

Toepassing van de artikelen 94 en 95 van Verordening nr. 574/72:  
gemiddelde kosten 2004.

Nederlandse nota van 21 september 2006

## 1. De gemiddelde kosten geneeskundige verzorging per verzekerde.

### 1.1. Algemeen

Bij de berekening van de gemiddelde kosten wordt voor wat betreft de gemiddelde kosten van verstrekkingen ingevolge de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een kostensplitsing toegepast tussen diverse groepen van verzekerden. Deze splitsing heeft betrekking op de individuele verzekerden en wel zij die 65 jaar of ouder zijn en zij die jonger dan 65 jaar zijn. Deze splitsing vormt de basis van de door Nederland te berekenen gemiddelde kosten ingevolge de artikelen 94 en 95 van Verordening nr. 574/72:

- a) Gemiddelde kosten betreffende personen jonger dan 65 jaar:
  - gezinsleden van werknemers (artikel 94)
  - gepensioneerden jonger dan 65 jaar (artikel 95)
  - gezinsleden jonger dan 65 jaar van gepensioneerden (artikel 95)
  
- b) Gemiddelde kosten betreffende personen van 65 jaar en ouder:
  - gepensioneerden van 65 jaar en ouder (artikel 95)
  - gezinsleden van 65 jaar en ouder van gepensioneerden

1.2. Bedragen voor toepassing van VO 574/72, artikelen 94 en 95

De in de artikelen 94, lid 3, en 95, lid 3 van Verordening 574/72 bedoelde berekeningen geschieden op basis van de jaargemiddelden van de aantallen verzekerden 2004 (zie tabel 2.2.).

1.2.A. Toepassing van ARTIKEL 94 VERORDENING 574/72  
voor verzekerden jonger dan 65 jaar, en  
Toepassing van ARTIKEL 95 VERORDENING 574/72  
voor gepensioneerden jonger dan 65 jaar:

Zie

Kosten verplichte zieken-

fondsverzekering:	2
Kosten Algemene Wet	
Bijzondere Ziektekosten:	2

Netto gemiddelde maandelijkse kosten:  
in euro's

**1.2.B. Toepassing van ARTIKEL 95 VERORDENING 574/72  
voor gepensioneerden van 65 jaar en ouder en gezinsleden van  
65 jaar en ouder van gepensioneerden:**

Kosten verplichte zieken- fondsverzekering:	2.
Kosten Algemene Wet	
Bijzondere Ziektekosten:	2.

Netto gemiddelde maandelijkse kosten:  
in euro's

---

1) Zie voor een nadere onderverdeling van de bedragen en stijgingspercentages de respectievelijke tabellen. Er kunnen kleine verschillen optreden tussen het totaal en de som van de verschillende onderdelen. Dit wordt veroorzaakt door afrondingen.

**Toelichting op de gemiddelde kosten 2004**

**Algemeen**

Ten opzichte van de voorgaande jaren vertoont het jaar 2004 een duidelijk verminderde uit-  
In dat jaar traden voor veel verstrekkingen uitgavenbeperkende maatregelen in werking.  
In sommige gevallen werd er flink gesneden in het pakket, wat leidde tot flinke uitgavenda  
Dat gold in het bijzonder voor de eerstelijnsverstrekkingen, ziekenvervoer, paramedische :

Verdere beperkingen in de uitgaven werden bereikt door convenanten over de farmaceuti  
en de AWBZ-zorg.

### Huisartsenzorg

De huisarts ontvangt per verzekerde een vast bedrag, het zogenaamde abonnementstarief, met een jaarlijkse stijging van ongeveer 4%.

In 2004 werd dit tarief bevroren. De gemiddelde kosten vertonen daardoor een lichte daling.

### Paramedische zorg

Door ingrepen in het verzekerde pakket van de paramedische zorg werden de uitgaven dalend.

### Tandheelkundige zorg

In de uitgaven voor tandheelkundige zorg vond in 2004 een trendbreuk plaats, die geheel in het verzekerde pakket tandheelkundige zorg voor verzekerden ouder dan 18 jaar.

In 2004 vervielen de verzekerde aanspraken op consultatie, diagnostiek en chirurgische ingrepen.

### Farmaceutische hulp

In 2004 vertoonden de uitgaven voor geneesmiddelen een lichte daling. Deze daling is vooral in de eerste plaats heeft er een vrijwillige prijsverlaging plaatsgevonden voor vooral geneesmiddelen. In de tweede plaats heeft in 2004 een aantal pakketingrepen plaatsgevonden, die onder meer de uitsluiting van zelfzorgmiddelen en beperking van de vergoeding voor anticonceptiemiddelen betreffen.

### Ziekenvervoer

De uitgaven voor ziekenvervoer anders dan per ambulance zijn met ingang van 2004 aangepast. Per 1 juni 2004 werd de aanspraak op ziekenvervoer beperkt tot 4 groepen verzekerden: nierdialysepatienten, patiënten in chemokuur of radiotherapie, rolstoelgebruikers en visueel gehandicapten.

### Geestelijke gezondheidszorg

De stijging van de uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg is voor een belangrijk deel te wijten aan een aanzienlijk toegenomen zorgvolume. Daarnaast was er ook sprake van prijs- en substitutie-effecten. Het substitutie-effect bleek het grootst in de ambulante zorg, waar een spectaculaire volumetoename ging met een scherpe tendens naar mindere dure zorgproducten. Bij de deeltijdbehandeling was daarentegen sprake van een tendens naar de inzet van duurdere zorgproducten.

## 2. Overzichten van kosten en verzekerde personen

### 2.1. Overzichten van de kosten en de kosten per verzekerde over 2004 1)

#### 2.1.A Verplichte ziekenfondsverzekering voor verzekerden jonger dan 65 jaar

Huisartsenhulp	
Farmaceutische hulp	
Specialistische hulp	
Tandheelkundige hulp	
Ziekenhuiszorg	
Verloskundige hulp	
Kraamzorg	
Paramedische hulp	
Hulpmiddelen	
Ziekenvervoer	
Vervangende hulp	3)
Grensoverschrijdende zorg	4)
Ziekenhuisgerelateerde thuiszorg	5)
In vitro fertilisatie	
In vitro fertilisatie/ICSI	6)
Enkelvoudige extramurale ergotherapie	5)
Ontharing transseksuelen	
Duikmedisch centrum	
Taal- en spraakdiagnostiek	
Robotmanipulator	6)
Subtotaal	
Af: Geschatte kosten van bedrijfsongevallen	7)
Af: Algemene eigen bijdragen	8)
Af: Opbrengsten verhaal	
Totaal	

- 
- 1) De kosten van het Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden zijn wegens het bijzondere karakter van dit fonds buiten beschouwing gelaten.
  - 2) Kosten per verzekerde. Gemiddeld aantal verzekerden jonger dan 65 jaar (zie tabel 2.2.A.): 8.553.8
  - 3) De lasten van vervangende hulp nemen relatief sterk toe, omdat ziekenfondsen steeds meer van deze subsidieregeling gebruik maken.
  - 4) Deze kosten zijn vanaf 2001 toegevoegd. Het betreft kosten van Nederlands verzekerden die over de grens reizen. Ook hier is een relatief sterke toename zichtbaar.
  - 5) Dit betreft de afloop van beëindigde subsidieregelingen.
  - 6) Dit zijn nieuwe subsidieregelingen met ingang van 2002.
  - 7) Met ingang van 1 juli 1967 zijn de kosten van bedrijfsongevallen en beroepsziekten in de kosten van de ziekteverzekering begrepen. De betreffende kosten worden niet meer afzonderlijk berekend en zijn op grond van een benadering geschat op 2,84% van de totale kosten van de verstrekkingen van de verplichte ziekteverzekering.
  - 8) Dit betreft verrekeningen van de in 1999 afgeschaft eigen bijdrageregeling.

