



Phuket, 19. Oktober 2018

Themen:

- A. Was ist auf dem Markt? (Thailändische, Internationale Krankenkassen)
- B. Unterschied zwischen angelsächsischer und europäischer Prämiengestaltung
- C. Prämientabellen der verschiedenen Produkte
- D. Spitäler in Thailand im generellen, und direkte Kostenübernahme
- E. Deckung: nur Spital oder Spital und ambulant?
- F. Brauch ich überhaupt eine Krankenkasse?
- G. Eintrittsbedingungen und Austritt
- H. Medizinische Beurteilung (medical underwriting)
- I. Claims / Rückerstattung
- J. Ihr Versicherungsagent

A. Was ist auf dem Markt? (Thailändische, Internationale Krankenkassen)

Es gibt viele Produkte auf dem Markt.

Thailändische Produkte: Bupa Thailand, LMG, MSH, Pacific Cross u.a.

Internationale Produkte:

Cigna, NZI, APRIL, Bupa International, IHI-Bupa, International Healthcare, Global Health, GMC, Henner, Axa, William Russel u.a.

Alle diese Versicherungen haben jeweils mehrere unterschiedliche Pläne

Sie unterscheiden sich in allem, was unterschiedlich sein kann:

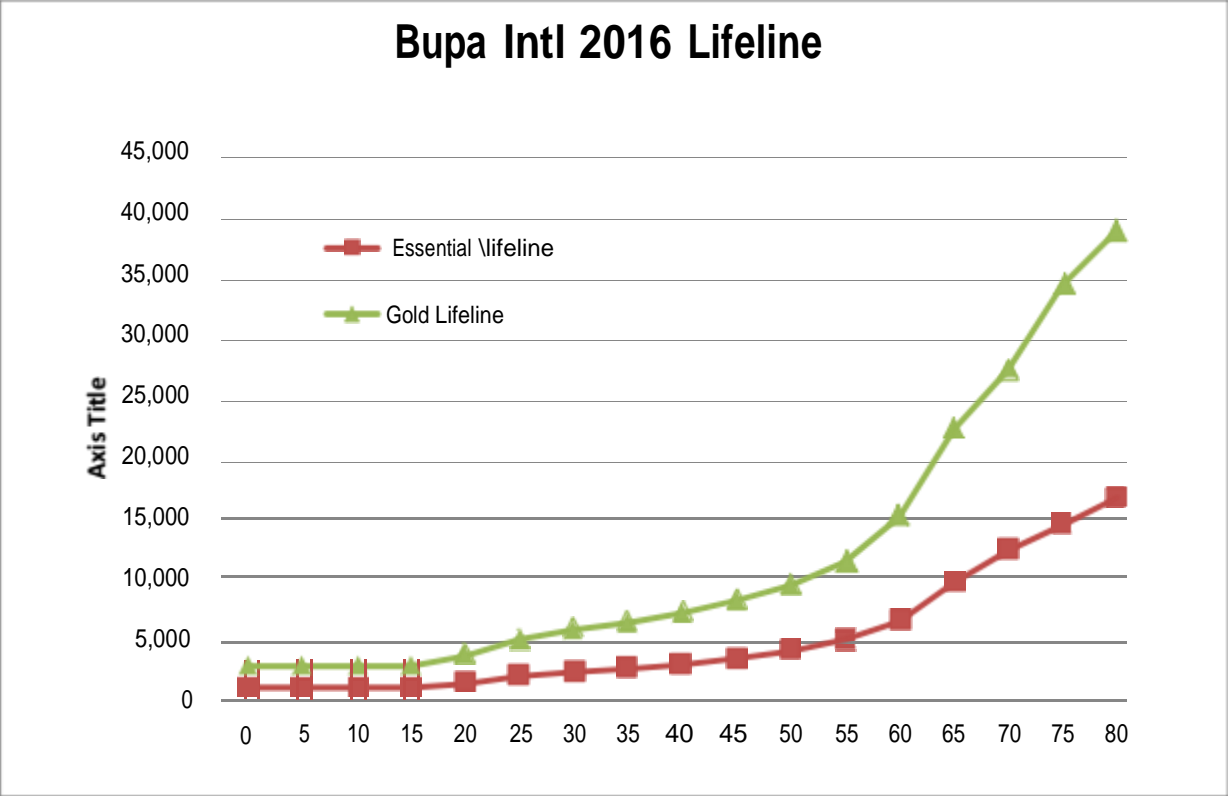
- Eintritts Alterslimite,
- Lebenslang oder nur bis zu einem gewissen Alter
- Spital, oder Spital und Ambulant, mit oder ohne Ausschlüsse
- Vorbestehende Krankheiten: gedeckt, ausgeschlossen, teilweis gedeckt, Mehrprämie oder nicht
- Jahres Limite oder Limiten pro Krankheit auf Lebenszeit, oder pro Jahr
- Altersgruppen bezogene Prämien erhöhungen
- Selbstbehalt in verschiedenen Stufen
- Sind Augen, Zähne, Schwangerschaft , lebensbedrohliche Krankheiten auch gedeckt, mit oder ohne Limiten pro Jahr oder auf Lebenszeit
- Und, ganz wichtig: das Finanzierungsmodell der Versicherung. Und da kommen wir zum nächsten Punkt.

