder een overlijdensdekking te nemen. Aangezien de dekking invaliditeitsrente in België gekoppeld is aan de terugbetaling van de Belgische sociale zekerheid, is het juist deze laatste die soms moeilijker te handhaven is bij een Belgische verzekeraar in geval van een langdurige tewerkstelling in het buitenland.

4.4.5 Markttendensen

Verzekeraars op de internationale mobiliteitsmarkt richten zich steeds meer op het digitaliseringsaspect, alsook op het aspect "welzijn". Vrijwel allemaal hebben ze nu een smartphone-applicatie met verschillende functionaliteiten.

Voor bedrijven met een relatief groot aantal internationaal mobiele werknemers en om crisissituaties doeltreffender te kunnen beheren, bieden sommige van deze toepassingen de mogelijkheid om dankzij een geolocatiesysteem in real time te zien waar hun werknemers zich bevinden.

Het wordt ook steeds gebruikelijker om via deze toepassingen het dichtstbijzijnde medische centrum te vinden of om aanbevelingen te krijgen op basis van de eerste symptomen. Een andere zeer handige functie is de mogelijkheid om schadeclaims bij de verzekeraar in te dienen door rechtstreeks met uw smartphone een foto te nemen.

Naast medische bijstand nemen veel verzekeraars nu ook psychologische bijstand standaard in hun aanbod op, met het doel het welzijn te bevorderen van deze categorie werknemers die zich meer geïsoleerd kan voelen dan anderen. Deze diensten omvatten lichaams oefeningen, advies over hoe beter te slapen, hoe met stress om te gaan, hoe te stoppen met roken, enz.

Ten slotte ontwikkelen ook de mogelijkheden m.b.t. medische consulten op afstand, per telefoon of per video, zich in hoog tempo en zijn zij zelfs versneld als gevolg van de gezondheids crisis.

Aan begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

4.5 Eenheidsstatuut arbeiders-bedienden

Is een onderscheid in behandeling tussen verschillende groepen, in casu arbeiders en bedienden, (nog) geoorloofd?

Definitie discriminatie werknemers.

Een discriminatie bestaat erin werknemers die zich in een vergelijkbare situatie bevinden op een verschillende manier te behandelen. Het onderscheid dat hierbij wordt gemaakt, is dan ongeoorloofd en niet te rechtvaardigen.

Wetgeving:

- Arrest van 8 juli 1993 van het Grondwettelijk Hof: het verschil in behandeling tussen arbeiders en bedienden dat uitsluitend gebaseerd is op de aard van het werk, kan niet beschouwd worden als een onderscheid dat op een objectief en redelijk criterium berust;
- Arrest van 7 juli 2011 van het Grondwettelijk Hof: de wettelijke bepalingen m.b.t. de opzegtermijnen en de carenzdag voor arbeiders zijn in strijd met het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel;
- Wet van 5 mei 2014 m.b.t. de harmonisatie van de pensioen- en overlijdensdekkingen in de tweede pijler. Deze wet heeft tot doel de geleidelijke harmonisatie van de pensioen- en overlijdensdekkingen van arbeiders en bedienden te bekomen en dit met een overgangperiode van 10 jaar, startend op 1 januari 2015;
- In 2021 is binnen de Groep van 10 (vertegenwoordigers van zowel werkgevers- als werknemerszijde) een akkoord bereikt om deze overgangperiode met 5 jaar te verlengen, zijnde tot 1 januari 2030.

Wat met de dekkingen arbeidsongeschiktheid en medische kosten?

Deze vallen hier strikt gezien niet onder. Uit de arresten van het Grondwettelijk Hof blijkt echter de wil van de wetgever om alle verschillen tussen beide categorieën te laten verdwijnen.

- Art. 45 van de RSZ-wet: “Iedere werkgever die aan zijn personeel vrijwillig, bijkomstige, buiten het bestek van de RSZ-wet vallende voordelen toekent, mag hierbij generlei onderscheid maken tussen de tot eenzelfde categorie behorende werknemers van zijn onderneming “.

Op de vraag welke categorieën kunnen worden onderscheiden volgens de RSZ-wet, vinden we volgende definitie terug in de vakliteratuur: “Er kan sprake zijn van een categorisering wanneer 1) er een gerechtvaardigde doelstelling is, 2) het onderscheid berust op een objectief karakter, 3) het gemaakte onderscheid adequaat is en 4) de gevolgen van het onderscheid niet onevenredig zijn met het nagestreefde doel”.

