



De klant weer koning.

Klantgerichte zorg en meer marktwerking zijn de belangrijkste uitgangspunten van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Bovendien gaat de splitsing tussen ziekenfonds en particulier verzekerden op de schop. Voor u als werkgever biedt dit nieuwe kansen om de beste zorgverzekering voor al uw medewerkers te vinden.

Deze Intermezzo brengt u volledig op de hoogte van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006. Informatie waarmee u als werkgever direct uw voordeel kunt doen. Zo maakt u snel en goed onderbouwd de juiste keuze. Niet alleen voor uzelf en uw onderneming maar ook vooral voor uw medewerkers.

In dit nummer:

- Kalender Zorgverzekeringswet voor werkgever
- Aan de slag met de Zorgverzekeringswet
- Standaardverzekering: aan de basis is iedereen gelijk
- Het inkopen van extra zekerheid
- Uw nieuwe collectieve contract
- In het belang van de zaak
- Meerwaarde gecombineerd ziektekosten- en ziekteverzuimcontract

Nieuwe zorgstelsel biedt werkgever uitgelezen kansen

Door toenemende vergrijzing staat het ziektekostenstelsel in Nederland onder druk. De voortschrijdende techniek, die meer behandelingen mogelijk maakt, leidt tot stijgende kosten in de gezondheidszorg. Deze lasten drukken op iedereen.

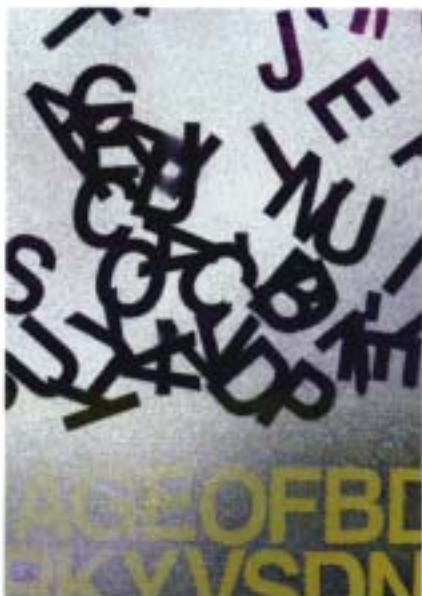
Ook werkgevers worden hierdoor geconfronteerd met extra kosten. En niet alleen door de stijgende premies. Door de wachtlijstproblematiek duurt reïntegratie van zieke medewerkers langer dan echt noodzakelijk is. Om de gezondheidszorg betaalbaar en voor iedereen toegankelijk te houden wordt een nieuw zorgstelsel geïntroduceerd. Een stelsel waarbij meer concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ervoor zorgt dat niet alleen de kwaliteit van de zorg, maar ook de prijs verbetert.

Het nieuwe zorgstelsel in de praktijk

De Eerste Kamer behandelt in juni 2005 het voorstel voor de nieuwe Zorgverzekeringswet. Als de Eerste Kamer akkoord gaat, doet op 1 januari 2006 een nieuw zorgstelsel haar intrede. Dit zorgstelsel vervangt het huidige ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke regeling voor ambtenaren en is verplicht voor iedere Nederlandse ingezetene (of daarmee gelijkgestelde). Alle zorgverzekeraars moeten zich aan dezelfde spelregels houden. Om toegankelijkheid tot betaalbare en goede zorg te garanderen wordt een acceptatieplicht geïntroduceerd voor de Standaardverzekering. Een zorgverzekeraar mag dus niemand weigeren. De dekking van de Standaardverzekering is vergelijkbaar met het huidige ziekenfondspakket. Verzekeraars staat het vrij om daarnaast aanvullende verzekeringen aan te bieden.

Financiering

De kosten van het nieuwe stelsel worden gefinancierd uit de premie die de verzekerde opbrengt, de inkomensafhankelijke premie die de werkgever afdraagt en een klein deel rijksfinanciering. Kinderen tot 18 jaar zijn vrijgesteld van premiebetaling. De hoogte van de nominale premie is voor alle verzekerden met dezelfde verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar gelijk. Verschil in premie is mogelijk op basis van zorginkoop en lage beheerskosten. Maar ook voor collectieve contracten biedt het nieuwe stelsel voldoende mogelijkheden. Premiedifferentiatie voor dezelfde Standaardverzekering vindt plaats op basis van het aantal deelnemers van de collectiviteit. Het resultaat op het contract is niet langer bepalend voor de premie.