## 2.1.B Verplichte ziekenfondsverzekering voor verzekerden van 65 jaar en ouder

---

Huisartsenhulp	
Farmaceutische hulp	
Specialistische hulp	
Tandheelkundige hulp	
Ziekenhuiszorg	
Paramedische hulp	
Hulpmiddelen	
Ziekenvervoer	
Vervangende hulp	2)
Grensoverschrijdende zorg	3)
Ziekenhuisgerelateerde thuiszorg	4)
Enkelvoudige extramurale ergotherapie	4)
Robotmanipulator	5)
Subtotaal	
Af: Algemene eigen bijdragen	6)
Af: Opbrengsten verhaal	
Totaal	

- 
- 1) Kosten per verzekerde. Gemiddeld aantal verzekerden van 65 jaar en ouder (zie tabel 2.2.A): 1.602
- 2) De lasten van vervangende hulp nemen relatief sterk toe, omdat ziekenfondsen steeds meer van de deze subsidieregeling gebruik maken.
- 3) Deze kosten zijn vanaf 2001 toegevoegd. Het betreft kosten van Nederlands verzekerden die over
- 4) Dit betreft de afloop van beëindigde subsidieregelingen.
- 5) Dit betreft een nieuwe subsidieregeling met ingang van 2002.
- 6) Dit betreft verrekeningen van de in 1999 afgeschafte eigen bijdrageregeling.

## 2.1.C Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor verzekerden jonger dan 65 j

### Verpleging en verzorging

#### Verstrekingen:

Verpleeghuizen  
Verzorgingshuizen  
Tehuizen  
Thuiszorg

#### Subsidies:

Persoonsgebonden budget verpleging en verzor  
Huishoudelijke hulp  
Intensieve thuiszorg

### Geestelijke gezondheidszorg

#### Verstrekingen:

Regionale instellingen voor Abu-  
lande geestelijke gezondheidszorg  
Regionale instellingen voor  
beschermd wonen  
Psychiatrische ziekenhuizen  
Psychiatrische verpleging in  
algemene ziekenhuizen  
Justitiepatiënten (TBS)  
Vrijgevestigde psyche/zenuwarts

#### Subsidies:

Methadon  
Begeleiding Maatschappelijke Opvang  
Persoonsgebonden budget geestelijke  
gezondheidszorg  
Zorgvernieuwing geestelijke gezondheidszorg

### Gehandicaptenzorg

#### Verstrekingen:

Binst. voor verstandelijk gehandicapten  
INR. voor zintuiglijk gehandicapten  
  
Grote woonvormen  
Dagverblijven  
Gezinsvervangende tehuizen  
Sociaal Pedagogische diensten

#### Subsidies:

Activiteiten der dagelijkse  
levensvulling-assistentie (ADL)  
Woningaanpassingen  
2)  
Sociaal Pedagogische Diensten (winkeltaken)  
Consulentenactiviteiten en bijz. zorgplannen  
Logeeropvang lichamelijk  
gehandicapten  
2)  
Persoonsgebonden budget gehandicaptenzorg  
Blindengeleidehonden  
Doventolken  
Doofblinden

## Overige zorg

### Verstrekingen:

Vaccinatieprogramma  
Ouder- en kindzorg  
Ziekenhuizen (na 1 jaar)  
Tandheelk.hulp in AWBZ-inrichtingen  
Psychiatrische verpleging in  
academische ziekenhuizen  
Ministerie van Defensie

### Subsidies:

Gezinsbegeleiding Spierziekten VSN/NCF  
Gezinsbegeleiding cystic fibrosis  
Diabeteseducatie  
Tijdelijke regeling ziekenhuisverblijf  
Abortusklinieken

## Subtotaal

Af: eigen bijdragen

Af: afkoop regres

Totaal

---

1) Kosten per Inwoner. Gemiddeld aantal inwoners (zie tabel 2.2.B.): 14.011.867

2) Dit betreft verrekening over voorgaande jaren.

---

## 2.1.D Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor verzekerden van 65 jaar en ouder

## Verpleging en verzorging

### Verstrekingen:

Verpleeghuizen  
Verzorgingshuizen  
Tehuizen  
Thuiszorg

### Subsidies:

Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging  
Huishoudelijke hulp  
Intensieve thuiszorg

## Geestelijke gezondheidszorg

### Verstrekingen:

Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg  
Regionale instellingen voor beschermd wonen  
Psychiatrische ziekenhuizen

### Subsidies:

Methadon  
Begeleiding Maatschappelijke Opvang  
Persoonsgebonden budget geestelijke gezondheidszorg  
Zorgvernieuwing geestelijke gezondheidszorg



Psychiatrische verpleging in  
algemene ziekenhuizen  
Justitiepatiënten (TBS)  
Vrijgevestigde psych/zenuwarts

### Gehandicaptenzorg

#### Verstrekingen:

Inst. voor verstandelijk gehandicapten  
Inr. voor zintuigelijk gehandicapten

Grote woonvormen  
Dagverblijven  
Gezinsvervangende tehuizen  
Sociaal Pedagogische diensten

#### Subsidies:

Activiteiten der dagelijkse  
levensvulling-assistentie (ADL)  
Woningaanpassingen  
2)  
Sociaal Pedagogische Diensten (winkeltaken)  
Consulentenactiviteiten en bijz. zorgplannen  
Logeeropvang lichamelijk  
gehandicapten  
2)  
Persoonsgebonden budget gehandicaptenzorg  
Blindengeleidehonden  
Dovertolken  
Doofblinden

### Overige zorg

#### Verstrekingen:

Vaccinatieprogramma  
Ouder- en kindzorg  
Ziekenhuizen (na 1 jaar)  
Tandheelhulp in AWBZ-inrichtingen  
Psychiatrische verpleging in  
academische ziekenhuizen  
Ministerie van Defensie

#### Subsidies:

Gezinsbegeleiding Spierziekten VSN/NCF  
Gezinsbegeleiding cystic fibrosis  
Diabeteseducatie  
Tijdelijke regeling ziekenhuisverblijf  
Abortusklinieken

### Subtotaal

Af: eigen bijdragen

Af: afkoop regres

Totaal

---

1) Kosten per inwoner. Gemiddeld aantal inwoners (zie tabel 2.2.B.): 2.269.912  
2) Dit betreft verrekening over voorgaande jaren.

