

LITERATUURSTUDIE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING IN EUROPEES PERSPECTIEF

Corina Ros
Diana Delnoij

maart 1996

 **NIVEL**
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg -
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030 231 99 46

Acknowledgement:

The authors wish to thank *owm Zorgverzekeraar VGZ ua.*

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ros, Corina

Literatuurstudie ziektekostenverzekering in Europees
perspectief / Corina Ros, Diana Delnoij. - Utrecht : NIVEL

Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-6905-294-6

Trefw.: ziektekostenverzekering ; Europa.

Tekstverwerking/lay-out
Omslag

Bernadette Kamphuys
Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|----|
| VOORWOORD | 5 |
| 1 SAMENVATTING EN CONCLUSIE | 7 |
| 1.1 Inleiding | 7 |
| 1.2 Totaalpakket | 9 |
| 1.3 Aanvullende verzekering | 11 |
| 1.4 Vraagkant | 13 |
| 1.5 Mogelijkheden verstrekkingsmarkt | 15 |
| 2 GEZONDHEIDSZORGSYSTEMEN | 17 |
| 2.1 Duitsland | 17 |
| 2.2 België | 20 |
| 2.3 Vergelijking systemen Nederland, Duitsland en België | 23 |
| 2.4 Implicaties voor een Nederlandse zorgverzekeraar | 27 |
| 3 BESCHRIJVING AFZETGEBIED EUREGIO ZUID-LIMBURG | 28 |
| 3.1 Duitsland: Nordrhein-Westfalen | 28 |
| 3.2 België: Limburg en Luik | 29 |
| 3.3 Vergelijking gebieden | 30 |
| 3.4 Implicaties voor een Nederlandse zorgverzekeraar | 33 |
| 4 EUROPESE MARKT | 35 |
| 4.1 Ziektekostenstelsel, sociaal en particulier | 35 |
| 4.1.1 Sociale ziektekostenverzekering en Gemeenschapsrecht | 36 |
| 4.1.2 Particuliere ziektekostenverzekering en Gemeenschapsrecht | 38 |
| 4.2 Verstrekkingsmarkt | 39 |
| 4.3 Implicaties voor een Nederlandse zorgverzekeraar | 40 |
| 5 LITERATUUR | 41 |
| BIJLAGE | 45 |

VOORWOORD

Deze literatuurstudie naar de ziektekostenverzekering in Europees perspectief is opgebouwd uit drie delen, welke afzonderlijk van elkaar te lezen zijn. Het eerste hoofdstuk fungeert als samenvatting van het onderzoek. Hierin worden de onderzoeksvragen genoemd en tevens worden in dit hoofdstuk conclusies getrokken die van belang zijn voor een Nederlandse zorgverzekeraar die zich op de buitenlandse markt wil begeven.

De hoofdstukken 2, 3 en 4 vormen de achtergrond van het eerste hoofdstuk. In deze hoofdstukken wordt apart het antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Elk hoofdstuk eindigt met een paragraaf waarin samengevat wordt wat de gegevens betekenen voor een Nederlandse zorgverzekeraar.

In de bijlage wordt tenslotte een Engelse samenvatting van het onderzoek gegeven.

1 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

1.1 Inleiding

In het kader van Europa 1992 en het verdrag van Maastricht vallen de grenzen tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschap in toenemende mate weg. Hierdoor ontstaat een grote interne Europese markt, ook voor ziektekostenverzekeraars. Zij kunnen hun producten aanbieden buiten de grenzen van het eigen land en inwoners van de lidstaten hebben de mogelijkheid zich te verzekeren bij een buitenlandse verzekeringsmaatschappij. In de praktijk kunnen echter problemen ontstaan, doordat de structuur en financiering van de gezondheidszorg in de lidstaten van elkaar verschillen. De verschillen liggen met name in het verstrekkingenpakket dat de overheid wettelijk vastlegt, de eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen voor sommige voorzieningen en de mate waarin verzekerden zich kunnen bijverzekeren. Bij de vraag of er voor een Nederlandse zorgverzekeraar mogelijkheden zijn om producten op de buitenlandse markt aan te bieden, zijn de verschillen tussen de systemen van belang. De eerste onderzoeksvraag luidt:

1. Welke ruimte laten het Duitse en Belgische sociale verzekeringsstelsel voor het aanbieden van (aanvullende) ziektekostenverzekeringen door een Nederlandse zorgverzekeraar?

Concreet aan bod komen de volgende aspecten:

- a. Welke voorzieningen maken deel uit van de verzekerde pakketten in beide landen?
- b. Voor welke voorzieningen gelden eigen bijdragen?
- c. In welke mate hebben mensen in Duitsland en België aanvullende verzekeringen voor voorzieningen die door het sociale verzekeringspakket zijn gedekt en/of voor de kosten van eigen bijdragen?

Naast inzicht in het stelsel van de ziektekostenverzekering in beide landen, is het voor een Nederlandse zorgverzekeraar, die zijn producten grensoverschrijdend aan wil bieden, noodzakelijk een beeld van het mogelijke afzetgebied te hebben. Voor een zorgverzekeraar die zijn werkgebied voornamelijk in het zuiden van Nederland heeft, zijn de gebieden Nordrhein-Westfalen (Duitsland) en Limburg en Luik (België) interessant. In dit onderzoek wordt een beschrijving van de mogelijke doelgroep gegeven, aan de hand van verschillende demografische kenmerken. Ook wordt onderzocht of er relevante cultuurverschillen bestaan tussen de twee gebieden en de Nederlandse markt. Deze onderwerpen komen naar voren bij beantwoording van de tweede onderzoeksvraag:

2. Welke kenmerken heeft de doelgroep van mogelijk aan te bieden verzekeringsproducten?
 - a. Wat is de omvang, leeftijds- en geslachtsopbouw en sociale status van de bevolking van Nordrhein-Westfalen en de Belgische provincies Limburg en Luik?
 - b. Welke relevante cultuur- en structuurverschillen bestaan er op het gebied van gezondheidszorg en ziektekostenverzekering tussen enerzijds Nederland en anderzijds Nordrhein-Westfalen en de Belgische provincies Limburg en Luik?

Of er inderdaad mogelijkheden zijn voor een Nederlands ziekenfonds om pakketten op de internationale markt aan te bieden, zal mede afhankelijk zijn van de wetgeving op dit terrein. Hierbij is niet alleen de nationale, maar ook de Europese wetgeving van belang. Belangrijk is te weten in hoeverre de recente ontwikkelingen op Europees terrein het grensoverschrijdende verkeer van verzekeringen en verstrekkingen in de gezondheidszorg beïnvloeden. Bij beantwoording van de derde onderzoeksvraag zal hierop ingegaan worden.

3. Welke juridische aspecten op het niveau van afzonderlijke lidstaten en op het niveau van de Europese Unie bevorderen, c.q. belemmeren de mogelijkheden voor Nederlandse zorgverzekeraars om
 - a. (aanvullende) ziektekostenverzekeringen aan te bieden Duitsland en België?
 - b. onbenutte, echter wel gefinancierde capaciteit van Nederlandse zorginstellingen aan te wenden voor buitenlandse vraag?

Bij het beantwoorden van de laatste onderzoeksvraag is de wetgeving op Europees niveau bestudeerd. In artikel 51 van het oorspronkelijke EEG-verdrag is vastgelegd dat tussen de lidstaten een vrij verkeer van personen, goederen en dienstverlening moet kunnen bestaan. De nationale wetgeving mag hier geen beperkende maatregelen aan opleggen. Dit geldt ook voor de verzekeringsmarkt, maar de markt van ziektekostenverzekeringen wijkt wat dit betreft wel enigszins af van de schade- en levensverzekeringsmarkt. In de meeste landen bestaat het ziektekostenstelsel namelijk uit twee delen; een "sociale" ziektekostenverzekering (als onderdeel van het sociaal zekerheidsstelsel) en een "particuliere" ziektekostenverzekering. De vrije markt zoals die tussen de lidstaten ontstaat, is geheel van toepassing op het particuliere deel van de markt. Het sociale deel van de ziektekostenverzekering echter valt onder de wetgeving van de nationale overheid. In elk land is dit sociale gedeelte anders ingericht en gelden andere eisen met betrekking tot de uitvoerende organen. Deze uitvoerende organen zijn ook in andere landen vaak ziekenfondsen, maar ze vergoeden elk - afhankelijk van de nationale wetgeving - een ander verstrekkingenpakket.

Met het oog op de tweedeling van de markt, in nationaal/sociaal en Europees/particulier, bestaan voor een Nederlandse zorgverzekeraar twee mogelijke markten waarop hij grensoverschrijdend diensten aan kan bieden. Als eerste kan hij kiezen voor het aanbieden van een totaalpakket. Dit kan een pakket zijn zoals andere particuliere verzekeraars dit aanbieden op de markt, maar het kan ook onderdeel zijn van het sociale zekerheidsstelsel. De buitenlandse zorgverzekeraar gedraagt zich in de laatste situatie als uitvoerend orgaan van het wettelijke stelsel, zoals de bestaande ziekenfondsen in het betreffende land. In paragraaf 2 wordt deze mogelijkheid voor een Nederlandse zorgverzekeraar nader toegelicht.

De tweede mogelijkheid die een Nederlandse zorgverzekeraar heeft, is het aanbieden van aanvullende diensten die niet vergoed worden door de uitvoeringsorganen van het sociale zekerheidsstelsel in het betreffende land. Hiermee concurreert de zorgverzekeraar met de aanvullende diensten die deze uitvoerende organen zelf bieden en de particuliere zorgverzekeraars. Welke mogelijkheden het ziektekostenstelsel in België en in Duitsland een Nederlandse zorgverzekeraar biedt, met betrekking tot diensten in de aanvullende sfeer, komt in paragraaf 3 naar voren.

Naast een beschrijving van de aanbodskant van de markt - zoals die in de eerste drie paragrafen gegeven wordt - is een beeld van de mogelijke vraagkant ook van belang.

Met welke mensen krijgt een Nederlandse zorgverzekeraar te maken, wanneer hij verzekeringsproducten aanbiedt in de Belgische provincies Limburg en Luik en de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen? Paragraaf 4 geeft een beschrijving van de bevolking in deze gebieden, aan de hand van kenmerken als omvang, opbouw en sociaal-economische status. Tevens wordt een aantal mogelijke consequenties genoemd met betrekking tot het aanbieden van verzekeringsproducten door een Nederlandse zorgverzekeraar.

1.2 Totaalpakket

De eerste mogelijkheid die een Nederlandse zorgverzekeraar heeft, wanneer hij een totaal verzekeringspakket over de grens aan wil bieden, is dat hij zich op de particuliere markt begeeft. Mensen die zich particulier moeten verzekeren of vrijwillig bij een ziekenfonds aangesloten zijn*, kunnen kiezen voor een andere zorgverzekeraar met een lagere premie of een aantrekkelijker verstrekkingenpakket.

Een tweede mogelijkheid voor een zorgverzekeraar die een totaalpakket wil aanbieden, is dit in het kader van het sociale zekerheidsstelsel te doen. De potentiële doelgroep is dan veel groter. In Duitsland is 75% van de bevolking verplicht verzekerd en in België 85%. De zorgverzekeraar is in dit geval wel verplicht zich te onderwerpen aan de wetgeving van het land, waarin hij het totaalpakket wil aanbieden. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar zich moet vestigen in het betreffende land in verband met het toezicht van overheidswege en om een goede uitvoering van het sociale zekerheidsstelsel te kunnen garanderen. De verzekeraar is dan uitvoerend orgaan van de sociale ziektekostenverzekering, net als de binnenlandse ziekenfondsen zoals dat bij de wet bepaald is. Wanneer een Nederlandse zorgverzekeraar als sociale verzekeraar in België en Duitsland een volledig pakket aan wil bieden, is hij dus verplicht zich te houden aan wettelijke eisen die de betreffende overheid stelt aan een ziekenfonds. In België geldt bijvoorbeeld dat een ziekenfonds zich moet aanmelden bij één van de vijf landsbonden. Deze stellen elk hun eigen eisen, afhankelijk van hun grondslag.

Wanneer een ziekenfonds door de nationale overheid geaccepteerd is, moet het in elk geval de diensten aanbieden die bij de wet verplicht zijn. In België en Duitsland is het verschil met het pakket in Nederland groot. Gaat het in Nederland uitsluitend om het verzekeren van ziektekosten, in de andere landen bestaat een koppeling met sociale uitkeringen in geval van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Onderdeel van het verplichte verstrekkingenpakket in deze landen is ziektegeld, moederschapsuitkering en uitkering bij overlijden. Over deze inkomensderving lopen uitvoerders van de sociale ziektekostenverzekering dus ook risico. In Nederland is het niet de taak van zorgverzekeraars deze bedragen te vergoeden. Een ander verschil zijn de grote, onverzekerbare risico's die in Nederland betaald worden via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In Duitsland is vanaf 1-1-1995 een zelfde soort verzekering van kracht, de Pflegeversicherung, die door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars uitgevoerd wordt. Hiernaast bestaat de Rentenversicherung, waaronder ouderdomsuitkeringen vallen. In België vallen deze voorzieningen onder de sociale ziektekostenverzekering.

Wil een Nederlandse verzekeraar in Duitsland en België een pakket aanbieden, dan zal

* Vrijwillig aansluiten bij een ziekenfonds is in Nederland niet mogelijk. Alleen mensen met een inkomen beneden de loongrens kunnen zich ziekenfondsverzekeren. In Duitsland en België geldt dit niet; bepaalde groepen zijn verplicht zich te verzekeren, maar hiernaast kunnen ook niet-verplicht verzekerden zich bij een ziekenfonds verzekeren.

dit dus - gezien de koppeling in tussen ziektekostenverzekering en sociale verzekering - afwijkend zijn van het Nederlandse pakket.

Een ander verschil tussen het stelsel in Nederland en België en Duitsland, is het betalingssysteem. Het natura-stelsel wordt in Nederland gehanteerd voor ziekenfondsverzekerden en in Duitsland alleen wanneer men verplicht ziekenfondsverzekerd is. In alle andere gevallen is het restitutiesysteem van toepassing. Dit wil zeggen dat Duitse verzekerden die zich vrijwillig bij een Krankenkasse aangesloten hebben en alle verzekerden in België volgens het restitutiesysteem aanspraak doen op verstrekkingen. De verzekerden kiezen zelf een hulpverlener, betalen hun behandeling zelf en krijgen achteraf vergoeding van hun zorgverzekeraar. Dit heeft als voordeel dat verzekeraars geen contracten hoeven te sluiten met de zorgaanbieders.

In België nemen de uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekering een belangrijk deel van de kosten van zorg voor hun rekening. Nagenoeg de hele bevolking is aangesloten bij een ziekenfonds. De ziekenfondsen, ook wel mutualiteiten genoemd vergoeden niet alleen de ziektekosten, maar doen veel meer. Vanuit hun idealistische of religieuze overtuiging, organiseren de mutualiteiten bijeenkomsten, voorlichtingsavonden, jongerenvakanties en het verblijf in eigen hersteloorden. Hierbij wordt veel gebruik gemaakt van vrijwilligers, die bijvoorbeeld jongeren begeleiden of bij oudere mensen op bezoek gaan. Mensen zijn vaak aangesloten bij een bepaalde mutualiteit omdat dat in hun werkring of familie gewoon is. Tegenwoordig is deze aansluiting minder bepaald, maar mutualiteiten profileren zich nog wel met behulp van hun oorspronkelijke overtuiging en hechten aan een duidelijke grondslag. Wanneer een Nederlandse zorgverzekeraar zich in België zou willen vestigen, kan het moeilijk zijn een vaste klantenkring op te bouwen. Iedereen heeft al een mutualiteit die een vast pakket aanbiedt, waarvoor een van overheidswege vastgestelde gelijke premie geldt. Het onderscheid tussen de mutualiteiten ligt in de idealistische of religieuze grondslag en de invulling van het aanvullende pakket.

Net als in België financieren ook in Duitsland de uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekering een belangrijk deel van de gezondheidszorg. Bijna 75% van de bevolking is verplicht verzekerd via een Krankenkasse en nog eens 15% heeft vrijwillig voor het ziekenfonds gekozen. De ziekenfondsen zijn autonome, zelfbesturende uitvoeringsorganen. Ze ontvangen hun inkomsten uit de premiebetalingen door hun leden. De Krankenkassen mogen zelf hun premie vaststellen.

De meeste Krankenkassen zijn Ortskrankenkasse, dat wil zeggen dat ze goed in kunnen spelen op de plaatselijk of regionale situatie. De Ortskrankenkassen bieden een vast, wettelijk vastgesteld pakket aan, andere Krankenkassen zoals Ersatzkassen voor vrijwillig verzekerden en Innungskrankenkassen voor handwerkslieden, verschillen in hun verstrekkingenpakket. Betriebs-krankenkassen zijn van oorsprong gerelateerd aan bedrijven. In hun pakket bieden ze vaak voorzieningen die te maken hebben met de werkomgeving, zoals veiligheid op de werkplek of kantinediensten. Het verdient aanbeveling te onderzoeken of andere Krankenkassen en Nederlandse zorgverzekeraars in de hoedanigheid van Krankenkasse ook reële mogelijkheden hebben collectieve pakketten aan te bieden.

Voor een Nederlandse zorgverzekeraar biedt de uitvoering van het sociale ziektekostenstelsel als de Ersatzkassen de meeste mogelijkheden. De andere Krankenkassen zijn danwel plaatselijk, danwel beroepsgroepgebonden.