Marktwerving

Een belangrijke reden voor de invoering van het nieuwe zorgstelsel is het vergroten van marktwerving tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Verzekeraars kunnen zorg inkopen bij zorgaanbieders zoals huisartsen en ziekenhuizen. Zij onderhandelen over de geboden kwaliteit en de prijs. De verwachting is dat door meer concurrentie prijsverlagingen ontstaan en

verbetering van de efficiëntie binnen de gezondheidszorg. De concurrentie tussen verzekeraars werkt uiteindelijk in uw voordeel. Verzekeraars zullen hun uiterste best moeten doen een goede premie neer te leggen zonder dat de kwaliteit van de ingekochte zorg inboet. U kunt dan op basis van goed advies van uw adviseur het beste selecteren: de verzekeraar die de meest uitgebreide dienstverlening heeft

en kwaliteit biedt. En dat tegen een interessante prijs. Zo heeft u de garantie dat u uw medewerkers maximale service biedt

"Concurrentie tussen verzekeraars werkt uiteindelijk in uw voordeel"

Aan de slag met de Zorgverzekeringswet

Wanneer de Zorgverzekeringswet door de Eerste Kamer wordt aangenomen, heeft dit ook belangrijke consequenties voor u als werkgever. U moet beslissen of u een (nieuwe) collectieve zorgverzekering wenst af te sluiten. Bij wie gaat u deze afsluiten en hoe garandeert u de beste dienstverlening voor uw medewerkers? Van groot belang is dat de verzekeraar voldoende en kwalitatief goede zorg kan garanderen.

Bijvoorbeeld door de afspraken die hij heeft gemaakt met zorgaanbieders en de soort verzekering die hij aanbiedt. Uiteindelijk gaat het erom dat u de garantie heeft dat u kwalitatief goede zorg ontvangt tegen een scherpe prijs, met voldoende ondersteuning vanuit de verzekeraar.

Lastenbeperking

De introductie van de nieuwe zorgverzekering kan voor u een beperking van uw administratieve lasten opleveren. Het onderscheid tussen particulier en ziektefonds verval. De weg is vrij om voor alle medewerkers dezelfde ziektekostenverzekering af te sluiten. Dit maakt combinaties met een verzuimverzekering ook een stuk eenvoudiger. En als u al uw medewerkers via één ziektekostencontract verzekert, hoeft u niet langer uw medewerkers aan en af te melden bij verschillende zorgverzekeraars. Ook hoeft u niet meer door te geven of medewerkers boven de loongrens uitkomen. Alle inkomens worden gelijk behandeld.

Werkgeversbijdrage

Niet al uw (administratieve) lasten verdwijnen met de komst van het nieuwe zorgstelsel. Als werkgever dient u binnen het nieuwe zorgstelsel een inkomensafhankelijke bijdrage te betalen. Dit werkgeversdeel bedraagt 5,96%* van het brutoloon (tot een door de overheid vastgesteld maximum inkomen). Alle werkgevers tezamen betalen op deze manier de helft van de zorgkosten in Nederland. Over het algemeen blijven de kosten voor de werkgevers gelijk. Maar voor werkgevers met veel ziekenfondsverzekerde medewerkers kan dit betekenen dat zij in

2006 minder bij hoeven te dragen dan in 2005. Terwijl voor werkgevers met veel particulier verzekerde medewerkers waarschijnlijk het omgekeerde geldt. Hoewel veel collectieve contracten ook voor de particulier verzekerden een (vrijwillige) werkgeversbijdrage kennen in 2005.