## 2.2. Overzichten van aantallen verzekerde personen 2004

### 2.2.A Verplichte ziekenfondsverzekering:

Totaal aantal verzekerden:

Waarvan jonger dan 65 jaar:

Waarvan 65 jaar en ouder:

#### 2.2.B Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten:

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een volksverzekering en omvat de gehele in Nederland wonende bevolking. Er bestaat geen onderscheid tussen rechtstreeks verzekerden en medeverzekerden. Het aantal beschermde personen bedroeg in het jaar 2004 gemiddeld: 1)

Waarvan jonger dan 65 jaar:

Waarvan 65 jaar en ouder:

---

1) Gegevens Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

### 3. Ontwikkeling van de gemiddelde kosten over de jaren 2001 t/m 2004

#### A. Ziekenfondsverzekering

voor verzekerden jonger dan 65 jaar

1. Totale kosten van de verstrekkingen	€	8.156.756.000
2. Gemiddeld aantal verzekerden		8.718.741
3. Gemiddelde kosten per rechthebbende	€	935,54
Af: geschatte kosten voor bedrijfsongevallen	€	26,64
		<hr/>
	blijft	€ 908,91

Mutatie t.o.v. het voorafgaand jaar

#### B. Ziekenfondsverzekering

voor verzekerden van 65 jaar en ouder

1. Totale kosten van de verstrekkingen	€	5.029.363.000
2. Gemiddeld aantal verzekerden		1.571.451
3. Gemiddelde kosten per rechthebbende	€	3.200,46

Mutatie t.o.v. het voorafgaand jaar

#### C. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

1. Totale kosten van de verstrekkingen	€	14.260.088.000
2. Gemiddeld aantal verzekerden		16.046.180
3. Gemiddelde kosten per verzekerde	€	888,69

Mutatie t.o.v. het voorafgaand jaar

Aandeel per verzekerde jonger dan 65 jaar	€	419,03
Aandeel per verzekerde 65 jaar en ouder	€	3.865,56

I. Toepassing van artikel 94 Verordening 574/72	A	€	908,91
voor verzekerden jonger dan 65 jaar alsmede	C	€	419,03
voor rentetrekkers jonger dan 65 jaar		€	1.327,94
Mutatie t.o.v. het voorafgaand jaar			
<hr/>			
II. Toepassing van artikel 95 Verordening 574/72	B	€	3.200,46
voor rentetrekkers van 65 jaar en ouder	C	€	3.865,56
		€	7.066,02
Mutatie t.o.v. het voorafgaand jaar			

## Wijziging Regeling zorgverzekering

*Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 december 2006, nr. Z/VV-2732205, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het vaststellen van de woonlandfactor voor het jaar 2007 ten behoeve van de gedifferentieerde berekening van de bijdrage voor verzorgsgerechtigden*

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Gelet op artikel 69, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

**Artikel 1**

Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering komt te luiden als volgt:

**Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering**

Bijlage horende bij artikel 6.3.1. van de Regeling zorgverzekering

Het in artikel 6.3.1, eerste lid, bedoelde verhoudingsgetal voor het jaar 2007, de gemiddelde uitgaven voor zorg in het

woonland en de gemiddelde uitgaven voor zorg in Nederland voor het jaar dat overeenkomt met het jaar waarvoor de kosten in het woonland zijn berekend, zijn in Tabel 7.1 opgenomen in respectievelijk de kolom *Woonlandfactor*, de kolom *Gemiddelde zorgkosten woonland* en de kolom *Gemiddelde zorgkosten Nederland* en luiden als volgt:

Tabel 7.1

Land + landcode	Berekeningsjaar	Gemiddelde zorgkosten woonland <sup>1</sup>	Gemiddelde zorgkosten Nederland <sup>1</sup>	Woonland-factor
België	2004	€ 1.782,85	€ 2.700,19	0,6603
Bosnië-Herzegovina	2004	€ 134,73	€ 2.700,19	0,0499
Bulgarije	2004	€ 96,87	€ 2.700,19	0,0359
Cabo Verde	2001	€ 60,71	€ 2.147,55	0,0283
Cyprus	2003	€ 614,81	€ 2.660,96	0,2310
Denemarken	2004	€ 1.819,19	€ 2.700,19	0,6737
Duitsland	2004	€ 1.942,39	€ 2.700,19	0,7194
Estland	2004	€ 308,46	€ 2.700,19	0,1142
Finland	2002	€ 1.323,50	€ 2.448,29	0,5406
Frankrijk	2004	€ 1.872,59	€ 2.700,19	0,6935
FRJ Kosovo	2002	€ 134,52	€ 2.448,29	0,0549
FRJ Montenegro	2002	€ 148,06	€ 2.448,29	0,0605
FRJ Servië	2002	€ 134,52	€ 2.448,29	0,0549
FRJ Vojvodine	2002	€ 134,52	€ 2.448,29	0,0549
Griekenland	2003	€ 614,81	€ 2.660,96	0,2310
Groot-Brittannië	2003	€ 1.766,79	€ 2.660,96	0,6640
Hongarije	2004	€ 392,18	€ 2.700,19	0,1452
Ierland	2002	€ 2.288,01	€ 2.448,29	0,9345
IJsland	2004	€ 2.911,48	€ 2.700,19	1,0783
Italië	2002	€ 1.431,09	€ 2.448,29	0,5845
Kroatië	2004	€ 404,73	€ 2.700,19	0,1499
Letland	2004	€ 151,15	€ 2.700,19	0,0560
Liechtenstein	2004	€ 1.757,24	€ 2.700,19	0,6508
Litouwen	2002	€ 160,58	€ 2.448,29	0,0656
Luxemburg	2004	€ 2.150,40	€ 2.700,19	0,7964
Macedonië	2004	€ 128,86	€ 2.700,19	0,0477
Malta	2004	€ 542,35	€ 2.700,19	0,2009
Marokko	2002	€ 30,56	€ 2.448,29	0,0125
Noorwegen	2002	€ 3.204,38	€ 2.448,29	1,3088
Oostenrijk	2004	€ 1.723,17	€ 2.700,19	0,6382
Polen	2004	€ 201,38	€ 2.700,19	0,0746
Portugal	2004	€ 815,43	€ 2.700,19	0,3020
Republika Srpska	2004	€ 134,73	€ 2.700,19	0,0499
Roemenië	2004	€ 96,87	€ 2.700,19	0,0359
Slovenië	2004	€ 734,81	€ 2.700,19	0,2721
Slowakije	2004	€ 268,93	€ 2.700,19	0,0996
Spanje	2004	€ 960,37	€ 2.700,19	0,3557
Tjechië	2004	€ 475,12	€ 2.700,19	0,1760
Tunesië	2002	€ 68,72	€ 2.448,29	0,0281
Turkije	2004	€ 112,37	€ 2.700,19	0,0416
Zweden	2004	€ 2.085,35	€ 2.700,19	0,7723
Zwitserland	2004	€ 1.430,02	€ 2.700,19	0,5296

<sup>1</sup> De gemiddelde zorgkosten van Nederland komen telkens overeen met het jaar waarvoor de gemiddelde zorgkosten van het woonland zijn berekend.

**Bronvermelding gegevens (voor het genoemde berekeningsjaar):**

België	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.220/06 – 12 september 2006
Bosnië-Herzegovina	Info Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
Bulgarije	Informatie National Health Insurance Fund – 18 oktober 2006
Cabo Verde	Brief Instituto Nacional de Previdencia Social – 17 mei 2002
Cyprus	Cijfers van Griekenland zijn overgenomen
Denemarken	Ministry of Interior and Health – Danish Public Health Care expenditures 2004
Duitsland	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.80/06 – 29 maart 2006
Estland	Estonian Health Insurance Fund – annual report 2004
Finland	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.124/06 – 18 april 2006
Frankrijk	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM. 112/06 – 10 april 2006
FRJ Kosovo	Cijfers van Servië zijn overgenomen
FRJ Montenegro	Embassy of Serbia and Montenegro – Tableau statistique des données sur les frais de la protection médicale – 4 december 2003