Ook hier vinden we de notie ‘vergelijkbare situatie’ terug, waarbij geen ongeoorloofd of onevenredig onderscheid mag worden gemaakt tussen verschillende groepen van werknemers”.

Conclusie

Het standpunt van Aon is dan ook dat er geen nieuwe discriminatie tussen bedienden en arbeiders op het vlak van arbeidsongeschiktheid en medische kosten mag komen en dat de bestaande verschillen zo snel mogelijk moeten worden weggewerkt.

Aon begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

4.6 Impact GDPR

De Europese verordening inzake de bescherming van persoonsgegevens die in mei 2018 in werking is getreden, heeft een grote impact gehad op de manier waarop verzekeringsmaatschappijen en tussenpersonen werken, aangezien zij specifiek door dit nieuwe kader worden getroffen.

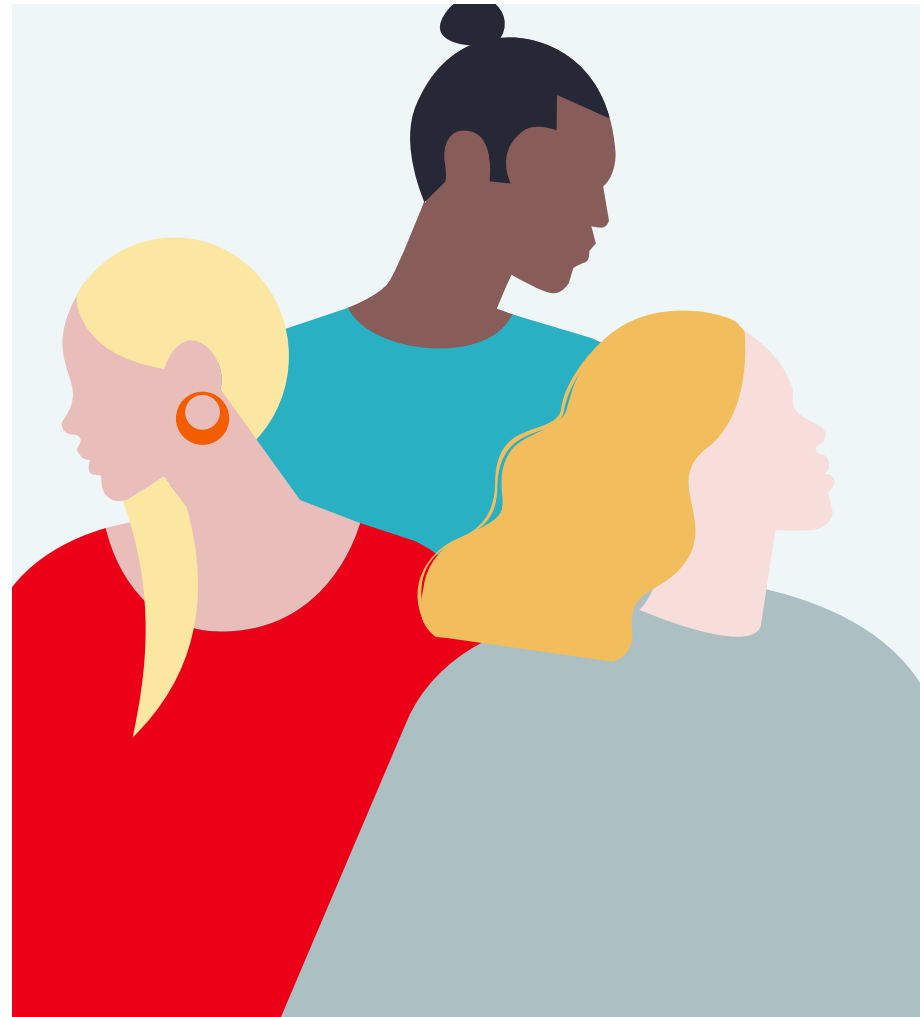
Deze verordening beoogt de bescherming van “alle informatie over een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon, met name aan de hand van een identifier zoals een naam, een identificatienummer, locatiegegevens, een online identifier of van één of meer specifieke elementen die kenmerkend zijn voor de fysieke, fysiologische, genetische, psychische, economische, culturele of sociale identiteit” (art. 4 GDPR).

