

**AANVULLENDE SOCIALE VOORZIENINGEN
IN DE TWEEDE EN DERDE PIJLER**

**EEN ONDERZOEK IN OPDRACHT VAN FEDERAAL
WETENSCHAPSBELEID (AG/01/084)**

ONDERZOEKSRAPPORT

**Onderzoeksproject van de Afdeling Sociaal Beleid (departement sociologie) van de
KULeuven, onder leiding van en door Prof. Dr. J. Berghman en Els Meerbergen.**

Inhoud

Lijst van tabellen	5
Lijst van grafieken	7
Voorwoord	8
Inleiding	9
<i>Deel 1: De pijlers van de Belgische ziektekostenverzekering.....</i>	<i>11</i>
1. Afbakening van het onderzoeksterrein	11
2. De reikwijdte van ‘sociale zekerheid’	13
3. De aanvullende ziektekostenverzekering: een juridisch kluwen	14
4. De verplichte ziektekostenverzekering	16
4.1. Federale voorzieningen.....	16
4.1.1. Het algemeen stelsel	17
4.1.2. Het stelsel voor zelfstandigen	21
4.2. Sociale correctiemaatregelen in de federale ziektekostenverzekering	23
4.3. Gemeenschapsvoorzieningen: De Vlaamse Zorgverzekering	26
5. De tweede pijler: aanvullende ziektekostenverzekeringen	29
5.1. Aanvullende ziektekostenverzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen.....	30
5.2. Arbeidsgebonden aanvullende ziektekostenverzekeringen	34
6. De derde pijler: facultatieve ziektekostenverzekeringen.....	40
6.1. De verzekering kleine risico’s voor zelfstandigen.....	41
6.2. Hospitalisatieverzekeringen en hun afgeleiden	43
6.3. Afhankelijkheidsverzekeringen.....	44
6.4. De facultatieve ziektekostenverzekering van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ).....	46
<i>Deel 2: Het macroniveau – Evolutie tweede en derde pijler ziektekostenverzekering.....</i>	<i>51</i>
1. De eerste pijler: de verplichte ziektekostenverzekering.....	52
1.1. Aantal aangeslotenen algemeen stelsel en stelsel zelfstandigen	52
1.2. Uitgaven eerste pijler.....	57
1.3. Vlaamse Zorgverzekering.....	58
2. De tweede pijler: aanvullende ziektekostenverzekeringen	59
2.1. Evolutie tweedepijlervoorzieningen	59
2.1.1. Aanvullende voorzieningen ziekenfonds	59
2.1.2. Arbeidsgebonden verzekeringen	61
2.2. Belang van de tweede pijler.....	61
2.2.1. Absoluut belang van de tweede pijler	61
2.2.2. Relatief belang van de arbeidsgebonden verzekeringen.....	62
3. De derde pijler: facultatieve ziektekostenverzekeringen.....	63
3.1. Evolutie derdepijlervoorzieningen	64
3.1.1. Facultatieve hospitalisatieverzekering ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen, kleine risico’s	64
3.1.2. Dienst Overzeese Sociale Zekerheid	65
3.2. Belang van de derde pijler	66
3.2.1. Absoluut belang van de derde pijler	66
3.2.2. Relatief belang van de derde pijler	67

<i>Deel 3:</i>	<i>Het microniveau - Een analyse van de (niet) deelnemers aan de aanvullende ziektekostenverzekeringen</i>	71
1.	Hypothesevorming.....	71
2.	Analyse van de Gezondheidsenquête.....	77
2.1.	Beschrijving van de dataset.....	77
2.2.	Profiel van de deelnemers.....	79
2.3.	Bepalende factoren voor deelname aan een hospitalisatieverzekering.....	82
2.4.	Testen van hypothesen.....	83
2.5.	Typevoorbeelden.....	85
3.	Analyse van de Salarisenquête 2002.....	86
3.1.	Beschrijving van de steekproef.....	86
3.2.	Profiel van de deelnemers.....	90
3.2.1.	Individuele kenmerken.....	90
3.2.2.	Bedrijfsgebonden kenmerken.....	92
3.3.	Bepalende factoren voor deelname aan een hospitalisatieverzekering.....	93
3.4.	Typevoorbeelden.....	96
4.	Analyse van de PSBH-enquête.....	98
4.1.	Beschrijving van de steekproef.....	98
4.2.	Profiel van de deelnemers.....	99
4.3.	Bepalende factoren voor deelname aan een hospitalisatieverzekering.....	100
5.	Bedrijvenenquête.....	101
5.1.	Bevragingsmethode en steekproef.....	102
5.2.	Respons.....	104
5.3.	Resultaten.....	106
6.	Algemeen overzicht voor testen van de hypothesen.....	108
<i>Deel 4:</i>	<i>Inventarisatie van aanvullende sociale voorzieningen in België</i>	111
1.	Opbouw van de databank.....	111
2.	Tweede pijler - aanvullende voorzieningen.....	113
2.1.	Classificatiesysteem.....	113
2.2.	Opmerkingen bij de databank.....	115
2.3.	Variabelen in de databank.....	116
3.	Tweede pijler - arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen.....	118
4.	Derde pijler - facultatieve hospitalisatieverzekeringen.....	120
4.1.	Hospitalisatieverzekeringen.....	120
4.2.	Afhankelijkheidsverzekeringen.....	122
Besluit	127
Referentielijst	129
Bijlage 1. Vragenlijst bedrijvenenquête	132

Lijst van tabellen

Tabel 1:	Aantal rechthebbenden algemeen stelsel op 30 juni van ieder jaar	54
Tabel 2:	Aantal aangeslotenen stelsel voor zelfstandigen op 30 juni van ieder jaar	56
Tabel 3:	Evolutie van de ledenaantallen van de Zorgkassen, 2001-2003.....	58
Tabel 4:	Aantal deelnemers aan aanvullende diensten ziekenfondsen, 2002.....	59
Tabel 5:	Bedrag van de bijdragen voor de aanvullende diensten, in miljoen €, per type dienst.....	60
Tabel 6:	Tweede pijler – Prestaties aanvullende diensten ziekenfondsen, arbeidsgebonden verzekeringen en totaal tweede pijler in miljoen € en als % van het BBP, 1992-2002	62
Tabel 7:	Tweede pijler – Prestaties wettelijk algemeen stelsel en arbeidsgebonden verzekeringen in miljoen €, 1992-2002.....	63
Tabel 8:	Geïnde bedragen per verzekeringstak DOSZ (gegevens voor de maand december van elk jaar).....	66
Tabel 9:	Derde pijler – Prestaties hospitalisatieverzekeringen verzekeringsondernemingen, hospitalisaties ziekenfondsen in miljoen € en als % van het BBP, 1992-2002.....	66
Tabel 10:	Derde pijler – Prestaties kleine risico's in miljoen € als % van het BBP, 1992-2002.....	67
Tabel 11:	Derde pijler – Prestaties hospitalisatieverzekeringen ziekenfondsen, hospitalisatieverzekeringen verzekeringsondernemingen en het totaal aantal facultatieve verzekeringen in miljoen € als % van prestaties in het stelsel voor werknemers en zelfstandigen, 1992-2002	68
Tabel 12:	Beschrijving van de gebruikte variabelen, 2001, Gezondheidsenquête (N=8676).....	79
Tabel 13:	Deelname hospitalisatieverzekering naar geslacht, percentages, Gezondheidsenquête	79
Tabel 14:	Deelname hospitalisatieverzekering naar leeftijd, percentages, Gezondheidsenquête	80
Tabel 15:	Deelname hospitalisatieverzekering naar opleiding, percentages, Gezondheidsenquête	80
Tabel 16:	Deelname hospitalisatieverzekering naar inkomen, percentages, Gezondheidsenquête	81
Tabel 17:	Deelname hospitalisatieverzekering naar huishoudtype, percentages, Gezondheidsenquête	81
Tabel 18:	Deelname hospitalisatieverzekering naar regio, percentages, Gezondheidsenquête	81
Tabel 19:	Deelname hospitalisatieverzekering, coëfficiënten van het logistische regressiemodel, N=6661, Gezondheidsenquête.....	84
Tabel 20:	Classificatietabel Gezondheidsenquête (voorspelling is 'ja' als voorspelde kans ≥ 0.50)	85
Tabel 21:	Typevoorbeelden Gezondheidsenquête	86
Tabel 22:	Beschrijving van de gebruikte variabelen, 2002, Salarisenquête.....	88
Tabel 23:	Deelname hospitalisatieverzekering naar geslacht, Salarisenquête	90
Tabel 24:	Deelname hospitalisatieverzekering naar leeftijd, Salarisenquête	90
Tabel 25:	Deelname hospitalisatieverzekering naar opleiding, Salarisenquête	91
Tabel 26:	Deelname hospitalisatieverzekering naar inkomen, Salarisenquête	91
Tabel 27:	Deelname hospitalisatieverzekering naar contract, Salarisenquête	91
Tabel 28:	Deelname hospitalisatieverzekering naar bedrijfssector, Salarisenquête.....	92

Tabel 29:	Deelname hospitalisatieverzekering naar bedrijfsgrootte, Salarisenquête.....	93
Tabel 30:	Deelname arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering, coëfficiënten van het logistische regressiemodel, N=27986, Salarisenquête	94
Tabel 31:	Classificatietabel Salarisenquête (voorspelling is 'ja' als voorspelde kans >=0.50).....	96
Tabel 32:	Beschrijving van de gebruikte variabelen, 2002, PSBH.....	99
Tabel 33:	Deelname hospitalisatieverzekering naar sector, PSBH.....	99
Tabel 34:	Deelname hospitalisatieverzekering naar bedrijfsgrootte, PSBH	100
Tabel 35:	Deelname hospitalisatieverzekering, coëfficiënten logistisch regressiemodel, PSBH, N=2003	100
Tabel 36:	Verklaringen non-respons bedrijvenenquête	105
Tabel 37:	Resultaten bedrijvenenquête, 2004.....	106
Tabel 38:	Overzicht testen hypothesen.....	108
Tabel 39:	Codering producten databank.....	112
Tabel 40:	Percentage ziekenfondsen dat de betreffende dienst aanbiedt.....	113

Lijst van grafieken

Grafiek 1:	Uitgaven algemeen stelsel in miljoen €, 1992-2001.....	57
Grafiek 2:	Uitgaven stelsel zelfstandigen in miljoen €, 1992-2002.....	57
Grafiek 3:	Tweede pijler – Aantal deelnemers arbeidsgebonden verzekeringen, 1996-2001.....	61
Grafiek 4:	Tweede pijler – Prestaties arbeidsgebonden verzekeringen als percentage van de prestaties van het algemeen stelsel in miljoen €, 1993-2001.....	63
Grafiek 5:	Derde pijler – Aantal verzekerden facultatieve hospitalisatieverzekeringen & kleine risico's, 1992-2002.....	64
Grafiek 6:	Aantal verzekerden individuele en arbeidsgebonden contracten DOSZ, 1999-2003.....	65
Grafiek 7:	Derde pijler – Prestaties hospitalisatieverzekeringen verzekeringsondernemingen, hospitalisatieverzekeringen ziekenfondsen en het totaal aantal facultatieve verzekeringen als % van prestaties in het stelsel voor werknemers en zelfstandigen in miljoen €, 1992-2002.....	68

Voorwoord

Met dit voorwoord willen we van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te danken die hebben bijgedragen tot deze publicatie. Allereerst willen we de leden van het begeleidingscomité bedanken voor de nuttige opmerkingen en raadgevingen, de heer Hendrik Larmuseau, opdrachtgever Beleidsondersteunend Onderzoek bij de Federale Overheidsdienst Sociale Zaken, Floris Goyens van Assuralia, Jos Kesenne en de verantwoordelijke opdrachthouder van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid, de heer Aziz Naji. Tevens wensen we de ondernemingen te bedanken die hebben meegewerkt aan onze bedrijvenenquête. Een laatste woord van dank gaat uit naar collega's die mij hebben geholpen om het onderzoek in goede banen te leiden.

Inleiding

Het onderzoeksproject naar aanvullende ziektekostenverzekeringen (de tweede en derde pijler) dat hier wordt voorgesteld, loopt in opdracht van de Programmatorische Overheidsdienst Federaal Wetenschapsbeleid en de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Het betreft een deelstudie uit een ruimer onderzoeksprogramma dat tot doel heeft een geconsolideerd beeld van de Belgische bevolking naar sociale zekerheidscategorieën te schetsen. Hiertoe wordt een omvattend classificatieschema ontwikkeld, de zogenaamde ‘AGORA-conceptmatrix’. Deze deelstudie spitst zich enkel toe op de kostenvergoedende aanvullende ziektekostenverzekering.

Op basis van de geraadpleegde literatuur wordt allereerst een inleidend hoofdstuk gepresenteerd om het juridische kader te schetsen waarbinnen de aanvullende ziektekostenverzekeringen zich situeren. Achtereenvolgens worden het toepassingsgebied, de voorwaarden, de inhoud van de dekking en de financieringswijze van de eerste, tweede en derdepijlervoorzieningen toegelicht.

In een tweede deel spitsen we ons toe op het macroniveau waarbij we macrocijfers verzamelen over het aantal deelnemers, inkomsten, uitgaven ... van de verschillende soorten producten – met als doel een zicht te krijgen op de omvang van de sector en de evoluties binnen de sector gedurende de voorbije 10 jaar.

In een derde deel komt het microniveau aan bod. Er worden gegevens verzameld over het sociaal-economisch en demografisch profiel van de deelnemers aan deze verzekeringen, teneinde een licht te kunnen werpen op de problematiek van de deelnemers en niet-deelnemers.

In een laatste deel komen we tot de kleinst mogelijke eenheid namelijk het product zelf. Er wordt een inventarisatie opgesteld van de bestaande aanvullende sociale voorzieningen in België, georganiseerd door verschillende actoren zoals mutualiteiten, verzekeringsondernemingen, publieke verzekeringsmaatschappijen ... Deze inventaris zal worden gekoppeld aan kwantitatieve gegevens die moeten toelaten een accuraat beeld te geven van de verspreiding van de verschillende producten en diensten over de bevolking. We geven tevens een beschrijving van de databank met een handleiding voor de interpretatie van de reeds opgenomen data en een typeformulier voor het verzamelen van statistische gegevens.

Deel 1: De pijlers van de Belgische ziektekostenverzekering

Het begrip ‘ziektekostenverzekering’ wordt in deze studie beperkt tot de verzekeringen die voorzien in de vergoeding van medische kosten of in diensten en activiteiten ter bevordering van de gezondheid. Inkomensvervangende verzekeringen worden hier dus niet behandeld. Anderzijds dient het begrip ‘ziektekostenverzekering’ in de brede zin te worden geïnterpreteerd. Er wordt in dit opzicht geheel in de traditie van Berghmans brede definitie van de sociale zekerheid gewerkt.

In deze definitie omvat de sociale zekerheid niet alleen vergoedende maatregelen, maar ook herstellende en preventieve. Vervolgens worden haar naast inkomensbeschermende ook andere functies, zoals onderwijs of tewerkstelling, toegeschreven. Ten slotte dient in een brede omschrijving van de sociale zekerheid de aandacht niet alleen naar de publiek-collectieve bescherming te gaan, maar ook naar de arbeidsgebonden en particuliere bescherming (Berghman, 1986).

Deze definitie maakt het mogelijk ook de niet door de overheid georganiseerde ziekteverzekering te bestuderen. Zoals zal blijken maken deze verzekeringen integraal deel uit van de bescherming tegen medische kosten.

1. Afbakening van het onderzoeksterrein

Omdat de verzekering tegen medische kosten tegenwoordig veel ruimer is dan de verplichte en door de overheid georganiseerde ziektekostenverzekering, heeft deze studie tot doel ook de aanvullende ziektekostenverzekering systematisch in kaart te brengen. Hierbij is een analogie met de pijlerindeling uit de pensioensector een handig hulpmiddel. Toch worden de pijlers in het geval van de ziektekostenverzekering enigszins anders ingevuld.

Tot de eerste pijler behoren die verzekeringen die door de overheid of een overheidsinstelling worden georganiseerd en (gedeeltelijk) gefinancierd. Deze publieke verzekeringen zijn bij wet of decreet verplicht voor wie tot het toepassingsgebied van de verzekering hoort. De bijdragen die worden betaald voor deze producten zijn minstens gesolidariseerd en vaak ook inkomensgebonden. Concreet rangschikken we de volgende producten onder de eerste pijler van de ziektekostenverzekering: de verplichte ziektekostenverzekering voor werknemers, overheids personeel en zelfstandigen en de Vlaamse zorgverzekering.

Tot de tweede pijler van de ziektekostenverzekering worden de producten gerekend die buiten het wettelijke stelsel vallen, maar (mede) gefinancierd worden door een sterk

gesolidariseerde premie die dus eventueel een financiële ondersteuning van de overheid kan genieten. Omwille van de gesolidariseerde premie zijn de verzekeringsproducten uit de tweede pijler verplicht of in elk geval toegankelijk voor alle leden van een welomschreven groep. Deze producten worden in het verdere verloop van de tekst omschreven als de ‘aanvullende ziektekostenverzekering’. De volgende producten worden hiertoe gerekend: de aanvullende diensten en activiteiten van de ziekenfondsen en de arbeidsgebonden aanvullende ziektekostenverzekering.

De derde pijler van de ziektekostenverzekering omvat de producten die buiten het wettelijke stelsel worden georganiseerd en op individuele basis kunnen worden gesloten. De financiering van deze producten gebeurt niet door middel van een sterk gesolidariseerde premie. De verzekeraar doet aan risicoselectie door te beslissen of en tegen welke voorwaarden iemand kan toetreden. Gegeven de aangeboden voorwaarden is de toetreding afhankelijk van een individuele beslissing. Deze producten worden verder ‘facultatieve ziektekostenverzekering’ genoemd. Hiertoe behoren: de facultatieve hospitalisatieverzekeringen en hun waarborguitbreidingen, de facultatieve afhankelijkheidsverzekeringen, de verzekering kleine risico’s voor zelfstandigen en de verzekering geneeskundige verzorging van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid.

Een aantal verzekeringen die in de terugbetaling van medische kosten voorzien, worden niet behandeld. Het gaat over ongevallenverzekeringen (lichamelijke ongevallenverzekering, excedentaire arbeidsongevallenverzekering en aanvullende verzekering tegen het ongevallenrisico), reisbijstandsverzekeringen en uitvaartverzekeringen. Ondanks het feit dat deze producten een vergoeding van medische kosten voorzien, is het moeilijk ze tot de definitie van ‘sociale zekerheid’ toe te laten (zie verder).

De afhankelijkheidsverzekering wordt wel in beschouwing genomen. Het toenemende belang van de afhankelijkheidsverzekering in een vergrijzende samenleving is hiertoe zeker een aanvaardbaar argument. Een ander argument is dat afhankelijkheidsverzekeringen uitsluitend of in hoofdzaak gericht zijn op de vergoeding van niet-medische verzorgingskosten. Dit is niet het geval voor ongevallen-, reisbijstands- en uitvaartverzekeringen. Bij deze producten is de vergoeding van medische kosten slechts één aspect. Zij verlenen nog andere tussenkomsten: inkomensvervangende uitkeringen, tegemoetkoming in de gerechtskosten, repatriëring, schade aan derden enz.

2. De reikwijdte van ‘sociale zekerheid’

De centrale vraag bij dit overzicht is tot waar het terrein van de sociale zekerheid reikt. Hierbij kan de onderstaande definitie van sociale zekerheid houvast bieden:

“De sociale zekerheid is een geheel van herverdelende regelingen met als doel het bereiken van een toestand van optimale bescherming tegen collectief erkende menselijke schade.” (Berghman, 1986, p. 10)

Om toegelaten te worden tot de definitie van sociale zekerheid moet een verzekering bescherming bieden tegen ‘collectief erkende menselijke schade’. Het moet dus gaan om schade aan de mens. Bovendien moet er maatschappelijke consensus heersen over het feit dat de verantwoordelijkheid voor de oorzaak van de schade geheel of gedeeltelijk collectief moet worden gedragen. Dit beperkt de sociale zekerheid in België tot de volgende schadeoorzaken: werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, ouderdom, overlijden, ziekte en toename van het aantal personen ten laste van een gelijkblijvend arbeidsinkomen (Gieselink e.a., 2003, p. 6). Vanuit beleidsmatig oogpunt kan men zich de vraag stellen of alle medische kosten, gedekt door de aanvullende verzekeringen, tot deze definitie behoren. Het is niet duidelijk of van bijvoorbeeld zuivere comfortzorgen, homeopathische middelen en dergelijke maatschappelijk wordt erkend dat ze collectief moeten worden gedragen.

Een andere belangrijke voorwaarde is het herverdelende karakter van de sociale bescherming. Herverdeling wijst op de afwezigheid van een strikte binding tussen de premiehoogte en het verzekerde risico. Het gaat dus verder dan een loutere risicospreiding. De herverdeling kan op verschillende manieren gebeuren: (1) als een sociaal voordeel, gefinancierd uit bijdragen (van werknemers, individuen of werkgevers) en overheidsbelastingen, die worden toegekend aan individuen en huishoudens, maar (2) eveneens als een belastingsvoordeel met een sociaal doel (Adema, 2001).

Op basis van bovenstaande definitie en haar consequenties worden verzekeringsproducten met de volgende eigenschappen tot de sociale zekerheid gerekend:

- producten die door de overheid georganiseerd en ondersteund worden, hetzij door subsidies, hetzij door het toekennen van belastingsvoordelen;
- en/ of producten die toegankelijk zijn voor iedereen uit een welomschreven groep en waarbij er sprake is van een gesolidariseerde premie (met andere woorden: de hoogte van de premie staat los van het individuele risico van de premiebetaler).

De producten uit de eerste pijler kunnen vanzelfsprekend worden toegelaten tot deze definitie. Over de producten uit de tweede pijler bestaat eveneens weinig twijfel: ze zijn toegankelijk voor alle leden van een welomschreven groep en gefinancierd door middel van een gesolidariseerde premie. De verzekeringen uit de derde pijler beantwoorden op het eerste zicht niet aan de definitie van sociale zekerheid. Ze bieden inderdaad ook bescherming tegen collectief erkende menselijke schade. Maar, er is in principe geen sprake van overheidssteun en de toelating en toelatingsvoorwaarden tot deze verzekeringsproducten hangen af van een risicoberekening. Toch leggen enkele kleine elementen een band met de sociale zekerheid. (1) Sommige verzekeringen ontvangen rechtstreeks¹ (subsidies of vrijstelling van belastingen) of onrechtstreeks – via de tussenkomst in hun administratiekosten² – overheidssteun. (2) De zelfstandigen die lid zijn van een verzekering kleine risico's, aangeboden door een ziekenfonds, kunnen de bijdragen van hun belastbaar inkomen aftrekken³. (3) Alle hospitalisatieverzekeringen betalen een sociale zekerheidsbijdrage van 10 % op de geïnde premies waarvan de opbrengst wordt aangewend voor de ziektekostenverzekeringen uit de eerste pijler⁴. Al zijn deze banden met de sociale zekerheid eerder beperkt, toch hebben we ervoor gekozen om volledigheidshalve de derde pijler van de ziektekostenverzekering in dit overzicht op te nemen met inbegrip van de afhankelijkheidsverzekeringen.

3. De aanvullende ziektekostenverzekering: een juridisch kluwen

Vanuit juridisch oogpunt ligt de ordening in drie pijlers niet voor de hand. De wetgevende bepalingen voor de verschillende producten doorkruisen namelijk het pijlersysteem. Juridisch kan er veeleer een onderscheid worden gemaakt naargelang de instellingen die deze producten aanbieden. De aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen en hun landsbonden worden gereguleerd door de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. De ziektekostenverzekeringen van de verzekeringsondernemingen zijn onderworpen aan de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en de wet van 25 juni 1992 op de

¹ Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (Ziekenfondswet), art. 27

² Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet), art. 194 & 195

³ Wetboek van de inkomstenbelastingen, gecoördineerd bij KB 10 april 1992 (WIB 1992), art. 52, 8°

⁴ KB van 19 april 1993 betreffende de bijdrage op de premies terzake van een aanvullende verzekering voor hospitalisatie, art. 2

landverzekeringsovereenkomst. Als gevolg van deze tweedeling berusten identieke producten op een verschillende wettelijke basis. Hieronder worden enkele belangrijke gevolgen weergegeven:

- *Het productaanbod.* De ziekenfondsen kunnen statutair, gesolidariseerde aanvullende diensten en activiteiten aanbieden (Huber e.a., 1997, p. 73) terwijl de verzekeringsondernemingen in hoofdzaak arbeidsgebonden gesolidariseerde verzekeringen organiseren.
- *De contractuele bepalingen.* De ziekenfondsen kunnen aanvullende diensten en activiteiten stopzetten en wijzigen na een beslissing van de algemene vergadering en mits goedkeuring van de Controledienst voor de Ziekenfondsen en Landsbonden van Ziekenfondsen (CDZ). Een dergelijke beslissing heeft gevolgen voor de lopende lidmaatschappen en overeenkomsten. De ziektekostenverzekeringen uit de privé-sector kunnen overeenkomsten van bepaalde en onbepaalde duur aanbieden⁵. In principe kan de verzekeraar de overeenkomst dus niet opzeggen (bv. na een schadegeval⁶ of verzwaring van het risico⁷), tenzij wanneer de premie niet wordt betaald⁸, of in het geval van opzettelijk verzwegen of onjuist medegedeelde informatie⁹. De meeste overeenkomsten worden gesloten voor onbepaalde duur. Onder bepaalde omstandigheden kunnen de verzekeringsondernemingen de premies verhogen. Dit kan de facto leiden tot opzegging.
- *De financiering.* De aanvullende producten van de ziekenfondsen ontvangen rechtstreeks of onrechtstreeks overheidssteun (zie hoger). Identieke producten aangeboden door verzekeringsondernemingen kunnen hier geen aanspraak op maken.
- *De fiscaliteit.* Er is een verschil in belastingsregime (rechtspersonenbelasting voor ziekenfondsen versus vennootschapsbelasting voor verzekeringsondernemingen), overheidssubsidies (bijvoorbeeld de aanvullende verzekering voor kleine risico's waar de ziekenfondsen jaarlijks een overheidstussenkomst genieten), vrijstelling van de 9.25% premietaks voor de ziekenfondsproducten (Corveleyn, 2003, p.76), fiscale aftrekbaarheid van de premie voor de ziekenfondsverzekering kleine risico's.

Er werden in het verleden enkele wetgevende initiatieven genomen om de sector van de aanvullende ziektekostenverzekering aan een eenvormig en vooral duidelijker wettelijk kader te onderwerpen. De Controledienst voor Verzekeringen (CDV) heeft hiertoe in 1993 een ontwerp-

⁵ Wet 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (WLVO-wet), art. 30, § 1

⁶ WLVO-wet, art. 31, § 2

⁷ WLVO-wet, art. 26, § 1

⁸ WLVO-wet, art. 16

⁹ WLVO-wet, art. 7, § 1

KB opgesteld en recent werd nog in de Kamer een wetsvoorstel ingediend (wetsvoorstel Creyf)¹⁰. Tijdens de ministerraad van maart 2004 in Raverzijde nam ook de regering zich voor initiatief te nemen. Deze pogingen bleven tot nog toe zonder gevolg. Een specifieke regelgeving dringt zich echter op.

Het wetsvoorstel Creyf is uitsluitend gericht op de kostenvergoedende ziektekostenverzekering en probeert een regeling uit te werken die zowel van toepassing is op de ziekenfondsen als op de verzekeringsondernemingen. Het wetsvoorstel stelt de volgende belangrijke vernieuwingen voor¹¹: (1) het beginsel van de levenslange geldigheidsduur van de individuele verzekering, (2) de garantie op individuele verderzetting van een groepsverzekering, (3) de verplichting om gedekte schade binnen het jaar te vergoeden, (4) de verzekeringswaarborg niet meer te laten afhangen van het onbetwistbaar zijn van de gestelde diagnose, (5) het verbod op een eenzijdige wijziging van het contract, (6) het verschaffen van tariefzekerheid en (7) het invoeren van een fiscale aftrek voor individuele verzekeringen. Inhoudelijk leunen hoger vermeld ontwerp-KB van de CDV en het wetsvoorstel Creyf sterk tegen elkaar aan. De voorgestelde maatregelen bieden een oplossing voor de belangrijkste knelpunten (Thijs, 2003). Daarnaast vormen ook het ontbreken van een recht op toetreding, de risicoselectie en de financiële toegankelijkheid obstakels voor een veralgemeende toegang (Thijs, 2003). Door het toenemende belang van de aanvullende ziektekostenverzekering lijkt het echter hoog tijd voor een specifieke regelgeving.

4. De verplichte ziektekostenverzekering

4.1. Federale voorzieningen

De verplichte publieke ziektekostenverzekering is hoofdzakelijk op het federale niveau georganiseerd. Ze maakt deel uit van de ruimere federale sociale zekerheid. Omwille van historische en financiële redenen is de ziektekostenverzekering verdeeld in twee stelsels: een algemeen stelsel en een stelsel voor zelfstandigen.

Binnen de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid is de Dienst Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen verantwoordelijk voor de ziekteverzekering. Deze dienst houdt zich bezig met het opstellen en interpreteren van de wetgeving, het verstrekken van adviezen en het

¹⁰ Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. Wetsvoorstel van 3 maart 2003 betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging., Ingediend door Mevr. Simonne Creyf, DOC 50 2339/001 (wetsvoorstel Creyf)

¹¹ Wetsvoorstel Creyf art.3 §1, art.4 §1, art.6 §1, art.6 §4, art.7, art.9, art.10 en art.11

(laten) uitvoeren van studies. De praktische toepassing van de wetgeving is een taak voor de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Binnen het RIZIV is de Dienst Geneeskundige Verzorging belast met de verzekering voor geneeskundige verzorging. De verzekeringsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen. Het gaat om vijf erkende landsbonden van ziekenfondsen: de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM), de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen (LNM), het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM), de Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LLM) en de Landsbond van Beroeps- en Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ). Daarnaast spelen ook de Kas Der Geneeskundige Verzorging van de NMBS en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een rol als verzekeringsinstellingen.

De verplichte ziektekostenverzekering geeft een ruime dekking tegen gezondheidskosten aan nagenoeg de hele Belgische bevolking (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (FOD SZ), 2003, p. 143). Een heel beperkt aantal inwoners van België komt niet in aanmerking. Het gaat dan in de eerste plaats om mensen die niet officieel in het land verblijven. Verder vallen ook mensen die door een gebrek aan financiële middelen of verwaarlozing hun administratieve verplichtingen niet nakomen uit de boot (Vanroelen en Smeets, 2003). Zelfstandigen hebben een beperktere dekking in de verplichte ziektekostenverzekering. Binnen de verzekerden kan nog een onderscheid worden gemaakt tussen actieve bijdragebetalers (werknemers, zelfstandigen en overheidspersoneel), niet-actieven die afhankelijk van hun inkomen en statuut al dan niet bijdragen betalen en personen ten laste van andere verzekerden binnen de verplichte ziektekostenverzekering.

4.1.1. Het algemeen stelsel

Toepassingsgebied. Voor de ziektekostenverzekering behoort het contractueel en statutair overheidspersoneel, samen met de werknemers uit de privé-sector tot het algemeen stelsel. Er wordt steeds een onderscheid gemaakt tussen gerechtigden en personen ten laste (zij hebben slechts afgeleide rechten). Tot de gerechtigden behoren niet alleen beroepsactieve werknemers, maar ook arbeidsongeschikten en invaliden, werklozen, gepensioneerden, weduwnaars en weduwen van gerechtigden... en andere in het rijksregister ingeschreven personen die door hun hoedanigheid niet tot het stelsel van de zelfstandigen behoren¹².

¹² GVVU-wet, art. 32

Het algemeen stelsel voorziet een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van preventieve en curatieve verstrekkingen die voorkomen op een limitatieve lijst, de ‘nomenclatuur’¹³. Meestal is het recht op terugbetaling gebonden aan een voorschrift of verklaring van een geneeskundige of een voorafgaande toestemming van een adviserende geneesheer. Bovendien zijn er een aantal situaties waarin geen tegemoetkoming wordt toegekend. Het gaat dan onder meer om gezondheidsschade ten gevolge van betaalde sportbeoefening, indien een andere wetgeving van toepassing is, in geval men verblijft in een gevangenis of een gesticht voor sociale bescherming of indien de zorg werd verstrekt door een familielid (Huber e.a., 1997, pp. 5-6).

In principe beperkt het toepassingsgebied van het algemeen stelsel zich tot het Belgische grondgebied. Toch bestaan er uitzonderingen voor de EU-lidstaten en een aantal andere landen waarmee hierover een akkoord werd gesloten. Onder meer wanneer de gezondheidstoestand van de betrokkene het nodig maakt onmiddellijk prestaties te verstrekken terwijl men in het buitenland verblijft, bij detachering of indien een verstrekking onder betere omstandigheden in het buitenland kan gebeuren. Ook voor grensarbeiders en -bewoners kunnen geneeskundige verstrekkingen in het buitenland toch worden vergoed¹⁴.

Voorwaarden. In de eerste plaats moet een verzekerde voldoende sociale bijdragen betalen. In de meeste gevallen worden de bijdragen afgehouden van het loon van de werknemer. Hiertoe moest men in 2002 wel minimum 4.560,96 euro op jaarbasis verdiend hebben¹⁵. Indien dit minimum niet bereikt is, kan men zijn rechten behouden door zelf een (aanvullende) bijdrage te betalen (FOD SZ, 2003, p. 177). Daarnaast dient men zich aan te sluiten bij één van de hoger vermelde verzekeringsinstellingen. De sociaal verzekerden zijn – op het statutair personeel van de NMBS na – vrij om een verzekeringsinstelling te kiezen¹⁶. Men kan bovendien eenvoudig van de ene verzekeringsinstelling naar de andere overstappen. In principe dient er na de aansluiting bij een ziekenfonds ook een wachttijd van zes maanden te worden volbracht¹⁷. In de praktijk is deze bepaling echter in heel wat gevallen niet van toepassing¹⁸. Tenslotte is er alleen een terugbetaling mogelijk indien de verzekerde zich wendt tot een erkende zorgverstrekker die in het bezit is van een identificatienummer van het RIZIV.

¹³ GVVU-wet, art. 34

¹⁴ KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (KB 3 juli 1996), art. 294, § 1

¹⁵ 3.420,72 euro voor gerechtigden die jonger dan 21 jaar zijn.

¹⁶ GVVU-wet, art. 118

¹⁷ GVVU-wet, art. 121

¹⁸ KB 3 juli 1996, art. 130

Inhoud van de dekking. Alleen de verstrekkingen die zijn opgesomd in de ‘nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen’ worden terugbetaald. De nomenclatuur stelt de betrekkelijke waarde, de terugbetalingsvoet, de toepassingsregels en de personen die gemachtigd zijn een prestatie te verstrekken vast (FOD SZ, 2003, p. 168). In de GVU-wet worden 23 categorieën van geneeskundige verstrekkingen vermeld die in aanmerking komen voor terugbetaling¹⁹. In principe moet de verzekerde de volledige kostprijs voorschieten en kan hij/zij met behulp van een getuigschrift voor verstrekte hulp het terugbetaalbare deel recupereren bij zijn/haar verzekeringsinstelling. In duidelijk omschreven gevallen kan de ‘regeling derde betalende’ worden toegepast (de verzekerde moet dan het terugbetaalbare deel niet voorschieten) (FOD SZ, 2003, p. 168).

De omvang van een tegemoetkoming is afhankelijk van de aard van de verstrekking, het statuut van de verzekerde en het feit of de zorgverlener al dan niet geaccrediteerd is. De drie belangrijkste categorieën van verstrekkingen – gewone geneeskundige hulp, geneesmiddelen en hospitalisatie – worden hieronder meer in detail besproken.

In principe bedraagt de tegemoetkoming voor gewone geneeskundige hulp 75 % van de honoraria die in de overeenkomsten en akkoorden zijn vastgelegd. Echter, voor een consultatie bij een huisarts²⁰ bedraagt de tegemoetkoming 70 % en in geval van een huisbezoek 65 %, het honorarium van een specialist wordt voor 60 % terugbetaald²¹. Ook voor een hele reeks verstrekkingen van paramedici voorziet de verplichte ziektekostenverzekering een tegemoetkoming (onder meer tandheekkundigen, kinesisten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, audiciens, bandagisten, orthopedisten, opticiens, logopedisten) (RIZIV, 2003a).

De geneesmiddelen omvatten zowel magistrale bereidingen als farmaceutische specialiteiten. Om in aanmerking te komen voor terugbetaling moeten de geneesmiddelen voorkomen op een lijst van terugbetaalbare geneesmiddelen en worden voorgeschreven en afgeleverd door een daartoe gemachtigd persoon. Voor magistrale bereidingen moet de verzekerde – afhankelijk van het therapeutisch nut van het voorgeschreven geneesmiddel – een remgeld van nul tot twee euro betalen. Bij opname in een ziekenhuis bedraagt het remgeld voor terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten 0,62 euro per verpleegdag. Het remgeld voor ambulante verstrekte farmaceutische specialiteiten is eveneens afhankelijk van het therapeutisch nut. De farmaceutische specialiteiten zijn verdeeld in drie grote categorieën (met onderverdelingen). Geneesmiddelen uit de categorie A – levensnoodzakelijke geneesmiddelen

¹⁹ Art. 34 GVU-wet.

²⁰ Sinds 1 mei 2002 bestaat voor iedere verzekerde de mogelijkheid een ‘globaal medisch dossier’ bij een vaste huisarts te openen: dit geeft recht op een korting remgeldkorting van 30 %.

²¹ GVU-wet, art. 37, § 1

voor zware en langdurige zieken – worden volledig terugbetaald. Voor geneesmiddelen uit de categorie B – sociaal en medisch nuttige geneesmiddelen – betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 25 % (met een maximum van 9,90 euro voor kleine en 14,80 euro voor grote verpakkingen). Het remgeld voor de geneesmiddelen uit de categorie C – sociaal en medisch minder nuttige geneesmiddelen – bedraagt, afhankelijk van de subcategorie waartoe ze behoren (C, Cs of Cx), 50 tot 80 % van de kostprijs (met een maximum van 16,50 euro)²². Indien er voor een originele farmaceutische specialiteit een generisch alternatief bestaat dat minstens 26 % goedkoper is, gelden door de invoering van de ‘referentierugbetaling voor geneesmiddelen’ de hierboven vermelde remgeldpercentages op de kostprijs van de generische varianten van de originele producten. Verzekerden die vasthouden aan de originele specialiteit betalen meer remgeld. De referentierugbetaling geldt ook voor de geneesmiddelen uit de categorie A. Hierdoor is het mogelijk dat ook voor deze producten remgeld moet worden betaald.

Met betrekking tot de terugbetaling van hospitalisatiekosten is er een onderscheid tussen verblijfskosten en behandelingskosten. De tussenkomsten voor prestaties (behandelingen) van specialisten en paramedisch personeel zijn beschreven in de nomenclatuur²³. Indien de verzekerde in een éénpersoonskamer verblijft, of indien de verzekerde behandeld wordt door een niet-geconventioneerde verstrekkers kunnen hierbij nog supplementen aangerekend worden. De verblijfs- en verzorgingskosten worden, op enkele expliciet opgenoemde eigen bijdragen na, door het algemeen stelsel gedragen. De verzekerde betaalt een eigen aandeel in de verpleegdagprijs: voor de eerste opnamedag bedraagt dit 39,58 euro, vanaf de tweede tot de 90^e dag gaat het om 12,31 euro per dag en vanaf de 91^e dag om 4,37 euro per dag. Als de verzekerde in een twee- of éénpersoonskamer wenst te verblijven kan de verpleegdagprijs worden vermeerderd met een supplement²⁴. Daarnaast betaalt de verzekerde een dagelijkse bijdrage voor vergoedbare farmaceutische verstrekkingen (0,62 euro) en forfaits per opname voor klinische biologie (7,44 euro), medische beeldvorming (6,20 euro) en technische verstrekkingen (12,39 euro) (Christelijke Mutualiteit (CM), 2003). Het algemeen stelsel komt niet tegemoet in bijkomende kosten zoals deze voor niet-vergoedbare geneesmiddelen, parafarmaceutische producten of kosten voor het gebruik van de telefoon, drank, enz. Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis is het persoonlijke aandeel in de ligdagprijs gedurende de eerste vijf jaar hetzelfde als in een algemeen ziekenhuis. Vanaf het zesde jaar bedraagt het persoonlijke aandeel in de ligdagprijs 20,13 euro (FOD SZ, 2002, p. 180). Het algemeen stelsel voorziet eveneens een tegemoetkoming in de

²² KB van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

²³ Zie hiervoor: <http://www.riziv.be/insurer/nl/rate/index.htm>

²⁴ Voor een tweepersoonskamer is dit begrensd op 18,96 euro per dag.

kosten bij opname in rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, gemeenschappelijke woon- en verblijfplaatsen voor bejaarden, beschut wonen en verstrekkingen in dagverzorgingscentra²⁵.

Financieringswijze. De grootste inkomensbron van het algemeen stelsel zijn de middelen die haar worden toegewezen vanuit het algemeen beheer van de sociale zekerheid. Het algemeen beheer verdeelt de beschikbare middelen naargelang hun behoefte over de verschillende takken van de sociale zekerheid²⁶. Naast de financiële middelen die worden ontvangen van het algemeen beheer van de sociale zekerheid, heeft het algemeen stelsel nog andere inkomensbronnen. Het gaat onder meer om persoonlijke bijdragen van bepaalde categorieën van rechthebbenden, een afhouding op (brug)pensioenen, een belasting op bepaalde verzekeringspremies uit de privé-sector en een heffing op terugbetaalbare geneesmiddelen²⁷.

4.1.2. Het stelsel voor zelfstandigen

Toepassingsgebied. Net als in andere takken van de sociale zekerheid zijn zelfstandigen ook voor ziektekosten in een apart stelsel verzekerd. Zelfstandigen zijn personen die in België een beroepsbezigheid uitoefenen waarvoor ze niet door een arbeidsovereenkomst of statuut gebonden zijn. Er wordt ook in dit stelsel een onderscheid gemaakt tussen gerechtigden en personen ten laste. De volgende categorieën van gerechtigden en hun personen ten laste zijn verzekerd binnen dit stelsel²⁸:

- zelfstandigen en hun helpers;
- zelfstandigen wiens beroepsactiviteit wegens ziekte of invaliditeit is onderbroken;
- zelfstandigen die als arbeidsongeschikt zijn erkend;
- zelfstandigen die tot de voortgezette verzekering worden toegelaten;
- zelfstandigen die aanspraak maken op sociale zekerheid bij faillissement;
- vroegere kolonisten die tot de pensioenregeling voor zelfstandigen behoren;
- gepensioneerde en vervroegd gepensioneerde zelfstandigen;
- langstlevende echtgenoten van zelfstandigen met recht op een overlevingspensioen;

²⁵ GVVU-wet, art. 34

²⁶ GVVU-wet, art. 191

²⁷ GVVU-wet, art. 191 & 192

²⁸ KB van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, art. 4 (KB 29 december 1997).

- volle wezen van zelfstandigen;
- leden van kloostergemeenschappen.