FRJ Servië	Embassy of Serbia and Montenegro – Tableau statistique des données sur les frais de la protection médicale – 4 december 2003
FRJ Vojvodine	Cijfers van Servië zijn overgenomen
Griekenland	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.93/96 – 31 maart 2006
Groot-Brittannië	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.100/06 – 7 april 2006
Hongarije	Informatie National Health Insurance Fund – 5 oktober 2006
Ierland	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM. 287/05 – 18 oktober 2005
IJsland	Statistics Island
Italië	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.169/05 – 26 april 2005
Kroatië	Croatian institute for health insurance – 14 juni 2005
Letland	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.111/05 REV – 11 april 2005
Liechtenstein	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.90/06 – 7 april 2006
Litouwen	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.64/04 – 11 februari 2004
Luxemburg	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.073/06 – 29 maart 2006
Macedonië	Brief Macedonisch verbindingsorgaan 25-05-2006 (wisselkoers 2005)
Malta	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.129/06 – 29 april 2006
Marokko	Rapport Royaume du Maroc 'CNSS' – 30 december 2005
Nederland	2001: Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.265/03 – 29 september 2003 2002: Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.158/04 – 28 april 2004 2003: Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.190/05 – 13 mei 2005 2004: Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM. 266/06 – 21 september 2006
Noorwegen	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.303/05 – 23 maart 2006
Oostenrijk	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.282/05 – 14 oktober 2005
Polen	Rapport International Affairs Office – National Health Fund Poland – 22 maart 2006
Portugal	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.283/05 – 12 oktober 2005
Republika Srpska	Informatie: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
Roemenië	Cijfers van Bulgarije zijn overgenomen
Slovenië	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.234/05 – 29 juli 2005
Slowakije	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.098/06 – 30 maart 2006
Spanje	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.284/05 – 13 oktober 2005
Tjechië	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.289/05 – 3 april 2006
Tunesië	Caisse Nationale de Securite Sociale – 21 december 2004
Turkije	Ministry of labour and social security – Annual average costs calculation of medical treatment per one person – 28 maart 2006
Zweden	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM.92/06 – 3 april 2006
Zwitserland	Nota Rekencommissie EU – CA.SS.TM. 242/05 – 22 augustus 2005

## Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2007.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
J.F. Hoogervorst.*

### Toelichting

In deze bijlage zijn de woonlandfactoren van de landen waar verdragsgerechtigden wonen opgenomen. Hieronder is uiteengezet op welke wijze het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de woon-

landfactoren heeft berekend, welke gegevens daarvoor zijn gebruikt en op welke wijze die gegevens zijn gebruikt. De woonlandfactoren gelden voor de bijdrage die verdragsgerechtigden in het jaar 2007 verschuldigd zijn en worden jaarlijks uiterlijk in november opnieuw vastgesteld en gepubliceerd.

De gegevens die aan de woonlandfactoren ten grondslag liggen, namelijk de gegevens over de kosten van de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale verzekering in het woonland en in Nederland, kunnen jaarlijks fluctueren. Als het aansprakenpakket van een land wordt aangepast, heeft dat immers gevolgen voor de kosten van dat pakket.

Ontwikkelingen die thans nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd en in de berekeningen voor het jaar 2007 niet zijn meegenomen, kunnen bij de vaststelling van de hoogte van de bijdrage die verdragsgerechtigden verschuldigd zijn voor 2008 en latere jaren een nadere afweging vergen.

Ik duid hiermee op de mogelijkheid dat op grond van verdragsaanspraken mensen naast zorg in het woonland, in bepaalde gevallen ook zorg elders kunnen inroepen ten laste van Nederland.

Ook de wijze waarop het recht op zorgtoeslag in verband met de aangepaste bijdrageberekening zal worden aangepast, kan hierop invloed hebben. Ik zal deze ontwikkelingen nauwlettend volgen.

*De grondslagen voor de berekening*  
Artikel 6.3.1, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat de voor een persoon, bedoeld in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigde bijdrage wordt berekend door de grondslag van de bijdrage te vermenigvuldigen met een verhoudingsgetal dat wordt berekend uit de verhouding tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale verzekering (hierna te noemen: zorgkosten) in het woonland van deze persoon en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in Nederland. Het CVZ berekent dit verhoudingsgetal (de woonlandfactor) en geeft daarover advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dit advies is op 2 november 2006 aan mij uitgebracht. In deze toelichting is aangegeven op welke wijze het CVZ de woonlandfactor van de verschillende woonlanden voor het jaar 2007 heeft berekend en welke uitgangspunten daarbij in aanmerking zijn genomen.

#### *Formule woonlandfactoren*

De berekening van de woonlandfactor vindt plaats volgens de formule:

Woonlandfactor = gemiddelde zorgkosten woonland/gemiddelde zorgkosten Nederland

De gemiddelde zorgkosten in een woonland worden bepaald door het totaalbedrag van zorgkosten in het woonland te delen door het aantal rechthebbenden in het woonland. Op basis van beide bestanddelen komt een vast bedrag aan kosten per persoon tot stand.

De zorgkosten zijn de kosten voor die geneeskundige verstrekkingen waarop aanspraak bestaat op grond van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige zorg van het woonland, voor zover die zorgkosten als basis gelden voor de berekening daarvoor van de vaste bedragen. De modaliteiten van de berekening zijn vastgelegd in de Europese socialezekerheidsverordening of in een bilateraal verdrag inzake sociale zekerheid.

Rechthebbenden zijn zij die recht hebben op geneeskundige verzorging op grond van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige zorg van het woonland. Overeenkomstig de regeling is uitgegaan van alle rechthebbenden van het betreffende verdragsland, ongeacht hun status of leeftijd. Voor het bepalen van het aantal rechthebbenden zijn waar mogelijk dezelfde brongegevens gebruikt als voor de zorgkosten.

De gemiddelde zorgkosten in Nederland zijn op dezelfde wijze bepaald en resulteren eveneens in een vast bedrag aan kosten per persoon. De Nederlandse zorgkosten bestaan uit de kosten voor geneeskundige verstrekkingen waarop aanspraak bestaat op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

(AWBZ) en de Zorgverzekeringswet, voorzover die kosten als basis gelden voor de berekening daarvoor van de vaste bedragen. De modaliteiten voor de berekening zijn vastgelegd in een Verordening van de Europese Gemeenschappen of in een verdrag inzake sociale zekerheid.

Voor de (historische) cijfers van vóór 2007 zijn de kosten en de respectievelijke kring van verzekerden voor de verzekeringen ingevolge de Ziekenfondswet (Zfw) en de AWBZ bepalend. In de toekomst zal uitgegaan worden van cijfers op grond van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

Het bedrag van gemiddelde zorgkosten per rechthebbende wordt voor deze jaren bepaald volgens de formule:

Gemiddelde zorgkosten per rechthebbende = (totale AWBZ-kosten / rechthebbenden AWBZ) + (totale Zfw-kosten / rechthebbenden Zfw)

#### *Gegevensbronnen*

De gemiddelde zorgkosten voor Nederland zijn bepaald op basis van bij de Rekencommissie van de Europese Unie ingediende nota's (als bedoeld in artikel 101, derde lid, van Verordening (EEG) nr. 574/72). Op basis van deze gegevens wordt per jaar de noemer van de factorbepaling bepaald: de gemiddelde kosten voor zorg per rechthebbende in Nederland.

De gemiddelde zorgkosten per rechthebbende in de diverse woonlanden is bepaald op basis van verschillende bronnen. Niet voor al deze landen zijn dezelfde gegevensbronnen beschikbaar. Het CVZ heeft de volgende bronnen, in aangegeven volgorde, gebruikt:

1. bij de Rekencommissie van de Europese Unie ingediende nota's (voor 2007: 22 landen);
2. door verdragslanden bij het CVZ of indirect aangeleverde cijfers (voor 2007: 15 landen);
3. door het CVZ gehanteerde aannames (voor 2007: 5 landen).

#### *Het berekeningsjaar*

De gemiddelde zorgkosten woonland van een bepaald jaar zijn gebaseerd op de laatst bekende documenten, dan wel op informatie die door het betreffende land aan het CVZ bekend is gemaakt. De bepaling van de factor geschiedt hiermee op basis van historische cijfers van verdragslanden.