B. Unterschied zwischen angelsächsischer und europäischer Prämiengestaltung

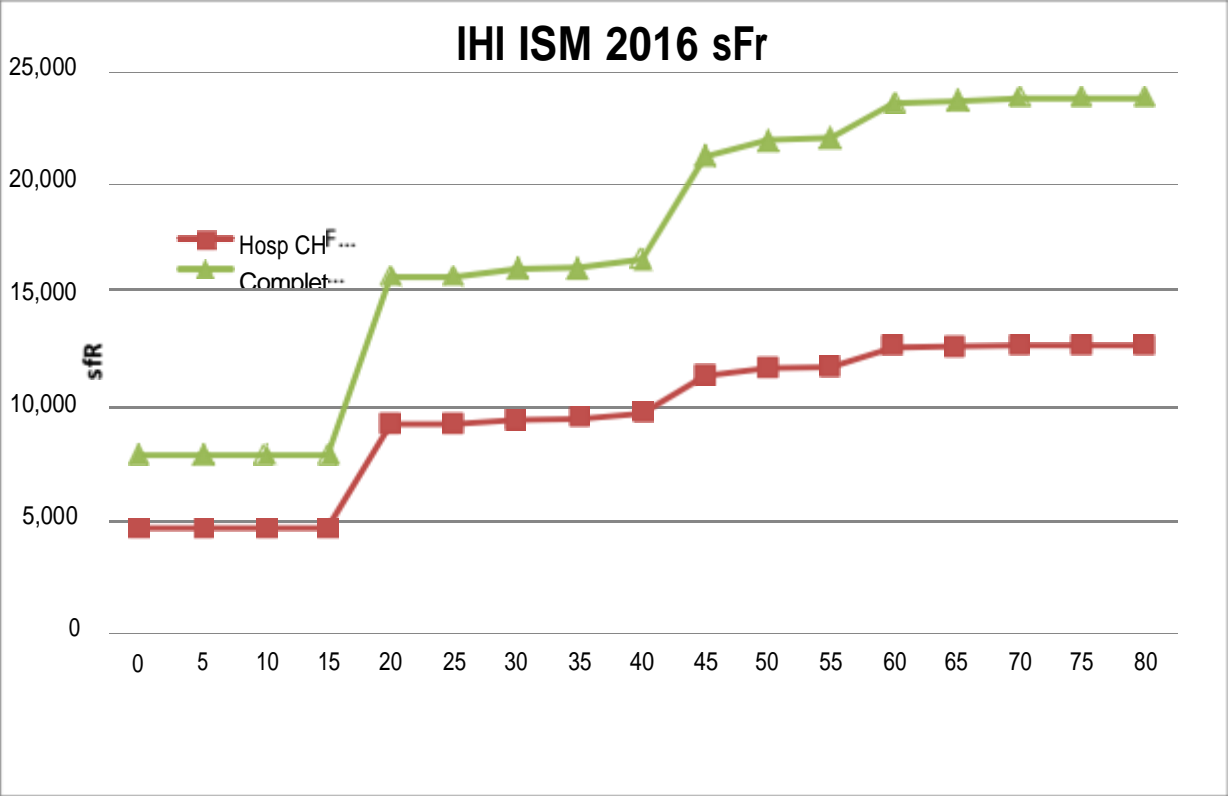
Die Kontinental-Europäischen Versicherungen (APRIL, IHI) haben eher eine flache Kurve wenn man die Prämien übers Alter ansieht, die anglosachsichen Versicherungen eher eine exponetiell steigende.

Die thailändischen haben meist ein engelsächsisches Mutterhaus (aus Hongkong oder England), und daher lehnen sie sich eher an das exponentiell steigende Modell an.