De terugbetalingsvoorwaarden zijn grotendeels gelijkaardig aan het algemeen stelsel. Zelfstandigen zijn binnen hun stelsel echter uitsluitend verzekerd voor de ‘grote risico’s’²⁹ – waarover verder meer. Het territoriaal toepassingsgebied komt volledig overeen met het algemeen stelsel.

Voorwaarden. Om in aanmerking te komen moet een zelfstandige zich aansluiten bij een sociaal verzekeringsfonds of bij de Nationale Hulpkas voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen. Verder moet de zelfstandige voldoende sociale zekerheidsbijdragen betalen. Men moet zich vervolgens ook aansluiten bij een verzekeringsinstelling en zich voor medische hulpverlening wenden tot een erkende verstrekker. Ook met betrekking tot de wachttijd zijn dezelfde regels van toepassing als in het algemeen stelsel³⁰.

Inhoud van de dekking. In het stelsel voor zelfstandigen gelden dezelfde voorwaarden als in het algemeen stelsel. Om in aanmerking te komen voor terugbetaling moet de verstrekking vermeld zijn in de ‘nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen’ en moet ze door een daartoe gemachtigde persoon gebeuren. Voor de terugbetaling van verzekerde kosten zijn ook dezelfde tarieven en principes van toepassing.

De inhoud van de dekking binnen het verplichte stelsel voor zelfstandigen is echter veel minder volledig. Het maakt namelijk een onderscheid tussen ‘grote’ en ‘kleine risico’s’. Verstrekkingen uit de categorie van de kleine risico’s worden niet verzekerd binnen het stelsel voor zelfstandigen. Het gaat onder meer om eerstelijnszorgen, ambulante specialistische zorg en ambulante verstrekte geneesmiddelen. Hierop bestaan wel enkele uitzonderingen: invalide en gehandicapte zelfstandigen en gehandicapte kinderen van zelfstandigen zijn wel verzekerd voor de kleine risico’s binnen hun verplichte stelsel³¹. De anderen moeten een facultatieve verzekering afsluiten als ze zich ook tegen de kleine risico’s wensen te beschermen.

Financieringswijze. De financiering van de verplichte ziektekostenverzekering voor zelfstandigen verloopt gescheiden van het algemeen stelsel. Het stelsel voor zelfstandigen ontvangt enerzijds een deel van de algemene sociale zekerheidsbijdragen. Deze worden door het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ) verdeeld over de

²⁹ KB 29 december 1997, art. 1

³⁰ KB 3 juli 1996, art. 130

³¹ KB 29 december 1997, art. 5

verschillende takken van de sociale zekerheid voor zelfstandigen. Daarnaast ontvangt ze ook een belangrijke staatstoelage en haalt ze aanvullende inkomsten uit een deel van de bijdrage op de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid voor motorvoertuigen en de accijnzen en belastingen op tabaksfabrikaten (FOD SZ, 2003, p. 162).

4.2. Sociale correctiemaatregelen in de federale ziektekostenverzekering

Personen in een zwakke maatschappelijke positie of intensieve zorggebruikers kunnen op een aantal bijzondere maatregelen rekenen waardoor ze een hogere of bijkomende tegemoetkoming van de wettelijke verplichte ziektekostenverzekering krijgen. Hieronder worden deze verschillende regelingen kort besproken.

De voorkeurregeling. Verzekerden die in aanmerking komen voor de voorkeurregeling betalen een lager remgeld voor de meeste terugbetaalbare verstrekkingen. Daarenboven kunnen de meesten ook aanspraak maken op de ‘sociale MAF’ (zie verder). Binnen het algemeen stelsel hebben, naast de klassieke WIGW’s, nog andere kwetsbare categorieën³² recht op de voorkeurregeling. Ook voor zelfstandigen³³ en hun personen ten laste bestaat het systeem van de voorkeurregeling. Voor hen geldt de voorkeurregeling in principe alleen bij de grote risico’s.

Enkele specifieke categorieën (zie hoger) zijn verzekerd voor de kleine risico’s en komen hierdoor – indien ze aan de voorwaarden voldoen – ook voor de kleine risico’s in aanmerking. De voorkeurgerechtigden krijgen in principe 90 % van de prijs van gewone geneeskundige verstrekkingen terugbetaald.³⁴ Voor raadplegingen bij een specialist en verstrekkingen van een kinesist bedraagt de tegemoetkoming respectievelijk 85 en 80 %³⁵. De tussenkomst bij ambulante

³² Binnen het algemeen stelsel hebben de volgende categorieën recht op de voorkeurregeling: weduwen, invaliden, gepensioneerden en volle wezen die recht geven op kinderbijslag; gerechtigden op een leefloon en diegenen die steun krijgen van het OCMW, volledig of gedeeltelijk ten laste van de federale staat; gerechtigden op een inkomensgarantie voor bejaarden, een tegemoetkoming voor gehandicapten of verhoogde kinderbijslag; werklozen in gecontroleerde werkloosheid die ten minste 50 jaar oud zijn en sedert ten minste een jaar de hoedanigheid van volledig werkloze hebben. Men komt echter pas in aanmerking indien het jaarbedrag van het belastbare bruto-inkomen 12.482,92 euro niet overschrijdt. Dit bedrag wordt verhoogd met 2.310,92 euro per persoon ten laste.

³³ De volgende categorieën van zelfstandigen komen in aanmerking voor de voorkeurregeling: zelfstandigen die hun beroepsactiviteit hebben onderbroken wegens ziekte of invaliditeit of die als arbeidsongeschikt zijn erkend en een invaliditeitsuitkering ontvangen; zelfstandigen die de pensioenleeftijd hebben bereikt en hun langstlevende echtgenoten die noch een rust- of overlevingspensioen ontvangen in het kader van de pensioenregeling voor zelfstandigen, noch een hiermee onverenigbare beroepsactiviteit uitvoeren; volle wezen van zelfstandigen die kinderbijslag genieten, de leden van kloostergemeenschappen.

³⁴ Ook voor voorkeurgerechtigden bestaat de mogelijkheid om door zich in te schrijven bij een vaste huisarts in het kader van het ‘Globaal Medisch Dossier’ een bijkomende korting op het remgeld te ontvangen.

³⁵ GVVU-wet, art. 37, § 1

verstrekke geneesmiddelen licht eveneens hoger. Het remgeld voor magistrale bereidingen bedraagt 0,25 of 0,50 euro. Verder wordt een lager remgeld geëist voor geneesmiddelen uit de categorie B (15 %, met een maximum van 6,60 euro voor kleine en 9,90 euro voor grote verpakkingen) en ligt het maximaal te betalen remgeld voor geneesmiddelen uit de categorie C lager (9,90 euro)³⁶.

Gerechtigden op de voorkeurregeling worden vrijgesteld of krijgen vermindering voor een aantal van de eigen bijdragen bij opname in een ziekenhuis. Het opnameforfait moet niet worden betaald en reeds vanaf het begin van de opname is de verminderde eigen bijdrage in de verpleegdagprijs (4,37 euro) van kracht. Bovendien vervallen de forfaitaire eigen bijdragen voor klinische biologie en technische verstrekkingen en wordt het forfait voor medische beeldvorming verminderd tot 1,98 euro. Aan voorkeurgerechtigden kan in een meer- of tweepersoonskamer ook geen ereloonsupplement worden gevraagd. Ten slotte liggen ook de tussenkomsten voor behandelingen van specialisten en paramedisch personeel tijdens de hospitalisatie hoger. Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis is het persoonlijk aandeel – net als bij de gewone rechthebbenden – hetzelfde als in een algemeen ziekenhuis. Na het vijfde jaar bedraagt het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs 12,07 euro (FOD SZ, 2002, p. 178 - 180).

De maximumfactuur. Sinds 1 januari 2001 is de maximumfactuur voor gezondheidskosten (MAF) van kracht. Deze regeling wil de uitgaven aan terugbetaalbare medische kosten beperken tot een inkomensafhankelijk plafond. De MAF is het gevolg van de geleidelijke hervorming van de ‘sociale en fiscale franchise’ die sinds 1994 bestonden. De wettelijke verplichte ziektekostenverzekeringen evolueren daarmee naar een bijstandregeling, een tendens die op internationaal niveau kan worden waargenomen (Van Langendonck & Put, 2002, p.x).

Afhankelijk van het inkomen en het sociaal statuut van de gerechtigden bestaan er verschillende types MAF. (1) De *sociale MAF* is gericht op de meest kwetsbare categorieën in de gezondheidszorg. Voor de sociale MAF komen in grote lijnen alle gezinnen³⁷ in aanmerking waarvan één van de leden recht heeft op de voorkeurregeling. Eenmaal de gezinnen uit de sociale MAF een jaarlijks grensbedrag van 450 euro aan eigen bijdragen voor verzekerde gezondheidskosten overschrijden moeten ze voor dat jaar geen remgeld meer betalen (RIZIV, 2003b, p. 115-116). (2) De *MAF bescheiden inkomen* begrenst de eigen bijdragen van gezinnen met

³⁶ KB van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

³⁷ In tegenstelling tot wat van toepassing is bij de sociale en fiscale franchise gaat het in de sociale MAF en de MAF voor bescheiden inkomens om ‘sociologische gezinnen’ (op basis van het rijksregister) en niet om mutualistische of fiscale gezinnen.

een laag of bescheiden inkomen waarvan geen enkel gezinslid tot de gerechtigden op de sociale MAF behoort. De eigen bijdrage van gezinnen met een laag inkomen worden begrensd op 450 euro, voor gezinnen met een bescheiden inkomen ligt de grens op 650 euro. De betrokken gezinnen zullen na de overschrijding van het plafond verder remgeld blijven betalen, maar ze zullen deze ‘te veel betaalde remgelden’ nog in hetzelfde jaar terugkrijgen van hun ziekenfonds (RIZIV, 2003c). (3) Gezinnen³⁸ met een netto belastbaar gezinsinkomen hoger dan 21.455 euro komen in aanmerking voor de *fiscale MAF*. Afhankelijk van de inkomenscategorie waartoe ze behoren worden hun gezondheidskosten geplafonneerd op 1.000 tot 2.500 euro per jaar. De terugbetaling in het kader van de fiscale MAF gebeurt op het niveau van de administratie der belastingen. De remgelden boven het plafond worden gelijktijdig met de afrekening van de personenbelasting terugbetaald (ongeveer 2 jaar later) (RIZIV, 2003b, p. 117). (4) Daarnaast bestaat er nog een specifieke regeling voor kinderen waarvoor meer dan 650 euro remgeld is betaald en die niet in aanmerking komen voor de sociale MAF of de MAF bescheiden inkomens. Ook hun teveel betaalde remgeld wordt binnen het jaar terugbetaald door het ziekenfonds (RIZIV, 2003b, p. 118).

De MAF is ook van toepassing binnen het stelsel voor zelfstandigen en dit grotendeels volgens dezelfde regels als in het algemeen stelsel. Zodra een gezin dat verzekerd is binnen het stelsel voor zelfstandigen het voor haar bestemde remgeldplafond heeft bereikt, worden de uitgaven die ten laste worden genomen door de verplichte ziektekostenverzekering (grote risico's) volledig terugbetaald. Binnen de MAF voor bescheiden inkomens en de fiscale MAF worden enkel remgelden voor grote risico's meegeteld in het remgeldplafond. De gerechtigden op de sociale MAF kunnen – indien ze een facultatieve verzekering voor de kleine risico's hebben gesloten bij een ziekenfonds – ook de eigen bijdragen betaald voor de kleine risico's laten meetellen in de berekening van het remgeldplafond (FOD SZ, 2003, p. 185 - 186).

Niet alle verzekerde verstrekkingen tellen echter mee voor de MAF. Het toepassingsgebied werd wel reeds uitgebreid. Op dit moment komen de volgende persoonlijke aandelen in aanmerking: het persoonlijk aandeel (1) voor honoraria van geneesheren, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere paramedici (RIZIV, 2003c); (2) voor een aantal technische verstrekkingen (medische beeldvorming, labo-onderzoeken ...) (RIZIV, 2003c); (3) voor geneesmiddelen uit de categorieën A, B en C³⁹ en (4) het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs in geval van hospitalisatie (tot 3 maanden in een algemeen ziekenhuis en een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis) (RIZIV, 2003c).

³⁸ In het systeem van de fiscale MAF worden gezinnen nog steeds opgevat als ‘fiscale gezinnen’.

³⁹ Art 244, Programmawet 24 december 2002.

Het bijzonder solidariteitsfonds. Het bijzonder solidariteitsfonds heeft als bedoeling uitzonderlijke en dure verstrekkingen of farmaceutische specialiteiten terug te betalen die nog niet terugbetaald worden door de reguliere ziektekostenverzekering. Deze verstrekkingen of specialiteiten moeten wel voldoen aan een aantal criteria, daarenboven wordt elk dossier afzonderlijk bekeken. Er kan eveneens een beroep worden gedaan op het bijzonder solidariteitsfonds om in het buitenland gemaakte medische kosten te betalen (Adriaenssen en De Graeve, 2000, p. 69). Het bijzonder solidariteitsfonds is ook van toepassing in het stelsel voor zelfstandigen. Er kan echter geen tegemoetkoming worden bekomen voor kleine risico's⁴⁰.

Bijzondere tegemoetkomingen voor enkele specifieke categorieën. Chronisch zieken en invaliden met een afhankelijkheidsprobleem kunnen aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden. Deze tegemoetkoming bedraagt 134,16 euro per maand. Ook zorgbehoevende bejaarden komen in aanmerking voor deze tegemoetkoming. Chronisch zieken met hoge zorgkosten die beantwoorden aan een aantal afhankelijkheidscriteria, hebben recht op een jaarlijks zorgforfait van 250 euro. Bepaalde categorieën van gerechtigden kunnen bovendien beroep doen op een thuisverplegingsforfait. Ten slotte hebben zwaar zorgbehoevenden die gedurende vier maanden met incontinentieproblemen kampen recht op een forfaitaire tussenkomst in de kosten van incontinentiemateriaal. Zij krijgen jaarlijks 371,84 euro. (Vanroelen & Smeets, 2003, p. 138).

Patiënten van wie het overlijden op relatief korte termijn wordt verwacht en die er voor kiezen thuis te sterven hebben recht op een palliatief thuiszorgforfait. Dit kan twee keer worden aangevraagd en bedraagt 483,39 euro per maand. Dit forfait is een tegemoetkoming in de prijs van niet-terugbetaalbare medische zorgen (Vanoverloop & De Gauquier, 2001).

4.3. Gemeenschapsvoorzieningen: De Vlaamse Zorgverzekering

Het Vlaamse beleidsniveau heeft eveneens een stap gezet op het vlak van de sociale zekerheid in de sector van de gezondheidszorg. Op 1 oktober 2001 trad de Vlaamse Zorgverzekering in werking. Deze volksverzekering richt zich op niet-medische zorgkosten, met andere woorden op noodzakelijke verzorgingskosten die strikt genomen niet verbonden zijn aan medische verstrekkingen en bijgevolg door de mazen van de federale ziektekostenverzekering glippen.

⁴⁰ KB 29 december 1997, art. 1, 22°

Ondanks het niet-medische karakter van de kosten gaat het toch om een niet te verwaarlozen financiële last voor de zorgbehoevende.

Toepassingsgebied. Iedereen die ouder dan 25 is en in Vlaanderen woont, wordt verplicht verzekerd en moet daarvoor ook een bijdrage betalen. Wie in Brussel woont, heeft de vrije keuze om deel te nemen. Brusselaars moeten zich expliciet aansluiten bij een zorgkas. Wie jonger dan 25 is moet geen bijdrage betalen, zij kunnen echter – indien ze aan de formele voorwaarden voldoen – wel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming⁴¹. Om in aanmerking te komen moet men op basis van vooropgestelde criteria de hoedanigheid van ‘zwaar zorgbehoevende’ hebben.

De zorgverzekering voorziet een forfaitaire tegemoetkoming voor niet-medische zorgkosten indien de verzekerde voldoet aan de criteria en zijn/ haar formele verplichtingen tot aansluiting is nagekomen. Afhankelijk van de zorgvorm waarvoor men in aanmerking komt – mantel- en thuiszorg of residentiële zorg – bestaan er verschillende tegemoetkomingen⁴².

De zorgverzekering is een initiatief van de Vlaamse Gemeenschap. Bijgevolg is ze van toepassing op het Vlaamse grondgebied en in Brussel. Zoals hoger vermeld moeten Brusselaars zich expliciet aansluiten bij een zorgkas om in aanmerking te komen. Inwoners van Vlaanderen komen in aanmerking voor mantel- en thuiszorg indien ze aan de gestelde voorwaarden voldoen en voor residentiële zorg als ze in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening zijn opgenomen. Brusselaars komen in aanmerking voor mantel- en thuiszorg indien ze in de maand van de aanvraag een beroep hebben gedaan op een door de Vlaamse regering erkende of bicommunautaire voorziening⁴³. Voor de residentiële voorzieningen in Brussel geldt dezelfde voorwaarde.

Voorwaarden. Zoals vermeld is de Vlaamse Zorgverzekering een verplichte verzekering, gebaseerd op solidariteit. Indien men voldoet aan het toepassingsgebied, is men verplicht een jaarlijkse bijdrage te betalen. Voor gewone rechthebbenden is dit 25 euro. Wie recht heeft op de voorkeurregeling in de federale ziektekostenverzekering betaalt 10 euro.⁴⁴

Verder kan men zich aansluiten bij één van de acht erkende zorgkassen. Zij staan in voor de dagelijkse werking van de zorgverzekering en hebben onder meer als taak personen aan te

⁴¹ Ministerieel besluit van 23 december 2002 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering (B.S.12.II.2003), deel II, hfst. VI, afd. III

⁴² B.S.12.II.2003, deel II, hfst. VI, afd. II, onderafd. IV

⁴³ Het kan dan gaan om een dienst voor gezinszorg, een lokaal of regionaal dienstencentrum, een centrum voor kortverblijf, een dagverzorgingscentrum, een dienst voor oppashulp, een serviceflat een dienst voor gezinszorg of OCMW (B.S.12.II.2003, deel II, hfst. XVI, afd. III).

⁴⁴ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. I

sluiten, de bijdragen te innen en – ingeval van een vraag tot tenlasteneming – deze te begeleiden en te controleren. De aansluiting bij een erkende zorgkas is niet verplicht. Indien men zich niet vrijwillig aansluit bij een zorgkas, wordt men ambtshalve aangesloten bij de openbare Vlaamse Zorgkas.⁴⁵

Niet alleen bejaarden, maar ook jongere zorgbehoevenden kunnen een tegemoetkoming van de zorgverzekering ontvangen. Wie in aanmerking wenst te komen voor een tegemoetkoming dient hiertoe een aanvraagformulier in. De zorgkas onderzoekt vervolgens of de verzekerde aan de formele voorwaarden voldoet. Als de verzekerde hieraan voldoet, worden de medische criteria geëvalueerd aan de hand van een ‘attest van een indicatiestelling’⁴⁶. Als algemene regel geldt dat men ‘zwaar zorgbehoevend’ moet zijn. Verzekerden die niet in het bezit zijn van een dergelijk attest moeten een nieuwe indicatiestelling door een ‘gemachtigd indicatiesteller’ laten uitvoeren⁴⁷.

Ten slotte dient nog te worden vermeld dat een tegemoetkoming door de zorgverzekering niet kan worden gecumuleerd met het ‘persoonlijk assistentiebudget’ van het Vlaams Fonds voor Integratie van Personen met een Handicap of met een verblijf in een door datzelfde fonds erkende residentiële voorziening⁴⁸.

Inhoud van de dekking. Het recht op tegemoetkoming gaat in op de eerste dag van de derde maand na de aanvraag. De tegemoetkoming geldt voor minstens zes maanden. Het is de zorgkas die beslist over de duur van een tegemoetkoming. Voor mantel- en thuiszorg bedraagt de tegemoetkoming 90 euro per maand. De geldigheidsduur van een tegemoetkoming in de mantel- en thuiszorg is maximaal drie jaar, maar kan nadien worden verlengd. Het bedrag van de tegemoetkoming in de residentiële zorg is 125 euro per maand. Met deze tegemoetkoming kan een deel van kosten voor opname in rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen worden gedragen (indien deze voorzieningen zijn erkend door de Vlaamse regering). In de residentiële zorg geldt de tegemoetkoming voor onbepaalde duur.⁴⁹ De

⁴⁵ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. III, afd. I & II

⁴⁶ De volgende scores kunnen aanleiding geven tot een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg: minstens score 35 op de BEL-profielschaal; minstens score B op de KATZ-schaal thuisverpleging; minstens score 15 op de medisch-sociale schaal ter evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op een integratietegemoetkoming ‘hulp aan bejaarden’ of ‘hulp aan derden’; bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 66 % handicap én minstens 7 punten voor de graad van zelfredzaamheid uit hoofde van het kind; score C op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om een tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting te ontvangen. De volgende scores kunnen aanleiding geven tot een tegemoetkoming voor residentiële zorg: minstens score B op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag voor een tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting; een attest op basis van een bewijs van opname in een psychiatrisch verzorgingstehuis. (B.S.12.II.2003, deel II, hfst. VIII, afd. I)

⁴⁷ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. VIII, afd. II

⁴⁸ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. XVIII

⁴⁹ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. XII

tegemoetkoming wordt in elk geval stopgezet – ook wanneer de geldigheidsduur nog niet is verstreken – op het moment dat de gerechtigde niet meer voldoet aan de formele voorwaarden of vanaf het moment dat er geen sprake meer is van zware zorgbehoefte⁵⁰. De verzekerde kan ook veranderen van zorgvorm. Hiertoe dient een aanvraag te worden gericht aan de zorgkas, waarna deze hierover een uitspraak doet.⁵¹

Voor zorg in het buitenland en voor personen gevestigd buiten de landsgrenzen gelden in grote mate dezelfde Europese regels als voor de federale stelsels voor geneeskundige verzorging (Goyens, 2002, pp.29-69).

Financieringswijze. De erkende zorgkassen worden gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap vanuit het Vlaams Zorgfonds. Dit fonds wordt gespijsd met de inkomsten uit de ledenbijdrage die jaarlijks door iedere inwoner van het Nederlands taalgebied en iedere aangesloten Brusselse inwoner, ouder dan 25 jaar, wordt betaald. Anderzijds verbindt de Vlaamse overheid zich ertoe de zorgverzekering een jaarlijkse subsidie toe te kennen. Met deze middelen wordt een reservefonds aangelegd dat het hoofd moet kunnen bieden aan de te verwachten toename van het aantal gerechtigden.⁵²

5. De tweede pijler: aanvullende ziektekostenverzekeringen

De tweede pijler omvat de gesolidariseerde aanvullende verzekeringen. Het gaat om sociale verzekeringen die toegankelijk zijn voor alle leden van een welomschreven groep (bv. de leden van een ziekenfonds of de werknemers van een onderneming of bedrijfssector). De tweedepijlerv verzekeringen worden gefinancierd op basis van een gelijkmatige spreiding van de bijdragen over de aangeslotenen. Risico- en antiselectie zijn onbestaande (Huber e.a., 1997, p.71).

Hieronder volgt een overzicht van de verschillende soorten sociale aanvullende verzekeringen. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen de aanvullende verzekeringen die worden aangeboden door de ziekenfondsen en de aanvullende verzekeringen die een band hebben met de tewerkstelling van de verzekerde.

⁵⁰ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. XIV, afd. II

⁵¹ B.S.12.II.2003, deel II, hfst. XIII

⁵² Besluit van de Vlaamse Regering van 8 juni 2000 houdende de organisatie en regeling van het beheer en de werking van het Vlaamse Zorgfonds (B.S.26.X.2000), hfst. IV, art. 8.

5.1. Aanvullende ziektekostenverzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen

In het kader van de ziekenfondswet⁵³ bieden de ziekenfondsen ‘diensten’ en ‘activiteiten’ aan die kunnen worden beschouwd als een gesolidariseerde aanvullende ziektekostenverzekering. Door de verplichting voor nagenoeg de ganse Belgische bevolking om zich voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen bij een ziekenfonds aan te sluiten, zijn de ziekenfondsen in staat om hun leden statutair te verplichten tot deelname aan hun gesolidariseerde aanvullende ziektekostenverzekering.

Binnen hun wettelijk kader zijn de ziekenfondsen ertoe gehouden enkel diensten en activiteiten aan te bieden die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn van hun leden tot streefdoel hebben, dit in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit⁵⁴. De ziekenfondsen hebben deze mogelijkheid in de eerste plaats gebruikt om risico's te dekken die niet of slechts gedeeltelijk door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering ten laste worden genomen (Huber e.a., 1997, p. 78). De ziekenfondsen kunnen hiervoor samenwerken met hun landsbonden⁵⁵, maatschappijen voor onderlinge bijstand (MOB)⁵⁶, of andere publiek- en privaatrechtelijke rechtspersonen⁵⁷ (met uitzondering van verzekeringsondernemingen). Over het algemeen gaat het om VZW's en MOB's gelieerd aan het betrokken ziekenfonds, een aantal ziekenfondsen uit dezelfde landsbond of de landsbond zelf. Een VZW die instaat voor thuiszorg aan hulpbehoevenden is een voorbeeld van een dergelijk samenwerkingsverband.

De aanvullende verzekeringen die door een ziekenfonds worden aangeboden – evenals de voorwaarden waaronder deze worden aangeboden – moeten vermeld worden in de statuten⁵⁸. De statuten kunnen enkel worden gewijzigd door de algemene vergadering⁵⁹. Indien de algemene vergadering veranderingen wenst aan te brengen in het aanbod of de modaliteiten van de aanvullende verzekering, is hiervoor de goedkeuring door de Minister van Sociale Zaken – op advies van de CDZ⁶⁰ – vereist⁶¹. Bovendien mogen enkel aanvullende verzekeringsdiensten worden georganiseerd die voorafgaand door de Koning werden erkend – een aantal diensten

⁵³ Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (ziekenfondswet).

⁵⁴ Ziekenfondswet, art. 2, § 1

⁵⁵ Ziekenfondswet, art. 7, § 2

⁵⁶ Ziekenfondswet, art. 43bis, § 1

⁵⁷ Ziekenfondswet, art. 43, § 1

⁵⁸ Ziekenfondswet, art. 9, § 1

⁵⁹ Ziekenfondswet, art. 10. In de praktijk blijken de verkiezingen die deze Algemene Vergadering moet samenstellen echter zelden te worden georganiseerd. Dit roept vragen op over het democratisch karakter van een ziekenfonds (Tegenbos, 2004, p.x).

⁶⁰ De Controledienst voor de Ziekenfondsen en Landsbonden van Ziekenfondsen is krachtens de wet belast met het toezicht op de toepassing van de ziekenfondswet (ziekenfondswet, art. 49, §1).

⁶¹ Ziekenfondswet, art. 11, § 1

waaraan slechts een beperkt financieel risico is verbonden niet te na gesproken⁶². Als aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan kunnen de inhoud en de modaliteiten van de aanvullende ziektekostenverzekering worden gewijzigd *gedurende* de verzekeringsovereenkomst tussen een lid en zijn/haar ziekenfonds.

Toepassingsgebied. De sociale aanvullende diensten en activiteiten van een ziekenfonds staan open voor de leden van dat ziekenfonds. Deze leden kunnen een ‘eigen recht’ op verzekering binnen de verplichte ziektekostenverzekering hebben, maar het kan ook gaan om ‘personen ten laste’. Ook personen die lid zijn van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS⁶³ kunnen zich voor de aanvullende ziektekostenverzekering aansluiten bij een ziekenfonds⁶⁴. Aansluiting bij de sociale aanvullende diensten en activiteiten van een ziekenfonds is in principe statutair verplicht (Huber e.a. , 1997, p. 71). Met andere woorden: zich aansluiten bij een ziekenfonds voor de verplichte ziektekostenverzekering impliceert automatisch dat men voor de aanvullende verzekering van het desbetreffende ziekenfonds een bijdrage betaalt. Het niet naleven van de bijdrageverplichting kan leiden tot schrapping als lid. Men kan echter niet worden uitgesloten van de verplichte ziektekostenverzekering (Huber e.a. , 1997, p. 89).

De aanvullende ziektekostenverzekering van de ziekenfondsen kan dus allerhande diensten en activiteiten omvatten die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn van de leden tot doel heeft. Het kan hierbij gaan om de terugbetaling van medische kosten, het uitreiken van premies en tegemoetkomingen of voordelen in natura. De meeste ziekenfondsen hebben ook een uitgebreide medische, paramedische en sociale dienstverlening. Ten slotte kunnen ze eveneens een taak op het vlak van het welzijnswerk en verenigingsleven vervullen.

Het territoriale toepassingsgebied van de aanvullende ziektekostenverzekering beperkt zich over het algemeen tot het Belgische grondgebied. Men moet zijn hoofdverblijfplaats in België hebben, of in het buitenland verblijven maar onder de bevoegdheid van de Belgische ziektekostenverzekering vallen, om zich te kunnen aansluiten bij de aanvullende diensten. Voor de meeste aanvullende diensten moet men zich op het Belgische grondgebied bevinden wanneer men er een beroep op doet of wanneer een verzekerde verstrekking plaatsvindt. In sommige gevallen kan men slechts beroep doen op een dienst binnen een bepaalde regio. De dienst

⁶² Ziekenfondswet, art. 26, § 1

⁶³ Beide instellingen bieden zelf geen aanvullende diensten en activiteiten aan hun leden aan.

⁶⁴ KB van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, § 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen., art. 2

‘verzorging in het buitenland’ is een uitzondering, toch moet men ook hiervoor zijn/haar hoofdverblijfplaats in België hebben.

Voorwaarden. De aansluitingsvoorwaarden werden hoger al stuk voor stuk vermeld. In de eerste plaats dient men verzekerd te zijn binnen het stelsel van de verplichte ziektekostenverzekering. Ten tweede dient men zich als lid aan te sluiten bij een ziekenfonds en de hiermee verbonden bijdrage te betalen. Het bedrag van deze bijdrage wordt vastgelegd in de statuten van het ziekenfonds⁶⁵. Volgens de meeste statuten is de aanvaarding als lid effectief vanaf de eerste dag van de maand waarin een bijdrage werd gestort. Een lid kan statutair worden uitgesloten en “geschrap” als lid wanneer de bijdragen sedert, naargelang de statuten, bijvoorbeeld 6, 12 of 18 maanden niet meer werden betaald en na hiertoe te zijn aangemaand (Huber e.a., 1997, p. 89).

Het is in principe verboden leden uit te sluiten omwille van hun leeftijd of gezondheidstoestand⁶⁶. Om toegang te krijgen tot specifieke diensten van de aanvullende verzekering gelden evenwel nog bijkomende voorwaarden. Het kan onder meer gaan om een maximum- of minimumleeftijd, een bepaald statuut binnen de verplichte ziektekostenverzekering, een bepaalde medische toestand, enz. Soms gelden eisen voor de verstrekker waarop men een beroep doet. Bovendien is er voor sommige diensten een wachttijd. Deze specifieke voorwaarden zijn zeer uiteenlopend daar ze afhankelijk zijn van de dienst en het ziekenfonds in kwestie. De statuten van een ziekenfonds moeten de voorwaarden precies omschrijven⁶⁷.

Inhoud van de dekking. De aanvullende verzekering van alle ziekenfondsen bevat een aantal financiële tussenkomsten. Men kan een onderscheid maken tussen enerzijds de terugbetaling van kosten en anderzijds de uitbetaling van premies en tegemoetkomingen. Met betrekking tot de terugbetaling van kosten kan er sprake zijn van een reële terugbetaling van de kost of een terugbetaling van een proportioneel of forfaitair deel van de kost. Premies en tegemoetkomingen worden uitgereikt naar aanleiding van een belangrijke gebeurtenis in het persoonlijke of gezinsleven van een lid. Men kan zich echter van een aantal premies afvragen of ze wel voldoen aan de doelstellingen van de aanvullende verzekering, zoals deze in de ziekenfondswet worden omschreven. Er werd dan ook beslist dat alle voordelen onder de vorm van een eenmalige premie in geld of in natura, die werden uitgekeerd ter gelegenheid van een familiale of sociale gebeurtenis – uitgezonderd de geboorte-, adoptie- en overlijdenspremies – uiterlijk op 1 januari 2002 uit de statuten van de ziekenfondsen moeten geschrap zijn (CDZ, 2001, p. 25).

⁶⁵ Ziekenfondswet, art. 9, § 1

⁶⁶ Ziekenfondswet, art. 9, § 2

⁶⁷ Ziekenfondswet, art. 9, § 1

Daarnaast worden ook andere voordelen in natura aangeboden, zoals de mogelijkheid om de eigen infrastructuur te gebruiken of om materialen te ontlenen. De leden kunnen van deze voordelen gebruik maken, hetzij gratis, hetzij tegen een voordelig tarief.

De meeste ziekenfondsen hebben ten slotte een omvangrijke medische, paramedische en sociale dienstverlening. Deze dienstverlening is divers, ze gaat van eigen opvang- en consultatiecentra, tot voorlichting, begeleiding of vorming. De meeste ziekenfondsen bieden ook vrijetijds- en welzijnsvoorzieningen aan of spelen een rol op het vlak van het verenigingsleven. De leden kunnen hiervan eveneens gratis of aan een voordelig tarief gebruik maken.

Financieringswijze. De voornaamste inkomensbron voor de aanvullende ziektekostenverzekering van de ziekenfondsen is de bijdrage die betaald wordt door de leden. Het bedrag van deze bijdrage wordt vastgelegd in de statuten⁶⁸. Voor de diensten die georganiseerd worden door een landsbond (of door een MOB) betaalt het ziekenfonds een deel van de bijdrage door aan de landsbond (of MOB). Verder kunnen inkomsten worden gehaald uit de afname van technische of andere voorzieningen, uit renteopbrengsten van toegelaten beleggingen⁶⁹ en giften, schenkingen en legaten⁷⁰. Indien deze laatste hoger zijn dan een te indexerende bedrag van 10.000 euro, moet de CDZ hiervoor toelating geven⁷¹. De werkingskosten voor de organisatie van de aanvullende verzekering zijn ten laste van de ziekenfondsen⁷². Met andere woorden: de subsidies voor de administratiekosten die de ziekenfondsen van de overheid ontvangen in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering mogen in principe niet ten goede komen aan de aanvullende diensten. In de praktijk houden de administratieve diensten van een ziekenfonds zich zowel met de verplichte als de aanvullende verzekering bezig (Huber e.a., 1997, p. 81). Er is dus sprake van een zekere overheidssteun voor de aanvullende (en facultatieve) diensten van de ziekenfondsen. Bovendien kunnen Gemeenschappen of lokale overheden in het kader van hun bevoegdheden aanvullende diensten of activiteiten van een ziekenfonds subsidiëren⁷³.

⁶⁸ Ziekenfondswet, art. 9, § 1

⁶⁹ Ziekenfondswet, art. 29, § 4

⁷⁰ Ziekenfondswet, art. 41

⁷¹ Ziekenfondswet, art. 41

⁷² Ziekenfondswet, art. 29, § 5

⁷³ Ontwerp van wet betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Gedr. St., Senaat, 1989 – 1990, nr. 993/2, 5

5.2. Arbeidsgebonden aanvullende ziektekostenverzekeringen

Bedrijven, groepen van bedrijven of bedrijfssectoren kunnen voor hun werknemers een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten. Het gaat vrijwel steeds om een hospitalisatieverzekering. Dergelijke verzekeringen vormen een sociaal voordeel dat door de werkgever aan zijn werknemers wordt verleend. Meestal wordt de aanvullende ziektekostenverzekering op bedrijfsniveau georganiseerd. Het is ook mogelijk om een aanvullende ziektekostenverzekering binnen een groep van bedrijven of op sectoraal niveau te organiseren. Deze taak kan worden toevertrouwd aan een Fonds voor Bestaanszekerheid (Huber e.a., 1997, p. 462). Zo voorziet het Paritair Comité voor het Kleding- en Confectiebedrijf sinds 1 januari 2003 in een sectorale hospitalisatieverzekering voor haar arbeid(st)ers, dit in de schoot van het Sociaal Waarborgfonds⁷⁴. Dergelijke sectorale initiatieven zijn groeiende⁷⁵.

De aanvullende ziektekostenverzekering op bedrijfsniveau situeert zich binnen het wettelijk kader van de producten aangeboden door verzekeringsondernemingen. Zij opereren niet binnen het kader van de ziekenfondswet, waardoor ze aan andere beperkingen onderworpen zijn dan de ziekenfondsen. De activiteiten van de private markt worden gereguleerd door de wet betreffende de overheidscontrole op de verzekeringsondernemingen⁷⁶ (controlewet) en de wet op de landverzekeringsovereenkomst⁷⁷ (WLVO-wet). Deze wetten slaan op de volledige verzekeringssector. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen specifiek wettelijk kader (Huber e.a., 1997, p. 255). Er werd hiertoe wel een poging ondernomen in het ontwerp van KB dat werd voorbereid door de CDV en het recente wetsvoorstel in de Kamer (zie inleiding). Deze voorstellen hadden tot doel een minimale reglementering voor de ziektekostenverzekeringen op te leggen.

Verzekeringsondernemingen moeten vooraleer ze activiteiten kunnen ontplooiën de toestemming hebben van de Koning – hiertoe moeten ze aan een aantal voorwaarden voldoen⁷⁸. De toestemming wordt verleend per verzekeringstak of groep van verzekeringstakken⁷⁹ (bv. tak 2 ‘ziekte’). Om actief te zijn in een bepaalde sector van de verzekeringsmarkt moeten de

⁷⁴ PC 109, CAO van 22 mei 2001 houdende akkoord van sociale vrede 2001/2002, art. 12

⁷⁵ Er zijn een aantal paritaire comités waar CAO's zijn gesloten met de vermelding van een verzekering voor medische kosten of een hospitalisatieverzekering: PC 116 met CAO van 03.09.2003, PC 114 met CAO van 07.05.2003, PC 102.06 met CAO van 03.07.2003, PC 102.01 met CAO van 29.09.2003, PC 301.01 met CAO van 19.07.1999, PC 216 met CAO van 27.11.2003, PC 207 met CAO 19.09.2003, PC 150 met CAO van 29.05.2001, PC 139.01 met CAO van 23.06.2003 en PC 301.02 met CAO van 29.04.2004. Een aantal van deze CAO's verwijzen ook naar het oprichten van een werkgroep om na te gaan of het mogelijk is een hospitalisatieverzekering in te richten.

⁷⁶ Wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen

⁷⁷ Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

⁷⁸ Controlewet, art. 4 en 8

⁷⁹ Controlewet, art. 4

ondernemingen bovendien over een aan hun werkzaamheden aangepaste beleidsstructuur, administratieve en boekhoudkundige organisatie en interne controle beschikken⁸⁰. De externe controle gebeurt door de CDV⁸¹. Ook financiële voorschriften moeten de consument beschermen tegen een mogelijk onvermogen van de verzekeringsonderneming⁸². Zo moeten er voldoende reserves en financiële waarborgen aangelegd worden en moet elke verzekeringstak of groep van takken afzonderlijk beheerd worden⁸³.

De kenmerken van de arbeidsgebonden ziektekostenverzekeringen worden in grote mate bepaald in het kader van de onderhandelingen tussen sociale partners (CAO's). Deze CAO's situeren zich zowel op het niveau van de ondernemingen als van de sector. Deze regelingen kunnen toevertrouwd worden aan een Fonds voor Bestaanszekerheid. Fondsen voor Bestaanszekerheid worden opgericht per bedrijfstak of via een werkgeversorganisatie die verschillende bedrijven binnen een sector bundelt (Huber e.a., 1997, p. 457). Ze dienen steeds te worden opgericht in de schoot van een Paritair Comité of een Paritair Subcomité. Voor de regelingen die in een Fonds voor Bestaanszekerheid worden bedongen bestaat geen wettelijke basis, ze zijn het resultaat van sectorale onderhandelingen of onderhandelingen op ondernemingsniveau (FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, z.d.). Hierdoor kunnen de toegekende voordelen – en de daarmee verbonden lasten voor de werkgevers – sterk verschillen. Voordelen die traditioneel door de Fondsen voor Bestaanszekerheid worden voorzien zijn aanvullende uitkeringen voor werkloosheid, invaliditeit, pensioenen, kinderlast ... of syndicale premies. Ook een hospitalisatieverzekering kan door een dergelijk fonds worden toegekend⁸⁴, al komt dit minder frequent voor (Huber e.a., 1997, p. 462).

Toepassingsgebied. Bij bedrijfsgebonden arbeidsgebonden verzekeringen is er in principe sprake van een drie-partijenrelatie: de verzekeraar, de verzekeringsnemer en de verzekerde (Huber e.a., 1997, p. 253). De werkgever treedt op als verzekeringsnemer en verbindt zich ertoe de premie te betalen. De werknemer treedt op als de verzekerde (en begunstigde) waarvoor de werkgever de verzekering heeft gesloten. De relatie tussen de verzekeringsnemer en de verzekerde is geregeld door de arbeidsovereenkomst. De verzekeringsnemer (werkgever) is vrij te bepalen op wie het voordeel van toepassing is. In de meeste overeenkomsten wordt de

⁸⁰ Controlewet, art. 14(bis)

⁸¹ Controlewet, art. 14

⁸² Controlewet, art. 16 & 18

⁸³ Controlewet, art. 16 en 18

⁸⁴ PC 109, CAO van 22 mei 2001 houdende akkoord van sociale vrede 2001/2002, art. 12

toetredingsleeftijd beperkt tot 65 jaar. Ook de gezinsleden van de werknemer kunnen vaak toetreden tot de verzekering.

De (arbeidsgebonden) hospitalisatieverzekeringen dekken – binnen bepaalde grenzen – de kosten verbonden aan een opname in een ziekenhuis ten gevolge van een ongeval, ziekte of zwangerschap. De ‘hoofdwaarborg’ is dus hospitalisatie, de meeste overeenkomsten bevatten daarnaast nog bijkomende waarborgen zoals pre- en posthospitalisatie en/of ambulante zorgen bij een ernstige ziekte⁸⁵ (zie verder). De ziektekostenverzekering kan als een op zichzelf staand voordeel worden aangeboden of als een aanvulling op een andere arbeidsgebonden verzekering (bv. een groepsverzekering). Bovendien kan de aansluiting facultatief⁸⁶ of verplicht zijn voor de werknemers en hun gezinsleden (Huber e.a., 1997, p. 286).

De duurtijd van de arbeidsgebonden ziektekostenverzekering wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst die door de werkgever of bij wijze van sociaal overleg wordt bepaald. Daaruit volgt dat de meeste arbeidsgebonden ziektekostenverzekeringen voor een beperkte duur worden gesloten. Na afloop van elke periode herbekijkt de werkgever, desgevallend samen met de werknemersvertegenwoordiging, de kenmerken van de verzekering voor de komende periode.