Het beschikbaar stellen van benodigde cijfers wordt door verschillende landen op verschillende momenten en op verschillende manieren gedaan. Bij de berekening van de woonlandfactor is het streven om uit te gaan van de meest actuele cijfers.

Voor een juiste verhouding worden tegenover de buitenlandse gemiddelde zorgkosten in een bepaald jaar de gemiddelde zorgkosten voor Nederland van het overeenkomende jaar gebruikt.

Voor de vaststelling van de woonlandfactoren 2007 heeft het CVZ de meest actuele gegevens tot en met 30 oktober 2006 als uitgangspunt genomen. Gegevens die gebruikt worden voor het berekenen van het in artikel 6.3.1 bedoelde verhoudingsgetal en die na 30 oktober 2006 ter beschikking zijn gekomen van het CVZ, zijn bij het berekenen van het verhoudingsgetal voor het jaar 2007 niet in aanmerking genomen.

#### *Afrondingen*

De verschillende benodigde componenten voor de berekening van de landfactoren zijn exact overgenomen uit de gebruikte bronnen. Er zijn geen afrondingen voor de komma uitgevoerd; cijfers achter de komma zijn wel afgerond.

De woonlandfactor is als volgt afgerond tot vier cijfers achter de komma (bijvoorbeeld 0,3543):

- indien het vijfde cijfer achter de komma 0 tot 4 is, is afgerond naar beneden; indien het vijfde cijfer achter de komma 5 tot 9 is, is afgerond naar boven.

#### *Rekenen met vreemde valuta*

Bij de bepaling van de woonlandfactor voor de niet-euro landen dienen bedragen in vreemde valuta omgerekend te worden naar euro's. Doordat deze woonlandfactoren worden bepaald op basis van historische cijfers, is gebruik gemaakt van gemiddelde valutakoersen naar de euro over het berekeningsjaar.

Voor de jaarkoersen is (op basis van beschikbaarheid) in de aangegeven volgorde gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

1. Gegevens van De Nederlandsche Bank;
2. Gegevens van de Europese Centrale Bank;
3. Gegevens OANDA online valuta berekening (volgens [www.oanda.com](http://www.oanda.com)).

#### *Gebruik van gegevens uit bronnen*

Zoals aangegeven kunnen de bronnen voor het bepalen van de gemiddelde zorgkosten per land verschillen. Gebruikte documenten hebben niet altijd een uniforme indeling en opgenomen cijfers zijn niet altijd rechtstreeks vergelijkbaar. Onderstaand zijn de randvoorwaarden genoemd, waarmee bewaakt wordt dat uit de diverse documenten zo zuiver en zo vergelijkbaar mogelijke cijfers zijn overgenomen voor de bepaling van de woonlandfactoren. Uiteraard gelden de voorwaarden zowel voor de Nederlandse bronnen als voor de bronnen van de diverse landen.

- Gespecificeerde posten die niet zijn meegenomen bij het bepalen van de woonlandfactor:  
• kosten voor arbeidsongevallen;  
• posten die opgenomen zijn voor de kosten van niet-verzekerden. Alleen kosten die gemaakt zijn door 'rechthebbenden' (verzekerden) zijn opgenomen.



De groep 'niet-verzekerden' is in de populatie ook niet opgenomen;

- eventuele eigen betalingen (van recht-hebbenden) voor zorg.

– Bepaalde verdragslanden werken met een voorgerekend bedrag voor gemid-delde zorgkosten per rechthebbende in het land. Indien er geen verdere gege-vens beschikbaar zijn, is er gebruikt gemaakt van deze gegevens.

– Bepaalde verdragslanden werken met steekproeven voor bepaling van de com-ponenten. Indien er geen verdere gege-vens beschikbaar zijn, is gebruik gemaakt van de gegevens uit de steek-proef.

– Bepaalde verdragslanden werken met (toekomstige) schattingen voor bepaling van de componenten. Indien er geen verdere gegevens beschikbaar zijn, is er gebruikt gemaakt van deze gegevens.

– Van een beperkt aantal landen is geen enkel gegeven bekend. Indien verzekeren gebruik maken van hun rechten om zorg in derde landen te verkrijgen, zal dat in het algemeen geschieden in de geografisch of cultureel dichtstbijzijnde buurlanden. Voorts is niet onaanneme-lijk dat de gezondheidszorg in de betref-fende landen op min of meer hetzelfde niveau ligt. Daarom zijn de woonland-factoren van de hiernagevoerde landen overgenomen van de aangegeven landen:

- Voor Cyprus is de woonlandfactor van Griekenland overgenomen.
- Voor FRJ Kosovo en FRJ Vojvodine is de woonlandfactor van FRJ Servië overgenomen.
- Voor Republika Srpska is de woon-landfactor van de Federale Republiek Bosnië-Herzegovina overgenomen.

- Voor Roemenië is de woonlandfactor van Bulgarije overgenomen.

*Wijzigingen ten opzichte van de vaststel-ling van de woonlandfactoren 2006*

De woonlandfactoren voor Bosnië-Herzegovina, IJsland, Macedonië, Republika Srpska, Slowakije en Zwitser-land zijn lager vastgesteld dan voor het voorgaande jaar, voor Frankrijk, Honga-rije, Litouwen, Portugal en Slovenië zijn deze hoger vastgesteld. Voor Frankrijk, Portugal en Litouwen is dit een gevolg van een nadere beschouwing van de gebruikte gegevens en dientengevolge een verfijning van de berekening.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
J.F. Hoogervorst.*

CA.SS.TM 220/06

Average costs for 2004

BELGIUM- 12/09/06

Orig. FR AB 60/06

**ADMINISTRATIVE COMMISSION  
ON SOCIAL SECURITY FOR MIGRANT WORKERS**

**Note from Belgium of 12 September 2006**

**Subject: Average costs for 2004.**

**SCHEME FOR EMPLOYED PERSONS**

Part One

**Application of Article 94 of Regulation (EEC)**

**A. No 574/72**

Expenditure recorded (N 1)	:	1 815 449 731.05	EUR
Number of persons (Ea)	:	1 373 467	
Annual average cost (AC 94)	:	1 321.80	EUR
Percentage change since the previous year	:	8.60	%
Net monthly average cost	:	88.12	EUR

**Application of Article 95 of Regulation (EEC) No 574/72 (per capita)**

Expenditure recorded (N2 + N3)	:	10 349 037 619.73	EUR
Number of persons (Ep + Ech)	:	2 383 968	
Annual average cost (AC' 95)	:	4 341.10	EUR
Percentage change since the previous year	:	9.06	%
Net monthly average cost	:	289.41	EUR

**Application of the former Article 95 of Regulation 574/72 (per family)**

**(\*)**

Expenditure recorded (N2 + N3)	:	10 349 037 619.73	EUR
Number of persons (Ep)	:	1 836 922	
Annual average cost (AC 95)	:	5 633.90	EUR
Percentage change since the previous year	:	8.70	%
Net monthly average cost	:	375.59	EUR

(\*) For information only

## A. Main factors influencing the change in average costs since the previous year

### 1. Trends in the consumer price index

#### a) Uniform indexing of health benefits as of 1 January 1998.

In accordance with the provisions of the Royal Decree of 8 December 1997 (Moniteur belge [MB] of 23 December 1997, entry into force on 1 January 1998), uniform rules have been drawn up for the indexing of certain health benefits (mainly applicable to those for which an agreement has been concluded).

On 1 January 2004, the majority of health benefits were indexed at 1.38%, based on the provisions of the abovementioned Royal Decree, with the exception of visits to general practitioners, which were indexed at 1.38% as from 1 April 2004.