Concluderend kan het volgende worden gesteld. Een Nederlandse zorgverzekeraar kan naar het buitenland om daar een totaalpakket aan te bieden als particulier verzekeraar. De groep potentieel-verzekerden is klein, omdat het grootste deel van de bevolking verplicht ziekenfonds verzekerd is. De verzekeraar krijgt te maken met de Europese wetgeving met betrekking tot verzekeringen zoals deze ook geldt voor schade- en levensverzekeraars.

Wanneer een Nederlandse zorgverzekeraar naar het buitenland wil, om een totaalpakket te bieden in het kader van de sociale verzekering, gelden andere regels. Zo zal hij zich moeten vestigen in het betreffende land, zich moeten onderwerpen aan de daar geldende regels en zich aldaar een plaats moeten veroveren op de markt waar andere zorgverzekeraars actief zijn. Het bestaande marktgebied voor de bestaande diensten en verzekeringsproducten van de zorgverzekeraar worden hiermee niet uitgebreid, maar er wordt een geheel nieuwe markt aangeboord. De zorgverzekeraar zal een nieuwe rechtspersoon op moeten richten en nieuwe, passende en wettelijk verplichte verzekerings-pakketen aan moeten bieden.

1.3 Aanvullende verzekering

Naast het sociale gedeelte van de ziektekostenverzekering, wordt in de meeste lidstaten een gedeelte van de gezondheidszorg door particuliere verzekeraars gefinancierd. Ook uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekering bieden naast het verplichte verstrekkingenpakket aanvullende diensten, waarvoor hun leden zich kunnen bijverzekeren. Een tweede mogelijkheid voor het grensoverschrijdend aanbieden van verzekeringspakketten ligt voor een Nederlandse zorgverzekeraar in deze aanvullende sfeer. Een verzekeraar die aanvullende verzekeringen aanbiedt over de grens, wordt gezien als onderneming en valt onder het Europees recht. Nationale overheden mogen in principe geen regels opleggen die concurrentie beperken. Bij verzekeringen in de aanvullende sfeer kan een onderscheid gemaakt worden tussen twee soorten verstrekkingen. De zorgverzekeraar kan verstrekkingen vergoeden die nu door particuliere verzekeraars of als extra voorziening door uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekering vergoed worden. Hiernaast zijn er verstrekkingen die nu niet vergoed worden, maar die de Nederlandse zorgverzekeraar wel in zijn pakket op zou kunnen nemen. In deze paragraaf komt achtereenvolgens aan bod welke diensten in Duitsland en België aangeboden worden en waar mogelijkheden voor een Nederlandse zorgverzekeraar liggen.

In Duitsland bieden plaatselijke Krankenkassen een vast verplicht verstrekkingenpakket, de overige Krankenkassen verschillen in hun pakket. In het vaste pakket zijn veel vormen van zorg opgenomen. Het omvat onder meer hulp bij ziekte, zoals ambulante hulp en ziekenhuisopname en meer preventieve hulp zoals controlebezoeken en voorlichting. Hiernaast betaalt het ziekenfonds uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid, moederschap en overlijden. Het pakket is zeer breed, alle medisch noodzakelijke behandelingen en medicijnen worden vergoed. Voor een aantal verstrekkingen geldt een eigen bijdrage van de gebruiker.

Bedragen die verzekerden zelf moeten betalen, zijn bijvoorbeeld medicijnen waarvan de werking niet onomstreden vast staat en verstrekkingen waarvoor een bepaald standaardbedrag bestaat, zogenaamde ijkprijzen en de verzekerde zelf een eventuele overschrijding betalen moet. Dit geldt voor hulpmiddelen als brillen en gehoorapparaten.

Verzekerden kunnen zich voor de extra bijdragen alleen bijverzekeren bij een particu-

liere verzekering, omdat Duitse ziekenfondsen dergelijke verstrekkingen niet mogen aanbieden. Dit zou voor een Nederlandse zorgverzekeraar een markt kunnen zijn, hoewel het aantal voorzieningen waarvoor bijbetaald moet worden klein is. Bovendien hoeven verzekerden deze bijdragen niet te betalen als ze een bruto maand inkomen onder 1.624 DM (alleenstaande in 1995) of 2.233 DM (echtpaar in 1995) of boven een maximum aan bijbetalingen per jaar komen. Deze regelingen staan bekend als Socialklausel en Überforderungsklausel.

Sinds 1.1.95 is de verplichte Pflegeversicherung van kracht. Hieronder valt de zorg voor bejaarden en chronisch zieken. Krankenkassen zijn verplicht deze verzekering bij hun verstrekkingenpakket aan te bieden aan hun verzekerden. Ook particuliere verzekeraars bieden zo'n verzekering aan. De recente invoering van deze verzekering kan voor particulier verzekerden en vrijwillig ziekenfondsverzekerden een aanleiding geweest zijn om van verzekeringsmaatschappij te veranderen. Voor een Nederlandse zorgverzekeraar is waarschijnlijk alleen het aanbieden van een totaalpakket interessant; het aanbieden van alleen een Pflegeversicherung zou te veel "slechte risico's" kunnen aantrekken. Het aanbieden van voorzieningen in het kader van de Pflegeversicherung betekent wel dat een zorgverzekeraar uit Nederland zijn verzekeringsproduct uit moet breiden, aangezien verzorging in Nederland hoofdzakelijk onder de AWBZ valt.

De zorgverzekeraar kan ook pakketten aanbieden met verstrekkingen die nu nog niet vergoed worden, bijvoorbeeld homeopathische middelen, alternatieve geneeswijzen of "luxe" voorzieningen en extra service. Ook cursussen, zoals stoppen met roken, gezonde voeding of meer beweging, zijn voordelen die in een aanvullend pakket geboden kunnen worden.

In België bieden de mutualiteiten een wettelijk verplicht, breed pakket aan voorzieningen. De premie hiervoor is door de overheid vastgesteld. Aanvullend biedt elke mutualiteit een pakket dat verplicht is voor alle aangesloten leden. Hierin zijn verstrekkingen ondergebracht die speciaal gericht zijn op bejaarden en gehandicapten, maar bijvoorbeeld ook hulp in het buitenland. Verzekerden zijn op basis van solidariteit verplicht dit pakket te accepteren en betalen hiervoor een klein bedrag van 100-150 BFr per maand. Met deze variabele premie kunnen ziekenfondsen zich onderscheiden van elkaar alsook door invulling van het aanvullende pakket. Naast het verplichte solidariteitspakket kan namelijk ook een aanvullende verzekering afgesloten worden voor bijvoorbeeld eigen bijdragen in de ziekenhuiskosten, ambulancevervoer en thuiszorg.

Het verplichte pakket geldt voor de gehele bevolking met uitzondering van zelfstandigen. Zij zijn alleen verzekerd voor grote risico's zoals ziekenhuisopname. De mutualiteiten zijn verplicht hen een gelijkwaardig pakket als de verplicht verzekerden te bieden, hiervoor heeft 70% van de zelfstandigen gekozen. In de praktijk blijkt het voor de mutualiteiten niet haalbaar dit pakket tegen een betaalbare prijs te leveren, vandaar dat de overheid de mutualiteiten financieel ondersteunt, wat betreft deze aanvullende verzekering. Voor zelfstandigen bieden mutualiteiten ook een facultatieve arbeidsongeschiktheidsverzekering aan.

Voor veel voorzieningen in België moet een eigen bijdrage betaald worden, dat wil zeggen dat de mutualiteiten niet alle kosten vergoeden, maar slechts een deel terugbetalen. Bij ambulante hulp bijvoorbeeld komt erop neer dat de verzekerde 25% van de kosten zelf betaald. Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW's) betalen vaak minder of zijn helemaal uitgesloten van bijbetaling. De remgelden (=eigen

naar het Europees gemiddelde en zit men in Luik ruim onder het gemiddelde.

Uit gegevens over de medische consumptie in de verschillende landen, blijkt dat de bevolking in Nederland over het algemeen minder gebruik maakt van medische voorzieningen. Er zijn minder huisartsen, minder specialisten en het aantal verpleegdagen in het ziekenhuis is gemiddeld minder dan in de andere landen. Dit lijkt cultureel bepaald, hoewel het uiteraard moeilijk is na te gaan of de vraag het aanbod bepaalt, danwel andersom. Duitsers en Belgen zijn echter wel meer gericht op medische consumptie, maken zich sneller zorgen over hun gezondheid, stappen sneller naar een hulpverlener. Hun verwachtingen ten aanzien van de medische technologie zijn hoog gespannen. Nederlanders daarentegen zijn meer gericht op informele hulp. De discussie over keuzen in de zorg en medisch noodzakelijk handelen is in Nederland verder gevorderd dan in België en in Duitsland, waar de brede discussie pas de laatste tijd langzaam op gang komt.

Voor een Nederlandse zorgverzekeraar betekent het voorgaande dat in beide landen wat betreft de doelgroep, mogelijkheden zijn grensoverschrijdend diensten aan te bieden. Nordrhein-Westfalen heeft een overwegend oude bevolking, wat meestal betekent dat de vraag naar medische voorzieningen groot is. Bovendien liggen er op het gebied van de Pflegeversicherung nieuwe mogelijkheden. Het gemiddelde inkomen ligt er hoger dan in andere landen van Europa, men is wellicht bereid meer te betalen en zich ook voor niet-noodzakelijke luxe-voorzieningen te verzekeren. Bovendien blijkt de bevolking zich sneller zorgen te maken over de eigen gezondheid en risico in grote mate te willen vermijden.

België kan verdeeld worden in Nederlandstalig, Belgisch-Limburg en Franstalig Luik. Het Nederlandstalige gebied is zeer gunstig wat betreft de risico's, omdat de bevolking er betrekkelijk jong is. Luik daarentegen heeft een groot aandeel ouderen. Daarnaast is dit een betrekkelijk arm gebied, dat te kampen heeft met hoge werkloosheidscijfers. Ook Belgen zijn meer dan Nederlanders gericht op medische voorzieningen. Ze zijn minder onzeker over hun gezondheid als Duitsers, maar stappen toch vrij snel naar hulpverleners. Het specialistenbezoek en de ziekenhuisopnamen zijn er hoog, wellicht omdat hiervoor geen verwijzing van een huisarts vereist is. In Nederland vervult deze een poortwachtersfunctie.

1.5 Mogelijkheden verstrekkingenmarkt

Naast het grensoverschrijdend aanbieden van verzekeringsdiensten, bestaat de mogelijkheid voor grensoverschrijdend verkeer van hulpverlening. Huisartsen, specialisten en paramedici mogen zich in principe vrij vestigen in een andere EG-lidstaat, maar voor instellingen bestaan geen specifieke regels. Grensoverschrijdende vestigingen van instellingen zijn tot heden in de dagelijkse praktijk niet aan de orde. Dat geldt in mindere mate voor grensoverschrijdende dienstverlening. Bij de vraag of een Nederlandse zorgverzekeraar ziekenhuisbedden die gefinancierd zijn, maar niet gebruikt worden, kan gebruiken voor buitenlandse patiënten, dienen de volgende kanttekeningen gemaakt te worden.

Van grensoverschrijdende dienstverlening bij ziekenhuizen is momenteel meestal alleen sprake in passieve zin, dat wil zeggen dat het initiatief vaak bij patiënten ligt. Zij wenden zich tot instellingen in een andere lidstaat. Instellingen zelf bieden hun

diensten slechts in enkele gevallen actief aan in het buitenland^{*}. Een reden voor de impopulariteit van de grensoverschrijdende zorg zou kunnen zijn dat het voor ziekenhuizen niet echt aantrekkelijk is met een zo hoge bedbezetting en ondercapaciteit ook nog buitenlandse patiënten op te nemen. Het AZM had in 1992 een bedbezetting van 92,7% en kent lange en veel wachttijden.

Bij het bepalen van het ziekenhuisbudget wordt bovendien geen rekening gehouden met de buitenlandse populatie, waardoor buitenlandse patiënten onaantrekkelijk zijn voor een ziekenhuis. Deze plaatsen gaan ten koste van het aantal Nederlandse patiënten dat geholpen kan worden. In Nederland bestaat officieel geen mogelijkheid om het extra verdiende geld aan buitenlandse patiënten op één of andere manier in de boekhouding te verrekenen en voor dat verdiende geld weer een Nederlandse patiënt te helpen.

De ingewikkeldheid van de wetgeving werkt belemmerend voor ziekenhuizen, verzekeraars en patiënten. Voor particulier verzekerden geldt dat ze volgens de voorwaarden in hun polis verzekerd zijn, maar voor mensen die volgens de sociale ziektekostenverzekering verzekerd zijn, zijn andere regels van kracht. Patiënten moeten eerst toestemming vragen aan hun eigen verzekeraar en een formulieren ter garantie overhandigen aan een plaatselijke verzekeraar. Tussen België en Nederland verloopt de financiële afrekening tussen het betreffende ziekenfonds en de mutualiteit via de Ziekenfondsraad en het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Ook met Duitsland bestaan afspraken waardoor waardoor betalingen door buitenlandse ziekenfondsen verrekend worden. De Duitse Krankenkassen hanteren een terughoudend beleid als het gaat om het verlenen van toestemming aan verzekerden om in het buitenland zorg te ontvangen.

De Belgische mutualiteiten geven wel toestemming voor medische behandeling in een ziekenhuis dichtbij in het buitenland, maar poliklinische nazorg mag niet in het buitenlandse ziekenhuis gegeven worden. Een ander probleem bij opname in een Nederlands ziekenhuis is dat patiënten in Nederland eerst toestemming van hun huisarts moeten hebben voor ze een ziekenhuis kunnen bezoeken. Aangezien de wetgeving in het dienstverlenende land van toepassing is, zal een buitenlandse patiënt ook eerst toestemming van een huisarts moeten krijgen.

Belemmeringen voor het grensoverschrijdend gebruik van ziekenhuizen kunnen ook bij de patiënt liggen. Hij kan gehinderd worden door taal- en cultuurverschillen of gebrek aan vertrouwen in de medische stand van het andere land.

Uit het voorafgaande kan geconcludeerd worden, dat het in theorie mogelijk is buitenlandse patiënten op te nemen in Nederlandse ziekenhuizen, maar dat het in de praktijk niet veel voorkomt, omdat aan een groot aantal voorwaarden voldaan moet zijn.

^{*} Een voorbeeld hiervan is het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen dat een aantal bedden beschikbaar stelt voor hartoperaties ten behoeve van patiënten uit de Kreise Kleve net over de grens in Duitsland.

2 GEZONDHEIDSZORGSYSTEMEN

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag of het sociale verzekeringsstelsel in Duitsland en België ruimte laten voor een Nederlands ziekenfonds om ziektekostenverzekeringen aan te bieden. In paragraaf 2.1 wordt eerst een beeld gegeven van de structuur van het Duitse ziektekostenstelsel, hierna volgt een beschrijving van de financiering ervan. Aandachtspunten hierbij zijn het verstrekkingenpakket, de eigen bijdrage die per voorziening door de verzekerden betaald moet worden en de mogelijkheden voor aanvullende verzekeringen. In paragraaf 2.2 wordt op de zelfde wijze het Belgische ziektekostenstelsel beschreven. Het Nederlandse systeem wordt grotendeels bekend verondersteld. In de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 geeft een vergelijking van beide stelsels met het Nederlandse systeem.

2.1 Duitsland

Structuur

Na de hereniging van Oost- en West-Duitsland, is besloten het gezondheidszorgsysteem van West-Duitsland als basis te nemen voor de hele federale staat. Deze staat bestaat uit 16 zogenaamde Bundesländer, vijf in de voormalige DDR en elf in de voormalige BDR. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorgwetgeving is verdeeld over de federale overheid en de individuele Bundesländer. In de praktijk betekent dit dat de Bundesländer de bevoegdheid hebben zelf wetten in te stellen, daar waar de federale overheid geen wetten heeft ingesteld.

De overheid schrijft voor dat alle werknemers met een salaris onder de loongrens van 70.200 DM per jaar (1995), verplicht verzekerd zijn bij één van de ziekenfondsen (gesetzliche Krankenkassen). Werklozen, studenten, gehandicapten, personen in inrichtingen, kunstenaars/auteurs en renteniers zijn ook verplicht zich bij een ziekenfonds te verzekeren. Wanneer een werknemer meer verdient, kan hij kiezen tussen een particuliere verzekering en een ziekenfonds. Ruim 88% van de voormalig Westduitse bevolking is verzekerd via een Krankenkasse, het overige deel is particulier verzekerd. Het aandeel van de particuliere ziektekostenverzekeraars groeit. Dit is vooral een gevolg van het feit dat particuliere maatschappijen een pakket aanbieden tegen een lagere premie. Dit is mogelijk doordat de particuliere maatschappijen aan risico-selectie doen. Naast een volledig pakket bieden de particuliere maatschappijen ook aanvullende verzekeringen aan. Hierin worden bijvoorbeeld luxe voorzieningen opgenomen. Van de groep ziekenfondsverzekerden is 84% dit verplicht, 16% heeft gekozen voor een ziekenfonds in plaats van een particuliere verzekering (NRV, 1993). Gezinsleden zijn bij een ziekenfonds automatisch meeverzekerd.