Net als bij de ziekenfondsverzekeringen, zijn er tenslotte omstandigheden waarin een tussenkomst van de aanvullende verzekering wordt uitgesloten. Onder andere bij schade veroorzaakt door oorlogen⁸⁷, bedrog en schuld van de verzekerde⁸⁸, rampen of vrijwillige verzwaring van het risico. Ook een aandoening die zich al heeft voorgedaan op het moment dat de overeenkomst werd gesloten, wordt uitgesloten⁸⁹. Hoe dit beschreven is in de polissen, is vaak heel uiteenlopend. De rechtspraak heeft gesteld dat « la survenance implique la manifestation d’un changement qui se produit dans l’état de l’assuré; elle implique que la maladie se soit manifestée par des symptômes, même si elle était inconnue du preneur (...). Le risque d’hospitalisation est aggravé pour l’assureur lorsque, au moment de la souscription du contrat, existait une maladie dont les symptômes étaient susceptibles d’être diagnostiqués (...). Dans la mesure où l’assureur accorde sa garantie après un délai de 3 ans lorsque la constatation de la maladie et les traitements qui en découlent ont lieu trois ans après la date d’entrée en vigueur du contrat, l’équivalence entre les prestations des parties ne paraît pas atteinte⁹⁰»

⁸⁵ Er wordt dan een lijst van zware ziekten opgesomd waarvoor de verzekering tussenkomt in de verzekeringsovereenkomst.

⁸⁶ Het kan bijvoorbeeld een keuzemogelijkheid zijn binnen een zogenaamd ‘cafetariaplan’.

⁸⁷ WLVO-wet, art. 9

⁸⁸ WLVO-wet, art. 8

⁸⁹ Polissen C1, C3, C4, C5, C11 en C18

⁹⁰ Rechtbank van Koophandel te Brussel, 16.06.2003, zaak nr. A.C. 08304/02

Het territoriale toepassingsgebied van de meeste bedrijfsgebonden aanvullende ziektekostenverzekeringen omvat de hele wereld. Een voorwaarde kan wel zijn dat de verzekerde zijn/haar hoofdverblijfplaats in België heeft⁹¹. Wie langer dan zes maanden in het buitenland verblijft, wordt in de meeste onderzochte polissen beschouwd als iemand die in het buitenland woont en niet meer gedekt is door de verzekering.

Voorwaarden. De eerste vaak voorkomende voorwaarde is dat de verzekerde werknemer in dienst is bij de werkgever die voor hem/haar een verzekering heeft gesloten en dat de werkgever de verplichting tot het betalen van de premie nakomt. De verzekeringsnemer bepaalt ook wie van zijn personeel het extralegale voordeel krijgt aangeboden (Huber e.a., 1997, p. 277). Als criteria hierbij kunnen gelden: de anciënniteit, het hebben van een contract voor onbepaalde duur, het effectief aan het werk zijn, enz. Soms is de verzekering ook het resultaat van onderlinge afspraken tussen de werknemer en zijn/haar werkgever. De aansluiting eindigt meestal wanneer de arbeidsovereenkomst afloopt. Er kan echter worden voorzien in een ‘uitloopdekking’ of de mogelijkheid tot individuele voortzetting⁹². Een bijkomende voorwaarde kan zijn dat de verzekerde is onderworpen aan de verplichte ziektekostenverzekering en/of verzekerd is tegen de kleine risico’s⁹³. Indien de ziektekostenverzekering een aanvulling is bij een andere tweedepijlervoorziening (bv. pensioen), is ook de aansluiting bij de hoofdvoorziening een voorwaarde. Ten slotte moet men soms voldoen aan medische selectieformaliteiten.

Vooraleer er sprake is van een daadwerkelijke verzekeringsdekking, moet er na de aansluiting vaak een wachttijd worden doorlopen. De algemene wachttijd bedraagt meestal drie maanden. In sommige gevallen is er geen wachttijd (o.m. bij een ongeval, acute infectieziekten of wanneer de verzekerde zich in een situatie van continuïteit bevindt), anderzijds wordt de wachttijd in geval van zwangerschap veelal verlengd. Dit varieert tussen de 8⁹⁴, 9⁹⁵ en 12⁹⁶ maanden.

Wanneer een verzekerde schadegeval optreedt, is de verzekerde verplicht dit zo snel mogelijk – en zeker binnen een in de polis gestelde termijn – te melden aan de verzekeraar⁹⁷. Bovendien moet de verzekerde alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van het

⁹¹ Dit geldt voor alle onderzochte arbeidsgebonden polissen.

⁹² Polis C1 en polis C14 nemen deze clausule letterlijk op in hun polis. Deze mogelijkheid is er waarschijnlijk ook bij andere polissen maar onder bepaalde voorwaarden.

⁹³ Er zijn enkele polissen (C10, C12, C113 en C16) waarvoor men verplicht verzekerd moet zijn, anders kan men zich niet aansluiten bij deze hospitalisatieverzekering. Voor de meeste verzekeringsondernemingen volstaat het om verzekerd te zijn voor grote risico’s.

⁹⁴ Polissen C3, C4, C5, C12, C13, C15 en C18

⁹⁵ Polissen C2, C6, C7, C14 en C16

⁹⁶ Polissen C1, C10 en C17

⁹⁷ WLVO-wet, art. 19, § 1

schadegeval te voorkomen en te beperken⁹⁸. Om de verzekeraar toe te laten het bedrag van de tegemoetkoming te bepalen moet de verzekerde de in de overeenkomst opgesomde bewijsstukken binnen de voorziene termijn aan de verzekeraar overmaken. De verzekeraar heeft het recht de juistheid van deze aangifte te controleren (Huber e.a., 1997, p. 287).

Inhoud van de dekking. De meeste verzekeringsproducten omvatten een hospitalisatieverzekering, die eventueel wordt uitgebreid met een waarborg pre- en posthospitalisatie en/of een waarborg ambulante zorgen bij ernstige ziekten. De waarborg hospitalisatie dekt de medisch noodzakelijke kosten wanneer de verzekerde in een verpleeginrichting wordt opgenomen tengevolge van een ongeval, ziekte, zwangerschap of bevalling (Huber e.a., 1997, p. 281). De inhoud van de begrippen ‘medisch noodzakelijke kosten’ en ‘verpleeginrichting’ is afhankelijk van de verzekeringsovereenkomst. Ook het bedrag van de tussenkomst kan verschillen. Verstrekkingen die meestal voor vergoeding in aanmerking komen zijn onder meer verblijfskosten, erelonen, onderzoeks- en behandelingskosten en geneesmiddelen. Medisch vereiste ambulante verzorging die rechtstreeks verband houdt met een vergoedbare hospitalisatie kan worden terugbetaald vanuit de waarborg pre- en posthospitalisatie. Doorgaans is een vergoeding mogelijk gedurende een maand voor de opname en binnen de drie maanden erna⁹⁹. Voor een aantal polissen is deze periode uitgebreid tot twee maanden voor en zes maanden na de hospitalisatie¹⁰⁰. Sommige overeenkomsten voorzien ook een vergoeding voor ambulante kosten ten gevolge van ernstige ziekten (die al dan niet tot hospitalisatie leiden). De ernstige ziekten die in aanmerking komen voor terugbetaling worden expliciet opgesomd in de verzekeringsovereenkomst. Dit aantal kan oplopen tot dertig verzekerde ziekten¹⁰¹.

Bepaalde redenen voor hospitalisatie en medische kosten worden niet vergoed. Ook deze worden opgesomd in de verzekeringsovereenkomst. Het gaat onder meer om esthetische verzorging en behandeling, kuurbehandelingen, palliatieve zorgen, preventieve onderzoeken, internering, de behandeling met geneesmiddelen waarvan het wetenschappelijk nut niet is bewezen ... (Huber e.a., 1997, p.290).

⁹⁸ WLVO-wet, art. 20

⁹⁹ Polissen C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8, C12 en C19

¹⁰⁰ Polissen C10, C11, C13, C14, C15, C16 en C17

¹⁰¹ AIDS, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening behandeld met dialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus en paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt Jakob, ziekte van Chron, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe

Financieringswijze en fiscaliteit. De belangrijkste financieringsbron bij alle aanvullende ziektekostenverzekeringen is de premie. De hoogte van de premie bij de individuele ziektekostenverzekering is afhankelijk van de kenmerken van de verzekerde (o.m. beroep, vrijetijdsbesteding, leeftijd) en de door de partijen gekozen modaliteiten (o.m. de inhoud van de dekking, de mate waarin de uitkering de reële kosten dekt, de wachttijd). Bij arbeidsgebonden verzekeringen hangt de premie meestal af van het risicoprofiel van de verzekerde groep als geheel en de door de partijen gekozen modaliteiten. De verzekeringnemer (werkgever) en de verzekerde (werknemer) kunnen overeenkomen dat een stuk van de premie wordt betaald door de verzekerde (Huber e.a., 1997, p. 249). Een tweede financieringsbron zijn de opbrengsten uit beleggingen (Huber e.a., 1997, p. 251). Aanvullende ziektekostenverzekeringen die bestaan in het kader van een Fonds voor Bestaanszekerheid worden gefinancierd vanuit de middelen van dat fonds. Het fonds haalt inkomsten uit de paritair overeengekomen werkgeversbijdrage en uit beleggingsopbrengsten.

Met betrekking tot de fiscale behandeling van ziektekostenverzekeringen dient een onderscheid te worden gemaakt tussen individuele en arbeidsgebonden verzekeringen en naargelang de inhoud van de dekking. De hoofdregel voor de fiscale behandeling van verzekeringsproducten kan als volgt worden samengevat: “... indien de verzekering geen band vertoont met de professionele activiteit, kan de premie in geen geval van het belastbaar inkomen worden afgetrokken. Omgekeerd wordt de vergoeding, die wordt uitgekeerd naar aanleiding van het schadegeval, niet onderworpen aan belasting.” (Huber e.a., 1997, p. 265). Voor afhankelijkheidsverzekeringen geldt deze hoofdregel. Bij de hospitalisatieverzekeringen zijn er enkele verschillen. In deze paragraaf bespreken we de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen.

Indien de hospitalisatieverzekering slechts in uitzonderlijke omstandigheden aanleiding geeft tot een terugbetaling, zijn de premies voor de werkgever niet aftrekbaar¹⁰². De tegemoetkoming voor de werknemer is dan ook niet belastbaar. Indien de werknemer zelf een stuk van de premie betaalt, kan die evenmin van zijn/haar belastbaar inkomen worden afgetrokken. Als de verzekering systematisch alle uitgaven die de tussenkomst van het ziekenfonds overschrijden terugbetaalt, zijn de premies wel aftrekbaar voor de werkgever¹⁰³. De werknemer wordt dan belast op de tegemoetkomingen. Er mag worden opgemerkt dat zodoende de werknemer meer belasting naar mate hij meer ziektekosten heeft. Het lijkt logischer de premie te belasten. Als de werknemer zelf tussenkomt in de premie, wordt enkel dat deel van de

¹⁰² Wetboek Inkomstenbelastingen (WIB), art. 53, 14°

¹⁰³ WIB 1992, art. 49

tegemoetkoming belast waar de werkgever de premie voor heeft betaald¹⁰⁴. De premies die worden geïnd door de verzekeringsondernemingen zijn onderworpen aan de taks op verzekeringscontracten (9.25%). De verzekeringsondernemingen zelf zijn ten slotte onderworpen aan de vennootschaps- of rechtspersonenbelasting¹⁰⁵.

Bijdragen die door de werkgever worden gestort in een Fonds voor Bestaanszekerheid zijn fiscaal aftrekbaar als beroepskosten¹⁰⁶. De bijdragen die door het fonds worden ontvangen zijn aan geen enkele taks of sociale bijdrage onderworpen (Huber e.a., 1997, p. 473).

6. De derde pijler: facultatieve ziektekostenverzekeringen

De facultatieve ziektekostenverzekeringen worden louter op individueel initiatief gesloten. Hospitalisatieverzekeringen zijn de bekendste, daarnaast bestaan ook afhankelijkheidsverzekeringen en verzekeringen kleine risico's voor zelfstandigen. De belangrijkste actoren op deze markt zijn de ziekenfondsen en de verzekeringsondernemingen. Ook de verzekeringen van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ) worden tot de derde pijler gerekend.

In het geval van de facultatieve ziektekostenverzekering begeven de ziekenfondsen en de verzekeringsondernemingen zich grotendeels op hetzelfde terrein. Zowel de ziekenfondsen als de verzekeringsondernemingen bieden hospitalisatieverzekeringen (en afgeleide producten zoals pre- en postwaarborg of ambulante dekking voor zware ziekten) aan. De ziekenfondsen zijn de belangrijkste spelers voor wat de verzekering kleine risico's betreft¹⁰⁷. De jaarlijkse subsidiëring waarvan zij genieten, maakt het voor de verzekeringsondernemingen moeilijk om de markt te betreden. Enkele verzekeringsondernemingen hebben daarnaast een facultatieve afhankelijkheidsverzekering op de markt gebracht (met een hogere waarborg dan de Vlaamse Zorgverzekering).

Ondanks het gelijkaardige aanbod werken de beide soorten verzekeraars niet binnen hetzelfde wettelijke kader. De facultatieve producten van de ziekenfondsen vallen, net als hun aanvullende verzekering, onder de ziekenfondswet. Het aanbod van de verzekeringsondernemingen wordt gereguleerd door de controlewet op de verzekeringsondernemingen en de wet op de landverzekeringsovereenkomst.

¹⁰⁴ WIB 1992, art. 31, 2°

¹⁰⁵ WIB 1992, art. 179 – 219 & 220 - 226

¹⁰⁶ WIB 1992, art. 52, 3° a

¹⁰⁷ Slechts één verzekeringsonderneming biedt deze verzekering aan. Deze producten zijn echter niet opgenomen in de databank.

6.1. De verzekering kleine risico's voor zelfstandigen

Toepassingsgebied. In tegenstelling tot loontrekkenden zijn zelfstandigen en kloosterlingen binnen de verplichte ziektekostenverzekering enkel verzekerd voor de grote risico's. Bijgevolg hebben alleen zij (en hun personen ten laste) nood aan een facultatieve verzekering kleine risico's. Er bestaat ook een leeftijdsgrens voor de verzekering kleine risico's: zelfstandigen ouder dan 50 jaar kunnen geen eerste aansluiting bij de verzekering kleine risico's van de ziekenfondsen meer bekomen¹⁰⁸. De verzekering kleine risico's, aangeboden door verzekeringsondernemingen, voorziet een aansluitingsmogelijkheid tot 69 jaar.

De verzekering kleine risico's van de ziekenfondsen moet dezelfde verstrekkingen verzekeren als diegene die in het verplichte stelsel voor loontrekkenden als kleine risico's zijn verzekerd. De ziekenfondsen kunnen de dekking evenwel uitbreiden tot hun aanvullende diensten en activiteiten. De verzekeringsonderneming is niet gebonden aan de inhoud van het stelsel voor loontrekkenden. Deze maatschappij voorziet ook een mogelijkheid tot uitbreiding van haar verzekering kleine risico's met een waarborg tandzorg en een waarborg hospitalisatie.

Het territoriale toepassingsgebied van de verzekering kleine risico's van de ziekenfondsen beperkt zich in principe tot het Belgische grondgebied. Er is echter een tussenkomst in het buitenland mogelijk indien deze dekking is opgenomen in de aanvullende verzekering van het ziekenfonds. De dekking van het product aangeboden door de verzekeringsonderneming is wereldwijd.

Voorwaarden. De eerste vereiste om als zelfstandige of kloosterling toe te treden tot de verzekering kleine risico's is dat men is onderworpen aan de verplichte ziektekostenverzekering (voor de grote risico's) en zijn/haar hoofdverblijfplaats in België heeft. Daarnaast moet een maandelijkse sociale bijdrage worden betaald aan de verzekeringsinstelling waarbij men is aangesloten. Deze bijdrage is gedifferentieerd volgens de aansluitingsleeftijd, de huidige leeftijd van de aangeslotene en het aantal personen ten laste. Er kan eveneens een medisch attest worden geëist. Dit attest kan ook van de personen ten laste worden verwacht (Huber e.a., 1997, p. 121). Ten slotte moet een wachttijd worden doorlopen. Voor de producten van de ziekenfondsen geldt een algemene wachttijd van zes maanden¹⁰⁹. Voor het particuliere verzekeringsproduct is de algemene wachttijd drie maanden, deze wordt uitgebreid tussen de acht en de twaalf maanden voor een bevalling.

¹⁰⁸ Het blijft wel mogelijk om van het ene ziekenfonds naar het andere te muteren.

¹⁰⁹ Worden vrijgesteld van de wachttijd: wie muteerde van een ander ziekenfonds en daar een wachttijd doorliep, wie voorheen deel uitmaakte van het stelsel voor loontrekkenden.

Inhoud van de dekking. Medische kosten komen in aanmerking voor terugbetaling indien ze zijn verstrekt door een erkende hulpverlener en zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV. De voorwaarden van het particuliere verzekeringsproduct verwijzen niet naar de nomenclatuur. Hier wordt de inhoud van de dekking als volgt omschreven: kosten die een curatief of diagnostisch karakter hebben, medisch noodzakelijk zijn, verstrekt zijn door erkende zorgverstrekkers en op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn.

De verzekeringen kleine risico's van de ziekenfondsen betalen de hoger vermelde kosten terug volgens de terugbetalingstarieven van de verplichte ziektekostenverzekering voor loontrekkenden. De sociale correctiemaatregelen uit de verplichte ziektekostenverzekering zijn meestal niet van toepassing (Huber e.a., 1997, p. 126). De verzekering kleine risico's uit de particuliere verzekeringssector betaalt de verzekerde kosten terug aan 80 % van de prijs. Het gaat onder meer om de volgende kosten: raadplegingen en bezoeken, paramedische prestaties, medische hulpmiddelen, medische protheses, kunstledematen, voorgeschreven allopathische geneesmiddelen en (optioneel) tandverzorging, orthodontie en tandprothesen.

Financieringswijze en fiscaliteit. Op dit vlak zijn er verschillen tussen de ziekenfondsen en de verzekeringsondernemingen. De verzekeringen kleine risico's van de ziekenfondsen worden – net als de aanvullende verzekering – gefinancierd door bijdragen, boni van de administratiekosten, afname van voorzieningen, giften, schenkingen en legaten en de opbrengsten uit toegestane beleggingen. Bovendien ontvangen de ziekenfondsen een rijkstoelage voor hun verzekering kleine risico's¹¹⁰. De verzekering aangeboden door de verzekeringsonderneming wordt alleen gefinancierd door bijdragen en eventuele beleggingsopbrengsten.

Ook de fiscaliteit verschilt naargelang de verzekering aangeboden wordt door een ziekenfonds of een verzekeringsonderneming. Een zelfstandige die bijdragen betaalt voor een verzekering kleine risico's van een ziekenfonds kan die van zijn/haar belastbaar inkomen aftrekken¹¹¹. De producten van de verzekeringsonderneming vallen onder de verzekeringswetgeving. Hiervoor gelden dus dezelfde regels als voor andere facultatieve ziektekostenverzekeringen: de bijdragen kunnen niet worden afgetrokken als beroepskosten¹¹². Bovendien zijn de bijdragen onderhevig aan de verzekeringstaks (9.25%). De prestaties worden in geen van beide gevallen belast.

¹¹⁰ Ziekenfondswet, art. 27

¹¹¹ WIB 1992, art. 52, 8°

¹¹² WIB 1992, art. 49

6.2. Hospitalisatieverzekeringen en hun afgeleiden

Toepassingsgebied. In tegenstelling tot de arbeidsgebonden is er bij de individuele hospitalisatieverzekeringen sprake van een twee-partijenrelatie. De verzekeringsnemer en de verzekerde vallen namelijk samen in één persoon. In principe komt iedereen in aanmerking voor deze verzekeringen. De meeste polissen vermelden wel een maximumleeftijd voor toetreding. De bijdragen zijn afhankelijk van de leeftijdscategorie waartoe men behoort. Het toepassingsgebied kan ook worden uitgebreid tot de personen ten laste of andere gezinsleden van de verzekeringsnemer.

Net als bij de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen wordt voorzien in een tegemoetkoming bovenop de wettelijke tussenkomst bij hospitalisatiekosten ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling. Men kan een onderscheid maken tussen hospitalisatieverzekeringen die een vaste vergoeding per hospitalisatiedag voorzien en verzekeringen die (een deel van) de reëel gemaakte kosten terugbetalen. Het is eveneens mogelijk de verzekering uit te breiden met een waarborg pre- en posthospitalisatie en/of een waarborg ambulante verzorging bij zware ziekte.

Sommige verzekeringen voorzien in een wereldwijde dekking, andere beperken de dekking tot ziekenhuizen die in België gelegen zijn of onderwerpen de wereldwijde dekking aan bijkomende voorwaarden¹¹³. Wie langer dan zes maanden in het buitenland verblijft, wordt beschouwd als iemand die in buitenland woont en is niet meer gedekt is door de verzekering.

Voorwaarden. Als men wenst toe te treden tot een facultatieve hospitalisatieverzekering is meestal een aansluiting bij de verplichte ziektekostenverzekering voor de grote en/of de kleine risico's vereist. Ondanks de wereldwijde dekking moet men in sommige gevallen zijn vaste verblijfplaats in België hebben. Verder moet men een bijdrage betalen die afhankelijk kan zijn van de leeftijd, het aantal verzekerden, de inhoud van de verzekering of de woonplaats. De bijdragen moeten meestal jaarlijks worden betaald. Zoals bij de hoger besproken producten is er vaak ook een wachttijd en moet de verzekerde gezond zijn op het moment van de aansluiting.

Inhoud van de dekking. Voor de inhoud van de dekking, de oorzaken die aanleiding geven tot niet-verzekering en de kosten die worden uitgesloten van terugbetaling gelden dezelfde principes als bij de arbeidsgebonden aanvullende hospitalisatieverzekeringen.

¹¹³ Een voorwaarde kan zijn dat de verplichte ziektekostenverzekering tussenkomt in de verpleegdagprijs.

Een variant die daar niet voorkwam is ‘de dagvergoeding’. Bij dit type is de vergoeding niet afhankelijk van de omvang van de schade, maar wordt een forfaitaire uitkering betaald per hospitalisatiedag. Het bedrag van deze uitkering kan afhankelijk zijn van de hoogte van de betaalde bijdrage, de duur van de hospitalisatie, het type verzorgingsinstelling, de kamerkeuze, enz. Soms kunnen nog bijkomende tegemoetkomingen, zoals een tussenkomst in de vervoerskosten, een herstelvergoeding of een begrafenisvergoeding worden toegekend (Huber e.a., 1997, p. 309).

Financieringswijze en fiscaliteit. Met betrekking tot de financiering kan worden verwezen naar de verzekering kleine risico’s voor zelfstandigen. Opnieuw is er sprake van verschillen tussen de producten van de ziekenfondsen en de verzekeringsondernemingen. Er is echter geen rijkstoelage voorzien voor de facultatieve hospitalisatieverzekering van de ziekenfondsen. Voor de fiscale behandeling kan eveneens worden verwezen naar de verzekeringen kleine risico’s, met als enige verschilpunt dat de bijdrage betaald voor de hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds niet aftrekbaar is.

6.3. Afhankelijkheidsverzekeringen

Een eerder beperkt aantal verzekeringsondernemingen biedt een verzekering aan voor de kosten die gepaard gaan met het ontstaan van fysieke of psychische afhankelijkheid ten gevolge van ouderdom, ziekte of een ongeval. Het betreft hier een facultatieve verzekering. Men mag deze verzekering niet verwarren met de Vlaamse Zorgverzekering (zie hoger). Sommige verzekeringsondernemingen hebben namelijk ook een zorgkas in het kader van deze verplichte zorgverzekering opgestart. Daarnaast begeven de ziekenfondsen zich met hun aanvullende diensten en activiteiten eveneens op het terrein van de verzekeringen tegen zorgbehoevendheid.

Toepassingsgebied. Een afhankelijkheidsverzekering kan worden gesloten door iedereen onder een bepaalde maximumleeftijd (bv. 60 jaar). Indien de verzekering voordien is gesloten, blijft ze doorlopen na die leeftijd. Afhankelijk van de overeenkomst moet de verzekerde zijn/haar hoofdverblijfplaats in België of een ander land van de Europese Unie hebben.

De verzekering voorziet in de uitkering van een rente – en in sommige gevallen een bijkomend éénmalig kapitaal – vanaf het moment dat er een toestand van afhankelijkheid of zorgbehoevendheid optreedt. In één van de algemene voorwaarden wordt zorgbehoevendheid als volgt omschreven: “... een medisch erkende fysische of psychische onmogelijkheid om zelfstandig een aantal

welbepaalde handelingen van het dagelijkse leven te verrichten, al dan niet gecombineerd met een bijkomende fysische of psychische handicap."¹¹⁴. De zorg-behoevendheid wordt vastgesteld aan de hand van een daarvoor ontworpen meetschaal (bv. Katz-schaal). De verzekering is over de ganse wereld geldig, voor zover de verzekerde voldoet aan de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst in verband met zijn/haar vaste woonplaats.

Voorwaarden. Om te kunnen aansluiten moet de verzekerde aan de leeftijdsvoorwaarden voldoen en de bijdrage betalen. Zoals bij de hoger vermelde producten moet men eveneens in goede gezondheid verkeren op het moment van de toetreding. Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming moet men aan de vooropgestelde criteria van zorgbehoevendheid voldoen. Bij een nieuwe aansluiting is er een wachttijd. In principe bedraagt deze één jaar, soms kan deze ook tot drie jaar oplopen¹¹⁵. Bij een ongeval moet er geen wachttijd worden volbracht en bij neurocognitieve aandoeningen (ziekte van Parkinson, Alzheimer en multiple sclerose) geldt in de meeste gevallen een wachttijd van drie jaar¹¹⁶. Verder dient de verzekerde de maatschappij binnen de vooropgestelde termijn in kennis te stellen van zijn/haar zorgbehoevendheid. De zorgbehoevendheid dient te worden vastgesteld door een arts. In sommige gevallen wordt hiertoe een arts aangeduid door de verzekeringsonderneming¹¹⁷. Tot slot vermelden alle overeenkomsten een aantal voorwaarden waaronder geen tegemoetkoming kan worden toegekend (zoals grove schuld, overmacht, verzwaring van het risico).

Inhoud van de dekking. Afhankelijk van de modaliteiten die werden gekozen bij het afsluiten van de overeenkomst en – eventueel – de mate van zorgbehoevendheid wordt aan de begunstigde een jaarrente uitbetaald. Deze jaarrente kan worden verdeeld in twaalfden en maandelijks worden uitbetaald. Er kan ook worden gekozen voor een aanvullende waarborg die aanleiding geeft tot de uitkering van een bijkomend kapitaal in het geval volledige zorgbehoevendheid met een blijvend karakter optreedt¹¹⁸. Sommige overeenkomsten vermelden een eigen risicotermijn (bv. 3 maanden). Deze termijn vangt aan op het moment van de erkenning van een verzekerde bijstandbehoefte en gedurende deze periode wordt er geen tegemoetkoming uitgekeerd¹¹⁹.

¹¹⁴ Polis I5

¹¹⁵ Polissen I2 en I3: wachttijd van 3 jaar

¹¹⁶ Polissen I1, I2, I3, I4 en I5

¹¹⁷ Polis I5

¹¹⁸ Polissen I4, I5, I7 en I8

¹¹⁹ Polissen I2, I3, I4 en I5

Financieringswijze en fiscaliteit. Net als bij de andere verzekeringen aangeboden door verzekeringsondernemingen, bestaat de financiering hoofdzakelijk uit bijdragen van de verzekerden en eventuele beleggingsopbrengsten. Inzake fiscaliteit kan op de afhankelijkheidsverzekering de hoofdregel worden toegepast: de verzekering vertoont geen band met de professionele activiteit van de verzekerde, het is bijgevolg niet mogelijk de premie van het belastbaar inkomen af te trekken, waardoor ook de tegemoetkoming niet belastbaar is.

6.4. De facultatieve ziektekostenverzekering van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ)

De Overzeese Sociale Zekerheid (OSZ) stamt uit het koloniale verleden. Na de onafhankelijkheid van de Belgische kolonies werd dit koloniale sociale zekerheidsstelsel omgevormd tot een wettelijk maar facultatief stelsel voor personen met een beroepsactiviteit in landen buiten de Europese Economische Ruimte (EER) en in Zwitserland (DOSZ, 2001, p. 5 & 8). Door haar facultatieve karakter kan deze verzekering niet tot het verplichte stelsel worden gerekend. Het stelsel wordt echter wel gewaarborgd door de Belgische staat (DOSZ, 2003, p. 6). De wet van 17 juli 1963 betreffende de Overzeese Sociale Zekerheid (Wet OSZ) is de wettelijke basis voor deze verzekeringen.

Toepassingsgebied. Tot het toepassingsgebied behoort in principe iedereen die een beroepsactiviteit uitoefent in een land buiten de EER¹²⁰. Er hoeft hiertoe geen band met België te bestaan, niet-Belgen kunnen dus ook toetreden. Het kan hierbij zowel om werknemers als zelfstandigen gaan. Bovendien kan de verzekering eveneens als een arbeidsgebonden verzekering worden gesloten door een werkgever ten voordele van zijn werknemers (Huber e.a., 1997, p. 419).

De verzekering van de DOSZ omvat de belangrijkste domeinen van de sociale zekerheid. Ze bestaat uit een algemene regeling (pensioenstelsel, ziekte- en invaliditeitsverzekering, uitgestelde verzekering voor geneeskundige verzorging) en een aantal aanvullende waarborgen (verzekering geneeskundige verzorging, arbeidsongevallen, ongevallen in het privé-leven) (DOSZ, 2003).

¹²⁰ KB van 15 maart 1965 betreffende de afbakening van het toepassingsgebied van de wet van 17 juli 1963 betreffende de Overzeese Sociale Zekerheid

De toetredingsvoorwaarden en de hoogte van de bijdragen worden geregeld door de Belgische wetgeving (Huber e.a., 1997, p. 420). Toch beperkt het territoriale toepassingsgebied zich voor een aantal takken niet tot het Belgische grondgebied.

Voorwaarden. Om verzekerd te zijn in het stelsel van de OSZ moet men voldoen aan het personeel toepassingsgebied (zie hoger) en de bijdrageverplichting. Men kan slechts een tegemoetkoming ontvangen als men niet in aanmerking komt voor gelijksoortige tegemoetkomingen krachtens andere wettelijke of reglementaire voorzieningen of een reciprociteitsovereenkomst¹²¹. Om een terugbetaling te ontvangen in het kader van de uitgestelde verzekering geneeskundige verzorging moet men al minstens 16 jaar bijdragen betalen (zie verder). Een uitbreiding van de waarborg geeft recht op een onmiddellijke terugbetaling van geneeskundige verzorging. Toch moet ook hier een wachttijd van zes maanden worden doorlopen (DOSZ, 2003, p. 21). De terugbetaling kan worden geweigerd als de verzekerde zich zonder geldige reden verzuimt te onderwerpen aan een geneeskundig onderzoek van de DOSZ¹²².

Inhoud van de dekking. Voor deze studie zijn de ‘uitgestelde verzekering geneeskundige verzorging’ en de ‘aanvullende verzekering geneeskundige verzorging’ relevant. Personen die op hun 57^{ste} levensjaar gedurende 16 jaar bijdrage betaalden voor het algemeen stelsel van de OSZ hebben recht op terugbetaling van kosten voor geneeskundige verzorging¹²³. Dit recht kan op jongere leeftijd worden toegekend aan personen die al langer bijdragen betalen, doch er geldt een minimumleeftijd van 50 jaar¹²⁴.

Personen die recht hebben op een ziekte- of invaliditeitsuitkering kunnen al vroeger een terugbetaling ontvangen – ook al hebben ze minder dan 16 jaar bijgedragen¹²⁵. Ook weduw(en)(naars) van verzekerden en anderen die niet meer deelnemen aan de algemene regeling kunnen voor terugbetaling in aanmerking blijven komen indien ze bijdragen blijven betalen voor de verzekering geneeskundige verzorging¹²⁶. De verzekerde opent ook rechten voor zijn/haar personen ten laste¹²⁷. In het kader van de uitgestelde verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen de verzekerden pas een terugbetaling krijgen als ze hun werkelijke en gewone

¹²¹ Wet OSZ, art. 46

¹²² Wet OSZ, art. 48

¹²³ Wet OSZ, art. 42

¹²⁴ Wet OSZ, art. 43

¹²⁵ Wet OSZ, art. 43, 2°

¹²⁶ Wet OSZ, art. 43, 2°

¹²⁷ Wet OSZ, art. 44

verblijfplaats in België hebben¹²⁸. Deze bepaling geldt niet voor verblijvenden in een land waarmee een reciprociteitsovereenkomst is gesloten die hen daarvan vrijstelt¹²⁹. In elk geval gebeuren de terugbetalingen volgens de RIZIV-tarieven, ook al worden de kosten in een ander land gemaakt¹³⁰.

Als de verzekerde een bijkomende bijdrage stort voor de ‘aanvullende verzekering geneeskundige verzorging’, kan hij/zij een terugbetaling ontvangen zonder te voldoen aan de bijdrageverplichting van ten minste 16 jaar. Indien de verzekering wordt gesloten op basis van een individueel contract, dan worden in België gemaakte kosten terugbetaald volgens de RIZIV-tarieven en kosten in het buitenland aan 75 % van de reële prijs. Als de verzekering op basis van een collectief contract werd gesloten kan voor dezelfde voorwaarden worden gekozen, of kan er worden voorzien in een hogere terugbetaling voor de in België gemaakte kosten (DOSZ, 2003, p. 21).

Financieringswijze en fiscaliteit. Het stelsel van de OSZ wordt in de eerste plaats gefinancierd met bijdragen van de verzekerde, zijn werkgever en de Belgische staat. Bij een arbeidsgebonden verzekering beslissen de werkgever en de werknemer zelf welk aandeel in de bijdrage ze elk zullen dragen (Huber e.a., 1997, pp. 420 - 421). Daarnaast kan het stelsel ook inkomsten uit beleggingen aanwenden¹³¹.

De aftrekbaarheid van aan de DOSZ betaalde premies is afhankelijk van bilaterale of multilaterale overeenkomsten met het land van tewerkstelling (Huber e.a., 1997, p. 431). Er bestaat hier geen algemene regel. De DOSZ zelf is onderworpen aan de rechtspersonenbelasting¹³². Net als bij de meeste van de hoger vermelde ziektekostenverzekeringen zijn de tegemoetkomingen in de medische kosten vanwege de OSZ niet belastbaar.

¹²⁸ Wet OSZ, art. 46

¹²⁹ Wet OSZ, art. 46

¹³⁰ Wet OSZ, art. 49

¹³¹ Wet OSZ, art. 5

¹³² WIB 1992, art. 220

Deel 2: Het macroniveau – Evolutie tweede en derde pijler ziektekostenverzekering

In dit deel proberen we aan de hand van macrogegevens een beeld te scheppen van de omvang en de evolutie van de tweede en de derde pijler binnen de gezondheidszorg. De analyses zijn gebaseerd op gegevens van de CBFA (integratie van de Controledienst van de Verzekeringen en de Commissie voor Bank- en Financiewezen), de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, Assuralia (Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen) en het RIZIV. Allereerst wordt kort de eerste pijler toegelicht naar het aantal deelnemers en inkomsten en uitgaven. Vervolgens komt de tweede pijler aan bod met aandacht voor het absolute en het relatieve belang van deze pijler. Dezelfde analyse gebeurt ook voor de derde pijler, waar tevens de kleine risico's en de afhankelijkheidsverzekeringen besproken worden.

Het uiteindelijke overzicht is een relatief volledige weergave van de sector van de aanvullende verzekeringen in macrotermen. Er dient hierbij te worden opgemerkt dat sommige van de gewenste gegevens niet voorhanden waren, laat staan over een periode van 10 jaar. Over het algemeen kan ook gesteld worden dat meer specifieke informatie over het profiel van de verzekerden en de precieze eigenschappen van de verzekeringsproducten moeilijk te verkrijgen is aan de hand van macrocijfers. Analyses op microniveau moeten hierover meer duidelijkheid verschaffen.

Bij het bespreken van de pijlers hebben we aandacht voor uitgaven (prestaties) en niet voor inkomsten (premie-incasso's). Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste wordt er in internationale literatuur voornamelijk gewerkt met 'expenditures'. Wanneer wij onze analyses ook baseren op prestaties, maakt dit een internationale vergelijking makkelijker. Ten tweede is het zo dat er een zekere discontinuïteit is in het leveren van de data met betrekking tot de premies. Tot 1994 werden de verschillende takken van de sociale zekerheid afzonderlijk gefinancierd. Naast de eigen financiële middelen ontving elke tak de opbrengst van de bijdragen specifiek bestemd voor die tak. Met de wet van 30 maart 1994 werd overgeschakeld van een sectorale financiering van de sociale zekerheid naar een globale financiering. Dit impliceert dat het moeilijk is om bijdragen van vóór 1994 te vergelijken met bijdragen van ná 1994. De overzetting van het globaal beheer van de financiën voor de zelfstandigen is pas in 1997 gebeurd, twee jaar later dan voor het algemeen stelsel. Ook hier werken we met prestaties.

1. De eerste pijler: de verplichte ziektekostenverzekering

Om te kunnen aantonen dat de tweede en de derde pijler zijn toegenomen, bekijken we eerst de omvang en de evolutie van de eerste pijler.

1.1. Aantal aangeslotenen algemeen stelsel en stelsel zelfstandigen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aangeslotenen bij het algemeen stelsel. Nagenoeg de totale bevolking is thans onderworpen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging. Onder de rechthebbenden maakt men een onderscheid tussen de gerechtigden en de personen ten laste.

Onder *gerechtigden* vallen personen met verschillende statuten onder andere de primair uitkeringsgerechtigden¹³³ (PUG), de personen die gelijkgesteld zijn met de werknemers en personen die werken voor de overheid. Daarnaast worden ook gepensioneerden, weduwen en weduwnaars en gehandicapten meegeteld. De ingeschrevenen in het rijksregister zijn de vroegere niet-beschermden personen en gelden pas sinds 1993 als nieuwe categorie. Elke persoon, die ingeschreven is in het Rijksregister van natuurlijke personen, die geen enkel recht kan doen gelden in de regeling van zelfstandigen of die niet de voordelen geniet van een andere regeling inzake geneeskundige verzorging, heeft recht op geneeskundige verzorging. Een persoon kan slechts in de ledenaantallen worden opgenomen in de categorie van 'personen ingeschreven in het Rijksregister' als hij niet in een andere hoedanigheid kan vermeld worden. Onder de *personen ten laste* vallen echtgenoten, ascendenten en descendenten. Een laatste groep zijn dan de *niet-verzekerde gerechtigden*. Dit zijn personen die met betrekking tot het vorige kalenderjaar geen bijdrage hebben betaald, die weigerden hun bijdrage te betalen of die niet in orde zijn met het ziekenfonds. Deze personen zijn wel lid van een verzekeringsinstelling maar genieten niet de prestaties.

Wat de ledenaantallen betreft, is er tussen 1992 en 2003 een stijging geweest van het aantal rechthebbenden met ongeveer 5%. Deze stijging is niet toe te schrijven aan een stijging van de personen ten laste maar wel aan een stijging van de gerechtigden. Deze groep stijgt namelijk met bijna 10%. We merken ook op dat het aantal gepensioneerden sterk gestegen is (+11%). De verdrievoudiging van het aantal mindervaliden is te wijten aan de wijziging van de wetgeving op 1 januari 1998 waardoor het verkrijgen van de hoedanigheid van mindervalide

¹³³ Het aantal primaire uitkeringsgerechtigden stemt overeen met het aantal gerechtigden, verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. Het betreft werknemers uit de privé-sector en werklozen.

versoepeld is. Het aantal personen dat niet in orde was met de sociale zekerheid is over de jaren gedaald van 65.000 naar 50.000. Een verklaring voor deze kleine verschuivingen moet gezocht worden bij externe factoren zoals wetswijzigingen betreffende het toepassingsgebied.

Tabel 1: *Aantal rechthebbenden algemeen stelsel op 30 juni van ieder jaar*

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gerechtigden	5.485.664	5.428.500	5.453.635	5.490.325	5.524.293	5.572.446	5.668.252	5.725.274	5.807.480	5.888.854	5.953.977	6.017.335
PUG + Overheid en gelijk	3.760.962	3.697.920	3.708.332	3.719.719	3.736.193	3.766.891	3.813.185	3.823.561	3.876.977	3.938.287	3.982.596	4.030.906
Invaliden	172.445	170.663	169.809	170.804	172.021	171.795	175.015	176.449	178.750	183.022	188.749	194.874
Mindervaliden	17.652	17.377	17.668	18.158	18.558	18.857	36.676	51.850	51.786	56.556	59.107	61.141
Weduwen en wezen	391.561	390.345	389.035	389.427	388.728	387.818	386.756	382.425	380.433	375.323	369.378	365.490
Gepensioneerden	1.081.550	1.095.903	1.109.303	1.130.273	1.145.153	1.162.408	1.172.281	1.179.490	1.187.185	1.186.314	1.195.672	1.201.901
Ingeschrevene rijksregister	61.494	56.292	59.488	61.944	63.640	64.677	84.339	111.499	132.349	149.352	158.475	163.023
Personen ten laste	3.346.480	3.312.884	3.305.740	3.304.786	3.295.048	3.296.379	3.288.621	3.272.424	3.258.167	3.244.523	3.232.770	3.221.284
Echtgenoten	961.154	940.133	934.207	927.624	918.875	913.617	900.349	879.818	858.677	837.815	816.977	791.476
Ascendenten	12.685	11.723	11.192	10.636	10.002	9.660	9.657	9.699	9.760	9.800	10.457	11.730
Descendenten	2.372.641	2.361.028	2.360.341	2.366.526	2.366.171	2.373.102	2.378.615	2.382.907	2.389.730	2.396.908	2.405.336	2.418.078
Rechthebbenden	8.832.144	8.741.384	8.759.375	8.795.111	8.819.341	8.868.825	8.956.873	8.997.698	9.065.647	9.133.377	9.186.747	9.238.619
Niet-verzekerden		65.435	64.096	55.873	48.300	37.591	31.008	47.085	42.665	41.874	44.471	49.723
Algemeen totaal	8.832.144	8.806.819	8.823.471	8.850.984	8.867.641	8.906.416	8.987.881	9.044.783	9.108.312	9.175.251	9.231.218	9.288.342

Bron: RIZIV jaarverslagen 1992-2003

Het aantal aangeslotenen bij het stelsel voor zelfstandigen (tabel 2) is opgedeeld in drie groepen. Allereerst zijn er de personen die *voltijds zelfstandige* zijn. Zij zijn enkel gedekt voor de grote risico's en dus niet voor raadplegingen en bezoeken van huisartsen en specialisten, raadplegingen van tandartsen, geneesmiddelen afgeleverd buiten de ziekenhuisverpleging ... Het aantal personen dat behoort tot de kloostergemeenschappen is de laatste 10 jaar bijna gehalveerd en bestaat, samen met de invalide personen van de kloostergemeenschappen, uit ongeveer 6000 personen. De tweede groep zijn de *zelfstandigen met een handicap*. Het recht op kleine risico's wordt aan gehandicapte of invalide zelfstandigen wel toegekend, alsmede aan de gehandicapte kinderen van zelfstandigen die kinderbijslag genieten, en dit zonder betaling van een aanvullende bijdrage. Een laatste groep zijn de personen met een *dubbele loopbaan*. Hieronder verstaat men personen die naast een zelfstandig beroep ook een andere beroepsbezigheid uitoefenen waarvan het aantal uren per maand minstens gelijk is aan de helft van het aantal uren arbeid voor een gelijkaardige voltijdse job.