"Over het algemeen blijven de kosten voor werkgevers gelijk"

Bereken uw (voorlopige) werkgeversbijdrage voor 2006

Door 5,96% van het bruto-inkomen te nemen, met een plafond van 33.000 (dus de maximale werkgeversbijdrage voor één medewerker is 5,96% van 33.000) kunt u een voorlopige berekening maken van uw werkgeversbijdrage voor 2006.



Standaardverzekering: aan de basis is iedereen gelijk

Het nieuwe zorgstelsel omvat een Standaardverzekering met gelijke dekking en voorwaarden voor iedereen. Deze dekking is vergelijkbaar met het huidige ziekenfonds, uitgebreid met kortdurende psychologische hulp.

Verzekeraars hebben wel de mogelijkheid te bepalen bij wie de zorg wordt afgenomen, waar het wordt afgenomen en op welke wijze betaling plaatsvindt. Zij bieden verschillende typen Standaardverzekeringen aan:

- Een Standaardverzekering waarbij de zorg wordt afgenomen bij door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders (zogenaamde zorgsturing).
- Een Standaardverzekering waarbij de verzekerde zelf de zorgaanbieder kiest.
- Een Standaardverzekering met een combinatie van de bovengenoemde varianten.

Naast de keuze voor wel of geen zorgsturing, is er verschil in vergoeding. Er kan gekozen worden voor zorg in natura, waarbij de afrekening tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder plaatsvindt. Of er wordt gekozen voor een verzekering

op basis van restitutie. Hierbij krijgt de verzekerde de kosten achteraf vergoed van de zorgverzekeraar. Ook hier is natuurlijk weer een combinatie mogelijk. Bij een verzekering op basis van gecontracteerde zorg en betaling in natura profiteert u het meest van de scherpe tariefstelling en kwaliteit die door de verzekeraar met zorgaanbieders is afgesproken.

Lasten

De schatting van de overheid is dat de nominale premie voor 2006 circa € 1.100 bedraagt. De exacte hoogte van de nominale premie bepaalt uw verzekeraar. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd voor de Standaardverzekering. De premies voor de aanvullende verzekeringen verschillen per verzekeraar en per pakket. Mensen met een laag inkomen ontvangen compensatie via de belastingen in de vorm van een Zorgtoeslag. Zo blijft de ziektekostenverzekering betaalbaar voor iedereen.

No-claim en eigen risico

Wanneer een verzekerde minder dan de no-claim declareert op de verzekering, heeft deze recht op een no-claimteruggave. De no-claim bedraagt in 2006 waarschijnlijk € 255,-. Niet alle zorg is van invloed op de no-claimregeling. De huisarts en de kosten van bevalling en kraamzorg worden niet in mindering gebracht op de teruggave.

"Iedereen is verzekerd voor dezelfde zorg"

De verzekeraar kan verschillende eigen risico's aanbieden. Het is het mogelijk om te kiezen voor eigen risico's van 0, 100, 200, 300, 400 en 500 euro per persoon per jaar. Hoewel de korting per verzekeraar verschilt, geldt ook hierbij het solidariteitsprincipe; iedereen met hetzelfde eigen risico ontvangt dezelfde korting. ■

Kalender Zorgverzekeringswet voor werkgever

Belangrijke data voor werkgevers met een collectieve ziektekostenverzekering

7 juni 2005

Behandeling wetsvoorstel Zorgverzekeringswet door de Eerste Kamer.

Najaar 2005

Als u van verzekeraar wilt wisselen, is het raadzaam in het vroege najaar offertes aan te vragen bij de verzekeraar van uw voorkeur. Zo heeft u ruim de tijd om uw verzekeraar te kiezen.

16 december 2005

U ontvangt in het najaar een voorstel van uw verzekeraar voor voortzetting van de collectiviteit per 1 januari 2006. Voor 16 december moet uw huidige verzekeraar uw medewerkers een aanbod doen. Dit aanbod is 2 maanden geldig.

16 december 2005 - 1 mei 2006

Termijn waarbinnen uw medewerkers hun verzekeraar kunnen kiezen. Zij moeten hun huidige verzekering dan voor 1 maart 2006 opzeggen.

1 januari 2006

Ingangsdatum nieuwe collectiviteit.