In januari 1993 telde de gehele federale staat 1221 Krankenkassen (Bundesministerium, 1993). De Krankenkassen zijn publiekrechtelijke rechtspersonen die binnen het gegeven wettelijke kader een vrij grote mate van bestuurlijke en financiële autonomie hebben. De Krankenkassen worden bestuurd door gekozen vertegenwoordigers van verzekerden en werkgevers (Grenzen aan de zorg, 1991). Over het algemeen worden de Krankenkassen onderscheiden naar de groepen waarvoor ze bestemd zijn. Daarbij wordt de volgende onderverdeling gemaakt:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (269), de plaatselijke en regionale ziekenfondsen

- voor werknemers en werklozen, gepensioneerden en gehandicapten;
- Betriebskrankenkassen (744), de ziekenfondsen voor werknemers bij grote ondernemingen voor werknemers;
- Innungskrankenkassen (169), de ziekenfondsen voor ambachtelijke beroepen;
- ziekenfondsen voor speciale beroepsgroepen (24);
- Ersatzkrankenkassen (15), ziekenfondsen voor vrijwillig ziekenfondsverzekerden. (Bundesministerium, 1993).

Voorheen bepaalde de Wet nog wie zich bij welk type Krankenkasse moet verzekeren, maar sinds 1.1.96 staat het verzekeren vrij een ziekenfonds te kiezen. Ze moeten minstens één jaar bij het gekozen ziekenfonds ingeschreven blijven. De Ersatzkrankenkassen zijn sinds deze datum verplicht elke verplicht verzekerde te accepteren.

Verstrekingen

Het verstrekingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering is vrij open omschreven en is bedoeld ter bevordering van de gezondheid, ter voorkoming van ziekte, ten behoeve van vroege onderkenning van ziekte, ter behandeling van ziekte en ten behoeve van verpleging (Bundesministerium, 1992). Het verplichte verstrekingenpakket omvat:

maatregelen voor vroegtijdige erkenning van een ziekte, zoals halfjaarlijkse controle tandarts, tweejaarlijkse controle hart- en vaatziekte, kankerscreening;
preventiemaatregelen, zoals vaccinaties, zwangerschapscontrole, controle kinderen, voorlichtingsprogramma's AIDS, roken en alcoholmisbruik;
ambulante medische hulp, zoals huisartsen- en tandartsenhulp;
behandeling met geneesmiddelen en verband- en hulpmiddelen,
paramedische behandeling, zoals fysiotherapie;
medicijnen, momenteel wordt een negatieve lijst gehanteerd. Medicijnen tegen reisziekte en verkoudheid, laxerende middelen en medicijnen waarvan de werking niet bewezen is, worden niet vergoed. Per 1-1-1996 is een lijst van kracht waarop alle medicijnen staan, die het ziekenfonds vergoed.
hulpmiddelen, zoals gehoorapparaten en brillen.
ziekenhuishulp,
reiskostenvergoeding,
revalidatie,
ziektégeld, de eerste zes weken betaalt de werkgever een volledig salaris, hierna ontvangt de verzekerde maximaal 78 weken ziektegeld, dat gelijk staat aan 80% van zijn salaris.
zwangerschapsuitkering,
overlijdensuitkering (Bundesministerium für Gesundheit, 1992 en AOK Rheinland, 1995)

In Duitsland valt verpleeghulp normaal niet onder de ziektekostenverzekering (Hutten en Kerkstra, 1995). De intramurale zorg voor chronisch zieke bejaarden in verpleeghuizen, voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten en voor psychiatrische patiënten in instellingen is altijd in eerste instantie een financiële zorg van de directe familie geweest. Deze zorg wordt in Duitsland in principe gerekend tot de Sozial Hilfe en wordt niet gezien als gezondheidszorg, uitgezonderd directe medische handelingen. Lange tijd is het verzorgingsvraagstuk discussiepunt geweest, maar recent is besloten, een sociale, wettelijk verplichte verzekering in te voeren. Vanaf 1.1.95 geldt een wettelijke

zorgverzekering, ondergebracht bij de ziekenfondsen (Pflege-Versicherungsgesetz, 1993). Vanaf 1.1.95 was alleen de huishoudelijke hulp via deze verzekering verzekerd, sinds 1.1.96 wordt ook intramurale verpleeghulp onder via de Pflegeversicherung betaald (AOK Rheinland, 1995).

Iedereen die verplicht verzekerd was bij een ziekenfonds, was vanaf 1.1.95 automatisch verzekerd voor verpleegkosten. Alle particulier verzekerden zijn verplicht hiervoor een extra verzekering af te sluiten (Bundesministerium, 1994).

Voor particuliere verzekeraars die nu ziektekostenverzekeringen aanbieden, geldt dat ze verplicht zijn om ook een zorgverzekering aan te bieden. Het verstrekkingenpakket moet overeenkomstig de verstrekkingen zijn die de ziekenfondsen aanbieden en particuliere verzekeraars moeten hun verzekerden op de zelfde wijze klassificeren in hulpbehoevendheid als ziekenfondsen. Verder hebben particuliere verzekeraars een contracteerplicht, ze mogen geen mensen uitsluiten van deze Pflegeversicherung. Ze mogen geen risicodifferentiatie toepassen wat betreft de hoogte van de premie.

Premies

De ziekenfondsen zijn autonome, zelfbesturende uitvoeringsorganen die het wettelijk bepaalde verstrekkingenpakket moeten aanbieden. Ze ontvangen hun inkomsten uit de premiebetalingen door hun leden. Het vaststellen van de premie, die verzekerden moeten betalen, wordt aan de ziekenfondsen zelf overgelaten. Wettelijk is alleen vastgelegd dat de bijdrage van de verzekerde een percentage van het inkomen moet zijn en dat het te heffen premiepercentage kostendekkend moet zijn. De hoogte van de premie varieert sterk per ziekenfonds (9 tot 14%, met een grens van 5400 DM per maand). Dit is afhankelijk van de regionale verschillen in voorzieningenaanbod en verzekerdenbestand. De ziekenfondsen kunnen op basis van de verschillen in premie met elkaar concurreren (NRV, 1993). Het bedrag wordt voor de helft door de werknemers en voor de helft door werkgevers betaald. De premie voor de Pflegeversicherung is 1,7%, inkomensafhankelijk sinds 1.1.96, na invoering van de intramurale verpleging.

De hoogte van de premies worden onder meer bepaald door het doelmatig handelen en efficiënt inkopen van zorg. Ziekenfondsen zullen in de toekomst gedwongen worden zich meer op de markt te oriënteren (Bundesministerium, 1993). Ersatzkassen bijvoorbeeld sloten voorheen alleen contracten met aanbieders van zorg op nationaal niveau, bijvoorbeeld tariefcontracten van tandartsen. In de toekomst zullen ze overeenkomsten moeten aangaan op Landesniveau (=regionaal), om beter rekening te kunnen houden met regionale verschillen.

Sinds de hervormingen in 1989 hebben de ziekenfondsen de mogelijkheid een vorm van bonusuitkering te hanteren: een verzekerde die een jaar lang geen aanspraak heeft gemaakt op verstrekkingen ontvangt een gedeeltelijke premie-restitutie (Grenzen aan de zorg, 1991).

Eigen bijdragen en aanvullende verzekering

In de loop der jaren zijn er steeds meer vormen van eigen bijdragen ingevoerd. Deze zijn vastgesteld door de federale overheid. Men gaat er vanuit dat verzekerden doordat zij een deel van de kosten moeten betalen, op een verantwoordelijke manier van voorzieningen gebruik leren maken. De eigen bijdragen in de sociale ziektekostenverzekering kunnen aanvullend worden verzekerd bij particuliere verzekeringsmaatschappijen, voor ziekenfondsen is het wettelijk verboden aanvullende verzekeringen voor eigen bijdragen aan te bieden. Hierover bestaat in Duitsland veel discussie, omdat

dit zou betekenen dat mensen met voldoende inkomen wel in staat zouden zijn zich voor extra bijdragen kunnen verzekeren, terwijl mensen met lagere inkomens dit niet kunnen (Grenzen aan de zorg, 1991). In tabel 4 staat vermeld welke bijbetaling of verzekeringen voor de volgende voorzieningen gelden.*

Tabel 4 Eigen bijdragen Duitsland

| verstrekking | bijbetaling |
|---|--|
| medicijn/verbandmiddel | afhankelijk van prijs en hoeveelheid 3, 5 of 7 DM |
| reiskosten | 20 DM |
| therapeutische behandeling (ook fysiotherapie) | 10% van de kosten |
| ziekenhuisbehandeling (personen boven 18) | 12 DM per dag (eerste 14 dagen) |
| Ambulante preventie en revalidatiemaatregelen | 12 DM per dag |
| Tandvervanging en tandheelkundige zorg** Kaakcorrecties (kinderen) | 50% van de kosten 20% van de kosten |

Bron: Bundesministerium, 1993
AOK-Rheinland, 1995

2.2 België

Structuur

De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ligt in België bij de nationale overheid, maar taken op dit gebied worden in toenemende mate gedelegeerd naar het regionale of gemeenschapsniveau. De sociale ziektekosten verzekering valt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Sociale Voorzorg. Op nationaal niveau worden de Ziekte en Invaliditeitsverzekering beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Dit ontvangt de premiebijdragen van werkgevers en werknemers en de overheidssubsidies. Op regionaal niveau wordt de sociale ziektekostenverzekeringen uitgevoerd door ziekenfondsen (=mutualiteiten). De mutualiteiten zijn op nationaal niveau gegroepeerd in vijf verenigingen naar confessionele en politieke overtuiging (Landsbond der christelijke mutualiteiten, Nationaal verbond van

* Verzekerden die onder een bepaalde hardheidsclausule vallen, omdat ze te weinig inkomen hebben (Socialklauseel) of al te veel zelf bij moeten dragen (Überforderungsklausel), kunnen vrijgesteld worden van eigen bijdragen.

** Tandartszorg wordt in principe volledig door de ziekenfondsen vergoed, maar voor speciale behandelingen is een aanvullende verzekering van 40-60% noodzakelijk, afhankelijk of de patiënt halfjaarlijks gecontroleerd wordt. Voor overige tandkundige hulp geldt ook dat verzekerden een aanvullende verzekering kunnen afsluiten, zoals bijvoorbeeld voor prothesen en vervanging (50% van de kosten aanvullend verzekeren) of kaakcorrecties (20% van de kosten aanvullend verzekeren).

socialistische mutualiteiten, Landsbond van de beroeps- en onafhankelijke ziekenfondsen, Landsbond van de neutrale mutualiteitsverbonden en Landsbond van de liberale mutualiteiten. Voor mensen die zich niet willen aansluiten bij een mutualiteit bestaat er een overheidsinstelling, de Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze zes verzekeringsinstellingen beheren naast de geneeskundige verzorging ook de uitkeringen voor ziekte, ongevallen en invaliditeit en de pensioenverzekering.

Nagenoeg de gehele bevolking is verzekerd via het wettelijke ziektekostenverzekeringsstelsel. Verplicht verzekerd (85%) zijn de werknemers in de particuliere sector, ambtenaren, minder validen, bezoldigde geestelijken en studenten. Zij moeten zich verzekeren bij één van de 1754 mutualiteiten.

Er bestaan ook particuliere verzekeraars die een alternatieve verzekering aanbieden. Dit alternatieve pakket biedt in grote lijnen dezelfde bescherming als de sociale ziektekostenverzekering afhankelijk van de overeengekomen polis (Van Noordt, Groenewegen, 1992).

Verstrekkingspakket

Het verstrekkingspakket varieert naar de beroepsstatus van de verzekerde. De hele bevolking met uitzondering van de zelfstandigen en hun gezin is gedekt voor ziekenhuisverzorging, ambulante verzorging, geneesmiddelen en andere verstrekkingen. De zelfstandigen en leden van kloostergemeenschappen zijn alleen tegen grote risico's beschermd zoals opname in het ziekenhuis, heelkunde en speciale vormen van verzorging. Voor bijvoorbeeld ambulante verzorging dienen zij een aanvullende ziekenfondsverzekering af te sluiten. 70 % van hen doet dit (NRV, 1993).

Via de aanvullende en vrije verzekeringen (A.V.R.) kunnen de ziekenfondsen flexibel op een nieuwe vraag inspelen. Later kunnen bepaalde verstrekkingen opgenomen worden in het verplichte pakket. De A.V.R. zijn meer dan slechts aanvulling op het verplichte pakket, mutualiteiten kunnen met dit pakket eigen invulling geven aan de ziektekostenverzekering. Hun autonomie op dit gebied is vrij groot, met uitzondering van het aanvullende pakket voor zelfstandigen, dat gelijk moet zijn aan het verplichte pakket voor het overige deel van de bevolking.

De aanvullende verzekering kan in twee delen opgesplitst worden, een verzekering in het verlengde van het verplichte pakket en een verzekering voor specifieke dienstverlening. De eerste is facultatief, slechts een deel van de leden betaald hieraan mee. Hieronder vallen de verzekering voor zelfstandigen, die kleine risico's als ambulante zorg omvat. Deze verzekering wordt van overheidswege gesubsidieerd om een pakket te waarborgen, dat gelijk staat aan het verplichte pakket. In dit totale pakket, waarin grote en kleine risico's gedekt zijn, zitten de volgende voorzieningen (LCM, 1991). Een andere facultatieve verzekering is de hospitalatieverzekering, waarmee een groter deel van de ziekenhuiskosten dan normaal gedekt is.

De algemene aanvullende verzekering biedt een aanvullend dienstenpakket, waarvoor de leden kunnen kiezen. Voor het basispakket van de aanvullende verzekering geldt voor de leden een verplichte solidariteit, dat wil zeggen dat individuen niet kunnen kiezen voor enkele voorzieningen die opgenomen zijn in dit pakket. Wanneer verzekerden kiezen voor een bepaalde mutualiteit, accepteren ze tevens het aanvullende verzekeringspakket (LCM, 1991). Naast de mutualiteiten bieden ook particuliere verzekeraars aanvullende verzekeringen aan. Ongeveer 14% van de bevolking heeft een aanvullende verzekering bij een particuliere verzekeraar.

Onder het wettelijk verplicht aan te bieden pakket vallen twee soorten verstrekkingen. Dit zijn enerzijds de uitkeringen die de mutualiteit in het kader van de invaliditeitsverzekering moet aanbieden en anderzijds verstrekkingen die vallen onder de ziekte-

kostenverzekering. Het totale pakket omvat de volgende verstrekkingen:

preventiemaatregelen, zoals controle van arbeidsomstandigheden.

ambulante medische hulp, zoals huisartsen- en tandartsenhulp, op basis van (gedeeltelijke) terugbetaling van de kosten;

behandeling met geneesmiddelen en verband- en hulpmiddelen;

paramedische behandeling, zoals fysiotherapie;

medicijnen,

medische hulpmiddelen,

ziekenhuishulp,

opname in rust- en verpleegtehuizen,

reiskostenvergoeding,

revalidatie,

en in het kader van de Invaliditeitsverzekering:

ziektégeld, voor ten hoogste 1 jaar kan een zieke 60% van het gemiddelde inkomen ontvangen of overeenkomen voor de eerste 30 dagen 100% te krijgen.

zwangerschapsuitkering, voor de eerste 30 dagen van het zwangerschapsverlof ontvangt de verzekerde 82% van het inkomen, hierna 75%;

overlijdens-uitkering, in geval van overlijden wordt een eenmalig bedrag van BFr 6000 aan de nabestaanden uitgekeerd (LCM, 1993)

Premies

Mutualiteiten krijgen hun geld door overheidssubsidiëring en via de premies van hun leden. De hoogte van de premie wordt vastgesteld door de overheid en is inkomensafhankelijk. De werkgever en de werknemer betalen elk een deel van de premie, respectievelijk 3,8% en 2,55% in 1989 (OECD, 1993). De premies worden tot de collectieve lasten gerekend en mogen vanuit politiek oogpunt niet stijgen. Ze zijn voor alle ziekenfondsen gelijk, de hoogte van de premie speelt dus geen rol bij de vrije keuze van patiënten tussen ziekenfondsen.

Eigen bijdragen en bijverzekeringen

Voor veel voorzieningen geldt een eigen bijdrage door verzekerden (remgeld). Normaal betalen patiënten eerst zelf de kosten van de verstrekking en krijgen achteraf een vergoeding van de mutualiteit. Wanneer voor een verstrekking remgeld betaald moet worden, betaalt de mutualiteit slechts een deel van de kosten aan de patiënt terug, het overige is voor rekening van de patiënt zelf. Net als de hoogte van de aanvullende verzekering zijn deze extra betalingen afhankelijk van de sociale status van de verzekerde. WIGW's, de weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen betalen minder dan "gewone" verzekerden. Mutualiteiten kunnen de mogelijkheid bieden eigen bijdragen te vergoeden. De remgelden zijn het enige punt waar de mutualiteiten binnen de verplichte ziektekostenverzekering een vorm van concurrentie kunnen voeren. Voor enkele voorzieningen kan een bijbetaling gevraagd worden. Patiënten zijn bijvoorbeeld vrij in het kiezen van een arts, maar de mutualiteit vergoed slechts het tarief dat is overeengekomen met de beroepsgroep als geheel. Wanneer artsen een hoger tarief vragen, de zogenaamde niet-geconventioneerde artsen, moet de patiënt het verschil zelf bijbetalen.

Voor het aanvullende pakket betalen verzekerden een extra bijdrage. De hoogte van deze premie is bij een mutualiteit afhankelijk van de sociale status van de verzekerde. Voor WIGW's, de weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen geldt dat de bijdrage voor de aanvullende verzekering lager is. Ze hoeven voor sommige voorzieningen

helemaal geen aanvullende verzekering te betalen wanneer hun inkomen onder een bepaalde grens blijft (OECD, 1993).