Wat het aantal aangeslotenen betreft, lijkt dit aantal bij het stelsel voor zelfstandigen op het eerste zicht gedaald met 12%. We moeten echter rekening houden met de invalide of gehandicapte zelfstandigen, evenals de gehandicapte kinderen van zelfstandigen die verhoogde kinderbijslag genieten. De toename binnen de groep 'gehandicapte zelfstandige' is tussen 1997 en 1998 grotendeels te wijten aan een wetswijziging¹³⁴ waardoor er meer personen van de groep voltijds zelfstandigen terechtkomen onder de groep van zelfstandigen met een handicap. Tevens is het zo dat de groep van 'personen met een dubbele loopbaan' ook is toegenomen. Dit kan wijzen op het feit dat er veel personen zijn die er voor kiezen om deeltijds zelfstandige te zijn en deeltijds een job willen uitoefenen als werknemer. Deze personen mogen echter niet gerekend worden bij de zelfstandigen omdat zij gefinancierd worden door het algemeen stelsel.

¹³⁴ KB 29 december 1997, art.5

Tabel 2: Aantal aangeslotenen stelsel voor zelfstandigen op 30 juni van ieder jaar

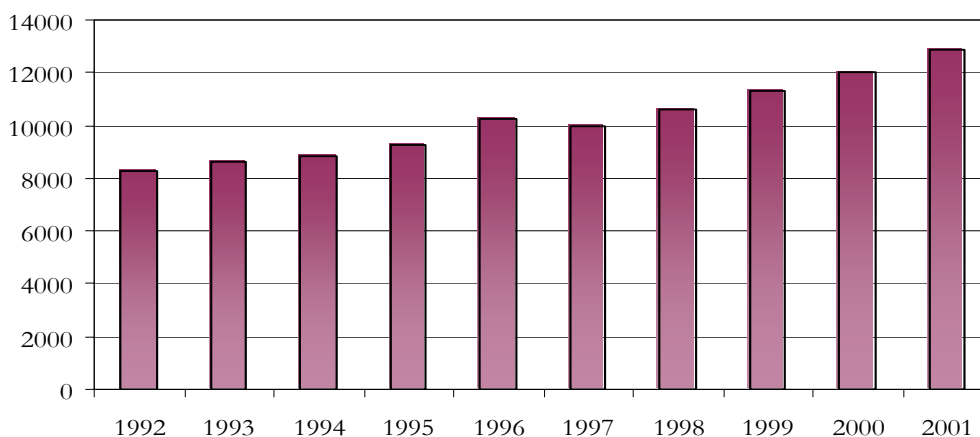
Totaal aantal aangeslotene zelfstandigen volgens statuut												
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gerechtigden	647.314	607.967	617.115	622.168	619.300	618.753	621.402	609.307	615.209	617.250	615.897	616.061
Personen ten laste	499.762	476.301	471.329	466.928	456.354	445.686	435.045	418.873	409.221	396.666	384.408	372.079
Echtgenoten	228.175	216.673	213.349	209.947	204.784	199.220	192.870	185.208	181.197	175.278	169.270	162.301
Ascendenten	1.369	1.203	1.171	1.110	795	794	794	804	798	805	832	945
Descendenten	270.218	258.425	256.809	255.871	250.775	245.672	241.381	232.861	227.226	220.583	214.306	208.833
Totaal	1.147.076	1.084.268	1.088.444	1.089.096	1.075.654	1.064.439	1.056.447	1.028.180	1.024.430	1.013.916	1.000.305	988.140
Kloostergemeenschappen	8.706	7.931	7.483	6.965	6.420	5.944	4.890	4.589	5.229	5.027	4.787	4.647
Niet-verzekerden		28.358	28.034	24.040	19.216	20.114	18.774	26.839	21.424	22.457	22.485	22.909
Algemeen Totaal	1.155.782	1.120.557	1.123.961	1.120.101	1.101.290	1.090.497	1.080.111	1.059.608	1.051.083	1.041.400	1.027.577	1.015.696
Gehandicapte zelfstandigen												
Gerechtigden	29.392	29.443	30.198	30.624	30.734	30.945	38.288	38.172	46.333	48.966	51.086	53.348
Personen ten laste	16.187	15.996	16.017	15.859	15.519	15.205	17.103	16.489	18.864	19.128	19.664	18.998
Echtgenoten	12.440	12.408	12.527	12.491	12.262	12.112	13.706	13.480	15.437	15.738	16.040	15.352
Ascendenten	310	285	286	285	231	204	162	120	132	117	100	90
Descendenten	3.437	3.303	3.204	3.083	3.026	2.889	3.235	2.889	3.295	3.273	3.524	3.556
Rest (PAC)	-	-	-	-	-	-	91	60	59	60	54	47
Kloostergemeenschappen	222	230	212	203	188	177	2	87	985	1.019	1.033	1.260
Totaal gehandicapten	45.801	45.669	46.427	46.686	46.441	46.327	55.484	54.808	66.241	69.173	71.837	73.653
Dubbele loopbaan												
Gerechtigden	100.915	111.913	114.104	121.537	122.484	129.237	149.909	150.129	154.499	158.183	161.346	163.572
Personen ten laste	71.950	77.576	74.845	76.784	73.893	76.003	90.583	88.062	87.587	86.205	85.683	83.820
Echtgenoten	30.605	32.618	32.796	33.710	35.277	36.651	39.887	39.130	39.294	39.091	38.963	37.927
Ascendenten	323	326	328	279	249	235	268	274	243	229	224	220
Descendenten	41.022	44.632	41.721	42.795	38.367	39.117	50.428	48.658	48.050	46.885	46.496	45.673
Totaal dubbele loopbaan	172.865	189.489	188.949	198.321	196.377	205.240	240.492	238.191	242.086	244.388	247.029	247.392

Bron: RIZIV jaarverslagen 1992-2003

1.2. Uitgaven eerste pijler

Wat de uitgaven van het algemeen stelsel betreft is er een stijging waar te nemen in de prestaties. We kunnen stellen dat de prestaties de laatste tien jaar met 55% zijn toegenomen, namelijk van 8 miljard € naar bijna 14 miljard € in 2001.

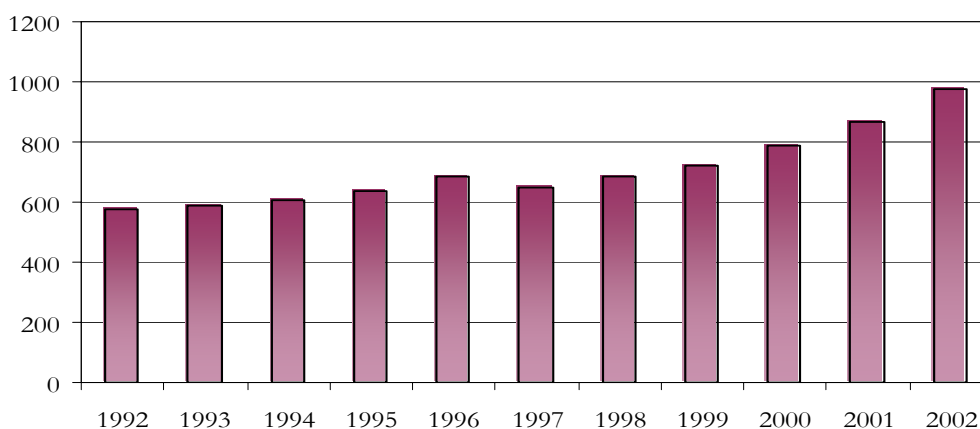
Grafiek 1: *Uitgaven algemeen stelsel in miljoen €, 1992-2001*



Bron: RIZIV jaarverslagen 1992-2002

Net zoals in het algemeen stelsel zijn de uitgaven in het stelsel voor zelfstandigen met ongeveer de helft toegenomen (van 577 miljoen € naar 865 miljoen €).

Grafiek 2: *Uitgaven stelsel zelfstandigen in miljoen €, 1992-2002*



Bron: RIZIV jaarverslagen 1992-2002

Deze cijfers zijn van belang om later aan te tonen dat de tweede- en derde pijler verzekeringen in belang zijn toegenomen in relatie tot het wettelijk stelsel voor zelfstandigen en het algemeen stelsel.

1.3. Vlaamse Zorgverzekering

De Vlaamse Zorgverzekering maakt deel uit van de eerste pijler binnen de sociale zekerheid zoals toegelicht in het inleidende deel. Deze verzekering richt zich vooral op de niet-medische zorgkosten die een niet te verwaarlozen last zijn voor de zorgbehoevende. Men verwachtte een stijgende evolutie van de uitgaven voor de mantel- en thuiszorg van 63 miljoen € in 2002 naar 85.5 miljoen euro in 2004. Tevens stijgt de residentiële zorg van 9.9 miljoen € naar 89.2 miljoen € in 2004 (Vlaamse overheid, 12.11.2003). De zorgverzekering kan dus een belangrijke rol spelen in de financiering van de niet-medische kosten. In deze paragraaf is het vooral van belang een aantal macrogegevens te geven sinds de stichting van de Zorgverzekering in oktober 2001.

Iedere inwoner in het Vlaams Gewest van 26 jaar of ouder is verplicht zich aan te sluiten bij de zorgverzekering. In het Brusselse Gewest is de aansluiting niet verplicht, maar toch hebben bijna 42.000 Brusselaars zich aangesloten bij de Vlaamse Zorgverzekering (Vlaamse overheid, 12.11.2003). Op 31 december 2002 waren er in het Vlaamse Gewest ongeveer 4.2 miljoen personen van 26 jaar of ouder. Ongeveer 260.000 personen hebben zich niet aangesloten bij de zorgverzekering, hoewel zij hiertoe verplicht waren. Deze personen zullen vanaf 1 januari 2003 ambtshalve aangesloten zijn bij de Vlaamse Zorgkas (Vlaamse overheid, 11.06.2003). Dit betekent dat vanaf januari 2003 het ledenaantal van de Vlaamse Zorgverzekering voor het Vlaamse Gewest gelijk is aan het aantal personen ouder dan 25 jaar. Toch is dit niet helemaal correct aangezien ook personen jonger dan 26 jaar zich kunnen aansluiten bij de zorgverzekering terwijl ze hiervoor niets moeten betalen tot hun 26 jaar.

Onderstaande tabel toont ons de evolutie van het aantal leden voor de verschillende zorgkassen. Het totaal ledenaantal stijgt van 3.625.189 in 2001 naar 4.168.485 in 2003.

Tabel 3: Evolutie van de ledenaantallen van de Zorgkassen, 2001-2003

Zorgkas	Naam van de zorgkas	31/12/2001	31/12/2002	31/12/2003
180	CM-Zorgkas	2.112.488	2.220.538	2.256.189
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	69.132	100.446	101.542
380	Zorgkas Socialistische mutualiteit	777.456	829.688	845.763
480	Zorgkas Liberale mutualiteit	212.589	275.684	279.183
580	Zorgkas Onafhankelijke mutualiteit	296.776	383.360	394.521
680	Vlaamse Zorgkas	53.590	64.859	173.787
780	Ethias Zorgkas	40.821	45.268	46.256
880	Zorgkas DKV Belgium	62.337	69.103	71.244
Totaal		3.625.189	3.988.946	4.168.485

Bron: Vlaamse overheid, 31.12.2003

Tevens zien we dat het aansluitingspercentage stijgt naarmate de leeftijdscategorie stijgt. Terwijl er voor de leeftijdscategorie 26-30 jarigen 10.9% nog niet is aangesloten, daalt dit tot onder de 2% voor de personen boven de 70 jaar (Vlaamse overheid, 31.12.2003).

2. De tweede pijler: aanvullende ziektekostenverzekeringen

In eerste instantie kijken we naar het aantal deelnemers van de tweedepijlervoorzieningen om de evolutie weer te geven. Vervolgens hebben we aandacht voor het aandeel van de tweede pijler in het geheel van de gezondheidszorg. Dit gebeurt naar analogie met het onderzoek naar de pensioenen¹³⁵. Het is mogelijk dat de tweede pijler in absoluut belang is toegenomen, namelijk als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP), maar dat dezelfde stijging geldt voor de eerste pijler. In dat geval kunnen we niet zeggen dat de tweede pijler sterker gestegen is dan de eerste pijler. Daarom is het ook belangrijk te kijken naar het relatieve belang van de tweede pijler. Is de tweede pijler relatief meer gestegen dan de eerste pijler?

2.1. Evolutie tweedepijlervoorzieningen

2.1.1. Aanvullende voorzieningen ziekenfonds

De aanvullende voorzieningen die aangeboden worden door de ziekenfondsen zijn praktisch voor alle leden van de ziekenfondsen statutair verplicht. Eén landsbond maakt deze dienstverlening niet verplichtend voor haar leden. Dit betekent dat de som van de ledenaantallen van de ziekenfondsen vrij goed overeenkomt met het aantal deelnemers aan de aanvullende diensten. Uit onderstaande tabel blijkt dat meer dan 9 miljoen personen een tweedepijlervoorziening hebben onder de vorm van een aanvullende dienst. Dit impliceert niet dat al deze personen een volwaardige aanvullende hospitalisatieverzekering hebben. De dekking van deze opgelegde diensten is in sommige gevallen zeer beperkt.

Tabel 4: *Aantal deelnemers aan aanvullende diensten ziekenfondsen, 2002*

Ziekenfonds	Aantal leden
Christelijk ziekenfonds	4.526.246
Liberaal ziekenfonds	336.558
Neutraal ziekenfonds	168.774
Onafhankelijk ziekenfonds	1.533.559
Socialistisch ziekenfonds	2.838.566
Totaal	9.403.703

Bron: Jaarverslag 2002 van de Landsbonden van de Ziekenfondsen

Wanneer we kijken naar de evolutie van de inhoud van de aanvullende diensten, dan kunnen we deze dienstverlening evalueren door het incasso van deze diensten te nemen van de laatste jaren. Over de jaren heen heeft er zich een positieve evolutie voltrokken voor hospitalisatie,

¹³⁵ Gieselink, G., Peeters, H., Van Gestel, V., Berghman, J. en Van Buggenhout, B. (2003). *Onzichtbare pensioenen in België. Een onderzoek naar de aard, de omvang en de verdeling van de tweede en derde pensioenpijler*. Gent: Academia Press.

ziekenvervoer, verzorging in het buitenland en diverse diensten (orthopedie, logopedie, alternatieve geneeswijzen ...). Voor elk van deze diensten zijn hogere bedragen geïnd dan 10 jaar geleden. We dienen wel op te merken dat de bijdragen voor de hospitalisatieverzekeringen een lichte daling kennen sinds 2000.

Tabel 5: Bedrag van de bijdragen voor de aanvullende diensten, in miljoen €, per type dienst

	1992	1999	2000	2001	2002
Hospitalisatie	21,13	28,55	42,18	36,93	35,46
Vervoer- en verplaatsingskosten	18,25	27,31	29,50	31,24	32,80
Verzorging in het buitenland	7,10	12,87	13,64	13,24	13,41
Diverse diensten	114,14	158,31	167,63	174,36	185,58
Administratieve dienst	17,13	25,49	29,02	32,26	34,88
Globaal bedrag aanvullende diensten	177,75	252,53	281,98	288,03	302,13

Bron: Jaarverslagen CDZ 1992-2002; Avalosse, H, Kessene, J.& Leonard, C., 2003

Wanneer we nu kijken naar de evolutie van de aanvullende voorzieningen merken we dat de inhoud van de aanvullende voorzieningen sterk veranderd is. Vanaf 1997 gaan veel ziekenfondsen een dienst inrichten die een terugbetaling verleent van allerlei medische kosten waarvoor geen of slechts een beperkte vergoeding wordt toegekend door de verplichte ziektekostenverzekering. Een 20-tal nieuwe diensten worden ingericht waaronder vooral diensten die kosten van homeopathie, voetverzorging, aankoop van medisch materiaal, logopedie en zelfs de aankoop van brillenglazen en monturen ten laste nemen. Een aantal andere nieuwe initiatieven zijn ondermeer de opvang van zieke kinderen en de opvang van langdurige zieken.

In 1999 is op basis van een decreet een zorgverzekering ingericht die tot doel heeft, ten belope van een bepaald jaarlijks maximumbedrag, de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening ten laste te nemen van personen getroffen door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen. Naast het Vlaams Zorgfonds mogen ook de mutualiteiten een zorgkas oprichten. Thans zijn er 7 zorgkassen erkend. Voor het uitvoeren van alle taken verbonden aan de zorgverzekering ontvangen de zorgkassen een tegemoetkoming voor de werkingskosten.

In lijn met voorgaande jaren neemt de aandacht van de ziekenfondsen ten aanzien van de terugbetaling van medische en paramedische kosten nog toe en dit richt zich steeds meer op de terugbetaling van medische kosten die niet ten laste genomen worden door de verplichte ziektekostenverzekering. Daarenboven komt er meer en meer een toename van terugbetaling van orthodontische behandelingen, alternatieve geneeswijzen, viscerosynthese- en endoscopisch materiaal, griep- en andere vaccins, lidgelden voor sportclubs ...

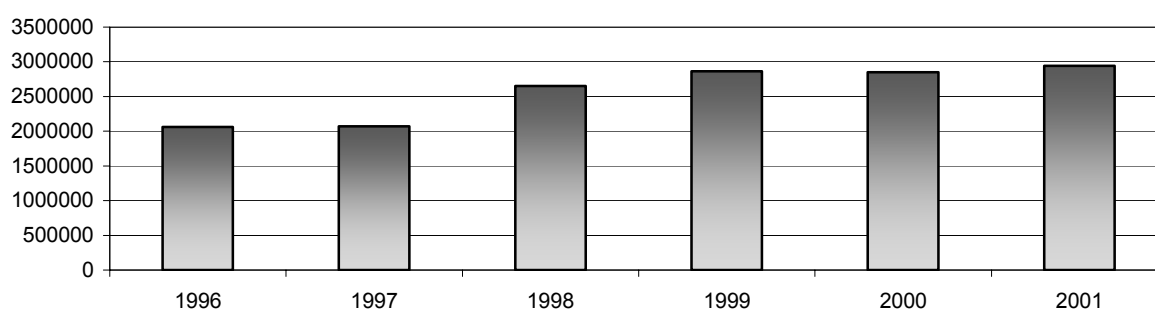
In 2002 is er vervolgens een afschaffing geweest van bepaalde premies en behoudt men enkel een geboortepremie, een adoptiepremie, een overlijdenpremie en een vakantiepremie voor invaliden en gehandicapten. Er zijn ook een aantal andere diensten bijgekomen zoals oftalmologie, raadplegingen bij de psychotherapeut, pedicure, podologie en preventieve

tandverzorging. Sterk vernieuwend op dit vlak zijn de terugbetalingen van de therapeutische kosten bij aids, de kosten van contraceptie en de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen.

2.1.2. Arbeidsgebonden verzekeringen

Wat de evolutie betreft voor de arbeidsgebonden verzekeringen, constateren we ook hier een stijgend ledenaantal. Tussen 1996 en 2001 is het aantal deelnemers gestegen met 43%. Dit betekent dat meer en meer bedrijven aan hun werknemers extralegale voordelen aanbieden onder de vorm van een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Grafiek 3: Tweede pijler – Aantal deelnemers arbeidsgebonden verzekeringen, 1996-2001



Bron: eigen grafiek op basis van gegevens van CBFA, 1996-2001

Het grote aantal deelnemers aan een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering kan ook geïllustreerd worden aan de hand van de Salarisenquête, jaarlijks bevroegd bij duizenden werknemers door Vacature en de Katholieke Universiteit Leuven. Uit de enquête van 2004 blijkt dat 59% van de werknemers een extra-ziektekostenverzekering of hospitalisatieverzekering toegevoegd krijgt aan zijn loon (Vacature & Katholieke Universiteit Leuven, 2004). Een rangschikking van de meest aangeboden extralegale voordelen maakt dat de hospitalisatieverzekering op de eerste plaats komt, gevolgd door de verplaatsingsvergoedingen en maaltijdcheques.

2.2. Belang van de tweede pijler

2.2.1. Absoluut belang van de tweede pijler

Om het belang aan te tonen van de tweede pijler kijken we naar de prestaties van de aanvullende diensten en de arbeidsgebonden verzekeringen als een percentage van het BBP. Tabel 6 toont ons dat zowel de prestaties voor de aanvullende diensten als de prestaties voor de

arbeidsgebonden verzekeringen toegenomen zijn. Tussen 1993 en 2001 zijn de totale prestaties voor de tweede pijler gestegen van 0.129% naar 0.183% van het BBP. In vergelijking met aanvullende pensioenen (1.4% van het BBP in 2001) blijft dit echter een zeer laag percentage¹³⁶.

Het absolute belang van de tweede pijler kan worden verklaard door het verplicht stellen voor de leden van een ziekenfonds van een verzekering van beperkte omvang enerzijds en de toename van de (ruimere) arbeidsgebonden ziektekostenverzekering anderzijds. Dit heeft tot gevolg dat het verschil in omvang tussen de aanvullende voorzieningen en de arbeidsgebonden verzekeringen steeds kleiner wordt.

Tabel 6: Tweede pijler – Prestaties aanvullende diensten ziekenfondsen, arbeidsgebonden verzekeringen en totaal tweede pijler in miljoen € en als % van het BBP, 1992-2002

Jaar	Aanvullende diensten	Arbeidsgebonden verzekeringen	Totaal	Aanvullende diensten als % BBP	Arbeidsgebonden verzekeringen als % BBP	Totaal als % BBP
1992	168	-	-	0.093	-	-
1993	168	70	238	0.091	0.038	0.129
1994	182	88	270	0.093	0.045	0.138
1995	189	98	287	0.093	0.048	0.142
1996	217	114	331	0.105	0.055	0.160
1997	208	129	336	0.096	0.059	0.155
1998	202	149	351	0.090	0.066	0.156
1999	211	164	375	0.089	0.070	0.159
2000	234	181	414	0.094	0.073	0.167
2001	256	210	466	0.101	0.082	0.183
2002	-	230	-	-	0.088	-

Bron: eigen tabel op basis van gegevens van CBFA & CDZ, 1992-2002

2.2.2. Relatief belang van de arbeidsgebonden verzekeringen

De absolute toename van de arbeidsgebonden verzekeringen zegt echter niets over de toename binnen de ziektekostenverzekering. Hiervoor moet een vergelijking gemaakt worden met de eerste pijler van de gezondheidszorg. Het relatieve belang drukt men uit als een percentage van de prestaties van de wettelijke ziektekostenverzekering.

De arbeidsgebonden verzekeringen worden enkel vergeleken met het algemeen stelsel voor werknemers omdat zelfstandigen geen aanspraak kunnen maken op een arbeidsgebonden ziekteverzekering¹³⁷ (ze werken niet in loonverband). Uit onderstaande grafiek blijkt dat er een sterke toename is van het relatieve belang. Waar er in 1992 voor 100 miljoen wettelijke ziektekostenverzekering in het algemeen stelsel minder dan 1% besteed werd aan de vorming van een arbeidsgebonden ziektekostenverzekering, is dit in 2001 1.6% geworden.

¹³⁶ Gieselink, G., Peeters, H., Van Gestel, V., Berghman, J. en Van Buggenhout, B. (2003). *Onzichtbare pensioenen in België. Een onderzoek naar de aard, de omvang en de verdeling van de tweede en derde pensioenpijler*. Gent: Academia Press.

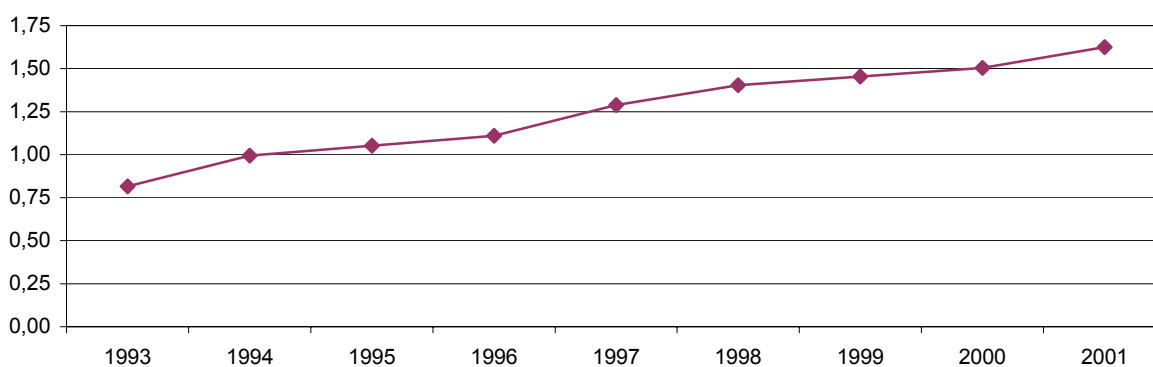
¹³⁷ Dit is niet altijd het geval. Advocaten hebben bijvoorbeeld een vorm van collectieve verzekering door middel van hun beroepsvereniging.

Tabel 7: Tweede pijler – Prestaties wettelijk algemeen stelsel en arbeidsgebonden verzekeringen in miljoen €, 1992-2002

Jaar	Prestaties algemeen stelsel	Prestaties arbeidsgebonden verzekeringen	Prestaties arbeidsgebonden verzekeringen als % van het algemeen stelsel
1992	8294	-	-
1993	8593	70	0.816
1994	8812	88	0.995
1995	9297	98	1.051
1996	10263	114	1.110
1997	9997	129	1.289
1998	10609	149	1.403
1999	11280	164	1.454
2000	12013	181	1.504
2001	12883	210	1.626
2002	-	230	-

Bron: eigen tabel op basis van gegevens van CDZ & RIZIV, 1992-2002

Grafiek 4: Tweede pijler – Prestaties arbeidsgebonden verzekeringen als percentage van de prestaties van het algemeen stelsel in miljoen €, 1993-2001



Bron: eigen grafiek op basis van gegevens van CDZ & RIZIV, 1992-2002

3. De derde pijler: facultatieve ziektekostenverzekeringen

De opbouw van de macrogegevens met betrekking tot de derde pijler is dezelfde als voor de tweede pijler. Allereerst komt de evolutie van de derde pijler aan bod waarbij we kijken naar cijfergegevens van de hospitalisatieverzekeringen, van de kleine risico's, van de afhankelijkheidsverzekeringen en van de Dienst Overzeese Sociale Zekerheid. Vervolgens hebben we aandacht voor het absolute en relatieve belang van een aantal van deze facultatieve voorzieningen.

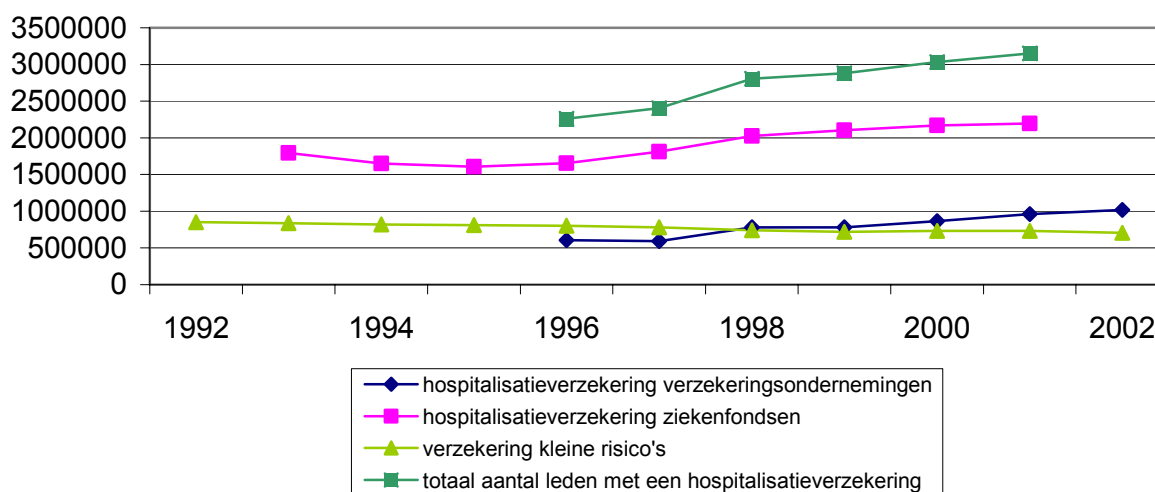
3.1. Evolutie derdepijlervoorzieningen

3.1.1. Facultatieve hospitalisatieverzekering ziekenfondsen en verzekeringsondernemingen, kleine risico's

Grafiek 5 toont een sterke stijging van het aantal verzekerden met een facultatieve hospitalisatieverzekering, zowel bij de ziekenfondsen als bij de verzekeringsondernemingen. De facultatieve hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de verzekeringsondernemingen bereiken een ledental van meer dan 1 miljoen leden terwijl de ziekenfondsen meer dan 2 miljoen aangesloten leden hebben. Hieruit kan men voorzichtig besluiten dat bijna 4 miljoen personen individueel verzekerd zijn.

Wat de kleine risico's betreft, is er geen stijging vast te stellen. Voor het cijfermateriaal met betrekking tot de kleine risico's hebben we ons enkel gericht tot de ziekenfondsen omdat er slechts één verzekeringsonderneming een verzekering kleine risico's aanbiedt en het aantal leden te verwaarlozen is. Het aantal personen met een verzekering voor kleine risico's tussen 1992 en 2002 is gedaald van 850.262 naar 706.824 leden. Hiervoor zijn er verschillende verklaringen. Allereerst is het zo dat sinds 1997 de gehandicapte of invalide zelfstandigen of hun gehandicapte kinderen die verhoogde kinderbijslag genieten, volledig gedekt worden door de wettelijke ziektekostenverzekering, dus ook voor de kleine risico's. Er worden bijgevolg minder verzekeringen voor kleine risico's gesloten. Daarenboven is het aantal zelfstandigen de laatste jaren gedaald (zie tabel 2).

Grafiek 5: Derde pijler – Aantal verzekerden facultatieve hospitalisatieverzekeringen & kleine risico's, 1992-2002



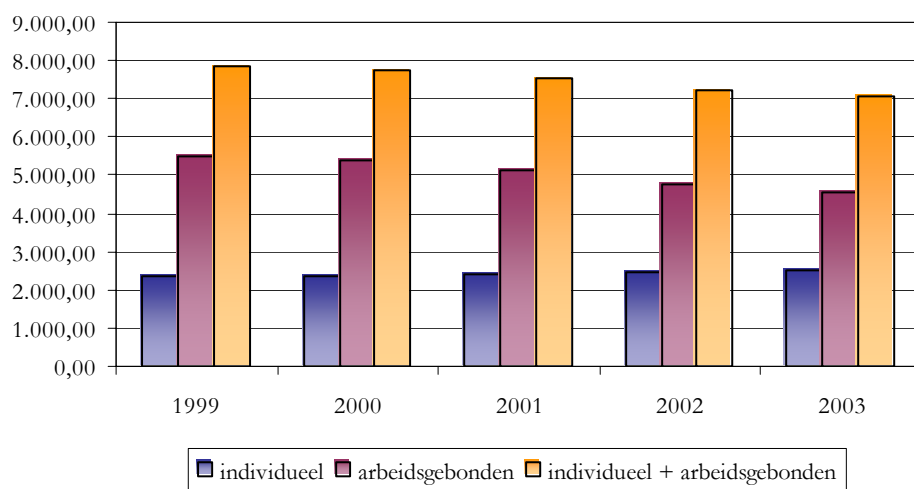
Bron: eigen grafiek op basis van gegevens van CDV en CDZ, 1992-2002

3.1.2. Dienst Overzeese Sociale Zekerheid

De DOSZ is een openbare sociale zekerheidsinstelling onder garantie van de Belgische Staat. Het DOSZ-stelsel is bedoeld voor al wie, ongeacht zijn/haar nationaliteit of beroep, werkt buiten de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland. Door haar facultatieve karakter (geen gesolidariseerde premie) kan deze verzekering echter niet tot het verplichte stelsel worden gerekend. Deze verzekering kan eveneens als een arbeidsgebonden verzekering gesloten worden door een werkgever ten voordele van zijn werknemers. Zoals toegelicht (deel 1, paragraaf 6.4) kan men ook een aanvullende verzekering “geneeskundige verzorging” nemen onder de voorwaarde dat men zich eerst heeft aangesloten bij het algemeen stelsel van de DOSZ. Deze aanvullende verzekering kan men eveneens individueel of collectief nemen.

Wanneer we kijken naar het aantal verzekerden in grafiek 6, merken we dat er een toename is van het aantal individueel verzekerden en een daling van het aantal collectief verzekerden. Een globale daling van het aantal verzekerden zet zich reeds in vanaf 1999. Een onmiddellijke verklaring hiervoor is niet voorhanden.

Grafiek 6: Aantal verzekerden individuele en arbeidsgebonden contracten DOSZ, 1999-2003



Bron: DOSZ, 2004

Als onze aandacht gaat naar het incasso van de aanvullende verzekeringen die men kan afsluiten bij de DOSZ, valt op dat het grootste gedeelte van de geïnde bedragen voor geneeskundige verzorging is bestemd. Het incasso voor de geneeskundige verzorging stijgt van 637.065,91 euro in 1999 naar 661.448,99 euro in 2001 waarna die in 2003 terugzakt tot het bedrag van 1999. De geïnde bedragen voor geneeskundige verzorging stijgen dus tot 2001 terwijl dit niet geldt voor de andere twee aanvullende verzekeringen (arbeidsongevallen en ongevallen in het privé-leven).

Tabel 8: Geïnde bedragen per verzekeringstak DOSZ (gegevens voor de maand december van elk jaar)

	1999	2000	2001	2002	2003
geneeskundige verzorging	637.066	644.889	661.449	635.926	638.491
arbeidsongevallen	84.670	84.334	79.194	68.009	74.799
ongevallen privé-leven	63.044	62.312	61.563	50.972	49.905

Bron: Jaarverslagen DOSZ

3.2. Belang van de derde pijler

3.2.1. Absoluut belang van de derde pijler

Uit tabel 9 is op te maken dat de facultatieve hospitalisatieverzekeringen een sterke groei kennen de laatste jaren. De uitgaven voor de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen zijn verdubbeld, van 47 miljoen euro in 1992 naar 106 miljoen euro in 2001. Voor de hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de verzekeringsondernemingen is er een stijging van de uitgaven van 28 miljoen in 1992 naar 108 miljoen in 2002.

Net zoals voorheen zeggen die cijfers niet veel wanneer ze niet in verhouding zijn gezet tot het BBP. In 2001 is ongeveer 200 miljoen euro uitgegeven aan prestaties in de derde pijler wat overeenkomt met 0,077% van het BBP. We merken op dat de omvang van de prestaties als percentage van het BBP kleiner is dan in de tweede pijler.

Tabel 9: Derde pijler – Prestaties hospitalisatieverzekeringen verzekeringsondernemingen, hospitalisaties ziekenfondsen in miljoen € en als % van het BBP, 1992-2002

Jaar	Hospitalisatie verzek.ondern.	Hospitalisatie ZF	Hospit verzek. als % BBP	Hospital. ZF als % BBP	Totaal als % BBP
1992	-	47	-	0.026	-
1993	28	47	0.015	0.026	0.041
1994	31	53	0.016	0.027	0.043
1995	36	59	0.018	0.029	0.047
1996	43	65	0.021	0.031	0.052
1997	49	72	0.023	0.033	0.056
1998	62	83	0.027	0.037	0.064
1999	71	86	0.030	0.036	0.066
2000	78	91	0.031	0.037	0.068
2001	90	106	0.035	0.042	0.077
2002	108	-	0.041	-	-

Bron: eigen tabel op basis van gegevens van CDV en CDZ, 1992-2002

Tabel 10 toont ons dat de kleine risico's waarvoor zelfstandigen zich kunnen verzekeren een groter deel uitmaken van het BBP dan de andere voorzieningen binnen de derde pijler. In

tegenstelling tot vorige grafieken en tabellen is er hier geen opmerkelijke toename van de prestaties, zoals we eveneens hebben opgemerkt bij de ledentallen. Als % van het BBP is er een daling van de prestaties van de kleine risico's van 0.132% naar 0.101%. Hiervoor kan men verschillende redenen aanhalen die reeds vermeld zijn.

Tabel 10: Derde pijler – Prestaties kleine risico's in miljoen € als % van het BBP, 1992-2002

Jaar	Prestaties kleine risico's	Kleine risico's als % BBP
1992	238	0.132
1994	234	0.120
1996	259	0.125
1998	252	0.112
2000	248	0.100
2001	256	0.101

Bron: eigen tabel op basis van gegevens van RIZIV, 1992-2002

3.2.2. Relatief belang van de derde pijler

Het stijgende absolute belang zegt weinig over het belang van de facultatieve hospitalisatieverzekering in de totale gezondheidszorg. Daarom moeten we ook hier het relatieve belang bekijken door prestaties van de facultatieve hospitalisatieverzekeringen uit te drukken als % van de prestaties van het algemeen stelsel en het stelsel van zelfstandigen. Als noemer gebruiken we, in tegenstelling tot de arbeidsgebonden verzekeringen, beide wettelijke stelsels omdat ook de zelfstandigen zich kunnen aansluiten bij een facultatieve hospitalisatieverzekering.

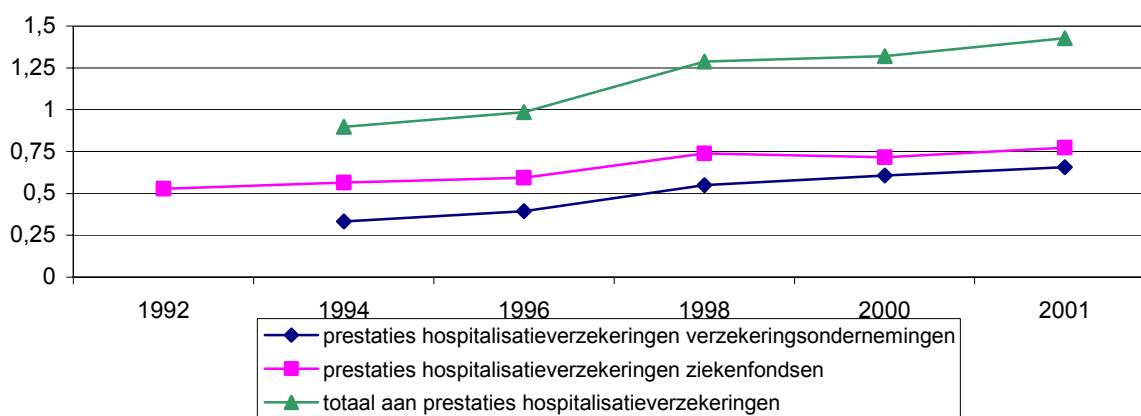
Uit tabel 11 blijkt dat de facultatieve hospitalisatieverzekeringen een positieve groei kennen. De verzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen stijgen van 0.51% in 1993 naar 0.77% in 2001 en de verzekeringen aangeboden door de verzekeringsondernemingen stijgen (als percentage van het algemeen stelsel en het stelsel van zelfstandigen) van 0.30% in 1993 naar 0.66% in 2001. De kloof tussen beide aanbieders wordt steeds kleiner zoals reeds vastgesteld bij het absolute belang van de derde pijler.

Tabel 11: Derde pijler – Prestaties hospitalisatieverzekeringen ziekenfondsen, hospitalisatieverzekeringen verzekeringsondernemingen en het totaal aantal facultatieve verzekeringen in miljoen € als % van prestaties in het stelsel voor werknemers en zelfstandigen, 1992-2002

Jaar	Prestaties algemeen stelsel en stelsel zelfstandigen	Prestaties ziekenfondsen	Prestaties Verzekeringsondern.	Prestaties ziekenfonds als % algemeen stelsel en stelsel zelfstandigen	Prestaties verzekeringsondern. als % algemeen stelsel en stelsel zelfstandigen
1992	8871	47	-	0.53	-
1993	9182	47	28	0.51	0.30
1994	9421	53	31	0.56	0.33
1995	9931	59	36	0.60	0.37
1996	10949	65	43	0.59	0.39
1997	10644	72	49	0.63	0.46
1998	11926	83	62	0.74	0.55
1999	12003	86	71	0.71	0.59
2000	12803	91	78	0.71	0.61
2001	13748	106	90	0.77	0.66
2002	-	-	108	-	-

Bron: eigen tabel op basis van gegevens van CDV, CDZ en RIZIV, 1992-2002

Grafiek 7: Derde pijler – Prestaties hospitalisatieverzekeringen verzekeringsondernemingen, hospitalisatieverzekeringen ziekenfondsen en het totaal aantal facultatieve verzekeringen als % van prestaties in het stelsel voor werknemers en zelfstandigen in miljoen €, 1992-2002



Bron: eigen grafiek op basis van gegevens van CDV, CDZ en RIZIV, 1992-2002

Deel 3: Het microniveau - Een analyse van de (niet) deelnemers aan de aanvullende ziektekostenverzekeringen

Het verkennen van het profiel van de deelnemers aan aanvullende ziektekostenverzekeringen is een belangrijke doelstelling van dit onderzoek. Hiertoe zijn analyses op microniveau noodzakelijk. Het vinden van bruikbare databanken ligt echter niet voor de hand. De Gezondheidsenquête, de Salarisenquête en de Panel Studie voor Belgische Huishoudens (PSBH) zullen ons helpen een beeld te schetsen van de (niet) deelnemers aan individuele en gesolidariseerde producten.

In dit deel stellen we ons de volgende vragen: Hoe zijn de aanvullende producten verdeeld volgens leeftijd en geslacht? Spelen de sector van tewerkstelling of de grootte van het bedrijf waarin men tewerkgesteld is een rol? In welke mate leiden het inkomen of het opleidingsniveau tot een verschillende participatie aan aanvullende ziektekostenverzekeringen? Na een aantal hypothesen te hebben geformuleerd, gaan we kijken naar de resultaten van de analyses van de Gezondheidsenquête, de Salarisenquête, de PSBH-enquête en de door ons gevoerde bedrijvenenquête.

1. Hypothesevorming

Voor het opstellen van de hypothesen hebben we aandacht voor volgende socio-demografische en economische variabelen: (1) geslacht, (2) leeftijd, (3) opleiding, (4) inkomen, (5) huishoudtype, (6) regio, (7) contracttype, (8) bedrijfsgrootte en (9) sector. Deze variabelen moeten ons een profiel geven van wie er wel en niet deelneemt aan een hospitalisatieverzekering. We proberen de hypothesen te ondersteunen met bestaande literatuur, maar deze is echter zeer schaars. Een onderzoek van Spit, in opdracht van de christelijke mutualiteiten, heeft in 1994 een gelijkaardig onderzoek gedaan. Uiteraard zijn deze resultaten zeer beperkt daar het slechts gaat over één ziekenfonds. Bovendien moeten we rekening houden met verouderde gegevens. Er zijn een aantal recentere kleinschalige onderzoeken die aangehaald worden ter ondersteuning van de hypothesen, maar ook hier is het niet altijd mogelijk om alle hypothesen te staven.

Een **eerste hypothese** heeft betrekking op de variabele **geslacht**. Op het eerste zicht lijkt er geen enkele reden om aan te nemen dat er een verschil in deelname zou zijn tussen mannen en vrouwen. Zowel mannen als vrouwen zijn toegelaten tot een aanvullende hospitalisatieverzekering en bovendien is het verboden om te discrimineren op basis van geslacht. Het is wel zo dat vrouwen in veel gevallen een hogere premie moeten betalen omdat ze een grotere kans hebben om gehospitaliseerd te worden.