Bupa International, US\$ 2016



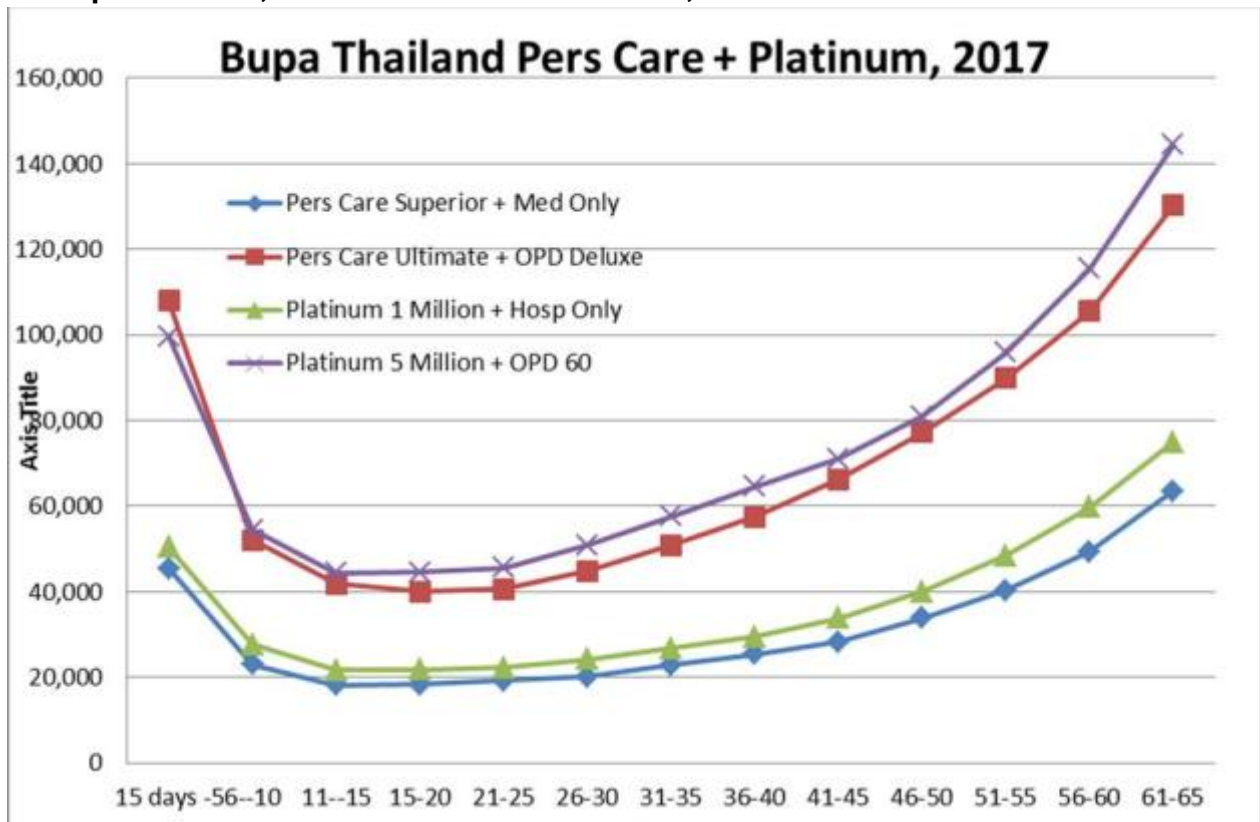
IHI International, 2016



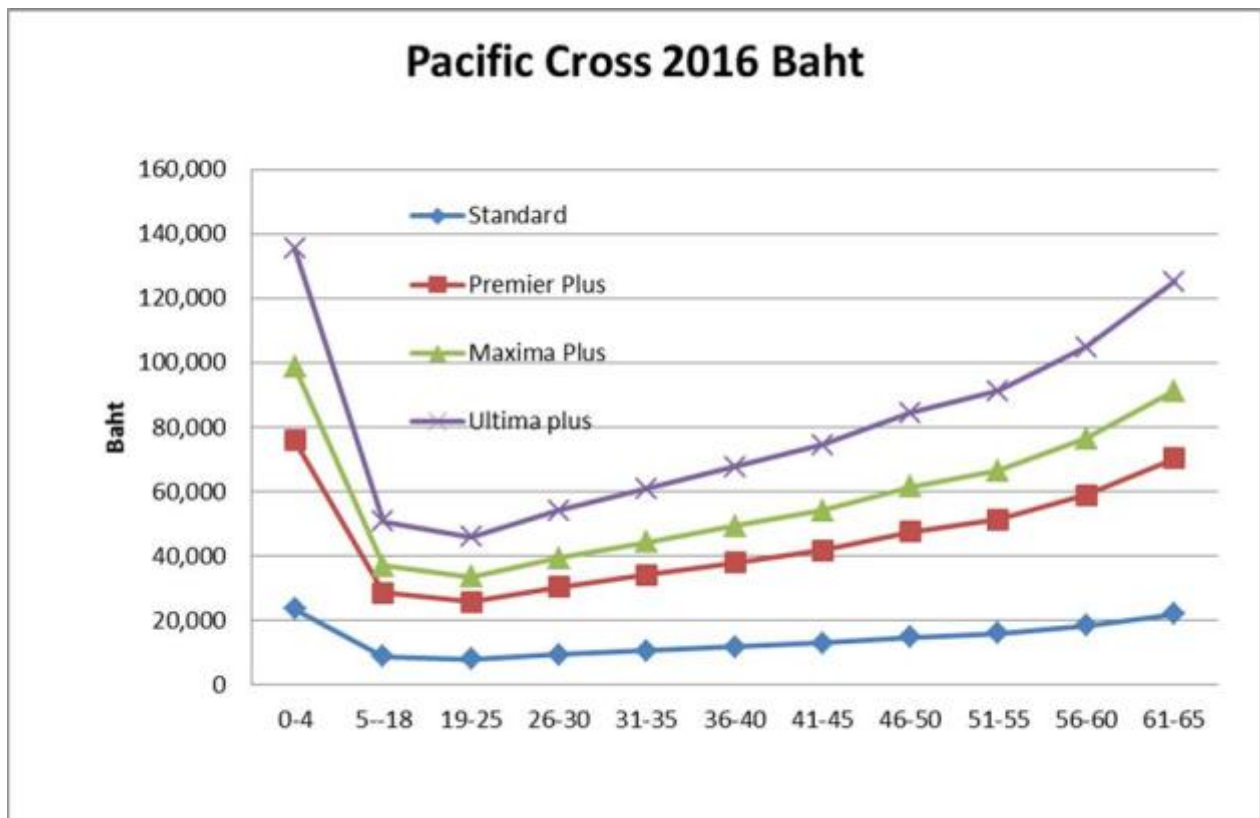
C. Prämientabellen der verschiedenen Produkte

Hier ein paar Tabellen zur Info:

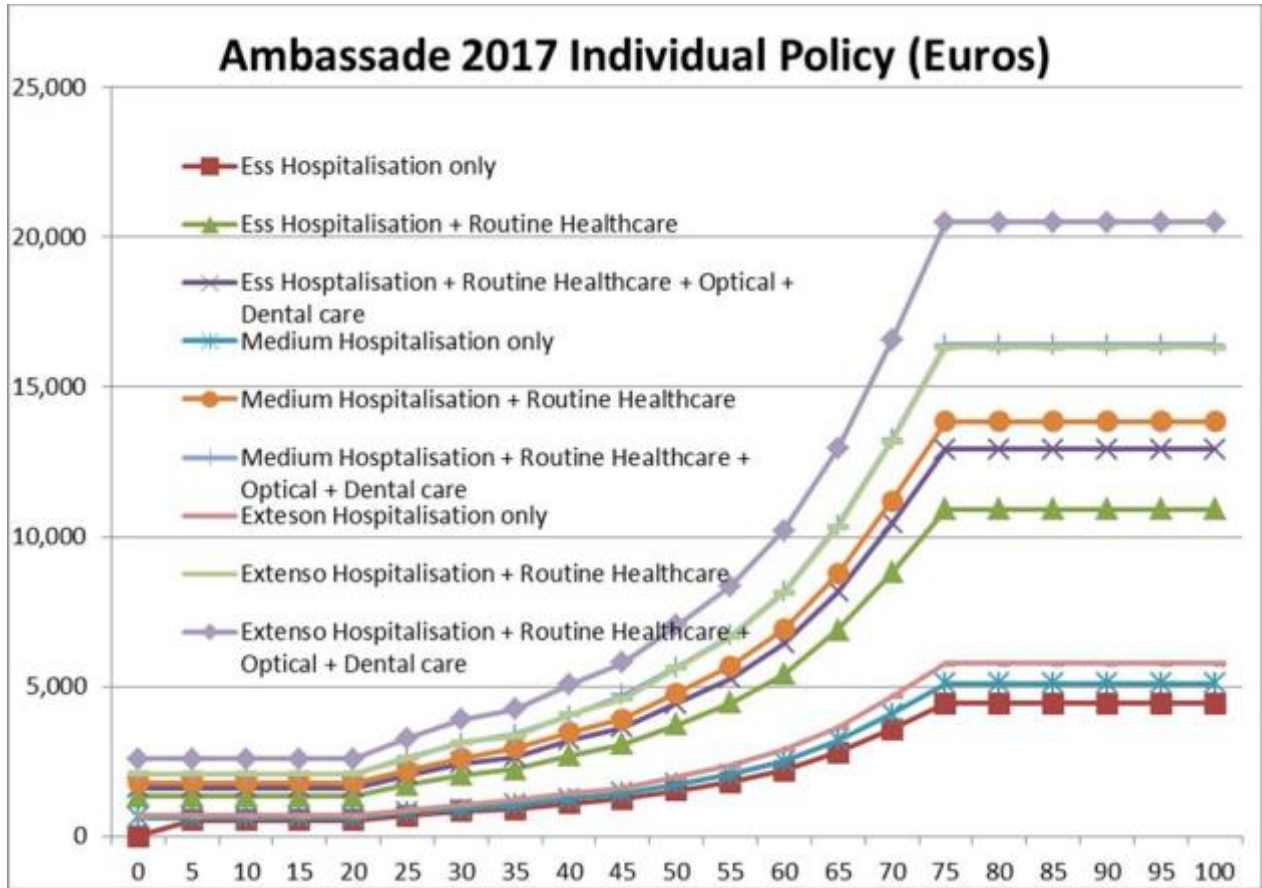
1. Bupa Thailand, Personal Care und Platinum, Premium 2017 in Thai Baht