In tabel 5 staat per voorziening vermeld hoe hoog de eigen bijdrage en de aanvullende verzekering is.

Tabel 5 Eigen bijdragen België

| verstrekking | bijbetaling |
|---|--|
| medicijn/verbandmiddel | afhankelijk van prijs en hoeveelheid 0%/25%/50% maximaal BFr 500 WIGW's: 0%/15%/50% maximaal BFr 300 |
| medische hulpmiddelen | 40% van de kosten WIGW's: 20% |
| reiskosten | BFr 65 |
| ambulante zorg ziekenhuisbehandeling | 25% van de kosten BFr 235 per dag + BFr 25 voor medicijnen WIGW's: BFr 93 |
| Tandvervangning en tandheelkundige zorg** | 25% van de kosten WIGW's: 0% |

Bron: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, 1993

2.3 Vergelijking systemen Nederland, Duitsland en België

Naast de vele verschillen tussen de drie systemen, bestaan ook verschillende overeenkomsten. Uit onderzoek van De Klein en Collaris (1992) blijken de meeste landen met dezelfde problemen op het gebied van de gezondheidszorg te kampen. Alle landen worden bijvoorbeeld geconfronteerd met een steeds ouder wordende bevolking. De vraag naar zorg en dan niet alleen de vraag naar medisch-specialistische hulp, maar met name verpleging neemt hierdoor drastisch toe. In dit verband krijgen aanbieders van zorg vaak te maken met verkeerde-bedproblematiek, waarbij verzorgingsbehoevende bejaarden verblijven in een ziekenhuis, terwijl opname in een verzorgingshuis eerder aangewezen zou zijn. De ziekenhuis- en verpleeghuis capaciteit blijft over het algemeen achter bij de vraag, hetgeen resulteert in lange wachtlijsten en een zware druk op de eerstelijnsgezondheidszorg. Met name aan verzorgenden bestaat een groot tekort, aan artsen daarentegen is een overschot in de meeste landen. In vergelijking tot andere landen is Nederland op het gebied van de zorg voor ouderen en chronisch zieken ver gevorderd.

Een duidelijk verschil in de systemen laat tabel 6 zien, waarin de verschillen tussen de landen wat betreft het aandeel van de verschillende financieringsbronnen opgenomen is.

* Bij deze hulp geldt niet langer het principe van een betalende patiënt die later van het ziekenfonds een vergoeding ontvangt, het ziekenfonds betaalt het ziekenhuis rechtstreeks.

** Per behandeling moet voor kinderen Bfr 158 en voor jongeren Bfr 210 bijbetaald worden. WIGW's zijn vrij gesteld eigen betaling en krijgen alle kosten door hun mutualiteit vergoed.

Tabel 6 Aandeel financieringsbronnen in kosten gezondheidszorg

| | België | Duitsland | Nederland |
|--------------------------|--------|-----------|-----------|
| Sociale verzekering | 44,6% | 66,2% | 64,0% |
| Particuliere verzekering | 5,0% | 7,7% | 16,0% |
| Overheidssubsidies | 32,6% | 12,0% | 10,0% |
| Directe eigen bijdragen | 17,8% | 13,0% | 10,0% |

Bron: Euregionale Commissie, 1994

Deze percentages blijken overigens van jaar tot jaar te kunnen verschillen, maar over het algemeen kenmerken ze toch het zorgsysteem. Opvallend is het grote percentage dat de particuliere verzekeringen opbrengen in Nederland. In België liggen de overheidssubsidies juist erg hoog. Dit komt vooral door de zorg voor gehandicapten, ouderenzorg en thuiszorg, welke in andere landen geheel of gedeeltelijk uit verzekeringspremies betaald worden. De eigen bijdrage van verzekerden ligt in België het hoogst, door het systeem van remgelden. In Nederland betalen patiënten het minst eigen bijdragen.

Het verschil tussen het verplicht aan te bieden verstrekkingen pakket in Nederland en België en Duitsland is groot. Gaat het in Nederland uitsluitend om het verzekeren van ziektekosten, in de andere landen bestaat een koppeling met sociale uitkeringen in geval van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Onderdeel van het verplichte verstrekkingenpakket in deze landen is ziektegeld, moederschaps-uitkering en uitkering bij overlijden. Over deze inkomensderving lopen uitvoerders van de sociale ziektekostenverzekering dus ook risico.

Bij het Duitse pakket valt bovendien op dat dit meer preventieve verstrekkingen kent dan Nederland en België. Kuuroorden maken bijvoorbeeld ook deel uit van het verplichte pakket (Grünwald, 1995, FOZ 1996, 1995).

Wat betreft de uitvoeringsorganen bestaan er ook enige verschillen tussen de landen. In België nemen de mutualiteiten in de gezondheidszorg een belangrijker plaats in. Bijna iedereen is verzekerd bij een mutualiteit, niet alleen voor het wettelijk verplichte deel van de ziektekosten, maar ook voor aanvullende verstrekkingen. De mutualiteiten en landsbonden in België concurreren onderling al meer dan de ziekenfondsen in Nederland. Mutualiteiten zijn meer dan alleen uitvoerders van de ziektekosten- en invaliditeitsverzekering. De mutualiteiten waren oorspronkelijk bewegingen op religieuze of politieke overtuiging, waar men zich vrijwillig bij aan kon sluiten. Naast bescherming tegen risico's bood de mutualiteit andere diensten voor haar leden als vakantiecampen en diensten voor maatschappelijk werk. Ook nu organiseren mutualiteiten dit soort activiteiten. Hierbij zijn veel vrijwilligers bij betrokken, bijvoorbeeld om ouderen te bezoeken, jeugd te begeleiden of gezondheidsvoorlichting te geven (LCM, 1991).

De Krankenkassen in Duitsland houden zich veel bezig met preventie. Ze bemoeien zich met arbeidsomstandigheden en stimuleren hun leden een gezonde levensstijl te ontwikkelen.

Een ander verschil tussen het verzekeringssysteem in Nederland en het systeem in België is de manier waarop verstrekkingen vergoed worden. In Nederland geldt voor de verplicht-verzekerden een natura-systeem, dat inhoudt dat de verzekerde recht heeft

op medische hulp of medische verstrekkingen. De ziekenfondsen sluiten contracten met hulpverleners, artsenverenigingen of ziekenhuizen, en betaling geschiedt buiten de patiënt om. Particulier verzekerden hebben te maken met een restitutiesysteem. Zij moeten eerst zelf de kosten betalen en krijgen achteraf van de zorgverzekeraar de kosten vergoed. In België geldt dit restitutiesysteem voor alle verzekerden en in Duitsland voor de vrijwillig ziekenfondsverzekerden. Hierdoor is er minder contact tussen hulpverlener en mutualiteit. Patiënten zoeken zelf een hulpverlener, betalen in eerste instantie de kosten zelf en vorderen deze (gedeeltelijk) terug van de mutualiteit waarbij ze aangesloten zijn.

In het tabel 7 wordt in detail samengevat welke overeenkomsten en verschillen er bestaan tussen de gezondheidsstelsels van de drie landen.

Tabel 7 Overeenkomsten en verschillen gezondheidsstelsels

| | NEDERLAND | DUITSLAND | BELGIE |
|--|---|---|---|
| rechthebbenden | gehele bevolking via AWBZ en categorieën van personen zoals in de ziekenfondswet omschreven, verplicht via deze Wet; werknemers met inkomen onder loongrens (in 1995: f59.700,-) en familieleden, uitkeringsgerechtigden (volgens AOW, Weduwen- en Wezenwet of Ziektewet) | beroepen omschreven in Sozialgesetzbuch fünftes Buch (arbeiders in loondienst (in 1995: DM 70.200 loongrens), werkløzen, boeren, kunstenaars, arbeidersrevalidatie, gehandicapten, studenten, stagiaires, pensioengerechtigden, vrijwillig verzekerden, familieverzekerden). | één regeling voor hele bevolking met uitzondering van zelfstandigen en hun gezin, één regeling voor zelfstandigen voor Weduwen Invaliden, Gepensioneerden en Wezen (=WIGW's) gelden lagere tarieven |
| ziekenfonds/ particulier verzekerden | ziekenfonds: 62% particulier: 37% overig: 1% | krankenkasse:88% particulier: 8 % overig/niet:4% | mutualiteit:99% overig/niet: 1% |
| verstrekkingen | geneeskundige en verpleegkundige hulp volgens AWBZ en ZfW aanvullende verzekeringen bij ziekenfonds mogelijk | geneeskundige en verpleegkundige hulp en arbeidsongeschiktheidsuitkering volgens Sozialgesetzbuch Funftes Buch, Gesetzlichen Krankenversicherung aanvullende verzekeringen bij de Allgemeine Ortskrankenkasse zijn verboden, wel bij particuliere verzekeraar mogelijk | geneeskundige- en verpleegkundige en arbeidsongeschiktheidsgeld, volgens de Ziekte en Invaliditeitsverzekering (in Nomenclatuur is vastgelegd welke verstrekkingen voor welke tarieven in aanmerking komen) aanvullende verzekeringen bij Mutualiteit mogelijk |

| | NEDERLAND | DUITSLAND | BELGIE |
|---|---|---|---|
| premieheffing | de AWBZ-premie betreft een inkomensafhankelijke premie evenals het inkomensgerelateerd deel voor het Ziekenfonds (centraal vastgesteld), nominaal deel door verzekeraars vastgesteld werkgever/werknemer dragen inkomensgerelateerde deel af aan Centrale Kas volgens ZfW, nominaal deel aan de verzekeraar | verzekeraars stellen premies vast werkgever/werknemer dragen premie af aan verzekeraar | rijksverheid stelt premies vast de premie-afdracht gebeurt centraal, deels door belastingen Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering verdeelt het geld over de Landsbonden der Mutualiteiten |
| financiering ziekenhuizen | prospectieve globale functionele budgettering gebaseerd op adhaerentie, productie en capaciteitscomponent afspraken met lokale verzekeraars goedkeuring van tariefstelling door COTG | prospectieve budgettering tot 1992 op basis van verwachte bezettingsgraad, na 1992 vast uitgavenplafond + jaarlijks proportionele stijging van de loonsom afspraken met lokale verzekeraars | prospectieve budgettering naar aanleiding van referentiegroep gebaseerd op grootte, ouderdom en specialismen |
| verpleegdagtarief | investeringskosten inbegrepen | investeringskosten niet inbegrepen, worden door deelstaten gedragen kosten van medische verrichtingen wel inbegrepen (all-in) | investeringskosten niet inbegrepen, worden door overheid gedragen kosten van medische verstrekingen zijn niet inbegrepen |
| planning | volgens Wet ziekenhuisvoorzieningen worden op rijksniveau kaders vastgelegd, mbt indeling planingsgebied op behoeftenormen scheiding planning (overheid) en financiering (verzekeraars) | deelstaten stellen plan op aan de hand van de behoefte en beddenscapaciteit en financiert ziekenhuisinfrastructuur verzekeraars financieren productiegebonden kosten | rijksverheid plant en financiert de ziekenhuisinfrastructuur verzekeraars financieren productiegebonden kosten |
| toekomstige ontwikkelingen ziekenhuistarieven | vaststellen productprijzen en nationaal vastgestelde maximumtarieven verzekeraar krijgt ook in geval van ziekenhuiszorg contracteervrijheid en gaat risico lopen over het totale budget | vanaf 1996 Bundespflege-satzverordnung, hetgeen inhoudt: <ul style="list-style-type: none"> . tarieven vastgesteld voor bepaalde verrichtingen/-behandelingen (=Sonderentgelte) . tarieven voor patiëntgroepen (=Fallpauschalen) . resterend basistarief en afdelingstarief | |

2.4 Implicaties voor een Nederlandse zorgverzekeraar

Wanneer een Nederlandse zorgverzekeraar naar het buitenland wil, om een totaalpakket te bieden, kan hij dit doen als zijnde particuliere verzekeraar of als sociale zorgverzekeraar. In het eerste geval is hij tamelijk vrij een verstrekkingenpakket aan te bieden, in het tweede geval is hij gebonden aan de invulling van het sociale ziektekostenstelsel van het land. Wanneer de zorgverzekeraar in het kader van de sociale verzekering een totaalpakket aanbiedt, zal hij aan moeten bieden wat wettelijk bepaald is.

Aangezien de pakketten in België en Duitsland met name wat betreft sociale uitkeringen nogal afwijken van het Nederlandse, betekent dit een heel nieuw terrein voor een Nederlandse zorgverzekeraar grensoverschrijdend gaat opereren. De verplichting voor uitvoerende organen van de sociale verzekering bepaalde verstrekkingen te vergoeden en de beperkingen die aan hen opgelegd worden met betrekking tot het vergoeden van andere voorzieningen, bieden een Nederlandse zorgverzekeraar wel kansen om in de aanvullende sfeer verstrekkingen aan te bieden in het buitenland. In Duitsland bijvoorbeeld mogen eigen bijdragen niet via het verstrekkingenpakket van een Krankenkasse vergoed worden. Een particuliere ziektekostenverzekeraar in eigen land, maar ook een buitenlandse zorgverzekeraar kan hierop inspelen, door een pakket aan te bieden, waarin deze bedragen wel vergoed worden. Het vergoeden van eigen bijdragen zal Duitse Krankenkassen in de toekomst wellicht ook worden toegestaan. Andere voorzieningen die een buitenlandse zorgverzekeraar in een aanvullend pakket zou kunnen bieden, zijn luxe-voorzieningen, alternatieve geneeswijzen of aan gezondheid gerelateerde voorzieningen, bijvoorbeeld cursussen of fitnessprogramma's.

In België lijkt de markt voor een Nederlandse zorgverzekeraar klein. Nagenoeg iedereen is in België verzekerd bij een mutualiteit, die verzekerden naast de basisverstrekkingen een verplicht aanvullend solidariteitspakket aanbiedt en aanvullende diensten. Verzekerden kiezen niet slechts op basis van het verstrekkingenpakket, maar ook op basis van religieuze of idealistische overtuiging. Voor een Nederlandse zorgverzekeraar zouden mogelijkheden liggen in het aanbieden van aanvullende verzekeringen voor zelfstandigen, die in het verplichte pakket alleen voor grote risico's verzekerd zijn. In praktijk blijkt echter dat het voor mutualiteiten niet rendabel is deze verzekeringen aan te bieden en ze de overheidssubsidies hiervoor niet kunnen missen. Ook op het gebied van de algemene aanvullende verzekering geldt dat voorzieningen voor alleen bejaarden of alleen jongeren niet te financieren zijn. Mutualiteiten hebben hiervoor een verplichte solidaire verzekering ingevoerd, waardoor verzekerden voor een totaal aanvullend pakket in aanmerking komen.

3 BESCHRIJVING AFZETGEBIED EUREGIO ZUID-LIMBURG

Voordat bepaald kan worden of er mogelijkheden zijn voor een Nederlands ziekenfonds om produkten aan te bieden in het buitenland, is het nodig meer te weten over de bevolking in het mogelijke afzetgebied. Een beschrijving van de gebieden waar een zorgverzekeraar in zuid-Nederland zijn produkten aan kan bieden wordt in dit hoofdstuk aan de hand van de volgende kenmerken gegeven: omvang en opbouw van de bevolking en de sociale status. In tabel 8 wordt een overzicht gegeven. Deze kenmerken zijn namelijk van belang, wanneer het gaat om de medische consumptie van de bevolking en de aanspraak op verzekeringsdiensten. Bovendien zeggen de gegevens niet alleen rechtstreeks iets over de behoefte die de bevolking aan verschillende verstrekkingen op het gebied van de gezondheidszorg heeft, uit onderzoek (Diederiks en Stevens, 1994) blijkt dat deze kenmerken ook van invloed zijn op de houding van de bevolking ten aanzien van gezondheid. Deze houding is van invloed op de medische consumptie. Oudere mensen bijvoorbeeld maken zich eerder ongerust over hun gezondheid dan jongere mensen. De beschrijving van de bevolking in Nordrhein-Westfalen en Limburg (B) en Luik geeft een antwoord op de tweede onderzoeksvraag. Naast objectieve gegevens als omvang, opbouw en sociale status van de bevolking, wordt aandacht besteed aan relevante cultuurverschillen op het gebied van gezondheidszorg. Hoewel de precieze rol die cultuurkenmerken zoals normen en waarden spelen in de gezondheidszorg onduidelijk is, wordt verondersteld dat ze mede de mate van medische consumptie verklaren (Payer, 1989). In het onderzoek van Stevens en Diederiks wordt naar deze zogenaamde culturele dimensie van gezondheid gekeken (Diederiks en Stevens, 1994). Zij onderzoeken hoe leden van de samenleving over gezondheid en gezondheidszorg denken en welke waarde ze eraan toekennen.

3.1 Duitsland: Nordrhein-Westfalen

Demografische gegevens

Nordrhein-Westfalen is één van de elf Bundesländer in het voormalige West-Duitsland. In het gebied liggen enkele grote industriesteden: Düsseldorf, Köln, Münster, Detmold en Amsberg. Dit zogenaamde Ruhrgebied is ongeveer 34 068 km² groot en met 502.000 inwoners per km² het dichtstbevolkte deel van Duitsland. De bevolking is relatief oud, het percentage 65+ neemt jaarlijks toe (Van Noordt, 1989).