Assuralia heeft een rondvraag gedaan bij verzekeringsondernemingen om na te gaan wat het profiel is van de verzekerden met een hospitalisatieverzekering (BVVO, 09.02.2004). De resultaten van de deelnemende verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen 65% van het totale incasso. Het is dus belangrijk voor ogen te houden dat de resultaten slechts een indicatie zijn voor ons onderzoek maar geen echte veralgemening naar de populatie toelaten. Uit de bevraging blijkt dat 51.1% van de verzekerden mannen zijn. We kunnen echter niet nagaan of het hier gaat om een significant verschil omdat we over onvoldoende gegevens beschikken.

Uit een ander onderzoek, in opdracht van christelijke mutualiteiten (Spit, 1994, p.83), komt men tot de bevinding dat er opmerkelijk meer mannen dan vrouwen een facultatieve hospitalisatieverzekering hebben. Dit kan zowel een verzekering zijn bij een ziekenfonds, een verzekeringsonderneming als een (groeps)verzekering bij de werkgever. Men heeft hiervoor ook gekeken of deze persoon gezinshoofd is of niet. Spit concludeert dat wanneer de man gezinshoofd is, 46.5% van de mannen een hospitalisatieverzekering heeft in tegenstelling tot slechts 34.6% van de vrouwen. We formuleren onze hypothese dan ook als volgt: *“Er is een significant verschil in deelname aan een hospitalisatieverzekering tussen mannen en vrouwen”*.

Een **tweede hypothese** verwijst naar de **leeftijdsverdeling** onder de deelnemers van een hospitalisatieverzekering. Uit Spits onderzoek (1994, p.83) blijkt dat er een stijging is in het hebben van een hospitalisatieverzekering voor de leeftijdsgroepen tussen de 19 en 45 jaar van 35% naar 52.7% waarna er een daling is in de leeftijdsgroep van 46 tot 55 jaar. Het percentage ligt echter het hoogst in de groep van de 56-65 jarigen (54.2%). Spit schrijft de grote groep tussen de 56 en 65 jaar toe aan een ‘toename’ van ziekte in deze groep. De stijging wordt boven deze leeftijd niet voortgezet omdat de premies die voor een facultatieve hospitalisatieverzekering dienen betaald te worden vanaf 65 jaar zeer hoog liggen.

De enquête van Assuralia (BVVO, 09.02.2004) geeft ons ongeveer dezelfde resultaten. Ook hier blijkt dat ouderen minder aangesloten zijn bij een hospitalisatieverzekering. Terwijl tussen de 0 en 65 jaar ongeveer 25% aangesloten is bij een hospitalisatieverzekering, geldt dat slechts 16% van de 51-65 jarigen aangesloten is. Voor de oudste leeftijdscategorie namelijk de 65-plussers, is er nog slechts 6% aangesloten. Hoewel de kans op hospitalisatie groter wordt, kunnen de oudere personen vaak geen hospitalisatieverzekering meer sluiten. De verklaring voor het lagere percentage van 65-plussers is de lange termijn structuur van de individuele aanvullende ziektekostenverzekering. Het gaat om een generatie van personen die nooit de noodzaak heeft gevoeld om bijdragen te betalen voor een aanvullende verzekering. Daardoor is hun verzekeringspremie en hun risicoprofiel erg hoog om op later leeftijd nog met een verzekering te beginnen. Voor de jongere generaties, die zich wel in grote aantallen aanvullend hebben verzekerd, zal dit fenomeen veel minder spelen. Jongvolwassen willen zich echter nog niet altijd aansluiten omdat ze van oordeel zijn dat ze nog geen voordeel halen uit een hospitalisatieverzekering. Jongeren worden veel minder gehospitaliseerd dan ouderen en daar men er geen fiscaal voordeel mee heeft, sluiten jongeren zich nog niet onmiddellijk aan bij een hospitalisatieverzekering.

Deze verklaring wordt nog eens bevestigd in de resultaten van een enquête die de christelijke mutualiteiten vorig jaar bij hun leden hebben afgenomen (2003, p.10). 78% van de respondenten heeft een hospitalisatieverzekering. De jongste (54.8%) en de oudste (61.9%) leeftijdscategorieën scoren het laagst. Bij de leeftijdscategorie van 55 tot 64 jaar (83.6%) treft men het hoogste percentage aan.

We formuleren de volgende hypothese: *“Bepaalde leeftijdsgroepen zijn meer aangesloten bij een hospitalisatieverzekering dan anderen”*.

Een **derde hypothese** heeft betrekking op de variabele **opleiding**. Onderzoek van Spit (1994, p.83) toont aan dat het percentage aangeslotenen toeneemt naarmate het onderwijsniveau van de ondervraagde personen hoger ligt. Het verschil tussen iemand met een lager onderwijs diploma en iemand met een hoger niet-universitair diploma bedraagt ongeveer 20%. Opvallend is echter dat ongeveer de helft van de mensen die een technische of beroepsopleiding gevolgd hebben, in het bezit zijn van een hospitalisatieverzekering. Dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat deze personen wellicht activiteiten uitvoeren waarbij de kans op ongevallen groter is dan bij mensen die ‘bureauwerk’ verrichten.

We moeten echter voor ogen houden dat het diploma dat men heeft, zorgt voor een bepaalde functie binnen een onderneming. Personen met een hoger diploma gaan meer kans maken op een hogere functie. Individuen met een hogere functie op hun beurt gaan vaker een extralegaal voordeel verkrijgen in de vorm van een aanvullende hospitalisatieverzekering dan personen met een lagere functie binnen een bedrijf. Het is een manier om de werknemer te belonen voor zijn verrichte prestaties en om hem tevreden te stellen in de hoop hem aan de onderneming te binden. Bovendien is het zo dat veel bedrijven er ook heel wat voordelen bij hebben om een aanvullende hospitalisatieverzekering aan te bieden. Hoger opgeleiden krijgen dus vaker de kans van de werkgever zich aan te sluiten bij een hospitalisatieverzekering.

Omdat het diploma samenhangt met de functie die men binnen een onderneming heeft, kijken we ook naar het onderscheid kaderleden, bedienden en arbeiders. We nemen aan dat kaderleden meer kans hebben toe te treden dan bedienden die op hun beurt weer een grotere kans hebben om toe te treden dan arbeiders. Ook dit is reeds bevestigd in onderzoek. Uit de CM-enquête (2003, p.10) blijkt dat hospitalisatieverzekeringen het meest voorkomen bij bedienden, kaderleden en ambtenaren (respectievelijk van 82% tot 89%). Uit het onderzoek van Spit (1994, p.82) komt ook naar voren dat voornamelijk hogere kaderleden (73.3%), vrije beroepen (58.3%) en bedienden (49.5%) over een aanvullende hospitalisatieverzekering beschikken. De ongeschoolde arbeiders (28.5%) en de middenkaders (33.7%) schaffen zich dan weer het minst een facultatieve verzekering aan.

Opleiding is dus een cruciale variabele en daarom wordt de hypothese als volgt geformuleerd: *“Hoger opgeleiden nemen significant meer deel aan een facultatieve hospitalisatieverzekering dan lager opgeleiden”*.

De **vierde hypothese** heeft betrekking op een verschil in deelname aan een hospitalisatieverzekering in functie van **het inkomen**. Personen met een hoger inkomen hebben meer kans op een facultatieve hospitalisatieverzekering dan personen met een lager inkomen. Ook hier moeten we rekening houden met de extralegale voordelen die werkgevers kunnen aanbieden aan werknemers. Een extralegaal voordeel laat toe de onmiddellijke en progressieve belasting op directe lonen te ontlopen.

Uit onderzoek van Vacature en de KULeuven (22.11.2003) stellen de onderzoekers vast dat aanvullende ziekte- en hospitalisatieverzekeringen zeer ongelijk verdeeld zijn tussen de verschillende inkomensniveaus. Wie een hoog salaris heeft, krijgt vaak ook meer aanvullende voordelen, als onderdeel van het volledige verloningspakket. Bij Spit (1994, p.85) wordt aangetoond dat het hebben van een hospitalisatieverzekering toeneemt naarmate het netto maandelijks inkomen toeneemt. Mensen die minder dan 30.000 BEF verdienen, bezitten slechts in één vierde van de gevallen een facultatieve hospitalisatieverzekering. Voor hen die tussen de 50.000 BEF en 60.000 BEF verdienen, bedraagt dit percentage reeds 39% en bij de grootverdieners (meer dan 100.000 BEF) heeft bijna 57% een verzekering. Dit kan verklaard worden, zoals reeds opgemerkt bij de derde hypothese, doordat de beter betaalde jobs meestal ook de kans krijgen om zich bij een groepsverzekering aan te sluiten via de werkgever. We testen dus de volgende hypothese: *“Hoe hoger een inkomen, hoe groter de kans dat men deelneemt aan een facultatieve hospitalisatieverzekering”*.

Een **vijfde hypothese** gaat over de **huishoudsituatie** van de respondenten. We gaan na of er een verschil is in deelname naargelang het huishoudtype waartoe men behoort. Alleenstaanden hebben reeds veel kosten te dragen, zeker wanneer er ook nog eens kinderen zijn. Een bijkomende kost voor een aanvullende hospitalisatieverzekering is in die omstandigheden niet altijd evident. Dit in tegenstelling tot een koppel, eventueel met kinderen, waar er meer financiële ruimte is voor dergelijke uitgaven en de kans groter is dat men gaat deelnemen aan een bijkomende hospitalisatieverzekering.

Onderzoek van Spit (1994, p.84) wijst in dezelfde richting. Gehuwde mensen sluiten vaker een facultatieve hospitalisatieverzekering af dan alleenstaanden. Gehuwden en samenwonenden hebben in 49% van de gevallen een verzekering, terwijl vrijgezellen, weduwen en weduwnaars slechts in 37% van de gevallen over een verzekering beschikken. Het aantal personen in het gezin speelt een belangrijke rol bij het al dan niet bezitten van een hospitalisatieverzekering. Vooral bij gezinnen bestaande uit 2 tot 4 personen zijn er veel aangeslotenen bij een hospitalisatieverzekering. Dit kan erop wijzen dat een aanvullende verzekering vaak wordt gesloten naar aanleiding van het concreet worden van de kinderwens of het krijgen van een tweede kind, gezien de hoge bevallingskosten.

Het is mogelijk dat er onder de alleenstaanden meer lager opgeleiden zitten of meer personen met een lager inkomen en dat daardoor de kans zich aan te sluiten kleiner is. Om ons te behoeden voor voorbarige conclusies, is het daarom van belang het zuivere effect van de variabelen te bepalen in een logistische regressie. Onze hypothese is de volgende: *“Een*

alleenstaande heeft een kleinere kans om toe te treden dan een koppel”.

Een **zesde hypothese** betreft **de regio** waar men woont. Ook op dit domein is er nog niet veel wetenschappelijk onderzoek gebeurd. We grijpen opnieuw naar het onderzoek van Spit (1994, p.84) waarin hij aandacht heeft voor geografische verschillen. Gezinnen die in Antwerpen, Vlaams-Brabant, Luxemburg, West-Vlaanderen en Limburg wonen, hebben vaker een verzekering dan inwoners van Oost-Vlaanderen, Brussel, Luik, Henegouwen, Namen en Waals-Brabant. Hij maakt een indeling naar verstedelijking en hieruit blijkt dat facultatieve hospitalisatieverzekeringen meer voorkomen in ‘secundaire gemeenten en andere gemeenten’ en minder in ‘grote steden en stedelijke gemeenten’. Zijn verklaring hiervoor berust op het feit dat hij meent dat de ‘rijkere’ personen buiten de stad gaan wonen.

Voor ons is het niet mogelijk het onderscheid naar verstedelijking te maken. Daarom richten we ons voornamelijk op de drie gewesten: Vlaanderen, Brussel en Wallonië. We formuleren de volgende hypothese en steunen hiervoor op het feit dat bij Spit de Vlaamse provincies zich voornamelijk bevinden in de groep waar men meer aanvullende hospitalisatieverzekeringen heeft: *Er zijn meer personen met een hospitalisatieverzekering in Vlaanderen dan in Brussel en Wallonië.*

De **zevende hypothese** heeft betrekking op het **contracttype** van de werknemer in de onderneming. Tal van studies komen tot de conclusie dat tijdelijke werknemers minder betaald worden dan hun vaste collega’s en ook minder voordelen genieten zoals additionele verzekeringen of pensioenregelingen. Eén van die studies is een onderzoek van de KULeuven naar ‘Gelijk loon voor gelijk werk?’ (Sels e.a., 2002, pp.205-207). Men stelt zich hier de vraag of tijdelijke werknemers in dezelfde mate van extra voordelen genieten zoals een facultatieve hospitalisatieverzekering. Indien dit niet het geval is, betekent dit dat deze werknemers een geringere graad van bescherming kunnen opbouwen en dat de uitbouw van additionele sociale verzekeringen via bedrijven de bestaande vormen van dualisering op de arbeidsmarkt dreigen te versterken. Het onderzoek resulteert in odds ratio’s die in elk van de analyses kleiner zijn dan één, wat aangeeft dat de tijdelijke werknemers een kleinere kans hebben dan vaste werknemers om de opgesomde voordelen te verkrijgen.

Een verklaring voor de loonachterstand van personen met een tijdelijk contract, zoeken Sels e.a. (2002, p.207) in interne billijkheid en efficiency-wage-theorieën. Vaak gaat men ervan uit dat werknemers marktconform moeten worden beloond, maar de efficiency-wage-theorieën stellen dat het voordeliger kan zijn voor een bedrijf om meer te betalen dan het marktloon. Dit zou immers toelaten een langetermijnrelatie op te bouwen met de werknemer en zou dus de turnover moeten reduceren. Enkel personen van wie men weet dat die lang blijven werken in de onderneming krijgen dit aangeboden om een vertrouwensband op te bouwen. We formuleren de zevende hypothese als volgt: *Werknemers met een contract van onbepaalde duur hebben meer kans zich aan te sluiten bij een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers met een contract van bepaalde duur.*

De **achtste hypothese** bekijkt de mogelijke invloed van **bedrijfs grootte** op het al dan niet hebben van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Wetenschappelijk onderzoek dat zich toespitst op de relatie tussen aanvullende verzekeringen en bedrijfs grootte is zeer schaars. Onderzoek naar het verband tussen loon en bedrijfs grootte daarentegen gebeurt veel frequenter en bevestigt het wijdverspreid geloof dat grote bedrijven beter betalen dan KMO's. Deze theorie wordt eveneens gestaafd met gegevens uit de vorige Salarisenquête. Onderzoek van Sels & Overlaet (2000, p. 144) heeft aangetoond dat lonen in kleine bedrijven significant kleiner zijn dan lonen in grote bedrijven. Vooral de zeer grote bedrijven keren grote lonen uit, tot 11% hoger dan bedrijven met gemiddeld minder dan 50 werknemers. Er is in dit onderzoek niet gevraagd naar de extralegale voordelen maar vermits we verschillen vaststellen in het loon, mogen we ervan uitgaan dat hetzelfde geldt voor andere beloningsvormen zoals aanvullende hospitalisatieverzekeringen. Een verklaring hiervoor kan liggen in de bedrijfscultuur. Grote bedrijven hebben meer mogelijkheden om aanvullende voorzieningen aan te bieden. Daarnaast wordt in de literatuur ook vermeld dat het hogere loon moet gezien worden als een compensatie voor de complexiteit in een grote onderneming (Sels & Overlaet, 2000, p. 144). Hypothese 8 gaat dus als volgt: *Werknemers in een grote onderneming hebben een grotere kans deel te nemen aan een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers in een kleine onderneming.*

Een **laatste hypothese** gaat de invloed van de **sector van de onderneming** na. De sectoren zijn gebundeld in 11 groepen. Het is zeer moeilijk om hypothesen op te stellen over welke sector nu meer kans maakt op een hospitalisatieverzekering dan een andere sector. Het is mogelijk dat 'rijkere' sectoren vaker een hospitalisatieverzekering aanbieden dan anderen met name de dienstensectoren en de financiële sector. Onderzoek van Sels & Overlaet (2000, p.140) bevestigt deze redenering. Zij stellen sectorale verschillen vast in beloningsvormen. Uit hun onderzoek blijkt dat het gemiddelde maandsalaris in de energiesector tot 21% hoger is dan in de socio-culturele sector. De energiesector wordt gevolgd door de chemische sector, de banken en verzekeringen, de informaticasector en de metaalsector. In het onderzoek vergelijkt men echter enkel de lonen uit verschillende sectoren en niet de voordelen die men ontvangt in iedere sector. Aan de hand van een kruistabel kunnen we echter wel aantonen dat respondenten met een hoger inkomen significant meer extralegale voordelen ontvangen (waaronder een hospitalisatieverzekering) wat op die manier resulteert in meer voordelen in bepaalde sectoren. De laatste hypothese formuleren we als volgt: *De kans dat men een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering krijgt aangeboden, hangt af van de sector waarin men is tewerkgesteld.*

Hieronder volgt een kort overzicht van de geformuleerde hypothesen:

Hypothese 1: Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen in deelname aan een facultatieve hospitalisatieverzekering.

Hypothese 2: Bepaalde leeftijdsgroepen nemen vaker deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan andere leeftijdsgroepen..

- Hypothese 3: Hoger opgeleiden nemen meer deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan lager opgeleiden.*
- Hypothese 4: Individuen met een hoger inkomen hebben een grotere kans om toe te treden tot een hospitalisatieverzekering dan individuen met een lager inkomen.*
- Hypothese 5: Koppels hebben vaker een aanvullende hospitalisatieverzekering dan alleenstaanden.*
- Hypothese 6: Vlamingen hebben meer kans zich aan te sluiten bij een facultatieve hospitalisatieverzekering dan inwoners van het Brusselse of Waalse gewest.*
- Hypothese 7: Werknemers met een contract van onbepaalde duur hebben meer kans zich aan te sluiten bij een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers met een contract van bepaalde duur.*
- Hypothese 8: Werknemers in een grote onderneming hebben een grotere kans deel te nemen aan een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers in een kleine onderneming.*
- Hypothese 9: De kans dat men een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering krijgt aangeboden, hangt af van de sector waarin men is tewerkgesteld.*

2. Analyse van de Gezondheidsenquête

Allereerst wordt er een beschrijving gegeven van de databank en worden een aantal demografische en socio-economische basisstatistieken berekend. Vervolgens komen bivariate analyses aan bod om te bepalen welke achtergrondkenmerken bepalend kunnen zijn voor de deelname aan een verzekering. Tot slot bepaalt een multivariate analyse welke hypothesen significant zijn en wat het profiel is van de deelnemers.

2.1. Beschrijving van de dataset

De Gezondheidsenquête is een initiatief van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid met als doel het identificeren van gezondheidsprioriteiten, beschrijven van de gezondheid, schatten van de verdeling van gezondheidsindicatoren, analyseren van sociale (on)gelijkheid in gezondheid en in de toegang tot gezondheidsdiensten. Meer dan 10.000 personen uit België zijn ondervraagd in 2001 aan de hand van drie soorten vragenlijsten: een mondelinge vragenlijst per huishouden, een mondelinge vragenlijst in te vullen per geselecteerde persoon en een schriftelijke vragenlijst in te vullen door iedere geselecteerde persoon vanaf 15 jaar.

Voor onze analyses spitsen we ons toe op één vraag uit de Gezondheidsenquête namelijk “*het hebben van een bijkomende hospitalisatieverzekering, gesloten door de persoon zelf of door zijn werkgever*”. Aan de hand van de antwoorden op deze vraag en op een aantal sociaal-economische en demografische vragen kan worden nagegaan welke personen deelnemen aan een aanvullende hospitalisatieverzekering. De vraag over een bijkomende hospitalisatieverzekering geeft echter

niet de mogelijkheid te markeren of de verzekering gesloten is door de respondent zelf of door zijn werkgever. Bijgevolg kan er geen onderscheid gemaakt worden tussen tweede en derde pijler. Tevens is het zo dat de vraag door één vierde van de respondenten niet beantwoord is omdat ze enkel gesteld is aan personen met een persoonlijk beschikbaar inkomen. Hieronder verstaat men netto-lonen en sociale uitkeringen. Schoolgaande personen vallen hier dus niet onder.

45% van de respondenten bevestigt in 2001 een aanvullende hospitalisatieverzekering te hebben en 27 % antwoordt negatief op deze vraag. Zoals vermeld is de vraag niet van toepassing op 24% van de respondenten. De overige respondenten hebben niet geantwoord of een verkeerd antwoord gegeven. Wanneer we ons alleen toespitsen op de personen op wie de vraag van toepassing is, dan stellen we vast dat 62% een aanvullende hospitalisatieverzekering heeft, ofwel zelf gesloten, ofwel door de werkgever.

Er zitten meer vrouwen (51%) dan mannen in de steekproef. De steekproef is onderverdeeld in vier leeftijdsgroepen. Een eerste groep zijn de -25-jarigen (5%). 39% van de respondenten zit in de leeftijdsgroep 25-44 jaar. 33% bevindt zich tussen de leeftijd van 45 en 65 jaar en de overigen (22%) zijn ouder dan 65 jaar. Voor het opleidingsniveau kijken we naar het hoogst behaalde diploma van de referentiepersoon en vergelijken dit met zijn/haar partner. Voor sommige analyses is het wellicht aangewezen te vertrekken van het eigen diploma binnen het huishouden. Niettemin is het gebruik van het hoogste diploma aangewezen om een beschrijving te geven van het opleidingsniveau van de globale populatie. Dit garandeert enerzijds dat kinderen toebedeeld worden tot de opleidingscategorie van hun ouders en niet in een wellicht lagere categorie terecht zouden komen. Bovendien leidt een toepassing van een dergelijke procedure voor een redelijke reductie van de non-respons op de vraag naar het eigen inkomen. We stellen vast dat voor 33% van de respondenten het hoogste opleidingsniveau in het gezin hoger onderwijs is, ongeveer 31% hoger secundair onderwijs heeft genoten, 19% als hoogste diploma een diploma lager onderwijs heeft en 17% een lager onderwijs diploma of geen diploma heeft.

Wat het inkomen betreft, maken we gebruik van de variabele 'equivalent inkomen'. Deze variabele geeft het inkomen op het niveau van het individu waarbij men rekening houdt met de gezinssamenstelling. Door de weging van deze variabele kan men inkomens van verschillende huishoudens met elkaar gaan vergelijken. De meerderheid van de respondenten bevindt zich tussen 1000 en 1500 euro (35%). 5 % heeft een inkomen lager dan 500 euro per maand en 16% heeft een inkomen tussen de 500 en de 750 euro. Een vierde van de respondenten bevindt zich in de inkomensschijf tussen de 750 en de 1000 euro en 19% verdient meer dan 1500 euro per maand. Voor onze analyses brengen we deze categorieën samen omdat de laagste categorieën te weinig observaties bevatten.

Wat het huishoudtype betreft, is ongeveer 17% van de respondenten alleenstaande zonder kinderen en 3% alleenstaande met kinderen. Het grootste deel van de steekproef behoort tot de koppels zonder kinderen (33%) en de koppels met kinderen (29%). Een laatste groep, de complexe huishoudens, maken 18% van de steekproef uit.

Een laatste variabele is de geografische spreiding van de respondent. 63% van de respondenten woont in Vlaanderen, 9% in Brussel en 27% in Wallonië.

Tabel 12: Beschrijving van de gebruikte variabelen, 2001, Gezondheidsenquête (N=8676)

Naam	%	Beschrijving
Geslacht		
Man	48,7%	0 indien vrouw, 1 indien man.
Vrouw	51,3%	
Leeftijd		
0-24 jaar	5%	Leeftijd van het individu: 1 (0-24 jaar), 2 (25-44 jaar), 3 (45-64 jaar), 4 (+65 jaar).
25-44 jaar	39%	
45-64 jaar	33%	
+65 jaar	22%	
Opleiding		
GD + LO	17%	De variabele opleiding is het hoogste diploma in het gezin: 1 (geen diploma + diploma lager onderwijs), 2 (lager secundair), 3 (hoger secundair), 4 (hoger onderwijs).
LS	19%	
HS	31%	
HO	33%	
Inkomen		
<1000 €	46%	Maandinkomen van de respondent: 1 (<1000€), 2 (1000-1500€), 3 (>1500€).
1000-1500 €	35%	
>1500€	19%	
Huishoudtype		
Alleen zonder kind	17,1%	Type van huishouden: 1 (alleenstaande zonder kinderen), 2 (alleenstaande met kinderen), 3 (koppel zonder kinderen), 4 (koppel met kinderen), 5 (complexe gezinnen).
Alleen met kind	2,6%	
Koppel zonder kind	33,3%	
Koppel met kind	29,2%	
Complex huishouden	17,8%	
Regio		
Vlaanderen	63,6%	Regio waar de respondent woont: 1 voor Vlaanderen, 2 voor Brussel en 3 voor Wallonië.
Brussel	9,4%	
Wallonië	27,1%	
Hospitalisatie		
Wel hospitalisatieverzekering	62,4%	0 indien geen deelname, 1 indien wel deelname.
Geen hospitalisatieverzekering	37,6%	

2.2. Profiel van de deelnemers

In onderstaande tabellen gaan we na wat het profiel is van de deelnemers aan de hospitalisatieverzekering aan de hand van een aantal bivariate analyses. We bekijken de afhankelijke variabele telkens in functie van de verschillende onafhankelijke variabelen. We stellen ons de vraag of het klopt dat bepaalde respondenten meer kans hebben om deel te nemen aan een hospitalisatieverzekering en welke achtergrondkenmerken hierbij van belang zijn. Bij het opstellen van onderstaande tabellen hebben we de missings niet mee opgenomen. Dit betekent dat we ons beperken tot de respondenten die ja of nee geantwoord hebben op de vraag of ze al dan niet een hospitalisatieverzekering hebben.

Tabel 13: Deelname hospitalisatieverzekering naar geslacht, percentages, Gezondheidsenquête

	Vrouw (N=4289)	Man (N=4055)
Hospitalisatieverzekering	61%	63%

$\chi^2=3.8549$, $DF=1$, $p=0.0496$

61% van de vrouwen en 63% van de mannen is aangesloten bij een aanvullende hospitalisatieverzekering. Een chikwadraattoets van tabel 13 toont aan dat vrouwen zich significant meer aansluiten bij een hospitalisatieverzekering. De p-waarde bevindt zich echter op de rand van een betrouwbaarheidsniveau van 0.05 waardoor de grens tussen aanvaarden en verwerpen zeer klein is. Indien de p-waarde groter zou zijn dan 0.05, dan zouden we de nulhypothese, namelijk dat ze niet significant verschillen, aanvaarden.

Tabel 14: Deelname hospitalisatieverzekering naar leeftijd, percentages, Gezondheidsenquête

	0-24 (N=453)	25-44 (N=3295)	45-64 (N=2766)	+65 (N=1828)
Hospitalisatieverzekering	51% (n.s.)	65%	68%	53% (n.s.)

$Chi^2=134.32$, $DF=3$, $p<.0001$

Uit tabel 14 blijkt dat er een significant verband bestaat tussen leeftijd en het deelnemen aan een hospitalisatieverzekering. Zoals gezegd zijn de vragen enkel gesteld aan personen die reeds tewerkgesteld zijn en dit verklaart het kleine aantal respondenten in de eerste categorie. De overige drie categorieën zijn goed vertegenwoordigd. Het valt op dat vooral de leeftijden van 25 jaar tot 64 jaar deelnemen aan de hospitalisatie.

Dit kan nog beter worden aangetoond met een logistische regressie. We maken hier gebruik van zogenaamde odds ratio's, de kans dat men deelneemt tegenover de kans dat men niet deelneemt, waarbij de categorie 0-24 jarigen fungeert als referentiecategorie. Wanneer een andere categorie een odds ratio heeft van 1, wil dit zeggen dat die dezelfde kans heeft als de referentiecategorie om deel te nemen. Een odds ratio groter dan 1 wil zeggen dat men een grotere kans heeft om deel te nemen. Uit de logistische regressie blijkt dat personen tussen de 24 en 44 jaar significant vaker een hospitalisatieverzekering hebben dan de referentiecategorie (odds ratio 1.750) en de 45-64 jarigen nemen dubbel zo vaak een hospitalisatieverzekering dan de jongvolwassenen (respectievelijke odds 2.039). De 65-plussers verschillen niet significant van de jongste leeftijdscategorie.

Tabel 15: Deelname hospitalisatieverzekering naar opleiding, percentages, Gezondheidsenquête

	GD+LS (N=1448)	LO (N=1538)	HS (N=2562)	HO (N=2679)
hospitalisatieverzekering	43%	57%	65%	73%

$Chi^2= 385.4534$, $DF=3$, $p<.0001$

Voor de variabele 'opleiding' zijn de laagste categorieën namelijk lager onderwijs en geen diploma samengevoegd omdat het aantal observaties binnen deze categorie te klein was. Uit tabel 15 blijkt dat personen met een verschillend opleidingsniveau niet in dezelfde mate deelnemen aan een bijkomende hospitalisatieverzekering. Er is een significant verschil in deelname tussen de verschillende opleidingsniveaus. Hoe hoger het diploma, hoe meer personen zich aansluiten bij een aanvullende hospitalisatieverzekering. We maken hier opnieuw gebruik van odds ratio's waarbij de laagste categorie (de categorie lager onderwijs of geen diploma) de referentiecategorie

is. We stellen een significant verschil vast tussen de personen met een diploma lager secundair (odds ratio van 1.748), een diploma hoger secundair (2.472) en een diploma hoger onderwijs (3.569). Een odds ratio van 3.569 wijst erop dat personen met een diploma hoger onderwijs driemaal meer kans maken om over een bijkomende hospitalisatieverzekering te beschikken dan personen met een diploma lager onderwijs of helemaal geen diploma.

Tabel 16: *Deelname hospitalisatieverzekering naar inkomen, percentages, Gezondheidsenquête*

	<1000€ (N=2833)	1000-1500 € (N=2134)	>1500 € (N=1136)
Hospitalisatieverzekering	51%	68%	76%

$Chi^2=270.57$, $DF=2$, $p<.0001$

Wat de variabele 'inkomen' betreft is er een significant verschil in deelname tussen de verschillende inkomenscategorieën. Hoe hoger het inkomen, hoe vaker men over een hospitalisatieverzekering beschikt. We moeten wel rekening houden met een mogelijk verband tussen opleiding en inkomen, een hogere opleiding zal immers vaak resulteren in een hoger inkomen. Later zal in een multivariaat model de samenhang tussen beide variabelen weggewerkt worden.

Uit de logistische regressieanalyse blijkt dat de laatste twee categorieën significant verschillen van de referentiecategorie (inkomen < 1000€). We verkrijgen respectievelijk de volgende odds ratio's: 2.039 en 3.032. De kans om een hospitalisatieverzekering te hebben is dus tweemaal zo groot voor respondenten met een inkomen tussen de 1000 en 1500 euro en driemaal zo groot voor personen met een inkomen hoger dan 1500 euro.

Tabel 17: *Deelname hospitalisatieverzekering naar huishoudtype, percentages, Gezondheidsenquête*

	Alleen (N=1454)	Alleen +kind (N=230)	Koppel (N=2760)	Koppel +kind (N=2425)	Complex huish. (N=1475)
Hospitalisatie-verzekering	54%	63% (n.s.)	64%	67%	60%

$Chi^2=67.9603$, $DF=4$, $p<.0001$

Bovenstaande tabel toont opmerkelijke verschillen tussen huishoudtypes. Koppels hebben significant vaker een hospitalisatieverzekering dan alleenstaande personen. Een complex huishouden schommelt er een beetje tussen. Voor de logistische regressie is het huishoudtype 'alleen' de referentiecategorie. Koppels (met en zonder kinderen) hebben een significant hogere kans om een hospitalisatieverzekering te hebben dan een alleenstaande zonder kinderen (odds in volgorde: 1.470 voor koppels zonder kinderen, 1.709 voor koppels met kinderen en 1.288 voor complexe huishoudens).

Tabel 18: *Deelname hospitalisatieverzekering naar regio, percentages, Gezondheidsenquête*

	Vlaanderen (N=5228)	Brussel (N=773)	Wallonië (N=2225)
Hospitalisatieverzekering	65%	54%	59%

$Chi^2=49.1261$, $DF=2$, $p<.0001$

De laatste tabel geeft de geografische spreiding weer van de respondenten met een hospitalisatieverzekering. Er hebben significant meer personen uit Vlaanderen een

hospitalisatieverzekering dan personen uit Brussel of Wallonië. Deze resultaten worden nog eens bevestigd door de odds ratio's te berekenen voor deze categorieën. Hieruit blijkt dat wonen in Wallonië tot 23% minder kans geeft op deelname aan een hospitalisatieverzekering. Wonen in Brussel geeft tot 36% minder kans (respectievelijke odds: 0.771 en 0.636).

2.3. Bepalende factoren voor deelname aan een hospitalisatieverzekering

Uit een aantal algemene frequentietabellen is gebleken dat er bepaalde categorieën meer deelnemen aan hospitalisatieverzekeringen dan anderen. Zoals reeds gezegd, is het best mogelijk dat er een aantal schijnverbanden zijn opgetreden. Het blijkt dat de kans om deel te nemen voor hogere opleidingen groter is dan voor lagere opleidingen en dat hogere inkomens een grotere kans hebben dan lagere inkomens. Beide variabelen kunnen echter samenhangen en ons een vertekend beeld geven van hun relatie tot de afhankelijke variabele.

Een multivariate analyse kan een oplossing zijn voor dit probleem. Daar deelname aan een hospitalisatieverzekering een variabele is met slechts twee antwoorden, een dichotome variabele, maken we gebruik van *een logistische regressie*. In tegenstelling tot een gewone regressie is het bij een logistische regressie niet de afhankelijke variabele die varieert als een functie van de lineaire voorspeller, maar het natuurlijk logaritme van de 'odds' dat hospitalisatie=1 (namelijk het hebben van een hospitalisatieverzekering). In een logitmodel wordt de afhankelijke variabele getransformeerd zodat de vorm van de relatie lineair blijft terwijl de substantieve relatie tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen niet-lineair blijft. Dit gebeurt via een logistische transformatie, waarbij de onafhankelijke variabelen relateren aan het natuurlijke logaritme van de odds van de afhankelijke variabele. De onafhankelijke variabelen kunnen van discrete of continue aard zijn. Het logitmodel waarvan de parameters geschat worden met behulp van de maximum likelihood techniek, ziet er als volgt uit:

$$\text{Logit}(Y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$$

Een odds ratio van 1 duidt op de afwezigheid van een verband. Een odds ratio van minder dan 1 duidt op een negatief verband en een odds ratio groter dan 1 duidt op een positief verband (Allison, 1999; Klecka, 1980 ; Knoke & Brurke, 1986).

De onafhankelijke variabelen kunnen dus zowel kwantitatief als categorisch zijn in een logistisch model. De categorieën van deze onafhankelijke variabelen worden in de praktijk meestal aangeduid met cijfers, maar deze hebben geen numerieke betekenis en hebben enkel de functie de categorieën van elkaar te onderscheiden. Men kiest dus beter voor een coderingsschema dat een zinvolle interpretatie van de regressieparameters mogelijk maakt.

Daarom gebruikt men vaak dummycodering. Dit houdt in dat men aan één van de categorieën van de dichotome variabele de waarde nul toekent en aan de andere categorie de waarde één. Wanneer er sprake is van polytome variabelen, dit wil zeggen dat er meer dan twee categorieën zijn (bijvoorbeeld voor opleiding), dan moet men gebruik maken van meerdere dummyvariabelen. Er moeten altijd zoveel dummy's aangemaakt worden als er categorieën zijn - 1. De categorie waarvoor men geen dummy aanmaakt, is de referentiecategorie. Het effect van de andere categorieën op de afhankelijke variabele wordt dan geëvalueerd ten opzichte van het effect van deze referentiecategorie.

Aan de hand van een logistische regressie met de variabelen geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, huishouden en regio als onafhankelijke variabelen en hospitalisatie als afhankelijke variabele, kunnen we de bijdrage van iedere variabele afzonderlijk bepalen. Voor de onafhankelijke variabelen leeftijd, opleiding, inkomen, huishouden en regio moeten er dummy's aangemaakt worden. De variabele geslacht is reeds een dichotome variabele.

2.4. Testen van hypothesen

Aan de hand van een logistisch regressiemodel worden de hypothesen getest. Omdat het niet mogelijk is alle variabelen op te nemen in het model, zijn de variabelen opgenomen waarvoor we hypothesen hebben geformuleerd. Aan de hand van een stepwise selectiemethode¹³⁸ worden de variabelen behouden die de meeste verklaring bieden aan de afhankelijke variabele. Onderstaand model biedt de beste voorspelling voor de observaties en geeft de logit coëfficiënten (β), de standaardfout en de odds ratio's.

¹³⁸ De stepwise methode selecteert de variabelen die het meest verklaren, die de hoogste correlatie hebben met de afhankelijke variabele. Na iedere toevoeging van een variabele worden de vorige toegevoegde variabelen geëvalueerd. Wanneer de p-waarde groter is dan 0.05, dan wordt deze variabele niet opgenomen in de selectie (Sharma, 1996, p. 329).

Tabel 19: Deelname hospitalisatieverzekering, coëfficiënten van het logistische regressiemodel, N=6661, Gezondheidsenquête

Onafhankelijke variabelen		β	S.E.	Exp (β)
Intercept		-1.1079	0.1439	
Leeftijd	(0-24)	-	-	-
	25-44	0.55668	0.1222	1.745***
	45-64	0.8872	0.1241	2.428***
	+65	0.5776	0.1297	1.782***
Opleiding	(GD + LO)	-	-	-
	LS	0.4241	0.0861	1.528***
	HS	0.7387	0.0836	2.093***
	HO	0.9223	0.0926	2.515***
Inkomen	(<1000 euro)	-	-	-
	1000-1500 euro	0.4575	0.0647	1.580***
	>1500 euro	0.7121	0.0897	2.038***
Huishouden	(Eén volwassene)	-	-	-
	Meerdere volwassenen	0.2677	0.0683	1.307***
Regio	(Vlaanderen)	-	-	-
	Brussel	-0.4960	0.0913	0.609***
	Wallonië	-0.2701	0.0628	0.763***

-2 Log Likelihood intercept: 8146.243

-2 Log Likelihood intercept en covariaten: 7656.742

Likelihood ratio test: 511.5077(df=11, p<.0001)

Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test: 14.8019 (df=8, p<0.0631).

R²=0.1038

* significant p<0.05

** significant p<0.01

*** significant p<0.001

De eerste hypothese moeten we verwerpen. De variabele ‘geslacht’ is niet opgenomen in het model wat betekent dat mannen en vrouwen in dezelfde mate deelnemen aan een aanvullende hospitalisatieverzekering. Ze verschillen niet significant van elkaar.

De tweede hypothese wordt aanvaard. We hebben leeftijd opgenomen en in vier leeftijdscategorieën verdeeld zoals ook reeds is gebeurd in het onderzoek van Spit (1994) en onderzoek van de CM (2003). We zorgen voor een zekere analogie zodat we kunnen onderzoeken of we dezelfde resultaten terugvinden. De odds ratio's bevestigen in sterke mate vorig onderzoek. Er zijn significante verschillen tussen de leeftijdsgroepen. We verkrijgen respectievelijk de volgende odds: 1.745, 2.428 en 1.782. De middelste leeftijdsgroep blijkt het meeste kans te hebben op een aanvullende hospitalisatieverzekering. De jongste groep neemt het minste deel.

De derde hypothese klopt ook. De odds ratio's tonen duidelijk aan dat hoe hoger de opleiding, hoe groter de kans om deel te nemen aan een hospitalisatieverzekering (respectievelijke odds: 1.528, 2.093 en 2.515). Voor de hoger opgeleiden is de kans tot 2.5 keer groter om aanvullend verzekerd te zijn dan voor personen met een diploma lager onderwijs of helemaal geen diploma.

De vierde hypothese wordt eveneens bevestigd. Het klopt inderdaad dat hoe hoger het inkomen, hoe hoger de kans om deel te nemen. De odds ratio's zijn hoger dan 1 wat betekent dat personen met een inkomen groter dan 1000 euro een grotere kans hebben zich aan te sluiten bij een hospitalisatieverzekering (1.580), voor de hoogste inkomens is dit zelfs dubbel zoveel (2.038).

Wat het huishoudtype betreft, wordt eveneens bevestigd dat koppels of huishoudens met meerdere personen een significant grotere kans hebben om deel te nemen dan alleenstaanden (odds van 1.307).

De laatste variabele, regio, lost ook de verwachtingen in. Zowel in Brussel (0.609) als in Wallonië (0.763) is de kans op het afsluiten van een hospitalisatieverzekering kleiner dan in Vlaanderen.

Om de fit van het model te testen, hebben we een Hosmer en Lemeshow test gebruikt. De Goodness-of-fit Test geeft een p-waarde die groter is dan 0.05 waaruit we kunnen opmaken dat ons model een goede verklaring biedt voor het bepalen of iemand al dan niet een hospitalisatieverzekering heeft.

Het is echter niet verstandig om ons enkel op deze test te concentreren vermits uit een aantal onderzoeken gebleken is dat de Hosmer & Lemeshow niet altijd dezelfde resultaten geeft (Allison, 2003, p.55). Daarom hebben we ook een classificatietabel opgesteld die ons informatie geeft over de voorspellende waarde van het getoetste model. In totaal wordt 64% van de personen correct geklasseerd in de tabel. Dit is meer dan verwacht wordt volgens een ad random kans op succes van 50%. We kunnen dus stellen dat het model een goede voorspellende waarde heeft.

Tabel 20: *Classificatietabel Gezondheidsenquête (voorspelling is 'ja' als voorspelde kans ≥ 0.50)¹³⁹*

		Voorspeld		Totaal
		Wel	Niet	
Geobserveerd	Wel	3077	775	3852
	Niet	1652	1157	2809
Totaal		4729	1932	6661

2.5. Typevoorbeelden

Om de resultaten beter voor te stellen, hebben we een aantal types van personen samengesteld. Hun mate van deelname is uitgedrukt als een betrouwbaarheidsinterval van de kans om te beschikken over een aanvullende hospitalisatieverzekering. Omdat de steekproef zeer groot is (6661 personen) hebben we een heel klein betrouwbaarheidsinterval. Onderstaande personen hebben 95% kans om in de volgende betrouwbaarheidsintervallen terecht te komen:

¹³⁹ Sharma, S., 1996, p.326: Normaal is de classificatie van de observaties gebaseerd op een cutoff value van 0.5. Wanneer de PHAT (estimated probability) groter is of gelijk aan 0.5, dan wordt de observatie geklasseerd als het hebben van een hospitalisatieverzekering. Een PHAT kleiner dan 0.5 wordt geklasseerd als het niet hebben van een hospitalisatieverzekering.