Also:

- general practitioners' fees were increased by €2.67 on 1 October 2004;
- as from 1 October 2004, the fees for the *dossier médical global* (single set of medical records) (code 102771) have been raised to €19;
- as from 1 April 2004, the fees for a visit to a dermatologist (102734 and 102756) have been raised by €1.30;
- as from 1 October 2004, the fees for surveillance (Article 25) have been adjusted;
- budgetary resources totalling €1 223 000 have been made available to increase the fees of certain specialists, rheumatologists, endocrinologists, geriatricians and endocrinologist-internists, from 1 October 2004.

In 2003 (health index smoothed over four months from June 2002): 110.22

In 2004 (health index smoothed over four months from June 2003): 111.74

The average increase in the index figure was therefore  $111.74 \div 110.22 = 1.0138$  (1.38%).

#### b) In line with the decisions of the various agreement and convention committees, the following indexes were allocated in 2004.

Headings	Indexing rate	Date of entry into force
Doctors' fees in general:	1.38 %	01/01/2004
Dentistry	1.38 %	01/01/2004
Nursing	1.38 %	01/01/2004
Pharmaceutical services P value	1.38 %	01/01/2004
Physiotherapist treatment	1.38 %	01/01/2004
Surgical truss maker	1.38 %	01/01/2004
Orthopaedic technician	1.38 %	01/01/2004
Opticians	1.38 %	01/01/2004
Audiology technicians	1.38 %	01/01/2004
Implants	1.38 %	01/01/2004
Midwives	1.38 %	01/01/2004
Dialysis: medical services	1.38 %	01/01/2004

- c) The daily nursing care charge in hospitals, which is linked to changes in the threshold indices, increased as follows during the period 2002-2003:

2003	from 01/2003 to 05/2003:	109.45
	from 06/2003 to 12/2003:	111.64

weighted average = 110.73

2004	from 01/2004 to 09/2004:	111.64
	from 10/2004 to 12/2004:	113.87

weighted average = 112.20

This yields an average increase of 1.33% in the daily nursing care charge.

This indexing rate also applies to care in other institutions (nursing homes, homes for the elderly, etc.).

## 2. Amendments to tariffs and to patients' contributions

In addition to the items listed in section 1, certain benefits or groups of benefits showed the following overall trends:

- a) Royal Decree of 02.02.2004 - Moniteur belge of 20.02.2004 - Entry into force on 01.01.2004  
The benefit of the "maximum to be billed" (MAF) can be granted to children aged under 19 (previously 16), regardless of the income of the household to which they belong.
- b) Royal Decree of 03.03.2004 - Moniteur belge of 18.03.2004 - Entry into force on 01.01.2004  
All personal contributions relating to hospitalisation in a general hospital are taken into consideration when granting the MAF.
- c) The programme law of 9 July 2004 amended the coordinated law on compulsory healthcare insurance and benefits of 14 July 1994.  
This amendment guaranteed the right to higher insurance coverage of at least 66% for children suffering from physical or mental disabilities who meet the medical conditions conferring entitlement to higher family allowances.
- d) Royal Decree of 12.07.2004 - Moniteur belge of 01.10.2004 - Entry into force on 01.01.2004  
The maximum amount which can be paid each year within the framework of temporary experimental projects in connection with stand-by services provided by general practitioners rose from 743 863.12 euros to 1 232 000 euros.
- e) 1<sup>st</sup> addendum to the national agreement between physiotherapists and insurance bodies which entered into force on 1 August 2003:  
As from 01.01.2004, fees for "major" physiotherapy sessions (for serious pathologies) held at patients' homes were brought into line with those for sessions at practices.

- f) 2<sup>nd</sup> addendum to the national agreement between physiotherapists and insurance bodies which entered into force on 1 August 2003:  
This addendum stipulates that as from 01.01.2004:
- fees for “major” physiotherapy sessions (for serious pathologies) for patients in hospital were brought into line with those for sessions at the practice;
  - fees for “major” physiotherapy sessions held at patients homes were increased.
- g) Royal Decree of 19.03.2004 - Moniteur belge of 29.03.2004 - Entry into force on 01.04.2004  
This Decree introduced harmonisation of the personal contribution for physiotherapy.
- h) Royal Decree of 20.02.2004 - Moniteur belge of 27.02.2004 - Entry into force on 01.03.2004  
With regard to the implants in Article 35a of the nomenclature, the flat-rate reimbursements were adjusted both upwards and downwards for most benefits (in order to bring them more into line with the real cost of the materials used).
- i) Royal Decree of 20.02.2004 - Moniteur belge of 27.02.2004 - Entry into force on 01.03.2004  
This Decree set the personal contribution at 25% for material covered by Article 35a, categories 1b and 2b of the nomenclature. However, for a number of benefits set out in an exhaustive list, the personal contribution is set at 90%.
- j) Royal Decree of 04.05.2004 - Moniteur belge of 14.05.2004 - Entry into force on 01.07.2004  
This Decree deals with issues regarding the application of the personal contribution where the beneficiary is equipped with orthopaedic footwear belonging to different categories.
- k) Royal Decree of 20.07.2004 - Moniteur belge of 06.08.2004 - Entry into force on 01.09.2004  
This Decree introduces a personal contribution of 13.8% for a “three-dimensional rigid knit knee support” and a personal contribution of 5% for benefits under “Immediate Fitting”.
- l) Royal Decree of 09.12.2003 - Moniteur belge of 24.12.2003 - Entry into force on 01.02.2004  
Certain major procedures under paragraphs 14 i (benefits under otorhinolaryngology) and 14 l (benefits under stomatology) of the nomenclature have been adjusted.

### **3. Amendments to the nomenclature**

- a) Royal Decree of 18.02.2004 - Moniteur belge of 24.02.2002 - Entry into force on 01.01.2004  
This Decree provides for a system whereby insurance bodies automatically extend *Dossiers médical globaux* where there was contact with the patient in the calendar year.
- b) Royal Decree of 20.07.2004 - Moniteur belge of 06.08.2004 - Entry into force on 01.10.2004  
This Royal Decree introduces amendments regarding mastectomy products (Article 27).