Ten aanzien van de werkende bevolking kan het volgende opgemerkt worden. 80% van de mannen tussen de 15 en de 65 is actief, een veel hoger percentage dan dat van de vrouwen (49%). Toch is het percentage werkende vrouwen sinds 1970 duidelijk toegenomen. Het meeste werk is te vinden in de industriële sector (43%) en de dienstensector (55%). Het aantal mensen dat werkzaam is in de agrarische sector is klein (2%). Het niveau van opleiding is hoog. 23% van de arbeiders hebben een hogere opleiding, 20% heeft toegang tot de universiteit en 11% heeft een universitaire studie afgerond.

Tot het midden van de jaren tachtig steeg de werkloosheid dramatisch door het verdwijnen van banen en het stijgende aantal nieuwe arbeidskrachten. De situatie is sindsdien verbeterd. Door het creëren van nieuwe banen en doordat jongeren betere opleidingen krijgen, zijn hun toekomstperspectieven redelijk.

Het gemiddelde bruto inkomen van een werknemer in de industrie is ECU 22 395,

werknemers in de andere sectoren verdienen meer (ECU 31 912 voor niet-handwerkers en ECU 23 844 voor werknemers in de dienstensector) (Eurostat, 1993).

Culturele dimensie gezondheid

Kenmerken waarop landen vergeleken kunnen worden, voor wat betreft hun gezondheid(szorg)cultuur zijn gezondheidsstatus, medische consumptie, lifestyle en houdingen ten aanzien van gezondheid. Onder deze laatste twee kenmerken wordt gezond gedrag en eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid verstaan. Diederiks en Stevens deden onderzoek naar culturele verschillen met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg tussen de bevolking in de verschillende gebieden die samen de Euregio vormen (Nederland Limburg, Belgisch Limburg en Luik en het Duitse gebied rondom Aken) (Diederiks en Stevens, 1995). Eén van hun conclusies is dat er niet zoiets bestaat als een Euregionale identiteit; naast overeenkomsten bestaan er ook duidelijke verschillen tussen de gebieden.

De Duitse samenleving wordt gekenmerkt door een hoge mate van onzekerheid over de gezondheid. In vergelijking met België en Nederland wordt het meest getobt, veel klachten zijn van depressieve aard. Als gevolg van de onzekerheid en de geneigdheid deze onzekerheid uit de weg te gaan, is het huisartsenbezoek in Duitsland hoog (Hofstede 1991). Hoewel hier het hoogste percentage regelmatige drinkers te vinden is, bestaat er vaak een hoge eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid bij Duitsers. Het percentage sporters bijvoorbeeld is er het hoogst. Duitsers zijn relatief sterk gericht op informele hulp, toch is het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem groot (Bijzondere Euregionale Commissie, 1994).

3.2 België: Limburg en Luik

Demografische gegevens

De twee Belgische provincies Limburg en Luik grenzen aan het zuiden van Nederland. Het Nederlandstalig Limburg beslaat een gebied van 2.422,2 km² en heeft een bevolkingsdichtheid van 308,0 inwoners per km². De natuurlijke groei van de bevolking door geboorten is met name in het zuiden van Limburg (4,8 per 1000) relatief hoog (Luik 0,4 per 1000). Dit komt door een verhoging van het aantal potentiële moeders tengevolge van de "baby-boom" van de jaren 50. Ook het grote aantal jonge emigrantengezinnen die werkzaam zijn in dit deel van België zou kunnen samenhangen met een hoog geboortecijfer (Ministerie van Volksgezondheid, 1993). Dit hogere cijfer heeft een invloed op het aandeel van ouderen in de bevolking. Dit aandeel zal, vergeleken met wat enkele jaren geleden voorzien was, minder groot zijn. Toch blijft de veroudering van de bevolking toenemen, zowel relatief als in absolute getallen uitgedrukt. Het huidige aantal 65-plussers zal in 2040 bijna verdubbeld zijn. Limburg kampt met een hoge werkloosheidsgraad. Het sluiten van de kolenmijnen in de Kempen eind 1986 heeft gezorgd voor een verlies van arbeidsplaatsen. Naast voormalige mijnwerkers vormt het grote aantal langdurig werkloze vrouwen een probleem.

Het Franstalige Luik meet een oppervlakte van 3.862,4 km² en een bevolkingsdichtheid van 258,3 inwoners per km². De ijzer- en staalindustrie bloeit er weer volop na een periode van neergang. Toch is de economische ontwikkeling op lange termijn een probleem, want Luik kampt met een verouderende bevolking en een hoge werkloosheid door een afname van banen in de traditionele sectoren.

Culturele dimensie gezondheid

Uit het onderzoek van Diederiks en Stevens komt naar voren dat er niet alleen tussen de landen onderling sprake is van heterogene opvattingen over gezondheid en medische consumptie, er bestaat ook onderscheid tussen de verschillende taalgebieden. Voor het gehele Belgische gebied geldt, dat de geneigdheid tot het vermijden van onzekerheid net als in Duitsland hoog is (Hofstede, 1993). De mensen zijn sterk geneigd tot medische consumptie. Ook met niet-ernstige gezondheidsklachten, stappen ze snel naar een arts. Specialisten spelen hierin een belangrijke rol, want het huisartsenbezoek is relatief laag (Grenzen aan de zorg, 1991). In België is de gerichtheid op informele hulp laag.

Wat betreft het franstalige gedeelte, de provincie Luik, kan het volgende opgemerkt worden. De lichaamscultuur is in dit gebied erg belangrijk. De oriëntatie op de arts alsook op medische-technologie is erg hoog. Aan deze medische apparatuur worden de hoogste wensen gesteld. Het aantal sportbeoefenaars is in Luik vergeleken met de andere gebieden het laagst.

Naast verschillen tussen landen en taalgebieden zijn andere variabelen van invloed op de manier waarop men tegen de gezondheid en de gezondheidszorg aankijkt. Gerichtheid op medische technologie blijkt bijvoorbeeld voornamelijk af te hangen van het opleidingsniveau (hoger opgeleiden zijn minder op medische technologie gericht) en van het taalgebied (franstaligen zijn meer op medische technologie gericht). Onzekerheid ten aanzien van gezondheid hangt in eerste instantie samen met de sociale status (hoe hoger hoe minder onzekerheid), maar ook met leeftijd (hoe jonger hoe minder onzekerheid). Een laatst te noemen variabele die verschil in gezondheid- en gezondheidszorgwaarden veroorzaakt, is het geslacht. Vrouwen blijken bijvoorbeeld meer gericht te zijn op informele zorg, mannen zijn meer gericht op medische technologie.

3.3 Vergelijking gebieden

In tabel 8 wordt een overzicht gegeven van de kenmerken van de verschillende gebieden. Deze tabel is ook in de samenvatting en conclusies in hoofdstuk 1 opgenomen.

Tabel 8 Kenmerken van afzetgebied

| | Nordrhein Westfalen | Luik | Limburg (B) | Limburg (N) |
|---|------------------------|--------|----------------|----------------|
| Inwoners *1000 | 17,104 | 997,8 | 743,0 | 1.101,8 |
| Geboorten per 1000 | 11,0 | 12,4 | 12,4 | 11,7 |
| Mortaliteit per 1000 | 11,2 | 12,0 | 7,1 | 8,4 |
| levensverwachting | | | | |
| vrouwen | 79,1 | 78,1 | 80,1 | 80,5 |
| mannen | 72,3 | 71,1 | 73,2 | 73,7 |
| Aandeel 0-14 (in %) | 14,7 | 18,0 | 20,1 | 17,1 |
| Aandeel 65+ (in %) | 15,0 | 15,1 | 10,0 | 11,9 |
| Werkloosheid (in %) | 6,9 | 11,0 | 11,3 | 7,2 |
| Werkgelegenheid (in %) | | | | |
| agrarische sector | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 2,0 |
| industrie | 41,0 | 28,0 | 37,0 | 37,0 |
| diensten | 55,0 | 70,0 | 60,0 | 62,0 |
| Gemiddelde inkomen (in ecu) per jaar | 14,750 | 13,635 | | 12,310 |
| Gemiddelde opnamen intramuraal per jaar als % van bevolking | 20,9 | 18,0 | | 10,9 |

Bron: Eurostat Basisstatistieken van de Gemeenschap, 1992
Eurostat Portrait of the Regions, 1993

Demografische verschillen

Bij een vergelijking van de bevolking in beschreven gebieden in België en Duitsland met de bevolking in Nederland valt op dat er naast verschillende tendensen ook overeenkomsten zijn. De opbouw van de bevolking laat in alle gebieden een stijgend, groot aandeel 65-plussers zien. Vergrijzing van de bevolking is een tendens die in veel West-Europese landen te constateren valt. Dit zal in de toekomst de verhouding tussen het aantal actieven en in-actieven beïnvloeden. Dit kan er toe leiden dat steeds minder mensen voor meer mensen moeten zorgen. Ook zal het toenemend aantal ouderen consequenties hebben voor de behoefte aan zorgvoorzieningen zoals ziekenhuizen en verpleegtehuizen. De ontgroening, het afnemend aantal jongeren, is niet overal even duidelijk waar te nemen tendens. Nordrhein-Westfalen en Luik liggen wat betreft de geboorten- en sterftcijfers dicht bij elkaar. De natuurlijke groei van de bevolking is er nagenoeg nul. Nederlands Limburg en Belgisch Limburg daarentegen hebben beide een geboortencijfer dat aanzienlijk hoger is dan het sterftcijfer. De natuurlijke aanwas van de bevolking is daar aanzienlijk.

Ziekte en gebruik van medische voorzieningen wordt echter niet alleen bepaald door de leeftijdsopbouw van de bevolking, sociaal-economische kenmerken zoals inkomen en beroepsstatus spelen ook een rol. Het grootste deel van de actieve bevolking in alle drie de landen is werkzaam in de dienstensector (55-70%). In Nordrhein-Westfalen is ruim 40% werkzaam in de industrie, in de andere landen is dit minder. In de landbouw is slechts 2-3% werkzaam. De werkloosheid is het grootst in België, 11,3%, terwijl dit

percentage in Nederland en Duitsland op 7 ligt. In vergelijking met de andere gebieden verdient men gemiddeld in Nordrhein-westfalen het meest, in Belgisch en Nederlands Limburg een bedrag naar het Europees gemiddelde en zit men in Luik ruim onder het gemiddelde.

Cultuurverschillen

Uit onderzoek van Diederiks en Stevens (1995) blijken de volgende relaties tussen gebied en houding tegenover gezondheid en gezondheidszorg. Meer specifiek ten aanzien van de gezondheidszorg kan gezegd worden dat Duitsers en Belgen meer gericht zijn op medische consumptie, zich sneller zorgen maken over hun gezondheid, sneller naar een hulpverlener stappen. Hun verwachtingen ten aanzien van de medische technologie zijn hoog gespannen. Nederlanders daarentegen zijn meer gericht op verzorgende hulp.

Gebruik van medische voorzieningen

De medische consumptie verschilt per deelgebied. Dit ligt niet alleen aan culturele aspecten zoals die al eerder genoemd worden, maar het aanwezige aanbod is ook van belang. In tabel 9 wordt de medische consumptie gegeven betreffende de intramurale zorg. Nederland neemt hierin een extreem hoge positie in (34,8 verpleegdagen gemiddeld). Dit wordt veroorzaakt door de sterk ontwikkelde verpleeghuissector en zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Tussen haakjes staat het gebruik van algemene ziekenhuizen vermeld, dit laat een heel ander beeld zien.

Tabel 9 Medische consumptie intramuraal

| | België | Duitsland | Nederland |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Verpleegdagen per hoofd per jaar | 2,7 (1,5) | 3,5 (2,3) | 3,8 (1,2) |
| Gemiddelde verpleegduur in dagen | 14,6 (9,6) | 16,6 (12,7) | 34,8 (11,9) |
| Bezettingsgraad % | 86,7 (76,1) | 86,5 (85,5) | 89,0 (74,0) |

Bron: Bijzondere Euregionale Commissie, 1994

Het verschil in het aantal beroepsbeoefenaren en het aantal bedden in de verschillende landen blijkt uit tabel 10.

Tabel 10 Medische voorzieningen

| | België | Duitsland | Nederland |
|--|--------|-----------|-----------|
| Artsen ¹ | 13,9 | 5,0 | 4,3 |
| Medisch Specialisten ² | 1,4 | 1,6 | 0,8 |
| Tandartsen ³ | 0,7 | 0,7 | 0,4 |
| Apothekers ³ | 1,2 | 0,6 | 0,2 |
| Verpleegkundigen ³ | 8,9 | 5,0 | 5,8 |
| Ziekenhuisbedden (per 10000 inw) ⁴ | 49,0 | 65,8 | 40,7 |
| Verzorgings- en revalidatie bedden (per 10000 inw) ⁴ | 4,4 | - | 38,0 |

Bronnen:

- 1) Regionaal Statistisch Zakboek, 1992 (B), Easystat, 1993 (D) en Nivel, 1992 (N)
- 2) Infosanté, 1992 (B), Easystat, 1993 (D) en College van Ziekenhuisvoorzieningen 1995 (N)
- 3) Bijzondere Euregionale Commissie, 1994
- 4) Infosanté, 1992 (B), Easystat, 1993 (D) en NZi, 1995 (N)

Ook voor de niet-acute, verzorgingsbedden geldt weer dat Nederland een extreme positie inneemt door het goed ontwikkelde systeem van ouderen en gehandicapten zorg. Opvallend zijn de lage cijfers die Nederland voor de andere categorieën kent. Het lijkt dat Nederlanders inderdaad minder gericht zijn op medische consumptie dan Duitsers en Belgen. Dit wil overigens niet zeggen dat Nederlanders minder ziek zijn. Uit een onderzoek naar het ziekteverzuim van werknemers in Nederland, België en Duitsland blijkt dat Nederlanders zich twee keer zo vaak ziek melden als Belgen. In het onderzoek wordt de verklaring hiervoor voornamelijk gezocht in de strengere controle op het ziekteverzuim van werkgevers (Prins, 1990).

Over het algemeen wordt een onderscheid gemaakt tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Toegang tot de tweedelijnsgezondheidszorg is pas mogelijk na verwijzing door de huisarts. In Duitsland en België geldt in tegenstelling tot in Nederland niet dat patiënten een vaste huisarts hebben, patiënten zijn per consult vrij in hun keuze van de huisarts. In Duitsland bestaat er naast de Allgemein Arzt, een Facharzt. Dit is een specialist in een eigen huispraktijk, naar wie de patiënt rechtstreeks toe kan gaan. Voor andere tweedelijnszorg geldt wel dat een verwijzing vereist is. In België zijn patiënten nog vrijer in hun medische consumptie. Vaak wendt men zich rechtstreeks tot een specialist. Ook voor tandheelkundige zorg geldt dat het onderscheid tussen eerste- en tweedelijns niet duidelijk is. Opvallend in tabel 10 is het grote aantal apothekers per 1000 inwoners in België. De apotheker neemt in de gezondheidszorg in België dan ook een belangrijke plaats in. Het aantal recepten dat men zonder recept kan verkrijgen is omvangrijker dan in Nederland. De apothekers hebben doordoor meer contact met patiënten, die advies vragen en geen huisarts bezocht hebben. De apotheker is in sommige gevallen zelfs invloedrijker dan de huisarts wat betreft het geven van voorlichting en informatie.

3.4 Implicaties voor een Nederlandse zorgverzekeraar

Voor een Nederlandse zorgverzekeraar betekent het voorgaande dat in beide landen wat betreft de doelgroep, mogelijkheden zijn grensoverschrijdend diensten aan te bieden. Nordrhein-Westfalen heeft een overwegend oude bevolking, wat meestal

betekent dat de vraag naar medische voorzieningen groot is. Bovendien liggen er op het gebied van de Pflegeversicherung nieuwe mogelijkheden. Het gemiddelde inkomen ligt er hoger dan in andere landen van Europa, men is wellicht bereid meer te betalen en zich ook voor niet-noodzakelijke luxe-voorzieningen te verzekeren. Bovendien blijkt de bevolking zich sneller zorgen te maken over de eigen gezondheid en risico in grote mate te willen vermijden.

België kan verdeeld worden in Nederlandstalig Belgisch-Limburg en het Franstalig Luik. Het Nederlandstalige gebied is zeer gunstig wat betreft de risico's, omdat de bevolking er betrekkelijk jong is. Luik daarentegen heeft een groot aandeel ouderen. Daarnaast is dit een betrekkelijk arm gebied, dat te kampen heeft met hoge werkloosheidscijfers. Belgen zijn meer dan Nederlanders gericht op medische voorzieningen. Ze zijn minder onzeker over hun gezondheid als Duitsers, maar stappen toch vrij snel naar hulpverleners. Het specialistenbezoek en de ziekenhuisopnamencijfer zijn er hoog, wellicht omdat hiervoor geen verwijzing van een huisarts vereist is.

4 EUROPESE MARKT

De gezondheidszorg is een terrein dat op zichzelf geen onderdeel vormt van de gemeenschappelijke doelstellingen van de EG, maar de totstandkoming van een interne markt binnen de EG is dat wel. Wanneer een ziektekostenverzekeraar overweegt zijn diensten in het buitenland aan te bieden, heeft hij niet alleen met de nationale wetgeving te maken, het Europese recht is dan ook direct van toepassing.

In paragraaf 4.1 worden twee aspecten van de ziektekostenverzekeringsmarkt onderscheiden: het verplichte, sociale deel en de particuliere markt. Sociale verzekeringsstelsels zijn namelijk in eerste instantie een zaak van de nationale overheid, terwijl de particuliere markt onder de Europese wetgeving valt. De invloed van het Gemeenschapsrecht op het sociale deel van het ziektekostenstelsel wordt behandeld in paragraaf 4.1.1.