Tabel 21: Typevoorbeelden Gezondheidsenquête

	Leeftijd	Opleiding	Inkomen	Huishouden	Regio	Betrouwbaarheidsinterval
Jan	30 jaar	HS	1000 €	Gezin	Vlaanderen	53%-56%
Piet	50 jaar	HS	1300 €	Gezin	Vlaanderen	61%-64%
Leen	30 jaar	HO	1500 €	Gezin	Vlaanderen	74%-76%
Jef	30 jaar	HO	1800 €	Gezin	Vlaanderen	78%-80%
Riet	30 jaar	HO	1500 €	Alleen	Vlaanderen	68%-71%
Tom	30 jaar	HO	1800 €	Gezin	Wallonië	74%-76%

Wanneer we Jan en Piet vergelijken, dan blijkt duidelijk dat oudere mensen een grotere kans hebben op deelname dan jongere mensen. Piet is 20 jaar ouder dan Jan en heeft meer kans op een aanvullende hospitalisatieverzekering (tussen de 61% en de 64%). Leen en Jan verschillen enkel naar opleiding van elkaar. Leen is hoger opgeleid dan Jan. Dit blijkt ook uit hun kansen op een aanvullende hospitalisatieverzekering. Leen heeft tot bijna 20% meer kans op deelname dan Jan. Het verschil in inkomen is hier niet belangrijk omdat ze beiden in dezelfde inkomenscategorie zitten (1000-1500 €). Opleiding heeft dus een niet te onderschatten invloed op de kans om deel te nemen aan een aanvullende hospitalisatieverzekering. Wanneer we vervolgens Leen en Jef vergelijken die verschillen naar inkomen, blijkt dat zij ook een verschillende kans hebben op deelname. Het verschil te wijten aan inkomen is niet zo hoog omdat de inkomenscategorieën vrij groot zijn genomen.

Aandacht voor het huishoudtype toont aan dat Leen (maximum 76%) veel meer kans heeft op een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Riet die alleen woont (maximum 71%).

Wanneer we vervolgens Tom en Jef vergelijken, merken we dat de plaats waar men woont niet zo een grote invloed maakt. Terwijl Jef tussen de 78% en de 80% kans heeft op een aanvullende hospitalisatieverzekering, heeft Tom die in Wallonië woont maximum 76% kans.

3. Analyse van de Salarisenquête 2002

Bij de analyse van de gegevens van de Salarisenquête gaan we trachten dezelfde hypothesen te staven als we gedaan hebben voor de Gezondheidsenquête. We gaan er tevens een aantal hypothesen bijvoegen met bedrijfsgebonden kenmerken.

3.1. Beschrijving van de steekproef

De Salarisenquête is een samenwerkingsverband tussen de Katholieke Universiteit Leuven en Vacature, een jobadvertentieblad met een ruime verspreiding onder bedienden en kaderleden. Het gebruik van deze databank heeft een aantal beperkingen:

- Onze bevindingen hebben enkel betrekking op bedienden en kaderleden, er zijn geen arbeiders opgenomen in de databank.
- De respondenten zijn niet gekozen door de onderzoekers aan de hand van een steekproef. Iedere werknemer in België heeft de mogelijkheid gekregen om de vragenlijst in te vullen. Het gaat dus om een zelfselectie.
- We gaan niet dezelfde onderverdelingen voor leeftijd en opleiding gebruiken als voor de Gezondheidsenquête omdat we best rekening houden met de onderverdelingen die reeds gemaakt zijn voor het Vacature-onderzoek. Het is niet relevant een lage leeftijdscategorie of een laag opleidingsniveau te formuleren omdat er bijna geen respondenten zijn in deze categorieën. Indien we dit toch zouden doen, kan dit foutieve resultaten opleveren.
- De statistische analyses zijn enkel toegespitst op voltijdse tewerkstelling omdat de deeltijds tewerkgestelden te weinig vertegenwoordigd zijn in de enquête. De deeltijds werkenden zitten wel in de databank maar ze zijn sterk ondervertegenwoordigd. Dit beperkt onze mogelijkheid tot statistische veralgemening.
- Een laatste beperking van de enquête is het feit dat ze enkel bestemd is voor loon- en weddetrekkenden. Indien men deeltijds in loondienst werkt en men combineert dit met een statuut van zelfstandige in bijberoep of met een uitkering, dan voert men enkel gegevens in van het in loondienst verworven salaris. Dit betekent dat de vragenlijst niet ingevuld is door zelfstandigen, werklozen, gepensioneerden ... Enkel personen met een inkomen verworven uit loondienst zitten in de databank. Indien men twee deeltijdse jobs heeft, moet men de job kiezen met het hoogste brutoloon. Er kan dus geen uitspraak gedaan worden over verschillen tussen actieven en niet-actieven op de arbeidsmarkt en tussen werknemers en zelfstandigen.

Om deze tekortkomingen te beperken en alsnog te komen tot representatieve statistieken, is er een systematische weging geweest van de salarisgegevens. Niet alle groepen uit de beroepsbevolking hebben immers in even sterke mate geparticipeerd. Daarom zijn de salarisgegevens herwogen op basis van opleidingsniveau en leeftijd.

De vragenlijst bestaat uit vier modules: een aantal achtergrondgegevens, vragen met betrekking tot de loopbaan (kenmerken, organisatie ...), vragen over het salaris en de tevredenheid van de respondent met het salaris. In de module over het salaris heeft men de volgende vraag gesteld:

"Kan u aanduiden of u volgende voordelen of rechten al dan niet geniet? Maaltijdcheques, pensioenplan of groepsverzekering, vergoeding voor verplaatsingen, prijsreducties bij aankoop van (bedrijfs)producten, **extra-ziektekostenverzekering of hospitalisatieverzekering**, geboortepremie, huwelijkspremie, kinderopvang, personal credit card, computer voor persoonlijk gebruik, mobiele telefoon, cultuurcheques, was- en strijkdienst, fitness, anders...?"

De respondent moet invullen of hij een extra-ziektekostenverzekering of een hospitalisatieverzekering heeft als aanvulling op zijn loon. We onderzoeken dus niet of de dienst aangeboden wordt door de werkgever maar wel of de werknemer daadwerkelijk beschikt over een

extra-ziektekostenverzekering. Het is immers mogelijk dat de dienst wel wordt aangeboden aan de werknemer maar dat hij niet verplicht is zich hierbij aan te sluiten.

Het antwoord op deze vraag heeft dus enkel betrekking op de tweedepijlervoorzieningen. Terwijl we bij de Gezondheidsenquête niet konden uitmaken of de verzekering door de werknemer of door de werkgever is gesloten, kunnen we hier duidelijk vaststellen welke werknemers een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering hebben en welke werknemers deze niet hebben. Op deze vraag heeft 62.8% van de respondenten positief geantwoord.

Aan de hand van een logistische regressie kunnen we nagaan welke variabelen een invloed hebben op de deelname aan een hospitalisatieverzekering. Er zijn een aantal variabelen die we hiervoor selecteren: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, type van contract, sector en aantal werknemers binnen de onderneming. Zoals gezegd gebruiken we voor leeftijd en opleiding de categorieën die gebruikt worden voor het Vacature-onderzoek. Deze onderverdelingen zijn relevanter voor de Vacature-dataset omdat er te weinig respondenten zich bevinden in de lage categorieën. Voor inkomen gebruiken we het brutomaandinkomen omdat dit een betere weerspiegeling is van het reële inkomen en niet vertekend is door de gezinssituatie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gebruikte variabelen met hun verdeling voor iedere categorie.

Tabel 22: Beschrijving van de gebruikte variabelen, 2002, Salarisenquête

Naam	%	Beschrijving
Geslacht		
Man	70%	0 indien vrouw; 1 indien man.
Vrouw	30%	
Leeftijd		
-30 jaar	25.26%	Leeftijd van het individu, herleid naar 4 categorieën: 1 (-30), 2 (30-39), 3 (40-49), (+50).
30-39 jaar	33.29%	
40-49 jaar	26.34%	
+50 jaar	15.11%	
Opleiding		
LO + LSO	9.92%	Opleiding is het hoogste opleidingsniveau: 1 (lager onderwijs + lager secundair onderwijs), 2 (hoger secundair onderwijs), 3 (hoger onderwijs korte type), 4 (hoger onderwijs lange type + universiteit).
HSO	41.32%	
Korte type HO	26.92%	
Lange type HO + universiteit	21.85%	
Brutomaandinkomen		
=<1500	14.37%	Herleid naar 4 categorieën: 1 (= <1500 €), 2 (1500-2250 €), 3 (2251-3000 €), 4 (>3000 €).
1501-2250	28.51%	
2251-3000	25.97%	
>3000	31.15%	
Contracttype		
Vast contract	91.85%	0 indien variabel contract; 1 indien vast contract.
Variabel contract	8.15%	
Sector		
Industrie	23.98%	Verschillende sectoren: 1(industrie), 2 (bouw), 3 (telecommunicatie en informatica), 4 (financiële sector), 5 (transport, logistiek en distributie), 6 (horeca), 7 (diensten op vlak van personeelsbeleid), 8 (reclame, entertainment en communicatie), 9 (gezondheidszorg en socio-culturele sector), 10 (onderwijs), 11 (overheid).
Bouw	2.84%	
Telecommunicatie en informatica	16.22%	
Financiële sector	8.68%	
Transport, logistiek en distributie	13.26%	
Horeca	1.21%	
Diensten op vlak van personeelsbeleid	8.76%	
Reclame, entertainment en communicatie	2.79%	
Gezondheidszorg en socio-culturele sector	7.13%	
Onderwijs	4.88%	
Overheid	10.26%	

Bedrijfsgrootte		5 categorieën: 1 (0-49), 2 (50-199), 3 (200-499), 4 (500-999), 5 (>1000).
0-49	24.36%	
50-199	17.35%	
200-499	11.18%	
500-999	7.04%	
1000 en meer	40.06%	
Hospitalisatieverzekering		0 indien geen deelname; 1 indien wel deelname
Wel hospitalisatieverzekering	62.78%	
Geen hospitalisatieverzekering	37.22%	

Allereerst bespreken we de verdeling van de *individuele kenmerken*. Zoals reeds vermeld, zijn er meer mannen (70%) dan vrouwen in de dataset. Wat leeftijd betreft is 25% van de respondenten jonger dan 30 jaar, 33% is tussen de 30 en de 39 jaar, 26% is tussen de 40 en 49 jaar en 15% is 50 jaar of ouder. Voor opleiding blijkt 10% van de respondenten een diploma lager onderwijs of lager secundair onderwijs te hebben, 41% een diploma hoger secundair onderwijs, 27% heeft een diploma hoger onderwijs korte type (1 cyclus van 3 jaar) en 22% heeft hoger onderwijs van het lange type (2 cycli van elk 2 of 3 jaar) en universiteit gevolgd. Uiteraard hangt inkomen zeer sterk samen met opleiding en dit blijkt ook uit de verdeling van de inkomenscategorieën voor de respondenten. 14% heeft een brutomaandinkomen lager dan of gelijk aan 1500 euro per maand. 29% heeft een inkomen tussen 1501 en 2250 euro, 26% tussen 2251 en 3000 euro en 31% heeft een inkomen hoger dan 3000 euro. Een laatste variabele voor de individuele kenmerken heeft betrekking op het soort contract dat men heeft. 8% van de respondenten heeft een contract van bepaalde duur, een interimcontract of iets anders en 92% heeft een contract van onbepaalde duur¹⁴⁰.

Wat de *bedrijfskenmerken* betreft kijken we naar de bedrijfsgrootte en de sector van de onderneming. Er zijn elf groepen van sectoren. 24% van de respondenten is tewerkgesteld in de industrie, 3% werkt in de bouw, 16% werkt in de telecommunicatie en de informatica en 9% is tewerkgesteld in de financiële sector. 13% zorgt voor transport, logistiek en distributie en 1% van de respondenten werkt in de horeca. In de zesde groep (diensten op vlak van personeelsbeleid) werkt 9% van de respondenten, 3% werkt in de reclame-, entertainment- en communicatiesector, 7% is tewerkgesteld in de gezondheidssector en de socio-culturele sector, 5% werkt in het onderwijs en in de laatste sectorgroep (overheid) zit 10% van de respondenten.

Wanneer we kijken naar de grootte van de ondernemingen, dan zitten er in de steekproef zowel grote als kleine ondernemingen. Naargelang de grootte van de onderneming spreken we achtereenvolgens van: een KO (kleine onderneming, < 50 personen), een KMO (kleine en middelgrote onderneming, tussen 50 en 100 personen), een MO (middelgrote onderneming, tussen 100 en 500 personen), een GO (een grote onderneming, tussen 500 en 1000 personen) en een ZGO (een zeer grote onderneming, > 1000 personen). 24% van de ondernemingen heeft minder dan 50 werknemers in dienst, 17% heeft tussen de 50 en de 200 werknemers, 11% tussen de 200 en de 500 werknemers en een kleine groep (7%) tussen de 500 en de 1000 werknemers.

¹⁴⁰Deze cijfers zijn niet zo verrassend omdat we in de populatie dezelfde resultaten terugvinden. In 2003 had in België 8,4% een tijdelijk contract, dit komt dus helemaal overeen met Vacature-data; zie http://www.steunpuntwv.be/stat/kerncijfers/kerncijfers_fs.htm (rubriek F) voor de cijfers.

De respondenten die deel uitmaken van de laatste groep, de bedrijven met meer dan 1000 werknemers, maken 40% van de steekproef uit.

3.2. Profiel van de deelnemers

We herhalen hier de werkwijze die we gebruikt hebben voor de analyse van de Gezondheidsenquête. De missings hebben we niet laten meetellen in onze analyses, alle resultaten zijn gebaseerd op de personen die geantwoord hebben op de vraag of ze al dan niet aangesloten zijn bij een aanvullende ziektekostenverzekering.

3.2.1. Individuele kenmerken

Tabel 23: Deelname hospitalisatieverzekering naar geslacht, Salarisenquête

	Vrouw (N=8546)	Man (N=20943)
Hospitalisatieverzekering	56%	65%

$Chi^2=212.60$, $DF=1$, $p<.0001$

Een eerste individueel kenmerk is geslacht. Er is wel degelijk een significant verschil tussen mannen en vrouwen in het voordeel van de mannen. Om mogelijke verbanden met andere variabelen weg te werken, moet een logistische regressie toegepast worden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat mannen significant hoger opgeleid zijn dan vrouwen of dat ze een significant hoger inkomen hebben.

Tabel 24: Deelname hospitalisatieverzekering naar leeftijd, Salarisenquête

	-30 (N=7330)	30-39 (N=9821)	40-49 (N=7878)	+50 (N=4516)
Hospitalisatieverzekering	60%	66%	62%	61%

$Chi^2=69.0993$, $DF=3$, $p<.0001$

Wat de leeftijdsverdeling betreft hebben we andere categorieën gekozen dan voor de Gezondheidsenquête. Uit de resultaten kunnen we opmaken dat de oudste groep (+50-jarigen) meer aangesloten is bij een hospitalisatieverzekering dan de jongste groep maar dat deze groepen iets minder aangesloten zijn dan de middelste groepen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat, vermits een aanvullende hospitalisatieverzekering vaak gelinkt wordt aan een contract van onbepaalde duur, men in de eerste groep in mindere mate beschikt over een contract van onbepaalde duur terwijl dit niet het geval is voor de leeftijdsgroepen ouder dan 30 jaar. Voor de ouderen geldt dan weer dat zij misschien relatief vaker worden uitgesloten om zich aan te sluiten omdat zij een grotere 'risicogroep' zijn voor de verzekeraars. Een logistische regressie waarbij leeftijd de onafhankelijke variabele is, bevestigt deze veronderstellingen. De middelste groepen hebben een odds van 1.280 en 1.086 terwijl de oudste groep een odds heeft van 1.043 (maar 4% meer kans dan de jongste groep).

Tabel 25: Deelname hospitalisatieverzekering naar opleiding, Salarisenquête

	LO + LSO (N=2875)	HSO (N=12101)	KT (N=7973)	LT + UNIV (N=6581)
Hospitalisatieverzekering	56%	60%	63%	72%

$\chi^2=351.382$, $DF=3$, $p<.0001$

Het opleidingsniveau geeft ons dezelfde resultaten als bij de Gezondheidsenquête. Hoe hoger de opleiding, hoe meer personen er aangesloten zijn. Tabel 25 toont ons dat het aantal verzekerden in stijgende lijn gaat met het opleidingsniveau. Terwijl dit bij de lager geschoolden (lager onderwijs en lager secundair onderwijs) schommelt tussen de 50% en 60%, loopt dit voor het korte type op tot 63% en voor het lange type en universiteit tot 72%. Ook hier moeten we er rekening mee houden dat het niet altijd aan de respondenten ligt om al dan niet een aanvullende verzekering te nemen. Ze krijgen gewoon minder kansen om zich aan te sluiten bij een hospitalisatieverzekering omdat hun positie in de onderneming die mogelijkheid niet biedt. Uit de logistische regressieanalyse blijkt dat personen met een hogere opleiding (hogeschool lange type en universiteit) tot tweemaal zoveel kans hebben zich aan te sluiten bij een hospitalisatieverzekering dan personen met een lager onderwijsdiploma. Personen met een diploma hoger onderwijs korte type hebben tot 34% meer kans een hospitalisatieverzekering te hebben dan personen met enkel een diploma lager onderwijs (odds: 1.186, 1.342 en 2.054). Het opleidingsniveau speelt dus wel degelijk een significante rol.

Tabel 26: Deelname hospitalisatieverzekering naar inkomen, Salarisenquête

	<1500 € (N=3391)	1500-2250 € (N=8376)	2251-3000 (N=7999)	>3000 (N=9780)
Hospitalisatieverzekering	43%	53%	65%	76%

$\chi^2=1644.97$, $DF=3$, $p<.0001$

Nadat we de inkomens onder de 1500 euro hebben samengevoegd, komen we tot vier inkomenscategorieën. We merken dat de hogere inkomens vaker aangesloten zijn bij een aanvullende hospitalisatieverzekering dan de lagere inkomens. De resultaten zijn echter niet verrassend. Respondenten met een hoger opleidingsniveau bekleden normaliter een hogere functie en gaan dus een hoger inkomen hebben. Uit de logistische regressie blijkt dat de hoogste inkomenscategorie tot viermaal meer kans heeft op een hospitalisatieverzekering dan de laagste inkomenscategorie (respectievelijke odds zijn 1.537, 2.519 en 4.267).

Tabel 27: Deelname hospitalisatieverzekering naar contract, Salarisenquête

	Vast contract (N=27050)	Variabel contract (N=2311)
Hospitalisatieverzekering	65%	35%

$\chi^2=517.81$, $DF=1$, $p<.0001$

Een laatste kenmerk is het soort contract dat men heeft binnen de onderneming. Gaat het om een contract van onbepaalde duur, bepaalde duur, een interimcontract of iets anders? We

herleiden de variabele naar een dichotome vorm namelijk een contract met vaste betrekking (onbepaalde duur) of geen vaste betrekking (de overige categorieën) omdat de laatste drie categorieën zeer kleine aantallen tellen. Tabel 27 toont ons de resultaten. We stellen vast, zoals ook te verwachten is, dat personen met een vast contract vaker aangesloten zijn bij een aanvullende hospitalisatieverzekering dan personen met een variabel contract. Vaak geldt het contracttype binnen een onderneming immers als voorwaarde om een hospitalisatieverzekering te verkrijgen. De odds ratio voor een vast contract is 2.651 keer groter dan wanneer men een ‘variabel’ contract heeft.

3.2.2. Bedrijfsgebonden kenmerken

Bij arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen zijn er veel bedrijfsgebonden kenmerken die bepalen of er al dan niet een hospitalisatieverzekering aangeboden wordt. De Salarisenquête geeft ons de mogelijkheid te kijken of de sector van de onderneming en de bedrijfsgrootte een invloed hebben op deze aanvullende voorziening.

Tabel 28: *Deelname hospitalisatieverzekering naar bedrijfssector, Salarisenquête*

Sector	Aantal respondenten	% met hospitalisatie
Telecommunicatie en informatica	4623	78%
Financiële sector	2522	73%
Industrie	6822	71%
Diensten op het vlak van personeelsbeleid	2470	65%
Overheid	2940	65%
Reclame, entertainment en communicatie	763	58%
Transport, logistiek en distributie	3683	53%
Horeca	340	50%
Bouw	751	48%
Gezondheidssector en socio-culturele sector	2012	47%
Onderwijs	1388	15%

$\chi^2=2607.3811, DF=10, p<.0001$

Er blijken significante verschillen te bestaan tussen de 11 sectoren. Vooral binnen de quartaire sectoren (gezondheidszorg en onderwijs) blijken er minder respondenten te zijn met een aanvullende hospitalisatieverzekering. De financiële sectoren, de telecommunicatie en informaticasector daarentegen hebben veel werknemers met een hospitalisatieverzekering. De resultaten van een logistische regressie bevestigen de verschillen tussen de sectoren. De sector ‘industrie’ is als referentiecategorie genomen en dit levert respectievelijk de volgende odds ratio’s op: 0.36 voor de bouwsector, 1.375 voor telecommunicatie en informatica, 1.071 voor de financiële sector, 0.446 voor transport, logistiek en distributie, 0.398 voor de horeca, 0.739 voor diensten op het vlak van personeelsbeleid, 0.542 voor reclame en dergelijke, 0.352 voor de gezondheidszorg en socio-culturele sector, 0.071 voor onderwijs en 0.741 voor de overheid. Enkel telecommunicatie, informatica en de financiële sector hebben een odds ratio groter dan 1.

Tabel 29: *Deelname hospitalisatieverzekering naar bedrijfsgrootte, Salarisenquête*

	KO (N=6803)	KMO (N=5095)	MO (N=3273)	GO (N=2132)	ZGO (N=12061)
Hospitalisatieverzekering	34%	62%	73%	77%	74%

$\chi^2=3483.689$, $DF=4$, $p<.0001$

Ook de grootte van de onderneming kan een significante rol spelen bij het aanbieden van hospitalisatieverzekeringen. Uit tabel 29 blijkt dat hoe groter de onderneming, hoe meer werknemers er aangesloten zijn. Terwijl er binnen de ondernemingen die minder dan 50 personen in dienst hebben, slechts 34% van de werknemers is aangesloten, is er 77% aangesloten binnen een onderneming met meer dan 500 werknemers. Toch gaan deze resultaten niet in stijgende lijn. Voor de ondernemingen met meer dan 1000 werknemers is er een lichte daling waar te nemen in het aantal verzekerden. De resultaten van de logistische regressie bevestigen nog eens dit significante verschil. Werknemers binnen een KMO hebben tot driemaal meer kans deel te nemen dan werknemers uit een kleine onderneming, middelgrote ondernemingen tot vijf keer meer en grote ondernemingen hebben tot bijna 7 keer meer kans op een aanvullende hospitalisatieverzekering (de odds zijn respectievelijk 3.248, 5.197, 6.675 en 5.710).

3.3. Bepalende factoren voor deelname aan een hospitalisatieverzekering

Hoe logistische regressie wordt uitgevoerd, is reeds toegelicht bij de analyse van de Gezondheidsenquête. Net zoals in de Gezondheidsenquête wordt ook hier gebruik gemaakt van een weegvariabele die tevens ook al gebruikt is voor de bivariate analyses. Het effect van de andere categorieën op de afhankelijke variabele wordt geëvalueerd ten opzichte van het effect van de referentiecategorie.

Er worden een aantal hypothesen van de Gezondheidsenquête weggelaten (omdat we ze niet kunnen testen) en een aantal bedrijfsgelateerde hypothesen worden toegevoegd. De volgende hypothesen worden getest met de Salarisenquête:

Hypothese 1: Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen in deelname aan een facultatieve hospitalisatieverzekering.

Hypothese 2: Bepaalde leeftijdsgroepen nemen vaker deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan andere leeftijdsgroepen.

Hypothese 3: Hoger opgeleiden nemen significant meer deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan lager opgeleiden.

Hypothese 4: Individuen met een hoger inkomen hebben een grotere kans om toe te treden tot een facultatieve hospitalisatieverzekering dan individuen met een lager inkomen.

(De hypothesen met betrekking tot het huishoudtype (hypothese 5) en de regio (hypothese 6) kunnen niet getest worden)

Hypothese 7: Werknemers met een contract van onbepaalde duur hebben meer kans zich aan te sluiten bij een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers met een contract van bepaalde duur.

Hypothese 8: Werknemers in een grote onderneming hebben een grotere kans deel te nemen aan een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers in een kleine onderneming.

Hypothese 9: De kans dat men een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering krijgt aangeboden, hangt af van de sector waarin men is tewerkgesteld.

Net als bij de Gezondheidsenquête gaan we aan de hand van een *stepwise selectiemethode* eerst bepalen welke variabelen een voldoende correlatie hebben met de afhankelijke variabele. Na het toepassen van deze methode behouden we de volgende variabelen in volgorde van verklarende kracht: bedrijfsgrootte, bedrijfssector, inkomen, contracttype, opleidingsniveau, leeftijd en geslacht. In onderstaande tabel worden de resultaten van de logistische regressie weergegeven.

Tabel 30: Deelname arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering, coëfficiënten van het logistische regressiemodel, N=27986, Salarisenquête

Onafhankelijke variabelen		β	S.E.	Exp (β)
Intercept		-1.6910	0.0899	-
Geslacht	(vrouw)	-	-	-
	Man	-0.1149	0.0333	0.891**
Leeftijd	(-30)	-	-	-
	30-39	-0.0993	0.0401	0.905*
	40-49	-0.2798	0.0454	0.756**
	+50	-0.3283	0.0535	0.720**
Opleiding	(LO + LSO)	-	-	-
	HS	0.1090	0.0490	1.115*
	KT	0.2996	0.0538	1.349**
	LT + UNIV	0.4213	0.0582	1.524**
Inkomen	(<1500 €)	-	-	-
	1500-2250€	0.2117	0.0494	1.236**
	2251-3000 €	0.6250	0.0515	1.868**
	>3000 €	1.0250	0.0551	2.787**
Contracttype	(Variabel)	-	-	-
	Vast	0.7670	0.0541	2.153**
Sector	(Industrie)	-	-	-
	Bouw	-0.6608	0.0876	0.516**
	Telecommunicatie en informatica	0.4610	0.0498	1.586**
	Financiële sector	-0.1983	0.0573	0.820**
	Transport, logistiek en distributie	-0.6168	0.0475	0.540**
	Horeca	-0.3444	0.1286	0.709**
	Diensten op het vlak van personeelsbeleid	0.1220	0.0573	1.130*
	Reclame	-0.0749	0.0884	0.928
	Gezondheidssector + socio-culturele sector	-0.8834	0.0588	0.413**
	Onderwijs	-2.7181	0.0860	0.066**
	Overheid	-0.2538	0.0535	0.776**
	Grootte bedrijf	(KO)	-	-
KMO		1.3255	0.0437	3.764**
MO		1.7729	0.0527	5.888**
GO		1.9916	0.0639	7.327**
ZGO		1.8126	0.0389	6.126**

-2 Log Likelihood intercept: 36677.701

* significant $p < .05$

-2 Log Likelihood intercept en covariaten: 29801.022
Likelihood ratio test: 6926.6787 (df=25, p<.0001)
R²: 30.02%

** significant p<0.01
*** significant p<0.001

De variabele geslacht is opgenomen in het model wat betekent dat er een significant verschil is tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hebben significant vaker een hospitalisatieverzekering dan mannen. We aanvaarden dus de eerste hypothese die stelt dat er een significant verschil is tussen mannen en vrouwen.

Voor de variabele leeftijd is het opvallend dat geen enkele categorie het beter doet dan de referentiecategorie. Er is een klein verschil met de tweede leeftijdsgroep, maar de derde en de vierde groep hebben een beduidend kleinere kans op een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering. We aanvaarden dus eveneens de tweede hypothese die stelt dat er verschillen zijn tussen de verschillende leeftijdsgroepen.

Wanneer we kijken naar de opleidingsvariabele, blijkt dat alle drie de opleidingscategorieën significant afwijken van de respondenten met enkel een diploma lager onderwijs. Respondenten met een diploma hoger secundair hebben meer kans zich aan te sluiten bij een hospitalisatieverzekering, net zoals respondenten met een diploma hoger onderwijs van het korte type. De hogeropgeleiden met een diploma van het lange type of universiteit hebben tot de helft meer de kans op een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering (respectievelijke odds: 1.115, 1.349 en 1.524). We aanvaarden dus de derde hypothese.

Wat inkomen betreft blijkt uit de logistische regressie dat respondenten met een inkomen hoger dan 1500 euro significant meer kans hebben op een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan personen met een lager inkomen (respectievelijke odds: 1.236, 1.868 en 2.787). Voor de grootse inkomenscategorie geldt zelfs dat ze bijna driemaal zoveel kans hebben dan de kleinste categorie. Ook hier wordt onze hypothese dus bevestigd.

We kunnen eveneens bevestigen dat werknemers met een contract van onbepaalde duur tot tweemaal zoveel kans maken op een hospitalisatieverzekering dan personen met een contract van bepaalde duur of een interimcontract (odds: 2.153). We aanvaarden dus ook de zesde hypothese.

Voor de variabele 'sector' is het overduidelijk dat de sector onderwijs (odds: 0.066) en de gezondheidszorg (odds: 0.413) significant minder kans hebben op een hospitalisatieverzekering dan de telecommunicatie, informatica en diensten op het vlak van personeelsbeleid. De sector reclame is niet significant verschillend van de industriesector. We aanvaarden hypothese negen die stelt dat er verschillen zijn tussen de sectoren.

De bedrijfsgrootte heeft een significante invloed op het hebben van een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering. De odds ratio's zijn achtereenvolgens: 3.764 voor KMO, 5.888 voor MO, 7.327 voor GO en 6.126 voor ZGO. KMO's hebben tot bijna viermaal meer kans zich aan te

sluiten bij een aanvullende hospitalisatieverzekering dan een kleine onderneming, middelgrote ondernemingen tot zesmaal meer kans en grote ondernemingen tot zevenmaal meer kans dan een kleine onderneming. Deze opmerkelijke resultaten bevestigen onze hypothese dat hoe groter de onderneming, hoe groter de kans zich aan te sluiten bij een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering. We merken wel op dat voor de zeer grote ondernemingen de odds ratio niet groter is dan voor een grote onderneming. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat zeer grote bedrijven vooral internationale bedrijven zijn waar er nog een andere bedrijfscultuur is en waar een aanvullende hospitalisatieverzekering nog niet als extralegaal voordeel wordt gehanteerd. Deze theorie wordt echter niet bevestigd door de data¹⁴¹. Er moet gezocht worden naar een andere verklaring.

Volgende tabel geeft informatie over de voorspellende waarde van het getoetste model. Er wordt weergegeven hoe de voorspelde waarden zich verhouden tot de geobserveerde waarden. In totaal wordt 76% van de werknemers correct geklasseerd. Dit is meer dan verwacht wordt volgens een ad random kans van 50%. We kunnen dus stellen dat het model een goede voorspellende waarde heeft.

Tabel 31: *Classificatietabel Salarisenquête (voorspelling is 'ja' als voorspelde kans ≥ 0.50)*

		Voorspeld		Totaal
		Wel	niet	
Geobserveerd	Wel	16308	3646	19954
	Geen	3553	4853	8406
Totaal		19861	8499	28360

3.4. Typevoorbeelden

Net zoals voor de Gezondheidsenquête gaan we ook voor de Salarisenquête een aantal typevoorbeelden voorstellen. Dit maakt de interpretatie van de resultaten makkelijker. We gebruiken eveneens een 95% betrouwbaarheidsinterval voor de interpretatie.

¹⁴¹ Bij de niet-Belgische ondernemingen heeft 88.8% een hospitalisatieverzekering terwijl dit slechts 55% is bij de Belgische ondernemingen. Er is dus een significant verschil tussen Belgische en niet-Belgische ondernemingen, maar niet in de richting die we verwacht hadden ($p < .0001$, $\chi^2=1715.1419$).

	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Inkomen	Duur	Sector	Grootte	Betrouwbaarheidsinterval
Lies	Vrouw	29 jaar	HS	1550 €	Onbepaald	Financieel	KMO	62%-63%
Pol	Man	29 jaar	HS	1550 €	Onbepaald	Financieel	KMO	60%-61%
Dirk	Man	49 jaar	HS	2000 €	Onbepaald	Financieel	KMO	53%-54%
Raf	Man	29 jaar	LT	2250 €	Onbepaald	Financieel	KMO	67%-68%
Michel	Man	29 jaar	LT	3050 €	Onbepaald	Financieel	KMO	82%-83%
Ruud	Man	29 jaar	LT	2250 €	Bepaald	Financieel	KMO	49%-49%
Karel	Man	29 jaar	LT	2250 €	Onbepaald	Telecomm.	KMO	79%-80%
Bert	Man	29 jaar	LT	2250 €	Onbepaald	Telecomm.	GO	88%-89%

We vergelijken Lies en Pol om te kijken naar de mogelijke invloed van geslacht. Pol heeft minder kans op een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Lies, het verschil is echter slechts een paar procenten. Wanneer we kijken naar de invloed van leeftijd, merken we dat Dirk maximum 54% kans heeft op een aanvullende hospitalisatieverzekering terwijl Pol (die twintig jaar jonger is) tot 61% kans heeft. In tegenstelling tot de resultaten van de Gezondheidsenquête (ouderen hebben daar meer kans om deel te nemen) zijn het de jongeren die een grotere kans hebben om zich aan te sluiten.

Wanneer we kijken naar Raf en Pol is het opvallend dat Raf (die een diploma van het lange type hoger onderwijs heeft) meer kans heeft op een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Pol die een diploma hoger secundair heeft. Pol heeft tot 61% kans terwijl Raf tot 68% kans heeft. Diploma speelt ook hier weer een belangrijke rol maar is minder doorslaggevend dan bij de Gezondheidsenquête. Samenhangend met diploma is ook inkomen een doorslaggevende factor. Michel en Raf genoten dezelfde opleiding maar hebben wel een ander inkomen. Michel heeft een hoger inkomen dan Raf. Dit hoger inkomen bezorgt hem (samen met andere factoren) een significant hogere kans op een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Raf.

Een vergelijking tussen Ruud en Raf geeft een beeld van het belang van het contracttype. Ruud heeft een contracttype van bepaalde duur en heeft tot bijna 20% minder kans op een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Raf die een contract heeft van onbepaalde duur. Ruud heeft in het beste geval net geen 50% kans op een hospitalisatieverzekering in tegenstelling tot Raf die bijna 70% kans heeft.

Ook een aantal bedrijfskenmerken zijn van doorslaggevende aard. Raf werkt in de financiële sector en heeft tot maximum 68% kans op een hospitalisatieverzekering. Karel die dezelfde kenmerken heeft als Raf maar die in de telecommunicatiesector werkt, heeft tot 80% kans op een hospitalisatieverzekering. Het verschil tussen Karel en Raf illustreert duidelijk het belang van de sector waar men tewerkgesteld is. Wanneer we iemand zouden hebben met dezelfde kenmerken hebben als Karel en Raf maar tewerkgesteld in het onderwijs, dan zou deze persoon nog minder kans maken op een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Het belang van de grootte van de onderneming wordt geïllustreerd door Karel en Bert te vergelijken. Karel werkt in een kleine-middelgrote onderneming en Bert in een grote onderneming. Bert blijkt echter tot bijna 10% meer kans te hebben op een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Karel. Dit opmerkelijke verschil gaat uiteraard nog groter zijn wanneer Karel had gewerkt in een kleine onderneming. Met deze twee laatste vergelijkingen is nog eens aangetoond dat bedrijfskenmerken een even grote of zelfs grotere invloed hebben op de kans om deel te nemen aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan persoonskenmerken zoals opleiding of leeftijd.

4. Analyse van de PSBH-enquête

4.1. Beschrijving van de steekproef

De PSBH-enquête startte in 1990 als een project van het federale Ministerie voor Wetenschapsbeleid. De doelstellingen van de enquête zijn de volgende: het opbouwen van een longitudinaal gegevensbestand, gebaseerd op een steekproef die representatief is voor de analyseniveaus huishouden en individu, waarin een brede waaier van sociaal-economische en gezins-sociologische thema's aan bod komen.

Het PSBH-bestand is zo opgebouwd dat niet enkel alle individuen bevraagd worden over hun persoonlijke situatie maar dat het gezinshoofd ook een vragenlijst invult over een aantal gegevens op gezinsniveau. Men startte in 1992 met een bevraging van bijna 5000 huishoudens en in 2002 heeft men de laatste dataverzameling beëindigd. Er bestaan drie vragenlijsten: een vragenlijst op het niveau van het huishouden, een vragenlijst voor alle personen ouder dan 16 jaar en een kindervragenlijst. De betreffende vraag over de hospitalisatieverzekering bevindt zich in de volwassene vragenlijst op het individuele niveau in 2002. De vraag gaat als volgt:

"Worden/Wordt er gezondheidsdiensten /-verzekering aangeboden door uw werkgever of door het bedrijf waarin u werkt?"

Deze vraagstelling doet al onmiddellijk een paar vragen rijzen over mogelijke interpretaties door de respondent. Wanneer de respondent 'ja' antwoordt, zijn we niet zeker dat hij ook daadwerkelijk verzekerd is. Het is mogelijk dat de verzekering aangeboden wordt aan andere werknemers maar bijvoorbeeld niet aan hem of dat hij de mogelijkheid heeft zich aan te sluiten bij de verzekering maar niet verplicht is hiertoe. Het blijft onduidelijk te bepalen of het individu werkelijk verzekerd is of niet. Door deze onduidelijke vraagstelling is het niet mogelijk om variabelen te gebruiken op het individuele niveau. We moeten ons dus beperken tot een aantal bedrijfskenmerken zoals bedrijfsgrootte en sector.

Wanneer we kijken naar de verdeling binnen de steekproef, komen we tot onderstaande frequentieverdelingen.

Tabel 32: Beschrijving van de gebruikte variabelen, 2002, PSBH

Variabelen	%	Beschrijving
Sector		
Industrie	22.59%	Verschillende sectoren: 1(industrie), 2 (bouw), 3 (handel en horeca), 4 (vervoer, opslag en communicatie), 5 (financiële sector), 6 (diensten aan ondernemingen), 7 (overheid), 8 (onderwijs), 9 (non-profitsector), 10 (anderen).
Bouw	5.52%	
Handel en horeca	11.91%	
Vervoer, opslag en communicatie	6.60%	
Financiële sector	5.69%	
Diensten aan ondernemingen	4.95%	
Overheid	9.01%	
Onderwijs	11.40%	
Non-profitsector	21.79%	
anderen	0.56%	
Bedrijfs grootte		
1-49	47.29%	4 categorieën: 1 (1-49), 2 (50-199), 3 (200-499), 4 (>500).
50-199	11.43%	
200-499	17.55%	
>500	23.73%	
Hospitalisatie		
Wel hospitalisatieverzekering	51.90%	0 indien geen deelname, 1 indien wel deelname
Geen hospitalisatieverzekering	48.10%	

Op de vraag of er gezondheidsdiensten worden aangeboden door de werkgever of door het bedrijf heeft 51.90% positief geantwoord. 2005 respondenten hebben de vraag beantwoord, aan de overige 2742 respondenten is de vraag niet gesteld omdat zij op het ogenblik van de bevraging niet meer of nog niet tewerkgesteld waren.

4.2. Profiel van de deelnemers

Zoals gezegd leggen we ons enkel toe op de bedrijfskenmerken omdat we geen uitspraken kunnen doen over individuele kenmerken.

Tabel 33: Deelname hospitalisatieverzekering naar sector, PSBH

Sector	Aantal respondenten	% met hospitalisatie
Industrie	454	57%
Bouw	92	32%
Handel en horeca	181	34%
Vervoer, opslag en communicatie	155	60%
Financiële sector	117	73%
Diensten aan ondernemingen	94	62%
Overheid	206	67%
Onderwijs	258	28%
Non-profitsector	442	55%
anderen	4	65%

Chi²=153.577, df=9, p<.0001

Net als bij de Salarisenquête nemen personen die tewerkgesteld zijn in het onderwijs veel minder deel aan een hospitalisatieverzekering, slechts 28% beschikt over een aanvullende hospitalisatieverzekering. Onderwijs wordt gevolgd door horeca en handel waar ongeveer 30% van de respondenten een hospitalisatieverzekering heeft. In de financiële sector is meer dan 70% van de respondenten verzekerd.

Tabel 34: Deelname hospitalisatieverzekering naar bedrijfsgrootte, PSBH

	KO (N=791)	KMO (N=264)	MO (N=399)	GO (N=549)
Hospitalisatieverzekering	32%	48%	59%	78%

Chi²= 292.5816, df=3, p<.0001

In de PSBH-data worden de respondenten onderverdeeld in vier groepen naargelang de grootte van het bedrijf waarin ze zijn tewerkgesteld: 0-49 werknemers (KO), 50-99 (KMO), 100-499 (MO) en >500 (GO). Net als bij de Salarisenquête merken we ook hier dat de grootte van de onderneming wel degelijk een significante invloed heeft. Hoe groter de onderneming, hoe groter het aantal respondenten met een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering. Of dit ook zo blijft in een multivariaat model, moet blijken uit de logistische regressie.

4.3. Bepalende factoren voor deelname aan een hospitalisatieverzekering

We testen dezelfde bedrijfsgebonden hypothesen als bij de vorige analyses. De resultaten zijn dezelfde als voor de Salarisenquête maar zijn minder overtuigend. Onderstaande tabel geeft de odds ratio's weer.

Wanneer we kijken naar de sector, dan stellen we vast dat men binnen de financiële sector dubbel zoveel kans heeft op een hospitalisatieverzekering dan in de industriector. Ook de overheidssector doet het beter dan de referentiecategorie. De bouwsector en het onderwijs bieden beduidend minder hospitalisatieverzekeringen aan dan de industriector. De andere sectoren verschillen niet significant van de industriector.

Onze resultaten met betrekking tot de bedrijfsgrootte blijven dezelfde als voorheen. Hoe groter de onderneming, hoe groter de kans op een aanvullende verzekering. Ondernemingen die meer dan 500 werknemers in dienst hebben, hebben tot zes keer meer kans op een aanvullende voorziening dan werknemers in een KO.

Tabel 35: Deelname hospitalisatieverzekering, coëfficiënten logistisch regressiemodel, PSBH, N=2003

Onafhankelijke variabelen		β	S.E.	Exp (β)
Intercept		-0.6663	0.1227	-
Sector	(Industrie)	-	-	-
	Bouw	-0.6304	0.2574	0.532*
	Handel en horeca	-0.36615	0.1966	0.697
	Vervoer, opslag en communicatie	-0.0339	0.2043	0.967
	Financiële sector	0.7650	0.2454	2.149**
	Diensten aan ondernemingen	0.4427	0.2490	1.557
	Overheid	0.4001	0.1882	1.492*
	Onderwijs	-0.9497	0.1794	0.387***
	Non-profitsector	0.0353	0.1443	1.036
	Anderen	0.5923	1.0926	1.808
Bedrijfsgrootte	(KO)	-	-	-
	KMO	0.7588	0.1516	2.136***
	MO	1.1188	0.1326	3.061***
	GO	1.8683	0.1350	6.477***

-2 Log Likelihood intercept: 2771.859

-2 Log Likelihood intercept en covariaten: 2412.596

Likelihood ratio test: 383.2628, df=12, p<.0001

R²: 22.37%

* significant p<0.05

** significant p<0.01

*** significant p<0.001

Voor de PSBH-enquête hebben we de oefening met typevoorbeelden niet gedaan omdat er maar twee hypothesen getest zijn.