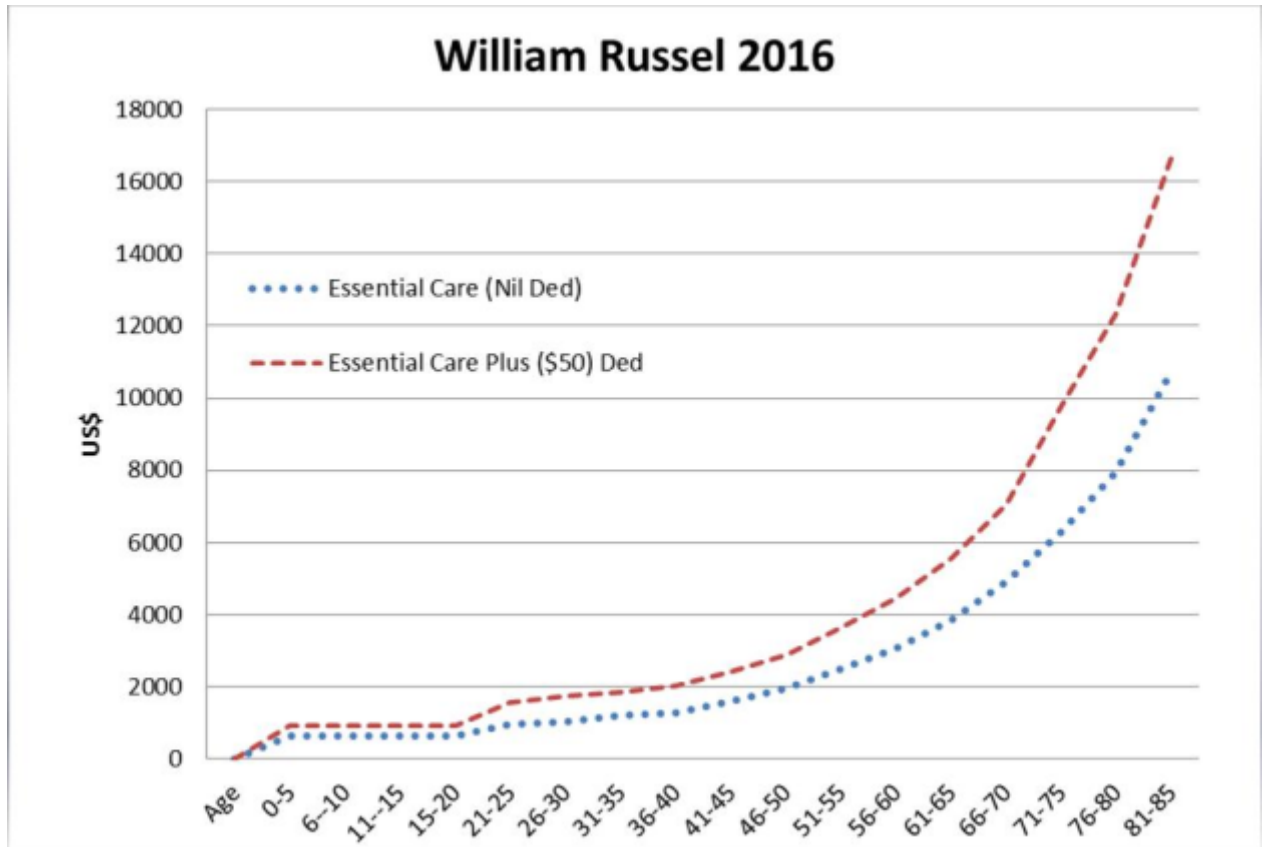
2. Pacific Cross



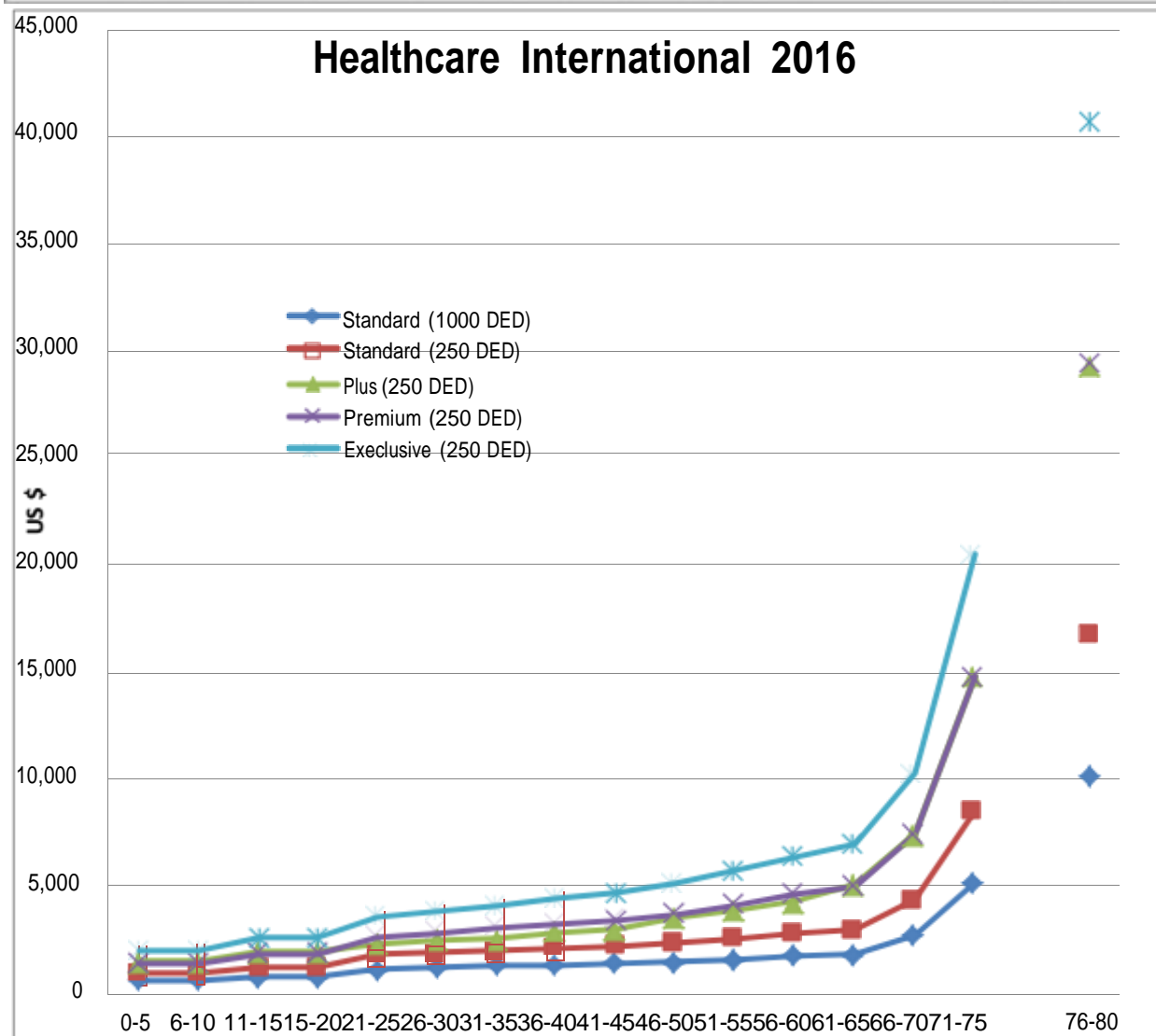
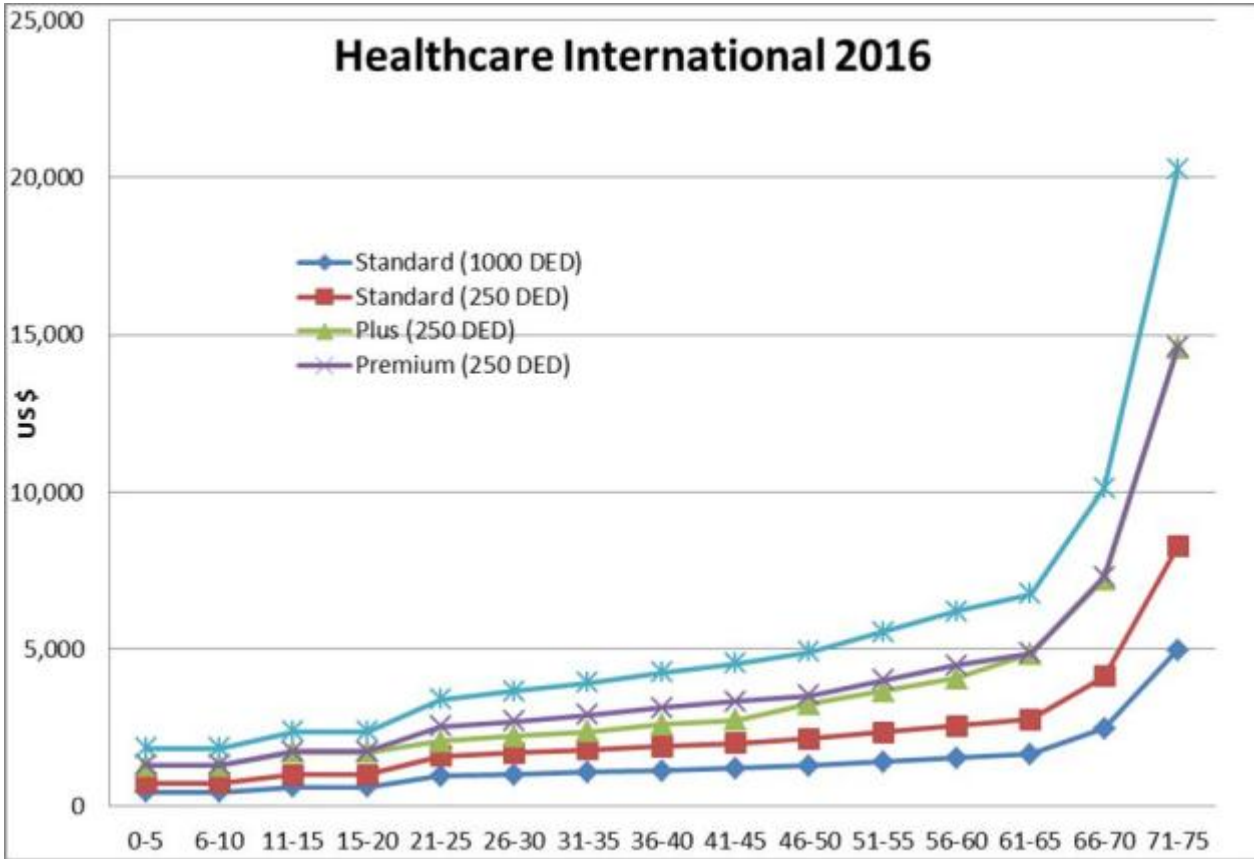
3. APRIL - AMBASSADE - 2017