In de Europese wetgeving is het vrije verkeer van diensten van belang, omdat nationale wetgevers hieraan geen beperkingen mogen opleggen die nadelig kunnen zijn voor de concurrentiepositie van een verzekeraar (Ter Kuile, 1989). Hoe de Europese wetgeving het particuliere deel van de ziektekostenverzekering beïnvloedt, wordt behandeld in paragraaf 4.1.2.

Een ziektekostenverzekeraar die zijn diensten aanbiedt in het buitenland, zal zich ook bezig houden met de zorginkoop in dat buitenland. Het is de vraag of de zorg die hij biedt, geleverd moet worden door hulpverleners of instellingen in het land zelf, of dat ook op het gebied van verstrekkingen sprake kan zijn van grensoverschrijding. Met name in de grensstreken is het wellicht mogelijk verzekerden te laten behandelen in een ziekenhuis in een ander land dan waar ze wonen. In hoeverre nationale en Europese wetgeving ruimte laten voor grensoverschrijdend verkeer van ziekenhuiszorg is het onderwerp van paragraaf 4.2.

4.1 Ziektekostenstelsel, sociaal en particulier

Binnen de Europese Gemeenschap bestaat een grote verscheidenheid aan wettelijk geregelde stelsels ter financiering van prestaties op het gebied van de gezondheidszorg. Vaak hangt het ziektekostenstelsel samen met regels op het gehele terrein van de sociale zekerheid. De verschillen op dit terrein tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschap worden als een gegeven aanvaard, harmonisatie van de stelsels wordt als een moeilijke opgave beschouwd (Hamilton, 1995). In het Verdrag van de Europese Economische Gemeenschap (1957) is geen opdracht te vinden de sociale wetgevingen in de lidstaten te harmoniseren. Artikel 118 geeft wel aan dat nauwe samenwerking op sociaal gebied bevorderd moet worden, maar het verplicht tot niets. Ook in het Verdrag van Maastricht (1993) bleven door de invoering van het subsidiariteitsbeginsel de sociale stelsels een nationale aangelegenheid. De Europese Gemeenschap heeft slechts de bevoegdheid de verschillende systemen te coördineren. Bij de vraag of een stelsel als sociaal-zekerheidsstelsel gezien moet worden, gelden criteria ten aanzien van het sociale doel van het stelsel, de wettelijk regelingen en de uitvoerende organen. Deze mogen bijvoorbeeld geen ondernemingen zijn, in die zin dat ze een economische activiteit uitvoeren (Steijger, 1993). Bij het beoordelen van uitvoerende organen kunnen verschillende criteria gelden. Wanneer de criteria van artikel 85 en 86 van het EG-verdrag aangehouden worden, geldt voor de verplichte verzekering in het kader van het ziekenfonds dat het behoort tot het stelsel van sociale zekerheidsrechten van

werknemers en zelfstandigen. In het kader van het onderzoek, is de tweedeling van een sociaal en particulier systeem met betrekking tot de ziektekostenverzekeringsmarkt essentieel.

4.1.1 Sociale ziektekostenverzekering en Gemeenschapsrecht

Het Gemeenschapsrecht heeft zoals gezegd geen betrekking op zuiver nationale aangelegenheden zoals het sociale ziektekostenverzekeringsstelsel, maar is wel van belang als er sprake is van grensoverschrijdend verkeer. In deze situatie zijn de EG-verordeningen 1408/71 en 547/72 onder artikel 51 van het EEG-verdrag van belang. Een sociale zekerheidsregeling is volgens verordening 1408/71 *een verzekering van rechtswege voor de gehele bevolking, waarbij de verzekerde aanspraken ontleent aan de wet en premie wordt geheven op basis van solidariteit, met acceptatieplicht voor de aan het systeem deelnemende verzekeraar* (Adams, 1992). De verordeningen handelen over de toepassing van de verzekeringen en uitkeringen van werknemers en zelfstandigen, die zich binnen de EG verplaatsen. Hieraan is een reeks van procedures, protocollen en formulieren gekoppeld. Verordening 1408/71 geeft werknemers en zelfstandigen en hun gezinsleden die in eigen land onder een sociale zekerheidsregeling met betrekking tot ziektekosten vallen, binnen de EG onder bepaalde voorwaarden het recht op geneeskundige behandeling in een andere dan de eigen lidstaat. Voordat een verzekerde hulp krijgt, moet de wettelijke ziektekostenverzekeraar in het betreffende land de garantie hebben dat de kosten vergoed worden door de ziektekostenverzekeraar van de verzekerde. Dit krijgt hij door overlegging van de E-111 en E112 formulieren. De wetgeving van het land waar de hulpverlening gevraagd wordt is verder van toepassing. Dit houdt in dat de gevraagde behandeling onderdeel moet uitmaken van het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering van het te bezoeken land. Daarnaast kan het ook betekenen dat een verzekerde eigen bijdragen moet betalen die in zijn eigen land niet gevraagd worden (Labrousse, 1989).

Een ziekenfondsverzekerde in een lidstaat van de Europese Unie kan in drie gevallen gebruik maken van zorgvoorzieningen in een ander land binnen Europa, waarbij restitutie van de kosten door de verzekeraar van de betreffende persoon plaatsvindt.

- In geval van **nood**, bijvoorbeeld voor personen die tijdens een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat direct medische hulp nodig hebben en hiervoor niet terug kunnen naar het land van premiebetaling (artikel 22 lid 1 onder a, 1408/71). Het formulier dat hierbij aan de zorgverzekeraar moet worden overlegd is het E 111 formulier.
- In geval hij **grensarbeiders** is. Onder grensarbeiders vallen die personen die werkzaam zijn in het ene land voor een werkgever in dat land, maar minstens eenmaal per week terugkeren naar hun woonplaats in het andere land. Op grond van artikel 20 van verordening 1408/71 heeft een grensarbeider recht op geneeskundige verzorging aan beide kanten van de grens, dus zowel in het woonland als in het land waar hij verzekerd is. Voor het verlenen van de verstrekkingen is men afhankelijk van de procedure zoals die door het land waar de grensarbeider woont, is opgemaakt. Hiervoor dient het E106 formulier te worden overlegd. Op deze manier wil men nodeloos langdurige werkonderbrekingen verhinderen. Het recht op keuze stelt de grensarbeider overigens wel in staat, te zoeken naar het pakket dat voor hem het meest aantrekkelijk is (Schoukens, 1992).
- In geval '**passende zorg**', niet in het eigen land of niet op tijd geleverd kan worden, maar wel behoort tot het verzekeringspakket van de verzekerde en over de grens

in het andere land wel geleverd kan worden (artikel 22 lid 1 onder c van Vo nr 1408/71/EEG).^{*} De verzekerde dient eerst toestemming te vragen aan de zorgverzekeraar om behandeling in een andere lidstaat te ondergaan. De zorgverzekeraar mag echter niet weigeren wanneer de zorg voldoet aan de bovengenoemde eisen. Het bijbehorende formulier is E112.^{**}

In het advies van de Ziekenfondsraad (ZFR, 1994) aan de regering wordt afgeraden de Nederlandse wetgeving op het gebied van grensarbeiders aan te passen, oftewel een uitgebreide Zeeuwsch-Vlaanderenregeling te gebruiken. Hierin is namelijk concreet afgebakend wanneer grensoverschrijding wel en niet toegestaan is, hetgeen technisch niet haalbaar is voor het totale grensgebied. De Raad raadt ook het sluiten van wederkerigheidsverdragen tussen grensgebieden in Duitsland en België met Nederland af. Zo'n verdrag heeft namelijk verschillende nadelen. Verzekerden kunnen een onbeperkte keuze maken tussen het aanbod, dit schept ongelijkheden, de verantwoordelijkheid voor betaling en voor uitvoering van de zorg ligt in verschillende landen en patiënten zouden nationale regels kunnen ontwijken. Wederkerigheidsverdragen kunnen de mogelijkheden tot kostenbeheersing in de grensgebieden behoorlijk ondermijnen. Eind 1995 voerde het NIVEL een onderzoek uit naar de start van een experiment in de grensgebieden waarin patiënten grensoverschrijdend van zorgvoorzieningen gebruik kunnen maken (Ros en Van der Zee, 1996). Een mogelijk experiment was uitbreiding van de grensarbeidersregeling naar gezinsleden, die buiten de huidige regeling vallen. In het onderzoek wordt een negatief oordeel over dit experiment gegeven op basis van de bovengenoemde argumenten.

Een ziekenfonds in Nederland kan wat betreft de nationale wetgeving toestemming verlenen voor hulp in het buitenland op basis van ziekenfondswet (artikel 9 lid 4 ZfW) en de AWBZ (artikel 10 lid 2 AWBZ). Hierin is geregeld dat Nederlandse verzekerden geneeskundige zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener mogen ontvangen, indien dat voor geneeskundige verzorging nodig is. Via de regeling 'Hulp in het buitenland Ziekenfondsverzekering', geldt dit ook voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland. Voor beide situaties geldt wel dat het medisch noodzakelijke zorg moet zijn en de wel-gecontracteerde hulp geen redelijk uitzicht op verbetering of herstel biedt, terwijl de zorg elders dat objectief gezien wel biedt. Hiernaast moet de behandeling tot het Nederlandse verstrekkingenpakket behoren.

De Duitse Krankenkassen vergoeden net als Nederlandse ziekenfondsen alleen behandelingen in het buitenland die medisch noodzakelijk zijn. Dit is gebaseerd op het Krankenversicherungs-recht, par. 3 SGB IV (Grünwald, 1995).

De Krankenkassen hoeven slechts die verstrekkingen toe te staan die binnen het staatsgebied volgens Duitse regels aangeboden worden. Een uitzondering bestaat in die gevallen waarin een behandeling in het buitenland noodzakelijk is (par.18 lid 1 SGB

* Deze situatie deed zich begin 1996 voor bij zorgverzekeraar Azivo die weigerde een patiënt voor een hartoperatie naar Londen te sturen. De verzekeraar gaf geen toestemming omdat de operatie niet vanuit de Centrale Kas vergoed zou worden, omdat de operatie ook in Nederland uitgevoerd wordt. De rechter besloot dat in dit geval de wachtermijn van meer dan drie maanden betekende dat de operatie 'passend' in het buitenland ondergaan kon worden.

** In geval van nood kan dit formulier achteraf verstrekt worden. Normaal wordt dit formulier gebruikt bij een geplande ingreep c.q. behandeling op afspraak in een ander EG-land, indien de medisch adviseur van het ziekenfonds het vooraf verstrekt. Dit geschiedt op medische gronden of humanitair-medische gronden (wachlijsten of lange reisafstand in eigen land). Het formulier geldt als garantieverklaring voor de zorgaanbieder in het buitenland.

V). Dit is het geval als de medisch erkende behandeling in het binnenland niet beschikbaar is en/of de behandeling door capaciteitstekort in het eigen land niet op tijd geboden kan worden. De toestemming voor de behandeling hangt af van de beoordeling van het ziekenfonds.*

Voor de Belgische Mutualiteiten geldt hetzelfde als voor de uitvoeringsorganen in de andere twee landen. Zij zijn slechts bevoegd voorzieningen te vergoeden die volgens de nationale wetgeving verstrekt dienen te worden, en in België zelf niet verkrijgbaar zijn. Voor verzekerden die in een grenszone van 15 kilometer breed in België wonen, wordt overigens een soepelere regeling gehanteerd. Voorzover zij aan de gestelde voorwaarden beantwoorden krijgen zij op louter administratieve gronden een E112 afgeleverd voor een behandeling op maximaal 25 kilometer van de grens.

4.1.2 Particuliere ziektekostenverzekering en Gemeenschapsrecht

Het is afhankelijk het uitvoeringsorgaan van de verzekering in hoeverre het EG-recht van invloed is op de markt van zorg. Uitvoerders van de sociale ziektekostenverzekering die zelf geen of weinig invloed hebben op premiestelling en samenstelling van het pakket, vallen grotendeels onder de nationale wetgeving. Indien echter het uitvoeringsorgaan particuliere verzekeringen aanbiedt en als onderneming gezien kan worden, dan is het Europees recht van toepassing in geval van grensoverschrijdende activiteiten. De nationale overheid mag dan geen belemmerende maatregelen opleggen die in strijd zijn met de artikelen 85 en 86 van het EEG-Verdrag, waarin een vrij mededingingsbeleid gegarandeerd wordt (Steijger, 1993). Ook in artikel 51 van het EEG-verdrag, zijn regels vastgelegd die het vrije verkeer van persoon, goederen en diensten tussen de EG-lidstaten onderling moeten waarborgen. Op particuliere ziektekostenverzekeringen is verder een drietal richtlijnen van toepassing, de zogenaamde schadeverzekeringsrichtlijnen. Zij bevatten regels met betrekking tot het bedrijfs-economisch toezicht, het vergunningenbeleid, het op de verzekeringsovereenkomst toepasselijke materiële recht en controle op aangeboden verzekeringsproducten. De werkingssfeer van de Richtlijnen strekt zich niet uit tot verzekeringen die zijn opgenomen in het wettelijk stelsel van sociale zekerheid. De derde richtlijn trad 1 juli 1994 in werking. Deze richtlijn introduceert voor zowel vestigings- als dienstverrichtingsactiviteiten één vergunning die geldig is in de hele Gemeenschap. Consequentie daarvan is dat het toezicht op het gehele bedrijf van de verzekeraar wordt uitgeoefend door de Lidstaat waar het hoofdkantoor van de verzekeraar is gevestigd (=home country control) (Richtlijn 92/49/EEG). Dit zou consequenties hebben voor beperkingen die de Nederlandse staat aan particuliere verzekeraars oplegt. In Nederland zijn particuliere verzekeraars bijvoorbeeld van overheidswege verplicht eigen bijdragen te heffen of een standaardpakketpolis aan te bieden, zoals geregeld in de Wet Toegang Ziektekostenverzekering. Deze regelingen zouden in strijd kunnen zijn met het Europese recht en bovendien de concurrentiepositie van Nederlandse verzekeraars negatief beïnvloeden (Ambtelijke consultatie Europese Commissie, 1993). De Europese Commissie heeft de nationale overheid in dit geval toestemming gegeven ook aan buitenlandse verzekeringsmaatschappijen beperkingen opleggen.

* De Duitse Krankenkassen hoeven alleen medische behandelingen in het buitenland te vergoeden die medisch noodzakelijk zijn. Dat betekent, dat na de kritieke fase de patiënt overgebracht dient te worden naar een Duits Ziekenhuis. De Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen zijn er van overtuigd dat alle voorzieningen in hun gebied aanwezig zijn en er een overschot aan medici, zorgverleners en bedden bestaat. Vandaar dat ze een terughoudend beleid hanteren als het gaat om toestemming verlenen aan verzekerden naar het buitenland te gaan om zorg te ontvangen.

4.2 Verstrekkingenmarkt

Er bestaan geen richtlijnen die specifieke regels stellen voor instellingen voor gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen en psychiatrische instellingen en dergelijke. Grensoverschrijdende verstagingen van instellingen zijn tot heden in de dagelijkse praktijk niet vaak aan de orde. Uit onderzoek blijkt dat grensoverschrijding slechts incidenteel voorkomt (Ros en Van der Zee, 1996). Het initiatief ligt dan vaak bij patiënten. Zij wenden zich tot instellingen in een andere lidstaat. Instellingen zelf bieden hun diensten slechts in enkele gevallen actief aan in het buitenland. Een voorbeeld hiervan is het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen dat een aantal bedden beschikbaar stelt voor hartoperaties ten behoeve van patiënten uit de Kreise Kleve net over de grens in Duitsland. Ook specialistische centra als revalidatiecentrum 't Roessingh in Enschede oriënteert zich actief op een buitenlandse markt (Ros en Van der Zee, 1996).

Uit een onderzoek in het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het St.Jansziekenhuis in Genk in België naar buitenlandse patiëntenstromen (Kramer, 1994), blijkt slechts 1,7% van de patiënten van het AZM uit België te komen (1992). Minder dan 0,5% van het totaal aantal patiënten van het AZM kwam in 1991 uit Duitsland. Ook in omgekeerde richting is het aantal buitenlandse patiënten in het St.Jansziekenhuis in België te verwaarlozen. Het aantal Nederlandse verzekerden opgenomen in België bedroeg in 1992 0,25% van het totaal aantal patiënten.

Een reden voor de impopulariteit van de grensoverschrijdende zorg zou kunnen zijn dat het voor ziekenhuizen niet echt aantrekkelijk is met een zo hoge bedbezetting en ondercapaciteit ook nog buitenlandse patiënten op te nemen. Het AZM had in 1992 een bedbezetting van 92,7% en kent lange wachttijden. Hiernaast levert de verschillende financiering van ziekenhuizen in België en Nederland problemen op. Nederlandse ziekenhuizen worden gebudgetteerd in onderhandeling met ziektekostenverzekeraars en overheid naar hun capaciteit en productie. De ziektekostenverzekeraars betalen een verpleegprijs per dag, bestaande uit deze twee componenten. Bij het bepalen van het ziekenhuisbudget wordt geen rekening gehouden met de buitenlandse populatie, waardoor buitenlandse patiënten onaantrekkelijk zijn voor een ziekenhuis. Deze plaatsen gaan ten koste van het aantal Nederlandse patiënten dat geholpen kan worden. In Nederland bestaat officieel geen mogelijkheid om het extra verdiende geld aan buitenlandse patiënten op één of andere manier in de boekhouding te verrekenen en voor dat verdiende geld weer een Nederlandse patiënt te helpen.