- c) Royal Decree of 13.09.2004 - Moniteur belge of 28.09.2004 - Entry into force on 01.11.2004  
Two new benefits allow constant flow implantable pumps (Article 35(1) C. Neurosurgery) to be reimbursed.
- d) Royal Decree of 05.02.2004 - Moniteur belge of 18.02.2004 - Entry into force on 01.04.2004  
This Decree adds reimbursements for reconstructive frames attached around the acetabulum (Article 35(1) A. Orthopaedics and traumatology).
- e) Royal Decree of 05.02.2004 - Moniteur belge of 19.02.2004 - Entry into force on 01.04.2004  
This Decree authorises reimbursement of a neurostimulator and a programmable implantable pump for a new indication (Article 35).
- f) Royal Decree of 05.02.2004 - Moniteur belge of 19.02.2004 - Entry into force on 01.04.2004  
This Decree provides for the reimbursement of synthetic tissue used during tracheal autografts to treat carcinoma of the larynx.
- g) Royal Decree of 20.02.2004 - Moniteur belge of 27.02.2004 - Entry into force on 01.03.2004  
This is a general revision of Article 35a(1) of the nomenclature (implants).
- h) Royal Decree of 04.05.2004 - Moniteur belge of 27.05.2004 - Entry into force on 01.07.2004  
New reimbursement of materials used for autotransfusions: benefit 612850-612861 is deleted from Article 28 and a new benefit is added in Article 35a so as to allow the reimbursement of equipment with a cell saving system.
- i) Royal Decree of 04.05.2004 - Moniteur belge of 27.05.2004 - Entry into force on 01.07.2004  
Addition of two new benefits to allow reimbursement of the materials used when attaching the great cardiac vein to the aorta in the nomenclature of implant suppliers (Article 35a G. Thoracic and cardiosurgery).
- j) Royal Decree of 04.05.2004 - Moniteur belge of 27.05.2004 - Entry into force on 01.07.2004  
Two new benefits to allow reimbursement of electrode catheters were added to the nomenclature for implant suppliers (Article 35a G. Thoracic and cardiosurgery).
- k) Royal Decree of 21.09.2004 - Moniteur belge of 30.09.2004 - Entry into force on 01.11.2004  
Addition of a new benefit to the nomenclature to allow reimbursement of marking clips for mammotomies.
- l) Royal Decree of 04.05.2004 - Moniteur belge of 14.05.2004 - Entry into force on 01.07.2004  
Nomenclature of orthopaedists (Article 29): this Decree sets the renewal period for orthopaedic footwear. The age of the beneficiary at the time the previous prescription was issued is taken into account to set the renewal period.
- m) Royal Decree of 20.07.2004 - Moniteur belge of 06.08.2004 - Entry into force on 01.09.2004  
This Decree introduces in particular a new nomenclature for prostheses for the lower limbs (Article 29).
- n) Royal Decree of 21.01.2004 - Moniteur belge of 30.01.2004 - Entry into force on 01.01.2004  
This Decree lowers to 50 the age at which patients become eligible for insurance benefits for dental prostheses.

- o) Royal Decree of 25.04.2004 - Moniteur belge of 29.04.2004 - Entry into force on 01.06.2004  
This Decree makes several technical amendments to the nomenclature for nurses (Article 8).
- p) Royal Decree of 09.12.2003 - Moniteur belge of 24.12.2003 - Entry into force on 01.02.2004  
The nomenclature for stomatology (Article 14 l) has been amended to bring it into line with the reality of practice and progress in techniques.
- q) Royal Decree of 22.06.2004 - Moniteur belge of 29.06.2004 - Entry into force on 01.08.2004  
This Decree makes amendments to the nomenclature for physiotherapy (Articles 22 and 23). The most important amendments concern the restructuring of physiotherapy to place the emphasis on this sector's rehabilitation activities and create multidisciplinary rehabilitation services provided by "teams".
- r) Royal Decree of 15.10.2004 - Moniteur belge of 27.10.2004 - Entry into force on 01.11.2004  
This makes amendments to modernise the nomenclature for physiotherapy (Article 22).

#### **4. Amendments in respect of scope laid down by law or regulation**

Nomenclature of benefits: see points 2 and 3.

#### **5. Amendments to the structure of benefits laid down by law or regulation**

See points 2 and 3.

#### **6. Other amendments and important remarks**

- a) Total sickness and invalidity insurance expenditure:  
As stated in the note on average costs for 2001, healthcare expenditure was entered in the accounts more quickly towards the end of 2001 because of the transition to the euro. This meant that the expenditure entered in the accounts in early 2002 was lower. In addition, many cost-saving measures entered into force in 2002: postponement of indexing until 1 July 2002, various cost-saving measures described in point 2 of this Note, etc.  
Total expenditure of the INAMI (National Sickness and Invalidity Insurance Institute) was recorded as follows:

Year	EUR '000	% increase
2001	13 774 378	
2002	14 162 558	2.82
2003	15 383 682	8.62
2004	16 771 433	9.02

The increase in average costs (approximately 8.60-9%) is slightly lower than the 9.02% increase in total expenditure recorded between 2003 and 2004. This difference is due, on the one hand, to the increase in the number of persons and, on the other, to the increase in expenditure in those categories of beneficiaries who are not affected by Articles 94 and 95.

- b) On 1 July 2002, the daily nursing care charge in the various hospitals in Belgium was fully revised, in terms of both how it is calculated and how it is funded. This revision

had no financial impact but made many changes to the recording of expenditure on daily costs for hospitalisation. Two points should be noted with regard to the calculation of average costs:

- As of 1 July 2002, the INAMI no longer has separate expenditure figures for hospitalisation in the case of childbirth. This means that in Table 1 on page 8 of this Note, the total given for heading 8.1 is no longer available separately but is included under heading 7.1 Hospitalisation — Sickness and Invalidity Insurance.
- A significant percentage of each hospital's daily charge is based on a flat rate and is not directly linked to the patient receiving hospital care. This means that this type of expenditure is not known for each patient and is therefore also not known for each scheme (employee/self-employed) or each welfare system (worker/pensioner). Accordingly, in order to calculate average costs, separate healthcare expenditure figures are needed for workers and pensioners. Flat-rate expenditure therefore had to be broken down into different categories of beneficiaries in accordance with a key which was drawn up based on that part of the expenditure which is not flat rate.



**Part Two:  
Expenditure**

**Table 1: Statement of expenditure recorded in 2004 (EUR)**

Headings (*)	Employed/self-employed persons insured person (head of household) - dependent persons.	Pensioners insured person (head of household) - dependent persons.	Total
<b>A. Expenditure known by scheme and welfare system</b>			
1. Doctors' fees	682 767 469.39	708 165 178.41	1 390 932 647.80
2. Special treatment provided by doctors	1 136 583 273.14	1 355 851 673.16	2 492 434 946.30
3. Surgery	329 834 289.58	392 601 647.75	722 435 937.33
4. Dental treatment	356 235 645.07	135 182 552.68	491 418 197.75
5. Medicines	1 069 382 995.74	1 949 597 944.37	3 018 980 940.11
6. Apparatus	139 558 613.74	359 296 387.21	498 855 000.95
7. Hospital treatment			
7.1. Sickness and invalidity insurance (1)	195 897 981.17	286 334 925.02	482.232.906,19
7.2. Ministry of Health	See D		
8 Maternity			
8.1. Hospitalisation (1)			
8.2. Other	63 059 067.59	6 748 858.49	69.807.926,08
9. Miscellaneous			
9.1. Nurses	39 937 109.02	587 098 779.03	627.035.888,05
9.2. Physiotherapy	125 704 548.57	234 998 588.55	360.703.137,12
9.3. Pretuberculosis, rehabilitation, travelling expenses, haemodialysis	231 664 259.34	302 479 720.87	534.143.980,21
9.4. Miscellaneous	0.00	0.00	0,00
9.5. Adjustments	-26 824 917.46	-20 387 982.14	-47.212.899,60
9.6. MRS. MRPA. MSP (2)	10 966 328.62	1 268 274 181.97	1.279.240.510,59
9.7. Exemption for low-income groups	41 309 699.20	122 615 980.82	163.925.680,02
<b>Total A</b>	<b>4.396.076.362,71</b>	<b>7 688 858 436.19</b>	<b>12 084 934 798.90</b>
<b>B. Expenditure NOT known by scheme and/or welfare system</b>			
Price reductions for some medications 80% of the daily cost of hospitalisation	-2 898 464.40	-4 925 154.41	-7 823 618.81
Hospitalisation for intern. conv.	1 080 036 392.89	1 831 395 080.28	2.911.431.473,17
	-18 075 330.86	-28 346 939.16	-46.422.270,02
<b>Total B</b>	<b>1.059.062.597,63</b>	<b>1 798 122 986.71</b>	<b>2 857 185 584.34</b>
<b>C. Expenditure of the INAMI directly to service providers</b>			
Flat-rate for accreditation of doctors	4 535 393.81	5 066 577.38	9 601 971.19
Flat-rate for accreditation of dentists	5 559 799.70	2 109 805.48	7 669 605.18
<i>Dossier médical global</i> (single set of medical records)	980 410.01	1 095 235.28	2 075 645.29
End of career	136 665.74	23 738 871.97	23 875 537.71
Specific costs for home care	728 881.87	10 714 988.17	11 443 870.04
Flat-rate for telematics			
Pasteur quality control			
Flat-rate for organised care services	3 551 539.91	3 967 494.91	7 519 034.82
MRS salary harmonisation	708 653.90	123 093 355.11	123 802 009.01
Union supplement	10 487.69	1 821 714.49	1 832 202.18
Physiotherapy telematics			
Rebilling	0.00	0.00	0.00
<b>Total C</b>	<b>16.211.832,63</b>	<b>171 608 042.79</b>	<b>187 819 875.42</b>
<b>D. Public health</b>			

7.2. Ministry of Health	231 026 440.22	661 596 555.38	892 622 995.60
<b>Grand TOTAL</b>	<b>5 702 377 233.19</b>	<b>10 320 186 021.07</b>	<b>16 022 563 254.26</b>

(\*) The expenditure given in this table does not include expenditure abroad.