4. William Russel 2016



5. Healthcare International England



D. Spitäler in Thailand im generellen, und direkte Kostenübernahme

Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir hier in Thailand ein grosses Angebot von Spitälern haben.

Die lokalen Governmenthospitals sind sicher die billigsten, dann kommen die Private Hospitals, und dann noch die International Private Hospitals.

Während in den ersten 2 man vermutlich ohne Thai Kenntnisse nicht auskommt, spricht man in den International Hospitals relativ gut englisch.

Auch der Service level ist unterschiedlich: in den Government Hospitals sind die Angehörigen für die Verpflegung und Pflege des Patienten im 20 Bett Zimmer zuständig, das heisst sie können / müssen auch dort übernachten.

Im Intl Hospital ist meist ein Einzelzimmer im Angebot, mit Ruhebett für eine Begleitperson.

Genau so unterschiedlich ist die medizinische Einrichtung: Government Hospitals sind eher so eingerichtet wie bei uns ein Hausarzt,

Intl. Hosp. haben die modernsten Diagnosegeräte. Diese sind natürlich im Ausland gekauft, und müssen finanziert und amortisiert werden.

Ich behaupte, dass die Qualität der Ärzte in etwa gleich ist in den verschiedenen Spitälern, aber nicht die Möglichkeiten. Generell stelle ich fest, dass die hiesigen Ärzte in Sachen Diagnose etwas schwach sind. Sie verzichten eher auf das detaillierte Gespräch mit dem Patienten, und schleusen ihn eher durch alle möglichen Maschinen und Tests, und machen dann basierend auf den Resultaten eine „DiagnoseVermutung“. Das geht dann nicht immer gut.

Diese Methode kommt aber auch durch den Kostendruck.

Die Definition PRIVAT steht hier nicht für private Abteilung oder Einzelzimmer, sondern einzig für „Privat finanziert“; das heisst das Spital ist nichts anderes als ein Profit-orientiertes Privat-Unternehmen, welchen es zu optimieren gilt.

Es hat also absolut keine soziale Komponente oder Verantwortung im Geschäftsgebaren.

Es ist daher auch nicht verwunderlich dass die Operationskosten beinahe im Bereich der Schweizer Kosten liegen.

Ein so profit-getrimmtes Unternehmen muss auch schauen, dass die Patienten nicht ohne Bezahlung davonlaufen. Daher wird es vor jeder Behandlung sicherstellen, dass diese dann auch bezahlt werden kann.

Ein Downpayment von 40'000 Baht ist nicht die Ausnahme für die Erstbehandlung. Vor jeder Weiterbehandlung sind weitere Downpayments fällig. Stellen Sie sicher, dass sie einen schnell zur Verfügung stehenden Betrag auf der Seite haben, damit Sie schnell behandelt werden.

Für kurze Spitalaufenthalte wie eine Nacht funktioniert das direkte Abrechnen mit Ihrer Krankenkasse in den meisten Spitälern nicht. Dies daher, da im Spital verschiedene Abteilungen für den Prozess zuständig sind.

- Der Arxt, der die Kostenschätzung macht
- Die Patientenbetreuerin / Übersetzerin
- Die Buchhaltung
- Das department „Intl Insurance“
- Ihre Claimabteilung der Versicherung (evtl andere ZeitZone).

Die Durchlaufzeit, Missverständnisse, Absicherung und gesamt Kommunikation zwischen diesen Stellen ist langwierig und kann Stunden bis Tage dauern, bis das Spital und alle ihre

involvierten Stellen soweit sind, dass die Kostengutsprache der Versicherung ok ist und die Behandlung anfangen kann.

Machen Sie also ein Downpayment (Cash oder Kreditkarte) und lassen Sie sich behandeln. Falls beim Auschecken die Kostengutsprache nicht hier ist, bezahlen Sie die Rechnung und verlangen Sie die Rückerstattung nachher von der Versicherung.

3 Tips:

1. Rufen Sie oder Ihre Familie die Versicherung selber an, das geht dann viel schneller als wenn Sie das nur dem Spitalpersonal überlassen.
2. Wenn Sie eine planbare Operation haben, lassen Sie sich eine Offerte geben und reichen Sie diese der Versicherung ein, bevor Sie den Spitaltermin abmachen. So ist die Kostengutsprache schon vorhanden wenn Sie einchecken.
3. Nach einem längeren Spitalaufenthalt lassen Sie die Rechnung abschliessen am Vortag der Entlassung. Das Spital hat dann die Kostengutsprache bereit am nächsten Mittag. Eventuelle Medikamente die Sie nach Hause erhalten, sind dann noch nicht in der Kostengutsprache. Bestehen Sie darauf diese ebenfalls darin einzuschliessen, werden Sie bis Nachts festgehalten - die Versicherung kann nicht so schnell folgen. Zahlen sie diese in Cash und lassen es nachher von der Versicherung rückerstatten das ist meist enthalten in der Spitaldeckung.