Let op! Voor uw medewerkers gelden dezelfde data. Houd er rekening mee dat u uw medewerkers tijdig informeert. Zeker wanneer u geen collectieve ziektekostenverzekering heeft en deze wel wilt afsluiten per 1 januari 2006. Zo voorkomt u dat uw medewerkers zelf al een vaak duurdere of minder goede verzekering bij een andere verzekeraar afsluiten.



Het inkopen van extra zekerheid

Om de dekking van de Standaardverzekering uit te breiden, bieden verzekeraars u en uw medewerkers aanvullende verzekeringen aan. U kunt hierbij denken aan aanvullende verzekeringen met algemene dekkingen zoals fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen en psychologie. Maar ook losse tandartsverzekeringen en klasseverzekeringen behoren tot de mogelijkheden.



Verzekerden ontvangen uiterlijk 16 december een aanbod van hun zorgverzekeraar voor een vergelijkbare verzekering.

Ziekenfondsen hebben nu al een structuur van een Standaardverzekering met een aanvulling. De verwachting is dat veel aanvullingen dan ook zullen blijven bestaan.

De particuliere producten hebben vaak een andere opbouw. Totaalpakketten met alle gewenste zorg, modulaire opbouw en andere varianten. Particulier verzekerden ontvangen van hun verzekeraar een aanbod voor de Standaard- en voor een aanvullende verzekering dat vergelijkbaar is met de huidige dekking.

Weloverwogen keuze

Bij uw keuze voor een verzekeraar is het van belang goed te kijken naar de aanvullende dekkingen, dienstverlening en service van de verzekeraar. Voor u is het belangrijk dat de verzekeraar actief is op het gebied van bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, reïntegratie van medewerkers en activiteiten om te voorkomen dat uw medewerkers arbeidsongeschikt raken. Juist deze elementen kunnen het verzuim binnen uw organisatie beperken.

U kunt zelf actief sturen op de keuze voor de aanvullende dekkingen voor uw medewerkers. Bijvoorbeeld door alleen een aanvullende verzekering met een vergoeding

voor onder meer fysiotherapie en psychologische zorg aan te bieden, of door een werkgeversbijdrage te verstrekken. Dit alles kan uw medewerkers over de streep trekken om te kiezen voor uw collectieve verzekering in combinatie met de door u gewenste aanvullende verzekering. ■

"Goede dienstverlening en aanvullende dekkingen kunnen het verzuim binnen uw organisatie beperken."

Uw nieuwe collectieve contract

Vanaf 1 januari 2006 kunt u de ziektekostenverzekeringen voor **ál uw medewerkers in één collectief contract onderbrengen**. Dit geldt niet alleen voor medewerkers die nu een particuliere verzekering hebben, maar ook voor ziekenfondsverzekerden. U kunt uw medewerkers hierdoor een completere en eventueel goedkopere verzekering aanbieden dan wanneer deze zelf een verzekering afsluit bij dezelfde verzekeraar. Wel zo gemakkelijk.



Voorstel

De overheid heeft speciale regels opgesteld waaraan uw nieuwe contract moet voldoen. De huidige producten zijn hierin vervangen door de nieuwe Standaardverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen. U ontvangt dit najaar een voortzettingsoffer voor uw contract per 1 januari 2006. Uw medewerkers ontvangen vervolgens voor 16 december 2005 een aanbod voor een nieuwe verzekering. U kunt het voortzettingsoffer accepteren. Dan heeft u er verder weinig omkijken naar. Toch is dit juist het moment om u eens te bezinnen op de manier waarop u uw medewerkers wilt verzekeren.

Kiest u voor de specialist?

Omdat zorgverzekeraars zelf hun zorg inkopen bij zorgaanbieders, onderhandelen zij zelf over de prijs en de te leveren dienstverlening en kwaliteit. Het verschil tussen verzekeraars zit vooral in de prijs en de mate van zorgsturing. Een ander belangrijk verschil zit in de geboden dienstverlening. Dienstverlening als bijvoorbeeld zorgbemiddeling, wachtlijstbemiddeling en preventie. Enkele gespecialiseerde aanbieders hebben hier al ruime ervaring mee. Zij bieden bijvoorbeeld de mogelijkheid dat zieke medewerkers gebruik kunnen maken van wachtlijstbemiddeling en advisering, om zo sneller terug te kunnen keren op de werkvloer. Uw adviseur kan u hierover meer vertellen.