In België betalen verzekeraars een ligdagprijs waarin honoraria van specialisten, materiaalkosten en instrumentarium niet opgenomen zijn. De ligdagprijs wordt door de overheid vastgesteld, de rest van het tarief is vrij. Het totaalbedrag is over het algemeen lager dan de prijs per dag in Nederland (f370,= tegenover f800,= in 1991).

De ingewikkeldheid van de wetgeving werkt ook belemmerend voor ziekenhuizen, verzekeraars en patiënten. Patiënten moeten eerst toestemming vragen aan hun eigen verzekeraar en een formulieren ter garantie overhandigen aan een plaatselijke verzekeraar. Tussen België en Nederland verloopt de financiële afrekening tussen het betreffende ziekenfonds en de mutualiteit via de Ziekenfondsraad en het RIVIZ. Ook tussen Duitsland en Nederland worden eens per jaar de kosten voor geneeskundige verzorging in het andere land afgerekend.

Een andere belemmering voor het grensoverschrijdend gebruik van ziekenhuizen ligt bij de patiënten. Zij kunnen gehinderd worden door taal- en cultuurverschillen of gebrek aan vertrouwen in de medische stand van het andere land. Bovendien is de voorlichting over de mogelijkheden om zorg over de grens betaald te krijgen van de ziekte-

kostenverzekeraars te beperkt en verschillend vanwege de uiteenlopende interpretatie van de Europese regelgeving.

4.3 Implicaties voor een Nederlandse zorgverzekeraar

Door het wegvallen van de grenzen tussen de lidstaten van de Europese Unie ontstaat een grote interne markt, ook voor verzekeraars. In artikel 51 van het oorspronkelijke EEG-verdrag is vastgelegd dat tussen de lidstaten een vrij verkeer van personen, goederen en dienstverlening moet kunnen bestaan. De nationale wetgeving mag hier geen beperkende maatregelen aan opleggen. Dit zou dus ook voor de verzekeringsmarkt moeten gelden. De markt van ziektekostenverzekeringen wijkt echter enigszins af van de schade- en levensverzekeringsmarkt. In de meeste landen bestaat het ziektekostenstelsel namelijk uit twee delen; een "sociale" ziektekostenverzekering (als onderdeel van het sociaal zekerheidsstelsel) en een "particuliere" ziektekostenverzekering. De vrije markt zoals die tussen de lidstaten ontstaat, is geheel van toepassing op het particuliere deel van de markt. Het sociale deel van de ziektekostenverzekering echter valt onder de wetgeving van de nationale overheid. In elk land is dit sociale gedeelte anders ingericht en gelden andere eisen met betrekking tot de uitvoerende organen. Wanneer een zorgverzekeraar in het kader van het sociale verzekeringsstelsel een totaalpakket aan wil bieden in een andere lidstaat betekent dit dat hij zich moet houden aan de wettelijke eisen die in dat land gelden.

De zorgverzekeraar zal zich moeten oriënteren op de markt van zorgvoorzieningen die in het buitenland aangeboden worden. Wanneer hij een verstrekkingenpakket aan patiënten in het buitenland aanbiedt, dient hij contracten afsluiten met ziekenhuizen in de regio. Van echt grensoverschrijdende verkeer, dat wil zeggen Nederlanders die in Duitsland of België zorg ontvangen, blijkt in de praktijk nog weinig sprake te zijn, maar wellicht dat hiervoor in de toekomst meer belangstelling bestaat.

Met name in het gebied rondom Zuid-Limburg bestaat veel activiteit op het gebied van grensoverschrijdende samenwerking getuige overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Ros en Van der Zee, 1996 en Alden-Biezen, 1995). Het blijkt vaak moeilijk om op grote schaal samen te werken, omdat de verzekeraars elk met hun eigen gezondheidszorgsysteem te maken hebben. Er wordt geprobeerd met kleine stappen voor veel voorkomende problemen oplossingen te vinden.

LITERATUUR

- ADAMS, M. Ziekenfonds over de grens, Reeks gezondheidszorgverzekering en Europa, deel 1, Maklu Antwerpen/Apeldoorn, 1992
- ALDEN-BIEZEN VERSLAGBOEK EUROPEES SEMINARIE. Sociale Bescherming inzake gezondheidszorg in een grensoverschrijdend perspectief, CM-L/CZ-NL/EUCDW (Christelijke Mutualiteit Limburg, CZ-groep Nederland en de Europese Unie van Christen-Democratische werknemers) 17 mei 1995, Alden Biezen
- AOK RHEINLAND. Ein starkes Angebot, Die Leistungen der AOK Rheinland, die Gesundheitskasse, 1995.
- BASYS. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Laufende berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen, Ausgabe 1992
- BIJZONDERE EUREGIONALE COMMISSIE GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG. Zorg dichtbij ook over de grens, Advies over grensoverschrijdende zorg in de Euregio Maas-Rijn, Aken-Eupen-Hasselt-Luik-Maastricht, september 1994
- BOERMA, W.G.W., F.A.J.M. DE JONG, P.H. MULDER. Health Care and General Practice Across Europe, Nivel, Utrecht, 1993
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Gesundheits-Strukturgesetz, Bonn, 2.12.92
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Die gesetzliche Krankenversicherung, Bonn, April 1993
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG. Pflegeversicherung kommt, Bonn, 1994
- DIEDERIKS, J.P.M., F.C.J. STEVENS. Health culture in Europe, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1994
- DIEDERIKS, J.P.M., F.C.J. STEVENS. Euregional Health culture, an exploration, in: Lüschen G., W. Cockerham en J. van der Zee, Health systems in the European Union. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1994
- DELNOIJ D.M.J en C.C. ROS. Private Health Insurance on the common European Market, Paper gepresenteerd op de Annual Conference van de EUPHA 1995, 14-16 december Budapest.
- EUROSTAT. Portrait of the regions volume 1 Germany, Benelux, Denmark, Luxemburg, Brussel, 1993
- EUROSTAT. Bevolkingsstatistik 1992, Luxembourg: Office des publications officielle des Communautés européennes, 1992
- FINANCIEEL OVERZICHT ZORG 1996. Vergaderjaar 1995-1996 24404, 's-Gravenhage, 1995
- FINANCIEEL OVERZICHT ZORG. Vergaderjaar 1995-1996 24404, Bijlagen bij FOZ 1996. 's-Gravenhage, 1995
- GABANYI, M., S. MAY, M. SCHNEIDER. Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel ausgewählter europäischer Länder, Untersuchung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Februar 1992
- GRENZEN AAN DE ZORG. Samen verder? Een blik op Europese zorgsystemen en hun financiering, 1991
- HAMILTON, G.J.A. De betekenis voor de sociale ziektekostenverzekering, Tijdschrift voor gezondheidsrecht, juli 1989.
- HAMILTON, G.J.A. Ziektekosten in Europees perspectief, Nederland 'de grote stelselwijziging' voorbij, Medisch Contact, jaargang 50, 17 november 1995

- HERMANS, H.E.G.M. Europese Unie en de gezondheidszorg, De gevolgen van de Europese eenwording voor de Nederlandse gezondheidszorg. Kluwer SOVAC Reeks, Monografieën Sociale Zekerheid, Kluwer Deventer/SOVAC Utrecht
- HERMESSE, J. A. LETOURMY, H. LEWALLE. Gezondheidsbescherming in de Europese Gemeenschap, Seminarie te Brugge, AIM-EG, M-informatie dossier 22, april 1991
- HERMESSE, J., H. LEWALLE. L'accès aux soins en Europe quelle mobilité du patient, Europective, Academie Burycandt, 1991
- HOFSTEDDE, G. Images of Europe, Department of Economics and Business Administration of the University of Limburg at Maastricht, October 1993
- HUTTEN, J.B.F., A. KERKSTRA. Home care in Europe - A country-specific guide to its organization and financing. NIVEL, Arena, 1996
- INFOSANTE AVEC ARIS. Ecole de Santé Publique - UCL-SESA, prof.dr. Deliège en prof.dr. X. Leroy. Brussel, 1995
- JORENS, Y. Wegwijs in het Europees sociale zekerheidsrecht, 1992
- KLEIN, C. DE, J. COLLARIS, J. Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1987
- KRAMER, B. Grensoverschrijdende gezondheidszorg in de praktijk, doctoraalscriptie Beleid en beheer van de Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Maastricht, 1994.
- KUILE, B.H. TER. Nationale gezondheidszorg en gemeenschapsrecht, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, juli 1989
- LABROUCHE, N.C.V. De ziektekostenverzekering in beweging: Nationale en Europese ontwikkelingen, Doctoraalscriptie Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Beleid & Beheer, Brussel juli 1989
- LCM. De Christelijke Mutualiteit, haar geschiedenis, haar organisatie, haar diensten, Sauer, Landsbond Christelijke Mutualiteiten, Brussel, 1993
- LCM. De mutualiteit vandaag en morgen, Wettelijk kader, opdrachten en uitdagingen, Kluwer rechtswetenschappen, Antwerpen 1991
- LEWALLE, H. Vergelijking van de Gezondheidsbeschermingssystemen in de Europese Gemeenschap, openbare en privé-bescherming, M-informatie Dossier 19/20, 1992
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID. Gezondheid in het federale België en zijn gemeenschappen, Brussel, 1993
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. De prijs die zorg verdient, Prijsbeleid en financieel beleid zorgsector. Vergaderjaar 1995-1996 (24478, nr.2) 's-Gravenhage, 1995
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Zorg in het regeerakkoord, Bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector 1995-1998. Vergaderjaar 1994-1995 24124, 's-Gravenhage, 1995
- MINISTERIE VAN WVC. Europees recht en ziektekostenverzekering, verslag van twee workshops, Den Haag, 11 en 18 februari 1994
- NATIONALE RAAD VOOR VOLKSGEZONDHEID. Health care in Europe, the finance and reimbursement systems of 18 European countries, Zoetermeer, 1993
- NOORDT, M. VAN, P.P., GROENEWEGEN, J. VAN DER ZEE. Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium, Northern France and Nordrhein-Westfalen, Nivel, Utrecht, juni 1992

- OECD. Health Systems, facts and Trends 1960-1991, Health Policy Studies No.3, Volume 1, Paris 1993
- OECD. Health Systems, the socio-economic Environment, Health Policy Studies No.3, Volume 2, Paris 1993
- PAYER, L. Medicine and Culture: Notions of Health and Sickness in Britain, the U.S., France and West Germany, London: Victor Gollancz, 1989
- PRINS, R. Sickness absence in Belgium, Germany and the Netherlands, A comparative study Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg Maastricht, 1990.
- PRÉ, F.M. DU, K. SEVINGA. De Gemeenschap en gezondheidszorg: terreinverkenning. SEW nr.6 (1990) juni
- ROS, C.C. EN J. VAN DER ZEE. Grensoverschrijdende Zorg, Vooronderzoek naar de haalbaarheid van een experiment in een grensgebied betreffende de verruiming van mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer. Uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van de Ziekenfondsraad, Utrecht, 1996
- ROSCAM ABBING, H.D.C. EG-recht en de gezondheidszorg; enkele relevante aspecten. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1990; 134. nr 11.
- ROSCAM ABBING, H.D.C. Patiënt en gezondheidszorg in het recht van de Europese Gemeenschap, Pre-advies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor gezondheidsrecht 16 april 1993
- SCHNEIDER, M., R. DENNERLEIN, A. KÖSE, L. SCHOLTES. Health Care in the EC Member States. Health Policy Special Issue vol. 20/1+2, 1992
- STEYGER, E. Het Europees recht en stelsel van nationale sociale zekerheid. Sociaal Maandblad arbeid, februari 1994, 49e jrg.nr.2
- VREUGDENHIL, J.C., BRUINE M. DE. Gezondheidszorg in Europa (structuur en financiering van de gezondheidszorg in enkele Europese landen), VNZ juni 1990
- ZIEKENFONDSRAAD. Advies inzake medische zorg in grensgebied, Amstelveen, september 1994

BIJLAGE

Bijlage**HEALTH INSURANCE ON THE COMMON EUROPEAN MARKET****0 Abstract**

The question is raised as to why foreign private insurance companies are only marginally active on the Dutch market, and similarly, why Dutch private health insurance companies have not yet succeeded in penetrating the market of the neighbouring EC Member States: Germany and Belgium. The statutory health insurance system leaves plenty of room in the Netherlands for both domestic and foreign companies to sell private health insurance policies. To a lesser extent, this is also the case in Germany. In Belgium however, little room is left.

"European" and national legislation do not obstruct this free movement of services, and as far as it can be concluded without thoroughly investigating the demand side, people on either side of the borders are willing and able to pay for health insurance. The real problem, therefore, seems to be the saturated market, which can probably be penetrated best by taking over a foreign insurance company, its market share and specific knowledge base.

1 Introduction

Recently, the European Community (EC) has welcomed three new Member States: Austria, Finland and Sweden. Together with the other twelve Member States, these countries should eventually become one economic and monetary union. Though many problems arise in establishing the monetary union, European integration is developing fast in other areas of economic life. In contrast, all types of social matters, including public health insurance, have been left to the jurisdiction of national governments. However, the free movement of a growing number of persons within the European Union forces national governments and health insurers from different countries to set rules with regard to the use of health care facilities in another Member State. They may also be forced to set rules for individuals, for instance inhabitants of border regions, who wish to consume health care in a neighbouring Member State¹. In both cases, insurance companies react to changes in the demand of their customers. Theoretically, a more active attitude on behalf of health insurance companies is possible. For instance, they might sell private health insurance policies in other EC Member States. Furthermore, in some countries it is possible in principle for a foreign insurance company to establish itself as a public organisation providing public health insurance under national laws. Compared to the latter, the former option is, of course, easier in terms of "paperwork" and bureaucracy. Yet, in a country like the Netherlands, where the private health insurance market consists of the 40% of the population who earns an income above a certain level, no foreign insurance companies have penetrated the national market. There are foreign insurance companies that are active on the Dutch market for indemnity and life insurance. Every now and then a new name, for example the Italian Generali, appears in commercials. The Dutch life insurance market though, is still tightly controlled by domestic insurers that together serve over 90% of the market². As far as private health insurance is concerned, foreign companies play an even less significant role. Similarly, none of the Dutch private health insurance companies so far have made a successful effort to sell policies abroad.

In this article we shall focus on possible explanations for this phenomenon. The questions to be answered are: (1) How much room does the Dutch, German and Belgian public health insurance system leave for foreign companies to sell private health insurance policies? and (2) Given the available room, which legal and more informal obstacles are there for foreign companies to sell private insurance policies across the border? Public health insurance is defined in this article as statutory health insurance. Private health insurance is defined as all non-statutory health insurance, including both commercial as well as non-profit private insurance types.

These questions shall be answered by means of a study of European, Dutch, German and Belgian legislation in the field of health insurance, by studying the literature on the health care and insurance systems in the three countries, and by looking at specific features that are known to be related to the demand for health care and health insurance, e.g. the age distribution of the population, the income level, cultural differences and so on.

2 The public system and the private market

Germany

Public health insurance in Germany was enacted in 1881 with the Social Insurance Act of the Bismarck administration, introducing compulsory insurance for low-paid industrial workers. Today employees, their family members and some other, special groups such as students, unemployed, or disabled people earning an income below a certain level are publicly insured by one of over 1,200 "Krankenkassen" (sickness funds). People earning an income above that level (about 12% of the population) have taken out private insurance, which is offered either by non-profit "Ersatzkrankenkassen" (sickness funds for non-compulsory insurance) or by private health insurance companies.

The sickness funds are organized into units at the level of the federal states, of which there are eleven in the former Federal Republic of Germany, and five in the former German Democratic Republic. There are "Allgemeine Ortskrankenkassen" (local sickness funds for the general population), "Betriebskrankenkassen" (sickness funds for employees of large companies), "Innungskrankenkassen" (sickness funds for specific professionals), and the "Ersatzkrankenkassen" mentioned before. German health care is funded largely by insurance premiums paid by employers and employees, as well as through taxation, direct payment by employers, private insurance, and copayments³.

German law requires that sickness funds provide a comprehensive benefits package, including ambulatory, hospital, maternity, dental, and preventive care, physical therapy, drugs, family planning, rehabilitation, eyeglasses, medical equipment, home health care, fitness tests, and work therapy (including spa visits). Apart from these service benefits, health insurance includes certain cash benefits for maternity leave, paid leave for care of a sick child, sick leave and burial allowances. Above a certain income level there are copayments for the cost of drugs, inpatient hospital care and dental care. It is possible to purchase additional insurance to reduce copayments from private health insurance companies. "Krankenkassen" are not allowed to sell additional insurance for copayments.

Health insurance benefits do not include long-term nursing care. Nursing services in Germany are provided under health insurance only as a complete substitute for hospital care or if it allows an early discharge. Two types of benefits are distinguished in the federal nursing law ("Sozialgesetzbuch V"): specialized nursing (*Behandlungspflege* :technical nursing procedures as a support for medical treatment) and basic nursing (*Grundpflege* :basic personal care such as bathing, health monitoring, making of bed and so on). As far as health insurance is concerned, only the need for specia-

Christian and the Socialist organizations with 4.5 and 2.6 million people respectively¹¹. Mutualities are not only the accounts department of health care, but also take initiatives with regard to the provision of care.