E. Deckung: nur Spital oder Spital und ambulant?

Bei der Auswahl Ihrer Krankenkasse sollten Sie sich überlegen, ob Sie nur die Spital Deckung brauchen, oder auch ambulante Behandlungskosten gedeckt werden sollen.

In der Regel ist der Prämienunterschied etwa Faktor 2.

Bei der Spitaldeckung hat es meist Limiten, entweder maximal pro Jahr, oder Maximal pro Krankheit, hier ist diese Limite meist auf Lebenszeit, also NICHT pro Versicherungsjahr, und das kann dann bei niedriger Limite eher knapp werden.

Ambulante Behandlungen sind hier in Thailand relativ günstig, aber leider muss man dann auch die teuren und manchmal gar nicht notwendigen Diagnose Untersuchungen selber finanzieren, falls sich keine Operations-Notwendigkeit ergibt (Ist Operation notwendig, wird die Voruntersuchung bei den meisten Versicherungen durch die Spitaldeckung übernommen)

Wenn Sie Zähne und Brillen auch mit Zusatzversicherung decken wollen, ist dies meist nur möglich wenn Sie den ambulanten Teil auch nehmen - damit wird die ganze Sache wirklich teuer. Diese Kosten sind aber hier nicht so extrem, d.h. sie können in der Regel gut aus der eigenen Tasche finanziert werden.

F. Brauch ich überhaupt eine Krankenkasse?

Gute Frage

Das kann nicht für alle gleich beantwortet werden!

Am einfachsten ist es, wenn Sie reich sind. Dann brauchen Sie keine.

Warum von 60 bis 90++ während 30 Jahren jedes Jahr ca 10'000++ sfr an eine Versicherung bezahlen, die Sie evtl. gar nie brauchen. > keine

Auch einfach ist es, wenn Sie gerade genug zum Leben haben:
dann können Sie sich gar keine leisten > keine

Komplizierter wird es, wenn Sie dazwischen liegen.

Hier haben wir ja das Glück, dass Schweizer jederzeit sich in der Schweiz wieder anmelden können, und sich dort in der obligatorischen Grundversicherung einschreiben - da werden keine Fragen bezüglich des Gesundheitszustandes gestellt - sie können sich am nächsten Tag für alles behandeln lassen. Natürlich darf nicht der Eindruck entstehen, dass Sie den Wonsitzwechsel nur für den Bezug von medizinischen Leistungen vollzogen haben, d.h Sie sollten sich anschliessend während ein paar Jahren nicht in der CH abmelden (was nicht heisst, dass Sie nach der Genesung nicht nach Thailand kommen können)

Leben Sie in mittleren finanziellen Verhältnissen, sollte man in Erwägung ziehen, für das absolute Super Gau eine Spitalversicherung zu haben, die den Teil deckt, den man aus eigener Tasche nicht finanzieren kann / will.
Dabei reicht meiner Ansicht nach eine Jahreslimite von ca 500'000 sfr, alles darüber wird man wohl kaum jemals benötigen.

Auch sinnvoll ist eine solche Deckung, wenn Ihr Vermögen fest angelegt ist in Haus und Hof, - das heisst um einen Notverkauf zu verhindern.
Das gleiche gilt wenn Sie Ihre Familie finanziell absichern wollen.

Welches Budget haben Sie zur Verfügung?

Hier ein kleiner Exkurs in die Schweiz: Dort bezahlt man für eine allgemeine Versicherung, welche Spital, Ambulant und Spezial Arzt deckt, nur ca 500 sfr pro Monat.
Sicher wissen Sie dass dies nur möglich ist, weil sowohl Spitäler, das gesamte Gesundheitswesen und die Krankenkassen vom Steuerzahler quersubventioniert sind.
Unter anderem bezahlt der Kanton immer 55% einer Spitalbehandlung [link 1] in der Schweiz (nur sofern der Patient dort versichert ist. Wir Auslandschweizer müssen das übernehmen).
Zudem übernimmt der Staat die Krankenkassenbeiträge von Personen und Familien, die sich diese nicht mehr leisten können (Steuerzahler jedes Jahr ca 3.5 Mia.)

Obige Querfinanzierung besteht natürlich für Internationale Krankenkassen nicht daher sind die Prämien auch höher.

Der Irrglaube, in Thailand sei alles viel billiger, und auch die Krankenversicherung müsse hier viel billiger sein, ist leider weit verbreitet.

Jüngere Versicherte bis ca 50/55 Jahre können vorübergehend eine angelsächsische Versicherung machen, und dann beim exponentiellen Knick in eine kontinentaleuropäische wechseln... sofern man noch gesund ist.

Anstelle einer Krankenversicherung kann auch eine Unfallversicherung in Betracht gezogen werden, z. Bsp. AIA, damit wenigstens bei einem Unfall eine gewisse Deckung vorhanden ist.
Hier gibt es aber auch wieder Alterslimiten.

G. Eintrittsbedingungen und Austritt

Generell muss beim Eintritt in alle Krankenversicherungen ein Antragsformular mit medizinischen Fragen wahrheitsgetreu ausgefüllt werden. Hier lohnt es sich überhaupt nicht, bekannte Tatsachen zu verschweigen. Die meisten Versicherungen haben für die Neu-Aufnahme eine Alterslimite, hier bei Thai Versicherungen ist es in der Regel bei 60 Jahren, bei internationalen eher bei 65, 70 oder spätestens 80.