Laat ook uw medewerkers profiteren

Het afsluiten van een goede zorgverzekering is ook voor uw medewerkers van groot belang. Zij profiteren bijvoorbeeld van korting op basis van het aantal deelnemers in het contract. Zo krijgen zij bij dezelfde verzekeraar dezelfde polis tegen

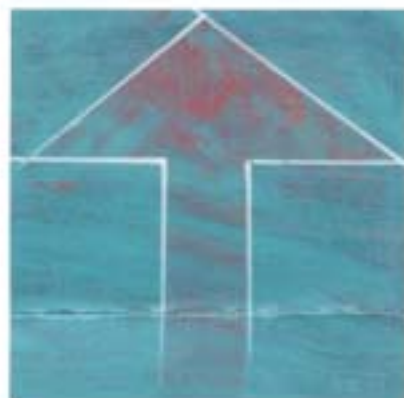
een lagere nominale premie dan wanneer zij deze zelfstandig afsluiten. Houdt u er wel rekening mee dat u medewerkers die nu via het ziekenfonds verzekerd zijn waarschijnlijk extra moet motiveren om deel te nemen. Zij zijn immers gewend hun eigen zorgverzekeraar te kiezen. Bijvoorbeeld door een werkgeversbijdrage te geven voor de aanvullende verzekeringen. Zo biedt u uw medewerkers een goede dekking en beperkt u de kans op langdurig verzuim. Waardoor u als werkgever uiteindelijk kosten bespaart.

Kortingsmogelijkheden

De wetgever heeft bepaald dat de maximale korting op de nominale premie voor een collectief contract 10% bedraagt. Dit percentage is afhankelijk van het soort contract en van het aantal deelnemers. Verzekeraars zijn verplicht collectieve contracten met dezelfde Standaardverzekering en hetzelfde aantal verzekerden dezelfde korting aan te bieden. Ook het onderbrengen van uw ziektekosten-, arbeidsongeschiktheids- en pensioenverzekeringen bij één verzekeraar levert u aantrekkelijke voordelen

op. Inkomensspecialisten hebben nu al deze verzekeringen geïntegreerd om u optimaal voordeel te bieden bij verzuimbegeleiding, reïntegratie of preventie. ■

"Het verschil tussen verzekeraars zit vooral in de dienstverlening, de mate van zorgsturing en de prijs."



In het belang van de zaak

De overheid trekt zich terug en kleedt de verzorgingsstaat steeds verder uit. Door het afsluiten van een goede collectieve ziektekosten- en verzuimverzekering biedt u uw medewerkers een goede uitbreiding op hun secundaire arbeidsvoorwaarden.

U geeft zekerheid die niet meer vanzelfsprekend is. Met deze secundaire arbeidsvoorwaarden kunt u zich onderscheiden in de markt. En u heeft hier de regie in eigen hand! U heeft al kunnen lezen over de prijsvoordelen van het afsluiten van een collectieve verzekering voor u en uw medewerkers. Naast deze prijsvoordelen is ook de garantie van optimale zorg een belangrijke factor. Zorg waarbij Kwaliteit nog met een grote K wordt geschreven.

Continuïteit

Naast voordelen voor uw medewerkers levert een collectief contract ook voor u de nodige voordelen op. Voordelen die uw verzekeringsadviseur u graag voorrekent. Denkt u maar eens aan de besparingen die u kunt realiseren door geïntegreerde dienstverlening. Bijvoorbeeld door de combinatie van uw collectieve ziektekosten- met een verzuimverzekering. Het betekent voor uw organisatie minder verzuim en snellere reïntegratie dankzij

de inschakeling van specialisten met verstand van reïntegratie en snelle wachtlijstbemiddeling. En dan spreken we nog niet eens over de impact die preventiemaatregelen hebben op het terugdringen van het ziekteverzuim. ■

"U kunt besparingen realiseren door geïntegreerde dienstverlening."