5. Bedrijvenenquête

De Gezondheidsenquête en de Salarisenquête hebben ons al veel informatie geleverd over het profiel van de deelnemers aan een hospitalisatieverzekering. Wat individuele kenmerken betreft zijn het voornamelijk hoger opgeleiden en personen met een hoger inkomen die een hospitalisatieverzekering bezitten. Wat bedrijfskenmerken betreft zijn het vooral personen die in grotere ondernemingen werken en in bepaalde sectoren die meer kans maken op een aanvullende hospitalisatieverzekering. Nu we weten wie er een aanvullende hospitalisatieverzekering heeft, ligt het voor de hand dat we nagaan wat de hospitalisatieverzekering nu net dekt.

Binnen de mogelijkheden van het onderzoek (budget en tijd) hebben we een bedrijvenenquête gelanceerd via e-mail om de inhoud en voorwaarden van arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen te achterhalen. U kunt de vragenlijst terugvinden in de bijlage achteraan. Allereerst willen we benadrukken dat de bedrijvenenquête een explorerend onderzoek is. Het websurvey heeft onvoldoende respons opgeleverd om representatieve uitspraken te doen voor heel de bedrijfswereld. Het kan dan ook niet de bedoeling zijn om aan de hand van de bedrijvenenquête hypothesen uit de vorige analyses al dan niet te bevestigen. Met dit instrument trachten we voornamelijk te achterhalen wat de inhoud is van arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen en welke aansluitingsvoorwaarden worden gehanteerd. De bedrijvenenquête is dus nuttig om een beter inzicht te geven in het pakket aan voorzieningen dat een hospitalisatieverzekering aanbiedt.

Naast vragen over een aanvullende ziektekostenverzekering bevat de enquête ook vragen over aanvullende pensioenen en aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Binnen hun beperkingen kunnen deze resultaten gebruikt worden in later onderzoek.

5.1. Bevragingmethode en steekproef

Voor de bedrijvenenquête is gekozen voor een ‘web based survey’ of internetsurvey. Verschillende mogelijkheden en beperkingen zijn afgewogen om te komen tot deze keuze. Eerst en vooral kan via het internet een grotere populatie bereikt worden. Omdat we beschikken over een groot emailadressenbestand van duizenden bedrijven, ligt de mogelijkheid open om een grote bevraging te doen. De automatische input van de data en de snelheid waarmee de data verzameld kunnen worden, bieden tevens een oplossing voor onze tijds- en budgetbeperking. Omdat het hier gaat om een bedrijvenenquête die beantwoord moet worden door een druk bezette personeelsverantwoordelijke, zien we het als een belangrijk voordeel dat de vragenlijst om het even waar en wanneer kon worden ingevuld.

Toch moeten we ook rekening houden met een aantal beperkingen. Er is voorlopig weinig geweten over responspercentages; er worden responspercentages genoemd van 7% tot 77%, afhankelijk van de beoogde doelgroep. Met een unitrespons van 20% tot 25% bij een organisatiebevraging wordt gesproken van een behoorlijk succes. Naast de non-respons wordt de coverage-error (het feit dat niet elke respondent uit de populatie of steekproef beschikt over een internetaansluiting) vaak aangehaald als een mogelijk probleem. Deze beperking stelt zich echter minder bij ondernemingen dan bij individuen. Een andere mogelijke beperking is ‘selection bias’. Het feit dat personen die intensief gebruik maken van het internet of die technisch georiënteerd zijn, vlugger geneigd gaan zijn om in te gaan op het onderzoek (De Winne e.a., 2003, pp.41-51). Dit mocht echter niet direct een probleem zijn voor een personeelsverantwoordelijke, de interviewee die wij aanschreven voor ons onderzoek.

Voor het versturen van het websurvey hebben we emailadressen verkregen uit een databank van de Vlaamse Gemeenschap met bedrijfsgegevens die verzameld zijn op basis van het Rijksregister, de Nationale Bank, BTW-diensten, RSZ ... De gegevens van de databank waren op het moment van de steekproeftrekking al een jaar oud waardoor onvermijdelijk een aantal failliete organisaties of vestigingen met verkeerde emailadressen in het steekproefbestand zijn terecht gekomen. Het gaat hier om dezelfde databank die ook voor het PASO-survey¹⁴² wordt gebruikt.

¹⁴² Het PASO-project is een samenwerkingsverband tussen tal van onderzoeks- en beleidsinstanties. PASO peilt bij Vlaamse organisaties/bedrijven naar het strategisch management van personeelsorganisatie, technologie en innovatie.

Onze populatie bestaat uit vennootschappen waaronder BVBA's¹⁴³, NV's¹⁴⁴, vennootschappen buitenlands recht, vennootschappen onder firma¹⁴⁵, commanditaire vennootschappen¹⁴⁶ en vreemde vennootschappen vallen. Al deze vennootschappen verschillen vaak juridisch in min of meerdere mate. Door te kiezen voor vennootschappen werden er een aantal andere personen/ondernemingen niet opgenomen in de steekproef. Dit is bijvoorbeeld het geval voor publieke instellingen zoals ministeries en OCMW's. Hetzelfde geldt voor economische samenwerkingsverbanden, tijdelijke verenigingen en VZW's. Ook de zogenaamde 'eenmanszaken'¹⁴⁷ (de kruidenier, de bakker, vrije beroepen ...) zijn niet in de steekproef opgenomen. De kans is zeer groot dat voor deze groep de voorzieningen geregeld worden door een sociaal secretariaat of door een boekhouder en dat zij daarom zelf amper op de hoogte zijn van de voorzieningen waar recht op bestaat. Ons steekproefkader is dus in de eerste plaats gebaseerd op de juridische status van de onderneming en niet op de grootte van de onderneming of het statuut van de eigenaars.

Vervolgens is een gestratificeerde steekproef genomen die gewogen is op basis van de bedrijfsgrootte en de sector waarin de onderneming zich bevindt. Bij de stratificatie hebben wij ervoor gezorgd dat vooral de grote ondernemingen (die een kleine minderheid vormen) goed vertegenwoordigd zijn zodat deze later omwille van de non-respons niet volledig uit de steekproef zouden verdwijnen. De ongelijke steekproeftrekking heeft gewaarborgd dat er voldoende grote, middelgrote en kleine ondernemingen geselecteerd zijn. Het impliceert evenwel dat bij verdere analyses de resultaten voortdurend gewogen moeten worden.

Als onderzoekseenheid richten we ons op het vestigingsniveau en niet op de hoofdzetel¹⁴⁸. Een vestiging omschrijven we als 'elk filiaal waar al dan niet meerdere economische activiteiten worden uitgevoerd'. Uit de literatuur weten wij dat een vestiging een relatief autonoom organisatie- en personeelsbeleid kan voeren; niet alle activiteiten worden immers

¹⁴³ Een BVBA is een vennootschap opgericht door één of meer personen die slechts hun inbreng verbinden en waarin de rechten van de vennoten slechts onder bepaalde voorwaarden kunnen worden overgedragen. De oprichters zijn hoofdelijk aansprakelijk en de overdracht van aandelen is aan strikte regels verbonden om te vermijden dat aandelen in vreemde handen zouden vallen.

¹⁴⁴ In een NV (naamloos vennootschap) wordt het kapitaal in aandelen verdeeld. De aandelen zijn, in tegenstelling tot bij een BVBA, overdraagbaar.

¹⁴⁵ Een vennootschap onder firma (VOF) is een samenwerkingsvorm waarin men samen met één of meer partners een bedrijf voert. Deze persoon en zijn partners zijn vennoten. Kenmerkend is dat iedere vennoot iets inbrengt in het bedrijf: geld, goederen, arbeidskracht of goodwill. Iedere vennoot is hoofdelijk aansprakelijk met zijn privé-vermogen.

¹⁴⁶ Een commanditair vennootschap is een speciale vorm van de VOF. Er zijn beherende vennoten en commanditaire of stille vennoten. De stille vennoten zijn slechts financieel betrokken. De beherende vennoten zijn voor 100% aansprakelijk als een vennootschap haar verplichtingen niet nakomt. Stille vennoten kunnen enkel het geld kwijtraken dat ze geïnvesteerd hebben.

¹⁴⁷ Bij een eenmanszaak is men zowel oprichter als eigenaar en bovendien is men volledig aansprakelijk voor alle handelingen en vermogensaangelegenheden. Schuldeisers kunnen zich verhalen op het persoonlijk bezit van de eigenaar, dit in tegenstelling van een NV of een BV waar men niet aansprakelijk kan worden gesteld voor de schulden van een rechtspersoon.

¹⁴⁸ We hebben ons hiervoor gebaseerd op de methodologie van het PASO-project.

gecentraliseerd geregeld in de hoofdzetel. Zelfs belangrijke beslissingen worden vaak op vestigingsniveau genomen. Daar komt bij dat bevraging op vestigingsniveau de accuraatheid van de respons verbetert. Zoals reeds vermeld werd de vragenlijst naar de personeelsverantwoordelijke van de onderneming gestuurd. Indien het gaat over een kleine onderneming, werd uiteraard de zaakvoerder aangesproken.

Uiteindelijk werd de vragenlijst verstuurd naar 5000 respondenten waaronder 1500 Franstalige respondenten. Rekening houdend met meldingen die leren dat het emailadres niet meer geldig is of niet meer bestaat, komen we tot 4884 emailadressen. De vragenlijst is eind september verstuurd. Een kleine maand later is een herinnering verstuurd. De vragenlijst is in bijlage opgenomen.

5.2. Respons

In oktober is het websurvey gesloten met een respons van 9.7%. Dit is niet bijster hoog maar toch een aannemelijke respons in vergelijking met andere onderzoeken¹⁴⁹ die vaak nog de mogelijkheid hebben om de respondenten een tweede maal persoonlijk te contacteren voor medewerking. Omdat wij gebruik maken van dezelfde databank als het PASO-survey, krijgen wij te kampen met dezelfde problemen als zij. Er zitten in de databank een aantal vestigingen die meerdere keren werden aangeschreven door dubbels in het RSZ-bestand en er zijn een aantal 'non-eligibles' in de databank opgenomen. Daarenboven bleken achteraf heel wat bedrijven niet meer te bestaan, gefusioneerd te zijn of geen werknemers meer te hebben (De Winne, 2003, p. 74). Een laatste element dat ertoe heeft bijgedragen dat de respons laag is, is het feit dat de respondent verplicht werd om de meeste vragen in te vullen. Indien hij de verplichte vragen niet invulde, kon hij de vragenlijst niet beëindigen en werden zijn antwoorden bijgevolg niet doorgestuurd naar de server. Deze beperking van de software heeft er mogelijkwijze voor gezorgd dat een aantal respondenten afgehaakt hebben bij het invullen van het websurvey en hun antwoorden bijgevolg verloren zijn gegaan.

Zodra duidelijk werd dat de respons niet heel hoog ging zijn, hebben we aan de respondenten gevraagd om een reden op te geven waarom ze niet tot medewerking kwamen. Er zijn een 70-tal reacties binnengekomen die we in een aantal categorieën kunnen verdelen:

¹⁴⁹ De PASO-enquête heeft een respons van 17.5%. Zij hadden de mogelijkheid om een gecombineerde methode toe te passen waarbij de kleine ondernemingen een schriftelijke vragenlijst kregen toegestuurd (De Winne e.a., 2003, pp. 74-75). Een onderzoek van KPMG Actuarissen (2002) leverde een respons op van ongeveer 10%. Hier moet men wel rekening houden met het feit dat de ondernemingen moesten betalen om mee te mogen doen in ruil voor publiciteit van de resultaten van het onderzoek in de media.

Tabel 36: *Verklaringen non-respons bedrijvenenquête*

Reden van non-respons	% non-respons
Geen tijd, geen interesse, kan niet ingaan op verzoek ...	50%
Pas opgestarte onderneming, reorganisatie, bedrijven met gestopte activiteiten ...	11%
Menen dat ze niet behoren tot doelgroep	23%
Technische mankementen	16%

De helft van de reacties heeft betrekking op het feit dat men gewoonweg niet geïnteresseerd is of dat men geen tijd heeft om mee te werken. Ondernemingen worden blijkbaar geconfronteerd met een overbevraging, ook voor onderzoek met commerciële doeleinden en dan vaak aan de hand van websurveys die kennelijk een makkelijk medium vormen. Dergelijke praktijken doen respons-rates voor onderzoek als het onze kelderen. Een tweede groep bestaat uit ondernemingen die pas zijn opgestart en nog in volle ontwikkeling zijn; bedrijven in een reorganisatie of bedrijven die hun activiteiten hebben gestopt; ondernemingen die het thema van onze bevraging voor hen nog niet of niet meer als relevant beschouwden. Een derde groep vormen de ondernemingen die wel geregistreerd zijn als vennootschap, maar die menen dat ze niet tot de doelgroep van het onderzoek behoren: notarisvennootschappen (hebben vaak een zelfstandigenstatuut), een aantal eenmansbedrijven of tweemansbedrijven waarbij de personen een zelfstandigenstatuut hebben, bedrijven zonder personeel (bijvoorbeeld enkel conciërge), bedrijven die geen voorzieningen aanbieden ... Zij achten het overbodig de vragenlijst in te vullen. Een laatste reden voor non-respons zijn de technische mankementen. Een tiental e-mails zijn (automatisch) teruggezonden omdat er technische fouten waren: mogelijk een fout emailadres, een te grote inhoud, een virus, een persoon waarbij de vragenlijst is vastgelopen, ... Deze foutmeldingen zijn zeer uiteenlopend.

Zijn er dan bepaalde sectoren die meer of minder hebben deelgenomen aan het onderzoek? Hebben grote ondernemingen meer deelgenomen aan het websurvey dan kleine ondernemingen? En speelt de taal een significante rol om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek?

Wanneer we kijken naar de grootte van de onderneming valt op dat er relatief meer grote en middelgrote ondernemingen aanwezig zijn in de responspopulatie dan verwacht wordt op basis van hun aandeel in de totale populatie. Wat de sector van de onderneming betreft blijkt er tussen de respons en de non-respons een significant verschil te zijn. De industriële sector, de handel en de financiële sector nemen iets meer deel aan de enquête dan andere sectoren. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat de financiële sector vaak zelf aanbieder is van aanvullende verzekeringen en zij zich meer betrokken voelen bij het onderwerp. Zoals gebleken is uit eerder besproken enquêtes is het tevens zo dat bepaalde sectoren van de industrie vaker aanvullende verzekeringen aanbieden dan andere sectoren (bijvoorbeeld de chemische sector) en zij bijgevolg beter op de hoogte zijn van deze materie. Voor de handel is niet onmiddellijk een verklaring voorhanden.

Een laatste controlepunt is de taal van de onderneming. Er is een significant lagere respons bij de Franstalige dan bij de Nederlandstalige respondenten. De Franstalige respons bedroeg 5.6% in tegenstelling tot een Vlaamse respons van 11.9%. Er is een significante ondervetegenwoordiging van Franstalige ondernemingen. Een verklaring kunnen we hier niet onmiddellijk voor vinden.

5.3. Resultaten

De ervaring van bedrijven-enquêtes leert ons dat de respons zeer laag kan zijn. Onze enquête vormt daarop geen uitzondering. Het zou dan ook niet correct zijn om met deze enquête hypothesen te willen toetsen met betrekking tot de sector en de grootte van onderneming, al worden de eerder gevonden verbanden (hypothese 8 en 9) ook in deze enquête bevestigd. In wat volgt hebben we vooral aandacht voor de dekking van de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen. Wat is er verzekerd en welke zijn de voorwaarden om zich aan te sluiten?

Tabel 37: Resultaten bedrijven-enquête, 2004

Variabele		Ja	Nee	Weet niet
Biedt men een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering aan? (N=492)		25.80%	72.04%	2.16%
Dekking hospitalisatieverzekering	Hospitalisatie (N=126)	99.25%	0.75%	0%
	Voor- en nabehandeling (N=126)	90.85%	3.59%	5.56%
	Ambulante verzorging bij zware ziekten (N=119)	73.83%	10.31%	15.86%
	Andere medische kosten (N=120)	26.95%	57.65%	15.40%
	Afhankelijkheidsverzekering (N=117)	8.03%	53.81%	38.16%
Statuut	Dekking kaderleden (N=115)	89.50%	7.22%	3.28%
	Dekking bedienden (N=127)	97.35%	2.65%	0%
	Dekking arbeiders (N=84)	57.58%	37.25%	5.17%
Houdt men rekening met contracttype? (N=128)		59.02%	39.59%	1.39%
Betaalt werknemer deel van premie? (N=128)		23.33%	75.22%	1.45%
Is de werknemer verplicht aangesloten? (N=128)		43.26%	51.87%	4.87%
Zijn de gezinsleden van de werknemer verplicht aangesloten? (N=128)		10.33%	85.87%	3.80%

Wat de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekeringen betreft blijkt dat hospitalisatie, op één respondent na, altijd gedekt wordt. Ook de voor- en nabehandeling wordt door meer dan 90% van de verzekeringen gedekt. Een ambulante verzorging bij zware ziekten wordt door 74% van de verzekeringen gedekt terwijl andere medische kosten (tandverzorging, ambulante kosten ...) slechts door 27% van de verzekeringen terugbetaald worden. De afhankelijkheidsverzekering, die in 8% van de verzekeringen gedekt is, wordt niet vaak opgenomen in de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering. Het gebrek aan interesse voor deze verzekering bleek ook al eerder uit de ledenaantallen van de afhankelijkheidsverzekeringen. We

moeten er wel rekening mee houden dat 38% van de respondenten niet weet of een afhankelijkheidsverzekering al dan niet inbegrepen is in hun verzekering. De kans is dus groot dat het percentage afhankelijkheidsverzekeringen enigszins een onderschatting is.

Een volgende vraag die we ons stellen heeft betrekking op *de voorwaarden* om te mogen deelnemen aan een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering. Uit de enquête blijkt dat in 89.50% van de gevallen aan de kaderleden een hospitalisatieverzekering toegekend wordt. Dit percentage is eveneens een onderschatting omdat veel respondenten directieleden hebben geplaatst onder de categorie 'anderen' en niet onder de categorie 'kaderleden' hoewel directie voor ons bij de kaderleden hoort. 97.35% van de bedienden heeft recht op een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering en slechts 57.58% van de arbeiders. Hoe hoger het diploma en de functie in de onderneming, hoe meer kans men heeft op deelname aan een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Wanneer we kijken naar het contracttype beweert 59% van de respondenten rekening te houden met het soort contract dat de werknemer heeft. Dat de werknemer een contract heeft van onbepaalde duur, van bepaalde duur of een interimcontract, speelt dus wel degelijk een rol. Uit eerdere analyses weten we immers dat personen met een contract van onbepaalde duur wel degelijk meer kans hebben op een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan werknemers met een contract van bepaalde duur of een interimcontract.

Wanneer we kijken naar wie de premie betaalt voor de verzekering blijkt dat in 75% van de gevallen de werknemer niet moet bijleggen voor de premie van zijn verzekering; de kosten worden volledig door de werkgever betaald. Bij 23% van de ondernemingen moet de werknemer wel een eigen bijdrage leveren. Uit onze enquête blijkt verder dat men zich slechts in 43% van de gevallen verplicht moet aansluiten bij de verzekering, 52% van de respondenten zegt dat dit niet hoeft.

In 10% van de gevallen is ook de aansluiting tot de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering voor de gezinsleden verplicht. Voor 85% van de ondernemingen zijn de gezinsleden niet mee verplicht aangesloten. Onder deze 85% vallen zowel de gezinsleden die de vrije keuze hebben tot de verzekering toe te treden als degene die helemaal niet mogen toetreden.

Wat de voorwaarden van een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering betreft kunnen we besluiten dat kaderleden en bedienden een grotere kans hebben op een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering dan arbeiders en dat de premie in de meeste gevallen betaald wordt door de werkgever. Bovendien wordt de verzekering voor de gezinsleden van de werknemer in de meeste gevallen niet verplicht gesteld.

6. Algemeen overzicht voor testen van de hypothesen

In onderstaande tabel zijn alle hypothesen samengebracht om te kijken of we tot een éénvormig besluit kunnen komen over een profiel van de deelnemers aan een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Tabel 38: *Overzicht testen hypothesen*

	GZH	SALARIS	PSBH
1. Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen in deelname aan een facultatieve hospitalisatieverzekering.	-	+	n.t.
2. Bepaalde leeftijdsgroepen nemen vaker deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan andere.	+	+	n.t.
3. Hoger opgeleiden hebben vaker een hospitalisatie dan lager opgeleiden	+	+	n.t.
4. Personen met een hoger inkomen hebben meer kans op een hospitalisatie dan lage inkomensstrekkers	+	+	n.t.
5. Koppels hebben vaker een facultatieve hospitalisatieverzekering dan alleenstaanden	+	n.t.	n.t.
6. Personen in Vlaanderen nemen vaker deel aan een hospitalisatie dan personen uit Brussel of Wallonië	+	n.t.	n.t.
7. Personen met een contract van onbepaalde duur krijgen vaker een hospitalisatieverzekering als extra-legaal voordeel dan personen met een contract van bepaalde duur of een interim-contract	n.t.	+	n.t.
8. Werknemers uit een grote onderneming krijgen vaker een hospitalisatieverzekering aangeboden dan werknemers uit een kleinere onderneming	n.t.	+	+
9. In bepaalde sectoren is de kans op een aanvullende hospitalisatieverzekering groter dan in andere sectoren	n.t.	+	+

n.t.: niet te testen

+: H_0 aanvaard

-: H_0 verworpen

Voor de eerste hypothese vinden we enkel bevestiging in de Salarisenquête. Mannen en vrouwen nemen niet in dezelfde mate deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering. Wat leeftijd betreft blijken er zowel in de Gezondheidsenquête als in de Salarisenquête significante verschillen te zijn tussen de verschillende leeftijdsgroepen. We aanvaardden dus de tweede hypothese.

We kunnen eveneens besluiten dat hoger opgeleiden vaker een aanvullende hospitalisatieverzekering hebben dan lager opgeleiden. Hetzelfde geldt voor de vierde hypothese. Personen met een hoger inkomen hebben vaker een aanvullende voorziening in de vorm van een hospitalisatieverzekering dan personen met een lager inkomen. We kunnen deze vaststellingen nog eens extra staven met resultaten van de bedrijvenenquête. Uit de bedrijvenenquête blijkt dat er in een onderneming vaker een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering aangeboden wordt aan de kaderleden en de bedienden dan aan de arbeiders.

Hypothese 5 en 6 bevestigen we op basis van de Gezondheidsenquête. Koppels hebben vaker een aanvullende hospitalisatieverzekering dan alleenstaanden en Vlamingen zijn vaker verzekerd voor een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Walen of Brusselaars. Hypothese 7 hebben we getest met de Salarisenquête en eveneens aanvaard. Voor deze hypothese hebben we een indicatieve bevestiging gevonden in de bedrijvenenquête. Ondernemingen blijken wel degelijk

rekening te houden met het contracttype van de werknemer.

Wanneer we kijken naar de bedrijfsgebonden kenmerken blijkt dat werknemers in grote bedrijven vaker een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering hebben dan werknemers in kleine bedrijven. Ook blijken er significante verschillen te zijn tussen verschillende sectoren. Vooral de non-profitsector biedt minder vaak een hospitalisatieverzekering aan.

Deel 4: Inventarisatie van aanvullende sociale voorzieningen in België

Met de inventaris van aanvullende ziektekostenverzekeringen is het niet alleen onze bedoeling een overzicht te geven van de verschillende actoren en de producten die worden aangeboden, maar ook van de inhoud van deze producten. Zonder al te diep in detail te gaan, wensen we te weten welke diensten worden aangeboden binnen een bepaald verzekeringsproduct. We willen bijvoorbeeld weten welke aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen een vergoeding voor ziekenvervoer bevatten, of welke facultatieve hospitalisatieverzekeringen ook een tegemoetkoming voor de voor- en nabehandeling voorzien.

In de databank worden vervolgens kwantitatieve gegevens gekoppeld aan de inventaris om zo een accuraat beeld te geven van de verspreiding van de verschillende producten en diensten over de bevolking. De kennis over de inhoud van de verschillende producten en het aantal deelnemers aan deze producten zal toelaten een matrix te creëren die informatie kan opleveren over de spreiding van de uiteenlopende diensten over de bevolking.

1. Opbouw van de databank

Met het oog op de uitbreiding van de AGORA-productmatrix tot de sector van de gezondheidszorg wordt een classificatietypologie voor de aanvullende producten ontworpen. Ieder product is beoordeeld op een aantal variabelen van de sociale zekerheidsmatrix, meer bepaald die van de productmatrix¹⁵⁰. De variabelen van de productmatrix worden ingedeeld in 3 modules: een basismodule, een uitgavenmodule en een financieringsmodule. De basismodule achterhaalt een aantal algemene kenmerken van de onderzochte sociale zekerheidsproducten: het beleidsniveau, het beheersniveau, het persoonlijk toepassingsgebied... De uitgavenmodule bevat een aantal variabelen die de wijze van overdracht, de berekeningswijze, de periodiciteit, het karakter, de sociale zekerheidsfunctie ... aangeven. De financieringsmodule ten slotte omvat variabelen die de mogelijke financieringsvormen beschrijven. Door ons te laten leiden door het concept en het ontwerp van de sociale zekerheidsmatrix, wordt het mogelijk om een duidelijk en coherent overzicht te presenteren van de producten. Bovendien kunnen we op die manier ook

¹⁵⁰ De sociale zekerheidsmatrix voorziet een koppeling tussen individuele gegevens en gegevens met betrekking tot sociale zekerheidsvoorzieningen. De sociale zekerheidsmatrix bestaat daarom uit drie onderdelen. In de *productmatrix* worden sociale zekerheidsmaatregelen afgezet tegen een aantal variabelen die toelaten de onderzochte regelingen te karakteriseren, alsook gegevens met betrekking tot de uitgaven en de financiering ervan te achterhalen. In de *individuele matrix* wordt het individu geschaald op een aantal variabelen die zowel op het individu zelf als op zijn gezinssituatie betrekking hebben. De *verbindingsmatrix* ten slotte verbindt het individu met de sociale zekerheidsmaatregelen waarop hij recht heeft of waaraan hij bijdraagt (Berghman e.a., 2004; Berghman & Nijs, 2004).

informatie toevoegen aan de sociale zekerheidsmatrix en deze aldus valideren voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Op basis van geraadpleegde literatuur, de algemene voorwaarden van een aantal voorbeeldproducten en een reeds bestaande typologie van facultatieve producten – die werd ontwikkeld door de FVF¹⁵¹ – worden de variabelen voor de typologie vastgelegd. Vervolgens zijn afzonderlijke databanken voor (1) de aanvullende producten van de ziekenfondsen, (2) de arbeidsgebonden, (3) de individuele facultatieve en (4) de afhankelijkheidsproducten aangelegd in ACCESS-formaat. In samenspraak met andere onderzoekers op onze afdeling werden deze databanken dus compatibel gemaakt met de AGORA-matrix.

Om de databank voor de aanvullende producten van de ziekenfondsen te kunnen invullen, worden de producten die door de ziekenfondsen worden aangeboden samengebracht en vervolgens getoetst aan een overzicht van de statuten. De statuten zijn een soort controle voor de producten omdat er immers geen enkel voordeel mag worden aangeboden zonder dat het expliciet in de statuten vermeld staat. Vervolgens wordt getracht aan ieder product het aantal aangeslotenen te verbinden. Voor het invullen van de databank met de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen en de facultatieve hospitalisatieverzekeringen worden de algemene voorwaarden en het aantal verzekerden voor de verschillende producten van de verzekeringsondernemingen opgevraagd. De reacties op deze rondvraag gebeurden echter zeer moeizaam en we zijn er uiteindelijk niet in geslaagd het aantal aangeslotenen te verkrijgen voor alle producten.

Wat betreft de codering van de voorzieningen en verzekeringen hebben we alle producten een code meegegeven naargelang de databank waartoe ze behoren. Onderstaande tabel vat dit even samen.

Tabel 39: Codering producten databank

	Code	Soort voorziening	Actor(en)	# producten
Tweede pijler	A	Aanvullende voorziening Ziekenfonds	Ziekenfonds	69
	C	Arbeidsgebonden Hospitalisatieverzekering	Verzekeringsonderneming	19
Derde pijler	H	Facultatieve Hospitalisatieverzekering	Ziekenfonds en verzekeringsonderneming	59
	I	Facultatieve Afhankelijkheidsverzekering	Verzekeringsonderneming	9

De interpretatie van de variabelen van iedere databank is in de handleiding opgenomen. In de volgende paragrafen geven we telkens een korte beschrijving van iedere databank en worden er een aantal opmerkingen gegeven bij de databanken.

¹⁵¹ Federatie voor Verzekerings- en Financiële tussenpersonen

2. Tweede pijler - aanvullende voorzieningen

Voor een analyse van de databank met de aanvullende diensten van de ziekenfondsen leggen we ons toe op het classificatiesysteem van de Controledienst van de ziekenfondsen en de landsbonden (CDZ). Om inzicht te verwerven in de veelheid aan ingerichte diensten werd door de Controledienst in 1993 bij omzendbrief een classificatie uitgewerkt met betrekking tot de diensten ingericht door de landsbonden, de ziekenfondsen en de maatschappijen van onderlinge bijstand. Deze classificatie werd ook geïntegreerd in het rekeningenstelsel van de vrije en aanvullende verzekering.

De statuten waarop het classificatiesysteem is gebaseerd, zijn een zeer goede basis voor onze analyse omdat er immers geen enkel voordeel aangeboden mag worden dat niet expliciet in de statuten vermeld staat. Tevens is het zo dat de voordelen die in het kader van samenwerkingsakkoorden verleend worden, ook in de statuten moeten beschreven staan, alsook de rechten en de plichten van de leden en de personen ten laste.

Allereerst hebben we aandacht voor de classificatie van de diensten en geven we een paar opmerkingen bij de databank. Vervolgens bekijken we de verschillende groepen van variabelen met uiteindelijk de validatie van de AGORA-matrix voor de aanvullende voorzieningen.

2.1. Classificatiesysteem

Onderstaande tabel geeft een globaal overzicht van de aangeboden diensten volgens het classificatiesysteem van de Controledienst in 2004. Op basis van deze informatie kunnen we zien welke diensten frequent aangeboden worden en welke diensten minder aandacht krijgen.

Tabel 40: *Percentage ziekenfondsen dat de betreffende dienst aanbiedt*

Dienst	%	Dienst	%
0. Medische en paramedische verzorging		Verplaatsingskosten	21.33%
Geneeskundige verzorging (KR)	88,00%	Diverse vervoerskosten	8.00%
Verzorging in het buitenland	100,00%	5. Eénmalige uitkeringen	
Logopedie	77.33%	Geboorte – adoptie	86.67%
Pedicure	70.67%	Huwelijk – samenwonen	4.00%
Verzorgingsmateriaal	46.67%	Overlijden – weduwschap	33.33%
Orthodontie	52.00%	Pensioen	0.00%
Brillen en prothesen	69.33%	Wezenvergoeding	0.00%
Alternatieve geneeswijzen	53.33%	Verjaardagen	0.00%
Diverse medische verstrekkingen	80.00%	Andere eenmalige uitkeringen	5.33%
1. Arbeidsongeschiktheid		6. Diverse uitkeringen en tegemoetkomingen	
Dagvergoeding langer dan 1 jaar	5.33%	Sociaal fonds	46.67%
Dagvergoeding met een duurtijd van maximum 1 jaar	4.00%	Vakantievergoeding voor invaliden	25.33%
Dagvergoeding met een duurtijd van ten hoogste 3 maanden	17.33%	7. Welzijn	

2. Intramurale verzorging		Welzijnsdiensten voor jeugd	85.33%
Facultatieve aansluiting – forfaitaire uitkering per daghospitalisatie	30.67%	Welzijnsdiensten voor zieken	48.00%
Facultatieve aansluiting – variabele uitkering in functie van de werkelijke kosten	20.00%	Welzijnsdiensten voor gehandicapten	28.00%
Verplichte aansluiting – forfaitaire uitkering per daghospitalisatie	49.33%	Welzijnsdiensten voor gepensioneerden	42.67%
Verplichte aansluiting – variabele uitkering in functie van de werkelijke kosten	18.67%	Gezondheidsopvoeding	50.67%
Opname in preventorium	1.33%	Slachtofferhulp	4.00%
Herstelkuren	17.33%	8. Voorlichting	
Kortverblijf	40.00%	Rechtsbijstand	54.67%
Hospitalisatie- begeleide personen	29.33%	Periodieke informatie aan leden	54.67%
3. Thuiszorg		Voorlichting inzake het gebruik van minder dure geneeskundige verzorgingsformules	10.67%
Verzorging aan huis (verpleging)	68.00%	Sociale bijstand	21.33%
Gezins- en bejaardenhulp	74.67%	Diverse themagerichte informatie	29.33%
Uitleendienst	65.33%	9. Werking en waarborgen	
Alarmsysteem	50.67%	Bijzonder reservefonds – algemene regeling	85.33%
Woningadvies	10.67%	Bijzonder reservefonds – regeling zelfstandigen	85.33%
Zorgverzekering	2.67%	Waarborgfonds	2.57%
4. Vervoer en verplaatsingskosten		Administratief centrum	93.33%
Ziekenvervoer	88.00%		

Bron: CDZ-statuten, 2004

Wanneer we kijken naar de meest aangeboden diensten komen we tot de volgende vaststellingen. Alle ziekenfondsen bieden een verzorging in het buitenland aan (de meesten doen dit in samenwerking met EuroCross). 88% van de ziekenfondsen biedt een verzekering kleine risico's aan voor zelfstandigen. Eveneens 88% van alle ziekenfondsen organiseert ziekenvervoer voor de leden, 86.67% biedt een geboorte- of adoptiepremie aan en 85.33% heeft een uitgebreide welzijnsdienst voor de jeugd. Daarop volgen dan diverse medische en paramedische verstrekkingen door 80% van de ziekenfondsen aangeboden. Logopedie (77.33%) en gezins- en bejaardenhulp (74.67%) komen erna, gevolgd door pedicure (70.67%). Thuiszorg in het algemeen is een dienst die door meer dan 60% van de ziekenfondsen wordt aangeboden. In algemene lijnen valt op dat welzijn (met uitzondering van de welzijnsdiensten voor jeugd) en voorlichting minder aan bod komen en dat vooral de terugbetaling van (para)medische kosten vergoed wordt.

Wanneer we kijken naar de minst aangeboden diensten, valt op dat er weinig ziekenfondsen een vergoeding geven voor een opname in een preventorium of een éénmalige premie geven voor een familiale of sociale aangelegenheid. Tevens is het zo dat slachtofferhulp door slechts 4 % van de ziekenfondsen aangeboden wordt.

Voor de hospitalisatiediensten (intramurale verzorging) is het opvallend dat maar de helft van de ziekenfondsen een aanvullende hospitalisatievergoeding aanbiedt. Het onderscheid verplicht-facultatief verwijst naar het verschil tussen de tweede en derde pijler. De tweede pijler zijn de verplichte voorzieningen die op het niveau van de ziekenfondsen (in de meeste gevallen)

automatisch worden gesloten voor ieder lid en de derde pijler zijn de facultatieve verzekeringen die door het individu zelf worden gesloten. We komen tot de volgende vaststellingen:

- De *verplichte hospitalisatieverzekering met een dagvergoeding* wordt door bijna de helft van de ziekenfondsen aangeboden (49.33%). Dit betekent dat de helft van alle leden een vergoeding krijgt voor elke dag dat ze in het hospitaal liggen. Het gaat hier meestal om kleine bedragen, maximaal 12.39 euro per dag (CDZ, 2003, p.80).
- De *verplichte hospitalisatieverzekering met een variabele vergoeding* wordt slechts aangeboden door 18.67% van de ziekenfondsen en voornamelijk binnen één landsbond. Het gaat hier om een vergoeding van 75% van de kosten of het terugbetalen van alle reële kosten boven een bepaald bedrag. De financiering gebeurt wel degelijk door een gesolidariseerde premie.
- De *facultatieve hospitalisatieverzekering met een forfaitaire uitkering* wordt door één derde van de ziekenfondsen aangeboden (30.67%). De uitgekeerde bedragen zijn hoger dan bij de verplichte verzekering en kunnen oplopen tot 50 euro per dag (CDZ, 2003, p.80). Voor een aantal van deze producten hebben we een ledenaantal verkregen van de ziekenfondsen. Deze aantallen zijn echter niet altijd opgesplitst per product.
- Voor een *facultatieve hospitalisatieverzekering met een variabele vergoeding* kan men aansluiten bij 20% van de ziekenfondsen. De maatschappijen van onderlinge bijstand die via de ziekenfondsen een hospitalisatieverzekering aanbieden zijn hier niet bijgeteld. Het percentage ziekenfondsen dat een facultatieve hospitalisatieverzekering aanbiedt, zal dus hoogstwaarschijnlijk hoger zijn dan 20%.

Opvallend na de analyse van de aangeboden diensten door de ziekenfondsen is de grote verscheidenheid aan diensten tussen de landsbonden. Verschillende landsbonden bieden meer aandacht aan ouderen en jonge ouders terwijl anderen het belangrijker vinden een vergoeding te geven voor actuele en nieuwe gezondheidsproblemen zoals anticonceptie.

2.2. Opmerkingen bij de databank

Een eerste opmerking met betrekking tot de databank gaat over de *ledenaantallen* die zijn opgenomen. De ledenaantallen die zijn doorgegeven hebben betrekking op 2002. Ondertussen zijn er reeds verschillende mutualiteiten gefusioneerd en hebben we deze cijfers moeten samenvoegen. Voor de socialistische mutualiteiten was het ledenaantal niet altijd even duidelijk. Ze geven het aantal leden per dienst en niet per ziekenfonds. Om het ledenaantal per ziekenfonds te bepalen, nemen we het ledenaantal dat vermeld staat bij de dienst ‘administratief centrum’.

Voor de onafhankelijke ziekenfondsen heeft ziekenfonds 526 (Partena) twee aanvullende voorzieningen (Basis en Extra) met elk een andere dekking, er is echter maar één ledenaantal opgegeven. Het is dus onmogelijk te bepalen hoeveel leden de voorziening 'Basis' hebben en hoeveel leden er aangesloten zijn bij 'Extra'. Het ledenaantal dat ingevuld is voor deze producten is tussen haakjes geplaatst omdat het een som is voor de twee producten. Voor de aanvullende diensten van de neutrale ziekenfondsen hebben we enkel een algemeen ledenaantal voor al de ziekenfondsen gekregen en niet per ziekenfonds apart. Ook hier wordt het ledenaantal voor de verschillende producten tussen haakjes geplaatst. Voor de liberale ziekenfondsen stelden er zich geen problemen.

Een tweede opmerking betreft het feit dat er heel veel variabelen zijn opgenomen in de databank. Ieder ziekenfonds beschikt echter niet over een website met uitgebreide informatie over de aangeboden diensten. Er zijn dus heel wat cellen van de databank opengelaten omdat er geen duidelijkheid bestaat over de waarde van de variabele.

2.3. Variabelen in de databank

De databank van aanvullende voorzieningen bevat 9 groepen van variabelen: productinformatie (naam ziekenfonds, naam product, aantal aangeslotenen ...), algemene informatie (tarieven, wachttijden, aansluiting ...), terugbetaling medische kosten, premies en tegemoetkomingen (geboortepremie, overlijdensvergoeding ...), (para)medische dienstverlening (EUROCROSS, thuiszorg ...), sociale dienstverlening (sociale begeleiding, gezinshulp, kinderopvang ...), voordelen in natura (beperking remgeld, geboortegeschenk ...), andere tegemoetkoming (renteloze lening, vrijwilligerswerking ...) en de AGORA-matrix. Er wordt hier niet verder ingegaan op de verschillende groepen van variabelen omdat de handleiding van de databanken reeds toelicht welke variabelen er in ieder groep zitten en hoe ze moeten geïnterpreteerd worden.

We gaan iets dieper in op de variabelen met betrekking tot de AGORA-matrix omdat we met behulp van deze variabelen iedere voorziening kunnen plaatsen in het grote geheel van de sociale zekerheidsmatrix. De variabelen gaan voor de meeste producten dezelfde scores krijgen omdat het telkens over hetzelfde soort product gaat. Voor *de basismodule* betekent dit dat de aanvullende voorzieningen allemaal sociale uitgavenmaatregelen zijn. Onder wettelijke hoedanigheid bedoelt men de verplichting zich aan te sluiten bij deze voorziening. Deze verplichting hoeft niet altijd opgelegd te zijn door de wet, ook een ziekenfonds doet dit aan de hand van hun statuten. Voor een aantal voorzieningen is de wettelijke hoedanigheid verplicht, voor een aantal niet. Zowel het beleidsniveau als het beheersniveau voor de aanvullende voorzieningen hebben de waarde zeven namelijk de mutualiteiten, landsbonden en de

ziekenfondsen. Een andere variabele, het persoonlijk toepassingsgebied, krijgt code 1 namelijk het categoriaal stelsel. Categoriele stelsels omvatten sociale zekerheidsproducten die een specifieke, beperkte groep van de bevolking beschermen. In ons geval gaat het om de leden van de mutualiteiten die een premie betalen voor de aanvullende voorzieningen. Wat de periodiciteit betreft van de aanvullende voorzieningen ontvangt men een vergoeding bij een bepaalde gebeurtenis (bijvoorbeeld een geboortepremie) of éénmalig (bijvoorbeeld de kapitaaluitbetaling bij de afhankelijkheidsverzekering). De aanvullende voorzieningen zijn niet middelengetoetst. Dit wil zeggen dat deze sociale zekerheidsproducten onafhankelijk zijn van het inkomen van de begunstigde.

Voor de aard van de overdracht in *de uitgavenmodule* nemen we de code ‘sociale overdrachten aan individuen en huishoudens’. Het karakter van de aanvullende voorzieningen kan zowel preventief (bijvoorbeeld informatiesessies), herstellend (hersteltkuren, kinesist...) of een vergoeding (bijvoorbeeld geboortepremie) zijn. De sociale zekerheidsfunctie is gecodeerd volgens drie belangrijke indelingen, namelijk die van Eurostat (ESSPROS), ILO (SSI) en OECD (SOCX). Voor Eurostat gebruiken we code 100 (ziekte en gezondheidszorg), voor ILO is code 400 (medical care) voor ons van toepassing en voor de laatste indeling gebruiken we code 110 (gezondheidszorg). Omdat aanvullende voorzieningen uit zoveel diensten bestaan, kunnen we ze mogelijk ook plaatsen onder andere codes maar hiervoor zouden we het product moeten opsplitsen in meerdere producten en dit zou ons te ver leiden. De wijze van overdracht kan ‘in cash’ zijn of ‘in kind’ onder de vorm van een terugbetaling van de kosten (bijvoorbeeld logopedist) of goederen en diensten (bijvoorbeeld thuiszorg). De berekeningswijze van de vergoeding kan forfaitair zijn (bijvoorbeeld een diabetesvergoeding) maar ook volgens een ander criterium zoals een proportioneel bedrag van de kosten (bijvoorbeeld homeopathische behandeling). Van zodra in de voorziening sprake is van een uitgavegrens (bijvoorbeeld een maximumbedrag voor alternatieve geneeskunde), wordt deze code aangeduid in de databank. De variabele bijdragegerelateerd heeft in onze databank altijd de waarde 1 namelijk ‘ja’ omdat men enkel recht heeft op de aanvullende voorzieningen wanneer men een bijdrage betaalt. Een laatste variabele, het type recht, heeft twee codes namelijk persoonlijk recht en afgeleid recht. Iedere aanvullende voorziening is normaliter een persoonlijk recht. Van zodra er in de voorziening sprake is van een dienstverlening of een vergoeding voor kinderen, partner of anderen, dan noteren we de code afgeleid recht. Deze code impliceert dus zowel het persoonlijke als het afgeleide recht.