Alle mir bekannten Internationalen Versicherungen garantieren Deckung bis ans Lebensende, ausser es sind spezial Pläne für Expats oder Firmen- Gruppenversicherungen, da ist meist bei 65 / Pensionierung Schluss.

Bei den meisten Versicherungen kommt ab Alter 60 noch ein Arztuntersuch dazu, jede hat ihre eigenen Formulare, welche dann vom Arzt unterschrieben werden müssen.

Ein Austritt ist in der Regel immer per Jahreswechsel möglich respective Ende des Policenjahres. Man sollte dies der Versicherung aber jeweils ca 2 Monate vor Vertragsende schriftlich mitzuteilen. Im Notfall bezahlt man einfach die nächste Jahresprämie nicht mehr, dann erlischt die Deckung auch. In diesem Fall wird man später nicht mehr aufgenommen.

H. Medizinische Beurteilung (medical underwriting)

Die Versicherungen haben ihre eigene medizinische Abteilung, in welcher die eingereichten Unterlagen analysiert werden. Finden sie ein Risiko, verlangen sie weitere, spezifische Untersuchungen des Patienten.

Die Beurteilung ist unterschiedlich, die einen sind etwas toleranter, andere sehr strikt und lassen keine Risiken zu.

Als Resultat ist alles möglich: direkte Ablehnung, Aufnahme mit Wartefrist, Aufnahme mit Ausschlüssen, oder vereinzelt Aufnahme mit Prämien Risiko Zuschlag.

Bei einer eventuellen Ablehnung gibt die Versicherung in der Regel keine Gründe an. Das muss sie auch nicht - sie sind private Firmen die niemanden aufnehmen müssen und sich die Kundschaft frei auswählen können.

Personen mit bestehenden lebensbedrohenden Krankheiten oder Diabetes 1 können in der Regel gleich darauf verzichten, einen Antrag auszufüllen, sie werden ohnehin nicht aufgenommen.

Erfahrungsgemäss sind folgende Gebrechen noch akzeptiert:

- Leicht erhöhter Blutdruck, Werte medikamentös unter Kontrolle
- Leicht erhöhte Cholesterin Werte medikamentös unter Kontrolle
- Leicht erhöhter Blutzucker, Werte medikamentös unter Kontrolle
- Auch der Bodymass Index ist ausschlaggebend,
Gewicht (kg) geteilt durch Grösse (m) geteilt durch Grösse (m) = 32 ist noch ok,
darüber wirds schwierig.

Sollten Sie unter mehr als einer der oberen Punkte leiden, wird die Ablehnung immer wahrscheinlicher.

I. Claims / Rückerstattung

Bitte beachten Sie, dass bei allen Versicherungen der Verkaufskanal total vom Claim und Behandlungskanal getrennt sind. Die meisten Versicherungen sprechen und kommunizieren daher nie mit Ihrem Versicherungsagenten, dies angeblich wegen Datenschutz.

Stellen Sie also sicher, dass Sie vom Arzt ein Arzteugnis erhalten, und eine anständige Original Quittung. Sie können dies dann mit dem ausgefüllten Rückerstattungsformular (welches manchmal vom Arzt unterschrieben sein muss) entweder an Ihren Agenten oder die Versicherung direkt senden. Der Feedback und die Abrechnung erhalten Sie dann meist von der Versicherung direkt. Wenn Sie den Agenten nicht informieren, dass alles abgeschlossen ist, oder eben nicht, hat der keine Ahnung und kann nicht follow up machen für Sie.

Für alle planbaren Operationen sollten Sie immer ihre Versicherung vorgängig informieren. Es gibt solche die dies als Bedingung in den allgemeinen Versicherungsbedingungen so verlangen und damit eine nicht-vorangemeldete Operation nicht übernehmen müssen.

Ambulante Behandlungen müssen Sie vorfinanzieren und dann zurückverlangen, eine direkte Kostenabrechnung mit der Versicherung funktioniert nicht.

J. Ihr Versicherungsagent

Leider gibt es auch in Thailand solche und andere Versicherungsagenten. Während sich viele die Mühe geben, den Kunden sorgfältig und umfassend zu beraten, gibt es auch einige die kurzfristig möglichst viele Policen abschliessen wollen um schnell an die Provisionen zu kommen. Wenn Sie dann in ein paar Jahren krank werden und seine Unterstützung brauchen, ist er nicht mehr auffindbar. Seien Sie daher etwas vorsichtig bei der Auswahl.

Hier ein paar Hinweise:

- Er sollte mehrere Produkte von verschiedenen Anbietern anbieten können. Dies weil die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind, und eine einzige Versicherung evtl nicht jede Variante abdecken kann.
- Er sollte über die verschiedenen Produkte Bescheid wissen, und Sie auch auf das versteckte in den Bedingungen aufmerksam machen. So gibt es z.Bsp bei einigen Anbietern individuelle Prämien erhöhungen im Schadensfall (LMG, Bupa Thailand, Pacific Cross), oder allgemeine Ausschlüsse wie "Grauer Star" Operationen (APRIL AHP) etc. Wenn der Kunde das vorher weiss, ist es ok, wenn er es erst später erfährt, wird es kritisch.
- Lassen Sie sich Zeit und gehen Sie zu Hause in Ruhe nochmals durch alle Unterlagen. Auf einen Tag mehr oder weniger kommt es in der Regel nicht an, und wenn der Agent Sie zu einem Abschluss pushed, ist wohl etwas faul.
- Sobald der Agent verlangt, dass die Prämie an ihn bezahlt werden soll, rate ich dringendst die Verhandlung abubrechen und auf Distanz zu gehen. Keine einzige Versicherung verlangt oder erlaubt dies. Überweisen Sie die Prämie **immer nur** auf das Konto der Versicherungsgesellschaft.

Link1: <https://www.ahv-iv.ch/p/890.d> Sicherheit in der Schweiz, Seite 56