The health insurance system is based on the principle of reimbursement, except for inpatient hospital care and copayments. Widows, orphans, disabled persons and retirees are exempt from copayments. Additional insurance for some copayments can be purchased on a voluntary basis. Mutualities are not allowed to offer additional insurance for copayments that have been introduced specifically in order to lower the demand for services (the so-called "rem-gelden" or "ticket modérateur").

There are two types of additional insurance in Belgium: voluntary additional insurance (e.g. covering "small risks" for self-employed), and compulsory additional insurance. The latter type is compulsory in the sense that every person insured by a mutuality is obliged to also take out the compulsory additional insurance that the specific mutuality offers. Benefits covered under the compulsory additional scheme, however, differ from one mutuality to another, and may include travel insurance, home care, etcetera.

Despite the decentralized character of the Belgian health insurance system, funds are collected centrally by the National Office of Social Security (ONSS/RSZ). Health care is financed from social insurance premiums paid both by employers and employees (52%), general taxation (27%), and and from out-of-pocket payments (21%)³.

The Netherlands

In the Netherlands funds for public health care expenditures are raised by two major schemes: a public health insurance scheme and a national insurance scheme. The public health insurance scheme was established in 1941 by the German occupiers and is based on the Bismarckian system. This scheme covers 61% of the population, including employees and their dependents, people living on public assistance, retirees, and other groups earning an income below a certain level. Benefits covered are ambulatory medical care, hospital care, and paramedical care. The national insurance scheme was introduced by law in 1968 and initially covered only "catastrophic illness" (providing such benefits as longterm care). It gradually expanded to cover more common - that is, less "catastrophic" - types of care: e.g. nursing home care, home help services and home nursing, and certain aids. Under both schemes funds are raised largely by means of income-related premiums which are deposited in a national fund. From this fund they are distributed among about thirty sickness funds and private health insurance companies to cover expenses that fall under the national insurance scheme.

Private health insurance still plays an important role in the Dutch system. About 39% of the population, earning an income above the critical limit for public insurance, is privately insured. They pay insurance premiums that are not related to income, but rather to risk as perceived by the insurance company (indicated by factors such as age, sex and medical history). Differences between public and private insurance include more than the types of premiums to be paid. As far as private insurance is concerned, paying for care is based on the reimbursement model, whereas publicly insured patients receive medical care in kind.

It should be noted, that private health insurance in the Netherlands is far less "private" than its name suggests. For example, insurance companies are obliged to accept anyone who must take out private insurance because his income has exceeded the ceiling for public insurance. If the person is a bad risk (e.g. pensioners), he or she is offered a relatively expensive so-called standard policy; the benefits of which are comparable to public health insurance benefits. Apart from that, a financial transfer system is in effect to account for an overrepresentation of elderly in the public sickness

funds. The money is raised by a surcharge on every private health insurance premium^{12,13}.

There are fewer copayments in the Dutch health care system than in German or Belgian systems (see Table 1). Copayments are required for drugs that exceed the price of the cheapest item in one category (categories are based on chemical substances) and for home nursing care in the form of membership fees of home nursing organizations⁵. Income dependent cost sharing is in effect for home help services and for long-term nursing home care. Though dental checkups are covered by public health insurance, dental treatment is not on the benefit schedule. The majority of publicly insured, however, have taken out additional insurance for dental services.

Differences between the three systems

There are important differences between the countries. For example, in Germany and Belgium health insurance is integrated in social security laws dealing with pensions, work disability, sick leave, pregnancy leave etc. In the Netherlands, health insurance laws are separate from social security. In Belgium, mutualities hold a strong position in health care since most of the population is covered by public health insurance. Apart from that, mutualities offer more than health insurance alone: they also organize summer camps, offer social services, and so on¹⁴. In Belgium, public health insurance is based on the principle of reimbursement (patient pays the provider first, and is then - partially- reimbursed by his mutuality), whereas in Germany and the Netherlands publicly insured patients receive care in kind.

Table 2 Share of different sources of financing in health care expenditures in: Germany, Belgium, and the Netherlands

| Source | Germany | Belgium | The Netherlands |
|------------------------------------|---------|---------|-----------------|
| public insurance | 66.2% | 44.6% | 64.0% |
| private insurance | 7.7% | 5.0% | 16.0% |
| governmental subsidies (=taxation) | 12.0% | 32.6% | 10.0% |
| out-of-pocket payment | 13.0% | 17.8% | 10.0% |

Differences that are particularly important for the purpose of this article lie in the sources of funding. In Table 2 the share of different sources of financing is listed for each of the three countries. In Belgium, the percentage of public insurance is low compared to Germany and the Netherlands, whereas governmental subsidies and out-of-pocket payment in Belgium contribute more to health care expenditures than in Germany and the Netherlands. Governmental subsidies in Belgium are high because care for the disabled and for the elderly is not paid out of insurance premiums. In the Netherlands, the share of private insurance is about twice as large as in Germany, and more than three times as large as in Belgium.

The first research question was: how much room does the Dutch, German and Belgian public health insurance system leave for foreign companies to sell private health insurance policies? Looking at Table 2 one would say that, theoretically, the Netherlands are an interesting market for foreign private health insurance companies. In Belgium there would perhaps be a market for selling additional insurance to cover out-of-pocket payments, if it were not prohibited to offer additional insurance for copy-

ments that have been introduced specifically in order to lower the demand for services. This and other types of legal obstacles are the subject of the next section.

3 Legal and other obstacles

Obstacles could lie in European or national legislation making it difficult for an insurance company to enter a foreign market, and in characteristics of the local market itself.

Legislation

Public health insurance has been placed under the jurisdiction of national governments. Private (health) insurance, however, is subject to European laws. Article 51 of the EEC Treaty guarantees the free movement of persons, goods and services across Member States. For private health insurers this implies that they are allowed to offer insurance policies across "their" border in other Member States and may contract foreign health care providers. Three EC Directives with regard to establishment and control apply to private (health) insurance. The last of these three Directives (EEC Directive 92/49) was enacted on July 1, 1994. It introduces one license, valid in the whole EC, for insurance companies to establish and provide services. Control is delegated to the Member State in which the head office of company is located (the so-called home country control). This particular Directive might damage Dutch private insurers' position on the European market, since Dutch health insurance companies are obliged to accept anyone who applies by offering (at least) the standard policy. Foreign companies entering on the Dutch market would not have this obligation, had not the European Committee -for the common good- granted permission to the Dutch government to impose similar restrictions on the activities of foreign health insurance companies. So, although there is a considerable market for private health insurance in the Netherlands, for foreign insurance companies the grass is not as green as it may have seemed at first glance.

Characteristics of the local market

Although insurance companies entering a foreign market may choose to sell policies nationwide, the chances of a health insurer "going abroad" are higher in border regions. In those regions, it is more common than it is elsewhere, to live in one country and work (and take out health insurance) in another. Also, the chances of patients demanding to be treated abroad are higher. Interesting regions for German, Belgian and Dutch health insurance companies in that respect are the German state of Northrhine-Westphalia, the Belgian provinces of Limburg and Liège, and the Dutch province of Limburg. Important characteristics of this or any local market, as far as the demand side is concerned, are:

- (1) the social-economic status of the population (because it determines how much people can afford with regard to health insurance);
- (2) the age distribution of the population, life expectancy and mortality (because these are indicators of the "risks" that insured pose for the insurer);
- (3) the cultural dimension (what do people regard as important and desirable when it comes to health, health care and health insurance).

Table 3 Demographic and social-economic characteristics of Northrhine-Westphalia, the Belgian provinces of Limburg and Liège, and the Dutch province of Limburg

| characteristic | Northrhine-Westphalia | Liège | Limburg (B) | Limburg (NL) |
|--------------------------------|-----------------------|-------|-------------|--------------|
| inhabitants * 100 | 171,040 | 9,980 | 7,450 | 11,040 |
| mortality per 1000 inhabitants | 11.2 | 12.0 | 7.1 | 8.4 |
| life expectancy in years for: | | | | |
| women | 79.1 | 78.1 | 80.1 | 80.5 |
| men | 72.3 | 71.1 | 73.2 | 73.7 |
| percentage of the population: | | | | |
| under 15 | 14.7 | 18.0 | 20.1 | 17.1 |
| over 65 | 15.0 | 15.1 | 10.0 | 11.9 |
| % unemployed | 6.9 | 11.0 | 11.3 | 7.2 |
| % employed in: | | | | |
| agriculture | 2.0 | 3.0 | 3.0 | 2.0 |
| industry | 41.0 | 28.0 | 37.0 | 37.0 |
| services | 57.0 | 70.0 | 60.0 | 62.0 |
| mean annual income in ECU | 14,750 | | 13,635 | 12,310 |

Source: Eurostat Portait of the Regions¹⁵

In Table 3, social-economic and demographic figures are presented for Northrhine-Westphalia, the Belgian provinces of Limburg and Liège, and the Dutch province of Limburg. Compared to both Belgian and Dutch Limburg, the population in Liège and Northrhine-Westphalia is relatively old, mortality is high and life expectancy is somewhat lower. The latter two regions, therefore, might form a less attractive market for health insurers. On the other hand, the average income of the population is the highest in Northrhine-Westphalia, and the percentage of unemployed is the lowest. This indicates that, theoretically, inhabitants of Northrhine-Westphalia can afford to spend more on health insurance than their Belgian and Dutch neighbours.

Whether or not they are actually prepared to do so, depends on a number of things. For instance, the type of insurance people prefer and the benefits that it should include, may be affected strongly by what people are used to. As a result of the integration of health insurance and social security, e.g. the German benefit package includes spa visits. This could mean that people in Germany expect insurance policies to offer such benefits, whereas people in the Netherlands and Belgium would not.

Apart from that, people's preferences for insurance types could depend on the value they attach to health and health care. Diederiks & Stevens¹⁶ have looked at this cultural dimension of health (care) in Dutch and Belgian Limburg, the province of Liège, and the area around Aachen in Northrhine-Westphalia. They conclude that there is no such thing as a "Euregional identity" with regard to health (care). In Germany, people are far more concerned about their health than in Belgium and the Netherlands. A study into differences in health life-styles in Northrhine-Westphalia and Dutch Limburg¹⁷ showed that the Germans consume alcohol more often than the Dutch, engage more often in sports and exercise, smoke more frequently, have a higher body-mass index, and worry more about their health than the Dutch. Possibly in order to reduce this anxiety, Germans visit their GPs more frequently than do their neighbours¹⁸. Perhaps for the

same reason, they might be inclined to take out a more "generous" type of health insurance.

4 Discussion

The research questions were: (1) How much room does the Dutch, German and Belgian public health insurance system leave for foreign companies to sell private health insurance policies? and (2) Given the available room, which legal and more informal obstacles are there for foreign companies to sell private insurance policies across the border? All in all, it can be concluded that especially in the Netherlands, and to a lesser extent in Germany the public health insurance system leaves a market for selling private health insurance policies. In Belgium, this is hardly the case, because practically the whole population is publicly insured. European legislation does not obstruct insurance companies to sell their services in other Member States, and though the demand side has not been thoroughly investigated here, there are probably people "out there" who are willing and able to buy private health insurances. This suggests that the real problem is the supply side: in Germany and the Netherlands the market is probably saturated with private (health) insurance companies. In Germany, privately insured can choose for one of fifteen "Ersatzkassen" or for commercial private insurance companies; a similar choice is possible in the Netherlands, between private insurance policies offered by non-profit organizations affiliated with the public sickness funds or by commercial institutions. It is not very likely that anyone is waiting for yet another health insurance company in either of the two countries.

The saturated market combined with a lack of background knowledge on local rules, culture and customs, makes any attempt to single-handedly conquer the foreign market a tricky business for a German, Belgian or Dutch private insurance company. One could try to sneak in through a backdoor by starting to sell additional insurances only. However, offering additional insurance policies as a single product, is not very profitable in general: this type of insurance is likely to be taken out by people who have a high risk of actually needing the benefits that are covered.

Perhaps there is more to gain from cooperation between public and private insurers from different countries. There is a lot to learn from each other. For instance, in the Nederlandse social security will be more and more privatized. In time, the same organization will offer insurance both for health care costs, as well as for work disability (which is already privatized in part), sick leave and so on. In Germany and Belgium the two aspects have been integrated ever since the start of social security, so the public health insurance funds in those countries have a lot of expertise in this field.

For a successful cooperation to develop both parties will have to profit from it. It is possible to think of situations in which this would be the case: for example, in exchange for the know-how of a German "Ersatzkasse" a Dutch health insurance company could sell additional insurance for copayments to the clients of the "Ersatzkasse" (German sickness funds are not allowed to sell this type of additional insurance, so this construction could prevent their clients from changing to a private insurance company). However, it is more likely that two parties will gain by cooperating, if they offer different products on different markets: in that case, they can sell each other's products. This is why large national and international conglomerates of banks and insurance companies have developed (and still are), that are able to provide a whole range of financial products preferably to large companies who enter collective health and social insurance contracts for their employees. Probably, the "European future" of private health insurance companies lies in constructing such a conglomerate, rather than in penetrating an overcrowded foreign market alone. The best opportunities in this respect seem to lie in taking over an existing foreign company rather than creating joint

ventures², because this provides the buying party with complete control over the foreign company, its market share and its know-how with regard to market characteristics and legislation.

References

1. Kuile BH ter. Realization of the Common Market. In: Hermans HEGM, Casparie AF, Paelinck JHP editors. Health Care in Europe After 1992. Aldershot: Erasmus Universiteit Rotterdam/ Dartmouth, 1992
2. Rietbergen T van, Bosman J, Smidt M de. Internationalisering van de dienstensector. Economisch Statistische Berichten 1991; 3813:624-8
3. Boerma WGW, Jong FAJM de, Mulder PH. Health Care and General Practice Across Europe. Utrecht: NIVEL, 1993
4. Dieck M, Garms-Homolová V. Home-care services in the Federal Republic of Germany. In: Jamieson A editor. Home Care for Older People in Europe, A Comparison of Policies and Practices. Oxford-New York-Toronto: Oxford University Press, 1991
5. Hutten JBF, Kerkstra A. Home Care in Europe. Arena, 1996
6. BASYS. Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich, Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssysteme. Augsburg: BASYS, 1992
7. Bundesministerium für Gesundheit. Die gesetzliche Krankenversicherung. Bonn: April 1993
8. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. De Christelijke Mutualiteit, haar geschiedenis, haar organisatie, haar diensten. Brussels: Sauer, 1993
9. Kernenade YW van. Health Care in Europe. The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993
10. Geest H de. Oorsprong en evolutie van de mutualiteiten in België en een situering van de kristelijke mutualiteiten. In: De mutualiteit vandaag en morgen, Wettelijk kader, opdrachten en uitdagingen. Antwerpen: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Kluwer rechtswetenschappen, 1991: 3-28
11. Schneider M, Dennerlein RKH, Köse A, Scholtes L. Health Care in the EC member states. Health Policy 1992;1+2 (Special Issue): 113-23
12. Hamilton, GJA. Ziektekostenverzekering in Europees perspectief. Medisch Contact 1995: 1469-72
13. Glaser WA. Health Insurance in Practice, International Variations in Financing, Benefits, and Problems. San Francisco-Oxford: Jossey-Bass Publishers, 1991
14. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. De mutualiteit vandaag en morgen, Wettelijk kader, opdrachten en uitdagingen. Antwerpen: Kluwer rechtswetenschappen, 1991
15. Eurostat. Portrait of the Regions Volume 1, Germany, Benelux, Denmark, Luxemburg. Brussels, 1993
16. Diederiks JPM, Stevens FCJ. Euregional Health Culture, an exploration. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994
17. Stevens FCJ, Diederiks JPM, Lüschen G, Zee J van der. Health life-styles, health concern and social position in Germany and the Netherlands. European Journal of Public Health 1995; 1: 46-9
18. Hofstede G. Images of Europe. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Vervlechting in de praktijk

Auteurs: P.P.Groenewegen, S.Nekuee
Utrecht: NIVEL, 1995, 56 pag., fl. 21,00

Worden adviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in het veld van de gezondheidszorg gebruikt en waardoor wordt het gebruik bepaald? Dat is de vraag die in dit rapport wordt beantwoord. Om met het eerste deel van de vraag te beginnen, de adviezen van de NRV worden inderdaad op ruime schaal gebruikt. Ze worden het meest gebruikt als bron van informatie, wat minder ter ondersteuning van bestaand beleid van organisaties en nog minder voor de ontwikkeling van nieuw beleid of voor beleidswijzigingen. Het gebruik hangt vooral samen met gepercipieerde kenmerken van het advies (aansluiting van de probleemdefinitie van het advies bij het beleidsprobleem, kwaliteit van de analyse, realiseerbaarheid van de aanbevelingen) en de context van de gebruikers van het advies (timing t.o.v. de beleidsvorming in de gebruikende organisatie, is het geadviseerde beleid omstreden).

Health care and General practice across Europe

W.G.A. Boerma, F.A.J.M. de Jong, P.H. Mulder
Utrecht: NIVEL, 1993, 127 pages, Dfl. 22,00

This book contains an overview of general practice and primary care medicine in Europe. It includes a clear description of the rapidly changing situation in Eastern Europe, as far as this situation is clear at all. The book is meant for those who require a systematic general briefing on the similarities and differences in the position of general practitioners and primary care physicians in countries near and far.

Home Care in Europe

A country-specific guide to its organization and financing

Edited by J.B.F. Hutten, A.Kerkstra 1996

ARENA, Ashgate Publishing Limited - Aldershot Hants GU11 3 HR UK