3. Tweede pijler - arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen

Eerst willen we opmerken dat sommige verzekeringsondernemingen een verzekeringsproduct aanbieden met verschillende waarborgen. Naargelang de premie die de verzekerde wenst te betalen, kan men verzekerd zijn voor één of meerdere waarborgen (bijvoorbeeld hospitalisatie en zware ziekten). Men krijgt in de databank de mogelijkheid om aan te duiden of de waarborg inbegrepen is in het product of indien men moet bijbetalen voor de waarborg. Hoewel het de bedoeling was aan ieder product het ledenaantal te linken, zijn we hierin niet geslaagd. We hebben niet van alle verzekeringsondernemingen de ledenaantallen ontvangen.

Net zoals bij de aanvullende voorzieningen zijn er ook bij de arbeidsgebonden verzekeringen een aantal groepen van variabelen: productinformatie (naam verzekeringsonderneming, aantal verzekerden ...), algemene variabele (wachttijden, maximale leeftijd, medicard, plafond per prestatie ...), ziekenhuisopname (tussenkomen, vrije keuze, facturen, dekkingen ...), voor- en nabehandeling (tussenkomen alternatieve geneeswijzen, dekkingen ...), zware ziekten (dekkingen voor verschillende ziekten, tussenkomen ...), buitenland (alarmcentrale, repatriëring ...) en de AGORA-matrix.

In de eerste groep '*algemeen*' is de variabele 'maximale aansluitingsleeftijd' opgenomen. We merken dat alle werknemers de kans hebben toe te treden tot de leeftijd van 65 jaar en dat hun kinderen vanaf 25 jaar vaak een eigen premie moeten betalen. Ook pasgeborenen worden onmiddellijk opgenomen in de verzekering. Meestal bedraagt de wachttijd 3 maanden, voor bevallingen varieert dit tussen 8 en 12 maanden. In de meeste polissen moet de werknemer eerst een vrijstelling betalen vooraleer hij geniet van de tegemoetkoming. Het bedrag van de vrijstelling wordt meestal niet opgenomen in de polis maar wordt bepaald in de bijzondere voorwaarden. Deze worden afzonderlijk opgesteld voor de verzekerde omdat de bedragen kunnen verschillen van persoon tot persoon naargelang de premie die men wenst te betalen. Omdat wij enkel beschikken over de algemene voorwaarden, kunnen wij dus zelden bedragen invullen in de databank. In de meeste polissen is er ook sprake van een medicard. Dit betekent dat het ziekenhuis alle facturen rechtstreeks regelt met de verzekeringsonderneming en niet met de verzekerde. Wanneer men kiest voor een éénpersoonkamer wordt er meestal geen extra charge aangerekend.

In de groep '*ziekenhuisopname*' worden de meeste facturen terugbetaald door de verzekering. Ook hier zitten we met het probleem dat in de polis niet altijd is gespecificeerd welke forfaits worden terugbetaald. Het derdebetalersprincipe wordt in bijna al de polissen toegepast. Bij een hospitalisatie naar aanleiding van een bevalling worden zowel de pre- als de post-hospitalisatiekosten vergoed. Een thuisbevalling of kraamzorg vergoeden is niet altijd een

evidentie. Wanneer we kijken naar de alternatieve geneeswijzen merken we op dat deze door de helft van de polissen worden terugbetaald. In veel gevallen is er in de polis geen verwijzing naar alternatieve geneeswijzen en bijgevolg nemen we aan dat deze niet verzekerd zijn. Kleine tandingrepen worden zelden vergoed. Over esthetische ingrepen zijn de meeste polissen het eens: zolang het gaat om een ingreep die het gevolg is van een hospitalisatie, wordt ze vergoed, in andere gevallen gebeurt dit zelden of nooit. Ingrepen die niet van levensbelang zijn (bijvoorbeeld behandeling voor zwaarlijvigheid, revalidatie, sterilisatie...) worden zelden terugbetaald of men moet zich hiervoor aansluiten bij een extra waarborg (bijvoorbeeld voor kunstmatige inseminatie).

Alle polissen voorzien terugbetalingen tijdens *de voor- en nabehandeling*. De voorperiode varieert tussen de 1 en 3 maanden en de naperiode tussen de 3 en de 6 maanden. Net zoals bij hospitalisatie worden ook hier de alternatieve geneeswijzen niet altijd terugbetaald. Ingrepen die niet levensnoodzakelijk zijn, worden zelden terugbetaald. Er is een extra variabele opgenomen in de databank om aan te duiden of men de mogelijkheid heeft deze module als aparte waarborg te nemen. 15 polissen op 22 geven aan dat het gaat om een aparte waarborg waar men vrij de mogelijkheid heeft deze er al dan niet bij te nemen.

In de module '*zware ziekten*' is opgenomen welke ziekten wel verzekerd zijn, ook al is er geen hospitalisatie, en welke in geen geval verzekerd zijn. Het gaat hier om een maximum van 30 ziekten. We stellen vast dat er vier polissen zijn die geen zware ziekten dekken en waar men dus ook geen extra waarborg kan nemen. Ook alternatieve geneeswijzen na een zware ziekte worden niet vaak door verzekeringsondernemingen terugbetaald. Net zoals bij hospitalisatie en voor- en nabehandeling worden vergoedingen voor esthetische ingrepen, sterilisatie, kunstmatige inseminatie ... zelden opgenomen in de polis.

Alle polissen dekken hospitalisaties in *het buitenland*. Voor al de andere variabelen is het zeer moeilijk te bepalen wat gedekt is in de polis. Vaak is er enkel vermeld waar de dekking geldt en of er medische assistentie is. Er wordt niet ingegaan op de gedekte hospitalisaties in het buitenland. Het is dus praktisch onmogelijk om al de variabelen correct in te vullen. Ook hier stellen we ons de vraag of het mogelijk is buitenlandse dekking als aparte waarborg te nemen. Voor de meeste polissen (16 op 22) is dit echter in de polis inbegrepen.

In de laatste groep vullen we de *AGORA-matrix* aan. Voor *de basismodule* zijn de meeste codes dezelfde als voor de aanvullende voorzieningen. De arbeidsgebonden verzekeringen zijn eveneens een sociale uitgavenmaatregel en het persoonlijk toepassingsgebied is het categoriaal stelsel namelijk de personen die verzekerde zijn in de polis. De wettelijke hoedanigheid kunnen we op basis van de algemene voorwaarden niet bepalen omdat de polis in onderneming A verplicht kan zijn voor de werknemers (bijvoorbeeld voor alle bedienden) en in onderneming B

vrijwillig kan zijn. Het blijft een moeilijk te interpreteren variabele die we bij de arbeidsgebonden verzekeringen niet kunnen invullen. Het beleidsniveau en het beheersniveau zijn beiden code 9 (verzekeringsinstellingen en financiële instellingen). De periodiciteit van de vergoeding is bij een bepaalde gebeurtenis (code 7) bijvoorbeeld opname in het hospitaal. De vergoedingen zijn niet middelengetoetst. De omvang van de vergoeding staat in verhouding tot de premie die men wenst te betalen (bijvoorbeeld hoe hoger de premie, hoe lager de vrijstelling).

Voor *de uitgavenmodule* geldt dezelfde overdracht als bij de aanvullende voorzieningen namelijk een sociale overdracht aan een individu of een huishouden. Het karakter van de arbeidsgebonden verzekering is een vergoeding in tegenstelling tot de diensten van de ziekenfondsen die meer voordelen in natura voorzien. De sociale zekerheidsfunctie blijft eveneens dezelfde. Voor Eurostat is dit code 100, voor ILO code 400 en tenslotte voor OECD code 110. De wijze van overdracht gebeurt in cash. Men krijgt een vergoeding, meestal via het derdebetalerprincipe, voor de kosten van de hospitalisatie. De berekeningswijze kan zowel forfaitair zijn als volgens een ander criterium (de geleden kosten of een proportioneel percentage van de geleden kosten wordt terugbetaald). In heel wat polissen zijn er maximumbedragen opgenomen voor een aantal prestaties. Deze bedragen worden echter nog meer gespecificeerd in de bijzondere voorwaarden. Ook hier krijgt de variabele bijdragegerelateerd altijd de waarde 1 omdat men slechts een vergoeding krijgt wanneer men een bijdrage heeft betaald voor de verzekering. De laatste variabele, het type recht, wordt op dezelfde wijze geïnterpreteerd als bij de aanvullende voorzieningen. Het afgeleide recht impliceert ook het persoonlijke recht. Dit betekent dat van zodra er sprake is van een vergoeding voor familieleden of partners, we spreken van een afgeleid recht.

4. Derde pijler - facultatieve hospitalisatieverzekeringen

4.1. Hospitalisatieverzekeringen

Net als bij de arbeidsgebonden verzekeringen zijn ook hier de ledenaantallen helemaal niet volledig. Er zijn heel wat verzekeringsondernemingen die geen ledenaantallen doorgegeven hebben of die geen onderscheid gemaakt hebben tussen de verschillende producten. Hetzelfde probleem geldt voor de ziekenfondsen. Deze implicaties maken het praktisch onmogelijk om een duidelijk beeld te krijgen van het aantal personen per product.

Voor de facultatieve hospitalisatieverzekeringen hebben we 70 verschillende producten opgenomen in de databank. Net als bij de arbeidsgebonden verzekeringen zijn er verschillende producten waar het mogelijk is bijkomende waarborgen te nemen.

Wanneer we kijken naar de producten is er een grote diversiteit op te merken tussen de verschillende polissen. De facultatieve hospitalisatieverzekeringen voor individuen verschillen vaak niet veel van de arbeidsgebonden verzekeringen. Grotendeels krijgt men dezelfde dekkingen en daarom beperken we ook de bespreking van de facultatieve hospitalisatieverzekeringen. Er zijn zowel verzekeringen die een vaste vergoeding aanbieden als verzekeringen die de reële kosten terugbetalen. De wachttijd varieert tussen de 3 en de 6 maanden, voor bevallingen is deze natuurlijk wel langer. In de meeste polissen is een vrijstelling inbegrepen, het bedrag is echter opgenomen in de bijzondere voorwaarden en niet in de algemene voorwaarden. De woonplaats van de verzekerde speelt in de meeste polissen geen belang. Toch zijn er verschillende polissen waar men mogelijk een hogere premie moet betalen omdat men bijvoorbeeld in een Brusselse gemeente woont (bepaalde Brusselse ziekenhuizen hanteren hogere tarieven voor hospitalisaties). Een vergoeding wegens overlijden bij een ingreep onder narcose is slechts in één polis verzekerd.

Net zoals bij de arbeidsgebonden verzekeringen is het ook voor de markt van individuele verzekeringen moeilijk om eenduidig vast te stellen welke forfaits verzekerd zijn en welke niet. Sommige polissen vergoeden enkel de maxi- en superforfaits en geven geen vergoeding voor miniforfaits. Anderen vergoeden alle mogelijke forfaits. Alternatieve geneeswijzen, tandzorgen en dergelijke worden niet vaak vergoed, net zoals esthetische ingrepen. De minder frequente behandelingen zoals voor zwaarlijvigheid en terugbetaling van astronautenvoeding worden zelden tot nooit verzekerd. Voor de juiste dekkingen per polis verwijzen we naar de databank.

Ook voor de voor- en nabehandeling maken we de vergelijking met de arbeidsgebonden verzekeringen. De *prehospitalisatie* varieert tussen de 0 en 3 maanden en de *posthospitalisatie* tussen de 0 en 6 maanden. Wanneer in de hoofdwaarborg (hospitalisatie) de alternatieve geneeswijzen worden verzekerd of optische en auditieve prothesen, dan is dit meestal ook het geval in de pre- en posthospitalisatie. Niet-levensbedreigende behandelingen zoals sterilisatie, esthetische ingrepen, psychosomatische en psychotherapeutische behandelingen... worden zelden tot nooit terugbetaald.

Ook wat *de zware ziekten* betreft blijven we op hetzelfde elan verder gaan. Er zijn een aantal polissen die zware ziekten niet dekken of die zich beperken tot een tiental ziekten. In iedere polis is wel steeds duidelijk vermeld welke ziekten verzekerd zijn en welke niet. De ziekte van Creutzfeldt-Jakob wordt niet zo dikwijls gedekt, net zoals brucellose en de pokken. Zoals vermeld bij de pre- en posthospitalisatie worden ook de niet-dringende ingrepen praktisch nooit terugbetaald.

De meeste polissen bieden een *wereldwijde dekking* maar ook hier is er zelden vermeld wat de dekkingen in het buitenland inhouden en wat er dus verzekerd is en wat niet. Gaat het om dezelfde dekking als in België of zijn er hier beperkingen aan verbonden?

Wanneer we de laatste groep van variabelen willen invullen, de *AGORA-matrix*, dan maken we onmiddellijk de vergelijking met de arbeidsgebonden verzekeringen. In *de basismodule* blijft het type sociale zekerheidsproduct een sociale uitgavenmaatregel. De wettelijke hoedanigheid is vrijwillig omdat de keuze voor een facultatieve hospitalisatieverzekering volledig bij het individu zelf ligt. Het beleidsniveau en het beheersniveau zijn ditmaal tweevoudig. De facultatieve hospitalisatieverzekeringen kunnen zowel door de ziekenfondsen aangeboden worden (code 7) als door de verzekeringsinstellingen (code 9). Het persoonlijk toepassingsgebied is nog steeds het categoriaal stelsel namelijk al de verzekerde personen. Men ontvangt nog steeds een vergoeding nadat een bepaalde gebeurtenis zich heeft voorgedaan en de vergoeding is niet middelengetoetst.

In *de uitgavenmodule* blijft de aard van de overdracht code 1 namelijk de sociale overdrachten aan individuen en het karakter blijft eveneens een vergoeding. De sociale zekerheidsfuncties zijn idem aan de arbeidsgebonden verzekeringen en de wijze van overdracht is eveneens een geldvergoeding. Omvang van de vergoeding kan proportioneel zijn (code 3) of forfaitair voor een hospitalisatieverzekering met een vaste vergoeding per nacht in het ziekenhuis. De uitgavengrenzen zijn andermaal bepaald in de bijzondere voorwaarden. Ook hier zijn de producten allemaal bijdragegerelateerd. Het type recht gaat wederom in de meeste gevallen een afgeleid recht zijn vermits er heel wat kinderen als verzekerde opgenomen zijn in de polis van hun ouders.

4.2. Afhankelijkheidsverzekeringen

Er zijn zeven verzekeringsondernemingen die een aanvullende afhankelijkheidsverzekering aanbieden. Vaak wordt dit ook wel zorgverzekering genoemd, niet te verwarren met de Vlaamse Zorgverzekering. De meeste verzekeringsondernemingen zijn niet op de hoogte van de ledenaantallen omdat de aantallen zo klein zijn. Een verklaring voor de lage aantallen is het feit dat de verzekering in veel gevallen niet aantrekkelijk is omdat men er geen fiscaal voordeel mee heeft. In de meeste gevallen is men zelfs zijn premie kwijt wanneer men niet afhankelijk wordt. Een spaarrekening biedt in dit geval dus meer voordelen. Bovendien is het ontstaan van de Vlaamse Zorgverzekering tegemoetgekomen aan de vraag naar een arbeidsgebonden solidaire sociale verzekering die zorgt voor de ouderen onder ons. Beiden zitten dus een beetje in elkaars vaarwater.

Net zoals bij de andere databanken zijn de variabelen van de afhankelijkheidsverzekeringen ook onderverdeeld in een aantal groepen: productinformatie (naam product, aantal verzekerden ...), algemeen (maximale aansluitingsleeftijd, medisch

onderzoek ...), dekking (wachtijd, geldigheid ...), financieel (premie, afkoopwaarde ...) en de AGORA-matrix.

Wanneer we kijken naar de module ‘*algemeen*’ merken we dat er aan de meeste verzekeringen wel degelijk een maximale leeftijd is verbonden. Dit kan gaan van 60 jaar tot 70 jaar. Voor praktisch iedere verzekering moet er een medische vragenlijst worden ingevuld wat ook de gewoonte is voor andere verzekeringen. Het medisch onderzoek is eerder uitzonderlijk.

De *dekking* is hoofdzakelijk het gebrek aan afhankelijkheid, al dan niet uitgebreid met een dekking voor breuk. De wachtijd kan variëren van 12 maanden tot 36 maanden. In de meeste gevallen moet men echter 3 jaar wachten vooraleer men recht heeft op een rente-uitkering. Wanneer men een ongeluk krijgt met een afhankelijke toestand als gevolg, dan geldt er uiteraard geen wachtijd. Zes van de acht verzekeringen zijn wereldwijd geldig, de andere twee enkel in Europa. Bij de helft van de verzekeringen moet men een eigen-risicotermijn incalculeren die meestal drie maanden bedraagt.

Wanneer we kijken naar het *financiële aspect* merken we dat er verschillende formules zijn. De betaling van de premie kan leeftijd- of geslachtsgebonden zijn, ze kan herwaardeerbaar zijn (wat in de meeste gevallen zo is) en de premiebetaling wordt meestal niet stopgezet na het vervallen in de afhankelijkheid. In een aantal gevallen krijgt men de mogelijkheid tot uitbetaling van een kapitaal maar meestal heeft men enkel de mogelijkheid een rente te nemen die maandelijks uitbetaald wordt.

Het plaatsen van de afhankelijkheidsverzekering in de *AGORA-matrix* gebeurt op de volgende manier. Net zoals voor de andere databanken geldt ook hier dat het type sociaal zekerheidsproduct een sociale uitgavenmaatregel is. Het product heeft eveneens een vrijwillige wettelijke hoedanigheid omdat het hier gaat over een derdepijlvoorziening. Het beleidsniveau en het beheersniveau zijn in principe code 9 maar kunnen ook door een ziekenfonds worden aangeboden. Het persoonlijk toepassingsgebied blijft het categoriaal stelsel namelijk alle personen die een premie betalen voor de afhankelijkheidsverzekering. De periodiciteit van de vergoeding kan maandelijks zijn maar ook jaarlijks, dit hangt af van de formule van de verzekering. Net zoals de andere verzekeringen is ook deze verzekering niet middelengetoetst.

Voor de *uitgavenmodule* spreken we over een sociale overdracht aan individuen en is het karakter een vergoeding voor niet-medische kosten. De sociale zekerheidsfuncties zijn verschillend van de overige verzekeringen omdat men een vergoeding ontvangt voor niet-medische kosten in tegenstelling tot een vergoeding voor hospitalisatie waar het gaat om medische kosten. Daarom worden de volgende codes gekozen: care allowance (code 213) voor EUROSTAT, other cash benefits onder de functie invaliditeit (code 215) voor ILO en other disability cash benefit (code 25) voor het OECD. De wijze van overdracht gebeurt in cash en de

berekeningswijze is een forfaitair bedrag. Net zoals bij de andere verzekeringen zijn er ook hier uitgavengrenzen opgesteld. Het bedrag dat wordt uitgekeerd, is op voorhand vastgelegd. Ook de afhankelijkheidsverzekering is bijdragegerelateerd. Indien men geen premie betaalt, heeft men geen recht op een afhankelijkheidsvergoeding. Het type recht bij deze verzekering is enkel een persoonlijk recht. Het gaat om een vergoeding voor de verzekerde persoon die afhankelijk wordt, er is geen dekking voor familieleden of andere personen.

Besluit

In dit onderzoek zijn drie doelstellingen aan bod gekomen. Allereerst werd gevraagd een overzicht te geven van de macrocijfers met betrekking tot de tweede en de derde pijler gezondheidszorg. Ten tweede moesten we een profiel opstellen van de deelnemers aan de aanvullende hospitalisatieverzekeringen en ten derde is er een inventaris opgesteld met alle producten die voorhanden zijn in de tweede en de derde pijler gezondheidszorg.

Na een inleidend hoofdstuk waarbij de verschillende voorzieningen verdeeld zijn onder de drie pijlers en waar we aandacht hebben gehad voor de uiteenlopende wetgeving, is in het tweede deel aan bod gekomen hoe de tweede en de derde pijler de laatste jaren geëvolueerd zijn. Uit het verzamelde cijfermateriaal stellen we een absolute toename vast van de tweede en de derde pijler. Het aantal deelnemers aan de arbeidsgebonden verzekeringen is gestegen met 43% tussen 1996 en 2001. Dit betekent dat meer en meer bedrijven aan hun werknemers extralegale voordelen toekennen onder de vorm van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Ook het bedrag aan bijdragen voor de aanvullende diensten van de ziekenfondsen is sterk toegenomen. Deze stijging doet zich voor bij een aantal nieuwe diensten, maar vooral ook bij de aangeboden hospitalisatieverzekering. Voor de derde pijler heeft deze stijging zich nog sterker gemanifesteerd, voornamelijk bij de facultatieve hospitalisatieverzekeringen. De verzekeringsondernemingen bereiken een ledental van meer dan 1 miljoen leden terwijl de ziekenfondsen boven de 2 miljoen leden tellen voor deze facultatieve verzekeringen. Terwijl de prestaties van de facultatieve hospitalisatieverzekeringen 0.041% van het BBP bedragen in 1993, is dit verdubbeld naar 0.077% in 2001. Hoewel het hier gaat over een heel klein percentage van het BBP, spreken we toch over een noemenswaardige stijging die zich ook de komende jaren vermoedelijk zal verder zetten. De toename in het aantal verzekeringscontracten is sterker voor de verzekeringsondernemingen dan voor de ziekenfondsen. In tegenstelling tot andere derdepijlervoorzieningen is er voor de kleine risico's eerder sprake van een zwakke daling.

Een absolute toename zegt echter niets over de toename binnen de ziektekostenverzekering. Cijfers tonen immers ook een stijging aan van de prestaties en de inkomsten in de eerste pijler. Om te weten of de tweede en de derde pijler sterker gestegen zijn dan de eerste pijler moet er een vergelijking gemaakt worden met de eerste pijler van de gezondheidszorg. Wanneer we kijken naar het relatieve belang van de tweede en de derde pijler komen we tot dezelfde conclusies. In 1992 werd voor elke 100 miljoen wettelijke ziektekostenverzekering minder dan 1% besteed aan de vorming van een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering, na 2001 is dit al bijna 2% geworden. Ook de facultatieve hospitalisatieverzekeringen kennen een positieve relatieve groei. De verzekeringen aangeboden

door de verzekeringsondernemingen verdubbelen als percentage van het algemeen stelsel, de verzekeringen van de ziekenfondsen stijgen iets minder sterk dan in de privé-sector.

In een derde deel gaan we op zoek naar het socio-economisch en demografische profiel van de deelnemers aan een aanvullende hospitalisatieverzekering. Allereerst hebben we aandacht voor de individuele kenmerken. Uit de verschillende analyses blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Ook wat leeftijd betreft zijn er geen verschillen gevonden tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Als we kijken naar de opleiding van de verzekerde personen is het overduidelijk dat hoger opgeleiden significant vaker aangesloten zijn bij een aanvullende hospitalisatieverzekering dan lager opgeleiden. Hun kans op een verzekering kan driemaal groter zijn dan de kans van lager opgeleiden. Hetzelfde geldt voor personen met een hoger inkomen. Wanneer we kijken naar de gezinssamenstelling blijkt uit de Gezondheidsenquête dat alleenstaanden minder vaak een verzekering hebben dan samenwonenden. Een laatste vaststelling is dat personen die in Vlaanderen wonen significant een grotere kans hebben op een aanvullende verzekering dan personen die wonen in Wallonië of in het Brusselse Gewest.

Ook wat bedrijfskenmerken betreft zijn er een paar interessante vaststellingen. Hoe groter de onderneming waar men tewerkgesteld is, hoe groter de kans dat men een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering aangeboden krijgt. Een werknemer in een bedrijf met meer dan 500 werknemers, kan tot vijfmaal meer kans hebben op een hospitalisatieverzekering dan een werknemer in een KMO. Ook de sector waarin men is tewerkgesteld, kan een significante rol spelen in het al dan niet hebben van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Bepaalde sectoren zoals de financiële sector, telecommunicatie en informatica bieden vaker een aanvullende voorziening aan dan een aantal andere sectoren zoals de socio-culturele sector en het onderwijs.

In een laatste deel werd ons gevraagd een inventaris op te stellen van de bestaande aanvullende sociale voorzieningen. Op basis van geraadpleegde literatuur zijn vier databanken opgesteld in EXCEL-formaat: aanvullende producten van de ziekenfondsen, arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen, individuele hospitalisatieverzekeringen, en afhankelijkheidsverzekeringen. Aan de hand van verzekeringspolissen en statuten van de ziekenfondsen is getracht de databanken aan te vullen voor ieder product en hieraan de ledenaantallen te koppelen. De databanken zijn eveneens compatibel met de AGORA-matrix zodat de matrix kan gevalideerd worden voor tweede en derde pijler gezondheidszorg.

Referentielijst

- Adema, W. (2001). *Net social expenditure. Second edition (Labour market and social policy - Occasional papers) No. 52.* Paris:OECD
- Adriaenssen, I. & De Graeve, D. (2000). *Toegankelijkheid verzekerd? Doorlichting van de regelgeving van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België, Onderzoeksrapport.* Antwerpen: UFSIA.
- Allison, P.D. (2003). *Logistic regression using the SAS systeem. Theory and Application.* Cary: SAS Institute.
- Avalosse, H., Kesenne, J. & Leonard, C. (2003). Privatisering in de gezondheidszorg in België. *CM-informatie, 206*, februari, pp.3-14.
- Berghman, J.(1986). *De onzichtbare sociale zekerheid.* Deventer: Kluwer.
- Billiet, J.B. (1996). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: ontwerp en dataverzameling.* Leuven:ACCO.
- BVVO (09.02.2004). *Onderzoeksproject uitgevoerd door de KUL in opdracht van DWTC. Onderzoek naar het profiel van de verzekerde personen.* [Email aan C. Vanroelen].
- Christelijke Mutualiteit (2003). *Het ziekenhuis. Opname en ontslag.* Brussel:CM.
- Christelijke mutualiteiten (2003). Resultaten CM-enquête. 21.304 CM-leden gaven hun mening over de gezondheidszorg. *CM-Visie, 10*, pp.7-11.
- Christensen, R. (1990). *Log-linear models.* New York: Springer-Verlag.
- Controledienst voor de Ziekenfondsen en de Landsbonden van Ziekenfondsen (CDZ) (jaarlijks, 1992-2003). *Jaarverslag.* Brussel: Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.
- Corveleyn, F. (2003). Mededinging tussen ziekenfondsen en privé-verzekeraars. In Y. Stevens & G. Gieselink (Reds.), *Verslagboek Employee Benefits* (pp.75-81). Mechelen.: Kluwer.
- De Winne, S., Plevoets, E. & Sels, L. (2003). *Methoden en technieken voor de uitbouw van organisatiepanels.* Leuven: PASO Flanders.
- DOSZ (2001). *Jaarverslag 2001.*Brussel: DOSZ.
- DOSZ (2003). *Sociale zekerheid voor wie werkt buiten de Europese Economische Ruimte en Zwitserland.* Brussel: DOSZ.
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2002). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.* Brussel: FOD SZ.
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (2003). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.* Brussel: FOD SZ.
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (s.d.). *Metagids- Fondsen voor Bestaanszekerheid* [WWW]. FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg: <http://www.meta.fgov.be/pa/paa/framesetnlkg01.htm> [19.11.2004].

- Gieselink, G., Peeters, H., Van Gestel, V., Berghman, J. & Van Buggenhout, B. (2003). *Onzichtbare pensioenen in België*. Gent: Academia Press.
- Goyens, F. (2002). Vlaamse zorg in EG-verordening nr.1408/71. *Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 89, pp.29-69.
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (1987). *Applied logistic regression*. New York:Wiley.
- Huber, V., Van Rompaey, L. & Van Buggenhout, B. (eds.) (1997). *Aanvullende dekking van het gezondheidsrisico. Aanvullende Sociale Voorzieningen*. Brugge: Die Keure.
- Klecka, W.R. (1980). *Discriminant analysis (Sage University Papers. Series Quantitative applications in the social sciences)*. Californië: Sage Publications Beverly Hills.
- Knoke, D. & Burke, P.J. (1986). *Log-linear models (Sage University Papers. Series Quantitative applications in the social sciences)*. Californië: Sage Publications Beverly Hills.
- KPMG Actuarissen (2002). *Uw extra-legale voordeelplannen: voordelig in vergelijking met uw concurrenten? Enquête 2002*. Brussel: KPMG (intern document).
- Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (2003). *Jaarverslag 2002*. Brussel: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.
- Landsbond van de Liberale Mutualiteiten (2003). *Verslag over het dienstjaar 2002*. Brussel: Landsbond van de Liberale Mutualiteiten.
- Menard, S. (1995). *Applied logistic regression analysis (Sage University Papers. Series Quantitative applications in the social sciences)*. Californië: Sage Publications Thousand Oaks.
- Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (2003). *Moreel en Financieel Verslag 2002*. Brussel: Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten.
- Neutrale ziekenfondsen (2003). *Activiteitenverslag 2002 [CD-rom]*. Brussel: Neutrale ziekenfondsen.
- Onafhankelijke ziekenfondsen (2003). *Jaarverslag 2002*. Brussel: Onafhankelijke ziekenfondsen.
- Pasteels, I. & Billiet, J. (1998). *Dataverwerking met SAS (met cd-rom 'vryetijd')*. Leuven: ACCO.
- RIZIV (2003a). <http://www.riziv.be/insurer/nl/rate/index.htm>.
- RIZIV (2003b). *Jaarverslag 2002*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV (2003c). *De maximumfactuur* (<http://www.riziv.be/secure/nl/maf/>).
- Sels, L. & Overlaet, B. (2000). *Lonen in Vlaanderen. Wat verdient u en wie verdient er meer? Vacature Salarisenquête*. Leuven: ACCO.
- Sels, L., Forrier, A., De Witte, H., Vander Steene, T. en Van Hootegem, G. (2002). Gelijk loon voor gelijk werk? Arbeidsvoorwaarden van vaste en tijdelijke werknemers. *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, (18), 3, pp.196-209.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. New York: Wiley.

- Spit, F. (1994). Onderzoek naar de facultatieve hospitalisatieverzekering in opdracht van de Christelijke mutualiteiten (intern document). In K. Villays (1998), *De aanvullende hospitalisatieverzekering* [thesis]. Leuven:KUL.
- Tegenbos, G. (03.07.2004). Bijna geen ziekenfondsverkiezingen. *De Standaard*, pp.x-x.
- Thijs, H. (2003). Is er vraag naar een wet op de aanvullende gezondheidszorg? In Y. Stevens & G. Gieselink, *Verslagboek Employee Benefits* (pp.75-81). Mechelen: Kluwer.
- Vacature & KULeuven (22.11.2003). De Grote Salarisenquête [WWW]. Vacature: <http://www.vacature.com/scripts/indexpage.asp?headingID=21236> [25.11.2004].
- Van Langendonck, J. & Put, J. (2002). *Handboek sociaalzekerheidsrecht*. Antwerpen: Intersentia.
- Vanoverloop, J. & De Gauquier, K. (2001). *De gezondheidskosten tijdens het laatste levensjaar*. Brussel: Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten.
- Vanroelen, C., Smeets, T. & Louckx, F. (2003). *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*. Gent: Academia Press.
- Vlaamse overheid (12.11.2003). *Vlaamse zorgverzekering* [WWW]. Vlaamse overheid: http://www.wvc.vlaanderen.be/zorgverzekering/financiele_gegevens/beknopte_voorstelling_zorgverzekering.pdf [23.11.2004].
- Vlaamse overheid (31.12.2003). *Statistisch overzicht van de Vlaamse Zorgverzekering per 31 december 2003*. [WWW]. Vlaamse overheid: <http://www.wvc.vlaanderen.be/zorgverzekering/documentatie/cijfers/statistiekzk/statoverzichtzorgverz2003.pdf> [17.01.2005].
- Welkenhuysen-Gybels, J. & Loosveldt, G. (2002). *Regressieanalyse: een introductie in de multivariabelenanalyse*. Leuven/Leusden: ACCO.

Bijlage 1. Vragenlijst bedrijvenenquête

Algemene vragen

- 1. Welke functie heeft de persoon die de vragenlijst invult binnen de onderneming?**
 - Personeelsverantwoordelijke
 - Administratief medewerker
 - Bedrijfsleider of lid van de directie
 - Boekhouder
 - Andere

- 2. Welke structuur heeft uw onderneming?**
 - Zelfstandige organisatie zonder bijkomende vestigingen
 - Hoofdzetel van een organisatie met meerdere vestigingen
 - Vestiging van een organisatie, niet de hoofdzetel
 - Ik kan dit niet achterhalen

- 3. Onder welke van de volgende categorieën situeert u de hoofdactiviteit van uw onderneming?**
 - Land- en tuinbouw, jacht, veeteelt, bosbouw
 - Visserij
 - Winning van delfstoffen (steenkool, aardolie, ertsen, ...)
 - Productie van dranken, voeding en tabak
 - Textielindustrie, productie van kleding, schoeisel, leer- en bontnijverheid
 - Houtindustrie
 - Grafische nijverheid
 - Chemische nijverheid
 - Productie van glas, baksteen, cement, ...
 - Metallurgie en productie van metaalproducten
 - Productie van machines, apparaten en werktuigen
 - Productie van elektrische apparaten en machines
 - Productie van kantoorapparaten, computers, audio-, video- en telecommunicatie
 - Productie van medische apparatuur, precisie- en optische instrumenten en van uurwerken
 - Productie van transportmiddelen
 - Productie van meubelen
 - Elektriciteit, gas, stoom en water
 - Bouw
 - Garagewezen
 - Groothandel
 - Kleinhandel
 - Horeca
 - Opslag, distributie, transport en logistiek
 - Post en telecommunicatie
 - Bank- en kredietwezen, verzekeringen
 - Verhuur en handel van onroerende goederen, verhuurdiensten
 - Informatica en aanverwante activiteiten

- Advies en bijstand aan ondernemingen en personen, zakelijke dienstverlening
- Selectie en terbeschikkingstelling van personeel
- Industriële reiniging, schoonmaak
- Speur- en ontwikkelingswerk
- Overheidsadministratie, sociale verzekering en extraterritoriale organisatie
- Onderwijs
- Ziekenhuizen en overige gezondheidszorg
- Maatschappelijke dienstverlening
- Afvalwater- en afvalverzameling, straatreiniging
- Belangenvertegenwoordiging
- Recreatie, cultuur en sport
- Andere

4. Hoeveel personen werken in uw onderneming? Indien u het exacte aantal niet kent, mag u een schatting maken.

..... (aantal)

5. We vragen naar het aantal personen in uw onderneming op 1 augustus 2004. Noteer bij iedere categorie het juiste aantal personen.

..... kaderleden
 bedienden
 arbeiders

6. We vragen naar het aantal personen in uw onderneming op 1 augustus 2004, onderscheid makend naar de arbeidsvoorwaarden. Noteer bij iedere categorie het juiste aantal personen.

..... personen werken deeltijds
 personen hebben een contract van onbepaalde duur
 personen hebben een contract van bepaalde duur
 personen werken met een interimcontract
 personen maken op dit moment gebruik van loopbaanonderbreking/tijdskrediet
 personen komen in aanmerking voor het stelsel van de tijdelijke werkloosheid

7. Welke paritaire (sub)comités zijn voor de personen tewerkgesteld in uw onderneming van toepassing? Vink het juiste antwoord aan en noteer alle paritaire (sub)comités die van toepassing zijn.

- Nummer van het eerste paritair of subparitair comité:
- Nummer van het tweede paritair of subparitair comité:
- Er is geen paritair (sub)comité van toepassing
- Ik kan dit niet achterhalen

8. Richt uw onderneming een collectief ondernemingspensioen in?

- Ja → vraag 9
- Nee → vraag 17

9. Voor wie wordt dit ingericht? Gelieve alle categorieën die van toepassing zijn aan te duiden.

- Voor kaderleden → vraag 11
- Voor bedienden → vraag 11
- Voor arbeiders → vraag 11
- Voor zelfstandige bedrijfsleiders → vraag 11
- Anderen → vraag 10
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 11

10. Verduidelijk de andere categorie 'anderen' die u hebt aangekruist in de vorige vraag

.....

.....

.....

11. Voor wie wordt het collectief ondernemingspensioen ingericht? Gelieve alle categorieën die van toepassing zijn aan te duiden.

- Werknemers met een contract van onbepaalde duur
- Werknemers met een contract van bepaalde duur
- Werknemers die deeltijds werken
- Werknemers met een interim-contract
- Werknemers in tijdskrediet/loopbaanonderbreking
- Ik kan dit niet achterhalen

12. Geldt er een Collectieve Arbeidsovereenkomst op ondernemingsniveau die de aanvullende pensioenvoorziening regelt?

- Ja
- Nee
- Ik kan dit niet achterhalen

13. Kent uw onderneming individuele pensioentoezeggingen toe aan het huidige personeel?

- Ja → vraag 14
- Nee → vraag 15
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 15

14. Aan wie kent uw onderneming de individuele pensioentoezeggingen toe? Noteer achter iedere categorie het juiste aantal personen.

- | | Aantal |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Kaderleden | |
| <input type="checkbox"/> Bedienden | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiders | |
| <input type="checkbox"/> Zelfstandige bedrijfsleiders | |

- Andere
- Ik kan dit niet achterhalen

15. De sociale partners kunnen op verschillende manieren het belang van aanvullende pensioenen in de verf zetten. Besteden de werkgevers- en/of werknemersorganisaties in uw onderneming aandacht aan aanvullende pensioenvoordelen voor de werknemers?

- Ja → vraag 16
- Nee → vraag 17
- Men kan er geen aandacht aan besteden want er is geen gestructureerd sociaal overleg → vraag 17
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 17

16. Op welke manier komt deze aandacht voor aanvullende pensioenen tot uiting?

.....

.....

.....

.....

Aanvullende ziekteverzekering

17. Biedt uw onderneming een collectieve aanvullende ziekteverzekering aan?

- Ja → vraag 18
- Nee → vraag 30
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 18

18. Hoeveel werknemers in uw onderneming zijn aangesloten bij deze aanvullende ziekteverzekering? Indien u het exacte aantal niet kent, mag u ook een schatting maken.

..... personen

19. Welke categorieën kunnen zich aansluiten bij deze verzekering? Meerdere categorieën zijn mogelijk.

	Ja	Nee	Weet niet
Kaderleden → vraag 21			
Bedienden → vraag 21			
Arbeiders → vraag 21			
Anderen → vraag 20			

20. Verduidelijk de categorie ‘anderen’ die u hebt aangekruist in de vorige vraag.

.....

.....

.....

21. Zijn volgende dekkingen opgenomen in uw aanvullende ziekteverzekering?

	Ja	Nee	Weet niet
Hospitalisatie			
Voor- en nabehandeling bij hospitalisatie			

Ambulante verzorging zware ziekten			
Andere medische kosten (tandverzorging, ambulante kosten)			
Afhankelijkheidsverzekering			
Andere			

22. Houdt u bij de toekenning van de ziekteverzekering rekening met het type contract (onbepaalde duur, bepaalde duur, interimcontract ...) dat de werknemer heeft?

- Ja
- Nee
- Ik kan dit niet achterhalen

23. Houdt u er bij de toekenning van de ziekteverzekering rekening mee hoe lang iemand in de onderneming werkt?

- Ja
- Nee
- Ik kan dit niet achterhalen

24. Is de werknemer verplicht aangesloten bij deze aanvullende verzekering of heeft hij/zij de vrije keuze al dan niet toe te treden?

- Verplicht zich aan te sluiten
- Kan zich verzekeren maar is niet verplicht
- Ik kan dit niet achterhalen

25. Betaalt de werknemer een deel van zijn/haar aanvullende ziekteverzekering zelf?

- Ja
- Nee
- Ik kan dit niet achterhalen

26. Zijn de gezinsleden van de werknemer mee verzekerd in de aanvullende ziekteverzekering?

- Ja, verplicht mee verzekerd
- Ja, ze kunnen zich verzekeren maar zijn niet verplicht
- Nee, ze kunnen niet mee verzekerd zijn
- Ik kan dit niet achterhalen

27. Is er nog een andere ziekteverzekering binnen uw onderneming die verschillend is van de eerste?

- Ja → vraag 28
- Nee → vraag 30
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 30

28. Welke categorieën van werknemers zijn bij de tweede verzekering aangesloten?

	Ja	Nee	Weet niet
Kaderleden → vraag 30			
Bedienden → vraag 30			
Arbeiders → vraag 30			
Anderen → vraag 29			

29. Verduidelijk de groep 'anderen' die u hebt aangekruist in de vorige vraag

.....

Aanvullende invaliditeitsverzekering

30. Biedt uw onderneming een collectieve aanvullende invaliditeitsverzekering aan?

- Ja → vraag 31
- Nee → stop
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 31

31. Hoeveel werknemers in uw onderneming hebben deze aanvullende invaliditeitsverzekering? Indien u het exacte aantal niet kent, mag u ook een schatting maken.

..... personen

32. Welke categorieën kunnen zich aansluiten bij deze verzekering?

	Ja	Nee	Weet niet
Kaderleden → vraag 34			
Bedienden → vraag 34			
Arbeiders → vraag 34			
Anderen → vraag 33			

33. Verduidelijk de groep 'anderen' die u hebt aangekruist in de vorige vraag

.....

34. Wat is de inhoud van deze collectieve aanvullende invaliditeitsverzekering? (gelieve alle dekkingen die voor u van toepassing zijn aan te duiden)

	Ja	Nee	Weet niet
Premievrijstelling voor pensioen- en/of aanvullende verzekeringen			
Uitkering bij werkonbekwaamheid			
Uitkering bij overlijden			
andere			

35. Is de werknemer verplicht aangesloten bij deze aanvullende verzekering of heeft hij/zij de vrije keuze al dan niet toe te treden?

- Verplicht zich aan te sluiten
- Kan zich verzekeren maar is niet verplicht
- Ik kan dit niet achterhalen

36. Betaalt de werknemer een deel van zijn/haar aanvullende invaliditeitsverzekering zelf?

- Ja
- Nee

Ik kan dit niet achterhalen

37. Is er nog een andere invaliditeitsverzekering binnen uw onderneming die verschillend is van de eerste?

- Ja → vraag 38
- Nee → vraag 40
- Ik kan dit niet achterhalen → vraag 40

38. Welke categorieën van werknemers kunnen zich aansluiten bij deze invaliditeitsverzekering? Meerdere categorieën zijn mogelijk.

	Ja	Nee	Weet niet
Kaderleden → vraag 40			
Bedienden → vraag 40			
Arbeiders → vraag 40			
Anderen → vraag 39			

39. Verduidelijk de groep ‘anderen’ die u hebt aangekruist in de vorige vraag

.....
.....
.....

40. U hebt nu alle vragen ingevuld. Indien er problemen waren bij het invullen van de vragenlijst of indien u opmerkingen bij bepaalde vragen heeft, dan kan u die hieronder vermelden.

.....
.....
.....