

HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN VAN MUTUALITEITEN IN 2012: DEKKING VOORAFBESTAANDE AANDOENING OF ZIEKTE

Sinds het najaar van 2007 zijn de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten zeer belangrijk voor personen met een chronische ziekte of handicap. Vanaf toen werden de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten in tegenstelling tot de hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars wettelijk verplicht om tussen te komen voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen of ziekten.² De mutualiteit mocht daarvoor geen hogere bijdrage vragen. De enige beperkingen, die nog toegelaten waren, betroffen:

- beperkingen of uitsluitingen van de kosten van supplementen in een eenpersoonskamer;
- het vervangen van de tussenkomst op basis van de werkelijke kosten door een forfaitaire vergoeding. Deze forfaitaire vergoeding kan al dan niet in de tijd worden beperkt.

¹ NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Beoordeeld wordt of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Als dat het geval is krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaren, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De accreditatiestatus beoogt derden – zoals patiënten, verzekeraars, overheden – het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven.

JCI (Joint Commission International) is een organisatie die internationale normen, de zogenaamde JCI standards, vastlegt op het vlak van zorgkwaliteit en patiëntveiligheid. Als inspectie door JCI aantoont dat het kwaliteitssysteem van de zorginstelling beantwoordt aan de hoge eisen van de JCI standards, verleent JCI een ziekenhuisaccreditering.

Een accreditering legt ook verbeterpunten van een organisatie bloot en gaat na of er in de organisatie een cultuur heerst om deze punten aan te pakken en te streven naar een optimalisering van de zorg en kwaliteit. Dit gebeurt aan de hand van de 300 JCI standards die geëxpliciteerd worden in 1.300 objectieve en meetbare criteria.

² Wet van 11 mei 2007 tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen

Recente wetgeving heft de verplichting van mutualiteiten om voorafbestaande aandoeningen (beperkt) te dekken echter op. De wet van 26 april 2010³, die de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten gelijk moet schakelen met de hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars, laat de ziekenfondsen vanaf 1 januari 2012 vrij om nog een dekking aan te bieden voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen. Deze vrije keuze voor de mutualiteiten betekent voor personen met een chronische ziekte of handicap echter een achteruitgang van hun sociale bescherming. Zij kunnen alleen maar hopen dat mutualiteiten een dekking blijven aanbieden voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen.

Om tegemoet te komen aan deze bezorgdheid, voorziet de Federale Regering een vrijstelling van de jaarlijkse taks voor de hospitalisatieverzekeringen, die een dekking voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen bieden. Om te kunnen genieten van deze taksvrijstelling moet een hospitalisatieverzekering aan de volgende criteria voldoen⁴:

- de verzekering is toegankelijk voor alle kandidaat-verzekerden die de leeftijd van 65 jaar nog niet bereikt hebben;
- in de waarborgen, die de verzekering biedt, worden kosten van voorafbestaande ziekten of aandoeningen niet uitgesloten. De enige uitzondering die hieromtrent toegelaten zijn, zijn de uitsluiting of beperking van supplementen bij het verblijf in een eenpersoonskamer;
- personen met een voorafbestaande aandoening of ziekte moeten geen bij premie betalen;
- de verzekeringsovereenkomst mag geen wachtperiode van meer dan 12 maanden voorzien.

De nieuwe wetgeving en de mogelijkheid tot een vrijstelling van taks, hebben er toe geleid dat de mutualiteiten sinds januari 2012 hun dekking inzake voorafbestaande ziekten of aandoeningen veranderd hebben. Het Vlaams Patiëntenplatform maakte daarom een vergelijking op basis van de volgende vragen:

- Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een hospitalisatie ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?
- Komt een voorafbestaande aandoening of ziekte in aanmerking voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten?

Naast deze twee dekkingen, zijn de volgende elementen ook belangrijk om hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten te vergelijken als je een voorafbestaande aandoening hebt:

- Voor welke ziekenhuisdiensten wordt de tussenkomst beperkt in bedrag of tijd (bijvoorbeeld voor de diensten revalidatie en geriatrie)? Zijn deze ziekenhuisdiensten belangrijk voor de behandeling van je voorafbestaande aandoening of ziekte?
- Voor welke hospitalisaties worden de kosten van geestes- en zenuwziekten terugbetaald? Indien je voorafbestaande ziekte onder de noemer van geestes- en zenuwaandoeningen valt, dien je dit zeker na te gaan.