- (1) As of 1 July 2002, the INAMI no longer has separate expenditure figures for hospitalisation in the case of childbirth. This means that the total given for heading 8.1 is no longer available separately but is included under heading 7.1 Hospitalisation — Sickness and Invalidity Insurance.
- (2) **M.R.S.:** Nursing homes  
**M.R.P.A.:** Homes for the elderly  
**M.S.P.:** Psychiatric institutions

Compared with previous years, the layout of Table 1 has been adjusted to take account of the changes made to the different forms of healthcare reimbursement. The different categories of expenditure have been organised under four main headings:

- A.** Known expenditure of the Health Insurance Fund by scheme and welfare system:  
As far as this expenditure is concerned, the amounts shown in the various columns are known directly by the INAMI.
- B.** Expenditure not known by scheme and/or welfare system:  
This type of expenditure is known for all beneficiaries. The proportion of expenditure allocated to employed persons and pensioners has been calculated on the basis of the keys normally used by the INAMI.
- C.** Expenditure of the INAMI directly to service providers:  
This type of expenditure and its scale has increased significantly in recent years. It has therefore been dealt with separately.
- D.** Ministry of Public Health:  
This entry covers the proportion of the cost of daily hospital treatment borne by the Ministry of Public Health. Depreciation of hospital investment costs has been subtracted from this amount, as requested by the Audit Board.

**Table 2.1:** Breakdown of expenditure according to the groups of persons referred to in Articles 94 and 95

Headings	General health care	Contribution of Public health	Total
Employed insured persons	3 773 803 528.12	144 397 372.55	3 918 200 900.67
Dependants of employed insured persons (N1)	1 697 547 264.85	86 629 067.67	1 784 176 332.52
Pensioners (N2)	8 441 002 142.35	588 653 424.26	9 029 655 566.61
Dependants of pensioners (N3)	1 217 587 323.34	72 943 131.12	1 290 530 454.46
<b>TOTAL</b>	<b>15 129 940 258.66</b>	<b>892 622 995.60</b>	<b>16 022 563 254.26</b>

In Table 2.1, the breakdown of expenditure for general health care (column 1) according to employed persons and dependants of employed persons, pensioners and dependants of pensioners is made mainly on the basis of estimates produced from sample surveys, the methodology of which is explained in my letter of 23 February 1976 (reference No 1801/FP/RV/76.36).

The breakdown of the heading "Ministry of Health" (column 2) was based on the breakdown of expenditure by the sickness insurance scheme for hospitalisation.

**Table 2.2:** Expenditure relating to low-income groups ("Statut social").

Headings	Total for Table 2.1	Statut social	Final total
Employed insured persons	3 918 200 900.67	49 382 545.98	3 967 583 446.65
Dependants of employed insured persons (N1)	1 784 176 332.52	31 273 398.53	1 815 449 731.05
Pensioners (N2)	9 029 655 566.61	22 231 060.28	9 051 886 626.89
Dependants of pensioners (N3)	1 290 530 454.46	6 620 538.38	1 297 150 992.84
<b>TOTAL</b>	<b>16 022 563 254.26</b>	<b>109 507 543.17</b>	<b>16 132 070 797.43</b>

As regards healthcare costs used to calculate average costs, in addition to the expenditure in Table 2.1, Belgium has also taken account of expenditure relating to low-income groups ("Statut social"). All of this expenditure is included in Table 2.2 above.

## Methodology used for allocating "Statut social" expenditure:

- In 2004 "Statut social" expenditure amounted to:

Medical practitioners	:	91 281 464.32	€
Dentists	:	12 607 997.45	€
Pharmacists	:	15 792 078.02	€
Physiotherapists	:	5 019 769.00	€
Total	:	124 701 308.79	€

- This total can be related to the 10 303 898 insured persons in Belgium. As average costs are calculated for 9 048 458 insured persons (see Table 3), the "Statut social" amount has been reduced proportionally, to €109 507 543.17.
- This amount has been distributed among the various conventional categories of insured persons in proportion to the number of persons in each of them.

**Table 3: Average number of beneficiaries in 2004**

Categories	
Employed insured persons (total)	4 080 412
Employed insured persons with dependants (1) (Ea) (*)	1 373 467
Dependants of employed insured persons	2 584 078
Pensioners (including widows and invalids) (Ep)	1 836 922
Dependants of pensioners (including widows and invalids) (Ech)	547 046
<b>TOTAL (excluding (1))</b>	<b>9 048 458</b>

(\*) Since statistics not necessary for the management of sickness and invalidity insurance were discontinued, the number of employed insured persons with dependants is **no longer known**. As this figure is essential for the Article 94 calculation, it has been estimated. The method used to estimate the number of employed insured persons with dependants is as follows: for 2000 and earlier, the following are known:

- the total number of employed insured persons (a);
- the number of insured persons with dependants (b);
- and thus the percentage of (b) in (a).

This percentage was extrapolated for 2004 and applied to the known total number of employed insured persons for 2004.

## Part three:

Change in average costs over the three years preceding the year under review and in the year under review

**Table 4:****Expenditure (EUR), number of persons and annual average costs (EUR)**

	2001	2002	2003	2004
N1	1 546 476 920.72	1 579 386 854.30	1 687 993 028.68	1 815 449 731.05
Ea	1 407 373	1 397 734	1 386 881	1 373 467
AC 94 annual	1 098.84	1 129.96	1 217.11	1 321.80
N2 + N3	8 583 378 502.65	8 786 013 106.54	9 442 995 411.98	10 349 037 619.73
Ep + Ech	2 355 163	2 363 132	2 372 364	2 383 968
AC 95' annual per capita	3 644.49	3 717.95	3 980.42	4 341.10
Ep	1 799 761	1 810 608	1 821 923	1 836 922
AC 95 annual per family	4 769.18	4 852.52	5 182.98	5 633.90

**Net monthly average costs (EUR)**

	2001	2002	2003	2004
AC 94	73.26	75.33	81.14	88.12
AC 95' per capita	242.97	247.86	265.36	289.41
AC 95 per family	317.95	323.50	345.53	375.59

**Table 5: Year-on-year change** (previous year = 100)

	2002/2001	2003/2002	2004/2003
N1	102.13	106.88	107.55
Ea	99.32	99.22	99.03
AC 94	102.83	107.71	108.60
N2 + N3	102.36	107.48	109.59
Ep + Ech	100.34	100.39	100.49
AC 95' per capita	102.02	107.06	109.06
Ep	100.60	100.62	100.82
AC 95 per family	101.75	106.81	108.70