De Europese verordening preciseert ook het begrip gezondheidsgegevens, namelijk: persoonsgegevens die verband houden met de fysieke of mentale gezondheid van een natuurlijke persoon, waaronder gegevens over verleende gezondheidsdiensten waarmee informatie over zijn/haar gezondheidstoestand wordt gegeven”. Wij willen geen kritiek leveren op de maatregel, die ongetwijfeld een noodzakelijk kwaad is. Hij heeft echter ernstige gevolgen gehad voor de werkzaamheden van tussenpersonen en verzekeringsmaatschappijen op het gebied van de extralegale voorwaarden.

Hieronder kunt u enkele voorbeelden terugvinden van de gevolgen:

- Een tussenpersoon en een werkgever kunnen theoretisch niet langer toegang hebben tot:
 - Medische gegevens van een werknemer die het mogelijk zouden maken een probleem op te lossen m.b.t. een bijpremie of een uitsluiting;
 - Het arbeidsongeschiktheidspercentage erkend door de verzekeraar;
 - Het bedrag van de uitbetaalde rentes in geval van arbeidsongeschiktheid;
 - Gedetailleerde informatie over schadestatistieken;
 - De begunstigden bij overlijden. Werkgevers kunnen dus niet langer persoonlijke informatie over dit onderwerp doorgeven om ervoor te zorgen dat werknemers zich bewust zijn van hun keuze (pensioen- en overlijdensdekking);
 - De voorschotten op een polis (pensioen- en overlijdensdekking).
- Platforms voor het uitwisselen van informatie dienden ontwikkeld te worden om persoonsgegevens te kunnen blijven doorgeven.

Aon gebruikt nu een beveiligd uitwisselingsplatform en verzekert zo haar klanten een confidentiële gegevensoverdracht.



4.7 Wet Verwilghen: actuele toepassing

De Wet Verwilghen, ook bekend als de wet op de ziekteverzekeringsovereenkomst, trad in werking op 1 juli 2007 om werknemers te beschermen tegen hoge toekomstige premies en tegen onverzekerbaarheid.

Wij vatten hieronder de belangrijkste elementen samen.

De bescherming is van toepassing op:

- Collectieve hospitalisatieverzekeringen;
- Collectieve invaliditeitsverzekeringen.

De algemene opvatting van de sector is dat deze bescherming niet geldt voor ambulante en tandheelkundige zorgen. De bescherming speelt op 2 vlakken:

- Recht op individuele verderzetting zonder medische formaliteiten, of wachttijden;
- Recht op prefinanciering om het prijsverschil tussen een collectief en individueel contract te verkleinen.

Wij stellen vast dat de meeste aanvragen betrekking hebben op de verderzetting van de collectieve hospitalisatieverzekering. Verzekeraars bieden vrijwel geen collectieve prefinancieringsproducten meer aan.

Wat moet de werkgever doen?

De werkgever heeft informatieplicht en moet de werknemer op de hoogte brengen:

- Bij indiensttreding over het recht op prefinanciering;
- Bij uitdiensttreding over het recht op individuele verderzetting en dit binnen de 30 dagen na het wegvallen van de collectieve dekking.

De verdere procedure verloopt tussen de verzekeraar/makelaar en de verzekerde. De totale procedure mag maximum 105 dagen in beslag nemen.

Wij raden ten zeerste aan om van deze **communicaties schriftelijk bewijs** te houden.

Mogelijke sanctie voor de werkgever bij niet-naleving van de informatieplicht:

- Prefinanciering van de hospitalisatieverzekering: De verzekerde kan de werkgever aanklagen om de extra kost als geleden schade ten laste te nemen.
- Individuele verderzetting: de verzekerde kan bij de werkgever een schadevergoeding eisen omdat er door de verzekeraar wachttijden en medische formaliteiten kunnen toegepast worden die de werknemer benadelen.

Aan begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om u het beste advies te geven.

- Opmaken van templates voor het vervullen van deze communicatieverplichtingen;
- Contactpunt voor werknemers met vragen rond bovenstaande verzekeringsproducten;
- Begeleiden van de opstart van de individuele verderzettingspolis en prefinancieringspolis.

Voor meer details over deze wetgeving en de toepassing ervan, verwijzen wij u graag naar de bijlage via deze [link](#).