Vergelijkingen van deze elementen kan je opvragen bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

³ Wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering

⁴ Wet van 18 april 2010 tot invoering van een vrijstelling van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen ten voordele van de ziektekostenverzekeringen die een hoog niveau van bescherming aanbieden

LEGENDE

- CM: Christelijke Mutualiteiten
- SocMut: Socialistische Mutualiteiten
- LibMut: Liberale Mutualiteiten
- MLOZ (Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen): Partena, Securex, Euromut, Onafhankelijk Ziekenfonds
- V&NZ: Vlaams (&) Neutraal Ziekenfonds

DEKKING VOORAFBESTAANDE AANDOENING OF ZIEKTE BIJ HOSPITALISATIE

- **Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een hospitalisatie ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?**

CM: Hospitaalplan	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus ⁵	-Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamers en ereloonsupplementen tijdens de eerste 5 jaren van aansluiting uitgesloten.
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	
SocMut: Hospimut & Hospimut Plus ⁶	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer -Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamers en ereloonsupplementen tijdens de eerste 3 jaren van aansluiting uitgesloten
MLOZ: Hospitalia & Hospitalia Plus	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer -Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamers en ereloonsupplementen ofwel de eerste 5 jaren van aansluiting ofwel altijd uitgesloten. De verzekerde kan na afloop van 5 jaar vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch verslag.
V&NZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlan, AmbuPlus	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer -Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende ereloon- en kamersupplementen ofwel de eerste 3 jaren van aansluiting ofwel altijd uitgesloten. De beslissing over deze duur (drie jaar of altijd) wordt genomen door de raadgevend geneesheer.

- **Na welke wachttijd kan iemand die zich in 2012 voor de eerste keer aansluit bij de hospitalisatieverzekering van één van deze mutualiteiten genieten van deze vergoeding?**

CM: Hospitaalplan	Algemene wachttijd van 3 maanden
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	Algemene wachttijd van 3 maanden
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	Algemene wachttijd van 6 maanden
SocMut: Hospimut	Algemene wachttijd van 3 maanden

⁵ KliniPlan en KliniPlanPlus worden aangeboden door de Bond Moyson Oost-Vlaanderen, Bond Moyson West-Vlaanderen, De Voorzorg Antwerpen en De Voorzorg Limburg

⁶ Deze verzekeringen worden aangeboden door de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant

& Hospimut Plus	
MLOZ: Hospitalia & Hospitalia Plus	Algemene wachttijd van 6 maanden
V&NZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlan, AmbuPlus	Voor de aandoeningen of ziekten die bestaan op het moment van aansluiting geldt steeds een wachttijd van 12 maanden

Opgelet: Een wachttijd kan wegvallen of in vermindering worden gebracht indien je voorheen ononderbroken aangesloten was bij een andere hospitalisatieverzekering. Voor pasgeborenen geldt de wachttijd onder bepaalde voorwaarden niet. Informeer je hierover bij je mutualiteit!

Tip: Ga na of en hoe je hospitalisatieverzekering ook de medische kosten vóór en na een gewaarborgde ziekenhuisopname dekt. Heeft je hospitalisatieverzekering met andere woorden een waarborg pré- en posthospitalisatie?

DE WAARBORG AMBULANTE KOSTEN VOOR ERNSTIGE ZIEKTEN IN GEVAL VAN EEN VOORAFBESTAANDE AANDOENING

De meeste hospitalisatieverzekeringen bieden een waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten. Dit houdt in dat zij voor een aantal ziekten de kosten vergoeden voor behandelingen buiten een ziekenhuisopname.