Meerwaarde gecombineerd ziekte-kosten- en ziekteverzuimcontract

Zorg en sociale zekerheid komen in Nederland steeds dichterbij elkaar te liggen. Zo heeft de overheid diverse maatregelen afgekondigd die werkgevers moeten stimuleren om het ziekteverzuim van hun medewerkers zo laag mogelijk te houden.

Een maatregel die ook voordelen met zich meebrengt. Minder ziekteverzuim betekent hogere productiviteit en minder kosten voor extra arbeidskrachten. Met het oog op deze kostenbesparing is het interessant om eens kritisch naar uw huidige contracten en uw organisatie te kijken. Zoals blijkt uit het bijgaande voorbeeld:

Allegro is een drukkerij met een ziektekostencontract in de rode cijfers. Het gevolg: forse premiestijgingen voor zowel werkgever als medewerker. De directie besloot haar assurantieadviseur uit te nodigen om het contract te beëindigen en onder te brengen bij een andere maatschappij. Besloten werd in overleg met de adviseur allereerst naar de oorzaak van de kostenstijging te kijken. Geen overbodige actie. Uit dit onderzoek bleek dat er veel verzuim was en dat de fysiotherapiekosten 50% boven het landelijk gemiddelde lagen. Aangezien ook de verzuimverzekering was ondergebracht bij dezelfde verzekeraar werd de arbeidsdeskundige ingezet. De arbeidsdeskundige concludeerde dat door werkplekaanpassing, preventieve training en de aanschaf van een nieuw, minder rugbelastende machine het verzuim kon worden teruggedrongen. Resultaat: Niet alleen het aantal ziekmeldingen daalde, maar ook de kosten voor fysiotherapie namen af met 20%. En het ziektekostencontract was na 2 jaar uit de rode cijfers.

Het voordeel van een ziektekosten- en verzuimverzekering bij één verzekeraar, leverde Allegro het volgende op:

Eenmalige kosten

Inzet arbeidsdeskundige	gratis
Aanpassing machine	€ 10.250
Preventieve training	€ 11.199
Totaal eenmalige kosten	€ 21.449

Jaarlijkse Besparing

Werkgeversbijdrage ziektekosten door een beter resultaat	€ 9.775
10 dagen loondoorbetaling bij ziekte	€ 3.150
Totale jaarlijkse besparing	€ 12.925

Extra besparing

Naast deze jaarlijkse besparing is ook bespaard op de kosten voor de arbodienst, administratie, coördinatie, vervangende arbeidskrachten en overuren ter vervanging van zieke medewerkers.

Het onderbrengen van uw ziektekosten- en verzuimverzekeringen bij één verzekeraar levert u dus flink wat voordelen op. Niet alleen omdat u kosten bespaart door vergoeding van de arbodienstverlening, advies rondom verzuimbeleid en begeleiding bij subsidie of financieringsproblemen. Maar ook omdat u indirect kosten kan besparen door het werk weer optimaal toegankelijk te maken door bijvoorbeeld werkplekaanpassing en casemanagement.



1 + 1 = 3

Als werkgever wilt u graag structureel iets doen aan het terugdringen van ziekteverzuim op korte en lange termijn. Maatregelen op het gebied van WAO en ziektekosten liggen daarbij in elkaars verlengde. Door het afsluiten van een ziektekosten- en verzuimcontract bij één verzekeraar kunt u hierbij een belangrijke rol spelen. Een rol die er toe bijdraagt dat uw bedrijfsvoering verbetert en de continuïteit van uw onderneming wordt vergroot. Bovendien zal de verzekeraar, omdat zijn belang nu groter is, eerder tot uitkering en actie overgaan. Op deze manier kunnen u en uw medewerkers profiteren van een uitgebreidere dienstverlening door goede en tijdige aanpak bij ziekte. Dienstverlening die duidelijk meerwaarde biedt. Zo wordt één plus één toch nog drie.

"Maatregelen op het gebied van WAO en ziektekosten liggen in elkaars verlengde."