5. Communicatie

5.1 Total Reward Statement (TRS)

Verzekeringen gezondheidszorgen en gewaarborgd inkomen zijn voordelen die deel uitmaken van het salarispakket dat een onderneming aanbiedt aan haar werknemers, net zoals maaltijdcheques, groepsverzekering, bedrijfswagen, ... Maar zijn deze zich bewust van het scala aan voordelen die hen worden aangeboden?

Een concurrerend loonbeleid bereikt zijn doelstellingen alleen wanneer alle werknemers de elementen ervan kennen en begrijpen. Uit een studie van Aon blijkt echter dat slechts 9% van de werknemers zegt precies te begrijpen waaruit hun salarispakket bestaat.

5.2 De oplossing: het Total Reward Statement

Een uitvoerige en volledig gepersonaliseerde samenvatting van het salarispakket waarin specifieke elementen in de verf gezet worden die vaak onderschat of zelfs genegeerd worden. Een digitale communicatietool die één keer per jaar geüpdatet wordt. Werknemers hebben een beter idee van de waarde van de investeringen van hun werkgever, ze begrijpen beter welke programma's hen worden aangeboden en zijn meer geëngageerd. Met het Total Reward Statement haalt een onderneming meer waarde uit haar HR-investeringen.

De objectieven:

- Van een gesegmenteerde aanpak van de communicatie gaan we naar een gecentraliseerde aanpak, die dezelfde is voor elke werknemer;
- Specifieke en vaak "onopgemerkte" elementen van de remuneratie en/of de sociale voordelen naar waarde schatten;
- Het beleid en programma's van de werkgever op het vlak van HR ontwikkelen;
- De motivatie van het personeel verhogen;
- Fidelisering van sleuteltalenten;
- Regelmatige communicatiemomenten met gerichte boodschappen en juiste informatie;
- De sociale dialoog binnen het bedrijf vereenvoudigen;
- Uitbreiding van de communicatie op internationaal niveau.

5.3 Een gevarieerd aanbod

Aon biedt passende oplossingen – op papier of online (online of interactieve PDF)
– voor elk budget.

Wij maken steeds gebruik van:

- Beproefde communicatie- en marketingtechnieken;
- Zorgvuldig uitgewerkte boodschappen aangepast aan de bedrijfscultuur en grafische charter;
- Mooi visueel materiaal;
- Representatieve benchmarks.



5.4 De aanpak van Aon Health & Wealth Solutions



5.5 Implementatie voorbeelden



Aon begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om optimaal te communiceren omtrent uw personeelsvoordelen.

5.5 Implementatie voorbeelden



Aan begeleidt u: **onze consultants** staan tot uw beschikking om optimaal te communiceren omtrent uw personeelsvoordelen.

Over Aon Belgium

Aon Belgium is een toonaangevende verzekeringsadviseur en -makelaar. Op een neutrale en objectieve manier helpen wij onze cliënten bij het vinden van de beste oplossingen voor verzekeringen, herverzekeringen, risicobeheer, pensioenen en extralegale voordelen. Op deze manier helpt Aon zijn klanten om hun doelstellingen te bereiken. Aon Belgium is gevestigd in Brussel en heeft ook kantoren in Antwerpen en Gent. In totaal telt de onderneming meer dan 300 werknemers. Aon Belgium maakt deel uit van Aon plc, de wereldleider in risicobeheer, verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling, pensioenen en extralegale voordelen. Aon plc heeft 50.000 mensen in dienst verspreid over 500 kantoren in 120 landen. Het hoofdkantoor van Aon plc is gevestigd in Londen. De onderneming is beursgenoteerd (NYSE:AON). Bezoek www.aon.be en [LinkedIn](#) voor meer informatie over Aon.

Contactpersonen

Indien u meer informatie wenst over de producten of de studie of indien u andere vragen heeft over Employee Benefits, aarzel dan niet om contact op te nemen met één van onze consultants Health and Wealth Solutions.



Christel Pansaerts
Senior Consultant Employee Benefits

christel.pansaerts@aon.com





© 2022 Aon plc

This document is intended for general information purposes only and should not be construed as advice or opinions on any specific facts or circumstances. The comments in this summary are based upon Aon's preliminary analysis of publicly available information. The content of this document is made available on an "as is" basis, without warranty of any kind. Aon disclaims any legal liability to any person or organization for loss or damage caused by or resulting from any reliance placed on that content. Aon reserves all rights to the content of this document.