- **Welke ernstige ziekten kunnen rekenen op de waarborg ambulante kosten en tot welk grensbedrag worden deze ambulante kosten vergoed?**

Mutualiteit en verzekeringsformule	Ziekten die kunnen rekening op de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten	Grensbetrag
CM: Hospitaalplan	Kwaadaardig tumoren (bv.kanker), hersentumoren, kwaadaardige bloedziekten (bv. leukemie, Hodgkin), MS, ALS, Parkinson, meningitis, encefalitis poliomyelitis, tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose t.g.v. hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur, sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose en systeemsclerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa	7000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene.
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	Kanker, leukemie, tuberculose, Hodgkin, Kahler, ALS, cerebrospinale meningitis, encefalitis, MS, poliomyelitis, Parkinson, aids, brucellose, buiktyfus, cholera, difterie, hepatitis, mazelen, miltvuur, pokken, rodehond, roodvonk, tetanus, tyfus of tyfus- of partyfuskoorts, diabetes, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, sarcoïdose	6250 euro per verzekeringsjaar /per aangeslotene
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	Kanker, leukemie, tuberculose, MS, Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, diabetes, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, Crohn, colitis ulcerosa en mucoviscidose	<u>Hospitaal-Plus 100:</u> 5000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene. <u>Hospitaal-Plus 200:</u> 7000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene.
MLOZ: Hospitalia	Kanker, leukemie, Parkinson, Hodgkin, Alzheimer, aids, TBC, MS, ALS, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve	7000 euro per jaar/per

Plus	spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidose, Crohn, brucellose, levercirrose t.g.v. hepatitis, sclerodermie met aantasting van organen, diabetes type I, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur	aangeslotene
V&NZ: AmbuPlan, AmbuPlus	Alle kwaadaardige woekeringen (bv. carcinoom, leukemie, uitgebreid melanoom, ziekte van Hodgkin, Kahler); ziekten die dementie veroorzaken, zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel (bv. MS, ALS, Parkinson, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoïdose, hersenontstekingen); nierinsufficiëntie die dialyse vergt; vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden; transplantatie van grote organen; chronische handicaperende aandoeningen (bv. insuline-afhankelijke diabetes); aids; mucoviscidose; hemofilie en niet-alcoholische cirrose.	<u>AmbuPlan:</u> 1250 euro per kalenderjaar/per aangeslotene <u>AmbuPlus:</u> 2500 euro per kalenderjaar/per aangeslotene

Opgelet: De Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant biedt in hun hospitalisatieverzekeringen geen waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten aan. In bepaalde formules van de hospitalisatieverzekeringen van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en de Onafhankelijke Mutualiteiten zit geen waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten vervat.

- **Het verschil van mutualiteit tot mutualiteit of de verzekerde ooit recht heeft op de bovenstaande waarborg indien de ernstige ziekte al bestond vóór de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering. Hierbij kan er een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de CM, de SocMut en de LibMut en anderzijds de Onafhankelijke mutualiteiten en het V&NZ.**

Mutualiteit en verzekeringsformule	Dekking voorafbestaande aandoeningen of ziekten	Taks vrijstelling
CM: Hospitaalplan	Voorafbestaande aandoeningen of ziekten komen na de algemene wachttijd van 3 maanden in aanmerking komen voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten.	Ja
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus		
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200		
MLOZ: Hospitalia Plus	Voorafbestaande aandoeningen of ziekten worden uitgesloten voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten. (Afwijkingen op deze uitsluiting kunnen mogelijk zijn).	Geen taksverlaging op de premie van de extra module met waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten
V&NZ: AmbuPlan, AmbuPlus		

Belangrijk om weten: De wijzigingen in de nieuwe hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten brengen met zich mee dat vroegere beperkingen (bv. forfaitaire vergoedingen voor hospitalisaties of wachtperiodes voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten) in bepaalde formules wegvallen. Personen met een voorafbestaande aandoening of ziekte, die reeds vóór 2012 aangesloten waren bij de hospitalisatieverzekering van hun mutualiteit, vragen hierover best informatie aan hun mutualiteit. Indien je door de wijzigingen in hospitalisatieverzekeringen van 2012 nu kan rekenen op de waarborg ambulante kosten van ernstige ziekten, dan dien je deze waarborg zelf aan te vragen.